

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE LONGITUDINALE DES COGNITIONS ASSOCIÉES AUX
SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET AUX TROUBLES EXTÉRIORISÉS CHEZ
LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES VIVANT DES
ÉVÉNEMENTS DE VIE STRESSANTS

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
NADIA LÉVESQUE

FÉVRIER 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

Page manquante

Page manquante

Page manquante

CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE.....	112
Rappel des objectifs de la thèse et des principaux résultats.....	113
Premier article.....	113
Deuxième article.....	118
Liens entre les deux articles.....	124
Apports de la thèse.....	127
Limites méthodologiques et nouvelles avenues de recherche.....	128
ANNEXE A : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SELON LE DSM-IV (1994).....	131
ANNEXE B : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DES CONDUITES SELON LE DSM-IV (1994).....	135
ANNEXE C : QUESTIONNAIRES.....	139
ANNEXE D : FORMULAIRES DE CONSENTEMENT.....	174
ANNEXE E : CERTIFICAT DE DÉONTOLOGIE.....	178
RÉFÉRENCES GÉNÉRALES.....	180

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE I

- 1 Les hypothèses de vulnérabilité du modèle cognitif de la dépression.....16

CHAPITRE II

- 1 Corrélations entre les variables.....63
- 2 Rôle médiateur des pensées automatiques négatives sur la relation entre le stress et la dépression chez les garçons et les filles.....64
- 3 Rôle modérateur du schéma d'autonomie (DAS, réussite) sur la relation entre le stress de performance et la dépression chez les garçons.....64
- 4 Rôle modérateur du schéma de sociotropie (DAS, dépendance) sur la relation entre le stress relationnel et la dépression chez les garçons.....65
- 5 Rôle médiateur des pensées automatiques négatives sur la relation entre le stress et la dépression chez les garçons et les filles.....65
- 6 Rôle modérateur du schéma d'autonomie (DAS, réussite) sur la relation entre le stress de performance et la dépression chez les garçons.....66

CHAPITRE III

- 1 Moyennes des cognitions des groupes ayant développé des symptômes dépressifs ou des troubles extériorisés.....107
- 2 Analyse de variance à mesures répétées (ANOVAs) (groupes en rémission X sexe X temps).....108
- 3 Moyennes des cognitions des groupes en rémission.....109

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE I

1	Schéma comparatif des deux modèles.....	21
---	---	----

CHAPITRE III

1	Style cognitif dirigé vers soi.....	110
2	Style cognitif dirigé vers le monde.....	110
3	Style cognitive dirigé vers le futur.....	110
4	Langage intérieur dépressif.....	110
5	Langage intérieur anxieux.....	111

RÉSUMÉ

L'objectif de la présente thèse est d'étudier le modèle cognitif de la psychopathologie de Beck et ses collaborateurs, appliqué aux symptômes de dépression et aux troubles extériorisés chez les adolescents. Cette thèse est présentée sous la forme de deux articles accompagnés d'une introduction et d'une discussion générale. Le premier article vérifie l'applicabilité du modèle diathèse-stress de la dépression à une population d'adolescents à partir d'un devis de recherche longitudinal. Les rôles médiateur et modérateur de deux types de cognitions (les attitudes dysfonctionnelles et les pensées automatiques négatives) sur la relation entre les événements de vie stressants négatifs et les symptômes dépressifs ont été examinés. Les hypothèses de recherche ont permis de vérifier si un individu qui présente une vulnérabilité cognitive face à un événement stressant négatif, présente plus de symptômes dépressifs quatre et douze mois plus tard. L'étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 752 participants de 9^e, 10^e et 11^e année. Cette étude s'est échelonnée sur douze mois dans quatre écoles secondaires du Québec. Les résultats révèlent que les pensées automatiques négatives sont médiatrices partielles et modératrices de la relation entre le stress et les symptômes dépressifs et ce, tant chez les filles que chez les garçons. Quant aux attitudes dysfonctionnelles, l'effet d'interaction entre le schéma d'autonomie et le stress de performance, prédit les symptômes dépressifs uniquement chez les garçons, tant dans un intervalle de quatre mois que de douze mois.

Le deuxième article présente une étude comparative des séquences d'apparition des cognitions, en relation avec les symptômes dépressifs, les symptômes du trouble des conduites et les comportements délinquants afin de mieux connaître ces problématiques présentes à l'adolescence, ceci également à partir d'un devis longitudinal. L'échantillon est constitué de huit cent trente-trois participants de milieu scolaire qui, la première année de l'étude, étaient en 8^e et 9^e année. L'étude s'est déroulée sur trois ans. Les résultats révèlent que seul le style cognitif dirigé vers soi diminue parallèlement à la rémission des actes délinquants. Le langage intérieur dépressif constitue le seul type de cognitions variant autant avec l'apparition qu'avec la rémission des symptômes dépressifs. On constate chez le groupe d'adolescents dépressifs en rémission, une diminution significative des attitudes dysfonctionnelles, du style cognitif et du langage intérieur pessimiste parallèlement aux symptômes. Finalement, le groupe de participants dont les symptômes dépressifs ont disparus au temps 3, ne présente pas de vulnérabilité cognitive au temps 1. Toutefois, une fois les symptômes de dépression résorbés, les adolescents dont les symptômes dépressifs sont en rémission continuent de présenter davantage de cognitions négatives que ceux sans symptômes dépressifs.

MOTS CLÉS : ADOLESCENCE, COGNITIONS, SYMPTÔMES DÉPRESSIFS, TROUBLES EXTÉRIORISÉS.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Introduction

L'objectif de la présente thèse est d'étudier le modèle cognitif de la psychopathologie de Beck et ses collaborateurs, appliqué aux symptômes de dépression et aux troubles extériorisés chez les adolescents. Le modèle diathèse-stress propose que certains individus présentent une dimension de leur personnalité caractérisée par des schémas négatifs prédominants (diathèse) qui, lorsqu'ils sont activés par l'avènement d'un stress négatif correspondant, jouent un rôle important dans l'apparition et le maintien des symptômes dépressifs (Clark, Beck, & Alford, 1999; Beck & Shaw, 1977). La plupart des études ont vérifié l'application du modèle diathèse-stress dans sa globalité auprès des adultes, mais peu l'ont fait auprès des adolescents. Cette thèse sera présentée sous la forme de deux articles accompagnés d'une introduction et d'une discussion générale. Le premier article vérifie l'applicabilité du modèle diathèse-stress de la dépression à une population d'adolescents à partir d'un devis de recherche longitudinal. Le deuxième article présente une étude comparative des séquences d'apparition des cognitions, en relation avec les symptômes dépressifs, les symptômes du trouble des conduites et les comportements délinquants afin de mieux connaître ces problématiques présentes à l'adolescence, ceci également à partir d'un devis longitudinal. Rares sont les auteurs qui ont comparé, en fonction du modèle cognitif, les jeunes ayant des symptômes dépressifs et ceux avec des troubles extériorisés.

Dans le but d'introduire les deux articles et de bien situer le lecteur, nous définirons les problématiques à l'étude, soit la dépression et les troubles extériorisés,

et leurs prévalences seront exposées. Le modèle cognitif et ses différentes composantes seront ensuite présentés. Finalement le lien entre les cognitions et chacune des problématiques sera brièvement établi, ceci afin d'éviter les répétitions puisque ce dernier sera présenté de façon plus élaborée dans les deux articles présentés dans cette thèse.

La dépression : définition, prévalence et différences selon l'âge et le sexe

C'est avec la parution du DSM-III dans les années 80 que nous reconnaissons l'utilisation des critères diagnostiques adultes afin d'identifier la dépression chez les enfants et les adolescents. Il est maintenant connu que la dépression est une problématique qui est tout aussi présente chez les adolescents que chez les adultes. Chez les adolescents, entre 10 et 30 % présentent un syndrome dépressif (Reynolds, 1994; Marcotte, 1995). Ce syndrome dépressif, qui fait référence à un regroupement de symptômes tant affectifs, cognitifs, comportementaux que somatiques se manifestant simultanément, constitue un indice d'un risque élevé de trouble dépressif majeur (Petersen et al., 1993). Quant au trouble dépressif majeur, il est identifié à partir des critères diagnostiques du DSM-IV regroupant des symptômes devant être présents pour une durée minimale de deux semaines. Parmi ces symptômes nous devons retrouver, soit une humeur triste ou irritable, soit une diminution marquée de l'intérêt porté à la majorité des activités. Les autres symptômes qui peuvent être observés sont la perte ou le gain de poids, le trouble du sommeil, l'agitation ou le ralentissement psychomoteur, la diminution d'énergie, le sentiment d'inutilité ou de culpabilité, la difficulté de concentration et finalement les

idéations suicidaires. Afin de diagnostiquer un trouble dépressif majeur, l'individu doit présenter au moins cinq symptômes parmi les neufs énumérés précédemment, dont un des deux premiers (voir l'annexe A pour une description plus détaillée des critères diagnostiques). Selon le DSM-IV, 5 à 9 % des adolescents présentent ce trouble (American Psychiatric Association, 1994). De plus, il semble qu'un adolescent dépressif n'ayant pas été traité présente une probabilité de 72 % de revivre un épisode dépressif dans un délai de cinq ans (Kovacs et al., 1984).

Pendant l'enfance certaines études ont rapporté une prévalence plus élevée des symptômes dépressifs chez les garçons que chez les filles (Rutter, 1986; Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1987 ; Cohen, & Brook, 1987 ; Petersen et al., 1993). Toutefois, les taux de dépression augmentent de façon significative à partir de l'adolescence et les filles deviennent plus dépressives que les garçons, selon un ratio de 2 filles pour 1 garçon. Plusieurs auteurs proposent que cette différence apparaît vers l'âge de 13 ou 14 ans et qu'elle persiste à l'âge adulte (Ge, Lorenz, Conger, Elder, & Simons, 1994; Hankin & Abramson, 2001; Wichstrom, 1999). Toutefois, Angold, Costello et Worthman, (1998) précisent que la différence entre les garçons et les filles émerge plutôt au stade 3 de Tanner et que ces stades seraient de meilleurs prédicteurs que l'âge. La classification de Tanner consiste en 5 stades de développement pubertaires, allant de prépubère à adulte. De plus, il semble que les filles étant précocement pubères présentent davantage de risques de devenir dépressives (Ge, Conger & Elder, 2001). Une explication de cette différence entre les garçons et les filles réside dans l'association positive entre les caractéristiques typées

féminines et les symptômes dépressifs, ce qui signifie que plus il y a de caractéristiques typées féminines, plus il y a de symptômes dépressifs (Price & Lavercombe, 2000). À l'inverse, plus les caractéristiques typées masculines sont présentes, moins les symptômes dépressifs sont importants (Allgood-Merten & Lewinsohn, 1990; Craighead & Green, 1989; Marcotte, Alain & Gosselin, 1999). De même, l'image corporelle plus négative des filles en comparaison à celle des garçons, est associée à la présence de symptômes dépressifs (Marcotte, Fortin, Potvin & Papillon, 2002). Enfin, la synchronicité de l'arrivée de la puberté chez les filles, précédant de deux ans celle des garçons, avec la transition primaire-secondaire peut également expliquer ces différences sexuelles (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Des études récentes proposent également que le style cognitif constitue une explication aux différences entre les garçons et les filles en ce qui a trait à la dépression (Cyranowski, Frank, Young, & Shear, 2000; Hankin & Abramson, 2001). Les différences sexuelles en ce qui a trait aux cognitions et aux symptômes dépressifs sont d'ailleurs l'objet d'étude de la présente thèse.

Les événements stressants et la dépression

L'adolescence est une période marquée par la présence d'événements de vie stressants, malgré que plusieurs de ceux-ci soient normatifs, tels que la transition entre l'école primaire et secondaire et l'arrivée de la puberté. Après 13 ans, une importante augmentation des événements de vie négatifs est rapportée par les adolescents, et ce de façon plus marquée chez les filles. Ces événements stressants augmentent en parallèle aux symptômes dépressifs et ce tout au long de l'adolescence

(Ge, Lorenz, Conger & Elder, 1994), ce qui peut d'ailleurs expliquer la hausse des symptômes dépressifs à l'adolescence (Hankin, 2006). Cet auteur observe également que la différence entre les garçons et les filles quant à l'augmentation des événements stressants négatifs se produit au même âge que celle observée au niveau des symptômes dépressifs. L'augmentation des événements stressants chez les filles peut donc expliquer partiellement que les filles soient plus déprimées que les garçons à l'adolescence (Hankin, 2006). Selon cet auteur, même si ce n'est pas tous les gens vivant un événement négatif qui seront aux prises avec la dépression, la majorité des individus significativement déprimée avait vécu au moins un événement négatif majeur avant l'apparition des symptômes dépressifs.

Les troubles extériorisés

Le trouble des conduites est défini comme étant un « ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et les règles sociales correspondant à l'âge du sujet » (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994). La liste des symptômes composant le trouble des conduites a été successivement modifiée lors des diverses parutions du DSM pour en arriver à quatre regroupements de symptômes dans le DSM-IV. Ces derniers sont : l'agression envers des personnes ou des animaux, la destruction de biens matériels, la fraude ou le vol et finalement, les violations graves de règles établies (voir l'annexe B pour les critères diagnostiques détaillés).

Le trouble des conduites est présent chez 6 % à 16 % des garçons et chez 2 % à 9 % des filles (DSM-IV, APA, 1994). Selon Frick (1998), la prévalence du trouble des conduites, quant à elle, augmente avec l'âge. Elle pourrait doubler, voir même tripler à l'adolescence, pour passer d'entre 2 et 4 % à entre 6 et 12 %. Ce trouble n'est cependant pas toujours clairement défini puisqu'il s'apparente souvent au trouble de l'opposition et à la délinquance, qui font tous trois parties des conduites dites antisociales (Frick, 1998). Quant à la délinquance, le second trouble extériorisé étudié dans le cadre du deuxième article de la présente thèse, il s'agit d'une conduite juvénile, dérogatoire et incriminable (Fréchette & Le Blanc, 1987). Selon McGee, Fehan, Williams et Anderson (1992), 6 % des jeunes ont commis des comportements illégaux menant à une arrestation policière. De plus, Morizot et Le Blanc (2000) nous informent qu'uniquement 5 % des adolescents sont des délinquants chroniques ou persistants. Par ailleurs, dans la majorité des études épidémiologiques, entre 5 et 10 % des enfants âgés de 8 à 16 ans présentaient des troubles des conduites, d'opposition et de comportements agressifs (Hill, 2002).

Le trouble des conduites est généralement présent dans un rapport de 2 :1 entre les garçons et les filles (Cohen et al., 1993; Kann & Hanna, 2000). Entre autres, Kratzer et Hodgins, (1997) observent que 7,2 % des adolescents et 2,1 % des adolescentes présentent un trouble des conduites. Il existe des différences liées au sexe. Dès l'enfance le trouble des conduites apparaît en plus grand nombre chez les garçons que chez les filles, mais les taux s'équivalent au moment de l'adolescence

(Lahey et al., 2000; Zoccolillo, 1993). Ainsi, le ratio tend à diminuer avec l'âge, ce qui peut s'expliquer par la trajectoire développementale plus tardive chez les filles que chez les garçons (Lahey et al., 2000; Zoccolillo, 1993). Ainsi, chez les filles, la manifestation se fait plutôt vers l'âge de 13 ans, mais présente autant de conséquences que pour les garçons ayant débuté ces troubles en bas âge (Silverthorn & Frick, 1999 ; Silverthorn, Frick & Reynolds, 2001). Toutefois, d'après Zoccolillo (1993), la différence entre les sexes au niveau de la prévalence s'expliquerait davantage par une définition inappropriée des critères du trouble des conduites pour les filles préadolescentes. Les symptômes précoces des filles ne seraient pas détectés par les méthodes d'évaluation utilisées dans les études (Zoccolillo, 1993). Pour identifier le trouble des conduites, on observe surtout les comportements d'agression physique qui sont plus fréquents chez les garçons (Quyen et al., 2001; Zoccolillo, 1993). Le trouble des conduites s'exprime donc différemment selon le sexe. De fait, les garçons ont des comportements antisociaux plus agressifs que les filles. Ils utilisent une violence plus directe à travers des gestes dirigés vers les gens ou les choses comme agresser (frapper ou pousser), voler, frauder et détruire des biens matériels (Kann & Hanna, 2000; Lahey et al., 2000). Les filles quant à elles, démontrent plutôt une agressivité relationnelle dite indirecte. Celle-ci se traduit par de la manipulation, le fait de rejeter quelqu'un ou de répandre des rumeurs (Crick & Grotpeter, 1995; Quyen et al., 2001). Par ailleurs, la violation des règles représente le facteur le plus présent chez les filles ayant un trouble des conduites (Silverthorn et al., 2001). Ainsi, en incluant dans la description du trouble tant l'agressivité relationnelle

que l'agressivité physique, on obtiendrait une identification plus inclusive (Quyen et al., 2001; Zoccolillo, 1993). De fait, les garçons présentent un taux de prévalence plus élevé lorsque le trouble est mesuré par les comportements agressifs, mais la différence disparaît quand il inclut les comportements non agressifs (Lahey et al., 2000). Le seuil des manifestations d'agressivité devrait également être défini en comparaison aux pairs de même sexe (Kann & Hanna, 2000 ; Quyen et al., 2001; Zoccolillo, 1993). Finalement, Knox et ses collègues (2000) ainsi que Zoccolillo (1993) stipulent que la différence entre les sexes au niveau de l'expression de l'agressivité et de la violence tend à diminuer. Dans le même sens, l'étude de Quyen et ses collègues (2001), portant sur des adolescents à trouble des conduites sévères, révèle que les taux de vols, de mensonges, d'agression relationnelle et d'abus de substance sont sensiblement les mêmes pour les deux sexes et que 20 % des filles ont des problèmes de conduites dans plusieurs domaines.

La concomitance de la dépression et des troubles extériorisés

La concomitance de symptômes dépressifs et de troubles extériorisés est plus fréquente chez les adolescents que chez les adultes (Rohde et al., 1991) et présente un impact important, ce qui souligne l'importance de bien diagnostiquer chacun des troubles présents chez l'adolescent. En effet, selon Angold et Costello (1993), le trouble des conduites est entre 3.6 et 9.5 fois plus élevé chez les jeunes dépressifs. À l'inverse, chez un échantillon de jeunes présentant un trouble des conduites, on estime à entre 15 et 31 % la présence d'un état dépressif (Zoccolillo, 1992). Enfin, la concomitance de ces deux problématiques est constatée chez 10 à 35 % des

adolescents (Kashani et al., 1989; Kovacs et al., 1988 et Rohde et al., 1991). La concomitance est associée à des difficultés scolaires ainsi qu'à un risque élevé d'abus ou de dépendance à l'alcool et aux drogues (Lewinsohn et al., 1995; Marmorstein & Iacono, 2001). On observe également un plus grand risque de présenter un trouble de personnalité antisociale, ainsi que d'avoir un dossier criminel à l'âge adulte, en comparaison aux individus ayant un diagnostic unique de dépression (Harrington et al., 1991). De plus, chez les jeunes concomitants, on retrouve davantage d'idées suicidaires (31 %) que chez ceux présentant uniquement un trouble des conduites (12 %) (Capaldi, 1992). De manière générale, la concomitance accroît les problèmes de santé mentale à long terme (Harrington et al., 1990, 1991; Kovacs, 1985). Malgré qu'en général les filles présentent un plus grand risque de développer une concomitance de problématiques que les garçons (Masten, 1988; Puig-Antich, 1982), ces derniers présentent davantage la concomitance du trouble des conduites et de la dépression, tandis que pour les filles, il s'agit plutôt d'une concomitance de dépression et de troubles alimentaires (Petersen et al., 1993). Les données recueillies pour cette recherche n'ont toutefois pas permis de considérer la concomitance de la dépression et des troubles extériorisés dans les analyses statistiques réalisées.

Le modèle cognitif de la dépression

Un bref historique

Au début des années 60, Beck s'intéresse à la vision négative de soi qu'il observe chez les patients dépressifs. À cette époque, il était alors question d'« hostilité retournée vers soi » ou d'un « besoin de souffrir ». Lors de ses

observations effectuées auprès de ces patients, il constate que ceux-ci sont caractérisés par la présence de contenus négatifs répétitifs associés à trois thèmes particuliers, soit la perception négative de soi, de l'environnement et de l'avenir, ce qui marqua alors, l'arrivée de la triade cognitive. Beck observe également la façon dont les patients dépressifs interprètent leurs expériences de vie au quotidien. Nous assistons alors à l'élaboration du modèle cognitif (Beck & Shaw, 1977), modèle qui, selon Abela et D'Alessandro (2002) a généré le plus d'études empiriques depuis plus de trente ans.

Le modèle cognitif de la dépression, qui permet de conceptualiser et de comprendre la dépression, a ainsi fait l'objet de bon nombre d'études qui soutiennent sa validité empirique, particulièrement auprès des adultes (Clark, Beck & Alford 1999). Malgré qu'un certain nombre d'études se soient intéressées à la présence des cognitions chez les jeunes dépressifs, les connaissances actuelles demeurent limitées, particulièrement en raison de la rareté des devis longitudinaux utilisés dans les études et de la population générale provenant rarement du milieu scolaire. Les cognitions, plus précisément les pensées automatiques négatives, traduisent un fonctionnement défectueux du système de traitement de l'information. Selon Beck, la dépression est associée à certaines cognitions spécifiques. Nos études nous ont permis de constater que les symptômes dépressifs rapportés par les adolescents sont effectivement associés à la présence de cognitions erronées (Lévesque & Marcotte, 2005). Selon Hankin et Abramson (2001), l'individu qui rumine et interprète négativement les

événements négatifs est particulièrement à risque de vivre une augmentation des symptômes dépressifs.

Beck fut le premier à proposer que l'individu dépressif fait des erreurs lors du traitement de l'information, déformant cette dernière de façon négative (Ingram, Miranda & Segal, 1998). Beck et Shaw (1977) soulignent l'importance de considérer que les cognitions des personnes dépressives reflètent un biais systématique contre elles-mêmes. Trois niveaux en interactions sont également impliqués dans ce modèle, soit les schémas, les processus et le langage intérieur. Les schémas cognitifs sont des structures latentes qui ont été façonnées par les représentations mentales de diverses expériences. Ces derniers sont activés et deviennent accessibles lorsque surviennent des événements rappelant un vécu ayant une charge affective imprimée dans la mémoire. Ensuite au second niveau, les processus cognitifs, informent sur la façon dont un événement est interprété suite à l'influence des schémas. Finalement, le troisième niveau qui est le plus accessible et le plus observable, est le langage intérieur. Ce dernier traduit les interprétations par la verbalisation de la pensée et des émotions. Il comporte les pensées automatiques et les images mentales involontaires. Il demeure cependant difficile à ce jour de bien confirmer la distinction entre les trois niveaux, particulièrement au plan empirique.

La théorie cognitive reconnaît qu'il existe une multitude de facteurs en cause dans la dépression, incluant une combinaison de facteurs biologiques, génétiques, développementaux, de stress ou de personnalité (Beck, 1987, 1991). L'activation des schémas inadaptés n'est donc pas la seule cause de la dépression. Il s'agit plutôt d'un

mécanisme cognitif par lequel la dépression se développe (Beck, 1991). L'hypothèse de la diathèse-stress, qui est examinée dans la présente thèse, est considérée comme étant l'une des explications possibles de l'étiologie de la dépression (Clark, Beck, & Alford, 1999). Le modèle cognitif considère la vulnérabilité cognitive ou « la diathèse » comme étant une variable modératrice de la relation entre l'événement de vie négatif et la dépression. La théorie de la diathèse-stress de la dépression de Beck est définie par Abela et D'Alessandro (2002) de la façon suivante. Selon ces auteurs, sans la venue d'un événement négatif (stress), l'individu qui présente des schémas dépressogènes (diathèse) n'est pas plus à risque de devenir dépressif que l'individu qui ne présente pas ces schémas. Donc, en l'absence d'événement négatif les schémas demeurent inactifs et n'influencent pas la pensée des gens. Toutefois, lorsque l'événement négatif se présente, ce n'est pas tant ce dernier qui mène à la dépression, mais plutôt son interprétation, puisque le potentiel dépressogène se situe surtout dans l'interprétation de l'événement en tant que perte personnelle significative, actuelle ou anticipée (Clark, Beck & Alford, 1999). Dans le même sens, Olinger, Kuiper et Shaw, (1987) ont démontré que chez les individus présentant peu d'attitudes dysfonctionnelles, on observe une très légère augmentation des symptômes dépressifs lorsque ceux-ci rapportent un nombre important d'événements de vie négatifs.

Les schémas

Dès ses premières études, Beck démontre la présence d'un lien entre la sévérité des symptômes dépressifs et les cognitions « distorsionnées » (Beck & Shaw, 1977). Ce lien fut prouvé à maintes reprises par la suite. Toutefois l'intérêt visant à

documenter l'hypothèse, selon laquelle l'existence de schémas inadaptés contribue à l'apparition des symptômes dépressifs, est devenu plus présent dans les recherches cliniques à la fin des années 70 et au début des années 80 (Clark, Beck & Alford, 1999). Le contenu et l'organisation des schémas varient donc en fonction des expériences vécues par chaque individu (Abela & D'Alessandro, 2002). On y retrouve également les croyances, les suppositions et les règles (Beck, 1964). Celles-ci traduisent une perception négative de soi, de l'environnement et de l'avenir. Ainsi, vu leur stabilité, les schémas influencent la façon de percevoir les événements. Ces derniers étant souvent filtrés et modelés afin d'être conformes au contenu des schémas (Beck & Shaw, 1977). Les schémas peuvent donc être utilisés afin de comprendre pourquoi un individu peut réagir différemment à certains événements de vie (Kovacs & Beck, 1978). Selon Kovacs et Beck (1978), les schémas demeurent latents et inaccessibles jusqu'à ce qu'ils soient activés par certains stimuli internes ou externes. Leur contenu représente des thèmes saillants propres à chacun concernant l'évaluation de soi et les relations avec autrui. Toujours selon ces auteurs, le développement des schémas dépressogènes peut provenir de diverses expériences vécues dans l'enfance telles que la perte d'un parent, le rejet, l'imitation d'un parent qui entretient des visions personnelles inadéquates ou l'exposition à des pratiques parentales rigides et critiques. Enfin, à l'âge adulte ces schémas deviennent des traits, des caractéristiques stables et durables de la perception de soi (Kovacs & Beck, 1978). Une fois les schémas activés, nous accédons à un système complexe de cognitions et de thèmes négatifs (Abela & D'Alessandro, 2002). Ces cognitions

constituent un niveau plus accessible et plus observable aussi appelés le langage intérieur ou les pensées automatiques négatives.

La sociotropie et l'autonomie

Vers le milieu des années 80, la définition de vulnérabilité cognitive de la dépression se précise. C'est alors que sont introduits les concepts de sociotropie et d'autonomie. Chacune des dimensions est caractérisée par une constellation de schémas cognitifs qui lui est propre (Beck, 1983, Dans Clark, Beck, & Alford, 1999). En d'autres termes, certains individus présentent une dimension de leur personnalité caractérisée par des schémas négatifs prédominants qui, lorsqu'ils sont activés par l'avènement d'un stress négatif correspondant, jouent un rôle important dans l'apparition et le maintien des symptômes dépressifs (Clark, Beck, & Alford, 1999; Beck & Shaw, 1977). Clark, Beck et Alford (1999) définissent ces deux composantes. Tout d'abord, la sociotropie se définit par une personnalité dite socialement dépendante. La personne ayant une dimension sociotrope prédominante, accorde une grande valeur aux relations interpersonnelles intimes. Elle se définit en fonction de sa capacité d'obtenir de l'amour et l'approbation d'autrui, du maintien des relations et finalement de l'évitement du rejet et du mécontentement des autres. Quant à la composante autonome, elle se définit davantage par une grande importance accordée à l'indépendance, l'accomplissement, la maîtrise de soi, ainsi que la liberté de choisir. La personnalité présentant une prédominance de la dimension autonome définit sa valeur personnelle en fonction de sa capacité à revendiquer et affirmer son indépendance, à travers son accomplissement dans les diverses situations et les défis

personnel relevés. En résumé, selon Beck (1999) deux croyances de base relèvent de ces deux dimensions et illustrent bien ces dernières, soit « Je ne suis pas aimable » et « Je suis impuissant ». Toutefois ces deux composantes ne sont pas en elles-mêmes des facteurs causant la dépression. Ce n'est que lorsque l'individu est confronté à un événement stressant conforme à la composante prédominante de sa personnalité que celui-ci devient vulnérable à la dépression. Par exemple, une perte d'emploi pour la personnalité davantage autonome et une rupture amoureuse pour la personnalité à dimension sociotropique dominante, entraîne chez chacune d'entre elles, une hausse de la vulnérabilité à la dépression. Ainsi, selon Clark, Beck et Alford (1999), la vulnérabilité cognitive à la dépression se caractérise par la présence de schémas centraux inadaptés dont le contenu est en lien avec l'impuissance et le fait de ne pas être aimable. Un éventail de stimuli internes ou externes peut activer les schémas de la constellation dominante de la personnalité, entraînant le développement de symptômes dépressifs.

La vulnérabilité constitue un aspect important de la théorie cognitive de la dépression (Clark, Beck & Alford, 1999). Ces auteurs ont identifié certaines hypothèses, énumérées ci-dessous, pouvant s'appliquer à la vulnérabilité cognitive.

Tableau 1. Les hypothèses de vulnérabilité du modèle cognitif de la dépression

Hypothèses	Descriptions
Stabilité	Les structures et les contenus cognitifs latents pouvant contribuer

	<p>aux symptômes dépressifs sont relativement stables à travers le temps, les situations et les humeurs. De plus, ils demeurent inaccessibles jusqu'à ce qu'ils soient activés par un stimulus.</p>
Apparition de la dépression	<p>Un événement négatif correspondant à la constellation de schémas caractérisant la personnalité mènera à une augmentation des risques d'apparition de symptômes dépressifs chez les individus n'ayant vécu aucun épisode dépressif antérieur.</p>
Récurrence de la dépression	<p>Un événement négatif correspondant à la constellation de schémas caractérisant la personnalité mènera à une augmentation des risques de récurrence des symptômes dépressifs chez les individus ayant obtenus préalablement, un diagnostic de dépression.</p>
L'auto-évaluation	<p>Les structures et les contenus cognitifs pouvant contribuer aux symptômes dépressifs, vont orienter la perception, l'évaluation et l'appréciation de soi, particulièrement lors de situations correspondant aux schémas.</p>
Processus congruents	<p>Lorsque les structures et les contenus cognitifs prédisposant à la dépression sont activés, ils biaisent sélectivement le traitement de l'information des stimuli correspondants à la vulnérabilité cognitive.</p>
Relations	<p>Les structures et les contenus cognitifs prédisposant à la dépression sont associés à des caractéristiques du style interpersonnel pouvant affecter la qualité et la nature des relations sociales impliquant des</p>

	individus significatifs.
Adaptation différenciée	Les stratégies d'adaptation inadaptées et les stratégies compensatoires occupent un rôle plus important dans la dépression lorsque la correspondance personnalité-événement est présente que lorsqu'il n'y a pas de correspondance entre la personnalité et l'événement.
Spécificité des symptômes	L'organisation de personnalité prédépressive associée au mode de perte primaire, va influencer la présentation des symptômes dépressifs. Par exemple, la sociotropie est associée aux symptômes reliés à la perte et l'autonomie est associée aux symptômes caractérisés par l'échec et la dévalorisation.
Traitements différenciés	L'organisation de personnalité prédépressive va influencer l'attitude et la réponse aux traitements. Par exemples, l'individu sociotrope répond davantage aux interventions engagées au niveau interpersonnel et émotionnel, alors que l'individu autonome sera plus réceptif aux interventions moins personnelles et plus axées sur le problème.

Tableau tiré de Clark, Beck et Alford, 1999 pp. 268. Traduction libre.

En résumé, l'association entre les cognitions et les symptômes dépressifs est maintenant bien établie, à savoir que lorsqu'un individu présente plus de cognitions erronées, celui-ci présente des symptômes dépressifs plus importants. Les chercheurs

s'intéressent maintenant à détailler plus en profondeur les différents aspects du modèle, tel que décrit par les hypothèses présentées dans le tableau 1. Afin de s'orienter dans la même voie, la présente recherche s'inspire de deux des neuf hypothèses, soit celle de la stabilité et celle de l'apparition de la dépression, sans toutefois en faire une vérification intégrale et systématique. Dans le but d'éviter les répétitions entre les différents chapitres de cette thèse, l'association entre les cognitions et les symptômes dépressifs ne sera pas détaillée davantage puisque une revue élaborée des études empiriques portant sur ce thème sera présentée dans les deux articles constituant la présente thèse.

Les troubles extériorisés et les cognitions

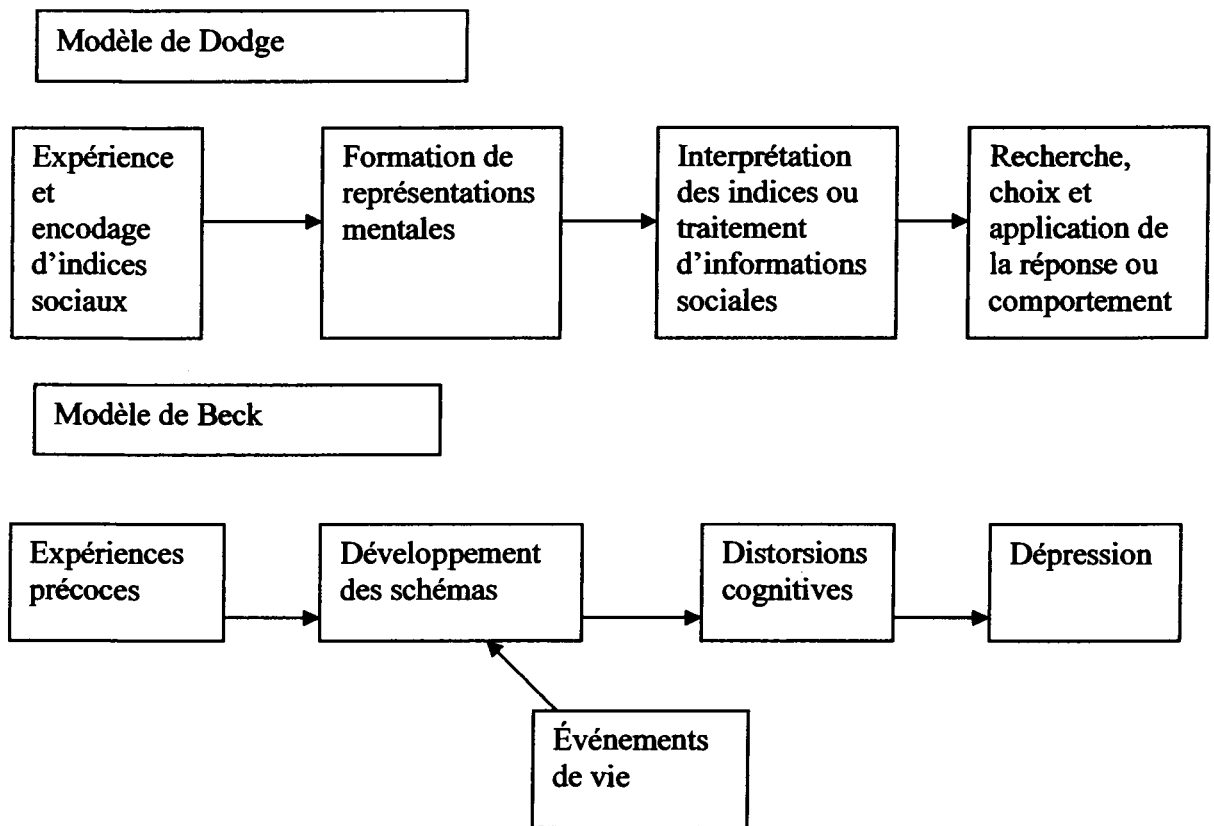
La théorie cognitive de Beck est surtout connue pour son application à la dépression. Pourtant, dès le début de son élaboration, Beck (1987), suggère, non seulement que les individus dépressifs utilisent des biais dans le traitement de l'information qu'ils reçoivent, mais également que chaque trouble émotionnel peut être caractérisé par un contenu cognitif spécifique. Selon Cottraux (2001), de chaque problème psychologique découle un système particulier de croyances, soit, les schémas, qui filtre et déforme l'information provenant de l'environnement. Beck et Freeman (1990), évaluent également l'applicabilité du modèle cognitif aux troubles de la personnalité. Dans ce sens, Leung et Wong (1998) font le parallèle entre les troubles extériorisés à l'adolescence et le trouble de personnalité antisocial à l'âge adulte pour lequel Beck et ses collègues (1990) proposent une série de schémas dysfonctionnels qui se différencient de ceux associés à la dépression. Quelques études

proposent que les troubles extériorisés, tels que les comportements agressifs, soient associés à des cognitions spécifiques permettant la justification des ces comportements (Barriga, Landau, Stinson, Liao & Gibbs, 2000; Slaby & Guerra, 1988), telles que : « C'est correct de dire un mensonge si quelqu'un est assez stupide pour y croire ». Quant aux adolescents délinquants, les écrits indiquent qu'ils présentent des déficits au plan cognitif tels que de faibles habiletés de résolution de problème, une difficulté à prendre la perspective d'autrui et une pensée égocentrique (Trépanier 1997; Andrew & Bonta, 1998). Une revue plus exhaustive des études empiriques portant sur les cognitions des jeunes présentant des troubles extériorisés sera présentée dans le deuxième article de la présente thèse. Cette revue nous permettra de constater que rares sont les études qui se sont intéressées aux troubles extériorisés à partir du modèle de Beck.

Par ailleurs, Quiggle, Garber, Panak et Dodge (1992) proposent un parallèle entre le modèle de Beck et celui portant sur le traitement de l'information sociale décrit par Dodge, modèle de référence dans l'étude de l'agressivité et du trouble des conduites. Selon ces auteurs, les réponses comportementales des individus lors d'une situation sociale font suite à une série d'étapes constituant le traitement de l'information. Ces étapes visent l'encodage d'indices sociaux, la formation de représentations mentales et l'interprétation des indices, la recherche de réponses comportementales possibles, le choix de la réponse et l'application de celle-ci (Quiggle, Garber, Panak & Dodge, 1992). Bien que l'objectif de la présente recherche ne soit pas de comparer les deux modèles, cette comparaison s'avère intéressante, car

elle met en lumière l'importance d'étudier les cognitions associées aux troubles extériorisés chez les adolescents, ce qui sera fait à partir du modèle cognitif de Beck dans le deuxième article de cette thèse.

Figure 1 : Schéma comparatif des deux modèles :



En résumé, à notre connaissance peu d'études ont vérifié l'applicabilité du modèle diathèse-stress dans son ensemble auprès d'une population adolescente. Peu de chercheurs se sont intéressés aux séquences d'apparition des cognitions et plus particulièrement chez ceux devenant dépressifs et chez ceux présentant des troubles

extériorisés. D'ailleurs rares sont les études s'intéressant aux troubles extériorisés qui ont utilisé comme cadre de référence le modèle de Beck.

Objectifs généraux de la thèse

L'objectif général de la présente thèse est d'étudier le modèle cognitif de Beck appliqué à la dépression et aux troubles extériorisés chez les adolescents. Pour ce faire, l'applicabilité du modèle diathèse-stress de la dépression à une population d'adolescents sera vérifiée. Par la suite les séquences d'apparition des cognitions en relation avec les symptômes dépressifs et les troubles extériorisés seront comparées.

Objectifs spécifiques du premier article

Le premier article intitulé : « Le modèle diathèse-stress de la dépression appliqué à une population d'adolescents » vise à étudier l'applicabilité du modèle proposé par Beck auprès d'une population d'adolescents. À ce jour, peu d'études ont vérifié ce modèle dans sa globalité auprès d'une population adolescente. Dans cet article, tel que le modèle de Beck le propose, nous vérifierons si la présence d'une vulnérabilité cognitive chez un individu influence la relation entre le stress et les symptômes dépressifs. En ce sens nous observerons si lorsque survient des événements négatifs se situant dans un domaine propre à la vulnérabilité de l'individu, ce dernier présente un plus grand risque de devenir dépressif. Dans cette étude les différences associées au sexe seront également analysées.

Hypothèses

En présence d'attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite (autonomie) ou avec la dépendance (sociotropie), l'avènement d'un stress correspondant de performance ou relationnel, prédit une augmentation des symptômes dépressifs. Tel qu'exposé dans le premier article, il est proposé que les attitudes dysfonctionnelles agissent en tant que modérateur et les pensées automatiques négatives en tant que médiateur de la relation entre les événements de vie négatifs et la dépression.

Objectifs spécifiques du deuxième article

Le deuxième article intitulé : «Étude longitudinale des séquences d'apparition des cognitions chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs et des troubles extériorisés » vise à comparer, de nouveau en tenant compte des différences liées au sexe, les séquences d'apparition des erreurs cognitives, chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs, des symptômes du trouble des conduites et adoptant des comportements délinquants afin d'en observer leur variation dans le temps. Peu d'études ont vérifié l'existence d'erreurs cognitives associées aux troubles extériorisés en comparaison aux troubles intériorisés. L'hypothèse de vulnérabilité cognitive sera également explorée de nouveau, cette fois chez les adolescents ayant développé des symptômes dépressifs et chez ceux dont les symptômes sont en rémission.

Hypothèses

D'une part, il est proposé que les symptômes dépressifs, les symptômes du trouble des conduites et les comportements délinquants se distinguent sur les sous-échelles et mesures globales des trois types de cognitions mesurés. Par ailleurs, le groupe de participants ayant développé des symptômes dépressifs présentera une vulnérabilité cognitive préalable, c'est-à-dire la présence d'un taux élevé de cognitions au temps 1 chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs d'intensité clinique au temps 3, tel que vu précédemment dans les hypothèses de vulnérabilité cognitive proposées entre autres par Clark, Beck et Alford, 1999. Enfin la revue des écrits ne nous permet pas à cette étape de poser une hypothèse en ce qui concerne la séquence d'apparition des erreurs cognitives en relation avec les symptômes de troubles extériorisés.

CHAPITRE II

LE MODÈLE DIATHÈSE-STRESS DE LA DÉPRESSION APPLIQUÉ À UNE POPULATION D'ADOLESCENTS

(ARTICLE 1)

EN-TÊTE: MODÈLE DIATHÈSE-STRESS ET ADOLESCENCE

Le modèle diathèse-stress de la dépression appliqué à une population d'adolescents

Nadia Lévesque et Diane Marcotte

Université du Québec à Montréal

Manuscrit soumis au

Journal of Research on Adolescence

Cette étude fut subventionnée par le Conseil de Recherche des sciences humaines du

Canada (CRSH)

Résumé

Dans la présente étude, l'applicabilité du modèle théorique cognitif de diathèse-stress de la dépression est évaluée chez une population d'adolescents. Les rôles médiateur et modérateur de deux types de cognitions (les attitudes dysfonctionnelles et les pensées automatiques négatives) sur la relation entre les événements de vie stressants négatifs et les symptômes dépressifs ont été examinés. Les hypothèses de recherche ont permis de vérifier si un individu qui présente une vulnérabilité cognitive face à un événement stressant négatif, présente plus de symptômes dépressifs quatre et douze mois plus tard. L'étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 752 participants de 9^e, 10^e et 11^e année, dont 55 % sont des filles et 45 % des garçons. Cette étude s'est échelonnée sur douze mois dans quatre écoles secondaires du Québec. Les résultats révèlent que les pensées automatiques négatives sont médiatrices partielles et modératrices de la relation entre le stress et les symptômes dépressifs et ce, tant chez les filles que chez les garçons. Quant aux attitudes dysfonctionnelles, l'effet d'interaction entre le schéma d'autonomie et le stress de performance, prédit les symptômes dépressifs uniquement chez les garçons, tant dans un intervalle de quatre mois que de douze mois.

Le modèle diathèse-stress de la dépression appliqué à une population d'adolescents

Introduction

À ce jour, le modèle cognitif (Beck et Shaw, 1977), est celui qui a généré le plus d'études empiriques depuis plus de trente ans (Abela et D'Alessandro, 2002). La théorie cognitive reconnaît qu'il existe une multitude de facteurs en cause dans la dépression, incluant une combinaison de facteurs biologiques, génétiques, développementaux, de stress ou de personnalité (Beck, 1987, 1991). L'hypothèse de la diathèse-stress, qui est examinée dans la présente étude, est considérée comme étant l'une des explications possibles de l'étiologie de la dépression (Clark, Beck, & Alford, 1999). La théorie de la diathèse-stress de la dépression propose que l'individu qui présente des schémas dépressogènes (diathèse) n'est pas plus à risque de devenir dépressif que l'individu qui ne présente pas ces schémas en l'absence de la venue d'un événement négatif (stress) (Abela et D'Alessandro, 2002). De plus, lorsque l'événement négatif se présente, ce n'est pas tant ce dernier qui mène à la dépression, mais plutôt son interprétation, puisque le potentiel dépressogène se situe surtout dans l'interprétation de l'événement en tant que perte personnelle significative, actuelle ou anticipée (Clark, Beck et Alford, 1999).

La sociotropie et l'autonomie

Certains individus présentent une dimension de leur personnalité caractérisée par des schémas négatifs prédominants qui, lorsqu'ils sont activés par l'avènement d'un stress négatif correspondant, jouent un rôle important dans l'apparition et le maintien des symptômes dépressifs (Clark, Beck, et Alford, 1999; Beck et Shaw,

1977). D'une part, selon Clark, Beck et Alford (1999), la personne ayant une dimension sociotrope prédominante, accorde une grande valeur aux relations interpersonnelles intimes. Elle se définit en fonction de sa capacité d'obtenir l'amour et l'approbation d'autrui, du maintien des relations et finalement de l'évitement du rejet et du mécontentement des autres. D'autre part, la personnalité présentant une prédominance de la dimension autonome définit sa valeur personnelle en fonction de sa capacité à revendiquer et affirmer son indépendance, à travers son accomplissement dans les diverses situations et les défis personnels relevés. Toutefois ces deux dimensions ne sont pas en elles-mêmes des facteurs causant la dépression. Ce n'est que lorsque l'individu est confronté à un événement stressant conforme à la dimension prédominante de sa personnalité que celui-ci devient vulnérable à la dépression. Par exemple, une perte d'emploi pour la personnalité davantage autonome et une rupture amoureuse pour la personnalité à dimension sociotropique dominante, entraîne chez chacune d'entre elle, une hausse de la vulnérabilité à la dépression.

Études empiriques chez les adultes

Plusieurs études ont démontré l'existence d'un lien important entre les attitudes dysfonctionnelles et les symptômes dépressifs. Par ailleurs, Clark, Beck et Alford, (1999) proposent l'utilisation de deux sous-échelles, soient celle de la réussite et celle de la dépendance, de l'*Échelle des attitudes dysfonctionnelles* (EAD, Weissman & Beck, 1978; Power & al. 1994) afin de mesurer les schémas cognitifs d'autonomie et de sociotropie. Selon Barnett et Gotlib (1990), les attitudes

dysfonctionnelles peuvent influencer le développement ou le maintien des symptômes dépressifs. Elles sont considérées comme représentant un facteur de vulnérabilité cognitive pouvant permettre d'évaluer cette dernière (Beck, 1987 ; Barnett & Gotlib, 1990 ; Clark, Beck & Alford, 1999 ; Joiner, Metalsky, Lew, & Klocek, 1999 ; Olinger, Kuiper & Shaw, 1987). Toutefois, tous s'entendent pour dire que les résultats d'études ayant examiné le rôle étiologique des attitudes dysfonctionnelles dans la dépression sont inconsistants (Barnett & Gotlib, 1990 ; Clark, Beck & Alford, 1999 ; Joiner, Metalsky, Lew & Klocek, 1999). La plupart de ces études sont transversales et corrélationnelles (Ingram, Miranda & Segal, 1998). Avant 1999, une des rares études longitudinales, celle de Kwon et Oei, 1992, est parvenue à supporter l'hypothèse d'une interaction entre les attitudes dysfonctionnelles et les événements de vie stressants négatifs comme facteur pouvant contribuer au développement des symptômes dépressifs (Joiner, Metalsky, Lew & Klocek, 1999). Kwon et Oei (1992) ont vérifié, en utilisant un devis longitudinal, si les cognitions agissent comme une cause ou une conséquence de la dépression. Étonnamment, les résultats révèlent d'une part, que l'état dépressif peut accroître la présence des cognitions et d'autre part que l'interaction d'événements stressants négatifs et d'attitudes dysfonctionnelles, peut influencer directement ou via les pensées automatiques négatives, l'avènement des symptômes dépressifs. Les auteurs proposent l'hypothèse d'un cercle vicieux ou d'une relation de réciprocité entre les cognitions et la dépression.

Plusieurs études ont permis de constater que les attitudes dysfonctionnelles agissent en tant que modérateur (Joiner Metalsky, Lew & Klocek, 1999 ; Kwon & Oei, 1992 ; Olinger, Kuiper & Shaw, 1987) et les pensées automatiques négatives en tant que médiateur de la relation entre les événements de vie négatifs et la dépression (Clark, Beck & Alford, 1999; Joiner Metalsky, Lew & Klocek, 1999 ; Kwon & Oei, 1992). Kwon et Oei (1992) ajoutent que nous ne pouvons pas ignorer le rôle d'interaction entre les attitudes dysfonctionnelles et l'événement de vie négatif en ce qui a trait à la prédiction des symptômes dépressifs. Olinger, Kuiper et Shaw, (1987) précisent que l'augmentation du nombre d'événements de vie négatifs stressants chez les individus présentant une vulnérabilité importante, accroît significativement les symptômes dépressifs. De plus, ils ajoutent que pour ceux qui ne présentent qu'une faible vulnérabilité, les événements de vie négatifs n'ont qu'un impact modéré sur les symptômes dépressifs. Ainsi, selon ces chercheurs, les événements vie négatifs ne peuvent en eux-mêmes causer une dépression.

Une limite méthodologique des études existantes se situe dans l'inclusion, dans l'échantillon de départ, d'individus présentant des symptômes dépressifs ce qui ne permet pas de bien évaluer l'apparition de ceux-ci. Dykman et Johll (1998), ont effectué une étude qui révèle que chez les femmes qui étaient asymptomatiques au temps 1, un taux de stress élevé est associé à un haut niveau de symptômes dépressifs quatorze semaines plus tard, particulièrement pour les participantes présentant un niveau élevé d'attitudes dysfonctionnelles. Plusieurs études ont révélé que les facteurs cognitifs joueraient un rôle plus important dans l'apparition et le maintien des

symptômes dépressifs chez les femmes que chez les hommes (Barnett & Gotlib, 1990 ; Spangler, Simons, Monroe & Thase, 1997). Par ailleurs, Joiner, Metalsky, Lew, et Klocek (1999), rapportent que les participants qui présentaient un taux élevé d'attitudes dysfonctionnelles au temps 1 de leur étude et qui ont obtenu un résultat faible à l'examen de mi-session ont vu leurs symptômes dépressifs s'accroître au temps 2, contrairement à ceux qui ont obtenu de bons résultats à leur examen. À l'inverse, chez ceux qui présentaient peu d'attitudes dysfonctionnelles, aucun changement dans les symptômes dépressifs n'a été constaté et ce, qu'ils aient obtenu un bon ou un mauvais résultats à l'examen de mi-session, confirmant la contribution de l'interaction entre les attitudes dysfonctionnelles et les événements de vie négatifs à l'augmentation des symptômes dépressifs. Ces auteurs rapportent également que les pensées automatiques dépressogènes jouent un rôle médiateur dans la relation entre l'interaction (attitudes dysfonctionnelles et faible résultats d'examen de mi-session) et les symptômes dépressifs. L'étude de Joiner et ses collègues, est l'une des rares études à utiliser un devis longitudinal supportant la théorie de la diathèse-stress. Toutefois, leur étude ne tient pas compte des différences liées au genre et n'évalue pas la spécificité des stressors en fonction de la dimension de la personnalité caractérisant la vulnérabilité cognitive.

Dans une étude récente, Abela et D'Alessandro (2002) ont rencontré 136 jeunes alors qu'ils effectuaient une demande d'admission à l'université. Les résultats révèlent que les jeunes adultes ayant un niveau d'attitudes dysfonctionnelles élevé, démontrent un accroissement plus grand de l'humeur dépressive suite à une réponse

négative que ceux adoptant peu d'attitudes dysfonctionnelles. De plus, le fait d'avoir une vision négative de l'avenir a un effet médiateur sur cette relation. Bref, cette étude supporte la théorie de Beck en confirmant que les individus possédant des schémas dépressogènes sont plus à risque de vivre une augmentation de l'humeur dépressive lorsque survient un événement négatif. Toutefois, dans cette étude les différents types de vulnérabilité proposés par Beck, soit la sociotropie et l'autonomie n'ont pas été considérés.

Dans cette optique, Cane, Olinger, Gotlib et Kuiper (1986) ont effectué une analyse factorielle à partir du EAD, version originale à 40 items, et proposent deux facteurs pouvant se rapprocher des deux constellations de schémas identifiées par Beck, soit « l'évaluation des performances » (autonomie) et « l'approbation d'autrui » (sociotropie). Clark, Beck et Alford (1999) en viennent aux mêmes conclusions, en ce qui a trait à l'utilisation du EAD pour mesurer les schémas. Toutefois, l'avis des auteurs n'est pas toujours constant. Par exemple, Blatt et Zuroff (1992) considèrent que la présence d'une forte corrélation entre les sous-échelles du EAD est un obstacle à son utilisation pour mesurer la sociotropie et l'autonomie.

Allen, Horne et Trinder (1996), ont confirmé la présence d'interaction entre la vulnérabilité sociotropique et les événements stressants négatifs à caractère relationnel. Quelques chercheurs ont également démontré cette interaction entre la dimension autonome et les événements de vie stressants négatifs en lien avec la réussite (Brown, Hammen, Craske, et Wickens, 1995). Cependant, Kwon et Whisman (1998) suggèrent que de catégoriser les événements de vie comme étant de nature

relationnelle ou en lien avec l'accomplissement peut être problématique puisque le sens d'un événement peut varier d'une personne à l'autre. Ainsi la signification pourrait aussi varier en fonction de l'autonomie ou de la sociotropie. Par exemple, un licenciement peut affecter autant l'individu dont la personnalité comporte une dimension autonome prédominante que celle étant davantage sociotrope. La première y verra un échec professionnel, alors que l'autre anticipera la perte de collègues de travail qui lui étaient chers. Enfin, aucun chercheur n'est parvenu à supporter totalement l'hypothèse de la spécificité des événements de vie stressants négatifs en fonction de la vulnérabilité cognitive (Clark, Beck & Alford, 1999).

Études empiriques chez les adolescents

Parmi les études portant sur l'applicabilité du modèle théorique cognitif de Beck, peu ont été menées auprès de populations adolescentes. Quelques-unes ont étudié diverses variables incluses dans le modèle, mais peu l'ont appliqué dans sa totalité.

Tout d'abord, certaines études ont observé le lien entre la vulnérabilité cognitive et la dépression. Plusieurs ont démontré que les cognitions constituent un facteur important associé à l'état dépressif. L'enfant ou l'adolescent dépressif a des pensées automatiques négatives pouvant engendrer l'aggravation et la chronicité du trouble (Cottraux, 2001; Dohr & al. 1989). Marton et Kutcher (1995) constatent que les adolescents déprimés présentant des cognitions négatives sont moins confiants et moins extravertis que ceux qui en ont peu. Selon eux, la présence de cognitions négatives est davantage associée à une dépression sévère. Moilanen (1995) qui a

effectué une étude auprès d'une population adolescente non référée, observe que plus il y a de symptômes dépressifs, plus les attitudes dysfonctionnelles sont présentes.

Par ailleurs, les résultats de Baron et Peixoto (1991), confirment en partie ceux obtenus auprès des adultes et ce, plus particulièrement chez les filles. Selon ces auteurs, les adolescents qui présentent un score élevé de sociotropie ou d'autonomie rapportent davantage de symptômes dépressifs. Ceux-ci précisent que les filles dont le score d'autonomie est élevé présentent davantage de symptômes dépressifs que les garçons dans la même situation. De plus de manière plus générale, ils ajoutent que les filles ont un score plus élevé de sociotropie que les garçons mais aucune différence liée au genre n'est observée en ce qui a trait à l'autonomie. Toutefois, ces auteurs n'ont pas vérifié le modèle dans son ensemble puisqu'ils n'ont pas considéré l'influence des événements de vie stressants négatifs. Ainsi, ces premières études supportent l'hypothèse de la présence de schémas et de cognitions négatives chez les adolescents rapportant des symptômes dépressifs et plus particulièrement celle d'un lien entre l'intensité des symptômes et celle des cognitions erronées.

Un aspect important de l'étude de l'applicabilité du modèle théorique cognitif à une population adolescente est celui de considérer les événements stressants vécus par les individus dépressifs. Cet aspect du modèle s'avère particulièrement pertinent si on considère que l'adolescence est une période qui se caractérise, entre autres, par plusieurs changements aux plans scolaire, social, et physique (transition primaire/secondaire, puberté) (Abela & Sullivan, 2003). De plus, plusieurs études rapportent que les événements de vie stressants négatifs varient en fonction du genre.

Selon certains auteurs, les filles rapportent vivre davantage d'événements négatifs que les garçons (Ge & al. 1994 ; Schraedley, Gotlib, & Hayward, 1999), alors que pour Rudolph et Hammen (1999), il n'existe aucune différence entre les garçons et les filles en ce qui a trait au nombre d'événements stressants. De plus, des chercheurs ont observé que les filles rapportent davantage d'événements relationnels négatifs (Larson & Ham, 1993 ; Rudolph & Hammen, 1999), alors que les garçons rapportent plutôt des événements négatifs en lien avec l'école.

Certaines études ont vérifié l'association entre les événements de vie stressants et la dépression. Baron, Joubert et Mercier (1991) ont examiné les événements de vie stressants en lien avec les symptômes dépressifs, cette fois, sans considérer la vulnérabilité cognitive. À travers leurs résultats, ils rapportent que l'ensemble des événements de vie stressants mesurés à l'aide du *Life Events Questionnaire* (LEQ, Newcomb, Huba & Bentler, 1981) peut être regroupé sous quatre facteurs, dont les trois premiers sont précurseurs de la dépression, soit le changement de milieu, les problèmes personnels et familiaux, la sexualité et l'autonomie.

Enfin, quelques rares études ont tenté d'évaluer l'applicabilité du modèle diathèse-stress dans son ensemble avec un échantillon d'adolescents. Tel qu'il a été mentionné précédemment, les hypothèses concernant le modèle stipulent que les schémas apparaissent tôt dans le cheminement de vie. Toutefois, Abela et Sullivan (2003) précisent que les théoriciens et les chercheurs seraient d'avis que ceux-ci se consolident davantage à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Ces auteurs, qui se

sont intéressés à ce groupe d'âge, rapportent, en concordance avec le modèle de Beck, que les attitudes dysfonctionnelles en interaction avec les événements de vie négatifs prédisent effectivement l'accroissement des symptômes dépressifs, plus particulièrement l'isolement et la dévalorisation. De plus, ces auteurs constatent que cette interaction est présente chez les adolescents rapportant un haut niveau de soutien social et une forte estime de soi, et non chez ceux dont c'est l'inverse. Ainsi, Abela et Sullivan (2003) suggèrent qu'au début de l'adolescence, les attitudes dysfonctionnelles confèrent une labilité des perceptions de la valeur personnelle et de l'acceptation par les autres, plutôt qu'une vulnérabilité aux symptômes dépressifs. Enfin, dans cette étude les participants se situaient au tout début de l'adolescence avec un âge moyen de 12 ans et 10 mois. Il y a donc lieu de questionner la consolidation des schémas.

Toujours en lien avec la vulnérabilité cognitive, les études fournissent différentes précisions en différenciant les divers niveaux de cognitions impliqués, tels que les schémas et les pensées automatiques. Les résultats rapportés par Cole et Turner (1993) qui ont vérifié autant le modèle médiateur que modérateur, proposent que dès l'enfance, les erreurs cognitives agissent en tant que médiateur partiel de la relation entre les événements et les symptômes dépressifs et modèrent que faiblement cette même relation. La relation entre les événements stressants et les symptômes dépressifs s'avère plus importante chez les enfants présentant davantage d'erreurs cognitives. L'augmentation des erreurs cognitives entre la 6^e et la 8^e année scolaire

rapportée par ces auteurs justifie la vérification de l'application du modèle à l'adolescence.

Une étude de Deal et Williams (1988) s'est intéressée à la relation entre les erreurs cognitives et le stress pouvant prédire l'apparition des symptômes dépressifs chez des adolescents de 14 à 19 ans. Les résultats révèlent que les jeunes présentant des symptômes dépressifs d'intensité allant de modérée à sévère et rapportant un haut niveau de stress obtiennent un score plus élevé de pensées automatiques négatives. Selon ces auteurs, les pensées automatiques agissent en tant que médiateur de la relation entre le stress et les symptômes dépressifs. Les mêmes résultats ne sont pas observés avec les attitudes dysfonctionnelles. Ce qui va dans le même sens que les résultats obtenus auprès des adultes dans l'étude de Kwon et Oei en 1992 qui avait observé que l'interaction d'événements négatifs et d'attitudes dysfonctionnelles peut influencer, via les pensées automatiques négatives, l'avènement de symptômes dépressifs. Toutefois, une des limites de l'étude de Deal et William (1988), est l'utilisation d'un devis transversal. De plus, le rôle modérateur des attitudes dysfonctionnelles chez la population adolescente n'a pas été vérifié, tel qu'il fut fait chez les adultes par Kwon et Oei (1992). Enfin, Deal et Williams (1988) ont observé divers aspects du stress, tel que la fréquence et l'intensité perçue. Ils constatent que le nombre d'événements de vie stressants vécu n'influence pas la façon dont le jeune perçoit ou évalue l'intensité ou l'importance des divers stress. Cependant, la présence d'erreurs cognitives influence l'évaluation des adolescents en ce qui a trait à l'impact des événements stressants qu'ils vivent. En résumé, le fait de vivre un stress ne fait

pas en sorte que l'on évalue l'ensemble des événements négatifs comme étant plus stressants, contrairement au fait d'avoir des cognitions erronées.

Lewinsohn, Joiner et Rohde (2001), ont vérifié l'hypothèse de la spécificité du modèle à la dépression, qui jusqu'à présent donne lieu à des résultats parfois contradictoires. Ils confirment la diathèse-stress et stipulent que les attitudes dysfonctionnelles constituent, en la présence de stress, un facteur de risque pour la dépression majeure chez les adolescents seulement lorsqu'elles excèdent un certain niveau. Ces auteurs proposent que davantage d'études soient effectuées afin de déterminer le seuil auquel la diathèse (ou la vulnérabilité) émerge. Toutefois, cette étude n'observe pas les différences en fonction du type de stressseurs, ni les différentes vulnérabilités.

En résumé, chacune des études a permis de confirmer une partie du modèle sans le confirmer dans sa globalité. De plus, peu d'études ont souligné des différences liées au genre. Lorsque l'on constate que cette différence est présente tant dans les symptômes dépressifs auto-rapportés que dans les événements de vie négatifs vécus par les adolescents, il est justifié de s'y intéresser dans la vérification du modèle diathèse-stress de la dépression.

Objectif de l'étude

Cette étude a pour objectif de vérifier l'applicabilité du modèle diathèse-stress de la dépression auprès d'une population d'adolescents. Au cours de la dernière décennie, le modèle s'est davantage précisé avec l'hypothèse d'une vulnérabilité

cognitive spécifique, traduite par les construits de sociotropie et d'autonomie. Lorsque survient des événements négatifs se situant dans un domaine propre à la vulnérabilité de l'individu, ce dernier présente un plus grand risque de devenir dépressif. C'est cette question de recherche qui sera étudiée dans cet article. Dans cette étude les différences associées au genre seront également analysées.

Hypothèses

En présence d'attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite (autonomie) ou avec la dépendance (sociotropie), l'avènement d'un stress correspondant de performance ou relationnel, prédit une augmentation des symptômes dépressifs. Tel que vu dans les études précédentes, il est proposé que les attitudes dysfonctionnelles agiront en tant que modérateur et les pensées automatiques négatives en tant que médiateur de la relation entre les événements de vie négatifs et la dépression. Enfin, étant donné que certains auteurs ont observé des différences entre les sexes en ce qui a trait à la présence des symptômes dépressifs et des événements stressants vécus, les différences sexuelles seront également explorées dans la présente étude.

Méthode

Participants

Les participants sont des élèves qui, à la première année de l'étude, étaient en 8^e et 9^e année et proviennent de quatre écoles de deux villes du Québec, soit Trois-Rivières et Nicolet. L'échantillon longitudinal retenu est de 752 élèves fréquentant les

classes régulières et d'adaptation scolaire, présents aux deux temps de l'étude (44,8 % garçons et 55,1 % filles). Ils étaient âgés en moyenne de 14.9 ans ($ET = 0.77$) la première année de l'étude et provenaient d'un milieu socio-économique allant de moyen à élevé. Pour les analyses permettant de répondre aux objectifs, l'ensemble de cet échantillon sera utilisé.

Déroulement

Après avoir obtenu le consentement écrit des parents ou tuteurs légaux, les élèves ont été invités à compléter les questionnaires dans le cadre de cours réguliers. Le temps de passation fut d'une période classe de 50 à 60 minutes. Les élèves ont été rencontrés deux fois par année pendant les trois ans. Les résultats de cette étude proviennent d'une étude plus vaste se déroulant sur trois ans et portant sur l'adaptation psychosociale des jeunes dépressifs et à trouble des conduites. Seuls les temps 2 et 3 ont été utilisés afin de répondre aux objectifs du présent article, soit les élèves étant en 9^e, 10^e et 11^e année.

Instruments de mesure

L'Inventaire de dépression de Beck (IDB, Beck, 1978, version française de Bourque et Beaudette, 1982) est une mesure auto-évaluative de 21 items visant l'évaluation des aspects affectifs, cognitifs, comportementaux et somatiques de la dépression, à partir d'une échelle de Likert en quatre points. Le score global varie de 0 à 63 et un score de 16 et plus permet d'identifier les adolescents présentant des

symptômes dépressifs d'intensité clinique. Les qualités psychométriques de l'IDB ont été confirmées avec des échantillons d'adolescents normaux et cliniques. Un coefficient de consistance interne de .87 a été obtenu par Barrera & Garrison-Jones (1988) et par Strober, Green & Carlson (1981), de même que pour l'échantillon de la présente étude.

L'Échelle des attitudes dysfonctionnelles (EAD), version française du « *Dysfunctional Attitudes Scale* » (Weissman & Beck, 1978; Power et al. 1994). Cet instrument comprend 24 items et permet de vérifier l'intensité des schèmes dépressogènes sur une échelle de type Likert de 1 à 7. Le EAD est composé de trois sous-échelles, soit la réussite (« Si j'échoue en partie, c'est aussi pire que d'échouer complètement. »), la dépendance (« Je ne suis rien si une personne que j'aime ne m'aime pas ») et l'auto-contrôle (« Une personne devrait être capable de contrôler ce qui lui arrive. »). Tel que proposé par Clark, Beck et Alford, (1999) deux sous-échelles ont été utilisées afin de mesurer les schémas cognitifs de l'autonomie et de la sociotropie, soient celles de la réussite et de la dépendance. Les qualités psychométriques du EAD ont été vérifiées auprès des adolescents par Garber, Weiss et Shanley (1993). Les coefficients de consistance interne varient de 0.63 à 0.85 pour les sous-échelles et le score globale. Chez un échantillon d'adolescents francophones, ceux-ci varient de 0.51 à 0.76 (Marcotte, Marcotte & Bouffard, 2002; Lévesque & Marcotte, 2005).

L'Inventaire des pensées automatiques négatives (IPA), version française du « *Cognition Checklist* » de Beck, Brown, Eidelson, Steer et Riskind (1987), traduit

par Marcotte (1995), vise à évaluer le langage intérieur. L'IPA comprend 26 items se rapportant à deux sous-échelles, l'une reliée à l'anxiété comprenant 12 items (p.ex : « Quelque chose va arriver à quelqu'un que j'aime ») et l'autre à la dépression comprenant 14 items (p.ex : « Je ne mérite pas d'être aimé »). Son utilisation possible auprès de participants adolescents a été confirmée dans quelques études (Ambrose & Rholes, 1993; Jolly & Dykman, 1994). Finalement, des coefficients de consistance interne variant de 0.83 à 0.93 ont été obtenus avec une population adolescente francophone (Marcotte, 1995; Lévesque & Marcotte, 2005).

Le *Questionnaire des événements de vie*, version française du « *Life Events Questionnaire* » (LEQ) (Newcomb, Huba & Bentler, 1981). Cet instrument est composé de 39 items reflétant des événements de vie pouvant survenir à l'adolescence (par exemple, le divorce des parents, le changement d'école, la sexualité). Il permet d'évaluer le nombre d'événements stressants vécus il y a moins d'un an, ainsi que ceux vécus il y a plus d'un an. Dans un second temps, l'adolescent doit encrer sur une échelle de type Likert, comment il s'est senti suite à l'événement, allant de très heureux à très malheureux. Pour les besoins de la présente étude, seul les événements vécus il y a moins d'un an et évalué comme ayant suscité des sentiments négatifs ont été utilisés. De plus, les items ont été classés selon qu'ils représentaient des stress de performance (p. ex. : « J'ai eu des mauvaises notes à l'école ») ou des stress relationnels (p. ex. : « J'ai rompu avec mon ami »). Ce classement fut effectué par sept psychologues scolaires oeuvrant dans les écoles secondaires. Seuls les items ayant été classés de façon identique par au moins six des

sept psychologues ont été conservés, soit trente items (15 de performance et 15 relationnels). Selon Baron, Joubert et Mercier (1991), qui ont validé la version française du LEQ, cette dernière présente des qualités psychométriques justifiant son utilisation auprès d'adolescents francophones.

Résultats

À titre d'analyses statistiques préliminaires, les différences de moyennes entre les garçons et les filles ont été vérifiées pour chacune des variables. Les filles présentent plus de symptômes dépressifs ($t=-6.51$, $p<.001$), plus d'attitudes dysfonctionnelles en lien avec la dépendance ($t=-2.68$, $p<.01$), utilisent davantage un langage intérieur pessimiste ($t=-6.14$, $p<.001$) et rapportent vivre plus événements stressants relationnels que les garçons (février 2001 : $t=-6.00$, $p<.001$; février 2002 : $t=-4.99$, $p<.001$). Quant à ces derniers, ils adoptent davantage d'attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite ($t=3.96$, $p<.001$). La présence de ces différences entre les garçons et les filles justifie la vérification des modèles distincts pour chacun des genres. Des corrélations de Pearson ont également été effectuées afin de vérifier les liens entre les diverses variables à l'étude. Les résultats présentés dans le tableau 1 démontrent, qu'à l'exception des attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite et le stress relationnel, l'ensemble des variables est corrélé, nous permettant ainsi de procéder aux analyses d'effets médiateurs et modérateurs.

Insérer Tableau 1

Afin de vérifier le modèle diathèse-stress de la dépression, des analyses de régressions multiples selon les postulats de Baron et Kenny (1986), ont permis de

vérifier les modèles modérateurs et médiateurs chez les deux genres séparément.

Deux modèles distincts ont été examinés, dans lesquels les cognitions étaient mesurées avant et après les événements de vie stressants.

Modèle 1 : Influence d'événements stressants négatifs sur l'augmentation des cognitions et des symptômes dépressifs dans un intervalle de 12 mois.

Dans ce modèle, le rôle des variables médiatrices et modératrices mesurées au mois d'octobre 2001 sur la relation entre le stress rapporté février 2001 et les symptômes dépressifs présents en février 2002 est étudié.

Les résultats révèlent que les pensées automatiques négatives ont un rôle médiateur partiel de la relation entre le stress et les symptômes dépressifs et ce, tant chez les garçons que chez les filles (Tableau 2). Tout d'abord chez les garçons, afin de répondre aux trois conditions caractérisant les exigences du modèle médiateur, il est constaté, dans une première analyse de régression, que la variance des scores pour les pensées automatiques négatives est prédite par les événements de vie stressants négatifs ($R^2 = 0.08$; $F_{\text{change}}(1,335) = 27.64$; $p < .001$; $B = 0.28$). Une deuxième analyse de régression démontre que les symptômes dépressifs sont significativement prédits par les événements de vie stressants négatifs ($R^2 = 0.12$; $F_{\text{change}}(1,336) = 45.34$; $p < .001$). Finalement, lorsque la variable médiatrice, soit les pensées automatiques négatives, est ajoutée à la troisième équation, la prédiction des symptômes dépressifs par les événements de vie stressants négatifs est moindre tout en demeurant significative ($R^2 = 0.32$; $F_{\text{change}}(1,334) = 98.56$; $p < .001$). Chez les

filles, les événements de vie stressants négatifs prédisent les cognitions ($R^2 = 0.06$; $F_{\text{change}}(1,412) = 26.44$; $p < .001$; $\beta = 0.25$). Les événements de vie stressants négatifs prédisent également les symptômes dépressifs ($R^2 = 0.06$; $F_{\text{change}}(1,412) = 24.09$; $p < .001$). Enfin, lorsque la variable médiatrice, soit les pensées automatiques négatives, est ajoutée à la troisième équation, la prédiction des symptômes dépressifs par les événements de vie stressants négatifs est moindre tout en demeurant significative ($R^2 = 0.41$; $F_{\text{change}}(1,411) = 247.51$; $p < .001$).

Insérer Tableau 2

Par ailleurs, chez les garçons, les pensées automatiques négatives ont également un effet modérateur de la relation entre le stress et les symptômes dépressifs. Les événements de vie stressants négatifs expliquent 12 % de la variance des symptômes dépressifs. Les pensées automatiques expliquent 20 % de plus de la variance des symptômes dépressifs, alors que l'interaction entre ces dernières et les événements de vie stressants négatifs augmente la prédiction des scores au IDB de 4 % ($R^2 = 0.36$; $F_{\text{change}}(1,333) = 21.71$; $p < 0.001$). De plus, chez les garçons ayant recours à un niveau plus élevé de pensées automatiques négatives, soit un écart-type au-dessus de la moyenne, les symptômes dépressifs sont plus étroitement reliés à la présence d'événements stressants négatifs ($\beta = 0.35$, $p < 0.05$), que chez les adolescents adoptant un faible niveau de pensées automatiques négatives.

En ce qui a trait aux schémas d'autonomie et de sociotropie, les résultats révèlent que l'effet d'interaction entre le schéma d'autonomie et le stress de

performance prédit les symptômes dépressifs chez les garçons uniquement (Tableau 3). Le stress de performance explique 8 % de la variance des symptômes dépressifs. Le schéma d'autonomie expliquent 5 % de plus de la variance des symptômes dépressifs, alors que l'interaction entre ce dernier et le stress de performance augmente la prédiction des scores au IDB de 1 % ($R^2 = 0.14$; $F_{change}(1,334) = 5.23$; $p < 0.05$). Les garçons adoptant davantage un schéma d'autonomie, soit un écart-type au-dessus de la moyenne, présentent des symptômes dépressifs qui sont plus étroitement reliés à la présence de stress de performance ($\beta = 0.33$, $p < 0.05$), que les adolescents ayant moins accès à ce schéma.

Insérer Tableau 3

Enfin, le schéma de sociotropie lorsqu'il est en interaction avec le stress relationnel, prédit significativement les symptômes dépressifs chez les garçons. Le stress relationnel explique 7 % de la variance des symptômes dépressifs. Le schéma de sociotropie expliquent 6 % de plus de la variance des symptômes dépressifs, alors que l'interaction entre ce dernier et le stress relationnel augmente la prédiction des scores au IDB de 2 % ($R^2 = 0.16$; $F_{change}(1,334) = 8.80$; $p < 0.01$). (Tableau 4). De plus, les garçons adoptant davantage le schéma de sociotropie, soit un écart-type au-dessus de la moyenne, présentent des symptômes dépressifs qui sont plus étroitement reliés à la présence de stress relationnels ($\beta = 0.41$, $p < 0.001$), que les adolescents ayant moins accès à ce schéma. Toutefois, les garçons adoptant faiblement le schéma de sociotropie, soit un écart-type au-dessous de la moyenne, présentent également un

lien, bien que moins significatif, entre les symptômes dépressifs et le stress relationnel ($\beta = 0.28$, $p < 0.05$).

Insérer Tableau 4

Modèle 2 : Influence de la vulnérabilité cognitive sur l'augmentation des symptômes dépressifs en présence d'événements stressants négatifs sur un intervalle de 4 mois.

Dans le second modèle, le rôle des variables médiatrices et modératrices mesurées en octobre 2001 a été examiné sur la relation entre les événements de vie stressants négatifs rapportés cette fois-ci au mois de février 2002 et les symptômes dépressifs présents en février 2002.

Les résultats révèlent que les pensées automatiques négatives ont un effet médiateur partiel de la relation entre le stress et les symptômes dépressifs et ce, tant chez les garçons que chez les filles (Tableau 5). En premier lieu chez les garçons, il est constaté, dans une première analyse de régression, que les pensées automatiques négatives sont prédites par les événements de vie stressants négatifs ($R^2 = 0.10$; $F_{\text{change}}(1,335) = 35.73$; $p < .001$; $\beta = 0.31$). Une deuxième analyse de régression démontre que les symptômes dépressifs sont significativement prédit par les événements de vie stressants négatifs ($R^2 = 0.21$; $F_{\text{change}}(1,336) = 87.51$; $p < .001$). Finalement, lorsque la variable médiatrice, soit les pensées automatiques négatives, est ajoutée à la troisième équation, la prédiction des symptômes dépressifs par les événements de vie stressants négatifs est moindre tout en demeurant significative ($R^2 = 0.37$; $F_{\text{change}}(1,334) = 86.84$; $p < .001$). Chez les filles, les événements de vie

stressants négatifs prédisent les cognitions ($R^2 = 0.12$; $F_{\text{change}}(1,412) = 55.70$; $p < .001$; $\beta = 0.35$). Les événements de vie stressants négatifs prédisent également les symptômes dépressifs ($R^2 = 0.21$; $F_{\text{change}}(1,412) = 107.33$; $p < .001$). Enfin, lorsque la variable médiatrice, soit les pensées automatiques négatives, est ajoutée à la troisième équation, la prédiction des symptômes dépressifs par les événements de vie stressants négatifs est moindre tout en demeurant significative ($R^2 = 0.47$; $F_{\text{change}}(1,411) = 200.25$; $p < .001$).

Insérer Tableau 5

Chez les deux genres, les pensées automatiques négatives ont de nouveau un rôle modérateur de la relation entre les événements stressants négatifs et les symptômes dépressifs. Chez les garçons, les événements de vie stressants négatifs expliquent 21 % de la variance des symptômes dépressifs. Les pensées automatiques expliquent 16 % de plus de la variance des symptômes dépressifs, alors que l'interaction entre ces dernières et les événements de vie stressants négatifs augmente la prédiction des scores au IDB de 4 % ($R^2 = 0.41$; $F_{\text{change}}(1,333) = 24.11$; $p < 0.001$). De plus, chez les garçons ayant recours à un niveau plus élevé de pensées automatiques négatives, soit un écart-type au-dessus de la moyenne, les symptômes dépressifs sont plus étroitement reliés à la présence d'événements stressants négatifs ($\beta = 0.53$, $p < 0.001$), que chez les adolescents ayant un faible niveau de pensées automatiques négatives. Toutefois, les garçons ayant un faible niveau de pensées automatiques négatives, soit un écart-type au-dessous de la moyenne, présentent

également un lien, bien que moins significatif, entre les symptômes dépressifs et les événements stressants négatifs ($\beta = 0.37, p < 0.05$). Chez les filles, les événements de vie stressants négatifs expliquent 21 % de la variance des symptômes dépressifs. Les pensées automatiques expliquent 26 % de plus de la variance des symptômes dépressifs, alors que l'interaction entre ces dernières et les événements de vie stressants négatifs augmente la prédiction des scores au IDB de moins de 1 % ($R^2 = 0.48; F_{change}(1,410) = 6.36; p < 0.05$). Chez celles ayant recours à un niveau plus élevé de pensées automatiques négatives, soit un écart-type au-dessus de la moyenne, les symptômes dépressifs sont plus étroitement reliés à la présence d'événements stressants négatifs ($\beta = 0.43, p < 0.001$), que chez les adolescentes ayant un faible niveau de pensées automatiques négatives. Toutefois, les filles ayant un faible niveau de pensées automatiques négatives, soit un écart-type au-dessous de la moyenne, présentent également un lien, plus faible, entre les symptômes dépressifs et les événements stressants négatifs ($\beta = 0.29, p < 0.05$).

En ce qui a trait aux schémas d'autonomie, les résultats sont constants d'un modèle à l'autre. Toutefois, ils révèlent que l'interaction entre le schéma d'autonomie et le stress de performance, prédit les symptômes chez les garçons de façon plus significative dans le présent modèle (Tableau 6). Le stress de performance explique 20 % de la variance des symptômes dépressifs. Le schéma d'autonomie expliquent 4 % de plus de la variance des symptômes dépressifs, alors que l'interaction entre ce dernier et le stress de performance augmente la prédiction des scores au IDB de 3 %

($R^2 = 0.27$; $F_{\text{change}}(1,334) = 16.82$; $p < 0.001$). Enfin, les adolescents adoptant davantage un schéma d'autonomie, soit un écart-type au-dessus de la moyenne, présentent des symptômes dépressifs étant plus étroitement reliés à la présence de stress de performance ($\beta = 0.61$, $p < 0.001$), que les adolescents ayant moins accès à ce schéma. Quant au schéma de sociotropie lorsqu'il est en interaction avec le stress relationnel, il ne prédit pas significativement les symptômes dépressifs.

Insérer Tableau 6

Discussion

Cette étude avait pour objectif de vérifier l'applicabilité du modèle diathèse-stress de la dépression auprès d'une population d'adolescents. Le modèle diathèse-stress propose qu'une vulnérabilité cognitive chez un individu influence la relation entre le stress et les symptômes dépressifs. Ainsi, lorsque survient des événements stressants négatifs se situant dans un domaine propre à la vulnérabilité de l'individu, ce dernier présente un plus grand risque de devenir dépressif. De plus, la présente étude a également pour objectif d'explorer le rôle des pensées automatiques sur cette relation entre le stress et les symptômes dépressifs.

Tout d'abord, nos résultats confirment partiellement ceux obtenus par Baron et Peixoto (1991), révélant que les filles sont davantage sociotropes (EAD, dépendance) que les garçons. Toutefois, contrairement à ces auteurs, nos résultats indiquent qu'il y a une différence entre les genres en ce qui a trait à l'autonomie (EAD, réussite), les garçons adoptent davantage ce schéma que les filles. Nos

résultats vont également dans le même sens que plusieurs auteurs et confirment que les filles rapportent davantage d'événements stressants négatifs que les garçons (Ge et al. 1994 ; Schraedley, Gotlib, et Hayward, 1999). De plus, tout comme Larson et Ham, (1993), et Rudolph et Hammen, (1999), nous avons observé que les filles rapportent davantage d'événements relationnels négatifs, alors qu'il n'existe aucune différence entre les garçons et filles concernant le stress de performance.

D'une part, les résultats obtenus dans la présente étude confirment que les pensées automatiques négatives agissent en tant que médiateur, bien que partiel, de la relation entre les événements stressants et les symptômes dépressifs et ce, tant chez les garçons que chez les filles. Ainsi, nos résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par Cole et Turner (1993) qui énoncent que dès l'enfance, les erreurs cognitives agissent en tant que médiateur partiel de la relation entre les événements positifs et négatifs et les symptômes dépressifs auto-révélés. Nos résultats ajoutent également que les pensées automatiques négatives occupent également un rôle modérateur. Ces dernières étant plus accessibles, elles sont plus facilement reliées aux symptômes dépressifs (Deal et William, 1988). Elles constituent donc une piste d'intervention pouvant s'avérer pertinente en ce qui a trait au traitement de la dépression chez les adolescents.

Par ailleurs, l'hypothèse concernant le rôle modérateur des schémas cognitif est aussi partiellement confirmée par nos résultats, ceci particulièrement chez les garçons. Chez les garçons caractérisés par un schéma cognitif d'autonomie qui vivent des événements stressants en lien avec leur performance, un risque plus élevé de

développer des symptômes dépressifs est observé. Cette même relation n'est pas observée chez les filles de notre échantillon. Il est connu que les garçons sont généralement moins dépressifs que les filles. Toutefois, selon certaines études pendant l'enfance les garçons présentent plus de symptômes dépressifs que les filles (Rutter, 1986; Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1987 ; Cohen, & Brook, 1987). On peut se demander s'il serait possible que les schémas se développeraient plus tôt chez ces derniers. Il semble que lorsque ceux-ci vivent des événements stressants négatifs et qu'ils adoptent les schémas associés, ils présentent alors davantage de risque que les filles de devenir dépressifs. Toutefois, il est possible de croire que chez les filles chaque facteur, soit les événements stressants et les cognitions, joue un rôle important. Chacun se retrouvant de façon plus marqué chez ces dernière, il est probable que l'interaction entre les deux variables n'ajoute rien à l'explication des symptômes dépressifs plus élevés chez les filles. La réflexion doit donc être poursuivie afin d'approfondir nos connaissance en ce qui a trait à l'apparition de la dépression chez les adolescentes.

Également, tel qu'il a été mentionné précédemment, les hypothèses concernant le modèle diathèse-stress stipulent que les schémas apparaissent tôt dans le cheminement de vie. Abela et Sullivan (2003) précisent que les théoriciens tout comme les chercheurs, seraient d'avis que ceux-ci se consolident davantage à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Selon Hankin (2006), la vulnérabilité cognitive serait plus variable pendant l'enfance qu'à l'adolescence et à l'âge adulte. Les cognitions telles que les attitudes dysfonctionnelles ne seraient pas encore très

stables au milieu de l'adolescence, soit entre la 6^e et la 8^e année, mais une certaine stabilité correspondant à des traits de personnalité serait observée de la mi-adolescence jusqu'à la fin de l'adolescence, soit à la 9^e et 10^e année (Hankin, Fraley, Lahey & Waldman, 2005). Ainsi, il est possible que ce que nous avons observé via nos résultats ne soit que le début de la consolidation des schémas. Il serait donc important de poursuivre les recherches en ce sens afin d'obtenir davantage d'information sur le développement des schémas cognitifs entre l'enfance et l'adolescence, ainsi que sur la consolidation de ces schémas à l'adolescence et leur impact sur les symptômes dépressifs.

Dans un autre ordre d'idées, à notre connaissance encore aucune étude n'avait considéré de façon systématique la séquence d'apparition des cognitions et des événements stressants négatifs pouvant contribuer à l'explication des symptômes dépressifs. Nos résultats ont démontré qu'il existe peu de différence entre les événements stressants rapportés avant ou après les cognitions, puisque plusieurs résultats sont demeurés constants dans les deux modèles explorés. Toutefois, lorsque le stress est mesuré huit mois avant les cognitions, une interaction du schéma de sociotropie et du stress relationnel expliquant les symptômes dépressifs chez les garçons est observée. De plus, lorsque les événements de vie stressants négatifs sont rapportés après les cognitions, soit quatre mois après, nous observons que l'interaction entre les pensées automatiques négatives et ces derniers expliquent également les symptômes dépressifs chez les filles. D'autres études seront nécessaires

afin de documenter davantage ces séquences d'apparition et leur influence sur les symptômes dépressifs.

Il est important de mentionner certaines limites que comporte cette étude. Malgré que Blatt et Zuroff (1992) considèrent la forte corrélation entre les sous-échelles du EAD comme étant un obstacle à son utilisation afin de mesurer la sociotropie et l'autonomie, les auteurs n'arrivent pas tous à cette conclusion (Clark, Beck et Alford, 1999). Il serait donc intéressant, étant donné nos résultats concluants chez les garçons, de développer une adaptation du EAD plus spécifique à une population adolescente. Une deuxième limite pourrait se situer dans nos regroupements de stress qui ne seraient pas suffisamment associés aux schémas mesurés. Les faibles corrélations obtenues entre les événements de vie stressants négatifs et les schémas vont dans ce sens. Kwon et Whisman (1998) ont conclut que de catégoriser les événements de vie comme étant de nature relationnelle ou en lien avec l'accomplissement pouvait poser problème puisque le sens d'un événement peut varier d'une personne à l'autre et ainsi que la signification pouvait varier en fonction de l'autonomie ou de la sociotropie. Finalement, le modèle diathèse-stress est un modèle qui suscite l'intérêt de plusieurs chercheurs. Toutefois, plusieurs études seront nécessaires afin de bien vérifier son applicabilité à la population adolescentes.

Références

- Abela, J. R. Z., & D'Alessandro, D. U. (2002). Beck's cognitive theory of depression : A test of the diathesis-stress and causal mediation components. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 111-128.
- Abela, J. R. Z., & Sullivan, C. (2003). A test of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression in early adolescents. *Journal of Early Adolescence, 23*, 384-404.
- Allen, N. B., de L. Horne, D. J., & Trinder, J. (1996). Sociotropy, autonomy, and dysphoric emotional responses to specific classes of stress: A psychophysiological evaluation. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 25-33.
- Ambrose, B., & Rholes, W. S. (1993). Automatic cognitions and the symptoms of depression and anxiety in children and adolescents : An examination of the content-specificity hypothesis. *Cognitive Therapy and Research, 17*, 153-171.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Archives General of Psychiatry, 44*, 69-76.
- Barnet, P. A., & Gotlib, I. H. (1990). Cognitive vulnerability to depressive symptoms among men and women. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 47-61.
- Baron, P., Joubert, N., & Mercier, P. (1991). Situations stressantes et symptomatologie dépressive chez les adolescents. *Revue européenne de psychologie appliquée, 41*, 173-179.

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
- Baron, P., & Peixoto, N. (1991). Depressive symptoms in adolescents as a function of personality factors. *Journal of Youth and Adolescence, 20*, 493-500.
- Barrera, M., & Garrison-Jones, C. V. (1988). Properties of Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 263-273.
- Beck, A. T. (1978). *Depression inventory*. Philadelphia : Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 1*, 5-37.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist, 46*, 368-375.
- Beck, A. T., Brown, G., Eidelson, J., Steer, R. A., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 96* (3), 179-183.
- Beck, A. T. & Shaw, B. F. (1977). Cognitive approaches to depression. Dans A. Ellis & R. Grieger (Eds), *Handbook of rational-emotive therapy* (pp. 119-134). New York. Springer Publishing Company, Inc.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 527-562.

- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14 (3), 211-218.
- Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G., & Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 431-435.
- Cane, D. B., Olinger, L. J., Gotlib, I. H., & Kuiper, N. A. (1986). Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 307-309.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundation of cognitive theory and therapy of depression*. New York : Wiley & Sons.
- Cohen, P., & Brook, J. S. (1987). Family factors related to the persistence of psychopathology in childhood and adolescence. *Psychiatry*, 50, 332-345.
- Cole, D. A., & Turner, Jr, J. E. (1993). Models of cognitive mediation and moderation in child depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 271-281.
- Cottraux, J. (2001) *Les thérapies cognitives : Comment agir sur nos pensées*. Paris : Retz.
- Deal, S. L., & Williams, J. E. (1988). Cognitive distortions as mediators between life stress and depression in adolescents. *Adolescence*, 23, 477-490.
- Dohr, K. B., Rush, A. J., & Bernstein, I. H. (1989). Cognitive biases and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98 (3), 263-267.

- Dykman, B. M., & Johll, M. (1998). Dysfunctional attitudes and vulnerability to depressive symptoms: A 14-week longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 337-352.
- Garber, J., Weiss, B., & Shanley, N. (1993). Cognition Depressive Symptoms and development in Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 102* (1), 47-57.
- Ge, X., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, Jr., G. H., & Simons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology, 30*, 467-483.
- Hankin, B. L. (2006). Adolescent depression: Description, causes, and interventions. *Epilepsy and Behavior, 8*, 102-114.
- Hankin, B. L., Fraley, R. C., Lahey, B. B., & Waldman, I. D. (2005). Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *Journal of abnormal Psychology, 114*, 96-110.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York. London. Guilford Press.
- Joiner, Jr, T. E., Metalsky, G. I., Lew, A., & Klocek, J. (1999). Testing the causal mediation component of Beck's theory of depression: Evidence for specific mediation. *Cognitive Therapy and Research, 23*, 401-412.
- Jolly, J. B., & Dykman, R. A. (1994). Using self-report data to differentiate anxious and depressive symptoms in adolescents : Cognitive content specificity and global distress ? *Cognitive Therapy and Research, 18*, 25-37.

- Kwon, S.-M., & Oei, T. P. S. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 309-328.
- Kwon, P., & Whisman, M. A. (1998). Sociotropy and autonomy as vulnerabilities to specific life events: Issues in life event categorization. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 353-362.
- Larson, R., & Ham, M. (1993). Stress and "storm and stress" in early adolescence: The relationship of negative events with dysphoric affect. *Developmental Psychology, 29* (1), 130-140.
- Lévesque, N. & Marcotte, D. (2005). Les distorsions cognitives chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs et des troubles extériorisés. *Revue Québécoise de Psychologie, 26*, 199-222.
- Lewinsohn, P. M., Joiner, Jr. T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 203-215.
- Marcotte, D. (1995). L'influence des distorsions cognitives, de l'estime de soi et des sentiments reliés à la maturation pubertaire sur les symptômes de dépression des adolescents de milieu scolaire. *Revue Québécoise de Psychologie, 16* (3), 434-439.
- Marcotte, D. (2000). La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents. Dans F. Vitaro & C. Gagnon, *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I : Les problèmes internalisés* (pp. 221-270). Presses de l'Université du Québec.

- Marcotte, G., Marcotte, D., & Bouffard, T., (2002). The influence of familial support and dysfunctional attitude on depression and delinquency in adolescent population. *European Journal of Psychology of Education, 17* (4), 363-376.
- Marton, P., & Kutcher, S. (1995). The prevalence of cognitive distortion in depressed adolescents. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 20* (1), 33-38.
- Moilanen, D. L. (1995). Validity of Beck's cognitive theory of depression with nonreferred adolescents. *Journal of Counseling and Development, 73*, 438-442.
- Newcomb, M. D., Huba, G. J., & Bentler, P. M. (1981). A multidimensional assessment of stressful life events among adolescents: Derivation and correlates. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 400-415.
- Olinger, L. J., Kuiper, N. A., & Shaw, B. F. (1987). Dysfunctional attitudes and stressful life events: An interactive model of depression. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 25-40.
- Power, M. J., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C. F., Lam, D., & Beck, A. T. (1994). The Dysfunctional Attitude Scale (DAS). A comparison of forms A and B and proposals for a new subscaled version. *Journal of Research in Personality, 28*, 263-276.
- Rudolph, K. D., & Hammen, C. (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters : A transactional perspective. *Child Development, 70* (3), 660-677.
- Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology of depression : Issues and perspectives. In M. Rutter, C.E. Izard, & P. B. Read (Eds.) *Depression in young*

people: Developmental and clinical perspectives (pp. 3-32). New York: Guilford Press.

Schraedley, P. K., Gotlib, I. H., & Hayward, C. (1999). Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescent Health, 25*, 98-108.

Spangler, D. L., Simons, A. D., Monroe, S. M., & Thase, M. E. (1997). Comparison of cognitive models of depression: Relationships between cognitive constructs and cognitive diathesis-stress match. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 395-403.

Strober, M., Green, J., & Carlson, G. (1981). Utility of the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49* (3), 482-483.

Weissman, A., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL.

Tableau 1 *Corrélations entre les variables*

	Sympt. dépressifs février 2002	Attitudes dysfonct. réussite octobre 2001	Attitudes dysfonct. dépendance octobre 2001	Langage intérieur octobre 2001	Stress relationnel février 2001	Stress performance février 2001	Stress relationnel février 2002
Attitudes dysfonctionnelles réussite octobre 2001	0.253 ***						
Attitudes dysfonctionnelles dépendance octobre 2001	0.309***	0.560***					
Langage intérieur octobre 2001	0.612***	0.330***	0.394***				
Stress relationnel février 2001	0.218***	0.035	0.079*	0.170***			
Stress performance février 2001	0.248***	0.117***	0.132***	0.278***	0.338***		
Stress relationnel février 2002	0.290***	0.042	0.110**	0.214***	0.253***	0.210***	
Stress performance février 2002	0.468***	0.129***	0.153***	0.335***	0.244***	0.377***	0.359***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 2

Rôle médiateur des pensées automatiques négatives sur la relation entre le stress et la dépression chez les garçons et chez les filles (intervalle 12 mois)

Variable indépendante	Variable dépendante	Beta
Garçons		
(Bloc 1) stress total février 2001	Dépression février 2002	0.34***
(Bloc 2) stress total février 2001 pensées octobre 2001		0.22*** 0.47***
Filles		
(Bloc 1) stress total février 2001	Dépression février 2002	0.24***
(Bloc 2) stress total février 2001 pensées octobre 2001		0.08* 0.62***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 3

Rôle modérateur du schéma d'autonomie (DAS, réussite) sur la relation entre le stress de performance et la dépression chez les garçons (intervalle 12 mois)

Variable indépendante	Variable dépendante	Cumulative R2	R2 change	F change	d.f.	Beta
(Bloc 1) stress de performance février 2001	Dépression février 2002	0.08	0.08	27.50***	1 ; 336	0.28***
(Bloc 2) schéma d'autonomie octobre 2001		0.13	0.05	19.52***	1 ; 335	0.23***
(Bloc 3) stress de performance février 2001 X schéma d'autonomie octobre 2001		0.14	0.01	5.23*	1 ; 334	0.12*

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 4

Rôle modérateur du schéma de sociotropie (DAS, dépendance) sur la relation entre le stress relationnel et la dépression chez les garçons (intervalle 12 mois)

Variable indépendante	Variable dépendante	Cumulative R2	R2 change	F change	d.f.	Beta
(Bloc 1) stress relationnel février 2001	Dépression février 2002	0.07	0.07	26.77***	1 ; 336	0.27***
(Bloc 2) schéma de sociotropie octobre 2001		0.14	0.06	23.51***	1 ; 335	0.25***
(Bloc 3) stress relationnel février 2001 X schéma de sociotropie octobre 2001		0.16	0.02	8.80**	1 ; 334	0.15**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 5

Rôle médiateur des pensées automatiques négatives sur la relation entre le stress et la dépression chez les garçons et chez les filles (intervalle 4 mois)

Variable indépendante	Variable dépendante	Beta
Garçons		
(Bloc 1) stress total février 2002	Dépression février 2002	0.45***
(Bloc 2) stress total février 2002 pensées octobre 2001		0.32*** 0.43***
Filles		
(Bloc 1) stress total février 2002	Dépression février 2002	0.46***
(Bloc 2) stress total février 2002 pensées octobre 2001		0.27*** 0.54***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 6

Rôle modérateur du schéma d'autonomie (DAS, réussite) sur la relation entre le stress de performance et la dépression chez les garçons (intervalle 4 mois)

Variable indépendante	Variable dépendante	Cumulative R2	R2 change	F change	d.f.	Beta
(Bloc 1) stress de performance février 2002	Dépression février 2002	0.20	0.20	81.25***	1 ; 336	0.44***
(Bloc 2) schéma d'autonomie octobre 2001		0.24	0.04	18.63***	1 ; 335	0.21***
(Bloc 3) stress de performance février 2002 X schéma d'autonomie octobre 2001		0.27	0.03	16.82***	1 ; 334	0.20***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

CHAPITRE III

ÉTUDE LONGITUDINALE DES SÉQUENCES D'APPARITION DES COGNITIONS CHEZ LES ADOLESCENTS PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET DES TROUBLES EXTÉRIORISÉS (ARTICLE 2)

EN-TÊTE: COGNITIONS ET ADOLESCENCE

**Étude longitudinale des séquences d'apparition des cognitions chez les adolescents
présentant des symptômes dépressifs et des troubles extériorisés**

Nadia Lévesque et Diane Marcotte

Université du Québec à Montréal

Manuscrit soumis au Journal of Youth and Adolescence

**Cette étude a été subventionnée par le Conseil de Recherche des sciences humaines
du Canada (CRSH)**

Résumé

Cette étude longitudinale s'intéresse aux séquences d'apparition des cognitions chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs, des comportements délinquants et des symptômes du trouble des conduites. L'échantillon est constitué de huit cent trente-trois participants de milieu scolaire qui, la première année de l'étude, étaient en 8^e et 9^e année. L'étude s'est déroulée sur trois ans. Les résultats révèlent que seul le style cognitif dirigé vers soi diminue parallèlement à la rémission des actes délinquants. Le langage intérieur dépressif constitue le seul type de cognitions variant autant avec l'apparition qu'avec la rémission des symptômes dépressifs. On constate chez le groupe d'adolescents dépressifs en rémission, une diminution significative des attitudes dysfonctionnelles, du style cognitif et du langage intérieur pessimiste parallèlement aux symptômes. Finalement, le groupe de participants dont les symptômes dépressifs ont apparus au temps 3, ne présente pas de vulnérabilité cognitive au temps 1. Toutefois, une fois les symptômes de dépression résorbés, les adolescents dont les symptômes dépressifs sont en rémission continuent de présenter davantage de cognitions négatives que ceux sans symptômes dépressifs.

*Étude longitudinale des séquences d'apparition des cognitions chez les adolescents
présentant des symptômes dépressifs et des troubles extériorisés*

Introduction

Le modèle cognitif de la dépression, qui permet de conceptualiser et de comprendre la dépression, a ainsi fait l'objet de bon nombre d'études qui soutiennent sa validité empirique, particulièrement auprès des adultes (Clarke, Beck & Alford 1999). Plusieurs études ont démontré que les cognitions constituent un facteur important associé à l'état dépressif. Les cognitions, plus précisément les pensées automatiques négatives, traduisent un fonctionnement défectueux du système de traitement de l'information. Selon Beck, la dépression est associée à certaines cognitions spécifiques. La présence des pensées automatiques négatives chez la personne dépressive peut engendrer l'aggravation et la chronicité du trouble (Cottraux, 2001; Dohr, Rush & Bernstein, 1989). La théorie cognitive reconnaît qu'il existe une multitude de facteurs en cause dans la dépression, incluant une combinaison de facteurs biologiques, génétiques, développementaux, de stress ou de personnalité (Beck, 1987, 1991). L'activation des schémas inadaptés n'est donc pas la seule cause de la dépression. Il s'agit plutôt d'un mécanisme cognitif par lequel la dépression se développe (Beck, 1991). Abela et Sullivan (2003) qui se sont intéressés aux adolescents, rapportent, en concordance avec le modèle de Beck, que les attitudes dysfonctionnelles en interaction avec les événements de vie négatifs prédisent effectivement l'accroissement des symptômes dépressifs, et plus particulièrement l'isolement et la dévalorisation. De plus, selon Abela et Sullivan

(2003) les schémas cognitifs se consolident davantage à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Dans un même ordre d'idées, Hankin et ses collègues (2005), précisent qu'une certaine stabilité des schémas cognitifs correspondant à des traits de personnalité serait observée seulement à partir de la mi-adolescence et ce jusqu'à la fin.

En ce sens, Beck (1976) qui s'est d'abord intéressé à la dépression et aux troubles émotionnels, évalue également l'applicabilité du modèle cognitif aux troubles de la personnalité (Beck & Freeman, 1990). De même, Leung et Wong (1998) font le parallèle entre les troubles extériorisés à l'adolescence et le trouble de personnalité antisocial à l'âge adulte pour lequel Beck et ses collègues (1990) proposent une série de schémas dysfonctionnels qui se différencient de ceux associés à la dépression. Par exemple, un des schémas présents chez l'individu présentant le trouble de la personnalité antisociale est caractérisé par la croyance suivante: « je dois attaquer, sinon je serai la victime ». Selon Beck, les schémas impliqués dans les troubles de la personnalité sont opérationnels dans le processus du traitement de l'information de façon plus continue que chez les dépressifs, pour qui les schèmes dysfonctionnels sont davantage actifs pendant l'épisode dépressif (Beck et Freeman, 1990). Par ailleurs, Quiggle, Garber, Panak et Dodge (1992) font le parallèle entre le modèle théorique de Beck et le modèle portant sur le traitement de l'information sociale décrit par Dodge, modèle de référence dans l'étude de l'agressivité et du trouble des conduites. Il y a donc lieu de se questionner en ce qui a trait aux schémas

caractérisant les adolescents adoptant des comportements délinquants ou ayant des symptômes d'un trouble des conduites et sur la façon dont ceux-ci se présentent.

Enfin, il est maintenant connu que la dépression est une problématique qui est tout aussi présente chez les adolescents que chez les adultes. De plus, les taux de dépression augmentent de façon significative à partir de l'adolescence et les filles deviennent plus dépressives que les garçons, selon un ratio de 2 filles pour 1 garçon. Plusieurs auteurs proposent que cette différence apparaît vers l'âge de 13 ou 14 ans et qu'elle persiste à l'âge adulte (Ge, Lorenz, Conger, Elder, & Simons, 1994; Hankin & Abramson, 2001; Wichstrom, 1999). La dépression engendre de lourdes conséquences, et ceci autant à court qu'à long terme. L'échec ou l'abandon scolaire, les difficultés conjugales, le chômage, l'abus ou la dépendance aux drogues et à l'alcool, les comportements délinquants ou criminels, et le suicide figurent parmi celles-ci (Lewinsohn, Clarke & Rohde, 1994; Marcotte, 2000). Le syndrome dépressif auquel on fait référence dans la présente étude est un regroupement de symptômes tant affectifs, cognitifs, comportementaux que somatiques se manifestant simultanément. Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey, et Grant (1993) confirment que ce dernier constitue un indice d'un risque élevé de trouble dépressif majeur. Chez les adolescents de la population générale, nous constatons qu'entre 10 et 18 % répondent au syndrome dépressif (Reynolds, 1994). De plus, selon Lewinsohn, Rohde, Klein et Seeley (1999), 45 % des adolescents ayant déjà vécu un épisode de dépression majeure vivent un nouvel épisode entre 19 et 24 ans.

Tout comme le trouble dépressif, les troubles extériorisés chez les adolescents entraînent des répercussions négatives à l'âge adulte. Dans une étude longitudinale d'une durée de 16 ans, il est rapporté que 64 % des garçons et 17 % des filles qui présentent un trouble des conduites à l'adolescence ont un dossier criminel à l'âge adulte (Kratzer & Hodgins, 1997). Quant à la prévalence du trouble des conduites, elle augmente avec l'âge (Frick, 1998). Elle pourrait doubler, voir même tripler à l'adolescence, pour passer d'entre 2 et 4% à entre 6 et 12 %. Or, Kratzer et Hodgins (1997) observent que 7,2 % des adolescents et 2,1 % des adolescentes présentent un trouble des conduites, ce qui correspond aux intervalles de prévalence proposées dans le DSM-IV, soit entre 6 et 16 % chez les garçons et entre 2 et 9 % chez les filles (DSM-IV, APA, 1994). Il est généralement présent dans un rapport de 2 :1 entre les garçons et les filles (Cohen et al., 1993; Kann & Hanna, 2000).

Finalement, la hausse de ces problématiques chez les adolescents ainsi que la consolidation des schémas cognitifs qui s'effectue davantage à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, souligne la pertinence de l'étude des symptômes dépressifs, des troubles extériorisés et des cognitions chez une population d'adolescents.

Soutien empirique

Cognitions et dépression

Marton et Kutcher (1995), dans une étude effectuée auprès d'adolescents, précisent que ceux présentant un haut taux d'attitudes dysfonctionnelles obtiennent un score plus élevé à l'*Inventaire de dépression de Beck*. De plus selon eux, les adolescents dépressifs ayant davantage d'attitudes dysfonctionnelles sont moins

confiants et moins extravertis que les adolescents dépressifs ayant moins d'attitudes dysfonctionnelles. Dans le même sens, d'autres auteurs rapportent qu'un haut niveau de symptômes dépressifs chez les adolescents, est associé à plus d'attitudes dysfonctionnelles et à plus de pensées automatiques négatives, (Garber, Weiss & Shanley, 1993; Moilanen, 1995).

Une étude de Marcotte, Lévesque et Fortin (2006), révèle que les adolescents, tant les garçons que les filles, présentant des symptômes dépressifs dans un intervalle de deux années, présentent une augmentation du langage intérieur pessimiste et du style cognitif dirigé vers soi, vers le monde et vers l'avenir. De plus, les filles devenues symptomatiques voient leurs attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite, l'autocontrôle et la dépendance augmenter avec le temps. Quant au groupe où les symptômes dépressifs sont en rémission, une diminution significative du langage intérieur pessimiste, du style cognitif dirigé vers soi, vers le monde et vers l'avenir, ainsi des attitudes dysfonctionnelles en lien avec la dépendance est constaté entre le temps 1 et le temps 3 et ce, seulement chez les filles. Toutefois, suite à cette diminution des cognitions, les adolescentes du groupe en rémission ne présentent pas plus de cognitions erronées que les adolescentes du groupe contrôle.

De leur côté, Marton, Churchard et Kutcher (1993) observent que lors de la rémission de la dépression, nous pouvons constater une diminution significative des cognitions négatives. Cependant, malgré cette importante diminution, certains chercheurs ont observé que les jeunes dont les symptômes dépressifs sont en rémission continuent de présenter davantage de cognitions négatives que les non

dépressifs (Dobson & Shaw, 1986 ; Eaves & Rush, 1984; Marton, Churchard & Kutcher, 1993). Une étude longitudinale de Nolen-Hoeksema, Seligman et Girgus (1992) révèle que chez les pré-adolescents, le style explicatif, ainsi que l'interaction de ce dernier avec l'émergence d'événements de vie négatifs, sont d'importants prédicteurs de la dépression. La dépression est associée à un style explicatif pessimiste. De plus, les auteurs précisent que non seulement les enfants dépressifs adoptent un style explicatif pessimiste, mais celui-ci le demeure même lorsqu'il y a rémission de la dépression.

Roberts et Gamble (2001) ont effectué une étude afin de savoir si une dépression passée pouvait avoir un impact sur l'estime de soi et les attitudes dysfonctionnelles actuelles d'adolescents n'étant pas présentement dépressifs. Les résultats démontrent qu'une symptomatologie dépressive passée et sévère n'est pas associée à la présence d'attitudes dysfonctionnelles actuelles. Ainsi, il est possible de constater à la lumière de la recension des écrits que les résultats des différentes études en ce qui a trait aux séquences d'apparition des cognitions ne sont pas constants. De plus, la plupart des études effectuées sont transversales et se sont davantage intéressées aux cognitions une fois la dépression résorbée. Peu d'études ont exploré la présence des cognitions précédant les symptômes dépressifs chez les adolescents.

Cognitions et troubles extériorisés

Il est connu qu'un adolescent présentant un trouble des conduites peut tendre vers un style attributionnel déficitaire. Il prête à ses pairs des intentions hostiles, alors qu'il minimise l'aspect malicieux de sa propre motivation à agir (Dodge & Frame, 1982).

Des études démontrent que les cognitions visant l'auto-gratification (« self-serving »), sont associées aux comportements antisociaux (Dodge, 1980; Dodge Price, Bachorowski & Newman, 1990; Barriga, Landau, Stinson, Liao & Gibbs, 2000 ; Barriga, Morrison, Liao & Gibbs, 2001). Celles-ci ont pour fonction de permettre un désengagement moral, tout en protégeant l'individu du blâme ou d'une conception de soi négative, le libérant ainsi de ses inhibitions en ce qui a trait à sa conduite (Barriga, Landau, Stinson, Liao & Gibbs, 2000). Par ailleurs, des auteurs observent des corrélations allant de modérées à élevées entre les cognitions erronées et les comportements antisociaux (Barriga & Gibbs, 1996; Liao, Barriga & Gibbs, 1998). De plus, ces mêmes auteurs rapportent que les adolescents délinquants présentent un plus haut taux de distorsions cognitives que les non délinquants. Dans le même sens, Marcotte, Marcotte et Bouffard (2002) rapportent que les jeunes ayant des comportements délinquants adoptent davantage d'attitudes dysfonctionnelles reliées à l'auto-contrôle tel que, « je devrais être capable de résoudre mes problèmes rapidement et sans gros effort », que ceux du groupe témoin.

Chez des adolescents âgés entre 16 et 19 ans, Barriga et ses collègues (2001) rapportent que les déficits et les cognitions morales erronées représentent des facteurs de risque de comportements antisociaux, tant chez les garçons que chez les filles. À l'opposé, chez des jeunes de 14 ans, Lévesque et Marcotte (2005), observent que les cognitions erronées sont associées aux symptômes du trouble des conduites et aux actes délinquants chez les filles seulement. Ces deux études utilisent cependant des instruments de mesure différents. Enfin Barriga et ses collègues (2000) soulignent

l'importance des cognitions comme étant un facteur présent dans la psychopathologie des jeunes.

Comparaison des cognitions chez les adolescents dépressifs et à troubles extériorisés

Lorsque des jeunes présentant une concomitance de troubles extériorisés et de dépression sont comparés, on constate que ces jeunes ont autant si non plus d'erreurs cognitives que les adolescents uniquement dépressifs. Par exemple, Kempton, Van Hasselt, Bukstein et Null (1994) démontrent que les distorsions cognitives sont significativement plus nombreuses chez les jeunes présentant une concomitance de trois troubles, soit la dépression, le trouble des conduites et l'abus de substances, que chez ceux ayant reçu un ou deux diagnostics. Cependant, les jeunes dépressifs présentent presque autant de distorsions cognitives que le groupe ayant reçu un diagnostic triple. Dans le même sens, dans l'étude de Lévesque et Marcotte (2005) lorsqu'ils sont comparés aux groupes d'adolescents ayant des comportements délinquants, des symptômes du trouble des conduites et témoin, les jeunes des groupes présentant des symptômes dépressifs et concomitant rapportent des taux plus élevés de cognitions erronées. De leur côté, Leung et Wong (1998), ainsi qu'Epkins (2000), démontrent que les adolescents souffrant de troubles intériorisés, avec ou sans trouble extériorisé concomitant, présentent davantage de distorsions cognitives. De plus, les adolescents présentant uniquement des troubles extériorisés ne présentent pas plus de distorsions cognitives que le groupe témoin.

Leung et Poon (2001), ont effectuée une étude auprès de 581 jeunes âgés de 12 à 18 ans. Cette étude voit son originalité par l'inclusion de deux variables cognitives,

soit les schémas dysfonctionnels et les distorsions cognitives, ainsi que trois problématiques soit l'anxiété, la dépression et les comportements d'agression. Les résultats des analyses de régression hiérarchiques révèlent que les schémas dysfonctionnels anxieux et les distorsions cognitives d'amplification de la menace ou du risque de danger se sont avérées prédicteurs de l'anxiété. La dépression est prédite par les distorsions cognitives d'amplification de perte ou d'échec, alors que les comportements d'agression sont prédits par les schémas dysfonctionnels d'agression et par l'attribution externe d'agression. Ainsi, ces auteurs démontrent que les contenus cognitifs sont propres à chaque problématique. Schniering et Rapee (2004) rapportent des résultats similaires auprès d'un échantillon d'enfants et d'adolescents. Cependant, dans le but de bien connaître les séquences d'apparition, Leung et Poon (2001), proposent l'utilisation d'un devis longitudinal lors d'études ultérieures, puisque qu'un modèle transversale ne permet pas de conclure en un lien de causalité.

Dodge (1993) qui s'est surtout intéressé aux enfants ayant des comportements agressifs, a également comparé ceux-ci aux enfants dépressifs. Cet auteur rapporte plusieurs études qui ont examiné le traitement de l'information chez les enfants socialement ou cliniquement inadaptés (Dodge, 1993). Ces études révèlent généralement que tant les enfants dépressifs qu'agressifs présentent des biais à toutes les étapes du traitement de l'information et ce, dans diverses situations sociales (Quiggle, Garber, Panak & Dodge, 1992). Toutefois, Dodge (1993) ajoutent que les modes de traitement diffèrent chez les deux groupes. Par exemple, les enfants adoptant des comportements agressifs présentent un déficit au niveau de

l'interprétation des indices en ce qui a trait à l'intention des pairs. Leurs erreurs démontrent un biais caractérisé par la présomption d'hostilité chez les autres. Alors que les enfants dépressifs ont davantage tendance à s'attribuer à eux-mêmes la responsabilité de leurs échecs et à donner aux autres les mérites de leurs succès (Quiggle, Garber, Panak & Dodge, 1992).

En résumé, la plupart des études ont comparé uniquement les cognitions associées aux symptômes dépressifs et anxieux (Beck et al., 1987 ; Ambrose & Rholes, 1993), laissant la comparaison entre les symptômes dépressifs et les troubles extériorisés peu explorée. Lorsque ces groupes ont été comparés, il s'agissait surtout d'études corrélationnelles et transversales. De plus, malgré que plusieurs études se sont intéressées aux cognitions chez les adolescents ayant commis un abus sexuel et au style d'attribution des adolescents à trouble des conduites ou délinquants, peu d'études ont exploré les erreurs cognitives chez les adolescents à trouble des conduites. Bien que quelques études aient vérifié chez les dépressifs, les séquences d'apparition des erreurs cognitives à partir d'un devis longitudinal, aucune ne l'a fait pour les troubles extériorisés. À notre connaissance, aucune étude n'a inclus un échantillon d'adolescents présentant des symptômes de trouble des conduites en plus d'adolescents adoptant des comportements délinquants.

Objectifs et hypothèses

Cette étude en est une prospective corrélationnelle à mesures répétées. En accord avec le modèle cognitif de Beck, le premier objectif de la présente étude est d'examiner si le groupe de participants ayant développé des symptômes dépressifs au

temps 3, présentait un taux plus élevé de cognitions erronées au temps 1 que les groupes n'ayant pas de symptômes dépressifs. Un second objectif est de comparer les séquences d'apparition des erreurs cognitives, chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs, du trouble des conduites et adoptant des comportements délinquants afin d'en explorer la variation dans le temps. Enfin la revue des écrits ne nous permet pas à cette étape de poser une hypothèse en ce qui a trait à la séquence d'apparition des erreurs cognitives en relation avec les troubles extériorisés. Finalement, comme les différences entre les sexes sont soulignées dans plusieurs études portant sur la dépression et les troubles extériorisés à l'adolescence, elles seront également considérées dans cette étude.

Méthode

Participants

Les participants sont des adolescents qui, la première année de l'étude, étaient en 8^e et 9^e année et fréquentaient des classes régulières et d'adaptation scolaire. Ils provenaient de quatre écoles de deux villes du Québec, au Canada, étant considérées comme ayant un statut socio-économique allant de moyen à élevé. L'échantillon longitudinal retenu est de 833 participants (48,3% garçons et 51,7% filles) âgés en moyenne de 13.94 ans ($ET = 0.77$) la première année, de 14.96 ans ($ET = 0.80$) la deuxième année et de 15.93 ans ($ET = 0.79$) la troisième année.

Les participants ont été répartis en six groupes : « ayant développé des symptômes dépressifs » ($n = 10$, soit 5 garçons et 5 filles), « symptômes dépressifs en rémission » ($n = 44$, soit 18 garçons et 26 filles), « ayant développé des symptômes

du trouble des conduites » ($n = 24$, soit 15 garçons et 9 filles), « symptômes du trouble des conduites en rémission » ($n = 33$, soit 14 garçons et 19 filles), « ayant développé des comportements délinquants » ($n = 72$, soit 33 garçons et 39 filles) et « comportements délinquants en rémission » ($n = 29$, soit 20 garçons et 9 filles). Le groupe ayant développé des symptômes dépressifs est formé des participants ayant obtenu un score de neuf et moins au temps 1 de l'étude et de 16 et plus au temps 3, à l'*Inventaire de dépression de Beck* tel que proposé par Barrera et Garrison-Jones (1988). Quant au groupe « symptômes dépressifs en rémission », il s'agit de participants ayant obtenus un score de 16 et plus au temps 1 et un score de neuf et moins au temps 3. Dans les groupes caractérisés par les comportements délinquants et les symptômes du trouble des conduites, les participants retenus sont ceux se retrouvant dans les 15 % situés à l'extrémité supérieure de la courbe normale, ce qui représente un écart-type au dessus de la moyenne au *Questionnaires de la délinquance auto-révélee* ainsi qu'au *Système d'évaluation des comportements pour enfants*. Ainsi les groupes devenus symptomatiques, ne se situaient pas à un écart-type au dessus de la moyenne au temps 1, alors qu'ils s'y retrouvaient au temps 3. Pour ce qui est des groupes en rémission, ceux-ci se situaient à un écart-type au dessus de la moyenne au temps 1 et non au temps 3.

Déroulement

Après avoir obtenu le consentement écrit des parents ou tuteurs légaux, les participants ont été invités à compléter les questionnaires dans le cadre de cours réguliers. Le temps de passation fut d'une période classe de 50 à 60 minutes.

Parallèlement, les enseignants-tuteurs ont complété le *Système d'évaluation des comportements pour enfants*. Cette étude s'est déroulée sur trois ans, soit de 1999 à 2002.

Instruments de mesure

L'Inventaire de dépression de Beck (IDB, Beck, 1978, version française de Bourque et Beaudette, 1982) est une mesure auto-évaluative de 21 items visant l'évaluation des aspects affectifs, cognitifs, comportementaux et somatiques de la dépression, à partir d'une échelle de Likert en quatre points. Le score global varie de 0 à 63 et un score de 16 et plus permet d'identifier les adolescents présentant des symptômes dépressifs d'intensité clinique. Nous y retrouvons des items tels que: « Je suis si triste que je ne peux le supporter »; « Je n'ai plus d'appétit du tout » ; « J'ai perdu plus de 15 livres ». Les qualités psychométriques de l'IDB ont été confirmées avec des échantillons d'adolescents normaux et cliniques âgés de 12 à 18 ans. Un coefficient de consistance interne de .87 a été obtenu par Barrera & Garrison-Jones (1988) et par Strober, Green & Carlson (1981), de même que pour l'échantillon de la présente étude.

Le Questionnaire de la délinquance auto-révélee (LeBlanc, 1994) comprend 21 questions qui permettent de juger de l'ampleur, de la nature, de la gravité et de la diversité des actes délinquants commis pendant la dernière année. Ce questionnaire comprend quatre sous-échelles, soit l'agression physique, le vandalisme, le vol mineur et le vol grave. Les coefficients de consistance interne sont de .82, .83, .91 et .82 respectivement. Des items tels que « Avoir pris et garder quelque chose sans

payer dans un magasin »; « S'être battu à coups de poing avec un autre personne » et « T'être saoulé avec de la bière, du vin ou d'autres boissons fortes » composent se questionnaire. Pour cette étude, les participants se situant au dessus du 85^e percentile au niveau de la fréquence des gestes posés, soit un écart-type au dessus de la moyenne, ont été retenus et constituent le groupe d'adolescents présentant des comportements délinquants. Selon LeBlanc (1994), les résultats excédants un écart-type au dessus de la moyenne sont considérés comme étant atypiques et on retrouve dans ce regroupement les adolescents les plus délinquants.

Système d'évaluation des comportements pour enfants « Behavior Assessment System for Children » (BASC, Reynolds & Kamphaus, 1992, version française de Marcotte, 2000). La version pour les enseignants du BASC comporte 18 sous-échelles, dont l'une permet d'évaluer le trouble des conduites. Cette dernière, comportant 12 items, a été utilisée dans la présente étude afin de sélectionner les jeunes présentant des symptômes du trouble des conduites se situant à au moins un écart-type au dessus de la moyenne. Selon Reynolds et Kamphaus (1999), les jeunes inclus dans ce groupe sont considérés comme étant ceux à risque ou ceux cliniquement significatifs. Les auteurs précisent que pour les psychologues ou autres professionnels pouvant apposer un diagnostic, le terme à risque signifie qu'un problème est présent de façon significative et de sorte à nécessiter un traitement sans toutefois être assez sévère pour obtenir un diagnostic formel. Le BASC comporte des items tels que: « Pique des crises de colère »; « Menace les autres de les blesser » et « doit rester après l'école pour punition ». Il s'apparente au Achenbach ($r = 0.93$),

mais présente des qualités psychométriques qui le rendent plus adéquat à une utilisation en milieu scolaire (Frick, 1998). Le BASC présente une consistance interne variant de 0.79 à 0.92, pour des adolescents de 12 à 18 ans (Marcotte, manuscrit inédit). Dans la présente étude, la sous-échelle utilisée offre une consistance interne de 0.85.

L'Échelle des attitudes dysfonctionnelles (EAD), version française du « *Dysfunctional Attitudes Scale* » (Weissman & Beck, 1978; Power et al. 1994). Cet instrument, comprenant 24 items, permet de vérifier l'intensité des schèmes dépressogènes sur une échelle de type Likert de 1 à 7. Le EAD est composé de trois sous-échelles, soit la réussite (« Si j'échoue en partie, c'est aussi pire que d'échouer complètement. »), la dépendance (« Mon bonheur dépend plus des autres que de moi. ») et l'auto-contrôle (« Une personne devrait être capable de contrôler ce qui lui arrive. »). Les qualités psychométriques du EAD ont été vérifiées auprès des adolescents par Garber, Weiss et Shanley (1993). Les coefficients de consistance interne varient de 0.63 à 0.85. Chez un échantillon d'adolescents francophones, ceux-ci varient de 0.63 à 0.76 (Marcotte, Marcotte & Bouffard, 2002). Dans le cadre de la présente étude, les alphas obtenus sont respectivement de 0.69, 0.64, et 0.51 pour chacune des sous-échelles ainsi que de 0.74 pour le score global.

Le Questionnaire du style cognitif (QSC), version française du « *Cognitive Style Test* » de Blackburn, Jones et Lewin (1986) traduit par Marcotte (1996). Le QSC comporte trente brèves descriptions d'événements de la vie quotidienne. Le répondant doit choisir parmi quatre réflexions représentant les styles cognitifs possibles. Les

énoncés présentés sont en lien avec la triade cognitive proposée par Beck, soit les perceptions de soi (p. ex : « Une personne que tu admires te dit qu'elle t'apprécie, mais toi tu ne peux pas croire que tu es aimable »), du monde (p. ex : « Tu te querelles avec un ami, alors tu penses que cette amitié est foutue ») et de l'avenir (p. ex : « Certains de tes amis vont déménager, alors tu penses que tu ne les reverras plus jamais »). Cet instrument est fortement corrélé avec d'autres mesures de distorsions cognitives telles que le EAD et le questionnaire des pensées automatiques (Blackburn, Jones & Lewin, 1986). Un coefficient de consistance interne de 0.75 est obtenu auprès d'une population adolescente francophone du milieu scolaire (Marcotte, Leclerc & Lévesque, 2006). Dans la présente étude, des coefficients de consistance interne allant de 0.55 à 0.63 sont obtenus.

L'Inventaire des pensées automatiques négatives (IPA), version française du « *Cognition Checklist* » de Beck, Brown, Eidelson, Steer et Riskind (1987), traduit par Marcotte (1995), vise à évaluer le langage intérieur. L'IPA comprend 26 items se rapportant à deux sous-échelles, l'une reliée à l'anxiété, comportant 12 items (p.ex : « Quelque chose va arriver à quelqu'un que j'aime ») et l'autre à la dépression, comportant 14 items (p.ex : « Je ne mérite pas d'être aimé »). Son utilisation adéquate auprès de participants adolescents a été confirmée dans quelques études (Ambrose & Rholes, 1993; Jolly & Dykman, 1994). Finalement, des coefficients de consistance interne variant de 0.85 à 0.93 ont été obtenus avec une population adolescente francophone (Marcotte, 1995; Marcotte, Leclerc & Lévesque, 2006). Dans la présente étude, ceux-ci variant de 0.83 à 0.93.

Résultats

Pour l'ensemble de l'échantillon, 17.5 % des adolescents présentent des symptômes de dépression d'intensité clinique au temps 1, alors qu'il s'agit de 13.3 % au temps 2 et de 10.2 % au temps 3. Quant aux comportements délinquants, on retrouve respectivement pour chacun des trois temps 9.6 %, 9.5 %, 13.7 % des participants se situant au-dessus du 85^e percentile. Enfin, on observe les symptômes du trouble des conduites chez 10.1 % et 9.1 % des jeunes aux temps 1 et 2, ainsi que chez 7.7 % au temps 3.

Afin de vérifier si le groupe de participants devenus à symptômes dépressifs au temps 3, présentait une vulnérabilité cognitive préalable au temps 1, de nouveaux groupes ont été formés. Les groupes «ayant développé des symptômes dépressif» et «symptômes dépressif en rémission», ont été comparés, à l'aide d'analyses de variance à mesures répétées (ANOVAs) et de tests de comparaisons multiples Tukey, à un groupe d'adolescents ne présentant pas de symptômes dépressifs ni au temps 1, ni au temps 3, ainsi qu'à un groupe d'adolescents ayant présenté des symptômes dépressifs autant au temps 1, qu'au temps 3 de l'étude.

Tout d'abord, les résultats, tels que présentés dans les figures 1 à 5, révèlent qu'au temps 1, le groupe «ayant développé des symptômes dépressifs» ne se différencie pas significativement du groupe n'ayant pas présenté de symptômes et ce, pour chaque type de cognitions étudié. Ainsi, le groupe «ayant développé des symptômes dépressifs» ne présente pas plus d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite et à la dépendance au temps 1 que le groupe n'ayant pas présenté de

symptômes. Il n'adopte pas, non plus, un style cognitif dirigé vers soi, vers le monde et vers l'avenir plus distorsionné. Enfin le groupe «ayant développé des symptômes dépressifs» n'a pas davantage recouru au langage intérieur pessimiste, tant dépressif qu'anxieux, que le groupe n'ayant pas présenté de symptômes dépressifs. Ces résultats n'appuient pas l'hypothèse de vulnérabilité cognitive proposée entre autre par Clark, Beck et Alford (1999).

Ensuite, au temps 3, ce même groupe «ayant développé des symptômes dépressifs» ne se différencie pas significativement du groupe ayant présenté des symptômes dépressifs aux temps 1 et 3 en ce qui a trait aux attitudes dysfonctionnelles reliées à la réussite et à la dépendance, ainsi qu'au style cognitif dirigé vers soi, vers le monde et vers l'avenir. Toutefois, le groupe «ayant développé des symptômes dépressifs» utilise un langage intérieur moins pessimiste que le groupe ayant présenté des symptômes aux deux temps.

Quant au groupe «symptômes dépressifs en rémission», il ne se différencie pas significativement au temps 1 du groupe ayant présenté des symptômes aux deux temps, pour ce qui est des attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite et la dépendance, de même que pour le style cognitif dirigé vers le monde. Cependant, il présente un style cognitif dirigé vers soi et vers l'avenir moins distorsionné et a recouru à un langage intérieur moins pessimiste que le groupe ayant présenté des symptômes dépressifs aux deux temps. Donc en d'autres mots, le groupe de participants dont les symptômes dépressifs sont demeurés présents, rapporte dès le temps 1 certains types de cognitions de façon plus marquée.

Au temps 3, le groupe « symptômes dépressifs en rémission » ne se différencie pas significativement du groupe n'ayant pas présenté de symptômes dépressifs en ce qui a trait aux attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite et la dépendance, ainsi qu'au style cognitif dirigé vers l'avenir. Cependant, ce même groupe présente un style cognitif dirigé vers soi et vers le monde plus distorsionné et utilise davantage un langage intérieur pessimiste, tant dépressif qu'anxieux, que les adolescents n'ayant pas présenté de symptômes dépressifs. En résumé, certaines cognitions demeurent présentes de façon significative suite à la rémission des symptômes dépressifs.

Insérer figures 1 à 5

Afin de répondre au premier objectif de l'étude qui est de comparer les séquences d'apparition des erreurs cognitives chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs, des symptômes du trouble des conduites et adoptant des comportements délinquants, des analyses de variance à mesures répétées (ANOVAs) (groupe X sexe X temps) ont été réalisées en incluant l'ensemble des mesures de cognitions à l'étude. Suite à une correction de Bonferroni, un seuil de signification de 0.0063 fut retenu.

Dans un premier temps les résultats révèlent, chez les groupes ayant développé des symptômes dépressifs, des symptômes du trouble des conduites ou des comportements délinquants, un effet d'interaction du groupe par le temps pour le langage intérieur dépressif, ($F(4; 200) = 4.64, p = 0.001$) ainsi qu'une interaction entre le sexe du participant et le groupe en ce qui a trait au style cognitif dirigé vers soi ($F(2; 98) = 5.53, p = 0.005$).

Dans le but de préciser ces résultats, les effets d'interaction ont été détaillés.

Un tableau (Tableau 1) des moyennes aux mesures des cognitions pour chaque groupe permet de constater la variation de ces dernières dans le temps. En premier lieu, une différence significative au niveau du langage intérieur dépressif entre les groupes au temps 3 est décelée ($F(2; 103) = 6.86, p = 0.002$). Le test de comparaison multiple Tukey permet de préciser que le groupe ayant développé des symptômes dépressifs ($M = 1.82$) utilise davantage un langage intérieur dépressif au temps 3, que le groupe ayant développé des symptômes du trouble des conduites ($M = 0.83$) et le groupe ayant développé des comportements délinquants ($M = 0.89$). De plus, il est constaté que le langage intérieur dépressif voit son utilisation augmenter significativement avec le temps chez le groupe ayant développé des symptômes dépressifs ($F(2; 206) = 7.54, p = 0.001$).

En ce qui a trait au style cognitif dirigé vers soi, les résultats démontrent qu'au temps 3, les garçons ayant développé des symptômes dépressifs ($M = 27.00$) adoptent davantage un style cognitif dirigé vers soi distorsionné que les garçons ayant développé des comportements délinquants ($M = 19.09$) et des symptômes du trouble des conduites ($M = 19.57$) ($F(2; 49) = 18.45, p = 0.001$).

Enfin, le sexe du participant influence également la présence d'attitudes dysfonctionnelles en lien avec l'autocontrôle ($F(1; 101) = 9.47, p = 0.003$). En effet, il semble peu importe le temps de l'étude, on retrouve chez les garçons davantage d'attitudes dysfonctionnelles en lien avec l'autocontrôle que chez les filles.

Insérer tableau 1

Dans un deuxième temps, les résultats des analyses pour les groupes en rémission révèlent un effet d'interaction du groupe par le temps pour plusieurs des cognitions à l'étude (Tableau 2). Tout d'abord, les résultats des tests Tukey rapportent une différence significative entre les groupes au temps 3 ($F(2; 113) = 6.05, p = 0.003$), plus précisément le groupe dont les symptômes dépressifs sont en rémission ($M = 25.48$) présente moins d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite que le groupe dont les comportements délinquants sont en rémission ($M = 31.55$). De plus, les attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite diminuent significativement avec le temps chez le groupe dont les symptômes dépressifs sont en rémission ($F(2; 226) = 14.38, p = 0.0001$).

Quant au style cognitif dirigé vers soi, des différences significatives entre les groupes sont constatées au temps 1 ($F(2; 113) = 8.40, p = 0.0001$), soit une plus grande présence de ce dernier chez les adolescents du groupe dont les symptômes dépressifs sont en rémission ($M = 22.74$) et du groupe dont les comportements délinquants sont en rémission ($M = 21.63$) que chez ceux du groupe dont les symptômes du trouble des conduites sont en rémission ($M = 18.68$). De plus, le style cognitif dirigé vers soi diminue significativement avec le temps chez les adolescents dont les symptômes dépressifs sont en rémission ($F(2; 226) = 16.38, p = 0.0001$), ainsi que chez les ceux dont les comportements délinquants sont en rémission ($F(2; 226) = 3.91, p = 0.021$). Des différences significatives entre les groupes au niveau du

style cognitif dirigé vers l'avenir sont également observées. Finalement, le groupe dont les symptômes dépressifs sont en rémission ($M = 21.52$) présente un style cognitif dirigé vers l'avenir plus distorsionné que le groupe dont les symptômes du trouble des conduites sont en rémission ($M = 19.15$) au temps 1 de l'étude ($F(2; 114) = 3.27, p = 0.001$). Tout comme le style cognitif dirigé vers soi, le style cognitif dirigé vers l'avenir diminue significativement avec le temps chez le groupe dont les symptômes dépressifs sont en rémission ($F(2; 228) = 12.60, p = 0.0001$).

Pour le langage intérieur, des différences significatives entre les groupes au temps 1 sont observées et ce, tant pour le langage intérieur dépressif ($F(2; 111) = 9.08, p = 0.0001$), qu'anxieux ($F(2; 111) = 4.83, p = 0.010$). Le groupe dont les symptômes dépressifs sont en rémission utilise davantage un langage intérieur dépressif ($M = 1.57$) et anxieux ($M = 1.32$) que le groupe dont les symptômes du trouble des conduites sont en rémission ($M = 0.91$ et 0.86). Il se différencie du groupe dont les comportements délinquants sont en rémission uniquement au niveau du langage intérieur dépressif ($M = 1.01$). Tout comme pour plusieurs cognitions analysées jusqu'à présent, on constate de nouveau chez le groupe dont les symptômes dépressifs sont en rémission une diminution significative du langage intérieur avec le temps, tant dépressif ($F(2; 222) = 30.46, p = 0.0001$), qu'anxieux ($F(2; 222) = 17.19, p = 0.0001$).

Finalement, on constate l'influence du sexe du participant sur la présence des attitudes dysfonctionnelles reliées à la réussite et à l'autocontrôle, ainsi que sur le langage intérieur anxieux. En effet, il semble que les garçons adoptent davantage des attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite et l'autocontrôle que les filles.

Alors que les filles ont plus recourt à un langage intérieur anxieux ce, peu importe le temps de l'étude.

Insérer Tableaux 2 et 3

En résumé, notre objectif visant à explorer les séquences d'apparition des cognitions chez les divers groupes à l'étude, permet de constater que le groupe dont les symptômes dépressifs sont en rémission voit plusieurs de ses cognitions diminuer significativement dans le temps. De plus, il est observé que seulement le langage intérieur dépressif augmente avec le temps et ce, chez les adolescents du groupe ayant développé des symptômes dépressifs. Finalement, en ce qui a trait aux groupes présentant un trouble extériorisé, seulement le groupe d'adolescents dont les comportements délinquants sont en rémission voit la présence du style cognitif dirigé vers soi diminuer avec le temps.

Discussion

Tout d'abord, cette étude avait pour objectif d'explorer si le groupe de participants ayant développé des symptômes dépressifs au temps 3, présentait une vulnérabilité cognitive au temps 1. Les résultats indiquent, tout comme ceux de Marcotte et ses collègues (2006), qu'au temps 1 le groupe ayant développé des symptômes dépressifs ne présente pas plus de cognitions négatives que le groupe n'ayant jamais présenté de symptôme dépressif, ce qui ne permet pas de confirmer l'hypothèse de vulnérabilité cognitive proposée par Clark, Beck et Alford (1999). Toutefois, dans le même sens que les résultats de certaines études (Dobson & Shaw,

1986 ; Eaves & Rush, 1984; Marton, Churchard & Kutcher, 1993; Nolen-Hoeksema, Seligman & Girgus, 1992), nos résultats révèlent qu'une fois les symptômes de dépression résorbés, les adolescents dont les symptômes dépressifs sont en rémission continuent de présenter davantage de cognitions négatives que les adolescents non-dépressifs. Ils présentent un style cognitif dirigé vers soi et vers le monde plus distorsionné et utilisent davantage un langage intérieur pessimiste que les adolescents non-dépressifs. La persistance de ces cognitions peut s'avérer être une piste intéressante afin d'expliquer la récurrence des symptômes dépressifs, tel que démontré par Lewinsohn, Rohde, Klein et Seeley (1999). Ces auteurs révèlent que 45 % des adolescents ayant déjà vécu un épisode de dépression majeure, vivent un nouvel épisode entre 19 et 24 ans. De plus, les résultats nous permettent de constater que les adolescents présentant des symptômes dépressifs d'intensité clinique tant au temps 1 qu'au temps 3, présentent dès le temps 1 un style cognitif dirigé vers soi et vers l'avenir plus distorsionné et un langage intérieur pessimiste plus marqué, ces derniers demeurant présents tout au long de l'étude. Ces résultats suggèrent la présence d'un pattern de cognitions distinct chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs chroniques.

Par la suite, un second objectif de l'étude consistait à explorer sur un intervalle de deux ans, les séquences d'apparition des différentes cognitions chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs, des symptômes du trouble des conduites et adoptant des comportements délinquants. Pour les troubles extériorisés, dont les séquences d'apparition n'avaient pas été l'objet d'étude à ce jour, les

résultats révèlent que le style cognitif dirigé vers soi diminue parallèlement à la rémission des comportements délinquants. Aucune autre variation des cognitions ne fut constatée en fonction des comportements délinquants ou des symptômes du trouble des conduites. Il est possible, comme le proposait Beck pour les troubles de la personnalité, que les schémas impliqués dans les troubles extériorisés soient opérationnels de façon plus continue que chez les dépressifs, pour qui les schèmes dysfonctionnels sont davantage actifs pendant l'épisode dépressif (Beck & Freeman, 1990). Ce qui pourrait expliquer que nous constatons peu de variabilité des cognitions chez les jeunes présentant des troubles extériorisés.

Toutefois, nous constatons que les cognitions varient davantage de façon parallèle aux symptômes de dépression. Plus spécifiquement, nos résultats suggèrent que le langage intérieur dépressif constitue le seul type de cognitions variant autant avec l'apparition qu'avec la rémission des symptômes dépressifs. Ces résultats diffèrent de ceux que nous avons obtenus dans une étude précédente (Marcotte, Lévesque & Fortin, 2006), qui révélaient que les adolescents ayant développé des symptômes dépressifs présentaient une augmentation autant du langage intérieur pessimiste que du style cognitif dirigé vers soi, vers le monde et vers l'avenir sur un intervalle de deux ans. De plus, les filles ayant développé des symptômes dépressifs voyaient leurs attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite, l'autocontrôle et la dépendance augmenter avec le temps. Cette différence entre les résultats pourrait possiblement être expliquée par le faible nombre de participants composant le groupe d'adolescents ayant développé des symptômes dépressifs dans la présente étude. Une

autre explication pourrait être liée au fait que dans la précédente étude, nous avons au préalable regroupé les cognitions à l'aide d'une analyse factorielle. Ainsi une fois regroupée les cognitions peuvent varier de façon différente alors que dans l'étude actuelle nous avons observé la variation spécifique de chaque type de cognitions.

Nos résultats proposent que le langage intérieur soit le type de cognitions le plus sensible aux variations des symptômes de dépression, tel que nous avons pu le constater en examinant tant les groupes « ayant développé des symptômes dépressifs » que ceux du groupe « symptômes dépressifs en rémission ». Une des explications possibles de ce résultat pourrait être que le langage intérieur se situe à un niveau cognitif plus accessible et observable. Pour Cottraux (2001), ce dernier serait situé au niveau préconscient, alors que les attitudes dysfonctionnelles, aussi appelées les schémas, seraient situées à un niveau inconscient. Les schémas demeurent latents et inaccessibles jusqu'à ce qu'ils soient activés par certains stimuli internes ou externes (Kovacs & Beck, 1978). Une fois les schémas activés, nous accédons au langage intérieur (Abela & D'Alessandro, 2002). Il semble donc que le langage intérieur se traduisant par des énoncés telles que « Il n'y a personne pour m'aider », « Je ne mérite pas l'attention ou l'affection des autres », ou « Quelque chose va arriver à quelqu'un que j'aime », varie parallèlement aux symptômes dépressifs.

Quelques études antérieures ont observé la variation des cognitions dans le temps chez des groupes d'adolescents dont les symptômes dépressifs sont en rémission. Les résultats de la présente étude confirment ceux de Marton, Churchard et Kutcher (1993), qui ont observé une diminution significative des cognitions lors

d'une rémission de la dépression. Ces mêmes résultats sont obtenus par Marcotte et ses collègues (2006) auprès des filles uniquement. En effet, dans la présente étude, on constate chez le groupe d'adolescents dont les symptômes dépressifs sont en rémission, une diminution significative des attitudes dysfonctionnelles relié à la réussite, du style cognitif dirigé vers soi et vers l'avenir et du langage intérieur pessimiste, parallèlement aux symptômes.

Cette étude comporte toutefois certaines limites. Le syndrome dépressif mesuré dans la présente étude par *l'Inventaire de dépression de Beck*, constitue un indice d'un risque élevé de trouble dépressif majeur, mais non un diagnostic formel (Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey, & Grant, ,1993). De plus, les jeunes inclus dans le groupe d'adolescents présentant des symptômes du trouble des conduites sont considérés comme étant ceux à risque et cliniquement significatifs (Reynolds & Kamphaus, 1999), alors que les adolescents se situant à un écart-type au dessus de la moyenne en ce qui a trait aux comportements délinquants sont considérés comme étant atypiques et représentant les adolescents les plus délinquants selon LeBlanc (1994). Cependant, l'utilisation de mesures auto-évaluatives comporte certaines limites et ne nous permet pas de généraliser les résultats à une population clinique. De plus, le nombre restreint de participants composant le groupe d'adolescents ayant développé des symptômes dépressifs limite la comparaison de ceux-ci avec les autres groupes à l'étude. De plus, le nombre restreint de participants dans chacun des groupes a limité l'étude des différences sexuelles. Il serait intéressant d'approfondir nos connaissances sur les caractéristiques cognitives présentes chez

chacun des sexes et l'impact de celles-ci sur les problématiques. Finalement, bien que cette étude vienne confirmer la spécificité des cognitions, telles que définies dans le modèle de Beck, aux symptômes dépressifs, il serait intéressant d'élargir le champ d'étude concernant les cognitions chez les troubles extériorisés. De cette façon nous pourrions inclure le style d'attribution déficitaire hostile caractérisant spécifiquement les jeunes présentant des troubles extériorisés, voir même développer un instrument pouvant permettre d'identifier les cognitions tant chez les troubles intériorisés qu'extériorisés.

En conclusion, la présente étude comprend un aspect novateur de par l'éventail multiple des instruments utilisés pour mesurer les cognitions chez les adolescents aux prises avec diverses problématiques. Selon Schniering et Rapee (2004) très peu d'études ont exploré la validité du modèle de Beck appliqué aux troubles extériorisés chez les enfants et les adolescents. De plus, peu ont comparé les cognitions associées aux troubles extériorisés et aux symptômes dépressifs (Epkins, 2000; Leung & Poon, 2001). À notre connaissance rares sont les auteurs ayant étudiés les séquences d'apparition des cognitions chez les jeunes présentant des troubles extériorisés. Dans une étude ultérieure, l'utilisation de mesures de cognitions pouvant s'avérer plus sensibles aux troubles extériorisés pourrait être considérée.

Références

- Abela, J. R. Z., & D'Alessandro, D. U. (2002). Beck's cognitive theory of depression : A test of the diathesis-stress and causal mediation components. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 111-128.
- Abela, J. R. Z., & Sullivan, C. (2003). A test of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression in early adolescents. *Journal of Early Adolescence, 23*, 384-404.
- Ambrose, B., & Rholes, W. S. (1993). Automatic cognitions and the symptoms of depression and anxiety in children and adolescents: An examination of the content-specificity hypothesis. *Cognitive Therapy and Research, 17*, 153-171.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington. DC : Auteur.
- Barrera, M., & Garrison-Jones, C. V. (1988). Properties of Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 263-273.
- Barriga, A. Q., & Gibbs, J. C. (1996). Measuring cognitive distortion in antisocial youth: Development and preliminary validation of the « How I Think » questionnaire. *Agressive Behavior, 22*, 333-343.
- Barriga, A. Q., Landau, J. R., Stinson, B. L., Liau, A. K., & Gibbs, J. C. (2000). Cognitive distortion and problem behaviors in adolescents. *Criminal Justice and Behavior, 27*, 36-56.

- Barriga, A. Q., Morrison, E. M., Liao, A. K., & Gibbs, J. C. (2001). Moral cognition: Explaining the gender difference in antisocial behavior. *Merrill-Palmer Quarterly*, 47 (4), 532-562.
- Beck, A. T. (1978). *Depression inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A. T., Brown, G., Eidelson, J., Steer, R. A., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (3), 179-183.
- Beck, A. T., Freeman, A. and associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorder*. New York: Guilford.
- Blackburn, I. M., Jones, S., & Lewin, R. J. P. (1986) Cognitive Style in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 241-251.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14 (3), 211-218.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundation of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley & Sons.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late

- childhood and adolescence: I. Age and gender specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867.
- Cottraux, J. (2001) *Les thérapies cognitives: Comment agir sur nos pensées*. Paris: Retz.
- Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1986). Cognitive assessment with major depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 13-29.
- Dodge, K. A. (1980). Social cognition and children's aggressive behavior. *Child Development*, 51, 162-170.
- Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559-584.
- Dodge, K. A., & Frame, C. L. (1982). Social cognitive biases and deficits in aggressive boys. *Child Development*, 53, 620-635.
- Dodge, K. A., Price, J. M., Bachorowski, J. A., & Newman J. P. (1990). Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 385-392.
- Dohr, K. B., Rush, A. J., & Bernstein, I. H. (1989). Cognitive biases and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98 (3), 263-267.
- Eaves, G., & Rush, A. J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 31-40.
- Epkins, C. C. (2000). Cognitive specificity in internalizing and externalizing problems in community and clinic-referred children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 199-208.

- Frick, P. J. (1998). *Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior*. New York: Plenum Press.
- Garber, J., Weiss, B., & Shanley, N. (1993). Cognition depressive symptoms and development in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 102* (1), 47-57.
- Ge, X., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, Jr., G. H., & Simons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology, 30*, 467-483.
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin, 127*, 773-796.
- Hankin, B. L., Fraley, R. C., Lahey, B. B., Waldman, I. D. (2005). Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *Journal of abnormal Psychology, 114*, 96-110.
- Jolly, J. B., & Dykman, R. A. (1994). Using self-report data to differentiate anxious and depressive symptoms in adolescents : Cognitive content specificity and global distress ? *Cognitive Therapy and Research, 18*, 25-37.
- Kann, R. T., & Hanna, F. J. (2000). Disruptive behavior disorders in children and adolescents: how do girls differ from boys? *Journal of Counseling and Development, 78*, 267-274.

- Kempton, T., Van Hasselt, V. B., Bukstein, O. G., & Null, J. A. (1994). Cognitive distortions and psychiatric diagnosis in dually diagnosed adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (2), 217-222.
- Kovacs, M. & Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135 (5), 525-533.
- Kratzer, L., & Hodgins, S. (1997). Adult outcomes of child conduct problems: A cohort study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 65-81.
- LeBlanc, M. (1994). MASPAQ, *Manuel sur des mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois*, GRIP, École de Psycho-éducation, Université de Montréal, Avril.
- Leung, P. W. L., & Poon, M. W. L. (2001). Dysfunctional schemas and cognitive distortions in psychopathology: A test of the specificity hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (6), 755-765.
- Leung, P. W. L., & Wong, M. M. T. (1998). Can cognitive distortions differentiate between internalising and externalising problems ? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 263-269.
- Lévesque, N. & Marcotte, D. (2005). Les distorsions cognitives chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs et des troubles extériorisés. *Revue Québécoise de Psychologie*, 26, 199-222.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N. & Rohde, P. (1994). Psychological approaches with adolescents. In W.M. Reynolds & H.F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*. New York : Plenum Press.

Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Seeley, J. R. (1995). Adolescent Psychopathology IV: Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34* (9), 1221-1229.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34* (4), 510-519.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Klein, D. N., & Seeley, J. R. (1999). Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 56-63.

Liau, A. K., Barriga, A. Q., & Gibbs, J. C. (1998). Relations between self-serving cognitive distortions and overt vs covert antisocial behavior in adolescence. *Aggressive Behavior, 24*, 335-346.

Marcotte, D. (1995). L'influence des distorsions cognitives, de l'estime de soi et des sentiments reliés à la maturation pubertaire sur les symptômes de dépression des adolescents de milieu scolaire. *Revue Québécoise de Psychologie, 16* (3), 434-439.

Marcotte, D. (1996). Irrational beliefs and depression in adolescence. *Adolescence, 31* (124), 935-954.

Marcotte, D. (2000). La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents. Dans F. Vitaro & C. Gagnon, *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I: Les problèmes internalisés* (pp. 221-270). Presses de l'Université du Québec.

- Marcotte, D., Leclerc, D., & Lévesque, N. (2006). Cognitive distortions, school performance and depressive symptoms among adolescents: Exploration of a mediating model. *British Journal of Educational Psychology*.
- Marcotte, D., Lévesque, N., & Fortin, L. (2006). Variations of cognitive distortions and school performance in depressed and non-depressed high school adolescents: A two-year longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*.
- Marcotte, G., Marcotte, D., & Bouffard, T., (2002). The influence of familial support and dysfunctional attitude on depression and delinquency in adolescent population. *European Journal of Psychology of Education, 17* (4), 363-376.
- Marton, P., Churchard, M., & Kutcher, S. (1993). Cognitive distortion in depressed adolescents. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 18* (3), 103-107.
- Marton, P., & Kutcher, S. (1995). The prevalence of cognitive distortion in depressed adolescents. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 20* (1), 33-38.
- Moilanen, D. L. (1995). Validity of Beck's cognitive theory of depression with nonreferred adolescents. *Journal of Counseling and Development, 73*, 438-442.
- Nolen-Hoeksema, S., Seligman, M. E. P., & Girgus, J. S. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-years longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 405-422.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist, 48* (2), 155-168.
- Power, M. J., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C. F., Lam, D., & Beck, A. T. (1994). The Dysfunctional Attitude Scale (DAS). A comparison of forms A and B and

- proposals for a new subscaled version. *Journal of Research in Personality*, 28, 263-276.
- Quiggle, N. L., Garber, J., Panak, W. F., & Dodge, K. A. (1992). Social information processing in aggressive and depressed children. *Child Development*, 63, 1305-1320.
- Reynolds, W. M., & Johnston, H. F. (1994). *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York: Plenum Press.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1999). *Behavior Assessment System for Children*. IGS.
- Roberts, J. E., & Gamble, S. A. (2001). Current mood-state and past depression as predictors of self-esteem and dysfunctional attitudes among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30, 1023-1037.
- Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2004). The relationship between automatic thoughts and negative emotions in children and adolescents: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 464-470.
- Strober, M., Green, J., & Carlson, G. (1981). Utility of the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (3), 482-483.
- Weissman, A., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL.

Wichstrom, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialisation. *Developmental Psychology*, 35 (1), 232-245.

Tableau 1. Moyennes des cognitions des groupes ayant développé des symptômes dépressifs ou des troubles extériorisés

Cognitions	Ayant développé des symptômes dépressifs			Ayant développé des symptômes du TC			Ayant développé des comportements délinquants		
	Temps 1	Temps 2	Temps 3	Temps 1	Temps 2	Temps 3	Temps 1	Temps 2	Temps 3
Attitudes dysfonctionnelles									
En lien avec la réussite	27.70	26.60	31.60	27.75	26.54	26.21	27.24	27.51	28.56
En lien avec la dépendance	30.10	28.90	33.40	30.79	30.96	30.25	31.61	31.07	30.54
En lien avec l'autocontrôle	34.60	33.90	34.70	38.17	35.79	34.92	35.33	36.61	36.01
Style cognitif									
Dirigé vers soi	21.60	22.40	24.40	19.27	19.82	19.05	19.80	19.86	20.20
Dirigé vers le monde	22.00	23.00	22.10	20.22	21.22	20.04	20.38	20.13	21.14
Dirigé vers l'avenir	22.20	21.60	23.20	18.68	20.05	19.00	20.20	19.89	19.68
Langage intérieur dépressif	0.96	1.55	1.82	0.93	0.70	0.83	1.01	0.91	0.89
Langage intérieur anxieux	0.75	1.08	1.39	0.92	0.85	0.87	1.03	0.98	0.96

TC : Trouble des conduites

Tableau 2. Analyse de variance à mesures répétées (ANOVAs) (groupes rémission X sexe X temps)

Distorsions cognitives	Source de variance	dl	F	p
Attitudes dysfonctionnelles	Sexe	1 ; 110	11.18	0.001
Reliées à la réussite	Groupe X temps	4 ; 220	8.26	0.0001
Reliées à l'autocontrôle	Sexe	1 ; 110	9.09	0.003
Style cognitif	Groupe X temps	4 ; 220	5.05	0.001
Dirigé vers soi				
Dirigé vers l'avenir	Groupe X temps	4 ; 222	4.59	0.001
Langage intérieur	Groupe X temps	4 ; 216	6.06	0.0001
Dépressif				
Anxieux	Sexe	1 ; 108	9.87	0.002
	Groupe X temps	4 ; 216	5.62	0.0001

Tableau 3. Moyennes des cognitions des groupes en rémission

Cognitions	Symptômes dépressifs en rémission			Symptômes du TC en rémission			Comportements délinquants en rémission		
	Temps 1	Temps 2	Temps 3	Temps 1	Temps 2	Temps 3	Temps 1	Temps 2	Temps 3
Attitudes dysfonctionnelles									
En lien avec la réussite	31.73	29.07	25.48	27.12	28.03	29.03	28.62	31.76	31.55
En lien avec la dépendance	34.02	31.27	28.82	30.15	29.85	30.85	32.10	31.21	31.17
En lien avec l'autocontrôle	37.36	35.25	34.23	35.82	36.00	34.94	35.14	36.93	35.35
Style cognitif									
Dirigé vers soi	22.74	20.77	19.12	18.68	19.65	19.41	21.63	20.13	19.43
Dirigé vers le monde	23.25	22.82	20.27	19.53	19.85	19.79	20.73	21.10	20.33
Dirigé vers l'avenir	21.52	20.25	18.68	19.15	20.12	20.06	21.17	20.23	19.47
Langage intérieur dépressif	1.57	1,17	0.68	0.91	0.81	0.88	1.01	1.08	0.77
Langage intérieur anxieux	1.32	1.04	0.71	0.86	1.02	0.98	1.00	1.05	0.77

TC : Trouble des conduites

Figure 1 : Style cognitif dirigé vers soi

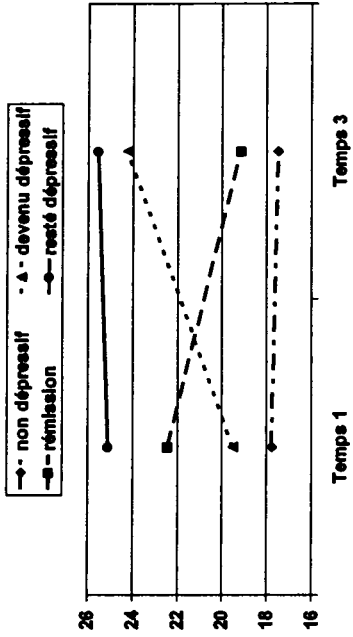


Figure 2 : Style cognitif dirigé vers le monde

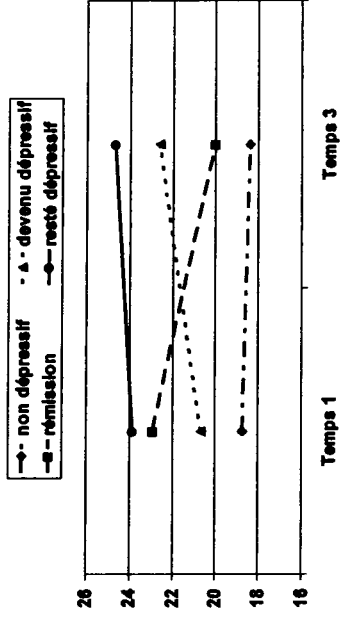


Figure 3 : Style cognitif dirigé vers l'avenir

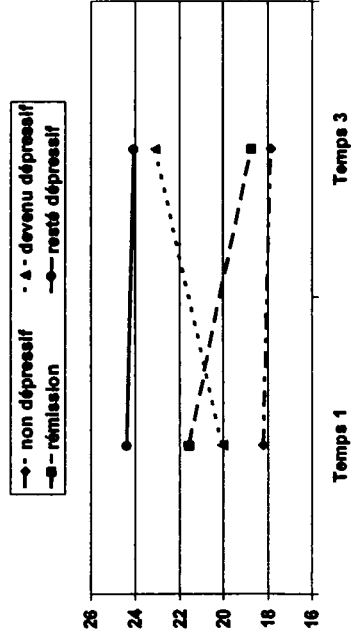


Figure 4 : Langage intérieur dépressif

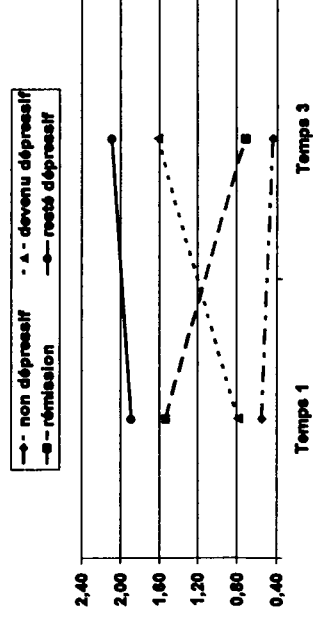
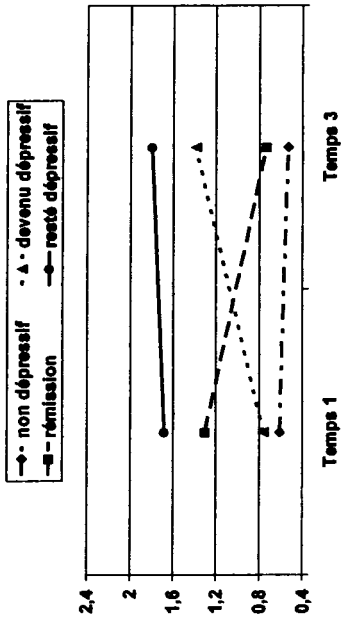


Figure 5 : Langage intérieur anxieux



CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

Discussion générale

La discussion générale qui suit débutera par un rappel des principaux objectifs de la thèse et ce en fonction de chacun des articles. Un résumé des résultats y sera également présenté et ceux-ci seront discutés. Les liens entre les deux articles seront faits et les apports de la présente thèse seront énumérés. Le tout se conclura par la présentation des limites de l'étude et de nouvelles avenues de recherche seront proposées.

Rappel des objectifs de la thèse et résumé des résultats

Premier article

Le premier article vérifie l'applicabilité du modèle diathèse-stress de la dépression chez les adolescents. Ce modèle propose que lorsque survient des événements stressants négatifs se situant dans un domaine propre à la vulnérabilité cognitive de l'individu, ce dernier présente un risque accru de développer des symptômes dépressifs. Il fut donc vérifié si, en présence d'une vulnérabilité cognitive spécifique (autonomie ou sociotropie), l'avènement d'un stress correspondant, soit de performance ou relationnel, prédisait l'augmentation des symptômes dépressifs et ce, en considérant les différences associées au sexe. De plus, cet article avait également pour objectif d'explorer le rôle des pensées automatiques négatives sur cette relation entre le stress et les symptômes dépressifs. L'hypothèse voulant que les attitudes dysfonctionnelles mesurant le schéma d'autonomie et de sociotropie agissent en tant que modérateur et que les pensées automatiques négatives agissent en tant que médiateur de la relation entre le stress et les symptômes dépressifs a été vérifiée.

Les résultats de cet article révèlent, tel que reporté dans les études antérieures, que les filles présentent davantage de symptômes dépressifs et plus d'attitudes dysfonctionnelles en lien avec la dépendance. Elles ont davantage recouru à un langage intérieur pessimiste et rapportent vivre plus d'événements stressants négatifs de type relationnel que les garçons. Quant à ces derniers, ils présentent plus d'attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite que les filles. Ainsi, une différence est observée en ce qui a trait aux schémas cognitifs adoptés par chacun des sexes, les filles étant davantage sociotropes alors que les garçons présenteraient plutôt un schéma d'autonomie, ce qui confirme en partie seulement les résultats de Baron et Peixoto (1991), puisque ces auteurs rapportent que les filles sont plus sociotropes que les garçons, mais qu'aucune différence entre les sexes n'est présente au niveau de l'autonomie. Une explication possible de cette différence entre les garçons et les filles, réside probablement dans une socialisation différentielle des genres, les filles étant plus socialisées à définir leur estime de soi en fonction de l'approbation obtenue dans les relations interpersonnelles, alors que c'est plutôt la réussite professionnelle qui joue ce rôle chez les garçons. Ces différences entre les genres demeurent présentes de nos jours malgré qu'elles tendent à s'atténuer depuis une vingtaine d'années. Enfin, nos résultats vont dans le même sens que ceux obtenus lors d'études antérieures et confirment également que les filles rapportent vivre plus d'événements stressants négatifs que les garçons et ce, plus particulièrement de type relationnel (Larson & Ham, 1993; Rudolph & Hammen, 1999).

Quant à l'analyse des modèles modérateurs et médiateurs, elle fut faite en regard des cognitions mesurées avant et après les événements de vie stressants. Ainsi, cette étude nous a permis d'explorer deux séquences possibles du modèle diathèse-stress, à savoir d'une part, si les événements de vie stressants activent les cognitions entraînant l'augmentation des symptômes dépressifs ou d'autre part, si les cognitions déjà présentes influencent la perception et l'interprétation des événements stressants entraînant la dépression.

Dans un premier temps, les résultats permettent de constater que chez les garçons et les filles, les pensées automatiques jouent un rôle médiateur partiel de la relation entre le stress global et les symptômes dépressifs, ceci autant lorsque les cognitions sont mesurées avant, qu'après les événements stressants. De plus, les pensées automatiques ont également un rôle modérateur tant chez les garçons que chez les filles lorsque les cognitions sont mesurées en premier et uniquement chez les garçons lorsqu'elles sont mesurées après les événements stressants négatifs.

L'hypothèse concernant les pensées automatiques est donc partiellement confirmée et nos résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par Cole et Turner (1993), qui observent que dès l'enfance, les erreurs cognitives agissent en tant que médiateur partiel de la relation entre les événements et les symptômes dépressifs et modèrent que faiblement cette même relation. Ces dernières étant plus accessibles, on constate donc qu'elles sont plus facilement associées à la variation des symptômes dépressifs (Deal & William, 1988). Une attention particulière se doit donc d'être portée aux

pensées automatiques négatives lors du traitement de la dépression chez les adolescents.

Quant à l'hypothèse voulant que les schémas cognitifs agissent en tant que modérateur de la relation entre les événements stressants négatifs correspondants et les symptômes dépressifs, elle s'avère confirmée partiellement et ce uniquement chez les garçons. L'effet d'interaction entre le schéma d'autonomie et le stress de performance prédit une augmentation des symptômes dépressifs chez les garçons et ce autant lorsque les schémas sont mesurés avant qu'après le stress. De plus, il fut observé que lorsque le schéma de sociotropie est mesuré après le stress relationnel, l'interaction de ceux-ci prédit significativement les symptômes dépressifs chez les garçons. Ainsi, la présence de stress relationnel ou de performance additionnée à celle d'une vulnérabilité cognitive correspondante prédit davantage la présence ultérieure de symptômes dépressifs que chacun de ces deux phénomènes mesurés séparément. Des résultats semblables ne sont pas obtenus chez les filles, ce qui va à l'encontre de ceux rapportés dans certaines études effectuées auprès d'échantillons d'adultes qui observent que chez les femmes, un taux de stress élevé est associé à un haut niveau de symptômes dépressifs quatorze semaines plus tard, particulièrement pour les participantes présentant un niveau élevé d'attitudes dysfonctionnelles (Dykman & Johll, 1998). Toutefois, les résultats présentés par ces auteurs ne considéraient pas les dimensions de la personnalité caractérisant la vulnérabilité cognitive.

Les résultats de la présente étude s'accordent aussi avec les hypothèses de vulnérabilité proposée par Clark et ses collègues (1999), particulièrement celle

portant sur l'apparition de la dépression qui propose qu'un événement négatif correspondant à la constellation de schémas caractérisant la personnalité mène à une augmentation des risques d'apparition de symptômes dépressifs chez les individus n'ayant vécu aucun épisode dépressif antérieur. Il est important de préciser cependant que dans la présente étude, les dépressions antérieures n'ont pas été contrôlées.

À la lumière des résultats des études ayant observé des taux plus élevés de dépression chez les garçons avant la puberté (Rutter, 1986; Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1987 ; Cohen, & Brook, 1987) et afin d'expliquer la confirmation de la diathèse-stress chez ces derniers, il est envisageable de proposer que les schémas cognitifs se développeraient possiblement plus tôt chez les garçons. Toutefois d'autres études seront nécessaires afin de connaître les séquences développementales des schémas cognitifs séparément chez les deux sexes, puisqu'il semble que des trajectoires différentes caractérisent l'apparition des symptômes dépressifs pour chacun d'eux. Il est probable que pour les filles, les cognitions et les événements stressants occupent tous les deux un rôle important dans l'apparition des symptômes dépressifs alors que chez les garçons du même groupe d'âge, c'est davantage l'interaction entre ces deux variables qui a une influence. En ce sens, Baron et Peixoto (1991) proposent que les filles dont le score d'autonomie est élevé présentent davantage de symptômes dépressifs que les garçons dans la même situation. Le rôle important joué par chacune des variables chez les filles peut s'avérer être une explication possible à la présence plus marquée de symptômes dépressifs chez ces dernières.

De plus, rappelons qu'Abela et Sullivan (2003) proposent que les schémas se consolident davantage à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Dans un même ordre d'idées, Hankin et ses collègues (2005), précisent qu'une certaine stabilité des schémas cognitifs correspondant à des traits de personnalité serait observée seulement à partir de la mi-adolescence et ce, jusqu'à la fin. La consolidation et la stabilisation des schémas cognitifs pourraient être en relation avec le développement cognitif des enfants. Selon Piaget, ce n'est pas avant l'âge de 12 ans que l'enfant atteint le stade opératoire formel. C'est à ce stade que l'enfant acquière la pensée abstraite et la capacité de faire des raisonnements hypothético-déductifs, capacités qui seront maîtrisées autour de l'âge de 15 ans. Il est donc possible que ce que nous avons observé via nos résultats ne soit que le début de la consolidation des schémas. Toutefois, il demeure que peu d'études ont permis à ce jour, de documenter cet aspect du modèle.

Deuxième article

Le deuxième article compare les séquences d'apparition des cognitions (attitudes dysfonctionnelles, style cognitif et langage intérieur) chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs et des troubles extériorisés (symptômes du trouble des conduites ou comportements délinquants). Cette étude avait aussi pour objectif de vérifier si les participants ayant développé des symptômes dépressifs présentaient une vulnérabilité cognitive préalable tel que proposé par Clark, Beck et Alford (1999).

Peu d'études se sont intéressées aux séquences d'apparition des cognitions chez les jeunes présentant des troubles extériorisés. Nos résultats démontrent que lorsqu'ils sont en rémission, les adolescents ayant développé des comportements délinquants adoptent davantage d'attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite que les adolescents dont les symptômes dépressifs sont en rémission. Il est pertinent de se questionner à savoir si ce type de cognitions pourrait alors rendre l'adolescent vulnérable à la venue de d'autres épisodes de de comportements délinquants? De plus, le style cognitif distorsionné dirigé vers soi diminue parallèlement à la rémission des comportements délinquants. Cependant, aucune autre variation des cognitions en fonction de l'apparition ou la rémission des troubles extériorisés ne fut observée. Il est possible, comme le proposait Beck pour les troubles de la personnalité, que les schémas impliqués dans les troubles extériorisés soient opérationnels de façon plus continue que chez les dépressifs, pour qui les schémas dysfonctionnels sont davantage actifs pendant l'épisode dépressif (Beck & Freeman, 1990). Ceci pourrait expliquer que nous constatons peu de variabilité des cognitions chez les jeunes présentant des troubles extériorisés. Nos résultats démontrent également que les cognitions mesurées seraient davantage spécifiques aux symptômes dépressifs qu'aux troubles extériorisés. À notre connaissance, une telle spécificité n'avait pas fait l'objet d'une confirmation chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs en comparaison à ceux ayant un trouble extériorisé, comme ce fut fait dans les écrits antérieurs pour l'anxiété. De nouvelles études seront donc nécessaires afin d'étudier

la stabilité et la spécificité des cognitions chez les jeunes aux prises avec ce type de problématiques.

Les résultats de ce second article confirment une co-variation davantage présente entre les symptômes dépressifs et les cognitions, qu'entre ces dernières et les troubles extériorisés. Les participants ayant développé des symptômes dépressifs ont davantage recouru à un langage intérieur dépressif que ceux ayant développé des symptômes du trouble des conduites ou des comportements délinquants. Toujours chez le groupe de participants ayant développé des symptômes dépressifs, il fut aussi observé que le langage intérieur dépressif augmente avec le temps. Ainsi, le langage intérieur dépressif constitue le seul type de cognition variant en fonction de l'apparition des symptômes dépressifs, ce qui diffère des résultats obtenus par Marcotte et ses collègues (2006) qui a trouvé que tant les garçons que les filles ayant développé des symptômes dépressifs dans un intervalle de deux années, présentent non seulement une augmentation du langage intérieur pessimiste, mais également du style cognitif dirigé vers soi, vers le monde et vers l'avenir. De plus, il fut constaté que les garçons ayant développé des symptômes dépressifs présentent un style cognitif dirigé vers soi plus distorsionné que les garçons ayant développé des symptômes du trouble des conduites ou des comportements délinquants, ce qui peut être justifié par la dévalorisation et la culpabilité caractérisant les symptômes dépressifs. Toutefois, le nombre restreint de participants se trouvant dans le groupe de participants ayant développé des symptômes dépressifs de la présente étude peut expliquer les faibles résultats obtenus.

De leur côté, les participants du groupe dont les symptômes dépressifs sont en rémission présentent des attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite qui diminuent significativement avec le temps. Nous avons également constaté que le style cognitif dirigé vers soi et vers l'avenir, ainsi que le langage intérieur pessimiste voient leur présence diminuer avec le temps chez ce même groupe. Ainsi nous pouvons conclure que lors de la rémission des symptômes dépressifs, nous assistons à une diminution significative de nombreuses cognitions, ce qui confirme les résultats d'études antérieures (Marton, Churchard & Kutcher, 1993).

Finalement des différences selon le sexe furent également constatées dans les résultats de ce deuxième article. Nos résultats démontrent que les filles utilisent davantage un langage intérieur anxieux que les garçons. Quant à ces derniers, ils adoptent davantage d'attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite et l'auto-contrôle. Ces différences sexuelles sont également constatées au niveau de la présence de problématiques. Nous observons chez les filles plus de symptômes dépressifs, alors que les garçons rapportent davantage de troubles extériorisés. Afin d'expliquer pourquoi les filles présentent plus de symptômes dépressifs que les garçons, Price et Lavercombe (2000) proposent, que les garçons aient davantage recourt à des comportements externalisés tels que de se distraire, faire du sport et d'éviter de ruminer. D'autres auteurs ont effectivement démontré la présence plus marquée de comportements internalisés chez les filles. Il semble que ces dernières vont davantage ruminer (Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema, Girgus et Seligman, 1991). Cette utilisation plus fréquente de la rumination par les filles peut

donc expliquer la présence plus marquée de cognitions erronées chez ces dernières. Selon Nolen-Hoeksema (1991), la rumination, contrairement à la distraction, amplifie et maintient les symptômes dépressifs.

Lorsque l'on compare le groupe ayant développé des symptômes dépressifs et le groupe dont les symptômes dépressifs sont en rémission aux groupes dont les symptômes sont chroniques et à celui n'en présentant aucun, les résultats révèlent qu'au temps 1, le groupe qui développera des symptômes dépressifs ne se différencie pas significativement du groupe ne présentant aucun symptôme et ce, pour l'ensemble des cognitions à l'étude. Ainsi nous constatons que nos résultats, dans ce cas-ci, ne confirment pas l'hypothèse d'une vulnérabilité cognitive proposée par Clark, Beck et Alford (1999). En se référant à l'hypothèse de vulnérabilité portant sur la stabilité qui stipule que les contenus cognitifs latents pouvant contribuer aux symptômes dépressifs sont relativement stables et demeurent inaccessibles jusqu'à ce qu'ils soient activés par un stimulus, il est possible que l'absence de vulnérabilité observé à cette étape de la présente étude s'explique par la non inclusion de stimulus. Toutefois au temps 3, le groupe ayant développé des symptômes dépressifs présente autant d'attitudes dysfonctionnelles en lien avec la dépendance et la réussite et adoptent autant un style cognitif distorsionné dirigé vers soi, vers le monde et vers l'avenir que les participants du groupe dont les symptômes dépressifs sont chroniques. Ainsi, malgré l'absence de vulnérabilité cognitive, il semble qu'une fois les adolescents ayant développé des symptômes dépressifs, ceux-ci présentent certaines cognitions à un niveau aussi élevé que ceux dont les symptômes dépressifs

sont chroniques. Cependant, ces derniers ont davantage recourt à un langage intérieur pessimiste.

Quant au groupe dont les symptômes dépressifs sont en rémission au temps 3, il ne se différencie pas significativement au temps 1, du groupe dont les symptômes dépressifs sont chroniques en ce qui a trait aux attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite, la dépendance et au style cognitif dirigé vers le monde, ils adoptent donc tout autant ces différents types de cognitions. Cependant dès le temps 1, les participants qui démontrent des symptômes dépressifs persistants dans le temps présentent des cognitions plus marquées pouvant constituer un indice de chronicité. Ils adoptent, entre autre, un style cognitif orienté vers soi et vers l'avenir plus distorsionné et utilisent davantage un langage intérieur pessimiste que ceux dont les symptômes dépressifs sont en rémission au temps 3. Ces résultats suggèrent donc la présence d'un pattern de cognitions distinct chez les adolescents présentant des symptômes chroniques. Au temps 3, le groupe dont les symptômes dépressifs sont en rémission ne présente pas plus d'attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite et la dépendance et n'adopte pas davantage un style cognitif dirigé vers l'avenir que le groupe n'ayant aucun symptôme dépressif. Toutefois, une fois les symptômes dépressifs en rémission, certaines cognitions demeurent présentes de façon significative. Entre autres, nos résultats ont démontré qu'au temps 3 le groupe en rémission adopte un style cognitif dirigé vers soi et vers le monde plus distorsionné et utilise davantage un langage intérieur pessimiste que le groupe ne présentant aucun symptôme, confirmant les résultats obtenus par quelques auteurs stipulant qu'une fois

les symptômes de dépression résorbés, les adolescents dont les symptômes sont en rémission continuent de présenter davantage de cognitions négatives que les non dépressifs (Dobson & Shaw, 1986 ; Eaves & Rush, 1984; Marton, Churchard & Kutcher, 1993; Nolen-Hoeksema, Girgus & Seligman, 1992). On peut alors penser qu'une fois qu'un premier épisode de dépression est vécu par l'adolescent, s'installe une persistance des cognitions erronées qui le rendent plus vulnérable à de futurs épisodes dépressifs. D'autant plus que nous savons que 45 % des adolescents ayant déjà vécu un épisode de dépression majeure, vivent un nouvel épisode entre 19 et 24 ans (Lewinsohn, Rohde, Klein et Seeley, 1999).

Liens entre les deux articles

En résumé, si on compare les résultats des deux articles, nous constatons le rôle majeur exercé par les pensées automatiques, aussi appelées langage intérieur. Les pensées automatiques agissent en tant que médiateur partiel de la relation entre le stress et les symptômes dépressifs. Elles agissent également en tant que modérateur et ce particulièrement chez les garçons. De plus, elles constituent le seul type de cognitions variant tant en fonction de l'apparition que de la rémission des symptômes dépressifs et sont présentes de façon plus marquée chez les jeunes présentant des symptômes chroniques. Il est possible d'expliquer la place qu'occupent les pensées automatiques dans les résultats des deux études, entre autre par leur plus grande accessibilité et, par conséquent une plus grande possibilité des les observer et de les mesurer. Selon Cottraux (2001) celles-ci seraient situées à un niveau pré-conscient, donc plus facilement menées à la conscience que les schémas situés à un niveau

inconscient. Ainsi le rôle important joué par les pensées automatiques fait de ce type de cognitions, une piste d'intervention à considérer d'autant plus que l'on sait que la présence des pensées automatiques négatives chez la personne dépressive peut engendrer l'aggravation et la chronicité du trouble (Cottraux, 2001; Dohr et al. 1989).

Un second lien entre les deux articles réside dans l'étude de la vulnérabilité cognitive aux symptômes dépressifs. Les deux articles ont vérifié l'hypothèse de vulnérabilité de façon différente et ont donné lieu à des résultats qui doivent être comparés avec prudence étant donné les méthodologies différentes utilisées. Si on considère que les cognitions présentes avant l'arrivée des symptômes dépressifs représentent une vulnérabilité cognitive, les deux articles arrivent à des conclusions différentes. Dans le premier article, une vulnérabilité cognitive à la dépression serait constatée par la présence de schémas cognitifs spécifiques et de pensées automatiques négatives, ce qui ne fut pas le cas dans le deuxième article. Ce dernier révèle que lorsque nous observons la présence des cognitions chez les adolescents allant développé des symptômes dépressifs, ceux-ci ne présentent pas plus de cognitions distorsionnées au départ, que ceux qui ne deviendront pas symptomatiques. Ici différentes hypothèses peuvent être proposées afin d'expliquer ces résultats. Tout d'abord, il est possible que dans la deuxième étude, le délai entre le moment où la vulnérabilité a été mesurée et celui où l'adolescent a été identifié comme ayant développé des symptômes dépressifs, aie été quelque peu trop long. Des études vérifiant l'hypothèse de vulnérabilité à des intervalles différents pourrait s'avérer intéressantes, afin de savoir à quel moment s'installe celle-ci lors de l'apparition des

symptômes dépressifs. Par ailleurs, il est aussi possible qu'en l'absence de mesure d'événements stressants, la vulnérabilité cognitive soit moins marquée. Enfin, comme nous l'avons dit précédemment, le petit nombre de participants composant le groupe des adolescents ayant développé des symptômes dépressifs peut également avoir contribué à limiter les résultats.

Enfin malgré l'absence de cognitions erronées précédant les symptômes dépressifs, il semble que suite à la rémission, les adolescents qui étaient cliniquement dépressifs continuent de présenter davantage certaines cognitions négatives telles que le style cognitif dirigé vers soi, vers le monde et un langage intérieur pessimiste. La persistance de ces cognitions rendant l'adolescent vulnérable à l'apparition de nouveaux symptômes dépressifs peut s'avérer être une piste intéressante afin d'expliquer la récurrence de ceux-ci. D'ailleurs, Kwon et Oei (1992) ont observé que l'état dépressif peut accroître la présence des cognitions erronées et d'autre part que l'interaction d'événements stressants négatifs et d'attitudes dysfonctionnelles peut influencer directement ou via les pensées automatiques négatives, l'avènement des symptômes dépressifs. Ainsi, ces auteurs proposent l'hypothèse d'un cercle vicieux ou d'une relation de réciprocité entre les cognitions et la dépression. De cette façon, si les cognitions erronées ne constituent pas un facteur de vulnérabilité en l'absence de stimulus tel qu'un événement stressant négatif, celles-ci le deviennent suite à l'épisode dépressif vécu par l'adolescent.

Apports de la thèse

À notre connaissance, à ce jour, peu d'études ont tenté d'évaluer l'applicabilité du modèle diathèse-stress dans son ensemble auprès d'un échantillon d'adolescents en considérant les différences associées au sexe. Ainsi cette étude contribue à l'avancement de ce modèle riche et complexe que représente le modèle cognitif de la dépression de Beck. De plus, cette recherche permet non seulement de confirmer l'influence des pensées automatiques négatives, mais également d'identifier les cognitions qui sont associées aux symptômes dépressifs permettant ainsi de mieux documenter les programmes d'intervention. Ceci est d'autant plus important que les programmes visant la diminution de la dépression chez les adolescents de milieu scolaire sont encore très peu nombreux. Cette thèse présente un aspect novateur de par l'éventail multiple des instruments utilisés pour mesurer les cognitions chez les adolescents aux prises avec diverses problématiques. De plus, peu d'études s'étaient à ce jour intéressées à l'apparition des cognitions chez les jeunes ayant développé des symptômes dépressifs, la plupart des chercheurs étudiants davantage la présence de ces dernières lors de la rémission des symptômes. Nos résultats nous ont également permis d'amener l'hypothèse de la présence d'un pattern de cognitions distinct chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs persistants.

Enfin, peu d'études ont exploré la validité du modèle de Beck appliqué aux troubles extériorisés chez les enfants et les adolescents (Schniering et Rapee, 2004) et rares sont celles s'étant intéressée aux séquences d'apparition des cognitions chez les

jeunes présentant des troubles extériorisés. De plus, à notre connaissance, rares sont les recherches qui ont démontré la spécificité des cognitions aux symptômes dépressifs en comparaison aux troubles extériorisés. Cette étude démontre que le style cognitif distorsionné dirigé vers soi se traduisant par des énoncés tel que « Une personne que tu admires te dit qu'elle t'apprécie, mais toi tu ne peux pas croire que tu es aimable », peut s'avérer une piste d'intervention intéressante chez les adolescents délinquants, puisque celui-ci diminue parallèlement à la rémission des actes délinquants.

Limites méthodologiques de l'étude et nouvelles avenues de recherche

Cette thèse comporte certaines limites qu'il est important de mentionner. Tel que mentionné dans le premier article, certains auteurs tels que Blatt et Zuroff (1992), considèrent la très forte corrélation entre les sous-échelles du EAD comme étant un obstacle à son utilisation afin de mesurer la sociotropie et l'autonomie. Il faut cependant rappeler que Clark, Beck et Alford (1999) n'arrivent pas à la même conclusion. Il serait tout de même intéressant de développer une version mieux adaptée et validée du DAS permettant de mesurer l'autonomie et la sociotropie chez une population adolescente. Tel que proposé par Kwon et Whisman (1998), l'interprétation des événements stressants est un phénomène subjectif. Un même événement peut avoir des significations différentes d'une personne à l'autre. Il est donc possible que cette subjectivité ait été un obstacle à la relation entre les schémas cognitifs et les événements stressants négatifs. Les faibles corrélations obtenues entre ces variables tendent à s'orienter dans ce sens. De plus, l'utilisation de mesures auto-

évaluatives de la dépression et de la délinquance comporte certaines limites et ne nous permet pas de généraliser les résultats de la présente étude à une population clinique. Le nombre restreint de participants composant le groupe d'adolescents ayant développé des symptômes dépressifs limite également la comparaison de ceux-ci avec les autres groupes à l'étude. Finalement, il n'a pas été possible dans le cadre de la présente étude de considérer la présence d'épisode dépressif antérieur. Il serait donc intéressant d'ajouter cet aspect dans des recherches futures.

En ce sens, de nouvelles études seront nécessaires afin de documenter davantage le modèle diathèse-stress appliqué aux adolescents. Il serait intéressant de mieux connaître le développement et la consolidation des schémas cognitifs chez les adolescents, en étudiant entre autre des séquences impliquant différents intervalles de temps. L'étude de séquences impliquant différents intervalles de temps pourrait permettre d'arriver à une meilleure connaissance du modèle. De plus, l'applicabilité du modèle aux filles semble différente de son application chez les garçons, ce qui fait ressortir l'importance de bien connaître le phénomène pour chacun des sexes.

L'importance accordée par les garçons et les filles aux différents événements stressants négatifs pourraient s'avérer intéressante à considérer afin d'introduire dans le modèle une mesure de stressors correspondant de façon plus juste aux catégories étudiées, soit relationnel et de performance. Par ailleurs, le recourt à des instruments mesurant plus spécifiquement les cognitions associées aux troubles extériorisés seraient à envisager afin de documenter davantage la stabilité de celles-ci chez cette population. Un design de recherche optimal permettrait de considérer l'élaboration et

l'utilisation d'un instrument mesurant autant les cognitions erronées davantage associées à la dépression que celles davantage associées aux troubles extériorisés afin d'effectuer une comparaison plus juste. Finalement, étant donné l'importance des conséquences associées à la concomitance de problématiques intériorisées et extériorisées, un tel instrument permettrait également d'identifier les cognitions propres à celle-ci et d'étudier la variation des séquences cognitives chez des jeunes présentant deux problématiques ou plus afin de développer une intervention différentielle selon les situations.

En conclusion, l'étude du modèle diathèse-stress de la dépression et la comparaison des séquences d'apparition des cognitions nous a permis de confirmer le rôle important joué par celles-ci dans la dépression chez les adolescents. Ces résultats donnent également naissance à de nouvelles questions de recherche, ainsi qu'à de nouvelles hypothèses. Le modèle cognitif est certainement l'un des modèles les plus utilisés tant en recherche qu'en intervention auprès d'une population d'adolescents, il est donc pertinent de continuer à approfondir sa connaissance.

ANNEXE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SELON LE

DSM-IV (1994)

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV (1994)

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. Ne pas inclure des symptômes qui son manifestement imputable à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex. pleure). N.B. Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p.ex. modification du poids corporel en un mois excédent 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fièvre ou de ralentissement intérieur).
 - (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 - (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 - (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte (voir DSM-IV p. 165).
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p.ex. hypothyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c.à.d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent

d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

ANNEXE B

**CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN TROUBLE DES CONDUITES SELON LE
DSM-IV (1994)**

Critères diagnostiques d'un trouble des conduites selon le DSM-IV (1994)

- A. Ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et les règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoigne la présence de trois des critères suivants (ou plus) au cours des 12 derniers mois, et d'au moins un de ces critères au cours des 6 derniers mois :

Agressions envers des personnes ou des animaux

- (1) brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes
- (2) commence souvent les bagarres
- (3) a utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (p.ex. un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu)
- (4) a fait preuve de cruauté physique envers des personnes
- (5) a fait preuve de cruauté physique envers des animaux
- (6) a commis un vol en affrontant la victime (p.ex. agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée)
- (7) a contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles

Destruction de biens matériels

- (8) a délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants
- (9) a délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu)

Fraude ou vol

- (10) a pénétrer par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui
- (11) ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (p.ex. « arnaque » les autres)
- (12) a volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (p.ex. vol à l'étalage sans destruction ou effraction ; contrefaçon)

Violations graves de règles établies

- (13) reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
- (14) a fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période)
- (15) fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans

B. La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

C. Si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, le trouble ne répond pas aux critères de la Personnalité antisociale.

Spécifier le type, selon l'âge de début :

Type à début pendant l'enfance : présence d'au moins un critère caractéristique du Trouble des conduites avant l'âge de 10 ans.

Type à début pendant l'adolescence : absence de tout critère caractéristique du Trouble des conduites avant l'âge de 10 ans.

Spécifier, selon la sévérité :

Léger : il n'existe que peu ou pas de problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; de plus, les problèmes de conduite n'occasionnent que peu de mal à autrui.

Moyen : le nombre de problèmes de conduite, ainsi que leurs effets sur autrui, sont intermédiaires entre « léger » et « sévère ».

Sévère : il existe de nombreux problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; ou bien, les problèmes de conduite occasionnent un dommage considérable à autrui.

ANNEXE C

QUESTIONNAIRES

Données démographiques

1. Age: _____

2. Sexe: M F

3. Niveau scolaire: _____

4. Milieu de vie actuel:
- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Je vis avec mes deux parents | <input type="checkbox"/> |
| Je vis avec ma mère seulement | <input type="checkbox"/> |
| Je vis avec mon père seulement | <input type="checkbox"/> |
| Je vis dans une famille reconstituée | <input type="checkbox"/> |
| Je vis dans une famille d'accueil | <input type="checkbox"/> |
| Je vis en garde partagée | <input type="checkbox"/> |

5. Nombre d'enfants dans ma famille: _____

6. Moyenne académique: _____%

7. J'évalue mon rendement scolaire comme:

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| au-dessus de la moyenne | <input type="checkbox"/> |
| dans la moyenne | <input type="checkbox"/> |
| au-dessous de la moyenne | <input type="checkbox"/> |

IDB

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lis attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis entoure le chiffre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont tu t'es senti-e au cours des 7 derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, encercle chacun d'eux. Assure-toi d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer ton choix.

1. 0 Je ne me sens pas triste
1 Je me sens triste
2 Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir
3 Je suis si triste que je ne peux le supporter
2. 0 Je ne suis pas particulièrement découragé-e par l'avenir
1 Je me sens découragé-e par l'avenir
2 J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie
3 J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer
3. 0 Je ne me considère pas comme un-e raté-e
1 J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels
2 Quand je pense à mon passé, je ne vois que des échecs
3 J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie
4. 0 Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
1 Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
2 Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit
3 Tout me rend insatisfait ou m'ennuie
5. 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable
1 Je me sens coupable une bonne partie du temps
2 Je me sens coupable la plupart du temps
3 Je me sens continuellement coupable
6. 0 Je n'ai pas l'impression d'être puni-e
1 J'ai l'impression que je pourrais être puni-e
2 Je m'attends à être puni-e
3 J'ai l'impression d'être puni-e

7. 0 Je n'ai pas l'impression d'être déçu-e de moi
 - 1 Je suis déçu-e de moi
 - 2 Je suis dégoûté-e de moi
 - 3 Je me hais

8. 0 Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque
 - 1 Je suis critique de mes faiblesses ou de mes erreurs
 - 2 Je me blâme tout le temps pour mes erreurs
 - 3 Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent

9. 0 Je ne pense aucunement à me suicider
 - 1 J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes
 - 2 J'aimerais me suicider
 - 3 J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion

10. 0 Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire
 - 1 Je pleure plus qu'avant
 - 2 Je pleure continuellement maintenant
 - 3 Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable

11. 0 Je ne suis pas plus irrité-e maintenant qu'auparavant
 - 1 Je suis agacé-e ou irrité-e plus facilement qu'auparavant
 - 2 Je suis continuellement irrité-e
 - 3 Je ne suis plus du tout irrité-e par les choses qui m'irritaient auparavant

12. 0 Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les gens
 - 1 Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois
 - 2 J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens
 - 3 J'ai perdu tout intérêt pour les gens

13. 0 Je prends des décisions aussi facilement qu'avant
 - 1 Je remets des décisions beaucoup plus qu'avant
 - 2 J'ai beaucoup plus de difficultés à prendre des décisions qu'auparavant
 - 3 Je ne peux plus prendre de décisions

14. 0 Je n'ai pas l'impression que mon apparence est pire qu'auparavant
 - 1 J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant-e
 - 2 J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent peu attrayant-e
 - 3 J'ai l'impression d'être laid-e

15. 0 Je peux travailler aussi bien qu'avant
 1 Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose
 2 Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit
 3 Je ne peux faire aucun travail
16. 0 Je dors aussi bien que d'habitude
 1 Je ne dors pas aussi bien qu'avant
 2 Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir
 3 Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir
17. 0 Je ne me sens pas plus fatigué-e qu'à l'accoutumée
 1 Je me fatigue plus facilement qu'auparavant
 2 Je me fatigue pour un rien
 3 Je suis trop fatigué-e pour faire quoi que ce soit
18. 0 Mon appétit n'est pas pire que d'habitude
 1 Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était
 2 Mon appétit a beaucoup diminué
 3 Je n'ai plus d'appétit du tout
19. 0 Je n'ai pas perdu du poids dernièrement
 1 J'ai perdu plus de 5 livres
 2 J'ai perdu plus de 10 livres
 3 J'ai perdu plus de 15 livres
 Je suis présentement une diète Oui _____ Non _____
20. 0 Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude
 1 Je suis préoccupé-e par des problèmes de santé comme des douleurs, des maux d'estomac ou la constipation
 2 Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose
 3 Je suis tellement préoccupé-e par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose
21. 0 Je n'ai pas remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour la sexualité
 1 J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant
 2 J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels
 3 J'ai perdu tout désir sexuel

Merci de ta collaboration

M A S P A Q
Le Blanc 1994

Instructions :

Attention, pour chaque comportement, plusieurs questions te sont posées. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
 Ce questionnaire est confidentiel.

Voici des comportements que des adolescents peuvent avoir faits :

1. Avoir pris et garder quelque chose sans payer dans un magasin ?
 - a) L'as-tu déjà fait ?
 1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
 _____ (inscrire l'âge)
 - c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu pris et garder quelque chose sans payer dans un magasin ?
 1 jamais
 2 une ou deux fois
 3 plusieurs fois
 4 très souvent

2. Avoir menacé de battre quelqu'un pour le forcer à faire quelque chose qu'il ne voulait pas faire ?
 - a) L'as-tu déjà fait ?
 1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
 _____ (inscrire l'âge)
 - c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu menacé de battre quelqu'un pour le forcer à faire quelque chose qu'il ne voulait pas faire ?
 1 jamais
 2 une ou deux fois
 3 plusieurs fois
 4 très souvent

3. S'être battu à coups de poing avec une autre personne ?
 - a) L'as-tu déjà fait ?
 1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
 _____ (inscrire l'âge)
 - c) Au cours des 12 derniers mois, t'es-tu battu à coups de poings avec une autre personne ?

- 1 jamais
- 2 une ou deux fois
- 3 plusieurs fois
- 4 très souvent

4. Avoir brisé ou détruit par exprès, des choses qui ne t'appartenaient pas?
- a) L'as-tu déjà fait ?
 - 1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
 - c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu brisé ou détruit par exprès, des choses qui ne t'appartenaient pas ?
 - 1 jamais
 - 2 une ou deux fois
 - 3 plusieurs fois
 - 4 très souvent
5. Avoir vendu de la drogue (n'importe quelle sorte) ?
- a) L'as-tu déjà fait ?
 - 1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
 - c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu vendu de la drogue (n'importe quelle sorte) ?
 - 1 jamais
 - 2 une ou deux fois
 - 3 plusieurs fois
 - 4 très souvent
6. Avoir défoncé une porte ou une fenêtre et être entré quelque part pour y prendre quelque chose ?
- a) L'as-tu déjà fait ?
 - 1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
 - c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu défoncé une porte ou une fenêtre et être entré quelque part pour y prendre quelque chose ?
 - 1 jamais
 - 2 une ou deux fois
 - 3 plusieurs fois
 - 4 très souvent

7. Avoir utilisé une arme (bâton, couteau, fusil, roche, etc.) en te battant avec une autre personne ?
- a) L'as-tu déjà fait ?
1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
 - c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu utilisé une arme (bâton, couteau, fusil, roche, etc.) en te battant avec une autre personne ?
1 jamais
2 une ou deux fois
3 plusieurs fois
4 très souvent
8. Avoir acheté, utilisé ou vendu quelque chose que tu savais avoir été volé ?
- a) L'as-tu déjà fait ?
1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
 - c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu acheté, utilisé ou vendu quelque chose que tu savais avoir été volé ?
1 jamais
2 une ou deux fois
3 plusieurs fois
4 très souvent
9. Être entré sans payer dans un endroit payant ?
- a) L'as-tu déjà fait ?
1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
 - c) Au cours des 12 derniers mois, être entré sans payer dans un endroit payant ?
1 jamais
2 une ou deux fois
3 plusieurs fois
4 très souvent
10. Avoir téléphoné sans te nommer pour jouer un tour ?
- a) L'as-tu déjà fait ?
1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)

- c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu téléphoné sans te nommer pour jouer un tour ?
- 1 jamais
 - 2 une ou deux fois
 - 3 plusieurs fois
 - 4 très souvent
11. Avoir pris et gardé quelque chose de 100\$ et plus qui ne t'appartenait pas ?
- a) L'as-tu déjà fait ?
- 1- oui
 - 2- non
- b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
- c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu pris et gardé quelque chose de 100\$ et plus qui ne t'appartenait pas ?
- 1 jamais
 - 2 une ou deux fois
 - 3 plusieurs fois
 - 4 très souvent
12. Avoir mis le feu par exprès, dans un magasin ou dans d'autres endroits?
- a) L'as-tu déjà fait ?
- 1- oui
 - 2- non
- b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
- c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu mis le feu par exprès, dans un magasin ou dans d'autres endroits ?
- 1 jamais
 - 2 une ou deux fois
 - 3 plusieurs fois
 - 4 très souvent
13. Avoir battu quelqu'un qui ne t'avait rien fait ?
- a) L'as-tu déjà fait ?
- 1- oui
 - 2- non
- b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
- c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu battu quelqu'un qui ne t'avait rien fait ?
- 1 jamais
 - 2 une ou deux fois
 - 3 plusieurs fois
 - 4 très souvent

- 14. Avoir pris part à des batailles entre groupes de jeunes (gangs) ?**
- a) L'as-tu déjà fait ?
1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
 - c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu pris part à des batailles entre groupes de jeunes (gangs) ?
1 jamais
2 une ou deux fois
3 plusieurs fois
4 très souvent
- 15. Avoir porté une arme (une chaîne, un couteau, fusil, etc.) ?**
- a) L'as-tu déjà fait ?
1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
 - c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu porté une arme (une chaîne, un couteau, fusil, etc.) ?
1 jamais
2 une ou deux fois
3 plusieurs fois
4 très souvent
- 16. Avoir pris et gardé quelque chose entre 10\$ et 100\$ qui ne t'appartenait pas ?**
- a) L'as-tu déjà fait ?
1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
 - c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu pris et gardé quelque chose entre 10\$ et 100\$ qui ne t'appartenait pas ?
1 jamais
2 une ou deux fois
3 plusieurs fois
4 très souvent
- 17. Avoir pris et gardé une bicyclette qui ne t'appartenait pas ?**
- a) L'as-tu déjà fait ?
1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)

- c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu pris et gardé une bicyclette qui ne t'appartenait pas ?
- 1 jamais
 - 2 une ou deux fois
 - 3 plusieurs fois
 - 4 très souvent
18. Avoir pris de la drogue dure (héroïne, morphine, opium, crack, ...) ?
- a) L'as-tu déjà fait ?
- 1- oui 2- non
- b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
- c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu pris de la drogue dure (héroïne, morphine, opium, crack, ...) ?
- 1 jamais
 - 2 une ou deux fois
 - 3 plusieurs fois
 - 4 très souvent
19. Avoir pris une motocyclette pour faire un tour, sans la permission du propriétaire?
- a) L'as-tu déjà fait ?
- 1- oui 2- non
- b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
- c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu pris une motocyclette pour faire un tour, sans la permission du propriétaire ?
- 1 jamais
 - 2 une ou deux fois
 - 3 plusieurs fois
 - 4 très souvent
20. Avoir pris et gardé quelque chose de moins de 10\$ qui ne t'appartenait pas ?
- a) L'as-tu déjà fait ?
- 1- oui 2- non
- b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
- c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu pris et gardé quelque chose de moins de 10\$ qui ne t'appartenait pas ?

- 1 jamais
- 2 une ou deux fois
- 3 plusieurs fois
- 4 très souvent

- 21. T'être saoulé avec de la bière, du vin ou d'autres boissons fortes ?**
- a) L'as-tu déjà fait ?
1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
 - c) Au cours des 12 derniers mois, t'es-tu saoulé avec de la bière, du vin ou d'autres boissons fortes ?
1 jamais
2 une ou deux fois
3 plusieurs fois
4 très souvent
- 22. Avoir brisé par exprès, une antenne, des pneus ou d'autres parties d'une automobile ?**
- a) L'as-tu déjà fait ?
1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
 - c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu brisé par exprès, une antenne, des pneus ou d'autres parties d'une automobile ?
1 jamais
2 une ou deux fois
3 plusieurs fois
4 très souvent
- 23. Avoir fait usage de stimulants (" speed ", " pep pills ", etc.) ou d'hallucinogènes (LSD, STP, PCP, mescaline, THC, etc.) ?**
- a) L'as-tu déjà fait ?
1- oui 2- non
 - b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
 - c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu fait usage de stimulants (" speed ", " pep pills ", etc.) ou d'hallucinogènes (LSD, STP, PCP, mescaline, THC, etc.) ?
1 jamais
2 une ou deux fois
3 plusieurs fois
4 très souvent

- 24. T'être introduit quelque part où tu n'avais pas le droit (ex.: maison où il n'y a personne, hangars, voies ferrées, maison en construction, etc.) ?**
- a) L'as-tu déjà fait ?
1- oui 2- non
- b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
- c) Au cours des 12 derniers mois, t'es-tu introduit quelque part où tu n'avais pas le droit (ex.: maison où il n'y a personne, hangars, voies ferrées, maison en construction, etc.) ?
1 jamais
2 une ou deux fois
3 plusieurs fois
4 très souvent
- 25. Avoir pris une automobile pour faire un tour, sans la permission du propriétaire ?**
- a) L'as-tu déjà fait ?
1- oui 2- non
- b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
- c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu pris une automobile pour faire un tour, sans la permission du propriétaire ?
1 jamais
2 une ou deux fois
3 plusieurs fois
4 très souvent
- 26. Avoir pris de la marijuana ou du haschisch (un joint, du pot) ?**
- a) L'as-tu déjà fait ?
1- oui 2- non
- b) Si oui, à quel âge l'as-tu fait pour la première fois ?
_____ (inscrire l'âge)
- c) Au cours des 12 derniers mois, as-tu pris de la marijuana ou du haschisch (un joint, du pot) ?
1 jamais
2 une ou deux fois
3 plusieurs fois
4 très souvent

Échelle d'évaluation comportementale pour adolescent **BASC-T**

**Behavior Assessment System for Children
Cecil R. Reynolds and Randy W. Kamphaus**

Directives

Dans les pages qui suivent, vous lirez des énoncés qui décrivent des comportements que peuvent présenter les adolescents. S'il vous plaît, lisez chaque énoncé et choisissez la réponse qui décrit le mieux le comportement de l'élève depuis les **six derniers mois**. Si le comportement de l'élève a beaucoup changé pendant cette période, décrivez son comportement récent.

Encerclez **J** si le comportement ne se produit **jamais**.

Encerclez **P** si le comportement se produit **parfois**.

Encerclez **S** si le comportement se produit **souvent**.

Encerclez **T** si le comportement se produit **presque toujours**.

S'il vous plaît, répondez à tous les items. Si vous n'êtes pas certain, essayez de faire un estimé le plus juste possible.


Avant de commencer, complétez l'information demandée au haut de la page suivante.

Comment répondre

Utilisez un crayon bien aiguisé ou un stylo. Encerclez complètement la lettre que vous choisissez comme ceci.

J P S 

Si vous désirez changer une réponse, faites un X sur votre réponse et encerclez votre nouvelle réponse, comme ceci :

J P S 

Merci beaucoup de votre précieuse collaboration!

BASC-T

Nom de l'élève : _____ Nom de l'enseignant : _____
 Date : _____ Niveau scolaire : _____ Quelle matière enseignez-vous? _____
 École : _____ Au régulier Adaptation Concentration
 Sexe : Garçon Fille Depuis combien de temps connaissez-vous cet élève? _____

	J - Jamais	P - Parfois	S - Souvent	T - Presque Toujours	
1. Démontre de l'intérêt face aux idées des autres			JP S T		21. Se dépêche de faire son travail
2. Met les autres élèves au défi de faire des choses			JP S T		22. Fait partie de clubs ou de groupes sociaux
3. Doute de lui-même avant les examens			JP S T		23. A des difficultés en mathématiques
4. Écoute les directives			JP S T		24. Se plaint de douleurs
5. Ne semble pas en contact avec réalité			JP S T		25. Prend ses notes avec soin pendant les cours
6. Vole à l'école			JP S T		26. Utilise un langage inapproprié
7. Dit : « Je n'ai pas d'amis »			JP S T		27. A un problème d'audition
8. Dérange le travail des autres élèves			JP S T		28. Menace les autres de les blesser
9. Est habituellement choisi comme leader			JP S T		29. Voit des choses qui ne sont pas là
10. Dit que les manuels sont difficiles à comprendre			JP S T		30. Se plaint de la police ou des d'autres représentants de la loi
11. Se plaint d'étourdissements			JP S T		31. Dérange les autres élèves pendant leur travail
12. Utilise la bibliothèque de l'école			JP S T		32. En fait plus que nécessaire
13. Refuse de parler			JP S T		33. Se plaint des règlements
14. Essaie de faire ressortir le meilleur chez les autres			JP S T		34. Agit sans penser
15. A une attitude de « bougon »			JP S T		35. Pique des crises de colère
16. A de la difficulté à décider quels cours prendre à l'école			JP S T		36. Félicite les autres lorsqu'il leur arrive de bonnes choses
17. Prend une médication			JP S T		37. Argumente lorsque les choses ne se font pas à sa manière
18. Essaie de se blesser			JP S T		38. Se ronge les ongles
19. A des ennuis avec la police			JP S T		39. Est facilement distrait
20. Dit : « Personne ne me comprend »			JP S T		40. A des idées bizarres

41. Doit rester après l'école pour punition	J P S T	66. Tape du pied ou avec un crayon	J P S T
42. Est triste	J P S T	67. Fait les lectures demandées	J P S T
43. Recherche l'attention pendant qu'il fait son travail scolaire	J P S T	68. Brise les choses des autres élèves	J P S T
44. Travaille bien sous pression	J P S T	69. Est facilement contrarié	J P S T
45. Complète ses travaux incorrectement parce qu'il n'a pas suivi les directives	J P S T	70. Fait des crises (cause médicale)	J P S T
46. Se plaint d'avoir le souffle court	J P S T	71. Dit : « s'il vous plaît » et « merci »	J P S T
47. Étudie avec d'autres élèves	J P S T	72. Frappe les autres enfants	J P S T
48. Refuse de participer aux activités de groupes	J P S T	73. Se fait du souci pour des choses qui ne peuvent changer	J P S T
49. Admet ses erreurs	J P S T	74. N'est pas attentif pendant les cours	J P S T
50. Se vante de ses mauvais coups	J P S T	75. Se perd	J P S T
51. Dit : « J'ai peur de faire une erreur »	J P S T	76. Utilise des drogues illégales	J P S T
52. A des problèmes de vision	J P S T	77. Dit : « Je veux mourir » ou « Je souhaiterais être mort »	J P S T
53. Chante ou fredonne pour lui-même	J P S T	78. Se dépêche à faire ses devoirs	J P S T
54. Manque des cours à l'école	J P S T	79. Donne de bonnes suggestions pour résoudre des problèmes	J P S T
55. Dit : « Je me hais »	J P S T	80. A une mauvaise écriture	J P S T
56. Est trop actif	J P S T	81. Se plaint d'avoir chaud	J P S T
57. Est créatif	J P S T	82. Complète ses devoirs à la maison	J P S T
58. Est en échec scolaire	J P S T	83. Est timide avec les adultes	J P S T
59. A des maux de tête	J P S T	84. Demande poliment de l'aide	J P S T
60. Travaille fort, même dans les matières qu'il n'aime pas	J P S T	85. Brutalise les autres	J P S T
61. Va changer de direction pour éviter d'avoir à saluer quelqu'un	J P S T	86. Dit : « Je ne suis pas vraiment bon dans ceci »	J P S T
62. Fait des suggestions sans offenser les autres	J P S T	87. Oublie des choses	J P S T
63. Donne des ordres aux autres autour de lui	J P S T	88. Mange des choses qui ne sont pas de la nourriture	J P S T
64. Se parle à lui-même	J P S T	89. Triche à l'école	J P S T
65. A été suspendu de l'école	J P S T	90. Pleure facilement	J P S T

91. Interrompt les autres lorsqu'ils parlent	J P S T	115. Se plaint d'avoir froid	J P S T
92. Participe à des activités après l'école	J P S T	116. Analyse la nature d'un problème avant de commencer à le résoudre	J P S T
93. Ne complète pas les examens	J P S T	117. A de la difficulté à se faire de nouveaux amis	J P S T
94. Se plaint d'avoir une vision embrouillée	J P S T	118. Encourage les autres à faire de leur mieux	J P S T
95. Demande pour reprendre les travaux manqués	J P S T	119. Taquine les autres	J P S T
96. Est choisi en dernier dans les jeux par les autres élèves	J P S T	120. Est nerveux	J P S T
97. Complimente les autres	J P S T	121. A de la difficulté à se concentrer	J P S T
98. Répond aux enseignants	J P S T	122. Entend des sons qui ne sont pas là	J P S T
99. Répète une idée sans arrêt	J P S T	123. A des amis en difficulté	J P S T
100. S'absente de l'école sans autorisation	J P S T	124. Dit : « Je veux me tuer »	J P S T
101. Parle trop fort	J P S T	125. Agit sottement	J P S T
102. A de bonnes habitudes d'étude	J P S T	126. Prend des décisions facilement	J P S T
103. Bégaie	J P S T	127. A des difficultés de prononciation	J P S T
104. Fait des erreurs d'inattention	J P S T	128. Se plaint de sa santé	J P S T
105. Offre de l'aide aux autres élèves	J P S T	129. Apparaît confiant avant les examens	J P S T
106. « Dit des noms » aux autres élèves	J P S T	130. Évite les autres élèves	J P S T
107. S'inquiète	J P S T	131. Volontaire pour aider les autres	J P S T
108. Est facilement distrait de son travail scolaire	J P S T	132. Blâme les autres	J P S T
109. Se plaint de ne pas être capable de bloquer des pensées non désirées	J P S T	133. Dort pendant les cours	J P S T
110. Consomme de l'alcool	J P S T	134. Fume la cigarette	J P S T
111. Dit : « Personne ne m'aime »	J P S T	135. Crie en classe	J P S T
112. Ne peut pas attendre son tour	J P S T	136. Est bien organisé	J P S T
113. A beaucoup d'idées	J P S T	137. Est habile à amener les gens à travailler ensemble	J P S T
114. A des difficultés en lecture	J P S T	138. Lit	J P S T

DAS-24

Ce questionnaire présente la liste de différentes attitudes ou opinions que les gens ont parfois. Lis attentivement CHAQUE énoncé et décide jusqu'à quel point tu es en accord ou en désaccord avec l'énoncé.

Pour chacune de ces attitudes, indique ta réponse en plaçant un X sous la colonne qui DÉCRIT LE MIEUX CE QUE TU PENSES. Sois certain de choisir seulement une réponse pour chaque attitude. Puisque les gens sont différents, **il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses** à ces énoncés

Pour décider si une attitude donnée est typique de ta façon de voir les choses, garde simplement en tête ce que tu es la plupart du temps.

Attitudes	Complète- ment d'accord	Très d'accord	Un peu d'accord	Neutre	Un peu en désaccord	Très en désaccord	Complète- ment en désaccord
1. Si j'échoue en partie, c'est aussi pire que d'échouer complètement							
2. Si tu déplaïs aux autres, tu ne peux être heureux(se).							
3. Je devrais être heureux(se) tout le temps.							
4. Les gens auront probablement une moins bonne opinion de moi si je fais une erreur.							
5. Mon bonheur dépend plus des autres que de moi.							
6. Je devrais toujours avoir un contrôle total sur mes émotions.							
7. Ma vie est gâchée à moins que je n'aie du succès.							
8. Ce que les gens pensent de moi est très important.							
9. Je devrais être capable de résoudre mes problèmes rapidement et sans gros effort.							
10. Si je ne me fixe pas les buts les plus élevés, je risque de devenir un(e) raté(e).							

Attitudes	Complète ment d'accord	Très d'accord	Un peu d'accord	Neutre	Un peu en désaccord	Très en désaccord	Complète ment en désaccord
11. Je ne suis rien si une personne que j'aime ne m'aime pas.							
12. Une personne devrait être capable de contrôler ce qui lui arrive.							
13. Pour avoir une valeur, je dois exceller dans au moins un domaine.							
14. Si tu n'as personne sur qui t'appuyer, tu seras sans doute triste.							
15. Je peux me sentir bien, même si j'ai été réprimandé(e).							
16. Je dois être une personne utile, productive et créative ou bien la vie n'a pas de but.							
17. Je peux trouver le bonheur sans être aimé(e) de quelqu'un.							
18. Une personne devrait bien faire tout ce qu'elle entreprend.							
19. Si je ne réussis pas tout le temps, les gens ne me respecteront pas.							
20. Je n'ai pas besoin de l'approbation des autres pour être heureux.							
21. Si j'essaie vraiment fort, je devrais être capable d'exceller dans tout ce que j'entreprends.							
22. Les gens qui ont de bonnes idées ont plus de valeur que ceux qui n'en n'ont pas.							
23. Une personne n'a pas besoin d'être aimée par beaucoup de personnes pour être heureuse.							
24. Chaque fois que je prends un risque, je ne fais que me causer des ennuis.							

Questionnaire CST

(Blackburn et al., 1986; version française pour adolescents, Marcotte, 1996)

Directives: Dans les pages qui suivent, tu trouveras une série de descriptions d'événements de la vie de tous les jours. Différentes façons de penser sont présentées après chaque situation, soit A, B, C, ou D. Nous te demandons de **t'imaginer que ces événements t'arrivent à toi**. Choisis l'alternative qui décrit le mieux ce que tu penserais dans cette situation. Si ta façon de penser est différente de celles présentées, choisis celle qui s'en approche le plus. Si tu es d'accord avec plus d'une façon de penser, choisis celle qui te viendrait à l'idée le plus souvent. Une fois que tu as choisi la pensée, encercle la lettre à côté.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Lis les questions sans t'attarder trop longtemps et essaie de choisir la pensée qui est la plus proche de ta réaction immédiate à la situation.

1. Tu dois aller à l'hôpital pour une opération à ton dos qui te fait souffrir.

- Je pense:
- A. Ça pourrait ne pas marcher
 - B. Ça devrait marcher, mais il se peut que j'aie encore des douleurs
 - C. Je ne crois pas qu'il y a beaucoup de chance que ça marche
 - D. Ce sera un succès et je serai capable de faire toutes mes activités habituelles

2. Certains de tes amis intimes vont déménager dans une autre ville.

- Je pense:
- A. En faisant des efforts, nous pouvons demeurer amis
 - B. Probablement que nous ne serons plus tellement amis maintenant
 - C. Ça ne changera rien
 - D. Je ne les reverrai plus jamais

3. Tu rencontres des amis que tu n'avais pas vus depuis longtemps.

- Je pense:
- A. Je me demande s'ils m'aiment encore
 - B. C'est agréable de revoir de vieux amis

- C. Ils ne m'aimeront plus
- D. Ils m'aiment beaucoup

4. Tu réussis à résoudre un problème difficile à l'école.

- Je pense:
- A. Je suis une personne capable
 - B. Je me demande comment j'ai fait pour réussir
 - C. J'ai des habiletés
 - D. Ce n'était que de la chance

5. Quelque chose ne va pas dans ton travail scolaire.

- Je pense:
- A. Personne ne s'en souciera, ça arrive à tout le monde
 - B. Ce travail est trop difficile pour moi
 - C. Ce n'était qu'une erreur, je peux la corriger
 - D. Je dois faire plus attention

6. On te promet une grosse augmentation de salaire pour l'an prochain.

- Je pense:
- A. Je l'attends avec impatience
 - B. Ça n'arrivera probablement pas
 - C. Si ça arrivait, je serais très content
 - D. Il est préférable de ne pas faire de projets comme ils pourraient ne pas se réaliser

7. L'an prochain, tu auras économisé assez d'argent pour te payer la fin de semaine de tes rêves.

- Je pense:
- A. Ce sera très agréable
 - B. Je ne crois pas que ce sera agréable
 - C. Ça pourrait être décevant
 - D. Je passerai un moment extraordinaire

8. Tu te disputes avec des amis à propos de choses mineures.

- Je pense:
- A. Ils m'aiment quand même
 - B. Je n'ai pas le tour de garder des amis
 - C. Je devrais être plus attentif(ve) avec mes amis
 - D. Ils n'y prêteront probablement pas attention

9. Tu participes à une réunion familiale.

- Je pense:
- A. C'est agréable de revoir des membres de la famille
 - B. Ce n'est peut-être pas une bonne idée
 - C. Les réunions de famille sont généralement désastreuses
 - D. Ils sont très heureux de me voir

10. Tu apprends que tu n'auras pas d'augmentation de salaire cette année.

- Je pense:
- A. Je vais probablement perdre mon emploi
 - B. J'en aurai une l'an prochain
 - C. Il se peut que je n'en aie pas pour longtemps
 - D. Je me demande à quel moment j'en aurai une

11. Une personne que tu admires te dit qu'elle t'apprécie.

- Je pense:
- A. Je suis heureux(se) qu'elle m'apprécie
 - B. Les gens disent parfois cela sans le penser vraiment
 - C. Je suis une personne très aimable
 - D. Je ne peux croire que je suis aimable

12. Tu fais une sortie avec de nouvelles personnes et tu passes un moment fantastique.

- Je pense:
- A. Ce n'est pas beaucoup grâce à moi
 - B. C'est complètement grâce à eux
 - C. J'ai dû y être pour quelque chose
 - D. J'ai aidé à ce que ça se passe très bien

13. Tu ne peux pas aller en vacances à cause de circonstances imprévues.

- Je pense:
- A. C'est une coïncidence bien malheureuse
 - B. Pourquoi des ennuis semblables m'arrivent à moi
 - C. Cela n'est vraiment pas grave
 - D. Il y a toujours des obstacles sur mon chemin peu importe ce que je veux faire

14. Tu as une dispute avec un de tes amis intimes.

- Je pense:
- A. C'est un grand coup à notre amitié
 - B. Notre amitié en souffrira un peu pour un certain temps
 - C. Cela ne fera aucune différence dans notre amitié
 - D. Cette amitié est foutue

15. Le toit de ta maison commence à couler.

- Je pense:
- A. Il y a trop de problèmes auxquels j'ai à faire face
 - B. Ce ne sera pas un problème de le faire réparer
 - C. Voilà un autre problème auquel je dois faire face
 - D. Peut-être que cela pourrait être réparé rapidement

16. Tu auras à rencontrer de la parenté avec qui tu ne t'entends pas.

- Je pense:
- A. Ce sera absolument terrible
 - B. Cela ne devrait pas être si pire
 - C. Nous devrions probablement nous entendre mieux cette fois
 - D. Cela sera plutôt inconfortable

17. Tu n'arrives pas à solutionner un problème à l'école et tu dois demander de l'aide.

- Je pense:
- A. Je trouve souvent cela difficile de faire face à des problèmes
 - B. Je trouve difficile de faire face à certains problèmes
 - C. Je suis un(e) raté(e)

- D. Cette sorte de problème est toujours plus facile à résoudre avec de l'aide.

18. Tu ne réussis pas à finir un travail à temps

- Je pense:
- A. J'aurais dû essayer plus fort
 - B. Je suis juste un paresseux et un incapable (stupide)
 - C. J'ai essayé de mon mieux
 - D. Peut-être que j'aurais pu essayer plus fort

19. Les choses vont bien à l'école

- Je pense:
- A. Cette école est très bien pour moi
 - B. Cette école est plate
 - C. Cette école est probablement correcte pour moi
 - D. Cette école est peut-être trop facile

20. Ta famille et toi, vous êtes obligés de déménager et vous cherchez une nouvelle maison ou un appartement.

- Je pense:
- A. Nous devrions trouver bientôt ce que nous cherchons
 - B. Nous ne trouverons jamais rien d'aussi bien que la maison/appartement que nous avons présentement
 - C. Nous devons peut-être nous installer dans quelque chose de moins bien que ce que nous voulons
 - D. Il est peu probable que nous allons trouver quelque chose de convenable

21. Tu vas commencer l'école à une nouvelle école où tu as toujours voulu aller.

- Je pense:
- A. Je vais probablement ennuyer les autres élèves lorsque je ne saurai pas quelque chose du premier coup
 - B. Cela me prendra un peu de temps pour m'installer, mais ça va aller
 - C. Je doute que je serai capable de m'adapter

D. Tout devrait bien se passer

22. Tu aides des amis à faire leur jardin. A ta visite suivante, ils te remercient de façon enthousiaste.

- Je pense:
- A. Je suis très bon(ne) dans ce genre de tâche
 - B. Ils ne le pensent pas vraiment
 - C. Peut-être que j'ai certaines habiletés
 - D. Je ne mérite pas autant de compliments

23. Un dîner spécial est gâché parce que le plat principal que tu as préparé est un peu brûlé.

- Je pense:
- A. Il n'y a jamais rien qui fonctionne pour moi
 - B. Cela peut s'arranger facilement
 - C. Cela devait arriver aujourd'hui et on ne peut rien y changer
 - D. Peut-être qu'il y aurait une façon de sauver la situation

24. Tu invites de nouveaux amis à la maison pour un souper.

- Je pense:
- A. Ils ne s'amuseront probablement pas
 - B. Cela peut très bien se passer
 - C. Ce sera agréable de se connaître davantage
 - D. Ce sera une belle soirée

25. Tu peux enfin faire des plans pour redécorer ta chambre.

- Je pense:
- A. Il y aura certainement des problèmes
 - B. Ce sera beau lorsque ce sera fini
 - C. Quelque chose peut faire obstacle avec les plans
 - D. Cela devrait être joli

26. Tu essaies de devenir ami avec de nouveaux voisins, mais ils ne semblent pas se soucier de toi.

- Je pense:
- A. Je ne suis peut-être pas leur genre
 - B. J'ai fait tout ce que j'ai pu
 - C. Je ne suis pas une personne aimable
 - D. Peut-être qu'ils ne m'aiment pas

27. Les membres de ton club te choisissent pour être le(la) nouveau(nouvelle) secrétaire du club.

- Je pense:
- A. C'est une faveur qui a son mauvais côté
 - B. C'est une tâche exigeante
 - C. C'est une tâche importante et intéressante
 - D. Cette tâche peut être trop difficile

28. Tu renverses ta boisson sur le nouveau tapis d'un ami.

- Je pense:
- A. Je suis toujours une personne maladroite
 - B. Cela aurait pu arriver à n'importe qui
 - C. Je peux être tellement maladroit(e) parfois
 - D. Je ne suis habituellement pas si maladroit(e)

29. Tes amis t'organisent un party surprise pour ton anniversaire.

- Je pense:
- A. Ils ont voulu bien faire mais j'ai prévu faire autre chose
 - B. C'est une idée fantastique
 - C. C'est plus de troubles que ça en vaut la peine
 - D. Les party d'anniversaire ne sont jamais agréables

30. Tu as prévu faire une activité samedi et d'anciens amis se présentent pour te voir sans te prévenir.

- Je pense:
- A. Ceci va complètement ruiner mes plans

- B. C'est fantastique
- C. Ce n'est pas vraiment le bon moment
- D. Le moment est un peu mal choisi, mais c'est agréable de les voir

Assure-toi que tu as répondu à toutes les questions.

Merci beaucoup de ta collaboration!

CCL

Beck, Brown, Eidelson, Steer & Riskind (1987)
Traduction et adaptation française de D. Marcotte (1994)

Voici une liste de pensées automatiques qui peuvent te venir à l'esprit. Il ne s'agit pas d'événement qui se passent réellement, mais d'idées qui peuvent te venir à l'esprit involontairement. S'il te plaît, lis chaque pensée et indique dans la case appropriée à quelle fréquence chacune de ces pensées se présente dans ta tête.

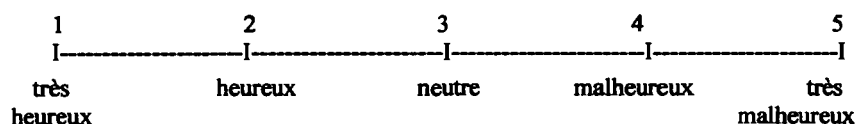
	Jamais 0	1	2	3	Toujours 4
1. Il n'y a personne pour m'aider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je deviens fou (folle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je suis plus mauvais(e) que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quelque chose peut arriver qui détruira mon apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je ne serai jamais aussi bon (bonne) que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Il y a quelque chose qui ne va vraiment pas chez moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La vie ne vaut pas la peine d'être vécue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je vais avoir un accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je ne mérite pas d'être aimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quelque chose de terrible va arriver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Il n'y a plus jamais rien qui fonctionne pour moi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je vais être blessé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Les gens ne me respectent plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quelque chose va arriver à quelqu'un que j'aime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Jamais 0	1	2	3	Toujours 4
15. Je ne mérite pas l'attention ou l'affection des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je pourrais me faire prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je ne viendrai jamais à bout de mes problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je ne suis pas une personne bien dans sa peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je ne suis pas attirant(e) physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Qu'arrivera-t-il si personne ne vient me secourir à temps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Je ne vauds rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Qu'arrivera-t-il si je deviens malade et handicapé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Je suis un(e) raté(e) quand je suis avec d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Je vais avoir un arrêt cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. J'ai perdu le (la) seul(e) ami(e) que j'avais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Personne ne se soucie que je vive ou que je meurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci beaucoup de ta collaboration!

LEQ
Newcomb, Huba, Bentler

Voici un questionnaire qui a été préparé à l'intention des adolescentes et des adolescents, afin de savoir comment ceux-ci réagissent à différentes situations de vie passées et présentes. Pour chaque question, peux-tu s.v.p. indiquer, en encerclant "oui" ou "non", si tu t'es trouvé dans chacune de ces situations il y a plus d'un an (+ 1 an) ou au cours de la dernière année (- 1 an). Lorsque tu réponds "oui" à la question posée, indique comment tu t'es senti quand tu t'es trouvé dans cette situation en encerclant le chiffre correspondant sur l'échelle :



	- 1 an		+ 1 an																
1. Mes parents se sont séparés ou divorcés. <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> <tr> <td> ----- </td> <td> ----- </td> <td> ----- </td> <td> ----- </td> <td> ----- </td> </tr> <tr> <td>très heureux</td> <td>heureux</td> <td>neutre</td> <td>malheureux</td> <td>très malheureux</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	-----	-----	-----	-----	-----	très heureux	heureux	neutre	malheureux	très malheureux	Oui	Non	Oui	Non
1	2	3	4	5															
-----	-----	-----	-----	-----															
très heureux	heureux	neutre	malheureux	très malheureux															
2. Un membre de ma famille a eu un accident ou une maladie grave. <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> <tr> <td> ----- </td> <td> ----- </td> <td> ----- </td> <td> ----- </td> <td> ----- </td> </tr> <tr> <td>très heureux</td> <td>heureux</td> <td>neutre</td> <td>malheureux</td> <td>très malheureux</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	-----	-----	-----	-----	-----	très heureux	heureux	neutre	malheureux	très malheureux	Oui	Non	Oui	Non
1	2	3	4	5															
-----	-----	-----	-----	-----															
très heureux	heureux	neutre	malheureux	très malheureux															
3. Je me suis "tenu" avec un nouveau groupe d'amis. <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> <tr> <td> ----- </td> <td> ----- </td> <td> ----- </td> <td> ----- </td> <td> ----- </td> </tr> <tr> <td>très heureux</td> <td>heureux</td> <td>neutre</td> <td>malheureux</td> <td>très malheureux</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	-----	-----	-----	-----	-----	très heureux	heureux	neutre	malheureux	très malheureux	Oui	Non	Oui	Non
1	2	3	4	5															
-----	-----	-----	-----	-----															
très heureux	heureux	neutre	malheureux	très malheureux															
4. J'ai eu des ennuis avec la justice. <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td> <td style="width: 20%;">2</td> <td style="width: 20%;">3</td> <td style="width: 20%;">4</td> <td style="width: 20%;">5</td> </tr> <tr> <td> ----- </td> <td> ----- </td> <td> ----- </td> <td> ----- </td> <td> ----- </td> </tr> <tr> <td>très heureux</td> <td>heureux</td> <td>neutre</td> <td>malheureux</td> <td>très malheureux</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	-----	-----	-----	-----	-----	très heureux	heureux	neutre	malheureux	très malheureux	Oui	Non	Oui	Non
1	2	3	4	5															
-----	-----	-----	-----	-----															
très heureux	heureux	neutre	malheureux	très malheureux															

		- 1 an		+ 1 an	
5. J'ai volé un objet de valeur.		Oui	Non	Oui	Non
1	2	3	4	5	
----- ----- ----- -----					
très heureux	heureux	neutre	malheureux	très malheureux	
6. J'ai pris régulièrement des médicaments prescrits par le médecin.		Oui	Non	Oui	Non
1	2	3	4	5	
----- ----- ----- -----					
très heureux	heureux	neutre	malheureux	très malheureux	
7. J'ai été très amoureux.		Oui	Non	Oui	Non
1	2	3	4	5	
----- ----- ----- -----					
très heureux	heureux	neutre	malheureux	très malheureux	
8. Il y a eu un ou plusieurs décès dans ma famille.		Oui	Non	Oui	Non
1	2	3	4	5	
----- ----- ----- -----					
très heureux	heureux	neutre	malheureux	très malheureux	
9. J'ai eu le visage couvert d'acné.		Oui	Non	Oui	Non
1	2	3	4	5	
----- ----- ----- -----					
très heureux	heureux	neutre	malheureux	très malheureux	
10. Un frère ou une soeur à moi a quitté la maison.		Oui	Non	Oui	Non
1	2	3	4	5	
----- ----- ----- -----					
très heureux	heureux	neutre	malheureux	très malheureux	
11. J'ai commencé à voir un conseiller ou un psychologue.		Oui	Non	Oui	Non
1	2	3	4	5	
----- ----- ----- -----					
très heureux	heureux	neutre	malheureux	très malheureux	

ANNEXE D

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

Madame,
Monsieur,

Nous offrons à votre adolescent-e de participer à une étude réalisée par une équipe de chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette étude débutera cette année et poursuivra jusqu'en 2002. Elle leur permettra de faire connaître leur opinion sur différents sujets tels que leurs façons de penser et les sentiments qu'ils vivent.

Nous demanderons aux adolescent-e de compléter des questionnaires dans le cadre d'un cours régulier. Leur participation est tout à fait volontaire. Aussi, ils peuvent décider de mettre fin à leur participation à cette étude en tout temps. Leurs réponses aux questionnaires seront traitées de façon confidentielle et anonyme, chaque élève ne sera identifié que par un code numérique. A la fin de l'année, nous recueillerons des informations dans les dossiers scolaires; soit les notes en français et en mathématiques ainsi que les absences.

Lorsque les élèves sont âgés de moins de 14 ans, nous leur demandons le consentement de leurs parents pour participer à cette étude. Afin de signifier votre consentement à ce que votre adolescent-e participe à cette étude, nous vous demandons de signer le coupon-réponse ci-dessous et de le faire parvenir par votre adolescent-e à l'enseignant responsable. Si vous désirez obtenir davantage d'informations sur cette étude, nous serons heureux de répondre à vos questions. Vous pouvez nous joindre au numéro de téléphone fourni ci-dessous.

Diane Marcotte, Ph.D.
Département de psychologie
Tél.: 376-5085, poste 3539

✂✂✂-----

Nom de l'élève: _____

Date de naissance: _____ École: _____

J'autorise la participation de mon fils ou fille à cette étude et la consultation du rendement scolaire en français et mathématiques ainsi que le taux d'absence à la fin de l'année scolaire:

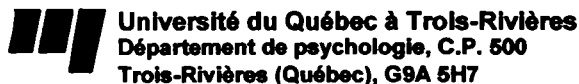
Signature des parents

Date

Je refuse la participation de mon fils ou ma fille à cette étude:

Signature des parents

Date



Bonjour,

Nous venons te rencontrer aujourd'hui pour te demander de participer à une recherche réalisée par des chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette étude débutera cette année et se poursuivra jusqu'en 2002. Elle te permettra de faire connaître ton opinion sur différents sujets tels que tes façons de penser et les sentiments que tu vis.

Nous te demandons de compléter ces questionnaires. **Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est ton opinion qui est importante.** Ta participation est tout à fait volontaire. Aussi, tu peux décider de mettre fin à ta participation à cette étude en tout temps. Tes réponses aux questionnaires seront traitées de façon confidentielle et anonyme, chaque élève ne sera identifié que par un code numérique. A la fin de l'année, nous recueillerons des informations dans les dossiers scolaires; soit tes notes en français et en mathématiques ainsi que tes absences.

Afin de signifier ton consentement à participer à cette étude, nous te demandons de signer la présente lettre. Si tu es âgé de moins de 14 ans, tu dois aussi avoir obtenu le consentement de tes parents pour participer à cette étude. Si tu désires obtenir davantage d'informations, nous serons heureux de répondre à tes questions. Tu peux nous joindre au numéro de téléphone fourni au bas de cette lettre.

Nom: _____

Groupe: _____

Date de naissance: _____

Ecole: _____

J'accepte de participer à cette étude et la consultation de mon rendement scolaire en français et mathématiques ainsi que mon taux d'absences à la fin de l'année scolaire:

Signature: _____

No. de tél.: _____

Date: _____

Merci de ta collaboration.,

Diane Marcotte, Ph.D.
Département de psychologie
Tel.: 376-5085, poste 3539

Jacinthe Giguère, B.A.
Assistante de recherche
Tel.: 376-5011, poste 3528

ANNEXE E

CERTIFICAT DE DÉONTOLOGIE

CERTIFICAT DE DÉONTOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

RAPPORT DU COMITÉ DE DÉONTOLOGIE:

Le Comité de déontologie de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole d'expérience:

intitulé: **Les distorsions cognitives des élèves dépressifs et en troubles de la conduite au secondaire**

chercheur: **Mme Diane MARCOTTE**

organisme: **CRSH**

et a convenu que la recherche proposée sur des humains est conforme aux normes déontologiques.

COMPOSITION DU COMITÉ:

Le Comité de déontologie de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par la Commission des études:

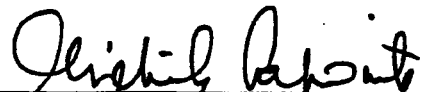
- le Doyen des études avancées et de la recherche (Président et membre d'office);
- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche;
- un(e) étudiant(e) de troisième ou de deuxième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études avancées et de la recherche ou un substitut suggéré par le Doyen des études avancées et de la recherche.

SIGNATURES:

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le Comité de déontologie a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes déontologiques.



ALAIN MAIRE
Président du comité



MICHÈLE LAPOINTE
Secrétaire du comité

Le 30 juin 1999
DEAR

RÉFÉRENCES GÉNÉRALES

Références

- Abela, J. R. Z., & D'Alessandro, D. U. (2002). Beck's cognitive theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 111-128.
- Abela, J. R. Z., & Sullivan, C. (2003). A test of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression in early adolescents. *Journal of Early Adolescence, 23*, 384-404.
- Allen, N. B., de L. Horne, D. J., & Trinder, J. (1996). Sociotropy, autonomy, and dysphoric emotional responses to specific classes of stress: A psychophysiological evaluation. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 25-33.
- Allgood-Merten, B., & Lewinsohn, P. M. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 55-63.
- Ambrose, B., & Rholes, W. S. (1993). Automatic cognitions and the symptoms of depression and anxiety in children and adolescents: An examination of the content-specificity hypothesis. *Cognitive Therapy and Research, 17*, 153-171.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Auteur.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Archives General of Psychiatry, 44*, 69-76.

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct* (2^e ed.), Cincinnati, OH : Anderson Publication.
- Angold, A., & Costello, E. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, *150* (12), 1779-1791.
- Angold, A., Costello, E.J. & Worthman, C.M. (1998). Puberty and Depression: The role of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychology Medecine*, *28*, 51-61.
- Barnet, P. A., & Gotlib, I. H. (1990). Cognitive vulnerability to depressive symptoms among men and women. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 47-61.
- Baron, P., Joubert, N., & Mercier, P. (1991). Situations stressantes et symptomatologie dépressive chez les adolescents. *Revue européenne de psychologie appliquée*, *41*, 173-179.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173-1182.
- Baron, P., & Peixoto, N., (1991). Depressive symptoms in adolescents as a function of personality factors. *Journal of Youth and Adolescence*, *20*, 493-500.
- Barrera, M., & Garrison-Jones, C. V. (1988). Properties of Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *16*, 263-273.

- Barriga, A. Q., & Gibbs, J. C. (1996). Measuring cognitive distortion in antisocial youth: Development and preliminary validation of the « How I Think » questionnaire. *Agressive Behavior*, 22, 333-343.
- Barriga, A. Q., Landau, J. R., Stinson, B. L., Liao, A. K., & Gibbs, J. C. (2000). Cognitive distortion and problem behaviors in adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 36-56.
- Barriga, A. Q., Morrison, E. M., Liao, A. K., & Gibbs, J. C. (2001). Moral cognition: Explaining the gender difference in antisocial behavior. *Merrill-Palmer Quarterly*, 47 (4), 532-562.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. T. (1978). *Depression inventory*. Philadelphia : Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A. T. (1999). Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach. Dans R. C. Cloninger, *Personality and psychopathology*. (pp. 411-429). Washington, D.C. American Psychiatric Press.

- Beck, A. T., Brown, G., Eidelson, J., Steer, R. A., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 96* (3), 179-183.
- Beck, A. T., Freeman, A. and associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorder*. New York: Guilford.
- Beck, A. T. & Shaw, B. F. (1977). Cognitive approaches to depression. Dans A. Ellis & R. Grieger, *Handbook of rational-emotive therapy*. (pp. 119-134). New York. Springer Publishing Company, Inc.
- Blackburn, I. M., Jones, S., & Lewin, R. J. P. (1986) Cognitive style in depression. *British Journal of Clinical Psychology, 25*, 241-251.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 527-562.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement, 14* (3), 211-218.
- Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G., & Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 431-435.
- Cane, D. B., Olinger, L. J., Gotlib, I. H., & Kuiper, N. A. (1986). Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology, 42*, 307-309.

- Capaldi, D. M. (1992). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescents boys: II. A 2 year follow-up at grade 8. *Development and Psychopathology, 4*, 125-144.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundation of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley & Sons.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 958-964.
- Cohen, P., & Brook, J. S. (1987). Family factors related to the persistence of psychopathology in childhood and adolescence. *Psychiatry, 50*, 332-345.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age and gender specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*, 851-867.
- Cole, D. A., & Turner, Jr, J. E. (1993). Models of cognitive mediation and moderation in child depression. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 271-281.
- Cottraux, J. (2001) *Les thérapies cognitives: Comment agir sur nos pensées*. Paris: Retz.
- Craighead, L. W., & Green, B. J. (1989). Relationship between depressed mood and sex-typed personality characteristics in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 18*, 467-474.

- Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender and social-psychological adjustment. *Child Development, 67*, 710-722.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: A theoretical model. *Archives of General Psychiatry, 57*, 21-27.
- Deal, S. L., & Williams, J. E. (1988). Cognitive distortions as mediators between life stress and depression in adolescents. *Adolescence, 23*, 477-490.
- Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1986). Cognitive assessment with major depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research, 10*, 13-29.
- Dodge, K. A. (1980). Social cognition and children's aggressive behavior. *Child Development, 51*, 162-170.
- Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology, 44*, 559-584.
- Dodge, K. A., & Frame, C. L. (1982). Social cognitive biases and deficits in aggressive boys. *Child Development, 53*, 620-635.
- Dodge, K. A., Price, J. M., Bachorowski, J. A., & Newman J. P. (1990). Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 385-392.
- Dohr, K. B., Rush, A. J., & Bernstein, I. H. (1989). Cognitive biases and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 98* (3), 263-267.

- Dykman, B. M., & Johll, M. (1998). Dysfunctional attitudes and vulnerability to depressive symptoms: A 14-week longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 337-352.
- Eaves, G., & Rush, A. J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 31-40.
- Epkins, C. C. (2000). Cognitive specificity in internalizing and externalizing problems in community and clinic-referred children. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*, 199-208.
- Fleming, J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorder: A critical review. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 571-580.
- Fréchette, M., & LeBlanc, M. (1987). *Délinquances et Délinquants*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Frick, P. J. (1998). *Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior*. New York: Plenum Press.
- Garber, J., Weiss, B., & Shanley, N. (1993). Cognition depressive symptoms and development in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 102* (1), 47-57.
- Ge, X., Conger, R. D., Elder, G. H. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology, 37*, 404-417.

- Ge, X., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, Jr., G. H., & Simons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology, 30*, 467-483.
- Giancola, P. R., Mezzich, A. C., Clark, D. B., & Tarter, R. E. (1999). Cognitive distortions, aggressive behaviour, and drug use in adolescent boys with and without a family history of substance use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors, 13* (1), 22-32.
- Hankin, B. L. (2006). Adolescent depression: Description, causes, and interventions. *Epilepsy and Behavior, 8*, 102-114.
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin, 127*, 773-796.
- Hankin, B. L., Fraley, R. C., Lahey, B. B., Waldman, I. D. (2005). Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *Journal of abnormal Psychology, 114*, 96-110.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry, 47*, 465-473.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1991). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. II. Links with antisocial disorders.

- Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (3), 434-439.
- Hastings, T., Anderson, S. J., & Hemphill, P. (1997). Comparisons of daily stress, coping, problem behavior, and cognitive distortions in adolescent sexual offenders and conduct-disordered youth. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 29-42.
- Hill, J. (2002). Biological, psychological and social processes in conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43, 133-164.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York. London. Guilford Press.
- Joiner, Jr, T. E., Metalsky, G. I., Lew, A., & Klocek, J. (1999). Testing the causal mediation component of Beck's theory of depression: Evidence for specific mediation. *Cognitive therapy and research*, 23, 401-412.
- Jolly, J. B., & Dykman, R. A. (1994). Using self-report data to differentiate anxious and depressive symptoms in adolescents: Cognitive content specificity and global distress ? *Cognitive Therapy and Research*, 18, 25-37.
- Kann, R. T., & Hanna, F. J. (2000). Disruptive behavior disorders in children and adolescents: how do girls differ from boys? *Journal of Counseling and Development*, 78, 267-274.
- Kashani, J. H., Reid, J., & Rosenberg, T. (1989). Levels of hopelessness in children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 496-499.

- Kempton, T., Van Hasselt, V. B., Bukstein, O. G., & Null, J. A. (1994). Cognitive distortions and psychiatric diagnosis in dually diagnosed adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33* (2), 217-222.
- Knox, M., King, C., Gregory, L. H., Logan, D., & Ghaziuddin, N. (2000). Aggressive behavior in clinically depressed adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 611-618.
- Kovacs, M. (1985). The natural history and course of depressive disorders in childhood. *Psychiatric Annals, 15*, 387-389.
- Kovacs, M. & Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry, 135* (5), 525-533.
- Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crousse-Novak, M.C., Paulauskas, S. L., Pollock, M. & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood: II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Archives of General Psychiatry, 41*, 643-649.
- Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C., & Richards, C. (1988). Depressive disorders in childhood: 3. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders, 15*, 205-217.
- Kratzer, L., & Hodgins, S. (1997). Adult outcomes of child conduct problems: A cohort study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*, 65-81.
- Kwon, S.-M., & Oei, T. P. S. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 309-328.

- Kwon, P., & Whisman, M. A. (1998). Sociotropy and autonomy as vulnerabilities to specific life events: Issues in life event categorization. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 353-362.
- Lahey, B. B., Schwab-Stone, M., Goodman, S. H., Waldman, I. D., Canino, G., Rathouz, P. J., Miller, T. L., Dennis, K. D., Bird, H., & Jensen, P. S. (2000). Age and gender differences in oppositional behaviour and conduct problems: a cross-sectional household study of middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 488-503.
- Larson, R., & Ham, M. (1993). Stress and "storm and stress" in early adolescence: The relationship of negative events with dysphoric affect. *Developmental Psychology, 29* (1), 130-140.
- Laurent, J., & Stark, K. D. (1993). Testing the cognitive content-specificity hypothesis with anxious and depressed youngsters. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 226-237.
- LeBlanc, M. (1994). MASPAQ, *Manuel sur des mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois*, GRIP, École de Psycho-éducation, Université de Montréal, Avril.
- Leung, P. W. L., & Poon, M. W. L. (2001). Dysfunctional schemas and cognitive distortions in psychopathology: A test of the specificity hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42* (6), 755-765.

- Leung, P. W. L., & Wong, M. M. T. (1998). Can cognitive distortions differentiate between internalising and externalising problems? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *39*, 263-269.
- Lévesque, N. & Marcotte, D. (2005). Les distorsions cognitives chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs et des troubles extériorisés. *Revue Québécoise de Psychologie*, *26*, 199-222.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N. & Rohde, P. (1994). Psychological approaches with adolescents. Dans W.M. Reynolds & H.F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*. New York : Plenum Press.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Seeley, J. R. (1995). Adolescent Psychopathology IV: Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34* (9), 1221-1229.
- Lewinsohn, P. M., Joiner, Jr. T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 203-215.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34* (4), 510-519.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Klein, D. N., & Seeley, J. R. (1999). Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, *38*, 56-63.

- Liau, A. K., Barriga, A. Q., & Gibbs, J. C. (1998). Relations between self-serving cognitive distortions and overt vs covert antisocial behavior in adolescence. *Agressive Behavior, 24*, 335-346.
- Marcotte, D. (1995). L'influence des distorsions cognitives, de l'estime de soi et des sentiments reliés à la maturation pubertaire sur les symptômes de dépression des adolescents de milieu scolaire. *Revue Québécoise de Psychologie, 16* (3), 434-439.
- Marcotte, D. (1996). Irrational beliefs and depression in adolescence. *Adolescence, 31* (124), 935-954.
- Marcotte, D. (2000). La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents. Dans F. Vitaro & C. Gagnon, *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I: Les problèmes internalisés* (pp. 221-270). Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Alain, M., & Gosselin, M. (1999). Gender differences in adolescent depression: Gender-typed characteristics or problem-solving skills deficits? *Sex Roles, 41*, 31-48.
- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P. & Papillon, M. (2002). Gender differences in depressive symptoms during adolescence: role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. *Journal of emotional and behavioural disorders, 10*, 29-42.
- Marcotte, D., Leclerc, D., & Lévesque, N. (2006). Cognitive distortions, school performance and depressive symptoms among adolescents: Exploration of a mediating model. *British Journal of Educational Psychology*.

- Marcotte, D., Lévesque, N., & Fortin, L. (2006). Variations of cognitive distortions and school performance in depressed and non-depressed high school adolescents: A two-year longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*.
- Marcotte, G., Marcotte, D., & Bouffard, T., (2002). The influence of familial support and dysfunctional attitude on depression and delinquency in adolescent population. *European Journal of Psychology of Education, 17* (4), 363-376.
- Marmorstein, N. R., & Iacono, W. G. (2001). An investigation of female adolescent twins with both major depression and conduct disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 299-306.
- Marton, P., Churchard, M., & Kutcher, S. (1993). Cognitive distortion in depressed adolescents. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 18* (3), 103-107.
- Marton, P., & Kutcher, S. (1995). The prevalence of cognitive distortion in depressed adolescents. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 20* (1), 33-38.
- Masten, A. S. (1988). Toward a developmental psychopathology of early adolescence. Dans M. D. Levine, & E. R. McAnarney (Eds.), *Early adolescent transitions* (pp. 261-278). Lexington, MA : Heath.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., & Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 50-59.
- Moilanen, D. L. (1995). Validity of Beck's cognitive theory of depression with nonreferred adolescents. *Journal of Counseling and Development, 73*, 438-442.

- Morizot, J. & LeBlanc, M. (2000) The role of peers in the emergence and development of delinquent behavior : A critical review of the research. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation, 29*, 87-117.
- Newcomb, M. D., Huba, G. J., & Bentler, P. M. (1981). A multidimensional assessment of stressful life events among adolescents: Derivation and correlates. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 400-415.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin, 101*, 259-282.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Response to depression and their affects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 115*, 424-443.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1991). Sex differences in depression and explanatory style in children. *Journal of Youth and Adolescence, 20*, 233-245.
- Nolen-Hoeksema, S., Seligman, M. E. P., & Girgus, J. S. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-years longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 405-422.
- Olinger, L. J., Kuiper, N. A., & Shaw, B. F. (1987). Dysfunctional attitudes and stressful life events: An interactivemodel of depression. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 25-40.

- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist, 48* (2), 155-168.
- Power, M. J., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C. F., Lam, D., & Beck, A. T. (1994). The Dysfunctional Attitude Scale (DAS). A comparison of forms A and B and proposals for a new subscaled version. *Journal of Research in Personality, 28*, 263-276.
- Price, I. R., & Lavercombe, L. J. (2000). Depression in early adolescence: relation to externalising and internalising behaviour. *Perceptual and Motor Skills, 90*, 723-730.
- Puig-Antich, J. (1982). Major depression and conduct disorder in prepuberty. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 21*, 118-128.
- Quiggle, N. L., Garber, J., Panak, W. F., & Dodge, K. A. (1992). Social information processing in aggressive and depressed children. *Child Development, 63*, 1305-1320.
- Quyen, Q., T., Wasserman, G. A., Loeber, R., McReynolds, L. S., Miller, L. S. (2001). Developmental and sex differences in types of conduct problems. *Journal of Child and Family Studies, 10*, 181-197.
- Reynolds, W. M. (1994). Depression in adolescents, contemporary issues and perspectives (chapitre 9) dans T. H. Ollendick and R. J. Prinz. *Advances in clinical child psychology, 16*, 261-315.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1999). *Behavior Assessment System for Children*. IGS.

- Reynolds, W. M., & Johnston, H. F. (1994). *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York: Plenum Press.
- Roberts, J. E., & Gamble, S. A. (2001). Current mood-state and past depression as predictors of self-esteem and dysfunctional attitudes among adolescents. *Personality and Individual Differences, 30*, 1023-1037.
- Robinson, N. S., Garber, J., & Hilsman, R. (1995). Cognitions and stress: Direct and moderating effects on depressive versus externalizing symptoms during the junior high school transition. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 453-463.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 214-222.
- Rudolph, K. D., & Hammen, C. (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: A transactional perspective. *Child Development, 70* (3), 660-677.
- Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology of depression: Issues and perspectives. In M. Rutter, C.E. Izard, & P. B. Read (Eds.) *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2004). The relationship between automatic thoughts and negative emotions in children and adolescents: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 464-470.

- Schraedley, P. K., Gotlib, I. H., & Hayward, C. (1999). Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescent Health, 25*, 98-108.
- Silverthorn, P., & Frick, P. J. (1999). Developmental pathways to antisocial behavior: The delayed-onset pathway in girls. *Development and Psychopathology, 11*, 101-126.
- Silverthorn, P., Frick, P. J., & Reynolds R. (2001). Timing of onset and correlates of severe conduct problems in adjudicated girls and boys. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*, 171-181.
- Slaby, R. G., & Guerra, N. G. (1988). Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders: 1. Assessment. *Developmental Psychology, 24*, 580-588.
- Spangler, D. L., Simons, A. D., Monroe, S. M., & Thase, M. E. (1997). Comparison of cognitive models of depression: Relationships between cognitive constructs and cognitive diathesis-stress match. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 395-403.
- Strober, M., Green, J., & Carlson, G. (1981). Utility of the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49* (3), 482-483.
- Teasdale, J. D. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect or reciprocal relationship? *Advances in Behaviour Research and Therapy, 5*, 3-25.
- Trépanier, J. F. (1997). *L'égoцентризм de pensée chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs et des troubles du comportement*. Mémoire de Maîtrise. UQTR.

- Weiner, I. B. (1993) Dans Craighead, W. E. (1991). Cognitive factors and classification issues in adolescent depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 311-326.
- Weissman, A., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL.
- Wichstrom, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialisation. *Developmental Psychology*, 35 (1), 232-245.
- Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of conduct disorder and it adult outcomes with depressive and anxiety disorders: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 547-556.
- Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 65-78.