



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.

Efficacité d'une stratégie émotivo-rationnelle appliquée à
des adolescents présentant des symptômes dépressifs

Diane Marcotte

Thèse présentée à l'École des études supérieures
de l'Université d'Ottawa pour l'obtention du
diplôme de doctorat en philosophie



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

The author has granted an irrevocable non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of his/her thesis by any means and in any form or format, making this thesis available to interested persons.

The author retains ownership of the copyright in his/her thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her permission.

L'auteur a accordé une licence irrévocable et non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de sa thèse de quelque manière et sous quelque forme que ce soit pour mettre des exemplaires de cette thèse à la disposition des personnes intéressées.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège sa thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

ISBN 0-315-68112-8

Canada



UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

Remerciements

Je voudrais remercier en tout premier lieu mon directeur de thèse, Professeur Pierre Baron qui a rendu possible la réalisation de ce projet. Ses conseils judicieux, sa patience et sa très grande disponibilité ont été une source de motivation essentielle. J'aimerais également remercier les membres du comité du proposé de thèse, les professeurs Henry Edwards, Philippe Cappeliez et Pierre Mercier.

Je voudrais aussi remercier les étudiants et étudiantes, les professeurs ainsi que le personnel de l'École Polyvalente de l'Erablière de Gatineau où cette étude a été réalisée. Plus particulièrement, j'ai grandement apprécié l'ouverture d'esprit démontrée par M. Lionel Fournier face à la réalisation d'une telle étude à l'intérieur des cadres de l'école dont il est le directeur. Également, M. Marcel Pichette, psychologue, qui a fourni une collaboration remarquable dans cette étude. Sa disponibilité, son aide et sa sympathie ont été grandement appréciées. Je tiens à remercier également Madame Lyne Prud'Homme, psychologue, qui a bien voulu m'offrir son expertise et sa collaboration dans la sélection des sujets. Également, Madame Johanne Morrissette qui a fourni une collaboration très appréciée dans la correction de ce manuscrit.

En dernier lieu, mais non le moindre, je voudrais exprimer ma gratitude envers mon conjoint, M. Denis Gélinas, qui a su tout au cours de ce long projet soutenir mes efforts et me témoigner son encouragement.

Curriculum Studiorum

Diane Marcotte est née à Shawinigan, Québec, le 5 avril 1960. Elle est bachelière ès arts, spécialisé en psychologie, diplômée de l'Université du Québec à Trois-Rivières en 1983.

RESUME

Depuis quelques années, les chercheurs s'intéressent à la problématique de la dépression chez les adolescents. Quelques études récentes évaluent l'efficacité de traitements cognitifs-behavioraux appliqués à cette problématique (e.g. Lewinsohn, Clarke, Hops, Andrews & Osteen, 1988). La présente étude a pour but de vérifier l'efficacité d'une stratégie émotivo-rationnelle de traitement de groupe auprès d'adolescents présentant des symptômes dépressifs, et ce, à l'intérieur d'un cadre scolaire.

Les sujets qui ont participé à cette étude sont 25 adolescent-e-s âgé-e-s de 14 à 17 ans provenant de l'École secondaire Polyvalente de l'Erablière de Gatineau, Québec. La procédure de sélection des sujets utilisée est inspirée de Reynolds (1986) et comporte trois étapes. Une mesure auto-évaluative du niveau de dépression (IDB) a été utilisée lors des deux premières étapes de sélection. La troisième étape a consisté en une entrevue d'évaluation du niveau de dépression au moyen de l'Échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton. Deux groupes expérimentaux ont été menés parallèlement, avec un délai de deux semaines d'intervalle. Douze rencontres ont été offertes. Deux groupes-contrôle ont été soumis à une procédure liste d'attente. La présence d'événements stressants a été contrôlée. Des mesures pré-test, post-test et de relance ont été

recueillies. La procédure de relance a été effectuée huit semaines après la fin du traitement. Les mesures utilisées sont l'Inventaire de dépression de Beck (1978), le Questionnaire des croyances personnelles de Kassinove et Berger (1988), le Questionnaire des situations de vie stressantes de Newcomb, Huba et Bentler (1981) et l'Echelle d'égo-centrisme-sociocentrisme de Enright, Shukla et Lapsley (1980). Deux mesures objectives des changements comportementaux ont également été utilisées. Un questionnaire d'observation par les professeurs des comportements dépressifs et des tests de rendement scolaire en français et mathématiques ont été élaborés à cet effet. Les résultats des groupes expérimentaux et contrôle ont été regroupés respectivement pour fin d'analyses statistiques.

Les résultats au post-test montrent une diminution significative du taux de dépression chez les sujets du groupe expérimental ($p < .01$) et contrôle ($p < .05$), mais celle-ci n'est conservée à la relance que chez les sujets du groupe expérimental ($p < .01$). De plus, une diminution significative du taux de croyances irrationnelles qui est observée chez les sujets du groupe expérimental dès le post-test ($p < .01$) demeure présente à la relance ($p < .01$). Chez les sujets du groupe contrôle, ces mêmes taux demeurent inchangés tout au long de l'étude. Les résultats obtenus aux mesures objectives du comportement ne permettent pas de distinguer les groupes. Les résultats sont discutés dans la perspective du développement de

stratégies d'intervention face à la dépression chez les adolescents.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	i
Curriculum Studiorum	iii
Résumé	iv
Table des matières	vii
Liste des tableaux et figures	x
Liste des appendices	xiv

CHAPITRE I: CONTEXTE THEORIQUE ET RECENSION DE LA DOCUMENTATION

Introduction	2
Fondements théoriques du modèle émotivo-rationnel.	3
La thérapie émotivo-rationnelle et la dépression ...	24
Etudes portant sur les croyances irrationnelles dans la dépression	29
TER et la dépression chez les adolescents	35
L'intervention émotivo-rationnelle	45
L'intervention auprès des adolescents	52
Résultats empiriques des études sur l'efficacité de TER	59
L'application de TER chez les enfants et les adolescents	63
Dépression chez les adolescents	75
Traitement de la dépression chez les adolescents	103
Résumé et objectifs de la thèse	108

CHAPITRE II: METHODE

Sélection des sujets	114
Procédure	120
Thérapeutes	129
Juges	130
Déontologie	132
Instruments	134
L'inventaire de dépression	135
L'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton ..	141
L'échelle d'égocentrisme-sociocentrisme adolescent ...	143
Le questionnaire des croyances personnelles	149
Le questionnaire des événements de vie stressants	155

CHAPITRE III: RESULTATS

Dépression	159
Événements de vie stressants	172
Croyances irrationnelles	176
Composantes de l'irrationalité	181
Observations par les professeurs	192
Egocentrisme	201
Origine de l'épisode dépressif	205

CHAPITRE IV: DISCUSSION

Symptômes dépressifs	210
Irrationalité	225
Egocentrisme	234

REFERENCES	238
APPENDICES	255

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau		page
1	Liste des onze croyances irrationnelles	8
2	Résumé des études de TER et EER avec les enfants et les adolescents	67
3	Etudes d'efficacité de traitements cognitifs- behavioraux auprès d'adolescents dépressifs	104
4	Composition de l'échantillon lors de la première étape de sélection	116
5	Critères d'inclusion et d'exclusion	118
6	Moyennes et écart-type des scores obtenus par les sujets des groupes initiaux sur les mesures utilisées aux trois temps de l'étude	160
7	Moyennes et écarts-type des scores à l'IDB pour chacun des groupes aux trois étapes de l'étude	162
8	Résumé de l'analyse de variance à trois dimensions sur la variable dépression	166
9	Moyennes et écarts-type des scores à l'IDB pour les groupes de 4e et 5e secondaires aux trois étapes de l'étude	169
10	Résumé de l'analyse de variance pour la variable dépression (sujets de 4e et 5e secondaires seulement)	171

11	Moyennes et écarts-type du nombre d'événements relatés dans chaque catégories du QEV pour chaque groupe aux trois temps de l'étude	174
12	Résumé de l'analyse de variance pour la variable événements de vie stressants à désirabilité neutre	175
13	Moyennes et écarts-type des scores à l'irrationnalité pour chacun des groupes aux trois étapes de l'étude	177
14	Résumé de l'analyse de variance à deux dimensions sur la variable irrationnalité	179
15	Moyennes et écarts-type des deux groupes pour les cinq catégories de croyances irrationnelles aux trois temps de l'étude	182
16	Résumé de l'analyse de variance à deux dimensions pour la sous-échelle "dramatisation"	185
17	Résumé de l'analyse de covariance à deux dimensions sur la variable "devrait-dirigés-vers-soi"	187
18	Résumé de l'analyse de variance à deux dimensions pour la sous-échelle "faible tolérance à la frustration"	189
19	Résumé de l'analyse de variance à deux dimensions pour la sous-échelle "valeur personnelle"	191
20	Moyennes et écarts-type des scores au Questionnaire d'observation par le premier ensemble de professeurs pour chacun des groupes	

	aux trois temps de l'étude	194
21	Résumé de l'analyse de variance à deux dimensions sur la variable observations par le premier ensemble de professeurs	196
22	Moyennes et écarts-type des scores au Questionnaire d'observation par le deuxième ensemble de professeurs pour chacun des groupes aux trois temps de l'étude	198
23	Résumé de l'analyse de variance à deux dimensions sur la variable observation par le deuxième ensemble de professeurs	200
24	Résumé de l'analyse de covariance à deux dimensions sur la variable irrationnalité avec la covariable égocentrisme	204
25	Répartition par sexe de la présence d'événements de type échec et/ou rejet	206
 Figure		
1	Taux moyens de dépression par groupe aux trois étapes de l'étude	163
2	Taux moyens de dépression des groupes initiaux aux trois étapes de l'étude	164
3	Taux moyens de dépression pour les groupes de 4e et 5e secondaires aux trois étapes de l'étude	170
4	Taux moyens d'irrationnalité par groupes aux trois étapes de l'étude	178

5	Taux moyens de comportements dépressifs observés par le premier ensemble de professeurs par groupes aux trois étapes de l'étude	195
6	Taux moyens de comportements dépressifs observés par le deuxième ensemble de professeurs par groupes aux trois étapes de l'étude	199

LISTE DES APPENDICES

A. Programme de thérapie de Bernard et Joyce (1984)	255
B. Formule de consentement des sujets	270
C. Formule de consentement des parents	273
D. Inventaire de dépression de Beck	276
E. Echelle d'évaluation de la dépression de Hamilton.....	280
F. Questionnaire sur la consommation d'alcool	287
G. Questionnaire des croyances personnelles de Kassinove et Berger	289
H. Echelle d'égoцентризм-сoциocentризм adolescent	295
I. Questionnaire des événements de vie stressants de Newcomb et al. accompagné du questionnaire sur l'origine de l'épisode dépressif	302
J. Tests de rendement scolaire en mathématiques et en français	313
K. Questionnaire d'observation par les professeurs	356
L. Grille de cotation des extraits audio	359
M. Données brutes	384

Chapitre 1

CONTEXTE THEORIQUE ET RECENSION DE LA DOCUMENTATION

Introduction

Le but de cette étude est de vérifier l'efficacité d'un programme de thérapie émotive-rationnelle (TER) auprès d'adolescents de milieu scolaire présentant des symptômes dépressifs. Ce premier chapitre présente une recension des écrits permettant de situer l'objet de cette recherche ainsi que son intérêt. Les fondements théoriques généraux du modèle émotive-rationnel seront d'abord abordés brièvement pour ensuite s'attarder davantage à l'application de ce modèle à la dépression et, plus spécifiquement, son application possible à la dépression chez les adolescents. Les modalités de l'intervention émotive-rationnelle seront ensuite exposées, ceci dans une perspective d'application à la population adolescente. Dans un troisième temps, les propos de ce texte porteront sur des études empiriques pertinentes à cette recherche. Fait à remarquer, aucune étude TER ne s'adresse spécifiquement à la problématique de la dépression chez les adolescents. C'est pourquoi dans une section subséquente où la dépression chez les adolescents sera traitée de manière plus générale, une attention sera accordée aux études behaviorales-cognitives portant sur ce sujet. Finalement, le programme employé dans cette étude sera présenté, ainsi que le mode de sélection des sujets.

Les hypothèses majeures de cette recherche visent à vérifier l'efficacité d'une stratégie d'intervention émotive-

1 Le terme adolescent est employé dans le texte pour ne pas l'alourdir, mais désigne aussi les adolescentes.

rationnelle à diminuer les symptômes dépressifs ainsi que les croyances irrationnelles chez des adolescents de milieu scolaire présentant des symptômes dépressifs.

Fondements théoriques du modèle émotivo-rationnel

L'origine de la thérapie émotivo-rationnelle remonte à 1955. Son auteur, Albert Ellis, présente formellement son modèle pour la première fois en septembre 1956 au congrès annuel de l'Association américaine de psychologie à Chicago. Connu par son orientation psychanalytique qu'il pratique de 1947 à 1953, Ellis est clairement identifié comme un critique de la psychanalyse orthodoxe dont il conteste particulièrement deux aspects: la passivité et le manque de rigueur scientifique (Ellis, 1949, 1950, 1956). Comme thérapeute sexuel, Ellis emploie d'ailleurs dès 1943 des méthodes behaviorales auto-directives (Ellis, 1954). Il préconise l'idée d'encourager les gens à faire quelque chose pour changer leurs pensées-créatrices-de-misère. Cette approche découle de valeurs inspirées par des philosophes tels que Epictète et Marcus Aurelius.

Le modèle d'Ellis se veut une théorie de la personnalité, tout autant qu'un modèle thérapeutique. Un des postulats fondamentaux de ce modèle est que les individus contrôlent en grande partie leur destinée en adoptant des

valeurs ou croyances, ces dernières pouvant être rationnelles ou irrationnelles, et en agissant en conformité avec celles-ci. Cette théorie soutient que les individus ne réagissent pas directement aux événements dont ils font l'expérience. Ils "causent" plutôt leurs réactions émotionnelles et comportementales de par la façon dont ils interprètent et évaluent les événements. Les fondements théoriques de TER sont basés sur le postulat que la pensée et les émotions humaines ne constituent pas deux processus séparés ou différents mais qu'ils sont plutôt en interaction, se recouvrant significativement et pouvant même être considérés à toute fin pratique comme essentiellement la même chose (Ellis & Grieger, 1977). Cognitions et émotions sont intégralement reliées et ne devraient jamais être considérées comme entièrement séparées les unes des autres (Ellis, 1962). On peut dès maintenant noter que le concept de cognition est employé par TER essentiellement en référence au système de croyances de l'individu. Les croyances irrationnelles sont considérées comme des structures cognitives stables qui se manifestent notamment par le dialogue interne. Le concept de croyance irrationnelle sera repris et critiqué subséquemment.

TER est aussi une approche qui démontre le souci d'établir ses concepts théoriques fondamentaux sur une base empirique vérifiable (Ellis, 1962, 1973, 1984b; Ellis & Whiteley, 1979). La théorie d'Ellis a d'ailleurs été soumise à

plusieurs vérifications scientifiques contrôlées (DiGiuseppe, Miller & Trexler, 1979; Ellis, 1979, 1984b; McGovern & Silverman, 1984; Watter, 1988), dont les résultats de même que quelques études critiques seront présentés ultérieurement.

Les postulats fondamentaux de TER se retrouvent dans la théorie de l'ABC qui s'énonce comme suit:



Une conséquence émotionnelle ou comportementale (C) se produit chez l'individu réagissant à un événement activant (A). Le point de vue habituellement accepté ou la croyance populaire est d'établir un lien direct entre A et C: A cause C; par exemple, la perte de son emploi cause les sentiments dépressifs d'un individu, étant donné que C suit immédiatement et directement A. Ellis propose l'existence d'un troisième élément entre A et C, soit B, les croyances de l'individu à propos de A. Ainsi, pour Ellis, C ne suit pas "automatiquement" A, mais est plutôt fonction d'un facteur intermédiaire B, soit les croyances de l'individu, lesquelles peuvent être rationnelles ou irrationnelles. Ce n'est donc pas tant la perte de son emploi qui cause les sentiments dépressifs chez l'individu, mais plutôt l'interprétation ou l'évaluation qu'il fait de cet événement. Son système de croyances (B) est la cause de ses réactions émotionnelles et comportementales. Par exemple, la réaction

émotionnelle de l'individu différera selon l'évaluation qu'il fait de son emploi comme étant quelque chose d'"essentiel à son bien-être" et dont il a réellement "besoin", comme quelque chose qu'il aimerait ou "préférerait" conserver ou, au contraire, comme étant une chose sans valeur. Suivant ces différentes évaluations de l'événement et des croyances qui s'y rattachent, les réactions émotionnelles et comportementales de l'individu peuvent varier de l'indifférence au regret ou à la déception jusqu'au désespoir et à la dépression.

Les croyances irrationnelles se retrouvent sous différentes formes: conclusions illogiques ou irrationnelles à partir de données limitées ou des conclusions non-empiriques comprenant des distorsions de la réalité; surgénéralisations et demandes absolues de l'individu envers lui-même ou envers les autres, se traduisant dans le vocabulaire par l'emploi de "doit", "devrait" ou "ne peut tolérer", "ne peut prendre". Ces demandes sont exprimées en termes de besoins, de nécessités et de demandes absolues ou magiques, au lieu d'être communiquées sous forme de désirs ou de préférences. Ce concept de croyances irrationnelles est toutefois défini de différentes façons par Ellis, suivant l'évolution de son modèle. Ces différentes conceptions lui ont valu la critique de certains auteurs.

Lors d'une des premières présentations de son concept de croyances irrationnelles, Ellis (1962) énumère une liste

descriptive et élaborée de onze croyances irrationnelles retrouvées dans la civilisation occidentale. Cette liste de onze croyances a été élaborée par Ellis à partir de son expérience clinique. Selon lui, elles mènent à une large étendue de perturbations émotionnelles. Avec la description qu'il fournit des onze croyances, Ellis énumère les raisons de cette irrationnalité pour chacune d'elle. Le tableau 1 présente la liste de ces onze croyances irrationnelles.

Dans ses écrits subséquents, Ellis (Ellis, 1984a; Ellis & Grieger, 1977) passe de la liste des onze croyances irrationnelles explicites à des classifications plus globales des croyances irrationnelles et des cognitions. Lorsqu'il présente la détection des croyances irrationnelles à l'intérieur de la présentation du modèle A-B-C, Ellis (Ellis & Grieger, 1977) met l'accent sur l'importance des "should" et des "must" dans l'identification des croyances irrationnelles. Pour lui, les croyances irrationnelles rencontrées le plus fréquemment dans les troubles émotionnels sont celles comportant des "doit" et des "devrait", d'où la règle d'or de compréhension de la source des perturbations émotionnelles de TER: "Cherchez le "should", cherchez le "must"". Cet absolutisme inconditionnel est aussi lié à d'autres formes de pensées irrationnelles. Il propose alors que les croyances irrationnelles prennent une ou plus d'une des quatre formes de base suivantes: (a) les "doit" et "devrait"("should", "must" et "ought"); (b) la dramatisation

Tableau 1

Liste des onze croyances irrationnelles

-
1. Il est nécessaire d'être aimé et approuvé par toutes les personnes significatives de sa communauté.
 2. Il est nécessaire d'être complètement compétent et de s'accomplir dans tous les domaines possibles pour se considérer valable.
 3. Certaines personnes sont méchantes, mauvaises ou vilaines, et elles devraient être blâmées et punies sévèrement pour leur méchanceté.
 4. C'est affreux et catastrophique lorsque les choses ne vont pas comme on le souhaite.
 5. Le malheur est issu de causes externes et les gens sont peu sinon pas capables de contrôler les chagrins et les difficultés qui surviennent.
 6. Il est nécessaire de se préoccuper et de réfléchir aux événements dangereux ou effrayants qui pourraient arriver.
 7. Il est plus facile d'éviter que de faire face à certaines difficultés de vie ou à des responsabilités personnelles.
 8. Il est nécessaire de dépendre et d'avoir besoin d'une personne plus forte que soi sur qui compter.
 9. Les antécédents personnels sont un déterminant important de notre comportement actuel et parce que quelque chose a beaucoup affecté notre vie dans le passé, cela devrait continuer ainsi.
 10. Il est nécessaire d'être bouleversé par les troubles et les difficultés d'autrui.
 11. Il y a invariablement une solution parfaite, correcte et particulière à chaque problème et c'est affreux lorsqu'on ne la découvre pas.

(traduit par L. Prud'Homme (1988),
de Zettle et Hayes, 1980, p. 128)

("awful", "terrible", "horrible"); (c) le Je-ne-peux-tolérer ("I-can't-stand-it-itis") et (d) la condamnation de soi ("self-damnation").

Plus récemment, Ellis (1984a) parle de la différenciation qu'il fait des types de cognitions et présente une nouvelle classification possible. Il s'inspire alors de Zajonc (1980). Il distingue d'abord les cognitions qui sont principalement des observations et descriptions ou des inférences et conclusions non-évaluatives d'un événement. Ces cognitions produisent peu ou pas d'états émotionnels. D'autres cognitions consistent en des évaluations que l'individu fait d'un événement, mais ces évaluations s'expriment en termes de préférences et non en termes de nécessités ou d'obligations. Ces cognitions génèrent des sentiments légers ou intenses: regret, tristesse, frustration, contrariété, inquiétude, plaisir et satisfaction. Il distingue finalement les cognitions qui consistent en des évaluations des événements mettant davantage l'accent sur les nécessités et obligations plutôt que sur les préférences. Ces dernières s'expriment souvent en "doit", en "devrait" et provoquent des sentiments perturbateurs, tels que la dépression, l'anxiété, l'insuffisance, la rage, le délire de grandeur. Ce sont ces dernières cognitions que TER vise à changer. On considère comme sains les sentiments négatifs tels que la déception, la tristesse et la frustration, qui découlent de cognitions s'exprimant en termes de préférences de

l'individu, et aucun effort n'est déployé pour les changer. En revanche, on s'attarde aux cognitions causant des sentiments perturbateurs ou des comportements inadéquats afin de les transformer en cognitions plus saines. Ainsi, l'individu apprend à distinguer ses cognitions et les états émotionnels qui y sont associés dans le but d'arriver à changer celles qui contribuent à créer des sentiments perturbateurs. Ellis propose donc une autre classification des différentes sortes de croyances, cognitions ou idées selon les sous-catégories suivantes. Il en suggère l'utilisation pour fin de diagnostic et de traitement des troubles émotionnels, (Ellis, 1984a): (a) observations ou descriptions "non-évaluatives" des événements; (b) inférences "non-évaluatives"; (c) inférences "évaluatives" non-absolues; et (d) inférences et conclusions "évaluatives" absolues.

L'existence de ces différentes classifications des croyances irrationnelles reflète bien que le modèle émotive-rationnel est demeuré en constante évolution depuis sa première élaboration. Cette évolution est aussi liée à la croissance de l'intérêt accordé à ce modèle ainsi que l'importance de son impact sur la recherche depuis plusieurs années. Plusieurs élaborations ont donc été ajoutées au modèle lui-même ainsi qu'aux techniques thérapeutiques qui en découlent. Cette évolution est accueillie par une critique tantôt positive et parfois négative. Une de ces critiques

s'adresse à la définition du concept de croyance irrationnelle et, par extension, à l'utilisation que fait Ellis du concept de cognition. Une certaine ambiguïté est en effet présente chez Ellis dans la définition et l'utilisation qu'il fait du concept de cognition. Cette ambiguïté ressort davantage si l'on compare la définition du concept de cognition utilisée par les autres modèles cognitifs à celle utilisée par le modèle émotivo-rationnel. Chez Ellis, comparativement à Beck par exemple, différents niveaux d'abstraction sont confondus dans la définition de B, soit les aspects structure, processus et contenu des cognitions (Beck, 1967). La définition des croyances irrationnelles ou cognitions inclut d'abord dans un premier temps le dialogue interne (self-talk) ou autoverbalisations, ce qui réfère au contenu des cognitions. Dans un deuxième temps, on retrouve les erreurs de logique ou conclusions illogiques ou irrationnelles incluant la surgénéralisation, la pensée dichotomique et l'absolutisation, ce qui réfère aux processus des cognitions. Finalement, le système de croyances irrationnelles de l'individu est considéré, ce qui réfère à la structure des cognitions ou à ce que Beck définit comme étant les schèmes cognitifs.

Cette confusion dans la conceptualisation des cognitions est remarquée par plusieurs auteurs (Eschenroeder, 1982; Prud'Homme, 1988; Smith, 1982). Eschenroeder (1982) souligne le fait que l'élément B de l'ABC réfère à différents phénomènes;

d'abord, des pensées et images qui peuvent être observées par l'individu au moyen de l'introspection; ensuite, des processus inconscients (verbalisations inconscientes) qui peuvent être inférés a posteriori à partir des sentiments et comportements de l'individu; et finalement, le système de croyances de l'individu. Ellis reconnaît l'existence de ces différents aspects de la cognition puisqu'il spécifie que l'élément B ne réfère pas uniquement au dialogue interne conscient et inconscient de la personne mais aussi à son système de croyances, qui est une structure relativement permanente. Les différents niveaux d'abstraction du concept de cognitions sont donc présents dans le modèle d'Ellis sans être définis dans une organisation hiérarchique de la cognition comme celle proposée par d'autres auteurs de ce courant. Par exemple, Beck propose que le contenu des cognitions (verbalisations négatives) est généré par des processus cognitifs (distorsions cognitives), eux-mêmes produits par l'activation d'une structure cognitive plus permanente que sont les schèmes cognitifs chez l'individu. Dans une telle structure hiérarchisée, les processus cognitifs peuvent être vus comme des structures de surface, alors que le système de croyances de l'individu générant ces expressions des structures de surface appartient à une structure plus profonde. Les produits des structures de surface, tels que les images et pensées, peuvent être observées par l'introspection, alors que les croyances des structures profondes ne peuvent qu'être inférées à partir du langage et des comportements de la

personne.

Selon Smith (1982), le modèle émotivo-rationnel est clair dans sa définition des croyances en tant que structures cognitives stables. La source de confusion se situerait plutôt dans le manque de différenciation du rôle de certains événements cognitifs transitoires tels que le dialogue interne, par rapport aux autres modèles cognitifs. Finalement, Prud'Homme (1988) remarque que dans ses récents écrits, Ellis s'attarde davantage aux distorsions cognitives sous-jacentes aux croyances irrationnelles qu'au contenu des croyances en réponse aux différentes critiques formulées à l'endroit de son modèle. Selon cette auteure, cette révision a l'avantage d'accroître l'universalité des principes de TER, tout en ayant l'inconvénient d'en rendre les concepts plus vagues et leur vérification empirique plus difficilement réalisable. Prud'Homme mentionne aussi que cette redéfinition des croyances les apparente davantage à des erreurs cognitives qu'à des schèmes.

Ellis (1979) énumère trente-deux hypothèses qui constituent les fondements théoriques et empiriques de TER, aussi bien comme modèle de la personnalité que de thérapie. Chacune de ces hypothèses est appuyée par des études contrôlées qui visent à les valider empiriquement. Plusieurs d'entre elles se veulent être un appui au modèle cognitif-behavioral du

comportement tout autant qu'un fondement de TER. Certaines hypothèses sont appuyées par des travaux visant directement la validation des postulats de TER, alors que d'autres trouvent leur validation dans des travaux s'adressant à d'autres théories du domaine cognitif-behavioral. Ceci sera illustré à plus d'une reprise dans ce qui suit.

Ces hypothèses seront ici résumées. Quelques-unes d'entre elles seulement seront présentées plus en détails puisque plusieurs ont déjà été exposées par le biais des postulats théoriques de TER. C'est le cas, par exemple, d'un premier groupe d'hypothèses ayant trait à la validation du concept de médiation cognitive, du dialogue interne et de l'imagerie ainsi que de l'interrelation des cognitions, émotions et comportements. De plus, comme l'objet de cette étude n'est pas la validation des fondements théoriques de TER mais plutôt son application à la dépression chez les adolescents, c'est plutôt vers ce thème, abordé dans les prochaines sections, qu'une plus grande attention sera portée.

Un deuxième groupe de ces hypothèses s'articulent autour du concept de pensées irrationnelles et de leurs relations avec les perturbations émotionnelles. Selon Ellis, les humains ont tendance à adopter des valeurs fondamentales de bonheur et de survie. Ils agissent d'une façon rationnelle dans le sens de la réalisation de ces valeurs ou irrationnellement en sabotant leur

réalisation. Un changement au plan de ces modes de pensée irrationnels produit également un changement dans le comportement inadapté. Ellis appuie cette hypothèse par un grand nombre d'études expérimentales ayant démontré l'existence de différentes sortes spécifiques de pensées irrationnelles de même que l'existence de corrélations significatives entre ces dernières et la perturbation émotionnelle. Dans une recension des écrits des études sur l'efficacité de TER, DiGiuseppe et al. (1979) présentent plusieurs de ces recherches dont les résultats démontrent que différents types de populations perturbées emploient significativement plus de pensées irrationnelles que d'autres populations moins perturbées. Certaines de ces études seront revues ultérieurement dans une présentation des résultats empiriques pertinents à la présente recherche. Il est à noter également que les hypothèses de cette recherche permettent de vérifier si un changement du taux de dépression est lié à un changement au niveau des croyances irrationnelles.

Dans la même ligne que l'hypothèse sur les croyances irrationnelles et la perturbation émotionnelle, se situe l'hypothèse sur les erreurs d'attribution. Les motifs, les raisons, les causes que les individus attribuent aux événements et aux comportements des autres peuvent être erronés et basés sur de fausses perceptions ou conceptions, pour ensuite influencer négativement leurs émotions et leurs comportements. Cette hypothèse sur la relation entre troubles émotionnels et

erreurs d'attribution s'appuie sur les travaux des théoriciens de l'attribution dans le domaine de la psychologie sociale, tels que Schachter et Singer (1962), Kelley (1968) et Bem (1965, 1966, 1967) (cités par Ellis dans Ellis & Whiteley, 1979). Cette hypothèse constitue un exemple d'une démarche utilisée par Ellis et qui consiste à déborder son propre modèle théorique pour y ajouter des ramifications le mettant en relation avec d'autres modèles théoriques existants. Cette procédure, qui consiste à utiliser les données d'autres modèles théoriques pour valider son propre modèle, est discutable, d'autant plus qu'un modèle théorique de la dépression lié aux attributions existe déjà (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Seligman, 1974).

Parmi les autres hypothèses théoriques et empiriques de TER, se retrouvent plusieurs hypothèses dont on peut dire qu'elles sont dérivées ou empruntées à d'autres thèmes de recherche dans le courant cognitif-behavioral ou à d'autres modèles de thérapie. C'est le cas des hypothèses se rattachant à la dissonance cognitive, au lieu de contrôle, aux attentes, à la faible tolérance à la frustration et aux défenses. TER utilise ces hypothèses fournies par des études théoriques pour en faire une application clinique et les incorporer à son modèle.

C'est également le cas de l'hypothèse se rattachant à la conscience et l'auto-observation. Cette hypothèse se rapporte

au fait que, par le développement de la pensée formelle, l'humain accède à des structures cognitives lui permettant non seulement de penser, mais aussi de s'interroger sur sa propre pensée. Cette dimension propre à l'être humain l'amène à agir comme agent de changement non seulement de ses comportements, mais aussi de sa propre pensée. L'individu observe ses comportements et réfléchit sur sa pensée et peut ainsi y apporter des changements. Cette faculté d'auto-observation et d'insight peut tout aussi bien être utilisée par l'individu pour corriger et diminuer les états émotionnels perturbateurs que pour les perpétuer ou même les aggraver (ex., l'individu prend conscience de sa colère et devient fâché d'être en colère). Pour appuyer cette hypothèse, Ellis (Ellis & Whiteley, 1979) cite différentes études réalisées par des chercheurs du courant de thérapie behaviorale qui font ressortir l'effet positif de l'auto-observation sur le changement de comportement.

Le concept d'auto-observation n'est toutefois pas original à TER. Il s'agit là d'un autre exemple du débordement qu'Ellis fait sur d'autres modèles théoriques cognitifs-behavioraux. En effet, un modèle d'autocontrôle comprenant les composantes d'auto-observation, d'auto-évaluation et d'autorenforcement est présenté par Kanfer (1970). A partir du modèle de Kanfer, un modèle d'auto-contrôle de la dépression a été élaboré par Rehm (1977). Rehm a identifié six critères d'auto-contrôle déficients chez les dépressifs. Ces critères

sont: (1) la sélection d'événements négatifs (perception sélective); (2) la sélection de résultats immédiats versus retardés; (3) des critères rigides d'auto-évaluation; (4) l'attribution de responsabilité inadéquate; (5) des auto-récompenses insuffisantes et (6) des auto-punitions trop fréquentes. Ce modèle a fait l'objet de vérifications contrôlées. Les études visant à étudier l'impact de standards d'auto-évaluation trop élevés chez les dépressifs (ex., Ciminero & Steingarten, 1978; Nelson, 1978) fournissent des résultats compatibles avec d'autres études utilisant le modèle émotivo-rationnel. Celles-ci font ressortir chez les dépressifs des scores plus hauts sur certaines croyances irrationnelles telles que des attentes élevées ("high self-expectation") et la perfection (Lapointe & Crandell, 1980).

Une dernière hypothèse plus spécifique à TER mérite d'être présentée, soit celle de l'influence génétique sur les émotions et les comportements. Elle est l'une des hypothèses sujettes à la critique des fondements théoriques de TER en ce qui a trait à l'origine des croyances irrationnelles. Pour Ellis, les déterminants de la pensée, des émotions et des comportements chez l'humain sont innés tout autant qu'acquis. Aucun comportement n'est exclusivement instinctif et presque tous les comportements sont sujets à des facteurs environnementaux ou d'apprentissage importants qui contribuent à leur cause. Donc, la création de même que le maintien de

troubles émotionnels chez l'humain proviennent tout autant de tendances innées que d'influences environnementales. TER choisit de souligner explicitement cette influence contrairement à plusieurs modèles théoriques qui mettent l'accent sur les expériences et les apprentissages infantiles dans la création des troubles émotionnels en insistant peu sur la part biologique ou génétique de l'origine du comportement, dont l'existence est pourtant implicitement impliquée. Cette position se retrouve dans l'explication de l'origine des croyances irrationnelles fournie par Ellis. Pour lui, les croyances irrationnelles sont transmises par les processus de socialisation via des modèles tels que les parents, les enseignants, les pairs et la culture. Ceci ne constitue toutefois qu'une explication partielle de l'origine des croyances irrationnelles, puisque Ellis postule l'existence chez l'humain d'une tendance innée à l'irrationnalité. En effet, pour lui, la pensée irrationnelle humaine a un fondement biologique, c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans une prédisposition naturelle de l'organisme (Ellis, 1976; Ellis & Grieger, 1977), ce qui fait que les individus développent facilement des pensées irrationnelles et éprouvent des difficultés à les modifier ou les éliminer. Il est important de mentionner que dans la définition que cet auteur en adopte, l'irrationnalité se manifeste sous forme de pensées, émotions ou comportements auto-destructeurs qui interfèrent significativement avec la survie de l'organisme (Ellis &

Grieger, 1977).

Pour appuyer cette hypothèse, Ellis rapporte l'existence de certains modes de pensée irrationnels tels que les préjugés qui existeraient, selon lui, chez tous les peuples de tous les temps. Il fait référence à des études qui montrent que ce genre de cognitions erronées affectent différentes sortes de réactions émotionnelles et comportementales et que la diminution de ces distorsions peut avoir des résultats thérapeutiques importants. Il cite aussi des chercheurs qui ont tenté de démontrer que les humains tendent souvent à agir irrationnellement et que cette tendance est d'origine biologique aussi bien que culturelle (Ellis, 1976). Ceci dit, l'existence de facteurs génétiques dans l'explication des perturbations émotionnelles ne signifie pas pour autant que le changement est impossible ou difficile à obtenir. Ellis traduit cette influence génétique dans un facteur de vulnérabilité; les apprentissages de l'enfance contribuent définitivement aux troubles psychologiques, mais ils influencent de façon différentielle cette vulnérabilité.

Cette explication biologique de l'origine des croyances irrationnelles de Ellis est critiquée par quelques auteurs. Certains d'entre eux, comme Eifert et Cook (1984), croient que cette explication théorique n'est ni fondée ni vérifiable, et que de postuler l'existence d'un tel héritage génétique chez

l'humain va à l'encontre de sa survie. Cet auteur adopte plutôt une explication socio-psychologique de l'origine des croyances irrationnelles, telle que proposée par Zettle et Hayes (1980), où les croyances irrationnelles sont conceptualisées comme des comportements appris avec le temps par l'imitation et autres interactions avec l'environnement. Une étude de Prud'Homme et Baron (1988), où les croyances irrationnelles de différents groupes ethniques ont été comparées, fournit également des résultats qui vont dans le sens d'une influence socio-culturelle sur les patterns de croyances irrationnelles adoptés par différents groupes d'individus. La question de l'universalité des onze croyances irrationnelles identifiées par Ellis à partir de son expérience clinique avec une population nord-américaine demeure donc non résolue.

Cette section s'achève maintenant par la présentation de quelques critiques complémentaires formulées par certains auteurs sur le modèle émotive-rationnel. Encore une fois, cette présentation sera restreinte afin de s'orienter davantage vers la recherche appliquée de TER.

Eifert et Cook (1984) s'interroge sur l'effet des croyances irrationnelles, à savoir si elles provoquent réellement la perturbation émotionnelle. Il souligne le fait qu'une inconsistance est présente dans les résultats des études portant sur la relation entre les croyances irrationnelles et

les mesures physiologiques de l'excitation émotionnelle. Cet auteur croit également que le concept même de croyances irrationnelles, défini en terme d'hypothèses magiques, non-valides empiriquement et pour lesquelles il n'y a pas d'évidence factuelle, serait discutable. Selon lui, cette définition laisse place à la spéculation et aux préférences personnelles dans la détermination des croyances irrationnelles. Certaines croyances peuvent être considérées "irrationnelles" par quelques auteurs et non par d'autres. En ce sens, la notion de rationalité employée par Ellis, impliquant comme critère qu'un comportement soit basé sur la réalité objective, est aussi mise en doute. Cet auteur croit, et c'est également l'opinion d'Eschenroeder (1982), que la plupart des idées irrationnelles de Ellis contiennent un jugement de valeur, comme par exemple la très grande valorisation de l'amour, l'approbation des autres, la réussite ou encore la sécurité. L'emploi que fait Ellis de ce concept peut possiblement se clarifier par la définition de son opposé, c'est-à-dire la définition de l'irrationalité comme pouvant se manifester sous la forme d'une pensée, d'une émotion ou d'un comportement qui mène à des conséquences auto-destructrices pour l'individu pouvant interférer avec l'atteinte de son bonheur et de sa survie. Finalement, s'ajoute à ceci un problème d'évaluation des croyances irrationnelles, puisque l'on ne dispose à ce stade-ci pour évaluer les croyances que de mesures papier-crayon dont certaines de leurs limites sont bien connues (voir Smith, 1982).

Une autre critique complémentaire formulée par plus d'un chercheur (Eschenroeder, 1982; Ewart & Thoresen, 1977; Lazarus, 1979; Mahoney, 1977; Meichenbaum, 1977b) s'adresse au choix des études citées par Ellis à l'appui de ses hypothèses. Dans la recension des écrits rattachée à chacune des 32 hypothèses, Ellis a tendance à ne citer que des études confirmatives de TER, sans mentionner les études qui réfutent sa théorie, alors que ces dernières sont d'une importance capitale dans l'élaboration et le développement de tout modèle explicatif du comportement. L'énumération sans élaboration critique des études confirmatives que fait Ellis est questionnée du fait que certaines de ces mêmes études sont citées dans d'autres recherches à l'appui de doutes formulés face au modèle émotivo-rationnel.

La non-différenciation que fait Ellis des émotions et des cognitions sur le plan pratique est questionnée par Zajonc (1980), qui propose que cognitions et émotions sont deux processus différents de traitement de l'information, que les émotions ne sont pas toujours activées par les processus cognitifs et qu'il y a indépendance entre les émotions et les cognitions. Finalement, la différence quantitative plutôt que qualitative entre les émotions inappropriées, créées par des pensées irrationnelles, et des émotions appropriées fait aussi l'objet de discussion (Goldfried & Sobocinski, 1975).

En résumé, par sa proposition que les individus

contrôlent en grande partie leur destinée en adoptant des valeurs ou des croyances et en agissant sur la base de ces croyances, TER offre un modèle de compréhension digne d'intérêt de la détresse émotionnelle. Une hypothèse majeure de cette approche s'énonce par le biais du concept de croyances irrationnelles et de leurs relations avec la perturbation émotionnelle. Une influence génétique est suggérée comme étant partiellement à l'origine de ces modes de pensée. L'importance qu'accorde le modèle émotivo-rationnel à la médiation cognitive dans l'explication des troubles émotionnels rend cette approche des plus pertinentes à son application à la problématique de la dépression. En ce sens, TER s'inscrit dans la lignée des approches contemporaines les plus actives face à cette problématique représentées par le mouvement cognitif-behavioral. La conception qu'adopte TER de la problématique de la dépression sera maintenant présentée.

La thérapie émotivo-rationnelle et la dépression

Certains théoriciens émotivo-rationnels ont appliqué ce modèle théorique à la dépression. Leurs applications se sont orientées plus particulièrement vers l'identification d'ensembles de croyances irrationnelles possiblement distinctives du trouble dépressif. Ces formulations théoriques seront maintenant présentées, suivies des études empiriques qui ont tenté de confirmer l'existence de tels patterns

différentiels de croyances irrationnelles.

TER distingue le symptôme dépressif du trouble dépressif, le premier faisant référence à un sentiment d'infériorité et de faible estime de soi, alors que le second réfère à un ensemble de symptômes. Ce modèle adopte la conception du trouble dépressif comme étant de nature multi-dimensionnelle, incluant des composantes affectives, cognitives, motivationnelles et somatiques. TER considère la faible estime de soi comme le coeur de plusieurs difficultés émotionnelles humaines et croit que la dépression est le résultat de périodes prolongées de faible estime de soi. Un certain nombre de processus cognitifs inadéquats et de fausses croyances mènent à des sentiments de faible valeur personnelle. Deux croyances irrationnelles principales sont postulées par Ellis comme étant à l'origine de ce sentiment: "Je dois être aimé et approuvé par toute personne significative dans ma vie et si je ne le suis pas, c'est terrible" et "Je n'ai pas de valeur sauf si je suis totalement compétent, adéquat, attrayant et que je réussis tout le temps".

Selon Walen, DiGuiseppe et Wessler (1980), la triade cognitive de Beck recoupe trois croyances irrationnelles que TER suggère être les catalyseurs de la dépression. Ces croyances sont d'abord une croyance fervente de l'individu en son incapacité personnelle, ensuite l'"horreur" de ne pas avoir ce

dont il a "besoin" et finalement la croyance que certaines choses sont "terribles". Ellis (Ellis, Moseley & Wolfe, 1966) identifie deux événements activants généraux de la dépression, soit l'échec et le rejet par quelqu'un dont l'individu désire définitivement obtenir l'approbation. Des interprétations irrationnelles face à l'échec ou au rejet seraient à l'origine de la dépression. Donc, pour Ellis, les événements de cette nature sont à l'origine de la dépression, mais tel qu'expliqué précédemment, ce ne sont pas ces événements eux-mêmes qui "causent" la dépression, mais ce sont plutôt les idées irrationnelles d'auto-condamnation et de blâme personnel qu'entretient l'individu face à ces événements (Ellis, 1973). Il est pertinent de mentionner que la notion de perte à l'origine de la dépression, sous la forme d'un rejet, un échec ou autre n'est pas unique au modèle émotivo-rationnel. Dans la présente étude, en plus d'un questionnaire visant à mesurer les situations de vie stressantes que vivent les adolescents, est inclus un questionnaire ayant pour objectif de recueillir directement l'information pertinente à savoir si ces deux événements, l'échec et le rejet, sont présents à l'origine des sentiments dépressifs que vivent les sujets adolescents. A partir du modèle d'Ellis, il est prédit que les événements activants de la dépression chez les adolescents seront prioritairement de type échec et/ou rejet.

Hauck (1974) applique lui aussi le modèle

émotivo-rationnel à la dépression et tente l'identification de croyances irrationnelles typiquement dépressives. Pour cet auteur, l'affect dépressif origine de trois types de "causes" cognitives, soit (1) le blâme et de la condamnation de soi, (2) l'attendrissement sur son sort ("self-pity"), et (3) la pitié face aux difficultés d'autrui. Le blâme de soi et les sentiments de culpabilité comportent une évaluation de soi comme personne entière par l'individu et sont liés à des attitudes perfectionnistes, donc aux croyances irrationnelles concernant la nécessité d'une compétence absolue, le perfectionnisme et, de façon plus indirecte, la croyance qu'il est nécessaire d'être aimé et approuvé par toutes les personnes significatives de sa communauté. L'attendrissement sur son sort est associé à la croyance concernant l'intolérance à la frustration. Suite à des déceptions ou échecs, la personne évalue ces revers très négativement suivant sa croyance que l'on devrait obtenir tout ce que l'on désire et ne jamais subir la frustration. Finalement, ce sont principalement la croyance stipulant qu'il est nécessaire d'être bouleversé par les troubles et les difficultés d'autrui, et, plus indirectement, la croyance selon laquelle le malheur est incontrôlable et de provenance externe, qui sont associées à la pitié face aux difficultés d'autrui. Cette troisième source de dépression implique que l'individu s'identifie aux chagrins de l'autre et s'en préoccupe à outrance, au point d'être affecté et de se sentir déprimé.

Toujours selon cet auteur, la vision pessimiste de soi, du monde et du futur de la triade cognitive de Beck n'est pas l'unique source de dépression. Des comportements supplémentaires de l'individu tels que se blâmer, s'attendrir sur son sort ou sur celui d'autrui sont essentiels pour expliquer la dépression et contribuent à maintenir les perceptions pessimistes de la triade cognitive. Hauck considère également comme une source importante de la dépression la croyance en l'absence de contrôle face au malheur, ce dernier étant d'origine extérieure à l'individu. C'est la notion déjà connue de lieu de contrôle externe dans la dépression.

Au début de la décennie, Wessler et Wessler (1980) proposent aussi une application théorique du modèle d'Ellis à la dépression. Ces auteurs suggèrent que toute croyance comportant une composante de désespoir et de résignation peut susciter une forme d'humeur dépressive. La croyance selon laquelle le malheur est issu de causes externes et que les gens sont peu, sinon pas capables de contrôler les chagrins et les difficultés qui surviennent se voit donc accordée une considération importante dans ce modèle. Trois émotions secondaires sont également associées à la dépression: (1) la honte ou la culpabilité, (2) l'apitoiement sur son sort, et (3) le piège du confort. Des croyances irrationnelles ont été associées à ces trois types d'émotions. La honte est associée à la croyance d'approbation sociale alors que l'attendrissement sur son sort

est associé aux croyances que la frustration est intolérable et que le malheur est incontrôlable et de provenance externe. Finalement, la dépression résultant du "piège du confort" est aussi liée à la croyance en une faible tolérance à la frustration. La personne demeure dans une situation difficile pour éviter l'inconfort relatif au changement, croyant que le changement est impossible à réaliser ou qu'il impliquerait des conséquences négatives.

En résumé, trois thèmes majeurs se distinguent de ces vues émotivo-rationnelle de la dépression. D'abord, une faible estime de soi associée à de forts sentiments de culpabilité, ensuite une faible tolérance à la frustration et, finalement, un sentiment d'impuissance face au contrôle des événements seraient liés à différentes croyances irrationnelles pour constituer le trouble dépressif. Les idées irrationnelles dominantes rattachées à la dépression s'articuleraient autour de la nécessité d'être aimé par tous et de démontrer une compétence absolue en tout temps. Les croyances se rattachant à une faible tolérance à la frustration et au contrôle externe sur les événements prendraient également une importance particulière. Les données empiriques qui vérifient ces propositions théoriques seront maintenant abordées.

Etudes portant sur les croyances irrationnelles dans la dépression

Les études empiriques qui se sont intéressées à vérifier le lien entre irrationnalité et dépression et qui ont tenté d'identifier les croyances irrationnelles typiquement dépressives confirment la présence de telles croyances chez les individus déprimés. Toutefois, ces études demeurent pour la plupart de nature corrélationnelle, donc ne supportent pas l'hypothèse d'un lien causal entre les croyances irrationnelles et la dépression. De plus, plusieurs de ces études portent sur des populations étudiantes plutôt que cliniques. Prud'Homme (1988) offre une excellente récitation de ces études.

Plusieurs études effectuées auprès de populations étudiantes révèlent qu'il y a effectivement une corrélation positive entre dépression et irrationnalité chez les étudiants (Nelson, 1977; Lapointe & Crandell, 1980; Thyer & Papsdorf, 1981; Cash, 1984). Les croyances irrationnelles qui ressortent comme étant particulièrement présentes chez les dépressifs ne forment pas réellement de pattern consistant d'une étude à l'autre, mais certaines croyances se répètent dans plus d'une d'entre elles. Nelson (1977) identifie quatre croyances reliées à la dépression. Ce sont les croyances en la nécessité de compétence absolue et d'anticiper les dangers possibles, en l'influence déterminante du passé et finalement, la croyance que la frustration est intolérable.

Lapointe et Crandell (1980) incluent deux groupes contrôles dans leur étude, soit un groupe d'étudiants "normaux" et un groupe d'étudiants perturbés non déprimés ($IDB < 10$). Les résultats révèlent une différence significative entre les sujets vivant des symptômes de dépression et les sujets "normaux" sur le taux d'irrationalité ainsi que sur chacune des croyances. Des différences significatives entre le groupe de sujets vivant des symptômes de dépression et les sujets des deux autres groupes- contrôles se retrouvent au niveau de certaines croyances. Ce sont les croyances en la nécessité d'une compétence absolue, l'irresponsabilité émotive, les bienfaits d'éviter les problèmes et l'intolérance à la frustration. L'utilisation de deux groupes- contrôles vise ici à discriminer entre les croyances spécifiques aux individus vivant des symptômes dépressifs et celles d'individus perturbés psychologiquement, mais non dépressifs.

Une population féminine étudiante a fait l'objet d'une recherche par Thyer et Papsdorf (1981), mettant de nouveau en relief chez des sujets présentant des symptômes de dépression les croyances en la faible tolérance à la frustration, les bienfaits d'éviter les problèmes, l'irresponsabilité émotive ainsi que la nécessité de se préoccuper des dangers possibles qui pourraient survenir. Un sentiment de culpabilité et une tendance à se sentir bouleverser par l'évaluation de soi et de sa vie ont aussi été identifiés chez ce groupe de sujets. Cash

(1984) utilise des analyses statistiques multivariées et confirme le degré d'irrationalité global comme facteur prédictif de dépression dans l'équation de régression multiple obtenue. Au point de vue corrélational, Cash identifie principalement les croyances en la nécessité de l'approbation d'autrui, la nécessité d'une compétence absolue et les bienfaits de se soucier des dangers possibles comme liées à la dépression. S'ajoutent, mais de façon moins significative, les croyances en l'évitement des problèmes, des responsabilités et au déterminisme du passé.

Malgré l'intérêt indéniable que ces études présentent, les limites inhérentes à l'utilisation de populations étudiantes demeurent présentes. Coyne et Gotlib (1983) soulignent le problème de validité externe de ce genre d'études. Ces études s'appuient sur l'hypothèse de base de l'existence d'un continuum de sévérité de la dépression. Suivant cette hypothèse la dépression légère chez des populations non-cliniques, telles que les populations étudiantes, représenterait un pôle et, à l'opposé, l'autre pôle serait représenté par la dépression clinique. La différence entre ces deux populations serait quantitative et non qualitative. Cette hypothèse demeure non confirmée puisque certaines études retrouvent des différences qualitatives au niveau des symptômes entre ces deux types de populations. D'autres faiblesses de certaines de ces études sont également à souligner. Par exemple, certaines d'entre elles

utilisent un critère d'inclusion trop large des sujets dans le groupe expérimental, soit un score supérieur à 10 sur l'Inventaire de dépression de Beck. L'utilisation de statistiques univariées demeure la plus fréquente.

Quelques études ont utilisé des populations cliniques. C'est le cas des études de Newmark et de ses collaborateurs, de Lewinsohn (Lewinsohn, Larson & Munoz; 1982) et de Prud'Homme (1988). Newmark et Ziff (1977) trouvent que les patients névrotiques anxieux et dépressifs adhèrent à des croyances irrationnelles semblables. Ce sont les croyances en la condamnation de certaines personnes, la faible tolérance à la frustration, la nécessité de se préoccuper de dangers possibles, l'avantage de l'évitement des difficultés et finalement le déterminisme du passé. Les croyances en l'endossement des problèmes d'autrui et celle du perfectionnisme sont rejetées par les deux groupes cliniques. Newmark, Frerking, Cook et Newmark (1973) avaient identifié des croyances similaires chez un groupe de patients névrosés comprenant des dépressifs. Dans une étude plus récente (Newmark & Whitt, 1983), les croyances spécifiques à la dépression majeure sont identifiées comme étant de nouveau les croyances liées à la condamnation de certaines personnes, la faible tolérance à la frustration, l'évitement de certaines difficultés et le déterminisme du passé. La croyance en la nécessité de se préoccuper des malheurs possibles qui pourraient survenir ainsi que celle de la nécessité de dépendre d'une autre

personne sont rejetées. Dans une étude de différents instruments de mesure des cognitions, Lewinsohn et al. (1982) identifient à la fois les items les plus et les moins discriminants entre des individus identifiés comme cliniquement dépressifs et deux groupes contrôles. Les facteurs qui ressortent comme les plus discriminants peuvent être apparentés à des croyances particulières. Ces croyances sont le déterminisme du passé, la nécessité d'une compétence absolue, la condamnation des autres et finalement la croyance en la faible tolérance à la frustration. Les facteurs qui discriminent le moins les dépressifs des non-dépressifs sont la nécessité d'approbation et le facteur appelé "l'explication", qui peut être apparenté à la croyance du perfectionnisme.

Finalement, l'étude de Prud'Homme (1988) utilise une population clinique de patients ayant reçu un diagnostic de dépression majeure et les analyses statistiques utilisées sont de nature multivariées. De nouveau, les croyances identifiées comme typiquement présentes chez cette population sont la nécessité de l'approbation sociale, l'intolérance à la frustration, la nécessité de se soucier des malheurs possibles et le déterminisme du passé. En résumé, ces études cliniques, appuyées par les études chez les populations étudiantes, permettent d'identifier une certaine répétition, sinon une constante au niveau des croyances irrationnelles qui sont le plus souvent liées à la dépression. Parmi elles se retrouvent

l'intolérance à la frustration, l'évitement des problèmes et responsabilités, le déterminisme du passé, le blâme d'autrui et la nécessité d'une compétence absolue.

TER et la dépression chez les adolescents

Les applications théoriques du modèle d'Albert Ellis à la dépression adulte, appuyées par les études empiriques supportant l'existence de croyances irrationnelles typiques à cette psychopathologie, justifient pertinemment la place que ce modèle occupe dans le domaine de l'étude contemporaine de la dépression. Certains auteurs du courant émotivo-rationnel ont tenté de mieux comprendre cette problématique lorsque vécue par des populations de jeunes individus. C'est donc à ce thème qu'une attention sera maintenant accordée. Des propositions théoriques d'ensembles de croyances irrationnelles typiques aux enfants et aux adolescents seront présentées. Une confirmation empirique d'ensembles différentiels de croyances particulières à ces populations demeure cependant à être réalisée. L'élaboration d'instruments de mesures de l'irrationnalité vient toutefois confirmer la présence d'une pensée irrationnelle chez ces groupes d'individus.

La conception de TER des problèmes de l'enfance et de l'adolescence est sensiblement similaire à celle des problèmes de la vie adulte. La psychopathologie est conceptualisée en

termes d'idées ou croyances irrationnelles acquises chez les jeunes par l'interaction entre leurs caractéristiques cognitivo-développementales et les influences du milieu social, culturel et familial. La pensée irrationnelle est conçue comme faisant partie d'une progression développementale chez l'enfant, c'est-à-dire qu'elle est caractérisée comme normale dans les premiers stades de développement, mais elle doit s'estomper graduellement pendant l'enfance pour finalement disparaître à l'adolescence. C'est donc dire que la plupart des enfants abandonnent plusieurs de leurs idées irrationnelles en vieillissant, et c'est lorsqu'il y a échec à laisser de côté de tels modes infantiles de pensée que se développe la psychopathologie.

Sur la base de cette conception générale de la psychopathologie infantile et adolescente, et depuis que TER est employé avec les populations d'enfants et d'adolescents, les cliniciens ont tenté d'identifier par le biais de leur expérience les croyances irrationnelles ou idées non-empiriques qui sous-tendent une variété de problèmes de ce groupe d'individus, dont la dépression. L'objectif ainsi visé est d'arriver à rendre les intervenants attentifs à des croyances irrationnelles particulières lors de l'évaluation de problèmes spécifiques chez les jeunes. Toutefois, et tel que mentionné précédemment, malgré le fait que l'on dispose d'études appuyant l'existence d'idées irrationnelles chez ces populations, cet

apport du domaine clinique à la compréhension de la psychopathologie infantile et adolescente demeure jusqu'à ce jour en bonne partie sous forme d'hypothèses qui demandent à être vérifiées empiriquement:

"It is important to indicate right from the beginning that the descriptions of the irrational underpinnings of childhood emotions and behavior have not been empirically validated and documented. The theory [...] derives from extensive clinical work conducted by ourselves and other TER therapists with children as well as the extensive clinical literature on the use of TER with adults (Bernard & Joyce, 1984, p.127)".

Tout comme c'est le cas chez les adultes, TER insiste sur l'importance de l'estime de soi dans le trouble dépressif chez les jeunes individus. L'estime de soi est différenciée du concept de soi comme étant une évaluation et un jugement de ce dernier sur les différentes caractéristiques qui le constituent: intellectuelle, sociale et physique. Des périodes prolongées de faible estime de soi provoqueraient non seulement l'affect dépressif, mais aussi d'autres effets comportementaux et somatiques qui composent le trouble dépressif. Une faible estime de soi chronique serait un des symptômes majeurs de dépression chez les enfants et les adolescents. Les jeunes

enfants présenteraient une vulnérabilité à ce niveau à cause de leur tendance à voir le monde et à se voir eux-mêmes de façon unidimensionnelle. Cette perception de "tout ou rien" ferait que, par exemple, suite à une faute, ils pourraient se voir "mauvais" à jamais. Du côté des adolescents, Young (1983) souligne leur tendance à distorsionner, exagérer et interpréter faussement la réalité, qui les amène à la souffrance. Cet auteur fait ressortir à quel point il est facile pour certains adolescents de changer les déceptions en désastres, les désirs en demandes, les souhaits en nécessités, les difficultés en impossibilités, les échecs et critiques en des preuves de leur incompétence absolue. Même s'ils le font involontairement, les adolescents "pensent" trop souvent d'une façon qui les mène à la souffrance.

Trois ensembles majeurs de croyances irrationnelles ont été associés à l'enfance et à l'adolescence par Bernard et Joyce (1984). Les deux premiers s'articulent autour du développement du sens de l'identité et de la valeur personnelle de l'enfant ou de l'adolescent, le troisième ensemble étant lié à l'anxiété de l'inconfort. Le premier ensemble de croyances irrationnelles inclut des croyances irrationnelles telles que "Il est nécessaire pour moi d'être aimé par chacun pour chaque chose que je fais" et "Je dois être tout à fait compétent, intelligent et dois réussir dans tous les domaines possibles". L'enfant qui endosse de telles croyances vit des sentiments d'infériorité, de

faible valeur personnelle, de culpabilité et d'anxiété, s'engage dans des comportements excessifs de recherche d'approbation et évite systématiquement les situations à risques d'échec. La deuxième catégorie de croyances comprend les croyances du type: "Je devrais toujours obtenir ce que je désire" et " C'est horrible lorsque les choses ne sont pas de la façon dont j'aimerais qu'elles soient." Des sentiments de colère, d'hostilité et de jalousie de même que des comportements anti-sociaux résultent de l'adoption de ces croyances irrationnelles. Finalement, c'est à l'anxiété de l'inconfort que se rattache le dernier ensemble de croyances irrationnelles de l'enfance. Les enfants et adolescents qui adhèrent à des idées du genre: "Je ne peux tolérer de ressentir de l'inconfort", "Il est horrible d'être frustré", "La vie devrait être facile et confortable tout le temps", présentent plus des risques plus élevés de développer des difficultés émotionnelles. Ces trois ensembles de croyances irrationnelles sont résumés par Bernard et Joyce (1984) sous les trois titres généraux suivants:

- 1- Je dois bien faire et être approuvé
- 2- Je dois obtenir ce que je désire
- 3- Je dois être confortable et la vie doit être agréable

En plus de ces catégories générales, Waters (1981), citée par Bernard et Joyce, propose à partir de son expérience

clinique auprès des jeunes, deux listes détaillées de croyances irrationnelles pour les enfants et les adolescents respectivement.

Les croyances suivantes sont proposées pour les enfants:

1. C'est terrible si les autres ne m'aiment pas.
2. Je suis mauvais si je fais une erreur.
3. Tout devrait aller à ma façon; je devrais toujours obtenir ce que je désire.
4. Les choses devraient être faciles pour moi.
5. Le monde devrait être juste et les mauvaises gens doivent être punis.
6. Je ne devrais pas montrer mes sentiments.
7. Les adultes devraient être parfaits.
8. Il n'y a qu'une bonne réponse.
9. Je dois gagner.
10. Je ne devrais pas avoir à attendre pour aucune chose.

Les croyances suivantes sont proposées pour les adolescents:

1. Ce serait terrible si mes pairs ne m'aimaient pas. Ce serait terrible d'être un "perdant" socialement.
2. Je ne devrais pas faire d'erreur, particulièrement des erreurs sociales.
3. C'est la faute de mes parents si je suis si misérable.
4. Je ne peux rien faire pour m'améliorer, c'est la façon que je suis et je crois que je serai toujours de cette façon.

5. Le monde devrait être juste et loyal.
6. C'est terrible lorsque les choses ne vont pas à ma façon.
7. Il est préférable d'éviter les défis que de risquer l'échec.
8. Je dois me conformer à mes pairs.
9. Je ne peux tolérer d'être critiqué.
10. Les autres devraient toujours être responsables.

(traduction de l'auteure)

Selon TER, ce qui déterminera si l'adoption d'une croyance irrationnelle donnée influencera la présence d'un problème émotif chez l'enfant ou l'adolescent dépendra, entre autres, du nombre de croyances irrationnelles qu'adopte l'enfant ou l'adolescent, de l'étendue des situations dans lesquelles il applique ses croyances (école, maison, pairs, jeu, travail), de la force de la croyance et de l'ampleur à laquelle le jeune tend à distorsionner la réalité, tel qu'il peut être observé par les erreurs d'inférence qu'il fait à propos de ce qui lui arrive ou de ce qui va lui arriver.

Les études sur l'application de TER aux problèmes de l'adolescence sont encore peu nombreuses à confirmer la présence de croyances irrationnelles spécifiques chez les adolescents. De même, les croyances irrationnelles spécifiques à la dépression chez les adolescents demeurent inconnues. L'étendue du recoupement entre les processus de pensée irrationnels des enfants et des adultes est un domaine qui demeure aussi

largement inexploré jusqu'à présent. Un certain nombre d'études qui se sont toutefois intéressées à développer des instruments de mesure des croyances irrationnelles chez les enfants et les adolescents appuient, par la même occasion, la présence d'irrationnalité chez les jeunes.

Parmi ces échelles, on retrouve le "Idea Inventory" (IA), le "Survey of Personal Beliefs" (SPB) et le "Children's Survey of Rational Beliefs" (Knaus, 1974). Le IA a été développé par Kassinove, Crisci et Tiegerman (1977) dans une étude dont l'objectif était de mesurer les tendances développementales dans la pensée irrationnelle chez les enfants et les adolescents. Les résultats indiquent que l'irrationnalité diminue avec le niveau scolaire. Par contre, même si le degré d'adhésion aux croyances irrationnelles diminue de l'enfance (4e année) à la fin de l'adolescence (étudiants de niveau "college"), un niveau significatif de pensées irrationnelles demeure présent, ce dernier pouvant être diminué par une intervention thérapeutique émotivo-rationnelle (Di Giuseppe & Kassinove, 1976). La relation entre chaque croyance irrationnelle et le niveau scolaire est variable; la sixième croyance ("Il est nécessaire de se préoccuper et de réfléchir aux événements dangereux ou effrayants qui pourraient arriver") est celle qui diminue le plus avec l'augmentation du niveau scolaire, alors que la cinquième croyance ("Le malheur est de causes externes") est celle qui varie le moins.

Le SPB, qui constitue la plus récente version du "Personal Beliefs Test", a aussi été élaboré par Kassinove et ses collaborateurs (Kassinove & Berger, communication personnelle). Dans cette étude récente, le groupe d'étudiants de niveau "college" testé obtient une moyenne au score total d'irrationnalité légèrement plus élevée (indiquant une pensée plus rationnelle) que le groupe d'adultes normaux, ce dernier groupe obtenant lui-même une moyenne plus haute que les patients adultes. Le niveau d'irrationnalité retrouvé chez chacun des groupes peut cependant être qualifié de relativement élevé, puisque des moyennes variant de 133 à 142.3 sont observées et que l'étendue des scores totaux d'irrationnalité peut varier de 50 (très irrationnel) à 300 (très rationnel). Il est à noter également que le groupe d'étudiants obtient des scores sur chacune des catégories qui sont plus élevés que le groupe d'adultes normaux, sauf pour la catégorie valeur personnelle, où les étudiants révèlent une pensée légèrement plus irrationnelle que les adultes.

Le SPB a fait l'objet d'une étude auprès d'adolescents francophones par Marcotte et Baron (en préparation). Un score global d'irrationnalité ($\bar{X}=140$, $N=189$) assez similaire à ceux obtenus chez les adultes et les étudiants de niveau "college" est obtenu. Le niveau d'irrationnalité le plus élevé se situe dans la catégorie "doit-dirigés-vers-soi". Les variations les

plus importantes entre les sujets les plus jeunes (13-14 ans) et les sujets les plus âgés (17-18 ans) apparaissent dans les catégories "faible tolérance à la frustration" et "valeur personnelle" où l'irrationnalité diminue avec l'âge. Le niveau de dépression, mesuré par l'IDB, diminue également avec l'âge. Le questionnaire d'irrationnalité de Kassinove et Berger est parmi les instruments utilisés dans cette recherche.

En résumé, il apparaît plus que plausible que l'irrationnalité soit présente chez les jeunes tout autant que chez les adultes. Malgré qu'un ensemble différentiel de croyances irrationnelles associé à la dépression chez ces populations n'ait pas encore été déterminé, l'estime de soi est de nouveau proposée comme étant au coeur de cette perturbation émotionnelle. Les adolescents pourraient présenter une vulnérabilité particulière à l'adhésion à des modes de pensée irrationnels, et par conséquent, à la détresse émotionnelle, de par la nature de la période développementale qu'ils traversent. La période de l'adolescence amène le jeune individu à vivre une série de changements très importants tant dans la maturation physiologique de la puberté que dans les transformations de ses habiletés cognitives liées à l'apparition de la pensée formelle. L'intervention émotive-rationnelle serait donc particulièrement appropriée pour ces populations. Bien que préliminaires, les données empiriques recueillies jusqu'à présent dans le domaine de l'étude des variations entre adultes, adolescents et enfants

sur le plan des croyances irrationnelles, soulèvent des questions sur le pattern suivant lequel le degré d'irrationalité varie selon l'âge, de l'enfance à l'adolescence à la vie adulte.

L'intervention émotivo-rationnelle

Pour faire suite à cette présentation de la conception de la dépression adoptée par le modèle émotivo-rationnel, le mode d'intervention émotivo-rationnel sera maintenant abordé. Il sera d'abord exposé dans une perspective générale pour ensuite accorder une attention particulière à TER appliquée aux adolescents.

Le système de croyances non-fonctionnelles des gens et leur philosophie personnelle sont vus comme la cible de base de l'intervention. Quoique l'être humain ne puisse vivre qu'avec la raison uniquement, il peut considérablement améliorer son existence et diminuer ses difficultés émotionnelles en pensant clairement, logiquement, de façon cohérente et réaliste. Ainsi, TER utilise la méthode scientifique pour diminuer la détresse psychologique.

Une des valeurs prioritaires adoptées par ce modèle est celle de l'hédonisme responsable. Dans sa tentative de satisfaire ses besoins immédiats, l'individu ne doit pas

contrecarrer l'atteinte de ses objectifs à long-terme. Une attitude de responsabilité et de prise de décisions est également encouragée chez le client, c'est-à-dire que l'individu doit accepter la responsabilité de ses comportements et réactions émotionnelles, tout comme il doit assumer ses décisions. TER a donc pour but d'enseigner une attitude de responsabilité émotionnelle, c'est-à-dire que chacun a la capacité de changer comment il se sent. Par l'enseignement d'habiletés d'auto-analyse rationnelle et de pensée critique, TER apprend aux gens à devenir capables de résoudre eux-mêmes plus facilement leurs problèmes émotionnels. Ainsi, on enseigne aux individus comment changer leurs sentiments inappropriés en sentiments appropriés. Ces derniers étant générés par une pensée rationnelle, ils permettent une réponse appropriée à la situation, facilitent l'accomplissement d'un but et sont généralement d'intensité modérée par opposition aux premiers qui sont engendrés par une pensée irrationnelle, entravent la poursuite des buts personnels et sont d'intensité extrême (Waters, 1982). Par exemple, lorsque l'individu se sent très fâché, enragé, hostile, déprimé ou anxieux, TER considère ces sentiments inappropriés ou non-aidants. En revanche, l'irritation, la contrariété, la déception, la tristesse, l'appréhension et l'inquiétude sont considérés comme des sentiments plus appropriés et plus aidants.

Le modèle de thérapie émotive-rationnel est une thérapie

cognitive qui emploie une approche didactique éducative. Cette thérapie est orientée vers le présent et n'accorde ainsi qu'une importance réduite à l'examen des antécédents historiques du trouble émotionnel. Le thérapeute agit principalement comme un instructeur qui enseigne d'abord au client le modèle émotivo-rationnel des émotions humaines et du changement de comportements pour ensuite, par une variété de techniques, amener le client à découvrir ses pensées irrationnelles ainsi que les croyances sous-jacentes qui activent sa détresse émotionnelle. Ainsi, par l'enseignement de différentes habiletés d'auto-analyse, le client en arrive à faire des observations plus justes de la réalité ainsi qu'à tirer des conclusions plus exactes.

C'est essentiellement par le débat des croyances irrationnelles que le changement thérapeutique est introduit. Ellis a étendu son système alphabétique symbolique représentant sa théorie par l'ajout d'un lien DE à son ABC. Débat (D) est une des pierres angulaires de la méthode de changement thérapeutique de TER qui emploie, lorsque cela est possible, la méthode scientifique de débattre et questionner les hypothèses non fondées, les croyances impératives et absolues que les individus soutiennent à propos d'eux-mêmes, des autres et du monde. Le questionnement et la mise à l'épreuve des croyances irrationnelles constituent donc la technique majeure employée par ce modèle thérapeutique. Lorsque le client arrive à défier

ses croyances non fondées, à les reformuler en énoncés plus valides empiriquement et lorsqu'il croit réellement et fortement en leur validité, il fait l'expérience d'un nouvel "effet" (E) aux niveaux de ses pensées, sentiments et comportements. L'individu arrive à adopter cette nouvelle philosophie lorsqu'il abandonne son ancien système de croyances pour en adopter un plus logique, rationnel et basé davantage sur la réalité.

Cette technique centrale que constitue le débat apparaît sous différentes formes dans l'intervention émotivo-rationnelle. Diverses modalités d'applications du débat seront maintenant présentées. Il est pertinent d'abord de mentionner que le débat cognitif consiste en un ensemble de stratégies persuasives verbales directes pour convaincre les clients de l'irrationalité de leurs croyances. Il exige du praticien une éminente compréhension ainsi qu'une maîtrise fluide de certains concepts et du rationnel supportant leur irrationalité. Par exemple, les énoncés comportant des "doit, devrait, il faut" sont irrationnels, car ils impliquent que les gens ont le contrôle sur la façon dont ils croient que les choses, les gens ou le monde devraient être. Les énoncés de "dramatisation", pour leur part, sont débattus principalement sur une base sémantique. Ils impliquent une distorsion de la réalité en amplifiant le négativisme des événements hors de toute proportion raisonnable. La procédure communément utilisée est de susciter la comparaison de l'événement dramatisé avec de

réelles catastrophes de la vie. Lorsqu'une croyance irrationnelle est identifiée, le clinicien en explique le rationnel au client et l'aide à reformuler l'énoncé en une forme rationnelle. Une liste des croyances reformulées est d'ailleurs offerte aux cliniciens à cet effet (Bernard & Joyce, 1984).

La forme la plus typique et la plus connue de débat cognitif est probablement le dialogue socratique. Cette application du débat repose principalement sur l'utilisation du questionnement par le clinicien pour forcer le client à prouver ou justifier ses croyances. Il inclut l'utilisation de questions telles que "Où est l'évidence?", "Quelle est la preuve?", "Où est-ce écrit?", et "En croyant ceci, obtiendras-tu ce qui tu désires?". On s'attend à ce qu'une fois que le client aura réalisé l'illogisme de ses croyances, il les abandonnera. Il est à noter que cette application du débat est disponible sous la forme d'une brochure dans laquelle est offerte au client une série de questions-débat qu'il peut utiliser dans l'auto-critique de sa pensée.

Le modeling cognitif est également une modalité d'intervention employée par TER. Dans cette stratégie, le clinicien démontre verbalement les sortes d'auto-énoncés rationnels que le client peut employer pour combattre la détresse émotionnelle dans une situation difficile. Cette technique ne constitue pas un débat direct des croyances

irrationnelles mais la répétition et l'utilisation d'auto-énoncés passionnés peut amener le client à croire ces énoncés rationnels et, en les appliquant dans diverses situations problématiques, à les substituer aux vieilles croyances irrationnelles.

Des stratégies émotionnelles de débat furent introduites par Maultsby (1977), qui remarqua que parfois les clients démontrent des changements cognitifs substantiels, mais éprouvent des difficultés à changer leurs comportements. Ces clients n'ont apparemment pas expérimenté des changements émotionnels assez significatifs pour se comporter plus rationnellement. Ces stratégies ont pour but commun d'évoquer chez le client des émotions (désirables et indésirables), qui peuvent ensuite être liées à la détection et au débat cognitif des croyances irrationnelles. Les méthodes émotives peuvent aider le client à avoir accès à ses pensées irrationnelles, ces dernières précipitant de hauts niveaux d'émotivité. Ces techniques peuvent aussi servir à montrer aux clients que les sentiments de détresse qui constituent l'essence de leur perturbation ne sont pas aussi intolérables et terribles qu'il peuvent apparaître à leur esprit et qu'ils peuvent supporter ces sentiments sans en mourir.

L'imagerie émotivo-rationnelle (IER) est une stratégie émotionnelle de débat largement employée. L'utilisation de

l'imagerie implique généralement que le clinicien demande aux clients de s'imaginer aussi vivement que possible dans la situation problématique. A ce point, un nombre d'options sont disponibles au clinicien. Dans l'imagerie positive, on demande aux clients de s'imaginer dans la situation originale, mais se sentant mieux et se comportant de façon plus adaptée. Lorsque les clients arrivent à visualiser cette image, on leur demande de verbaliser les énoncés qu'ils se disent et qui leur permettent de se sentir et de se comporter d'une façon plus adaptée. Les clients rapportent généralement des auto-énoncés rationnels.

D'autres modalités de débat populaires incluent les exercices d'attaque de la honte, l'utilisation d'analogies et de paraboles, l'humour (ex., exagération), les jeux de rôle et le modeling vicariant où l'on montre au client comment d'autres personnes ont appris à faire face à un événement aversif similaire (Walen et al, 1980). TER emploie aussi la bibliothérapie pour encourager les clients à lire les livres de base d'auto-aide TER. On encourage également les clients à appliquer le modèle émotivo-rationnel avec les personnes de leur entourage.

L'intervention émotivo-rationnelle poursuit donc l'objectif de changer le système de croyances inadéquat de l'individu. Par le biais d'une approche didactique, cette

approche enseigne une méthode qui permet d'identifier et de débattre les idées irrationnelles, le débat constituant sous différentes formes la principale technique employée. TER vise aussi l'enseignement de certaines valeurs telles la responsabilité émotive, ceci tant chez l'adulte que chez l'adolescent, tel qu'il sera exposé dans la section suivante où l'intervention auprès des adolescents sera discutée.

L'intervention auprès des adolescents:

C'est sous une forme éducative et préventive nommée "Education émotivo-rationnelle" (EER) que le modèle d'Albert Ellis a le plus fréquemment été appliqué aux populations de jeunes individus. EER consiste en différents programmes d'éducation affective en accord avec la philosophie de TER dont l'origine peut être attribuée à Knaus et ses collègues (Knaus, 1974). L'objectif de tels programmes est de promouvoir la santé mentale chez les jeunes. Ils ont été développés dans le contexte scolaire, plus particulièrement à partir de "The living School" (maintenant "Institute for RET") fondé par Ellis en 1969. La philosophie de ces programmes est identique à TER. L'accent porte cependant sur l'apprentissage expérientiel et les stratégies de simulation. EER propose aux jeunes d'apprendre des stratégies rationnelles d'adaptation par la présentation de tâches et de problèmes dans un contexte de groupe. EER se distingue par une séquence planifiée de leçons suivant un format

thématique. Ces programmes peuvent être utilisés tant à des fins préventives que curatives. Ils sont constitués d'un ensemble de matériel de base pouvant tout aussi bien être utilisé pour la prévention que pour résoudre des problèmes spécifiques.

Les objectifs fondamentaux de l'intervention émotivo-rationnelle auprès des adolescents sont essentiellement les mêmes que ceux visés avec les adultes. Il existe cependant des particularités en fonction de l'âge des jeunes individus concernés. L'intervention auprès des adolescents est donc orientée vers l'acquisition, l'application et la pratique d'habiletés dans différents contextes typiques à cet âge. L'intervention vise dans un premier temps à rendre l'adolescent conscient de son discours intérieur et à lui enseigner l'ABC de TER. Comme pour les adultes, la responsabilité émotionnelle est véhiculée comme valeur. Les principes de base du changement cognitif sont d'abord illustrés. Une fois ces principes introduits, l'intervention vise dans un deuxième temps l'application et la pratique des habiletés de changement cognitif dans une variété de situations. Le choix des procédures d'intervention employées de même que le niveau d'abstraction visé par le changement sont fonction de plusieurs facteurs, dont l'intensité du problème présenté, la maturité cognitive du jeune client, sa motivation face au changement et l'implication potentielle des parents et enseignants. Le temps disponible pour

l'intervention est aussi un facteur qui est considéré.

Comme c'est également le cas chez les plus jeunes, l'adolescent est d'abord amené à identifier correctement ses émotions et à développer un vocabulaire émotionnel. Plus fréquemment chez les enfants, mais aussi chez certains adolescents, on retrouve un vocabulaire limité dans l'expression émotionnelle. De plus, les adolescents adoptent souvent des habitudes d'utilisation d'expressions stéréotypées pour exprimer leur état émotionnel. Ils peuvent aussi, comme les enfants, utiliser un schème de réactions émotionnelles dichotomisé et limité à heureux-malheureux ou heureux-fâché (DiGiuseppe, 1981). Une première étape avec ces populations est donc de leur fournir un schème de réactions émotionnelles qui incorpore une gamme de réponses émotionnelles qui peuvent, elles-mêmes, également varier en intensité.

L'adolescent apprend ensuite les principes de l'ABC de TER. Il apprend à distinguer les sentiments qui peuvent être aidants de ceux qui sont non-aidants ou nuisibles à l'atteinte de ses buts. L'enseignement de ces principes de base comporte la distinction des sentiments, des pensées et des comportements. L'adolescent en devenant davantage attentif à son langage intérieur fait le lien entre la qualité de ce dernier (ses pensées) et la qualité de ses sentiments. Il se familiarise avec l'idée que ni les événements ni les gens ne sont à l'origine des

sentiments mais plutôt les pensées.

Une fois les principes de l'ABC de TER maîtrisés, les concepts de pensée et de croyance irrationnelle sont introduits et l'intervention est orientée vers la détection et le débat de ces croyances. Tout comme c'est le cas chez les adultes, l'adolescent apprend que certaines pensées sont rationnelles, alors que d'autres sont irrationnelles, étant elles-mêmes reliées à des croyances irrationnelles. Les différents types de croyances irrationnelles sont présentés de même que le rationnel qui sous-tend leur nature irrationnelle. L'adolescent apprend les mots-clef lui permettant d'identifier ses pensées irrationnelles. La distinction entre "besoin" et "désir" est également discutée. Différentes techniques de débat des croyances sont ensuite présentées et appliquées. Waters (1982) suggère avec les enfants de référer à des pensées aidantes ou nuisibles, productives ou non productives plutôt que rationnelles ou irrationnelles, mais ceci peut aussi s'appliquer aux adolescents moins matures cognitivement.

L'auto-acceptation est également abordée avec les jeunes individus. L'adolescent apprend donc à se percevoir et à percevoir les autres en tant qu'être humain complexe, présentant plusieurs facettes et devant être dissocié de son rendement. Il est aussi encouragé à s'accepter comme un être humain imparfait qui peut parfois réussir, échouer ou faire des choses stupides.

De nouveau, Waters (1982) identifie le rejet et la condamnation de soi comme directement liés à la dépression chez les jeunes. Cette auteure insiste donc sur la discussion de ce concept de TER dans l'intervention auprès de jeunes populations d'individus déprimés.

Les modalités d'intervention utilisées avec les adolescents s'apparentent à celles employées auprès des populations adultes. L'enseignement de l'ABC de TER ainsi que des principes corrolaires constitue une part importante du traitement. Le débat est employé en tant que principal moyen de changement thérapeutique, et c'est pour permettre l'utilisation autonome de cet outil par le jeune client que les différentes modalités d'application de cette technique lui sont enseignées. Les présentations didactiques, les jeux de rôle, l'imagerie, l'humour et les auto-énoncés rationnels sont également employés sous des formes qui tiennent compte des problématiques propres à l'adolescence. Par exemple, les personnages employés dans les jeux de rôles sont les parents, les professeurs ou les camarades de classe. On retrouve en plus des situations typiques du vécu adolescent telles que l'échec scolaire, la réprimande d'un parent ou le rejet par les pairs.

Une procédure supplémentaire qui peut être utilisée avec les enfants et les adolescents, mais qui n'a pas été mentionnée précédemment, est l'analyse empirique. Cette technique implique

que le praticien et le jeune client travaillent en collaboration pour élaborer une expérimentation simple, visant à tester la perception ou l'interprétation de la réalité du client. En arrivant à une "solution empirique", la vraisemblance de l'inférence du client est testée en l'amenant à recueillir, en collaboration avec le clinicien, des données suffisantes pour confirmer ou rejeter sa croyance. Suite à cette procédure, le client change ses inférences, il en résulte donc une modération de l'affect et une amélioration du comportement. Dans certains cas, cette méthode peut s'avérer plus facile à enseigner aux jeunes clients que le débat philosophique. Elle requiert toutefois des ressources créatives et intellectuelles. Avec les jeunes, le degré selon lequel l'analyse empirique peut être utilisée dépend partiellement de leur capacité d'acquérir les concepts et de généraliser l'idée empiriquement analysée. Plus l'idée est concrète, plus il devrait être facile de réaliser une solution empirique.

Malgré la ressemblance de TER avec les adultes et les adolescents, certaines particularités caractéristiques à l'adolescence sont toutefois à considérer dans le style de l'intervention. Par exemple, Young (1974, 1983) souligne leur attitude typique de méfiance envers les adultes qui commande une attention particulière dans le développement de la relation thérapeutique. Alors que TER met habituellement peu l'accent sur cet aspect de la thérapie, cette facette du traitement chez les

adolescents revêt une considération primordiale. De plus longues périodes d'écoute peuvent être accordées pour faciliter le développement du lien thérapeutique. Une ouverture du thérapeute à discuter librement de ses propres opinions et attitudes est aussi suggérée. Young souligne en outre que les adolescents peuvent se montrer particulièrement résistants lors de l'enseignement des principes de TER puisqu'ils n'ont encore que peu d'entraînement et d'expérience dans l'utilisation d'une pensée logique et rationnelle. Il faut se rappeler qu'ils n'ont atteint que depuis peu de temps ce niveau de maturité cognitive. Pour aider les jeunes, il est suggéré de présenter les principes de TER en ayant soin de garder les choses aussi simples que possible. L'utilisation d'une aide visuelle par le biais d'affiches illustrant les principes de TER à l'aide de personnages humoristiques est proposée. Le programme de traitement testé dans cette étude emploie ce type de présentation visuelle.

Lorsque TER est employé avec des groupes d'adolescents, le style du thérapeute émotivo-rationnel diffère de celui adopté par d'autres approches thérapeutiques sous certains aspects. Dans ces programmes de groupe, par exemple, l'intervention est orientée davantage vers des processus de raisonnement cognitif plutôt que vers l'expression des émotions (ventilation). Aussi, le style des interventions est fortement dirigé-vers-l'animateur plutôt que vers les processus se

produisant entre les membres du groupe. L'animateur adopte un style directif et suit une approche structurée. Il crée un climat d'acceptation par son attitude de non-jugement et se montre enthousiaste. Finalement, il encourage les participants dans leurs efforts d'apprentissage.

Cette présentation de l'intervention émotivo-rationnelle permet de constater que ce modèle offre au praticien une structure ainsi qu'un contenu bien défini de traitement. Non seulement TER présente une philosophie d'intervention claire, mais les moyens de parvenir au changement sont également bien circonscrits.

Résultats empiriques des études sur l'efficacité de TER

L'intervention émotivo-rationnelle a fait l'objet de multiples études dont le but était de vérifier son efficacité. TER a été appliqué dans le traitement de différentes problématiques et a été comparé à différents modèles d'intervention, le plus souvent de nature behaviorale ou cognitive-behaviorale. (pour une revue générale de ces études, voir DiGiuseppe & Miller, 1977; DiGiuseppe et al., 1979; McGovern & Silverman, 1984; Watter, 1988). Une brève présentation des études effectuées auprès des adultes et concernant la problématique dépressive sera d'abord exposée. Suivra une présentation des études réalisées auprès des populations

adolescentes, spécialement celles se rapprochant du trouble dont cette recherche fait l'objet.

Plusieurs recensions des écrits des études d'efficacité de TER appuient l'efficacité de ce modèle. Par exemple, 31 des 47 études révisées par Mc Govern et Silverman (1984) fournissent des résultats en faveur de TER. Dans les autres études revues, les groupes ayant reçu le traitement TER montrent tous une amélioration, et aucune d'entre elles ne favorise un autre traitement que TER en termes de résultats thérapeutiques. Un grand nombre d'études ont porté sur la comparaison de modalités dans le traitement de l'anxiété. Dans une revue de littérature des études d'efficacité de TER dans la réduction de l'anxiété sous diverses formes, Zettle et Hayes (1980) concluent que la modification cognitive serait l'intervention la plus efficace dans la réduction de l'anxiété de parler en public. La composante qui contribue de façon maximale à son efficacité demeure toutefois à spécifier entre les composantes d'insight cognitif (composante nettement cognitive et dérivée directement de TER), de relaxation, ou encore la composante comportementale pratique.

Très peu d'études d'efficacité de TER s'adressent explicitement à la dépression. Horton et Johnson (1980) s'intéressent directement à cette question, mais sous la forme d'une étude de cas. Quelques autres études touchent cependant

ce thème sans s'y adresser directement. C'est le cas d'une étude de Lipsky, Kassinove et Miller (1980) comparant l'efficacité de TER à l'entraînement à la relaxation chez une population clinique où la dépression est utilisée parmi les variables dépendantes d'adaptation émotionnelle mesurées. Les résultats sont significativement positifs en faveur de TER sur cette variable. De même, dans une étude comparative de TER entre une thérapie psychodynamique d'insight et une thérapie éclectique, Kujoth et Topetztes (1977a, b) trouvent des différences significatives au niveau de l'anxiété et de la dépression chez les sujets du groupe traitement TER. L'absence de groupe contrôle et le fait que la dépression n'est pas mesurée explicitement comme variable dépendante constitue les faiblesses de ces deux dernières études.

L'efficacité de TER ne peut être confirmée uniquement en termes quantitatifs, c'est-à-dire par le recensement des nombreuses études qui appuient le modèle. La rigueur des devis expérimentaux utilisés lors des recherches doit aussi faire l'objet d'un critère de sélection de ces études confirmant l'efficacité de TER. Bien que certains problèmes méthodologiques aient été résolus ou du moins améliorés au fil des recherches, d'autres n'ont pas encore été solutionnés. Une amélioration se situe au niveau des groupes-contrôles qui sont davantage présents. Les études analogues, utilisant des populations étudiantes, sont encore très fréquentes. La majorité

des études emploient des sujets dits "normaux" et non des populations cliniques. Cela limite à la fois la validité externe des recherches et l'étendue de la généralisation possible des résultats à d'autres types de populations ou de problèmes. Par surcroît, peu de relances adéquates sont effectuées dans les recherches et les traitements utilisés sont encore souvent de courte durée, soit un maximum d'environ dix sessions. Dans ces études, deux autres faiblesses importantes demeurent, ce sont le manque de variables dépendantes adéquates et la faiblesse des instruments psychométriques. Par exemple, parmi les 47 études revues par Mc Govern et Silverman (1984), 61 échelles différentes sont utilisées, ce qui rend toute comparaison objective des résultats presque impossible. De plus, les mesures auto-évaluatives demeurent les plus populaires, même si elles peuvent parfois se révéler comme des mesures de variables dépendantes faibles. Toutefois, de plus en plus d'études utilisent maintenant des mesures comportementales (Barabasz, 1979; Block, 1980), ce qui permet d'ailleurs de constater que TER est parfois efficace sur les mesures auto-évaluatives, sans l'être nécessairement sur les mesures comportementales (Kanter, 1976).

En résumé, les résultats globaux récoltés jusqu'à aujourd'hui dans les études ayant testé l'efficacité de la thérapie émotive-rationnelle tendent à montrer un effet positif de ce mode d'intervention face à certaines problématiques. Des

corrections méthodologiques méritent cependant d'être apportées pour qu'il soit possible de vérifier l'efficacité de TER dans le traitement de la dépression, ce qui est également visé dans le cadre de la présente étude. Les applications de TER à cette population seront maintenant présentées.

L'application de TER chez les enfants et les adolescents:

Les recherches actuelles sont loin d'avoir étendu l'application des interventions cognitives à toute la diversité de la pathologie infantile et adolescente. La dépression chez les enfants et les adolescents demeure un trouble encore très peu exploré, quoique cette problématique de même que celle de l'anxiété reçoivent une attention grandement accrue depuis les dernières années. Braswell et Kendall (1988) soulignent le fait que, chez les jeunes, beaucoup plus d'applications cognitives-behaviorales ont accordé leur attention à des problèmes "extériorisés" plutôt qu'"intériorisés", tels que les problèmes de dépression et d'anxiété. Cela s'explique par le fait que ce sont les enfants présentant des problèmes "extériorisés" qui sont les plus fréquemment référés pour traitement par les parents et les professeurs. Les problèmes cliniques touchés sont donc plus particulièrement le contrôle des impulsions et l'adaptation sociale. Les études d'efficacité des modèles cognitifs-behavioraux touchent des thèmes tels que l'hyperactivité, l'auto-contrôle, l'agressivité et les habiletés

cognitives de résolution de problèmes interpersonnels. Les échantillons cliniques auxquels ces études ont été appliquées sont composés d'enfants impulsifs, hyperactifs, perturbés émotionnellement ou délinquants (Sutton-Simon, 1983). Quoique de multiples développements soient actuellement en cours dans ce domaine, on ne dispose encore que de peu d'évaluations systématiques des approches cognitives-behaviorales avec les jeunes.

En ce qui concerne la thérapie émotive-rationnelle en particulier, elle a été utilisée auprès d'échantillons d'enfants et d'adolescents depuis plus d'une quinzaine d'années, mais les programmes d'interventions systématisées de TER avec les jeunes n'ont pourtant été élaborés que pendant les années 80. Même si TER ou EER a été utilisé auprès des jeunes depuis les années 70, la vérification contrôlée de ce modèle thérapeutique auprès de ces populations demeure peu élaborée et son efficacité reste à être déterminée (Watter, 1988). Comme le souligne Bernard et Joyce (1984), la revue des études qui se sont adressées à vérifier l'utilité de TER avec des populations d'âge scolaire ne permet pas d'énoncer de conclusion quant à l'efficacité de ce modèle thérapeutique. La nature des recherches demeure à être raffinée.

Un nombre limité d'études datent de la fin des années 60 et du début des années 70. C'est par ailleurs au cours de cette

décennie qu'ont débuté les recherches portant sur l'application de TER et EER, cette dernière visant plus spécifiquement l'application de TER aux enfants et adolescents à l'intérieur d'un cadre scolaire tel que mentionné précédemment. Dès ces premières recherches, il apparaît que TER peut être efficace avec les enfants (Ellis, 1970; Glicker, 1968; Knaus, 1974). Toutefois, les expérimentations ayant comme objectif de vérifier l'efficacité de TER auprès des populations de jeunes ont suivi pendant une première décennie un format similaire, tentant de répondre à la question ouverte de l'efficacité générale de TER avec des enfants et des adolescents. Les sujets sont le plus souvent des sujets "normaux", sélectionnés au hasard, sur une base volontaire ou selon leur disponibilité. Quelques études utilisent des scores de coupure sur un test d'anxiété comme critère de sélection, mais somme toute, les sujets composant les groupes de traitement varient beaucoup selon une gamme de personnalités et de caractéristiques cognitives qui ne sont pas reliées au traitement.

Un des programmes qui a fait l'objet des premières études d'efficacité de TER avec les adolescents est celui de Maultsby (1974), appelé "Rational behavior therapy" (RBT). Ce programme a une portée préventive et est essentiellement destiné aux classes d'étudiants de niveau secondaire et collégial. Le but visé est d'enseigner aux jeunes les principes de TER afin qu'ils soient en mesure d'analyser leurs difficultés

émotives et d'utiliser TER comme méthode efficace de résolution de leurs conflits personnels. Ce programme a été testé avec des populations d'étudiants "normaux" et avec des étudiants dits "déjà perturbés émotionnellement" (Maultsby, Costello & Carpenter, 1974; Maultsby, Knipping & Carpenter, 1974). Les variables dépendantes utilisées dans ces études sont des échelles d'évaluation de la personnalité telles que "The Rotter Internal-External scale" et "The Personal Orientation Inventory." Même si ces études démontrent un effet bénéfique immédiat sur les participants de groupes expérimentaux, le manque de relance empêche de démontrer leur effet préventif, à long-terme dans la diminution de l'incidence de psychopathologie.

Une vingtaine d'études ont été recensées de 1972 à 1982 par Bernard et Joyce (1984). Le tableau 2 présente un résumé de ces études. Près de la moitié de ces études utilisent comme sujets des étudiants "normaux" de niveau scolaire variant de la 4e à la 11e année, avec une prédominance d'enfants d'école élémentaire (Albert, 1972; Brody, 1974; Katz, 1974; Miller, 1978; Robbins, 1976). Parmi les autres populations étudiées, se retrouvent des populations d'étudiants anxieux (Babbitts, 1979; Warren, 1978), ayant une faible estime de soi (Bernard, 1979), des problèmes d'apprentissage (Staggs, 1979), ou des problèmes d'audition. Les âges varient d'environ 8 à 14 ans, donc jusqu'à la mi-adolescence. Dans les études plus récentes, se dessine un intérêt plus marqué chez les chercheurs pour

TABIEAU 2

Résumé des études de TER et EER avec les enfants et les adolescents

Etude	Sujets	Traitements	Variabiles dépendantes et résultats
Albert (1972)	Etudiants normaux de 5e année	EER, contrôle	anxiété: EER > contrôle
Katz (1974)	Etudiants normaux de 5e année	EER, EER + petit groupe d'entraînement (GHER), programme de santé mentale (SH), programme de santé mentale + petit groupe d'entraînement (GSH)	estime de soi (évaluation par le professeur): EER, GHER > SH, GSH concept de soi (auto-rapport): dns lieu de contrôle: dns
Brody (1974)	Etudiants normaux de 5e année	EER, contrôle	estime de soi (post-test): dns (relance): dns anxiété (post-test): EER > contrôle (relance): dns tolérance à la frustration (post-test): EER > contrôle (relance): dns
DiGiuseppe et Lassinove (1976)	Etudiants normaux de 4e et 8e année	EER, programme de santé mentale (SH), contrôle	névrosisme (4e année): EER > SH, contrôle (8e année): dns anxiété (4e année): EER > SH, contrôle (8e année): dns croyances irrationnelles (4e année): EER > SH, contrôle (8e année): EER > SH, contrôle
Warren, Deffenbach et Brodtag (1976)	Etudiants normaux de 5e et 8e année	TER, contrôle	anxiété: dns rendement en arithmétique: dns
Robbins (1976)	Etudiants normaux de 5e et 8e année	EER, programme de développement humain (SH), attention placebo (AP), contrôle	concept de soi (post-test et relance): dns lieu de contrôle (post-test et relance): dns croyances irrationnelles (post-test et relance): dns EER, acquisition de contenu (post-test et relance): EER > DE, AP, contrôle Croissance de la conscience de soi, confiance en soi, efficacité et tolérance (évaluation par le professeur) post-test: dns relance: dns Interaction traitement x conseiller

TABLEAU 2 (suite)

Résumé des études de TER et HBR avec les enfants et les adolescents

Études	Subjects	Traitement(s)	Variables dépendantes et résultats
Miller (1978)	Étudiants normaux de niveau élémentaire	HBR, HBR + répétition comportentale (RC), HBR + répétition comportentale + travaux à la maison (RCTM), contrôle	névrosisme: RCTM > HBR, RC > contrôle croyances irrationnelles "Idea inventory": RCTM > HBR, RC > contrôle sujets QI élevé > sujets QI bas "CSDB": pas; QI élevé = QI bas anxiété: RCTM = RC = HBR > contrôle
Warren (1978)	Étudiants anxieux de 7e, 8e et 9e année	TER, TER + imagerie émotive-rationnelle (IEP), counselling d'orientation relationnel (COR), contrôle	anxiété (post-test): TER = IEP = COR > contrôle (relance): TER, IEP > COR, contrôle croyances irrationnelles (post-test): pas (relance): TER, IEP > COR, contrôle inquiétude générale (post-test et relance): pas
Ditchie (1978)	Étudiants normaux de 5e année	HBR, contrôle	croyances irrationnelles: HBR > contrôle lieu de contrôle et affirmation de soi: pas
Babbitts (1979)	Enfants anxieux de 12-14 ans	TER spécifique à l'expression orale (TERNO), TER anxiété générale (TERAG), placebo discussion (PD), contrôle	névrosisme: pas "Behavior Observation Checklist": anxiété (rapportée par le professeur): TERNO, TERAG, PD > contrôle "Children audience anxiety" (auto-rapportée): TERNO > TERAG, PD, contrôle Echelle d'observation de l'anxiété par le professeur: TERNO = TERAG > PD, contrôle
Bernard (1979)	Étudiants de 6e et 7e avec faible estime de soi	HBR, contrôle	estime de soi: HBR > contrôle croyances irrationnelles: HBR > contrôle lieu de contrôle et adaptation personnelle: pas sujets HBR: QI élevé démontrent plus d'amélioration que QI bas sur l'estime de soi; extravertis élevés diminuent sur l'infériorité personnelle; sujets névrotiques élevés augmentent sur la mésadaptation sociale, diminuent sur la mésadaptation familiale
Brilley (1980)	Étudiants normaux de 5e, 7e, 9e et 11e année	Étude corrélotionnelle: sexe x niveau x race	croyances irrationnelles: 11 > 9 > 7 > 5 (plus rationnel) noirs > blancs (plus rationnel) augmentation significative de la rationalité chez les blancs de 11e année, non chez les noirs hommes vs. femmes: résultats ambigus

TABLÉAU 2 (suite)

Résumé des études de TER et EER avec les enfants et les adolescents

Etudes	Sujets	Traitements	Variables dépendantes et résultats
Stages (1979)	Etudiants niveau intermédiaire avec problèmes d'apprentissage	Counselling émotivo-rationnel (CER), CER + "self-talk"(ST), contrôle	adaptation personnelle: ST > CER, contrôle; (CER seulement, effet négatif) adaptabilité sociale: dns réussite en lecture: dns
Wasserman et Vogrin (1979)	Enfants perturbés émotivement de 8 à 13 ans	Etude corrélationnelle: croyances irrationnelles x âge x durée du traitement x QI x comportement observable	les croyances irrationnelles sont corrélées avec le comportement observable pour les sujets plus âgés, le QI et la durée du traitement ne sont pas corrélés avec les croyances irrationnelles, ni avec le comportement observable
Bluto (1980)	Etudiants intermédiaires d'éducation spécialisée de 12 et 13 ans	EER, résolution de problème (RP), programme de santé mentale (SM)	habilités de résolution de problème: RP > EER, SM adaptation: dns interactions QI x non traitement
Giesbels (1980)	Etudiants de niveau secondaire avec problèmes auditifs (habiletés linguistiques basses et élevées)	EER, curriculum de santé mentale (CSM), attention placebo	croyances irrationnelles: EER, SM > AP estime de soi: dns anxiété: dns QI, âge, type de perte auditive sont corrélés avec les effets du traitement
Dye (1981)	Adolescents vivant en orphelinat	EER, contrôle placebo (CP), contrôle	concept de soi: EER > CP, contrôle
Meyer (1982)	Etudiants avec problèmes d'apprentissage de 8-13 ans	EER, programme éducatif-récréationnel (PER), contrôle	estime de soi: dns anxiété: TER > PER, contrôle

* lire: le groupe traitement a subi une amélioration sur la mesure dépendante relativement aux autres groupes

** dns: différences non significatives

source: Bernard et Joyce (1984), p. 33-35.

l'utilisation de populations davantage cliniques ou, du moins, présentant des problèmes plus spécifiques. Toutefois, les thèmes étudiés demeurent reliés de près au domaine scolaire; par exemple, des étudiants de 12-13 ans de classes d'éducation spécialisée (Eluto, 1980; Patton, 1978), des étudiants ayant des problèmes d'apprentissage (Meyer, 1982) et des adolescents vivant en orphelinat (Dye, 1981). Cette dernière étude teste l'effet de TER sur le concept de soi d'un groupe adolescents à carence maternelle. Les variables dépendantes mesurées dans ces études sont très diversifiées: anxiété, estime de soi, concept de soi, lieu de contrôle, tolérance à la frustration, névrotisme, croyances irrationnelles, confiance en soi, affirmation, adaptation personnelle, adaptabilité sociale, performance en arithmétique, performance en lecture et habilités de résolution de problèmes interpersonnels. Les résultats obtenus par la majorité de ces études supportent l'efficacité de TER auprès des populations d'âge scolaire. Plusieurs études obtiennent toutefois des résultats non significatifs pour différentes variables mesurées.

Malgré les limites des études réalisées jusqu'à maintenant, les auteurs (ex., Bernard & Joyce, 1984; DiGiuseppe et al., 1979) s'accordent pour reconnaître que les concepts et les habilités de résolution de problèmes émotionnels enseignés

par TER sont accessibles aux enfants aussi jeunes que dix ans ainsi qu'aux adolescents. Ils en concluent que TER peut être enseigné sous la forme de EER à l'intérieur d'un programme scolaire. La modification des auto-verbalisations ou des croyances irrationnelles d'un jeune individu peut avoir un effet positif sur son adaptation émotionnelle et sur son comportement. L'efficacité de TER dans la réduction des problèmes d'anxiété et de faible estime de soi apparaît réelle. Il est à noter toutefois que, même si les enfants, et par conséquent, les adolescents sont en mesure d'acquérir le contenu des leçons de EER et d'utiliser ce contenu pour modifier leurs croyances irrationnelles telles que mesurées par les tests d'irrationnalité chez les jeunes, il n'est pas confirmé que ces changements dans les croyances irrationnelles résultent en des changements concomitants dans les comportements. De futures recherches seront donc nécessaires pour vérifier la relation entre les changements de comportements spécifiques et les changements dans des croyances irrationnelles spécifiques.

Malgré l'effet positif apparent de TER appliqué aux individus d'âge scolaire, il est difficile de faire des généralisations à partir des résultats des études disponibles jusqu'à aujourd'hui. Il apparaît clairement que les études ne touchent encore qu'un champ très restreint des problèmes de l'enfance et de l'adolescence. Des limites méthodologiques, telle une grande hétérogénéité des groupes expérimentaux,

restreignent également la portée des résultats obtenus jusqu'à présent. Plusieurs études se sont adressées à la question ouverte de l'efficacité de TER chez les enfants et les adolescents d'âge scolaire. Il en découle donc que la spécificité des problématiques explorées demeure encore faible et les interventions sont peu systématisées, et ce, malgré le fait que les études des dernières années s'orientent davantage vers une sélection des sujets d'après les caractéristiques de problématiques spécifiques ou vers l'utilisation de populations cliniques comme telles. On tend aussi davantage vers l'utilisation de mesures dépendantes plus précises. Les mesures auto-évaluatives sont les plus populaires. L'utilisation de procédure de relance demeure encore peu répandue.

L'intérêt de la présente recherche s'adressant à la problématique de la dépression chez les adolescents, on est forcé de constater, comme c'est également le cas avec les populations adultes, que les études n'ont pas abordé ce thème. Malgré qu'un certain nombre de variables utilisées dans les recherches se rapprochent de ce trouble, la dépression chez les adolescents demeure inexplorée par TER, et ce, tant au niveau de la sélection des sujets que de l'utilisation de mesures de dépression comme variables dépendantes. Bien qu'un certain nombre de problèmes typiques à la population adolescente aient été abordés, tels que les problèmes d'apprentissage, de discipline scolaire et d'échec scolaire, la dépression n'a pas

été étudiée systématiquement. L'efficacité de TER auprès d'une population d'adolescents dépressifs demeure donc à être vérifiée.

Les développements plus récents dans l'application de TER aux populations d'enfants et d'adolescents font que, pendant les années 80, on a assisté à l'élaboration et à l'application de programmes plus systématiques visant à employer TER auprès de ces derniers, de leurs parents et leurs enseignants. Ces programmes se présentent sous une forme détaillée et structurée en un nombre précis de sessions, le contenu exact de chaque session étant présenté. Ces programmes ont pour objectif l'application de TER à diverses problématiques de l'enfance et de l'adolescence tels que les troubles de la conduite, les peurs, les phobies, l'anxiété, la faible tolérance à la frustration, le retrait social et l'impulsivité. L'un des programmes les plus représentatifs et les plus systématiques est proposé par Bernard et Joyce (1984) et s'adresse spécifiquement à des populations d'enfants et d'adolescents. Cette stratégie d'intervention est basée sur les principes et pratiques fondamentaux de TER appliquée aux jeunes individus qui ont été présentés précédemment. Son but est l'enseignement des principes de base de la pensée émotivo-rationnelle. L'étendue et la profondeur de TER couvertes dans les trois niveaux du programme proposés dépend des capacités cognitives des jeunes personnes auxquelles l'intervention est appliquée.

Fidèle à la tradition de l'intervention émotivo-rationnelle auprès de jeunes populations, les buts visés par ces programmes sont atteints par le biais d'une approche didactique-éducative. Les leçons peuvent être employées par des praticiens ou des professeurs dans un contexte d'éducation émotivo-rationnelle et dans un but préventif ou afin de résoudre des problèmes spécifiques à titre de counseling émotivo-rationnel de groupe. Dans un premier programme pour jeunes enfants (5-7 ans), l'accent est mis sur l'enseignement d'auto-énoncés rationnels plutôt que sur la compréhension conceptuelle plus complexe liée au débat des croyances irrationnelles. Le but pour le jeune enfant est de parvenir à substituer ces auto-énoncés au langage qu'il emploie, nuisible à son bien-être. Un deuxième programme plus complexe, s'adressant aux enfants (8 à 12 ans), inclut les concepts de défi et de débat. Finalement, la troisième stratégie d'intervention vise une application de TER auprès des adolescents (13-17 ans) et comprend le plein débat des croyances irrationnelles. Ce dernier groupe d'âge est l'objet d'intérêt de la présente étude. Jusqu'à aujourd'hui, la vérification de l'efficacité de ce programme thérapeutique pour adolescents n'a encore fait l'objet d'aucune étude. De même, son application possible à la problématique de la dépression demeure à être examinée.

Le trouble dépressif fait l'objet d'un nouvel intérêt

chez de nombreux chercheurs depuis quelques années. Cet enthousiasme récent influence les traitements proposés au cours des dernières années. Il suscite également l'intérêt pour l'évaluation de l'efficacité de ces stratégies d'intervention. Afin de compléter la présentation du problème étudié, les données actuelles sur la dépression chez les adolescents pertinentes à cette recherche seront abordées dans ce qui suit.

Dépression chez les adolescents

Historiquement, les sentiments de tristesse tant chez les adultes que chez les enfants et les adolescents, ont toujours suscité un certain intérêt parmi les professionnels de la santé mentale. La littérature qui précède les années 60 témoigne d'interrogations déjà présentes à l'esprit des cliniciens de l'époque. Dès 1912, Abraham énonce que le deuil et la mélancolie se ressemblent sur certains aspects, les deux étant des réactions à la perte d'un objet d'amour, mais différent toutefois en ce sens que le premier est considéré comme une réaction normale à la perte, alors que le second comprend des sentiments considérables de colère et d'hostilité face à l'objet d'amour provoquant des sentiments de culpabilité chez l'individu mélancolique. L'individu réprime ses impulsions hostiles et vit ces dernières sous une forme modifiée, selon la formule "les gens ne m'aiment pas, ils me haïssent pour mes défauts de naissance". De même, pour Freud, la mélancolie est

le résultat de la perte objectale et de sentiments ambivalents face à l'objet perdu. Tout comme Abraham, il accorde une importance primordiale à "la perturbation de la considération de soi". Pour Freud, le mélancolique est essentiellement quelqu'un qui a perdu le respect de lui-même. Les travaux de Bowlby sur l'attachement de même que ceux de Spitz sur la dépression anaclitique témoignent aussi de cet intérêt pour le thème de la dépression, mais cette fois chez les jeunes individus. Cependant, à partir des années 60 une longue période de questionnement s'amorce quant à la conception et à l'existence même de la dépression chez les jeunes individus. Différents points de vue ont alors été proposés, permettant l'évolution de la pensée sur cette question jusqu'au début des années 80 où l'arrivée du DSM-III a influencé la conception de la dépression chez les jeunes pendant cette dernière décennie. Ces différentes conceptions de la dépression chez les enfants et les adolescents seront maintenant présentées afin de situer la conception contemporaine de ce trouble dans son contexte historique.

Les cliniciens optant pour une perspective psychodynamique ont été parmi les premiers théoriciens à tenter de répondre à la question de l'existence de la dépression chez les jeunes. Selon eux, comme le développement du surmoi est nécessaire pour que se produise la dépression, ces derniers postulent que les enfants peuvent présenter une humeur

dépressive, sans pour autant devenir déprimés. Le surmoi de l'enfant n'est pas suffisamment développé pour agir comme instance auto-punitive tel que le stipule le modèle psychanalytique de la dépression (Anthony, 1975; Rie, 1966).

Un deuxième point de vue offre une conception de la dépression chez les enfants et les adolescents parallèle à celle de la dépression adulte, incluant les composantes affectives, cognitives, motivationnelles et végétatives traditionnellement reconnues comme constituant le trouble dépressif. Cependant, d'autres symptômes développementaux uniques aux enfants et adolescents sont associés à ces caractéristiques, tels que l'énurésie, la phobie de l'école et le comportement agressif. Les tenants de cette conception de la dépression chez les jeunes ont proposé différents ensembles de critères diagnostiques; certains ont également élaboré diverses typologies du trouble dépressif chez les jeunes. Parmi eux, on retrouve Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick et Dietz (1973), qui reprennent une série de critères diagnostiques élaborée à l'origine par Ling, Oftedal et Weinberg (1970). Ling et al. utilisent dans leurs critères des caractéristiques cliniques bien reconnues de la dépression adulte en combinaison avec des facteurs davantage observables chez les enfants. Weinberg et al. spécifient les critères suivants: premièrement, la présence d'humeur dysphorique et l'idéation auto-dépréciative; deuxièmement, la présence de deux ou plus des huit symptômes associés suivants:

un comportement agressif, des problèmes de sommeil, une socialisation diminuée, un changement d'attitude envers l'école, un changement dans la performance scolaire, des plaintes somatiques, une perte d'énergie ainsi qu'un changement inhabituel dans l'appétit ou du poids; troisièmement, la manifestation de ces symptômes en terme d'un changement dans le comportement habituel de l'enfant et, finalement, la durée d'au moins un mois de ces symptômes. Ces critères furent par la suite modifiés pour former un outil diagnostique, le "Bellevue Index of Depression" (Petti, 1978). Il est important de mentionner que ces critères ont été élaborés à partir d'un échantillon d'enfants de 6 à 12-13 ans, alors que l'échantillon de Ling et al. comportait des sujets de 4 à 16 ans. Ce phénomène, qui consiste à utiliser des populations prioritairement de l'enfance jusqu'au début de l'adolescence, est également présent dans la plupart des études s'intéressant à définir la dépression chez les jeunes. Les études s'adressant uniquement à la dépression chez la population adolescente apparaissent plus tard dans la littérature.

Une série de 15 caractéristiques de la dépression chez les enfants et jeunes adolescents est aussi offerte par McConville, Boag et Purohit (1973). De nouveau, des symptômes similaires à ceux utilisés chez les adultes sont présents tels que la tristesse, l'estime de soi négative, la culpabilité et les idées suicidaires. D'autres symptômes uniques aux jeunes

populations sont ajoutés comme par exemple, les sentiments d'être mauvais ou d'être détesté. Ces auteurs proposent de plus une typologie comprenant trois types de dépression formulée à partir du regroupement des items. On propose d'abord une dépression affective, caractérisée par des symptômes tels que l'expression de la tristesse, de l'impuissance et du désespoir. Vient ensuite la dépression liée à l'estime de soi négative; celle-ci inclut les enfants qui ont des idées dépressives reflétant une estime de soi négative, le sentiment de ne pas être aimé et celui d'être utilisé par les autres. On retrouve finalement la dépression de culpabilité, plus fréquente chez les enfants plus âgés et les adolescents, qui inclut les enfants se sentant méchants ou croyant qu'ils devraient être morts. La dépression affective serait la plus commune chez les 6-8 ans. La dépression caractérisée par une faible estime de soi serait davantage présente après l'âge de 8 ans.

Cinq caractéristiques de la dépression chez les enfants sont également proposées par Poznanski et Zrull (1970) à partir d'un échantillon d'enfants de 7 à 12 ans. Ce sont la tristesse ou la dépression, l'auto-critique excessive, le sentiment d'être inadéquat, la difficulté à dormir et les préoccupations excessives face à la mort. Selon ces auteurs, la caractéristique la plus fréquente retrouvée chez les enfants serait une image de soi négative, alors que les problèmes d'agressivité constitueraient le principal motif de référence. Parmi les

autres auteurs qui décrivent la dépression chez les jeunes au moyen de critères semblables à ceux utilisés auprès de la population adulte, il y a Kuhn et Kuhn (1972), qui insistent sur la fatigue matinale comme symptôme principal de la dépression chez les enfants et Krasowski (1970), qui soulève de nouveau l'estime de soi négative à la suite d'une perte comme principale caractéristique.

Un troisième point de vue propose que les caractéristiques de la dépression adulte peuvent exister chez les enfants et les adolescents, mais que la dépression chez ces populations se manifeste surtout dans des équivalents comportementaux. C'est le concept de "dépression masquée", c'est-à-dire que la dépression est voilée par des symptômes comportementaux, tels que les comportements délinquants, les problèmes d'apprentissage, les phobies et autres symptômes. Glaser (1968), un des principaux tenants de ce point de vue, adopte la position que la dépression chez les jeunes est généralement masquée par des symptômes qui ne sont pas identifiables à l'état dépressif. Deux affirmations définissent cette position. D'abord, l'enfant doit présenter des symptômes qui ne sont pas habituellement associés à la dépression. Glaser propose à cet effet trois catégories de symptômes. Ce sont, en premier lieu, les problèmes de comportement ou les comportements délinquants (ex., "temper tantrum"); en second lieu, les réactions psychonévrotiques (ex., la phobie de l'école) et, en dernier

lieu, les réactions psychophysiologiques. Il faut ensuite que la pathologie du jeune individu soit caractérisée par des éléments dépressifs de façon suffisamment évidente. Ce dernier critère doit être exprimé par une auto-évaluation négative et le rejet par les autres. A ces deux caractéristiques s'ajoutent des symptômes traditionnels de dépression tels qu'une faible estime de soi, le désespoir et l'impuissance.

Connell (1972) croit également que, dans plusieurs cas, la dépression chez les jeunes peut être vue comme masquée. Selon cette auteure, bien que les enfants puissent souffrir de perturbations de l'humeur, une caractéristique majeure de la dépression chez cette population est la prééminence de symptômes somatiques et de comportements anti-sociaux. Elle propose trois types de symptômes regroupant 17 critères sélectionnés à partir de textes psychiatriques pédiatriques. La dépression chez les enfants pourrait être exprimée par des symptômes associés à un changement d'affect, par des symptômes pathophysiologiques ou par d'autres symptômes compensatoires. Pour Toolan (1962), le jeune dépressif est convaincu qu'il est mauvais et de tels sentiments le mènent à des comportements anti-sociaux. Les contenus dépressifs explicites seront exprimés dans les fantaisies, les rêves et les réponses fournies aux tests projectifs. Cytryn et McKnew (1974) partagent également cette opinion et proposent des symptômes masqués de dépression similaires à ceux cités précédemment, soit l'hyperactivité,

l'agressivité, l'échec scolaire, la délinquance et les symptômes psychosomatiques. Parmi les autres auteurs adhérant à cette conception de dépression "masquée" chez les jeunes se trouvent Barkwin (1972), qui souligne la perte de l'estime de soi à l'origine de la dépression, ainsi que Malmquist (1972), qui présente une classification de ce trouble chez les jeunes individus.

Une limite importante de ce concept de dépression "masquée" dans l'étude de la dépression chez les jeunes est que tous les symptômes proposés comme manifestation de dépression représentent aussi des symptômes de l'ensemble des troubles possibles chez les enfants. Ce concept ne fournit donc pas de critères de diagnostic différentiel de la dépression chez les enfants et les adolescents. Le fait que la dépression soit conceptualisée en terme de dépression masquée ou qu'elle soit vue comme parallèle mais distincte du trouble dépressif adulte n'empêche pas que plusieurs, sinon la plupart des symptômes affectifs, cognitifs, motivationnels et somatiques de la dépression adulte soient représentés par les diverses classifications offertes. Beck et Kovacs (1977) questionnent en ce sens la pertinence du concept de dépression masquée. Il semble donc que les enfants et les adolescents dépressifs présentent la plupart du temps une bonne part des symptômes reconnus de la dépression adulte, même si cette symptomatologie s'exprime, dans certains cas, sous une forme relative au niveau

de développement du jeune individu.

Un quatrième et dernier point de vue propose que certains enfants et adolescents peuvent manifester des symptômes dépressifs parallèles à ceux rencontrés chez les adultes, mais que ces comportements dépressifs sont le plus souvent de nature transitoire et ne persistent pas comme ils le font chez les adultes. Cette perspective suggère donc que, même si plusieurs de ces symptômes sont rencontrés à différentes périodes de développement chez les enfants normaux, on peut questionner le fait que ces comportements soient pathologiques ou dysfonctionnels. En effet, si la question de la dépression chez les jeunes est posée sous l'angle de l'épidémiologie et d'une comparaison entre des échantillons cliniques et normaux, il apparaît que plusieurs des comportements observés chez les enfants en milieu clinique sont aussi présents dans la population générale d'enfants. Le même comportement peut donc être considéré comme un motif de référence suffisant par un parent et non par un autre. Lefkowitz (Lefkowitz, 1977; Lefkowitz & Burton, 1978) relate des études épidémiologiques (Lapouse, 1966; Werry & Quay, 1971) fournissant des données sur l'incidence de certains comportements déviants fréquemment classifiés comme symptômes dépressifs. L'incidence de ces comportements est présentée comme relativement élevée dans la population générale des enfants. Par exemple, les cauchemars sont retrouvés chez 30% des enfants de 6 à 12 ans et 40% d'entre

eux présentent un minimum de 7 peurs ou inquiétudes. Vingt pour cent ont présenté de l'énurésie dans un passé récent. Cet auteur souligne ainsi l'importance de différencier le trouble dépressif des phénomènes développementaux transitoires également présents chez les enfants normaux.

Adhérant à ce même point de vue, Gittleman-Klein (1977) critique les critères diagnostiques utilisés dans les années 70 pour la dépression chez les jeunes. Elle souligne que les enfants présentant le syndrome dépressif sont le plus souvent placés dans un contexte environnemental où leurs besoins émotionnels et physiques sont négligés de façon marquée et qu'une nette amélioration peut être observée dans les jours suivants leur retrait de cet environnement. Cette auteure considère alors que le diagnostic de dépression chez les jeunes est mal défini et que la symptomatologie infantile ne correspond peut-être pas à la dépression adulte, cette dernière ne répondant pas à une simple manipulation environnementale. Gittleman-Klein propose une typologie dont l'accent porte sur l'identification d'une diminution notable de la capacité du jeune client de vivre du plaisir.

Le débat autour de ces différents points de vue face à la conceptualisation de la dépression chez les enfants et les adolescents a permis de faire progresser la connaissance autour de ce trouble, tout en suscitant l'intérêt chez les chercheurs

et les cliniciens. Dans les années 80, en dépit de la question non-résolue de la similarité phénoménologique entre enfants, adolescents et adultes, il semble qu'il y ait présentement un consensus autour de l'utilisation des critères de dépression majeure ou unipolaire du DSM-III (1980). et maintenant avec le DSM-III-R, ce consensus continue d'exister. Dans cet ouvrage*, les symptômes de dépression majeure chez les adolescents et chez les enfants de six ans ou plus sont essentiellement les mêmes que ceux utilisés chez les adultes; ainsi donc, les mêmes critères diagnostiques sont utilisés. Ces critères essentiels sont les suivants: (1) humeur dysphorique ou perte d'intérêt ou de plaisir dans tous ou presque tous les passe-temps et activités habituels; (2) présence quasi-quotidienne durant une période minimale de deux semaines d'au moins 4 des symptômes qui suivent: (a) appétit diminué ou perte de poids significative en l'absence de diète, ou appétit accru ou gain de poids significatif; (b) insomnie ou hypersomnie; (c) agitation ou ralentissement psychomoteur; (d) perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités habituelles ou diminution de l'intérêt sexuel; (e) perte d'énergie, fatigue; (f) sentiment de non-valeur, auto-reproche, ou culpabilité excessive ou inappropriée; (g) plaintes ou évidences d'une habilité réduite à penser ou à se concentrer, telle que reflétée par une pensée ralentie ou l'indécision; (h) pensées fréquentes de mort ou de suicide, désir d'être mort ou tentative de suicide; (3) avant que le symptôme dépressif (ie., 1 et 2 décrits précédemment) ne

*Les critères du DSM-III ont guidé cette recherche.

se développe ou après sa rémission, l'absence des symptômes suivants: (a) illusion ou hallucination n'ayant pas de relation apparente au trouble de l'humeur; (b) comportement bizarre; (4) non-superposition à un trouble schizophrénique, schizophréniforme ou paranoïde; (5) absence de trouble mental organique ou de deuil simple.

Les caractéristiques essentielles de l'épisode de dépression majeure sont donc selon le DSM-III, les mêmes pour les enfants, les adolescents et les adultes. Quelques spécifications différentielles sont toutefois ajoutées concernant les enfants de moins de six ans, pour lesquels il est spécifié que l'humeur dysphorique peut être inférée d'une "expression faciale triste permanente". Pour ce même groupe d'âge, au moins trois des quatre premiers symptômes doivent être présents. Le symptôme de diminution de l'intérêt ou plaisir dans les activités habituelles peut être inféré à partir de "signes d'apathie", la perte de poids peut être un échec à gagner le poids prévu et le retard psychomoteur peut s'exprimer par l'hypoactivité. Pour les adolescents, les spécifications ne se retrouvent pas au niveau des critères essentiels, mais plutôt dans la rubrique des "critères associés", c'est-à-dire les critères qui peuvent être présents, mais non invariablement. Chez les enfants pré-pubertaires par exemple, il est mentionné que des symptômes intenses d'anxiété peuvent être notés. Chez les adolescents de sexe masculin, les caractéristiques associées

suivantes sont spécifiées: négativisme ou comportement anti-social, sentiment ou désir de quitter la maison ou de ne pas être compris ou approuvé, inquiétude, nervosité ou agitation, agressivité, bouderie, répugnance à coopérer aux entreprises familiales, retrait des activités sociales, difficultés scolaires, inattention à l'apparence personnelle, émotivité accrue (avec sensibilité particulière au rejet par les êtres aimés) et abus de substances.

Le diagnostic de trouble dysthymique (communément appelé névrose dépressive) est appliqué lorsqu'il y a présence d'une humeur dysphorique ou perte d'intérêt, mais dont la sévérité et la durée sont insuffisantes pour rencontrer les critères de l'épisode de dépression majeure. Ce diagnostic spécifie des caractéristiques essentielles identiques chez les adultes, les enfants et les adolescents. Une distinction se retrouve toutefois au niveau de la durée requise des symptômes qui n'est que de un an chez les enfants et les adolescents, plutôt que de deux ans comme chez les adultes. Les caractéristiques associées sont les mêmes que pour le trouble dépressif majeur.

Malgré cet accord établi autour de l'utilisation des critères diagnostiques du DSM-III, la question qui demeure aujourd'hui est celle de la similarité entre la dépression chez les enfants, les adolescents et les adultes. Certains chercheurs (Puig-Antich, 1982; Ryan, Puig-Antich, Ambrosini, Rabinovich,

Robinson, Nelson, Iyengar et Twomey, 1987) soutiennent la position que la dépression chez les jeunes individus ne diffère pas significativement de la dépression chez les adultes. Dans une étude effectuée auprès d'un échantillon clinique de 95 enfants et 95 adolescents de 6 à 18 ans, utilisant comme instruments de mesure le K-SADS ainsi qu'un diagnostic de dépression majeure, Ryan et al. (1987) ne trouvent pas de différence significative sur les symptômes dépressifs entre les deux groupes. Toutefois, les enfants pré-pubertaires démontrent davantage les symptômes reliés à l'apparence dépressive, aux plaintes somatiques, à l'agitation psychomotrice, à l'anxiété de séparation, aux phobies et aux hallucinations. Les adolescents expriment davantage les symptômes reliés à la perte de plaisir, au désespoir, à l'hypersomnie, au changement de poids, à l'utilisation d'alcool et de drogues et aux tentatives de suicide. Ces auteurs concluent que les similarités à travers l'âge scolaire (6 à 18 ans) dans la phénoménologie de la dépression majeure dépassent les différences et que les changements développementaux de cette étendue d'âge n'ont que des effets modérés sur l'expression d'un nombre limité de symptômes affectifs. L'accent sera alors mis, non pas sur une différenciation des critères diagnostiques, mais sur le processus d'évaluation. Par exemple, le mode d'évaluation devrait tenir compte du fait que les enfants d'âge scolaire ont un sens du temps chronologique pauvre et un langage concret.

Cette position n'est cependant pas partagée par d'autres chercheurs et cliniciens qui soutiennent que les données actuelles demeurent insuffisantes pour déterminer si la dépression chez les enfants et les adolescents est parallèle à celle des adultes. Ils affirment, en outre, que les changements développementaux sont tellement grands de l'enfance à l'adolescence et à la vie adulte que les caractéristiques essentielles de la dépression pourraient différer selon l'âge ou le niveau de développement. C'est le cas de Worchel, Nolan et Willson (1987) qui, dans une étude d'un échantillon d'étudiants(es) de la 3e à la 12e année, trouvent que les plus jeunes enfants endossent significativement plus souvent que les adolescents quatre items du "Children Depression Inventory" (CDI). Ce sont l'inquiétude à propos de mauvaises choses qui pourraient se produire, le manque d'appétit, l'inquiétude à propos de douleurs et le désir d'avoir plus d'amis. Un item est endossé plus souvent par les adolescents que par les enfants, soit le manque de motivation à effectuer son travail scolaire. Ces auteurs concluent à l'existence de différences développementales.

Une perspective qui pourrait s'avérer aidante afin de clarifier cette question des différences dans la symptomatologie dépressive entre l'enfant, l'adolescent et l'adulte est le point de vue développemental. La notion de stades de développement est primordiale et vient complexifier l'étude de la dépression

chez cette population. Les enfants et les adolescents traversent une suite de périodes de changements majeurs aux plans cognitif, affectif et social qui auront possiblement une influence sur la phénoménologie des symptômes dépressifs ainsi que sur son expression. L'approche développementale de la psychopathologie prend en considération le fait que le jeune individu est en développement. Elle tente d'intégrer la recherche portant sur les troubles émotionnels à celle s'intéressant au processus de développement. Une attention particulière est accordée à la possibilité que les expériences vécues pendant une phase de développement spécifique puissent modifier l'étendue des stratégies d'adaptation disponibles chez un individu à une étape ultérieure de sa vie. Cette approche s'intéresse à comprendre autant les effets des caractéristiques développementales sur la psychopathologie que les effets de la psychopathologie sur le cours du développement (Rutter, 1976). Donc, même si aujourd'hui le débat autour des différents points de vue s'est résolu par la reconnaissance de la dépression chez les enfants et les adolescents comme pouvant être exprimée par des symptômes explicites, plutôt que restreinte à une expression "masquée", les années 90 marquent l'ère de nouvelles questions à approfondir sur ce sujet.

Epidémiologie

Il n'est pas tâche facile d'établir de façon précise

l'incidence de la dépression chez les enfants et les adolescents. Les taux d'incidence obtenus dans les études varient considérablement. Les raisons qui expliquent ces fortes différences sont étroitement reliées au manque d'unité chez les chercheurs dans la définition et la conceptualisation de la dépression des jeunes. Cela est dû en partie à la récurrence de l'intérêt porté à ce sujet et se reflète dans l'utilisation de critères diagnostiques, de mesures d'évaluation de la dépression et de procédures non-uniformes dans les études. A ce facteur s'ajoute l'hétérogénéité des populations étudiées. Certaines études emploient des populations générales, le plus souvent étudiantes, d'autres utilisent des populations cliniques. Certaines incluent des populations d'enfants et d'adolescents, d'autres s'adressent spécifiquement à des groupes d'adolescents. Plusieurs études épidémiologiques ont été réalisées par Reynolds et ses collègues (Reynolds, 1983; 1985; 1986; Reynolds & Bartell, 1983; Reynolds & Coats, 1982). De multiples instruments de mesure ont été utilisés (voir Hodges & Siegel, 1985). Les résultats obtenus dans ces études à partir de l'Inventaire de dépression de Beck et l'application des critères de coupure des niveaux de dépression utilisés avec les adultes révèlent que 7% des adolescents sont sévèrement déprimés, 9% sont modérément dépressifs et 18% obtiennent un taux léger de dépression (Reynolds, 1986). Parmi la population clinique, ce taux s'élèverait de façon marquée et varierait sensiblement selon les études de 10 à 59% (Baron, 1985). Kashani, Husain, Walid,

Shekin, Hodges, Cytryn et McKnew (1981), dans un résumé d'études épidémiologiques des années 70, présentent des taux variant de 0.14% à 59%, ce qui illustre aussi cette variation importante des résultats obtenus.

Dans les échantillons de la population générale étudiés, les symptômes dépressifs augmentent de l'enfance à l'adolescence. L'augmentation semble davantage fonction de la puberté que de l'âge chronologique (Rutter, 1986). Les échantillons cliniques présentent aussi le trouble dépressif comme devenant plus fréquent pendant l'adolescence. Un changement de ratio du sexe se produirait à la puberté. D'une prédominance des hommes comparés aux femmes avant la puberté, les femmes deviendraient à leur tour plus dépressives après la puberté, ce ratio demeurant présent à l'âge adulte (Rutter, 1986). Teri (1982b) obtient des moyennes à l'Inventaire de dépression de Beck de 8.1 chez les pré-adolescents (7e-8e années), de 8.5 chez les adolescents (14-17 ans) et de 5.1 chez les adultes. De son côté, Bornstein, Kraemer, Hastrup et Lenhart (1985) obtiennent des taux qui augmentent aussi pendant la période de l'adolescence. Les adolescents plus jeunes (10-13 ans) se situent à 7.8 sur l'échelle de Beck, alors que leurs pairs plus âgés (14-17 ans) obtiennent un score de 8.7. Un taux moyen de dépression de 3.9 est retrouvé chez les adultes. La stabilité temporelle des symptômes deviendrait également plus évidente lorsque mesurée entre le début et la fin de

l'adolescence (Strober, 1986).

Selon Reynolds, un facteur qui influence les données épidémiologiques de la dépression est que les recherches présentent le niveau de symptomatologie initial, soit après seulement une première évaluation, alors que ce taux diminue lors d'évaluations subséquentes, d'où l'importance d'utiliser une procédure en plusieurs étapes. Cet auteur propose un modèle de sélection et d'identification des enfants et adolescents dépressifs en milieu scolaire. Cette procédure à multiples étapes permet d'éviter d'identifier les enfants et les adolescents comme cliniquement déprimés lorsque leurs symptômes dépressifs sont de nature transitoire ou épisodique. Elle peut être utilisée par le psychologue de l'école et s'applique aux enfants de 3e année et plus, donc aux adolescents. Plus spécifiquement, elle comprend trois étapes. La première étape consiste en l'évaluation d'une large proportion d'étudiants par le biais d'une mesure auto-évaluative. Ensuite, une deuxième étape repose sur une ré-évaluation de tous les étudiants qui obtiennent un score supérieur à un score de coupure de dépression pré-déterminé à la première évaluation. Finalement, en troisième lieu, les étudiants qui scorent au-dessus du niveau de coupure à la deuxième évaluation se voient administrés une entrevue clinique individuelle d'évaluation de la dépression.

Ce modèle a fait l'objet de vérification contrôlée par

Kahn, Kehle et Jenson (1987) auprès de 350 étudiants de 8e année et l'incidence des taux de dépression obtenus vont de pair avec ceux obtenus par Reynolds, soit 33% suite à la première évaluation, 16% à l'étape 2 et 12% après l'entrevue de l'étape 3. Ce type de procédure d'identification et de sélection des jeunes de milieu scolaire apparaît donc des plus judicieux.

Il est pertinent de mentionner en terminant les résultats d'une étude menée par Lewinsohn, Hops, Roberts et Seeley (1988) visant à évaluer la prévalence de la dépression chez les adolescents dans la population générale. Un échantillon de 1,000 adolescents de 9e à 12e année a été utilisé. Ce qui rend cette étude particulièrement intéressante est qu'un critère de sélection de dépression majeure selon les critères du DSM-III-R a été utilisé lors de la sélection des sujets. Les résultats indiquent un taux 2.2% d'adolescents dépressifs au moment de l'étude. Egalement, on retrouve un taux de 17.6% des adolescents ayant vécu un épisode de dépression majeure au cours de leur vie.

A partir de ces données, il est difficile de déterminer le taux exact de dépression à l'adolescence puisque les résultats varient selon les échantillons et les instruments de mesure utilisés. Il apparaît toutefois que ce taux augmente de l'enfance à l'adolescence et que cette période de la vie pourrait se révéler importante en ce qui a trait à la

détermination du ratio du sexe pour la prédominance de la dépression.

Corrélatés psycho-sociaux

Jusqu'à récemment, très peu d'attention a été accordée à l'élaboration de modèles théoriques spécifiques à la dépression chez les adolescents. A ce sujet, il est pertinent de mentionner que s'il s'avérait que la phénoménologie adulte et adolescente de la dépression soient similaires, cela n'impliquerait pas automatiquement que les modèles adultes de ce trouble soient applicables à la population adolescente. Cependant, on s'est inspiré de modèles de la dépression chez les adultes pour explorer chez les adolescents des variables qui se sont avérées importantes. La recherche sur les facteurs étiologiques ainsi que sur les variables démographiques et cognitives de la dépression chez les jeunes se situe à un stade que l'on pourrait qualifier de préliminaire et, en ce sens, les résultats des études sont assez souvent partagés. Malgré ce fait, certains résultats concernant les corrélatés psycho-sociaux de la dépression chez les enfants et les adolescents valent la peine d'être examinés de plus près. Parmi eux, il y a le fonctionnement intellectuel général, les habiletés de résolution de problèmes, le style attributionnel, l'affirmation de soi, le lieu de contrôle, l'égoцентризм de pensée et les événements de vie stressants (Baron, 1985; Hodges & Siegel, 1985).

Certaines études trouvent une relation négative entre la dépression et le fonctionnement intellectuel ou académique chez des enfants d'école publique élémentaire (Lefkowitz & Tesiny, 1980; Tesiny, Lefkowitz & Gordon, 1980), alors que d'autres études ne confirment pas cette relation (Brumback, Jackoway & Weinberg; 1980). Certains auteurs observent une relation entre une performance négative sur des tâches de résolution de problèmes et la dépression chez les enfants (Kaslow, Tanenbaum, Abramson, Peterson & Seligman, 1983; Schwartz et al., 1982). Une relation entre dépression et habiletés de résolution de problèmes interpersonnels ne semble toutefois pas être confirmée (Mullin, Siegel et Hodges; sous presse). Des études similaires avec des populations adolescentes restent à effectuer.

Les résultats obtenus dans les études sur le lieu de contrôle et le style attributionnel s'orientent dans une perspective différente, celle où la relation observée chez les adultes semble être aussi présente chez les enfants et les adolescents. Une corrélation est observée entre un lieu de contrôle externe et un style attributionnel "interne-global-stable" pour des événements négatifs et la dépression, ceci tant chez les enfants que les adolescents (Moyal, 1977; Lefkowitz et al., 1980; Leon, Kendall & Garber, 1980; Siegel & Griffin, 1984). Quant à l'affirmation de soi, une étude de Teri (1982a) fournit des résultats pour le moins surprenants dans le

sens d'une corrélation positive retrouvée entre l'affirmation de soi et la dépression. L'auteur explique cette relation par des attentes de non-affirmation face aux adolescents de la part des adultes et le renforcement négatif de tels comportements par l'environnement.

Il semble qu'un certain nombre d'événements stressants soient associés à la dépression chez des adolescents hospitalisés (Hudgens, 1974), de même que chez une population non-clinique d'adolescents (Gibbs, 1985). Les événements stressants qui auraient une importance préférentielle seraient la perte parentale, les changements physiques survenant à l'adolescence (qui se reflètent dans une image corporelle de même qu'une image de soi négatives), la réussite académique et la mobilité. Le lien entre situation de vie stressantes et dépression a aussi été exploré par Baron, Joubert et Mercier (1987) dans une étude visant à identifier celles qui peuvent être liées au symptôme dépressifs. Les événements ayant trait à la mobilité, aux problèmes de conduite et à l'autonomie se sont avérés des prédicteurs importants de dépression chez les adolescents. La performance académique est aussi identifiée par Baron et Perron (1986) comme ayant un lien significatif avec le niveau de dépression auto-rapporté par les adolescents.

Une étude récente de Hops, Lewinsohn, Andrews et Roberts (1989) reprend l'examen de plusieurs de ces variables en plus

d'en explorer une variété d'autres pouvant se révéler associées à la dépression chez les adolescents. Une des qualités de cette étude est d'inclure un échantillon de grande taille. Mille six cent soixante-quatre adolescents de 9^e à la 12^e année (\bar{X} = 16 ans) ont complété 29 mesures à deux reprises à l'intérieur d'une période d'un mois. Une première série de cinq variables ont été identifiées comme des variables concomitantes "pures" de la dépression, c'est-à-dire que ces caractéristiques covarient avec le score de dépression sans pour autant le prédire. Ce sont: (1) l'anxiété; (2) l'affect positif, considéré comme l'inverse de la dysphorie; (3) les événements majeurs de la vie, suggérant que les adolescents déprimés, particulièrement les filles, pourraient présenter une distorsion perceptuelle négative face au rappel d'événements stressants; (4) le style adopté pour faire face à une situation stressante ou douloureuse, soit par la résolution de problème, par la distraction ou par d'autres mécanismes de contrôle cognitif et (5) les attributs masculins. Cette dernière variable réfère à l'adhésion aux stéréotypes masculins, mais peut également être considérée comme une autre mesure de compétence personnelle. Un deuxième groupe de cinq variables également permet de prédire une diminution des symptômes dépressifs en plus de covarier avec ces derniers. De faibles intentions suicidaires, une image de soi positive, une tendance à s'auto-renforcer et de bas niveaux de style attributionnel négatif empêchent le maintien des symptômes dépressifs. Un troisième groupe de variables se sont avérées

prédictrices de changement dans l'état émotif, mais cette fois dans le sens de facteurs de risque d'aggravation de cet état vers l'apparition d'un épisode dépressif. Les adolescents qui adhèrent à des croyances irrationnelles, rapportent de hauts niveaux d'événements frustrants quotidiens, adoptent des comportements délinquants ou d'opposition et démontrent une conscience de soi réflexive ou publique sont plus enclins à devenir déprimés. Finalement, les adolescents dont l'estime de soi est très peu élevée, dont l'image corporelle est négative en plus de présenter une tendance à dramatiser, apparaissent vulnérables à la dépression chronique. La qualité des relations familiales serait aussi liée à cet état.

Un dernier thème auquel il est pertinent d'accorder une attention particulière est l'égoцентризм de pensée et sa relation à la dépression chez les adolescents. L'égoцентризм de pensée est une des variables qui sera prise en considération dans cette étude. La pertinence d'inclure cette variable s'explique par l'intérêt récent que ce concept suscite chez les chercheurs qui s'intéressent à la dépression chez les adolescents. Le concept d'égoцентризм de pensée appartient à la théorie du développement cognitif de Piaget. Il réfère à un manque de différenciation de l'interaction sujet-objet qui s'exprime selon une forme et par un ensemble de comportements unique à chaque stade de la croissance intellectuelle. D'un point de vue développemental, l'égoцентризм peut être vu comme

l'aspect négatif lié à l'émergence de nouvelles habiletés cognitives encore faiblement maîtrisées. Elkind (1967) a repris ce thème de l'égoцентризм élaboré par Piaget et s'est intéressé particulièrement à l'égoцентризм adolescent qui, selon ce modèle, accompagne l'émergence de la pensée formelle. Pendant ce stade de développement, l'adolescent devient capable de conceptualiser non seulement sa propre pensée, mais aussi celle des autres. C'est cette capacité de tenir compte des pensées des autres, encore non maîtrisée, qui est au coeur de l'égoцентризм adolescent. Elkind décrit ce phénomène comme un manque de différenciation entre son propre point de vue et celui d'autrui ou, dit autrement, l'adolescent ne parvient pas à faire la distinction entre ses propres préoccupations face à lui-même et les préoccupations d'autrui. Les conséquences de ce manque de différenciation s'expriment par des modes de pensée typiques à l'adolescent. La centration sur soi qui consiste à orienter ses pensées vers soi plutôt que vers les autres est un phénomène accentué à l'adolescence. Dans des situations sociales, le jeune individu anticipe les réactions des autres personnes face à lui-même. Il construit et réagit continuellement à une "audience imaginaire". Cette croyance de l'adolescent qu'il est le centre d'attention et qu'il est évalué par chacun est nommée par Elkind audience imaginaire pour illustrer que l'adolescent se comporte constamment comme s'il était l'objet d'attention d'un public, mais que ce public est imaginaire puisqu'il en est autrement dans la réalité. Un deuxième phénomène est la tendance que

démontre l'adolescent de se considérer unique et spécial. Seulement lui ne souffre avec autant d'intensité ou expérimente un tourment aussi grand. Ce phénomène est appelé la "fable personnelle" par Elkind pour décrire la croyance du jeune individu en l'unicité de sa propre expérience émotionnelle. En théorie, l'égoïsme adolescent tend à diminuer vers 15 ou 16 ans, période où la pensée formelle est bien établie. Par le biais de la maîtrise des habiletés cognitives telles que le testing d'hypothèse en fonction de la réalité objective, l'adolescent reconnaît graduellement la différence entre ses propres préoccupations et les intérêts et préoccupations des autres. Egalement, avec l'établissement de relations de mutualité et le partage des confidences, la jeune personne découvre que les autres ont des sentiments similaires aux siens.

D'après Piaget et Elkind, l'égoïsme pourrait avoir des influences négatives sur le comportement en donnant lieu à des attitudes dysfonctionnelles ou à des façons erronées de percevoir la réalité. Ceci se lie bien à la conceptualisation cognitive-behaviorale de la dépression en termes des distorsions cognitives comme facteurs importants dans ce trouble. Dans les dernières années, quelques études ont débuté l'exploration d'un lien possible, chez les adolescents, entre l'égoïsme de pensée et les attitudes dysfonctionnelles ou les troubles émotionnels dont la dépression. L'égoïsme de pensée a été proposé comme facteur de vulnérabilité prédisposant l'adolescent

à des troubles émotionnels, dont la dépression. Baron (1986a) fournit des données appuyant cette hypothèse dans une étude d'un échantillon d'adolescents de 13 à 18 ans de milieu scolaire, où les attitudes dysfonctionnelles varient en fonction de l'égoïsme. Les sujets ayant un degré élevé d'égoïsme montrent significativement plus d'attitudes dysfonctionnelles que les sujets ayant un degré moindre d'égoïsme. Toutefois, ni l'égoïsme, ni les attitudes dysfonctionnelles ne diminuent avec l'âge, ce qui vient poser un doute sur la conception de l'égoïsme de pensée comme étant relié à l'émergence de la pensée opératoire formelle. Une conception alternative de l'égoïsme adolescent en terme de développement cognitif social relié au développement de la "prise de perspective" est suggérée par Lapsley et Murphy (1985).

L'égoïsme comme facteur relié à un trouble plus spécifique, celui de la dépression, est aussi exploré par ce même auteur (Baron, 1986b). Les données obtenues appuient cette hypothèse puisque ici encore, les sujets à haut niveau d'égoïsme de pensée montrent significativement plus de symptômes dépressifs (mesurés par l'IDB) que les sujets à bas niveau d'égoïsme. De nouveau, aucun effet significatif n'est retrouvé pour l'âge en fonction de la variable égoïsme malgré que les résultats s'approchent d'un niveau significatif. Des résultats identiques ont été reproduits

auprès de jeunes adultes de 18 à 25 ans (Baron & Hannah, 1989). Par ailleurs, dans une étude effectuée auprès d'un échantillon d'adolescents francophones, on n'a pas retrouvé cette relation entre égocentrisme et dépression (Baron & Marcotte, 1987).

Traitement de la dépression chez les adolescents

Comme l'attention consacrée à l'étude de la dépression chez les adolescents est toute récente, la création de modèles de traitement ainsi que la vérification de leur efficacité n'apparaissent que depuis très peu d'années dans les écrits. La littérature sur le traitement de la dépression chez les adolescents est donc limitée. Ceci s'explique aussi en grande partie par le fait que les développements dans le diagnostic et l'évaluation des troubles dépressifs et l'acceptation générale de la dépression comme entité clinique observable chez les enfants et les adolescents sont tous deux très récents. Quelques stratégies de traitement systématiques ont toutefois fait leur apparition ces dernières années et l'investigation de leur efficacité thérapeutique commence déjà à apparaître dans la littérature. Ces stratégies seront maintenant présentées et les études ayant testé leur efficacité seront schématisées et résumées dans le tableau 3.

Une première étude qui mérite d'être présentée est celle de Butler, Mieztis, Friedman et Cole (1980). Cette étude est

Étude	Sujets	Traitements	Sélection	Variables dépendantes et résultats
Butler et al. (1980)	Étudiants dépressifs de 5e et 6e années; N= 14 sujets par groupe (2 groupes de 7 sujets)	"Role-play (RP), restructuration cognitive (inspiré de Beck, Ellis et Maas) (RC), attention placebo (AP), contrôle	Référence par le professeur et Score > 59 au "Self-report depression battery" comprenant 4 questionnaires auto-évaluatifs: "Self-esteem Scale", "Children's Depression Inventory", "Royal-Miechis Stimulus Appraisal Questionnaire" et "Wovicki-Strickland locus of Control Scale for Children"	dépression (post-test): effet significatif de RP, RC, contrôle; RP > autres traitements estime de soi (post-test): effet significatif de RP et RC
Reynolds et Coats (1986)	Étudiants dépressifs de niveau secondaire N= 9-11 sujets par groupe X= 15.7 ans	Cognitif-behavioral (inspiré de Behn et Levinsohn)(CB), relaxation (R), contrôle	Score de 12 et + à l'IDB, score de 72 ou + au BADS (Reynolds Adolescent Depression Scale), score de 20 et + à l'entrevue clinique "Bellevue Index of depression" (BID)	dépression: post-test: effets significatifs des deux traitements (CB et R) sur les trois mesures de dépression (IDB, BADS, BID) relance: effets significatifs demeurent présents à l'IDB, BID, mais non au BADS anxiété: post-test: effets significatifs pour tous les groupes (CB, R, contrôle); R > contrôle concept de soi: post-test: effets significatifs des deux traitements sur une des deux mesures utilisées relance: CB > contrôle
Levinsohn, Clarke et al. (1988)	Adolescents dépressifs N= 19-21 sujets par groupe X= 16 ans	Cognitif-behavioral (CB), cognitif-behavioral + parents (CBP)	Entrevue clinique (K-SADS)	dépression: post-test: 52.6% des sujets du groupe CBP et 57.1% des sujets du groupe CB rencontrent les critères du DSM-III de trouble affectif, comparé à 94.7% des sujets du groupe contrôle (p< .01); effets significatifs des deux traitements à l'IDB relance: différences significatives maintenues

reconnue en tant que la première du genre à vérifier l'efficacité d'une intervention de groupe pour traiter la dépression chez les jeunes (Reynolds & Stark, 1987). Ces chercheurs étudient l'efficacité d'un programme de traitement des symptômes dépressifs, ceci cependant chez une population pré-adolescente (10 à 13 ans). Les sujets sont sélectionnés selon la référence du professeur et l'obtention d'un score de coupure sur un ensemble de mesures nommé "Batterie de la dépression". Celle-ci inclut une échelle d'estime de soi, le "Children Depression Inventory" qui est une mesure auto-évaluative de dépression inspirée de l'Inventaire de dépression de Beck. Elle inclut également une mesure de distorsions cognitives et une mesure de lieu de contrôle. Quatre conditions sont comparées: jeu de rôle, restructuration cognitive, attention placebo et contrôle. La restructuration cognitive a pour objectif d'enseigner la détection des pensées automatiques irrationnelles et auto-dépréciatrices de même que l'adoption d'alternatives plus logiques, l'amélioration des habiletés d'écoute et la reconnaissance de la relation entre les pensées et les sentiments. Le traitement offert consiste en dix sessions d'une durée d'une heure, administrées à des groupes de 6 à 8 enfants. Des mesures pré et post-test révèlent une amélioration maximale du groupe jeu de rôle sur chacune des mesure de la Batterie de la dépression. Aucune procédure de relance n'est incluse dans cette étude.

Reynolds et Coats (1986) ont comparé l'efficacité d'un traitement cognitif-behavioral à l'entraînement à la relaxation et à un groupe contrôle-liste d'attente dans le traitement de la dépression chez des adolescents. La stratégie utilisée pour le traitement cognitif-behavioral est très structurée et comprend l'assignation de devoirs à la maison reliés au contenu théorique présenté dans les sessions. L'accent est mis sur l'enseignement d'habiletés d'auto-contrôle, incluant l'auto-observation, l'auto-évaluation et l'autorenforcement. La formule utilisée consiste en 10 sessions de 50 minutes pendant cinq semaines. Le nombre de sujets par groupe varie de 9 à 11. Deux mesures auto-évaluatives de la dépression sont utilisées, soit l'IDE (Beck Depression Inventory) modifié et le RADS ("Reynolds Adolescent Depression Scale"), ainsi qu'une entrevue d'évaluation au moyen de l'Index Bellevue de la dépression. Deux mesures auto-évaluatives du concept de soi sont aussi incluses, mesurant le concept de soi général et le concept de soi académique. Finalement, une mesure d'anxiété est utilisée ("The State-Trait Anxiety Inventory"). Au post-test, les sujets des deux groupes de traitement ont montré des améliorations du niveau de dépression significatives et équivalentes comparativement au groupe contrôle. Une procédure de relance a également été utilisée. A la relance, soit cinq semaines après la fin du traitement, les différences entre les groupes traitements et contrôle demeurent présentes sur deux des trois

mesures de dépression utilisées (IDB et l'Index Bellevue de dépression, mais non au RADS).

Parmi les traitements proposés de la dépression chez les adolescents, on retrouve également l'intervention de groupe à la Lewinsohn, issue de son modèle théorique d'apprentissage social. Originellement élaboré en vue du traitement d'une clientèle adulte (Teri & Lewinsohn, 1985), ce modèle a été modifié dans le but de permettre son utilisation avec des adolescents de 14 à 18 ans (Clarke & Lewinsohn, 1984). Le but, conformément à ce modèle théorique, est d'accroître la quantité et la qualité d'interactions positives que la personne déprimée entretient avec son environnement ainsi que de diminuer la quantité et la qualité des interactions négatives. Ce traitement est offert sous la forme d'un cours de 14 sessions dont le contenu explicite est décrit. Il s'adresse à des groupes de 5 à 8 adolescents et comprend différents types d'interventions, notamment la thérapie cognitive, l'accroissement des activités plaisantes, l'entraînement à la relaxation, aux habiletés sociales et à la gestion du temps. Ce traitement comprend aussi un cours qui est offert aux parents parallèlement, mais distinctement de celui offert aux adolescents. L'objectif de ce traitement est similaire à celui poursuivi avec les adolescents.

L'efficacité d'une version récente de ce programme de

traitement a fait l'objet d'une étude contrôlée (Clarke, 1987; Lewinsohn et al., 1988). La procédure de sélection utilisée est une entrevue clinique (K-SADS) administrée à chaque adolescent, ainsi qu'aux parents en vue d'établir un diagnostic des symptômes de l'adolescent. Des 114 adolescents interviewés, 60.5% rencontrèrent les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude. Le contenu du programme (Lewinsohn & Clarke, 1986) est similaire au contenu décrit ci-haut, mais le nombre d'adolescents par groupe était de 19 à 21. Trois groupes ont été comparés: un groupe-traitement, un groupe-traitement accompagné d'un traitement séparé mais complémentaire offert aux parents et un groupe-contrôle de liste d'attente. La dépression a été mesurée par un diagnostic selon le DSM-III et l'IDB. L'administration du traitement aux adolescents seulement ou aux adolescents et à leurs parents s'est révélée plus efficace à diminuer la dépression en comparaison à un groupe contrôle-liste d'attente.

Résumé et objectifs de la thèse

Ces études traitant de la dépression chez les adolescents et les enfants permettent de constater que ce domaine d'intérêt récent chez les professionnels de la psychologie est en pleine évolution. On peut donc s'attendre à ce que les prochaines années soient fructueuses en ce qui concerne le développement de la recherche autour des thèmes

amorcés ces dernières années. L'incidence de la dépression chez les adolescents sera connue d'une façon plus précise au fur et à mesure que les critères d'évaluation et de diagnostic seront raffinés. Il en sera de même pour la conception de la dépression chez cette population qui se verra enrichie par la prise en considération de l'aspect développemental. Les programmes de traitement qui ont fait leur apparition ces dernières années semblent s'orienter dans une perspective cognitive-behaviorale, ce qui n'est pas étonnant étant donné que ces approches sont parmi les plus actives depuis la dernière décennie dans la conception et le traitement de la dépression. Le traitement semble aussi s'orienter vers des stratégies de groupe sous la forme de programmes rigoureusement systématisés. Ces approches de groupes ont l'avantage d'avoir une portée tant préventive que curative, et comme elles s'inspirent d'approches psychoéducationnelles, elles peuvent être intégrées au milieu scolaire. Le programme de thérapie émotive-rationnelle de Bernard et Joyce (1984) présenté précédemment peut être perçu comme s'inscrivant dans cet effort actuel pour systématiser le traitement de la dépression chez les adolescents.

Par sa proposition que les individus contrôlent en grande partie leur destinée en adoptant des idées ou croyances et en agissant sur la base de ces conceptions, le modèle émotive-rationnel offre une compréhension de la détresse émotionnelle digne d'intérêt. Cette importance accordée à la

médiation cognitive dans l'explication des troubles émotionnels par le biais du concept de croyances irrationnelles rend cette approche tout à fait pertinente à la problématique de la dépression. Ceci, puisque les modes de traitements contemporains de ce trouble sont précisément orientés pour la plupart vers une intervention de nature cognitive. Malgré que l'efficacité de ce modèle de thérapie ait été l'objet de multiple études dont les résultats tendent à confirmer son efficacité auprès des adultes, son efficacité auprès de populations d'adolescents demeure non confirmée. TER est appliqué dans sa forme éducative à l'intérieur de contextes scolaires depuis plusieurs années, sans pour autant avoir fait l'objet d'une vérification empirique rigoureuse. L'évaluation de son application à la problématique de la dépression chez les adolescents demeure inexistante. La tendance des récentes années à accorder une importance majeure à ce trouble chez les jeunes justifie l'application et la vérification de l'efficacité d'un programme TER tel que celui de Bernard et Joyce à la dépression chez les adolescents.

C'est précisément le but premier de cette étude de vérifier l'efficacité de TER auprès d'adolescents de milieu scolaire qui sont aux prises avec des symptômes dépressifs. L'efficacité du programme de Bernard et Joyce (Appendice A) à diminuer la dépression chez les adolescents est vérifiée. Un groupe de traitement émotive-rationnel de la dépression est

comparé à un groupe contrôle non-traitement. La présence de ce groupe contrôle, ainsi que l'utilisation de mesures objectives du comportement permettent de remédier à certaines des faiblesses des études antérieures. Une procédure de relance est également incluse dans la présente étude permettant aussi d'améliorer le type de modèle expérimental utilisé. Finalement, la procédure de sélection employée, qui sera décrite dans le prochain chapitre, permet d'inclure des adolescents présentant des caractéristiques très semblables à celles du diagnostic du trouble dépressif dans les groupes utilisés, et ainsi appliquer le traitement à une population assez similaire à une population clinique. Une procédure de sélection en plusieurs étapes, inspirée des travaux de Reynolds, est utilisée.

Il est prédit que cette stratégie émotivo-rationnelle de traitement sera plus efficace à réduire la dépression qu'une procédure de liste d'attente, et ce, en tenant compte de la présence d'événements stressants durant la période de traitement. Le motif de l'inclusion de cette dernière variable dans cette étude n'est pas de confirmer l'importance de certaines situations de vie stressantes en lien avec la dépression, mais plutôt de permettre un contrôle de la présence ou de l'absence de situations de vie stressantes pendant la période de traitement, ce qui peut en influencer l'efficacité. Cette procédure de contrôle s'additionne à l'emploi du groupe contrôle comme tel. Il est aussi prédit que cette stratégie

émotivo-rationnelle de traitement, en accord avec son but, sera plus efficace que la procédure de liste d'attente pour réduire le taux de croyances irrationnelles. Finalement, il est prédit que les événements activants de la dépression chez les adolescents seront prioritairement de type échec ou rejet. Une variable modératrice sera prise en considération lors de l'examen des résultats portant sur l'évaluation de l'efficacité du programme de traitement, soit l'égoцентризм de pensée, compte tenu de la pertinence que cette variable semble prendre dans le cadre de la dépression chez les adolescents (voir Baron, 1986 a,b).

Chapitre 2

METHODE

Sélection des sujets:

Les sujets qui ont participé à cette étude sont des adolescents, âgés de 14 à 17 ans, de niveau 3e, 4e et 5e secondaire, fréquentant l'École secondaire Polyvalente de l'Erablière de Gatineau, Québec. Une description de l'échantillon est présentée subséquemment. Une autorisation de la direction de cette institution a été obtenue afin de réaliser cette étude.

Les sujets ont été sélectionnés selon une procédure comportant trois étapes, inspirée de la procédure de Reynolds décrite dans le chapitre précédent. La première étape a consisté en l'administration de l'Inventaire de dépression de Beck (IDB) (Beck & Beamesderfer, 1974) (Appendice D) à 586 adolescents, lors de cours réguliers. L'échantillon visé au départ comprenait uniquement les étudiants et les étudiantes âgés de 15 à 17 ans, soit les niveaux 4e et 5e secondaires. Tous les élèves de ces niveaux ont donc été testés. Suite à la difficulté d'atteindre le nombre de sujets escompté à l'intérieur de cette limite d'âge, l'échantillon a été élargi pour inclure les étudiants et les étudiantes de 14 ans, soit 226 élèves du 3e secondaire. La passation de l'IDB a donc été effectuée dans les classes de 4e et 5e secondaire d'abord, pour s'étendre, deux semaines plus tard, aux classes de 3e secondaire. Cet élargissement de l'échantillon permet de demeurer à l'intérieur

des limites prescrites par le programme de Bernard et Joyce, qui est conçu pour une application chez les 13-17 ans. L'organisation des groupes, tel qu'il sera mentionné subséquentement dans la procédure, a aussi permis de conserver une homogénéité de deux ans d'écart d'âge entre les sujets d'un même groupe, à une exception près. Le tableau 4 présente la composition de l'échantillon total de départ. Un questionnaire non identifié a été éliminé.

De cet échantillon de 586 sujets, 84 (14.3%) sujets ont obtenu un score de 15 et plus à l'IDB et ont été invités à participer à la deuxième étape de sélection (voir Tableau 4). Cette invitation s'est déroulée sous la forme d'une lettre remise par les professeurs aux adolescents concernés dans laquelle l'information pertinente au programme leur était fournie ainsi que des formules de consentement s'adressant à eux ainsi qu'à leurs parents (Appendice B et C). Les sujets devaient rapporter ces lettres à l'expérimentatrice. Des contacts téléphoniques ont aussi permis de réitérer l'invitation pour les sujets n'ayant pas répondu à l'invitation de participer aux groupes. Un score de sélection de 15 et plus à l'IDB a été utilisé en référence aux études sur les qualités psychométriques de cet instrument avec des populations d'adolescents (Barrera & Garrison-Jones, sous presse; Strober, Green & Carlson, 1981).

Tableau 4

Composition de l'échantillon

Sexe	Sélection I			Sélection II		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
Scolarité						
Sec III	119	107	226	14	30	44
Sec IV	97	107	204	9	15	24
Sec V	76	80	156	3	13	16
Total	292	294	586	26	58	84

Ce score a permis de déceler la présence d'un niveau de dépression se rapprochant de très près de la dépression majeure selon le DSM-III. La sélection possible d'un certain nombre de faux positifs était minimisée par la présence des étapes ultérieures de sélection, soit la deuxième passation de l'IDB, ainsi que l'entrevue d'évaluation au moyen du Hamilton.

Parmi ces 84 étudiants et étudiantes, 50 ont accepté l'invitation et se sont présentés à la deuxième étape de sélection, consistant en une deuxième passation de l'IDB. De ce nombre, 37 ont obtenu un score de 15 et plus à cette deuxième étape et ont été rencontrés pour une entrevue où le niveau de dépression a été évalué à nouveau en employant l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton (Hamilton, 1967)(Appendice E). Cette entrevue constituait la troisième étape de la sélection. Une description de cet instrument et de son mode d'utilisation est présentée dans une partie ultérieure de ce chapitre. Trente sujets se sont vus attribuer le score de coupure de 10 et plus par les juges. Les seize premières entrevues ont été menées conjointement par deux juges afin d'établir le niveau de fidélité inter-juges. Une corrélation r de Pearson établit ce niveau à 0.92.

Le tableau 5 présente les critères d'inclusion et

Tableau 5

Critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion:

- a) Score de 15 et plus à la deuxième passation de l'IDB
- b) Score de 10 et plus obtenu par chaque juge à l'entrevue clinique Hamilton
- c) Etre âgé(e) de 14 à 17 ans inclusivement

Critères d'exclusion:

- a) Score de 2 ou 3 à l'item 9 de l'IDB, confirmé par des indications de planification suicidaire définies au moment de l'entrevue du Hamilton
 - b) Manifestation de symptômes nécessitant une référence psychiatrique immédiate; ex.: comportements psychotiques
 - c) Consommation de drogues et/ou alcool sur une base régulière
 - d) Recevoir une autre forme de traitement psychologique
-

d'exclusion utilisés lors de la sélection. Ces critères tiennent compte des recommandations de Bernard et Joyce (1984). Deux sujets ont été exclus de l'étude et ont été référés au service d'aide de l'école tel que le prévoyaient les mesures d'éthique approuvées pour ce projet. Ces sujets répondaient au critère d'exclusion a, soit un score de 2 ou 3 à l'item 9 de l'IDB, confirmé par des indications de planification suicidaire définies au moment de l'entrevue du Hamilton. L'un d'eux répondait également au critère d'exclusion c, soit une consommation de drogues ou alcool sur une base régulière. La limite définie comme une consommation régulière excessive d'alcool et/ou drogues était de 24 consommations par semaine. Le choix de ce critère repose sur les résultats d'une étude de Santé Québec sur les habitudes de consommation d'alcool des adolescents et des jeunes adultes (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 1988). La consommation d'alcool et/ou drogues ainsi que la participation à une autre forme de traitement psychologique ont été évaluées lors de l'entrevue d'évaluation au moyen du Hamilton. Le premier critère faisait l'objet d'un court questionnaire (Appendice F) et le deuxième critère était vérifié sous la forme d'une question intégrée dans la passation du Hamilton (Appendice E, question 14).

Finalement, 28 sujets ont été invités et ont accepté de participer aux groupes d'intervention. Trois sujets du groupe expérimental (SEC III) ont été éliminés par la suite dû à un

taux de participation insuffisant. Ces trois étudiants et étudiantes n'ont participé qu'à quatre rencontres ou moins. Le taux minimum de participation requis a été établi à six rencontres, soit une présence à 50% des rencontres. Des taux de participation similaires de 79% ont été obtenus dans les deux groupes expérimentaux, signifiant que les sujets ont été présents en moyenne à 9 à 10 des 12 rencontres offertes.

Le nombre total final de participants a donc été de 25 (12 sujets dans le groupe expérimental et 13 sujets dans le groupe contrôle). L'échantillon comprenait 6 garçons et 19 filles, dont la moyenne d'âge était de 15.3 ans (e.t.=1.03). Le score moyen obtenu lors de la deuxième passation de l'IDE a été de 22.6 (e.t.=7.26), alors qu'un score moyen de 12.0 (e.t.=1.85) a été obtenu au Hamilton. Sept sujets étaient en 3e secondaire (\bar{X} =14.4 ans; 1 garçon, 6 filles), 13 étaient de niveau 4e secondaire (\bar{X} =15.4 ans; 4 garçons, 9 filles) et 5 sujets étudiaient en 5e secondaire (\bar{X} = 16.4 ans; 1 garçon, 4 filles).

Procédure:

Les sujets sélectionnés ont été assignés au hasard à deux groupes, soit un groupe expérimental et un groupe-contrôle-liste d'attente. Cette procédure fut répétée à deux reprises. Les sujets de 4e et 5e secondaires ont d'abord été distribués selon deux groupes, soit un groupe expérimental

(N=10; \bar{X} =15.5 ans; 3 garçons, 7 filles) et un groupe-contrôle (N=8; \bar{X} =15.9 ans; 2 garçons, 6 filles). Un sujet, qui s'était désisté, a finalement décidé de participer au groupe-traitement, ce qui explique la répartition 10-8 plutôt que 9-9. Deux semaines plus tard, les sujets du 3e secondaire ont été regroupés à leur tour pour former un groupe expérimental (N=5; \bar{X} =14.6 ans; 2 garçons, 3 filles) et un groupe-contrôle (N=5; \bar{X} =14 ans; 1 garçon, 4 filles). Les sujets des groupes contrôle-liste d'attente ont été informés qu'il n'était pas possible d'offrir le traitement à tous les étudiants et les étudiantes sélectionnés à ce moment, mais que cela se ferait plus tard, soit dans les dix prochaines semaines. Entre-temps, ils seraient contactés à quatre reprises pour compléter des questionnaires. Cette distribution des sujets a permis de conserver un écart d'âge de deux ans entre les sujets d'un même groupe. Les sujets des groupes de 4e et 5e secondaire étaient âgés de 15 à 17 ans, ceux des groupes de 3e secondaire étaient âgés de 14 ans, à l'exception d'un seul sujet âgé de 17 ans.

Deux groupes de traitement, jumelés à deux groupes-contrôle, ont donc été menés parallèlement avec un délai de deux semaines entre eux. Le premier groupe-traitement a débuté le 04 octobre 1988 et s'est terminé le 15 novembre. Le deuxième groupe-traitement s'est déroulé pendant la période du 19 octobre au 30 novembre 1988. La fréquence prévue de deux rencontres par semaine pendant six semaines a été respectée. Le

programme comprenait 12 sessions. La durée des rencontres fut de 45 minutes à une heure. Le traitement fut offert dans les deux groupes expérimentaux par les mêmes thérapeutes, soit l'auteure de l'étude et le psychologue de l'école agissant comme co-thérapeute.

Des mesures pré-test, mi-traitement, post-test et de relance ont été réalisées. Ces mesures consistaient en la passation de questionnaires visant à évaluer le taux de dépression (IDB), l'intensité des croyances irrationnelles (Questionnaire des croyances personnelles de Kassinove & Berger, 1988; Appendice G), le degré d'égoïsme (Echelle d'égoïsme-sociocentrisme de Enright, Shukla & Lapsley, 1980; Appendice H) et la fréquence de situations de vie stressantes (Questionnaire des situations de vie stressantes de Newcomb, Huba & Bentler, 1981; Appendice I). Un bref questionnaire visant à recueillir l'information sur l'origine de l'épisode dépressif a été joint au questionnaire des situations de vie stressantes. A ces mesures auto-évaluatives ont été ajoutées deux mesures objectives du comportement, soit le rendement scolaire en français et en mathématiques ainsi qu'un questionnaire d'observation par les professeurs.

La mesure de rendement scolaire a été recueillie au moyen de la passation de tests en français et mathématiques. Cette mesure s'inspirait des études ayant identifié

une association entre la performance scolaire et la dépression, ce facteur constituant également une caractéristique associée à la dépression chez les adolescents selon le DSM-III. Comme le but de ces tests était d'obtenir une mesure ponctuelle du rendement scolaire des sujets, il a donc fallu demander à des professeurs d'élaborer de courts tests sur les notions en cours d'étude à chacune des étapes de l'étude. Ces tests étaient élaborés dans la semaine précédant la passation et portaient essentiellement sur les notions faisant l'objet d'un apprentissage à ce moment. Etant donné la présence de trois niveaux scolaires distincts chez les sujets, des tests différents ont dû être utilisés pour chaque niveau. De plus, le programme de mathématiques du secondaire étant offert selon des niveaux variés de difficultés en 4e et 5e secondaire, le nombre de tests différents utilisés en était par conséquent, également multiplié. Les sujets se répartissaient selon deux niveaux possibles, soit le choix du programme de mathématiques 414 ou 414-434* pour la 4e secondaire, et 514 ou 534 pour la 5e secondaire. Les tests sont présentés en appendice J.

Enfin, une évaluation par deux professeurs au moyen du "Questionnaire d'observation par les professeurs" (Appendice K) a été recueillie pour chaque sujet. Ce questionnaire, élaboré par l'auteure de la présente étude, vise à évaluer la fréquence de comportements dits dépressifs chez les adolescents. Les items de ce questionnaire sont inspirés de différentes mesures

* Les programmes 414 et 514 sont des programmes réguliers, alors que 414-434 et 534 réfèrent à des programmes enrichis.

de la dépression (ex., IDB et Hamilton) ainsi que des critères diagnostiques associés, présentés par le DSM-III pour le trouble dépressif chez les adolescents. Le professeur évalue, sur une échelle de 1 (très peu fréquent) à 5 (très fréquent), la fréquence à laquelle il a observé les comportements mentionnés. Dix professeurs, appelés à rencontrer régulièrement les sujets lors de cours réguliers, ont participé à ces évaluations. Chaque sujet était observé par deux professeurs différents. Ces derniers étaient cependant les mêmes aux trois étapes de l'étude.

Les sujets des groupes expérimentaux ont complété les questionnaires d'irrationalité, d'égoïsme et des événements de vie stressants ainsi que le questionnaire sur l'origine de l'épisode dépressif au début de la session 1 du traitement. Il est à noter que le niveau de dépression des sujets avait déjà été évalué lors de la sélection, par la double passation de l'IDB. Les tests de performance scolaire ont été complétés au début de la deuxième rencontre. La durée de ces premières rencontres a donc été prolongée d'environ 15 à 20 minutes pour chacun des deux groupes expérimentaux. Par des rencontres individuelles, les sujets des groupes contrôles ont complété les mêmes questionnaires, lors des mêmes journées que les sujets des groupes expérimentaux. Cependant, un délai pouvant aller jusqu'à cinq jours a été requis pour la passation des tests de performance scolaire car, pour certains sujets de

4^e et 5^e secondaire, une deuxième rencontre qui ne pouvait être fixée dans un bref délai a été nécessaire. Cette difficulté ne s'est toutefois présentée que lors du pré-test, puisqu'au post-test et à la relance la direction de l'école a accordé la permission à l'expérimentatrice de rencontrer les adolescents pendant les heures de cours, ce qui a facilité la passation complète des questionnaires dans un délai très court, soit de un à deux jours.

Parallèlement, les professeurs ont complété les "Questionnaire d'observation par les professeurs". Un délai d'environ une semaine a été requis pour le retour de ces questionnaires lors du pré-test et de quelques jours seulement lors du post-test et de la relance.

Suite au pré-test, le traitement a été offert aux groupes expérimentaux. A la session 7, une mesure de processus a été recueillie, afin d'évaluer si l'effet du traitement peut réellement être attribué à un changement prédit par le modèle théorique émotive-rationnel. Cette procédure a consisté en la passation de l'IDB et de l'échelle d'acquisition des principes de TER incluse dans le Questionnaire des croyances irrationnelles. Cette procédure a également été appliquée aux sujets des groupes-contrôle-liste d'attente dans la même période, ceci par le biais d'une entrevue individuelle d'une durée d'une dizaine de minutes. Les données recueillies par


cette procédure ont cependant été abandonnées après que l'auteur du Questionnaire des croyances irrationnelles ait obtenu des résultats d'analyses statistiques qui invalidaient l'échelle d'acquisition des principes de TER incluse dans ce questionnaire.

Une fois le traitement terminé pour les groupes expérimentaux, des mesures post-test ont été recueillies chez les sujets des groupes expérimentaux et contrôles. Les mesures utilisées à cette occasion ont été le niveau de dépression, le taux de croyances irrationnelles et la fréquence des situations de vie stressantes. Les mesures objectives d'évaluation par les professeurs et de rendement scolaire ont aussi été répétées. La passation des ces questionnaires s'est effectuée lors d'une ou de deux rencontres additionnelles au traitement pour les groupes expérimentaux et lors de rencontres individuelles pour les sujets des groupes-contrôle. Il est à noter que pour toutes les passations de tests, l'expérimentatrice était toujours présente pour répondre aux interrogations des adolescents. Des questions concernant le vocabulaire employé dans certains items des questionnaires ont été demandées par les sujets. Une procédure de relance a été effectuée huit semaines après le post-test. Les mêmes mesures que celles utilisées lors du post-test ont été recueillies, soit le niveau de dépression, le taux de croyances irrationnelles et la fréquence des événements de vie stressants. Les mesures objectives du comportement ont aussi été répétées

une dernière fois.

Une fois que la passation des tests fut terminée, les groupes-contrôle ont été invités à participer au même traitement, et ce, conformément à une exigence du comité de déontologie de l'École de psychologie. Cette invitation fut formulée verbalement à la fin de la passation des tests, lors de la relance. Une seule participante s'est présentée à la première rencontre. Suite à ce manque de participation, les sujets ont été invités à nouveau à participer au programme par l'entremise d'une lettre. Malgré cette deuxième invitation, une seule adolescente (la même que précédemment) s'est présentée au groupe. Il a été convenu, avec l'assentiment de l'adolescente, de la référer au service d'aide de l'école et le programme ne s'est pas déroulé.

Une mesure de vérification de la mise en oeuvre ("implementation check") a été effectuée dans le but de vérifier si les co-thérapeutes se sont bien conformés en cours de traitement aux modalités prévues. Pour ce faire, les sessions ont été enregistrées sur bande audio et des échantillons de cinq minutes par session ont été analysés par deux juges familiers à l'approche émotivo-rationnelle. Les échantillons ont été sélectionnés selon la méthode en escalier, c'est-à-dire qu'un extrait de la 1ère à la 5e minute a été utilisé pour la première session, un extrait de la 5ème à la 10ème minute a été recueilli



pour la session 2, de la 10ème à la 15ème minute pour la session 3, et ainsi de suite. Une grille de cotation a été élaborée, permettant d'évaluer la conformité au programme, tant dans le contenu véhiculé que dans le style d'intervention (voir Appendice L). Elle comprend un texte d'introduction où les buts généraux de TER ainsi que les objectifs de l'intervention auprès des adolescents sont présentés. Les techniques de TER sont également décrites ainsi que le style à adopter par le thérapeute. La tâche exacte que le juge doit effectuer est ensuite expliquée. Un document présentant l'objectif de chacune des sessions du programme et décrivant l'activité en cours pendant l'extrait choisi est également fourni aux juges. Une feuille-réponses accompagne le tout.

Pour chaque extrait, des cotes de 0 à 4 ont été attribuées par le juge selon l'évaluation faite de la fidélité des co-thérapeutes à l'activité prévue et à ses objectifs et selon la conformité du style par rapport au modèle employé. L'échelle permet d'attribuer des cotes variant de "pas du tout fidèle et conforme" à "tout à fait fidèle et conforme". Dans une question additionnelle, on demandait aux juges de juger l'ensemble des extraits selon cette même échelle. Les cotes obtenues par les juges varient de 2 à 4 pour les deux séries d'extraits cotés, représentant des évaluations de moyennement à tout à fait fidèles et conformes au programme. Une seule cote de 2 a été accordée par un des juges dans le programme offert en 4e

et 5e secondaire et une seule cote similaire a également été accordée par les deux juges dans le programme offert en 3e secondaire. Les autres cotes accordées sont toutes supérieures à deux, représentant des évaluations grandement ou tout à fait fidèles et conformes aux objectifs et au style de l'intervention. Des moyennes de 3.00 et 3.80 ont été accordées par les juges pour le premier programme et de 2.92 et 3.75 pour le deuxième programme. A la question évaluant l'ensemble des extraits cotés, les juges ont fourni des réponses identiques pour les deux groupes, soit une cote de 3 accordée par le juge 1 et de 4 accordée par le juge 2. L'ensemble des cotes obtenues dans l'évaluation des extraits audio et de ces extraits pris dans leur ensemble révèlent donc une excellente fidélité au programme employé et au style exigé de l'animateur.

Thérapeutes

Les personnes qui ont agi comme thérapeutes dans cette étude étaient toutes deux familières avec l'approche émotivo-rationnelle. L'expérimentatrice, étudiante diplômée en psychologie, a effectué deux internats, ainsi qu'un practicum en milieu clinique, totalisant plus de 2,500 heures de travail clinique. Lors de ces stages, elle a bénéficié de supervision dans différents modèles thérapeutiques dont les approches cognitives-behaviorales, incluant la thérapie émotivo-rationnelle. Le psychologue de l'école qui a participé à

cette étude en tant que co-thérapeute travaille depuis 13 ans auprès d'adolescents et utilise l'approche émotivo-rationnelle. Il est diplômé d'une maîtrise en psychologie de l'Université d'Ottawa et membre de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec. Il est également membre associé de l'Association Ontarienne de Psychologie.

Bien que déjà familier avec l'approche émotivo-rationnelle, le co-thérapeute a été initié au programme de Bernard et Joyce lors de deux rencontres d'environ une heure chacune. La première de ces rencontres a porté sur l'aspect théorique du programme employé, soit la philosophie de TER ainsi que ses postulats de base. La deuxième rencontre avait pour objectif une étude de l'ensemble du programme. Cette rencontre a aussi permis de planifier le matériel requis pour les sessions. De plus, des rencontres préparatoires entre les deux thérapeutes ont précédé chacune des sessions. Le but de ces rencontres était de prendre connaissance de l'objectif visé par la session, des techniques employées et de vérifier le matériel. Une discussion sur le déroulement du traitement prenait aussi place lors de ces rencontres.

Juges

Les juges qui ont réalisé les entrevues d'évaluation du niveau de dépression au moyen du Hamilton lors de la sélection

des candidats étaient une psychologue détenant un diplôme de doctorat en psychologie clinique de l'Université d'Ottawa, ainsi que l'auteure de l'étude. Cette psychologue possédait une habileté et une expérience dans l'exercice du diagnostic clinique, développées lors d'internats ainsi que lors de la mise en oeuvre de son projet de recherche de doctorat. L'auteure de cette étude possède également une expérience de la pratique du diagnostic développée lors d'un internat en milieu psychiatrique. Comme il sera mentionné aussi lors de la présentation de l'instrument, les juges ont procédé à quatre entrevues d'exercice avec des adolescents volontaires avant de débiter la sélection des sujets. Cette procédure leur a permis de se familiariser avec l'instrument et de déterminer l'ordre dans lequel les 18 questions ont été posées.

Enfin, les deux juges qui ont procédé à la cotation des extraits audio sont tous deux psychologues. L'un est professeur à l'Université d'Ottawa et enseigne les modèles de thérapie, dont l'approche d'Albert Ellis. L'autre est une psychologue diplômée d'une maîtrise de l'Université d'Ottawa qui a effectué deux internats cliniques où elle a été familiarisée aux approches cognitives-behaviorales en général et à l'approche émotive-rationnelle en particulier.

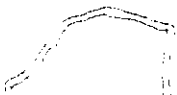
Déontologie

Cette étude a été approuvée par le Comité de déontologie de l'École de Psychologie ainsi que le Comité de déontologie de l'Université d'Ottawa. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été approuvés par ces comités. Les méthodes utilisées pour le recrutement des sujets ont aussi fait l'objet de cette procédure d'approbation, notamment en ce qui concerne la présentation de l'étude lors de la sélection par l'IDB, la nature volontaire de la participation des sujets, ainsi que la confidentialité des données. Des formules de consentement ont été utilisées dans cette étude permettant de recueillir le consentement écrit des sujets et de leurs parents (voir Appendice B et C). Ces formules décrivent les procédures de l'étude ainsi que les tâches requises des sujets. La nature confidentielle de l'étude y est mentionnée, ainsi que la possibilité du sujet de se retirer de l'étude à n'importe quel moment ou des parents de retirer leur enfant.

Le niveau de risques psychologiques inhérent à cette étude était qualifié de bas à modéré. Ce risque était présent à cause de la population visée par l'étude davantage que des méthodes employées avec les sujets. Les instruments utilisés ne comportaient pas de risque en tant que tels puisqu'ils étaient des mesures auto-évaluatives du comportement. La population d'adolescents dépressifs employée dans cette étude comportait un

risque de par le fait qu'un groupe contrôle-liste d'attente était impliqué. Il existait donc une possibilité que certains sujets demeurent sans traitement pendant une période de 10 à 11 semaines, alors qu'une intervention aurait pu s'avérer nécessaire dans un plus court délai.

Trois moyens permettaient de réduire les risques impliqués dans cette attente. D'abord, les critères de la troisième étape de sélection permettaient d'exclure de l'étude et de référer à des services professionnels tout sujet présentant un risque suicidaire ou identifié comme ayant besoin d'une aide professionnelle immédiate. Ensuite, les formules de consentement spécifiaient aux sujets ainsi qu'aux parents qu'ils n'avaient pas à attendre le traitement offert dans la présente étude si un besoin d'aide immédiat survenait et qu'ils pouvaient faire appel à une aide professionnelle. Des références, comme par exemples les services d'aide de l'école, étaient même suggérées. Finalement, la mesure de dépression employée comme mesure du processus au cours du traitement permettait de déceler, si cela se présentait, l'apparition d'un risque suicidaire chez les participants aux groupes expérimentaux et contrôles. Cette mesure, ainsi que la passation de l'IDB lors du post-test et de la relance, permettaient donc un suivi des participants des groupes contrôles tout au long de la période d'attente. Une procédure de référence au Service de santé de l'école était disponible pour les sujets qui auraient manifesté



un besoin d'aide, ainsi que pour les sujets qui présentaient toujours un niveau de dépression élevé après le traitement. Une seule personne s'est prévalu de ce service et a consulté le psychologue et la travailleuse sociale de l'école à une seule occasion; ceci après la fin du traitement.

Les procédures employées dans cette étude avaient pour objectif de diminuer l'inconfort des symptômes dépressifs déjà présents chez les sujets. Aucun malaise n'était donc créé volontairement par les procédures impliquées durant l'expérimentation. Les noms des sujets qui participaient à l'étude étaient connus par l'expérimentatrice, la psychologue ayant participé à la sélection, le psychologue de l'école et certains professeurs. Les réponses fournies aux différents questionnaires ainsi que le contenu de l'entrevue clinique étaient gardés confidentiels et n'étaient connus que par les chercheurs-es impliqués-es dans cette étude. Les rubans audio des sessions de thérapie ont aussi été gardés confidentiels et seront détruits une fois l'étude complétée. Les données ont été traitées en groupe, donc de façon anonyme. Les résultats sont présentés en format de groupe et aucun sujet n'est identifié. Finalement, il est important de mentionner que chacune de ces procédures a été approuvée par les comités nommés précédemment.

Instruments

Les instruments utilisés dans cette recherche sont l'Inventaire de dépression de Beck (Appendice D), l'Echelle d'évaluation de la dépression de Hamilton (Appendice E), l'Echelle d'égo-centrisme-sociocentrisme adolescent de Enright et al. (Appendice H), le Questionnaire des croyances personnelles de Kassinove et Berger (Appendice G) et le Questionnaire des situations de vie stressantes de Newcomb, Huba et Bentler (Appendice I).

L'Inventaire de dépression

L'IDB (Beck et al, 1961; Beck, 1978) est une mesure auto-évaluative de la dépression reconnue et largement utilisée, tant pour des fins cliniques que de recherche. Il permet d'évaluer l'intensité de la dépression. Il consiste en 21 items qui couvrent l'étendue des symptômes affectifs, comportementaux, cognitifs et somatiques reconnus comme constituant la dépression unipolaire. Pour chaque item, les répondants choisissent parmi quatre réponses, reflétant des niveaux croissants de sévérité (0 à 3), celle qui correspond le plus exactement à leur état présent. Les scores de chaque item sont additionnés. Un score total élevé reflète un niveau de dépression plus sévère. Le score total peut se situer entre 0 et 63. Les données normatives suggèrent les catégories de niveau de sévérité suivantes: absence de dépression, 0 à 9; dépression légère, 10 à 15; dépression modérée, 16 à 23 et dépression sévère, 24 et plus

(Burns et Beck, 1978). Chez les adolescents, de telles catégories spécifiques de niveaux de dépression n'ont pas encore été établies, mais les recherches actuelles fournissent des données sur les points de coupure qu'il s'avère utile d'utiliser dans la sélection d'adolescents dépressifs tant en milieu clinique que scolaire. Les résultats de ces études seront présentées subséquemment.

L'IDB s'est révélé un instrument efficace pour différencier les individus non-déprimés, modérément déprimés ou sévèrement déprimés, et possède d'excellentes propriétés psychométriques. Sa consistance interne de même que sa structure factorielle ont été examinées. Sa consistance interne s'est révélée adéquate (Beck & Beamesderfer, 1974; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock & Erbaugh, 1961; Metcalfe & Goldman, 1965). Sa validité concurrente a été démontrée par l'entremise de comparaisons avec d'autres mesures standardisées de dépression et avec un jugement clinique. La traduction française du "Beck Depression Inventory" fut élaborée par Bourque et Beaudette (1982). Cette version a été validée auprès d'étudiants universitaires et s'est avérée posséder de bonnes qualités psychométriques. La mesure de consistance interne (coefficient alpha de Cronbach) révèle un coefficient de 0.92 pour la formule standard et de 0.90 pour la formule abrégée. La procédure test-retest avec un intervalle de quatre mois indique une bonne stabilité temporelle ($r=.62$, $p<.001$). L'analyse factorielle des

items rend compte de 75.8% de la variance totale et offre une structure semblable à celle obtenue auprès de populations anglophones, c'est-à-dire les populations originales utilisées lors du développement de l'instrument. Les normes obtenues se rapprochent donc fortement de celles obtenues lors de la validation auprès de populations universitaires américaines, démontrant que l'utilisation de cette version de l'instrument auprès de populations francophones est adéquate.

Cet instrument a aussi fait preuve de bonnes qualités psychométriques auprès d'adolescents anglophones et francophones. Il s'est avéré constituer un instrument valide pour la sélection d'adolescents déprimés, tant en milieu clinique que de recherche. L'IDB a d'abord été utilisé auprès d'un échantillon d'étudiants (Teri, 1982b), où une analyse de lisibilité révèle qu'il est d'un niveau de difficulté de lecture "facile" pouvant être compris par des enfants aussi jeunes que ceux de 5e année. Les corrélations item-total sont généralement élevées, de 0.27 à 0.62. Le coefficient de fidélité est de 0.87. L'analyse factorielle des 21 items présente quatre facteurs avec des eigen supérieurs à 1, qui rendent compte de 47% de la variance totale. Ces facteurs sont la dépression générale/tristesse, ralentissement psychomoteur et faible tolérance, auto-dénigrement et symptômes végétatifs (Teri, 1982b). Cette structure factorielle est similaire à celle obtenue auprès des adultes. Notons que les résultats de cette

étude présentent des différences entre les filles et les garçons, les premières présentant un score à l'IDB significativement plus élevé que les adolescents de sexe masculin. Cette différence est cependant obtenue si des groupes de sujets fortement déprimés (+1 écart-type) et faiblement déprimés (-1 écart-type) sont comparés par une analyse de variance. Aucune différence significative n'est retrouvée pour l'âge, quoique l'on remarque que les différences retrouvées sur les scores à l'IDB entre garçons et filles sont plus grandes dans les premières années de l'adolescence que plus tard.

Les qualités psychométriques de l'IDB ont aussi été vérifiées auprès d'échantillons cliniques d'adolescents hospitalisés par Strober, Green et Carlson (1981). Des résultats positifs ont de nouveau été obtenus. Les corrélations test-retest, item-total et le coefficient de consistance interne révèlent une fidélité adéquate. Une forte corrélation entre les scores à l'IDB et les scores de dépression évalués par une entrevue clinique (SADS) et par un diagnostic selon le DSM-III confirme la validité clinique de l'instrument. De plus, l'IDB discrimine bien entre les patients diagnostiqués de trouble dépressif majeur et un groupe hétérogène de patients avec des diagnostics non-affectifs. Les patients ayant un diagnostic de trouble dépressif majeur se différencient des non-dépressifs sur le score total à l'IDB et endossent des scores plus élevés "de sévérité" sur 17 des 21 items. Cette étude ne relève pas de

différence entre garçons et filles sur les scores obtenus à l'IDB, pas plus que des différences au niveau de l'âge ou du quotient intellectuel. La corrélation obtenue dans cette étude entre les scores à l'IDB et une évaluation globale de la dépression est comparable à celle obtenue par Beck (Beck et al., 1961) auprès d'une population psychiatrique adulte hospitalisée.

Du côté francophone, Baron et Laplante (1984) obtiennent des résultats assez similaires à ceux obtenus auprès d'une population d'adultes francophones par Bourque et Beaudette. Ces résultats se rapprochent aussi de ceux recueillis par Teri (1982b) auprès d'une population adolescente. L'IDB offre de bonnes caractéristiques psychométriques auprès d'une population adolescente francophone. Un coefficient de fidélité de 0.80, très similaire à celui de 0.87 obtenu par Teri, révèle une bonne consistance interne. Une stabilité temporelle adéquate est également obtenue (corrélation test-retest avec intervalle de huit semaines de 0.74, $p < .001$). Les corrélations inter-items, dont 73% se situent entre 0.25 et 0.59 ainsi que item-total (entre 0.25 et 0.59) sont également très similaires aux résultats obtenus par Teri. La structure factorielle obtenue explique 35.7% de la variance totale. Les facteurs identifiés sont semblables à ceux que Bourque et Beaudette obtiennent auprès d'une population adulte. Une différence significative entre garçons et filles est retrouvée, mais l'âge ne distingue

pas les scores obtenus à l'IDB.

Les applications tant clinique que de recherche de l'utilisation de l'Inventaire de dépression de Beck comme mesure de sélection des adolescents dépressifs ont été étudiées par Barrera et Garrison-Jones (sous presse). En plus de fournir une information pertinente, confirmant de nouveau la validité convergente et discriminante de l'IDB autant auprès d'un échantillon d'étudiants que de patients hospitalisés, cette étude s'attarde à considérer certaines qualités de l'instrument. Entre autres sa sensibilité, c'est-à-dire l'habilité de détecter correctement un large pourcentage des individus qui rencontrent les critères diagnostiques de dépression; de même que sa spécificité, c'est-à-dire le pourcentage d'individus non-dépressifs qui sont correctement identifiés. Dans un milieu clinique, le nombre de faux négatifs doit être réduit au minimum, alors que les faux positifs devraient susciter une attention particulière en recherche. Les résultats de cette étude indiquent que pour l'échantillon scolaire, une sensibilité élevée (100%) de même qu'une spécificité également élevée (93.2%) ont été obtenues en utilisant un score de sélection de 16 à l'IDB. En utilisant ce score de sélection, qui est aussi suggéré par Strober et al. (1981), seulement 6.1% de l'échantillon était des faux positifs (3 sujets) et aucun faux négatif n'a été retrouvé. Lorsqu'un score de sélection de 11 est utilisé, la sensibilité obtenue

demeure élevée (100%) et la spécificité se situe à 77.3%. Pour l'échantillon de patients hospitalisés, c'est un score de sélection de 11 qui a été utilisé, fournissant une sensibilité de 81.5% et une spécificité de 52.6%. Ces résultats suggèrent que des échantillons scolaires d'adolescents pourraient être sélectionnés pour la dépression sans risquer qu'un fort pourcentage d'étudiants soit incorrectement identifié comme étant cliniquement déprimé.

L'Échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton

Cette échelle (Hamilton, 1967) consiste en une évaluation de la dépression sous la forme d'une entrevue clinique semi-structurée dans laquelle une série de questions standards sont posées à l'interviewé. L'échelle inclut l'évaluation des composantes cognitives et behaviorales de la dépression, mais porte une attention particulière aux aspects somatiques. Sa fidélité inter-juge a été évaluée comme se situant de 0.84 à 0.90. Cette échelle est également fortement corrélative avec d'autres échelles d'évaluation de la dépression largement utilisées, soit par un observateur ou auto-évaluatives, et ceci, de façon consistante. (voir Williams, 1984).

L'échelle comprend 17 items ou questions se rapportant aux divers aspects de la dépression. Les scores attribués

varient de 0 à 2 pour certains items et de 0 à 4 pour d'autres items. Par exemple, l'item qui évalue l'humeur dépressive peut recevoir des cotes de 0 à 4, alors que l'item qui évalue l'insomnie initiale peut être coté de 0 à 2. Une description de chaque item est offerte, de même qu'une formulation des questions à utiliser. Chaque niveau de sévérité est ensuite défini. Les items sont scorés individuellement par chaque juge durant l'entrevue. Le score total se situe entre 0 et 100, représentant la somme des scores de deux juges ou le score doublé d'un seul juge. Certaines études rapportent cependant des scores totaux d'un maximum de 50.

Dans la présente étude, un score de coupure de 10 obtenu par chacun des juges a été utilisé comme critère de sélection. Trois items ne représentant pas des items du DSM-III ont été évalués, mais n'ont pas été retenus dans la cotation. Ce sont les items évaluant l'anxiété somatique, l'hypochondrie et la perte d'insight. Les deux juges ont effectué une préparation préalable à l'utilisation de cette échelle. Des entrevues ont été réalisées avec quatre adolescents de l'entourage de l'auteure qui ont accepté de se prêter à cet exercice. Il a alors été décidé de modifier l'ordre des questions afin de faciliter le déroulement des entrevues. Les questions se rapportant à l'humeur dépressive, la culpabilité et le suicide ont été rapportées du début vers la fin de l'entrevue, pour débiter par des questions suscitant moins

d'anxiété telles que le travail et les intérêts, l'insomnie, etc. La version du Hamilton utilisée dans cette étude est présentée en appendice D.

Un score moyen de 12.2 a été obtenu par les trente sujets évalués. Tous les sujets ont obtenu un score indiquant la présence d'une humeur au moins légèrement dépressive et plus de la moitié des sujets ont manifesté une humeur modérément dépressive, cette dernière était exprimée par des sentiments de tristesse, découragement ou une envie de pleurer qui n'est pas facilement soulagée par la présence de d'autres personnes. En ce qui a trait aux autres symptômes dépressifs reconnus par le DSM-III, la présence d'au moins trois de ces symptômes existait à un degré de modéré à sévère chez 90% des sujets.

L'Échelle d'égo-centrisme-sociocentrisme adolescent

L'échelle d'égo-centrisme-sociocentrisme adolescent (ESA) (Enright et al., 1980) évalue les trois composantes de l'égo-centrisme que sont la fable personnelle (FP), l'audience imaginaire (AI) et la concentration sur soi (CS). Deux sous-échelles supplémentaires composent également l'instrument, soit une échelle de sociocentrisme et une échelle d'items non-sociaux. Cet instrument est une révision d'une mesure rapportée dans une étude-pilote des mêmes auteurs (Enright, Lapsley & Shukla, 1979). Une échelle de type Likert en cinq

points est utilisée dans laquelle le répondant lit un énoncé et décide du degré d'importance qu'il lui accorde. Le score de chaque item se situe entre 1 (pas d'importance) et 5 (grande importance). L'échelle comprend un total de 15 items d'égoïsme, cinq pour chacune des sous-échelles FP, AI et CS. L'échelle comprend aussi 15 items sociocentriques ou politiques et 15 items non-sociaux. Ainsi, l'ESA comprend un total de 45 items requérant environ 20 minutes pour être complétés. Un score total pour chaque sous-échelle est obtenu en additionnant les scores (1-5) aux items de la sous-échelle. La sous-échelle de l'égoïsme peut donc atteindre des scores variant entre 15 et 75, alors que la sous-échelle fable personnelle peut offrir des scores se situant entre 5 et 25. Un score total de l'ESA est aussi obtenu en additionnant les scores de toutes les sous-échelles. Une mesure de vérification de la consistance des scores que fournit le répondant est aussi incluse dans le test. A la fin de chaque série de 9 items, constituant une page du questionnaire, on demande au sujet de nommer les trois items de la page les plus importants pour lui. Le questionnaire est rejeté lorsque l'évaluation ("pas d'importance" à "grande importance") pour les items ne concorde pas pour les cinq pages.

Les qualités psychométriques de l'instrument ont fait l'objet de vérifications. Des coefficients alpha de Cronbach de 0.83 pour la sous-échelle d'égoïsme, 0.92 pour la

sous-échelle sociocentrisme et 0.87 pour la sous-échelle non-sociale révèle une consistance interne fiable. Les coefficients de consistance interne ont aussi été calculés pour chaque groupe d'âge se situant entre 0.62 et 0.93, indiquant que tous les groupes d'âge peuvent être fidèlement mesurés par ces sous-échelles. Une analyse de la structure factorielle de l'instrument au moyen de la méthode des composantes principales avec rotation varimax présente trois facteurs composant la sous-échelle d'égo-centrisme. Ces trois facteurs, dont les valeurs eïgens sont de 4.95, 2.03 et 1.28, représentent respectivement les composantes CS, FP et AI de l'égo-centrisme; le troisième facteur n'est cependant pas aussi clairement défini que les autres. Lorsque les scores de la sous-échelle égo-centrisme sont regroupés pour former un score total d'égo-centrisme et qu'une analyse factorielle est effectuée avec les deux autres sous-échelles, chacune des sous-échelles égo-centrisme, sociocentrisme et des items non-sociaux forment aussi un facteur distinct.

Sur les sous-échelles FP, AI et CS, des analyses de variance indiquent un effet significatif pour la variable sexe sur laquelle les femmes obtiennent des scores significativement plus élevés, par contre, aucun effet significatif n'est retrouvé pour les sous-échelles de sociocentrisme et des items non-sociaux. Des effets significatifs pour la variable âge sont retrouvés pour chacune des sous-échelles, plaçant les groupes de

sujets plus jeunes dans des moyennes significativement plus élevées, sauf pour la sous-échelle CS où un effet curvilinéaire est observé. Pour cette variable, les sujets de 6e année obtiennent des moyennes équivalentes aux étudiants de niveau collégial et significativement plus élevées que celles des sujets de 12e année. Les étudiants de niveau collégial obtiennent, à leur tour, une moyenne significativement plus élevée que les étudiants de 8e et 10e année. La centration sur soi serait donc élevée au début et à la fin de l'adolescence. Les résultats suggèrent que la fable personnelle, l'audience imaginaire et la centration sur soi forment trois parties distinctes du construit de l'égo-centrisme. Ce dernier ne serait pas vu comme un construit unidimensionnel, diminuant de façon linéaire avec l'âge, mais on pourrait plutôt considérer que certaines composantes de l'égo-centrisme émergent à différents moments de l'adolescence.

En ce qui concerne les différences sexuelles retrouvées, elles sont présentes en dépit du fait que dans cette version révisée de l'ESA, les items ont été choisis dans le but de diminuer ces différences entre garçons et filles. Ces différences posent donc un doute à propos de l'origine de l'égo-centrisme adolescent, puisque si celui-ci émerge comme résultat de l'apparition du raisonnement abstrait ou de la pensée formelle, de telles différences sexuelles ne devraient pas être présentes, l'émergence du stade opératoire formel étant

indépendante du sexe. Les auteurs de l'ESA proposent que l'émergence de l'égo-centrisme adolescent puisse être influencée par la socialisation, ou par la façon dont les parents et autres figures significatives encouragent l'individu à se soucier de ce que les autres pensent de lui (Enright et al., 1980). Dans notre culture, on encouragerait possiblement davantage les femmes à chercher l'approbation des autres et à prendre en considération les pensées et sentiments des autres dans leurs prises de décision. Ces pressions de socialisation pourraient faire apparaître l'égo-centrisme de pensée et augmenter la fable personnelle, l'audience imaginaire et la centration sur soi, plus tôt chez les filles que chez les garçons.

Une version française de l'ESA, l'Echelle d'égo-centrisme- sociocentrisme adolescent, a été adaptée par Baron et Marcotte (1987). La validation de cette mesure a été effectuée à partir d'un échantillon de 198 adolescents (92 garçons et 106 filles), âgés de 13 à 18 ans ($\bar{X}=15.6$), étudiants à l'école secondaire Grande-Rivière (Aylmer, Qué.). Dans ses caractéristiques psychométriques, cet instrument présente des données très comparables à celles obtenues par Enright et al. dans la version originale de l'instrument. Les indices de fidélité présentent des coefficients alpha de 0.82, 0.90 et 0.81 pour les échelles d'égo-centrisme, sociocentrisme et non-sociale respectivement. Les coefficients obtenus pour chaque groupe d'âge font aussi preuve d'une bonne consistance interne. Pour

l'échelle d'égoïsme, ils sont respectivement de 0.71, 0.81 et 0.80 pour les sous-groupes de 13-14 ans, 15-16 ans et 17-18 ans. Pour l'échelle de sociocentrisme, ils sont de 0.89 chez les 13-14 ans et de 0.92 pour chez les deux autres groupes d'âge. Finalement, pour l'échelle des items non-sociaux, ces coefficients sont de 0.82 chez les 13-14 ans, de 0.80 chez les 15-16 ans et de 0.82 chez les 17-18 ans. La composition factorielle de cette version française est aussi globalement similaire à celle de l'ESA, quoique ici c'est la sous-échelle CS qui se distingue moins bien des autres. Ce troisième facteur s'avère associé à des items CS et AI.

Les différences significatives pour l'effet de la variable âge ne se retrouvent dans cette étude sur aucune des sous-échelles. Des effets significatifs de la variable sexe se retrouvent sur les variables FP et CS. Les femmes obtiennent des moyennes significativement plus élevées que les hommes. Ici encore la relation entre égoïsme de pensée et l'émergence de la pensée formelle est questionnée, vu l'absence de diminution de l'égoïsme de pensée avec l'âge. Une vision alternative de l'égoïsme de pensée, proposée par Lapsley et Murphy (1985; Lapsley, 1985), fait référence au développement cognitif social et au développement de la prise de perspective. Les résultats de cette étude permettent de conclure que cette version française de l'ESA est équivalente à la version originale.

Le questionnaire des croyances personnelles

Le "Survey of personal beliefs" (SPB) de Howard Kassinove et Andrew Berger (1988) est la version la plus récente du "Personal Beliefs Test" (PBT) des mêmes auteurs (1981). Il s'agit d'une échelle auto-évaluative de la pensée irrationnelle selon le modèle émotivo-rationnel. L'échelle originale, dont ces instruments sont dérivés, est le "Belief Scale for Parents", comprenant 60 items regroupés en six catégories: les principes fondamentaux, représentant une mesure d'acquisition des concepts émotivo-rationnels, la dramatisation ("awfulizing"), les devrait-dirigés-vers-soi, les devrait-dirigés-vers-les-autres, la faible tolérance à la frustration et la valeur personnelle. Ce test visait à l'origine à évaluer les idées irrationnelles des parents. Cette dernière version que constitue le SPB est pratiquement identique au PBT, sauf que la catégorie des principes fondamentaux a été éliminée, réduisant le nombre d'items à 50. De plus, une échelle de cotation en six points pour chaque item remplace l'échelle originale en trois points. L'élimination de cette catégorie a été effectuée après qu'une analyse factorielle ait supporté la consistance des cinq autres échelles, mais révélé le manque de fidélité de l'échelle des principes fondamentaux. Le SPB comprend donc 50 items, soit 10 items pour chaque sous-échelle. Le répondant indique son accord avec chacun des énoncés selon une échelle de 1 (totale-ment en

accord) à 6 (totalement en désaccord). Pour réduire la possibilité d'un biais dans les réponses, sept items dans chaque catégorie sont énoncés dans une direction négative, c'est-à-dire que le désaccord est jugé rationnel et trois items sont renversés de telle façon que l'accord est jugé rationnel. Un score pour chaque sous-échelle est obtenu en additionnant les scores (1-6) de chaque item de celle-ci, de même qu'un score total est obtenu en additionnant les scores de l'ensemble des sous-échelles.

Avant de décrire les qualités psychométriques de cet instrument, il est bon de mentionner que le PBT (et ainsi le SPB) a été élaboré dans l'esprit de remédier à certaines faiblesses identifiées dans les échelles existantes visant à évaluer la pensée irrationnelle. En effet, un certain nombre de tests ont été développés, typiquement basés sur les onze croyances originales de Ellis. Une similarité de contenu entre ces tests et les critères de détresse émotionnelle utilisés dans les recherches a été remise en question de par le fait que ces instruments incluaient des énoncés d'idées irrationnelles à consonance affective (Smith, 1982). De fausses corrélations élevées entre l'endossement d'idées irrationnelles et l'affect auto-rapporté auraient pu en résulter. La formulation des items du PBT a été énoncée en fonction d'éviter une telle similarité de contenu. Ceci permet de démontrer que l'intervention thérapeutique émotive-rationnelle est efficace au niveau d'un

changement mesurable distinct tant des croyances irrationnelles que de la détresse émotionnelle. Comme un changement distinct se produit au plan cognitif et émotionnel, cela permet d'éviter que les mesures d'irrationnalité et d'affectivité n'évaluent qu'un même changement au plan émotionnel.

La fidélité du PBT a été évaluée par une procédure test-retest avec un délai de 7 à 14 jours entre les administrations des tests. Les coefficients de fidélité obtenus se situent entre 0.53 ($p < .01$) pour la catégorie des principes fondamentaux et 0.87 ($p < .01$) pour le score total au test. Si la catégorie des principes fondamentaux est éliminée, comme c'est le cas dans le SPB, les coefficients obtenus se situent entre 0.74 et 0.87, donc une stabilité temporelle à court terme adéquate. Les corrélations de chaque catégorie avec le test total se situent entre 0.64 (si la catégorie des principes fondamentaux est exclue) et 0.79 ($p < .01$), indiquant ainsi une consistance interne adéquate.

Le lien entre l'endossement des idées irrationnelles et la détresse émotionnelle a été examiné par l'auteur (Kassinove, 1986). Un questionnaire évaluant la perception de la fréquence de neuf sentiments négatifs (tristesse, souci, regret, contrariété, anxiété, colère, culpabilité, dépression et bouleversement) et de trois sentiments positifs (joie, amour et détente) a été utilisé. Ces neuf sentiments ont été regroupés

selon quatre catégories, soit les sentiments négatifs légers, les sentiments négatifs intenses, tous les sentiments négatifs et tous les sentiments positifs. L'échelle de névrotisme du questionnaire de personnalité de Eysenck a aussi été utilisée. Les résultats indiquent que le score total au PBT de même que toutes les catégories individuelles sont corrélatives avec le névrotisme. Aussi, le score total au test est associé aux sentiments négatifs, comme c'est le cas de cinq de ces six catégories. Il est aussi associé avec les forts sentiments négatifs et avec les sentiments négatifs légers. Il en est de même pour les différentes catégories. Il n'y a pas de corrélation entre les sentiments positifs auto-perçus et le score total au test, ni pour les catégories individuelles. Les résultats supportent l'hypothèse que la détresse émotionnelle est reliée à l'endossement d'idées irrationnelles. Il ressort aussi que pour l'affect négatif, la plus grande partie de variance expliquée est reliée à l'endossement des énoncés de faible tolérance à la frustration et à la valeur personnelle.

En ce qui concerne le SPB plus spécifiquement, Demaria, Kassinove et Dill (sous presse) obtiennent un coefficient de consistance interne alpha de Cronbach global de 0.39, ainsi que des coefficients pour chaque catégorie de croyances irrationnelles se situant entre 0.57 (devrait-dirigés-vers-les-autres) et 0.72 (faible tolérance à la frustration), ce qui révèle une consistance interne adéquate. Une analyse de la

structure factorielle du test a été effectuée pour fournir une confirmation de la concordance des données par rapport à la structure factorielle hypothétique théorique. La validation d'une version française du SPB auprès d'adolescents a fait l'objet d'une étude de Baron et Marcotte. Des résultats préliminaires révèlent une consistance interne de 0.75, calculée au moyen du coefficient alpha de Cronbach. De façon similaire à la procédure utilisée par Demaria et al., une analyse factorielle confirmatoire a été réalisée afin de vérifier la concordance entre les données obtenues auprès des adolescents et la structure théorique prédite. La matrice de variances-covariances a été utilisée. Trois mesures de la bonne qualité de la concordance du modèle ont été effectuées. D'abord, le ratio du chi carré par le nombre de degré de liberté révèle une concordance adéquate. De son côté, l'index GFI (Joreskog & Sorbom, 1986) ne confirme pas cette concordance, non plus que les résultats obtenus par Demaria et al. Cet index, contrairement au chi carré est indépendant de la taille de l'échantillon. Finalement un troisième indice utilisé, la racine carrée de la moyenne des résidus ("root mean squared of the residuals") ne permet pas non plus de confirmer la structure prédite, malgré que le résultat obtenu se situe à la limite du niveau de signification. Cette dernière mesure a été calculée à partir de la matrice de corrélations.

Le "Questionnaire des événements de vie stressants"

Le "Questionnaire des événements de vie stressants" (QEV) ("Life Events Questionnaire") a été développée par Newcomb (Newcomb et al., 1981) à partir d'un échantillon de plus de 1.000 adolescents. Il contient 39 items représentant des événements ou situations de vie stressantes typiques aux adolescents. Des exemples de ces situations sont: le divorce des parents, une mortalité dans la famille, tomber en amour, être enceinte, avoir cessé une relation avec un(e) ami(e) de coeur, commencer à conduire une voiture, commencer à gagner son argent, avoir des problèmes avec la loi et avoir changé d'école. Le répondant doit effectuer trois tâches. Il évalue d'abord jusqu'à quel point chaque événement ou item le rendrait "heureux" ou "malheureux". Cette évaluation de désirabilité se fait selon une échelle en cinq points suivant les catégories suivantes: (1) très malheureux, (2) malheureux, (3) neutre, (4) heureux, (5) très heureux. Ensuite, le répondant indique sur une échelle dichotomique si chaque événement particulier lui est arrivé dans la dernière année. Finalement il indique s'il a vécu l'événement il y a plus d'une année.

Les situations de vie qui ont été rapportées le plus fréquemment par les adolescents sont: tomber en amour (52%), décider s'ils vont au collège (51%), rencontrer un professeur qu'ils aiment beaucoup (64%), commencer à conduire (57%) et

commencer à gagner de l'argent (60%). Une analyse de la monotonie a été effectuée afin d'étudier le regroupement des items. Une solution de sept facteurs a été retenue, expliquant 44% de la variance totale des 39 items. Les sept catégories distinctes comprenant de trois à huit items chacune sont: (1) famille/parents, (2) accident/maladie, (3) sexualité, (4) autonomie, (5) déviance, (6) changement de milieu et (7) détresse. Ces catégories sont basées sur la similarité de fréquence et de contenu. Les événements négatifs se sont révélés fortement associés à la dysfonction physique et psychologique. Plus spécifiquement, la corrélation la plus élevée se retrouve entre les événements négatifs et la dépression. Les événements des catégories détresse, déviance et famille/parents se sont révélés associés à ce trouble, l'association la plus forte se trouvant entre la dépression et la détresse. Les coefficients de consistance interne Kuder-Richardson 20 pour chaque échelle varient de 0.38 à 0.59.

Une validation de cet instrument auprès d'adolescents francophones a fait l'objet d'une étude de Baron, Joubert et Mercier (1987). Un échantillon de 200 adolescents, âgés de 14 à 18 ans a été étudié. La fréquence moyenne de situations de vie stressantes vécues par les sujets sur un intervalle de moins d'une année est de 8.44%. Les événements les plus fréquents sont ceux regroupés sous les facteurs "autonomie" et "relations interpersonnelles". La fréquence des situations stressantes à

teneur de problèmes de conduite est plus élevée chez les garçons, alors que l'usage de médicaments est plus répandu chez les filles. L'analyse factorielle des composantes principales permet de regrouper les items de chacune des sous-échelles selon huit facteurs. Les pourcentages de variance expliquée sont de 47% pour la sous-échelle de désirabilité, de 44% pour celle des événements stressants survenus dans un intervalle inférieur à une année et de 41% pour la sous-échelle évaluant la prévalence de tels événements depuis plus d'un an. Les facteurs regroupant les items reliés à l'autonomie, les problèmes de conduite et les problèmes familiaux ressortent dans chacune des sous-échelles. La relation entre les situations de vie stressantes que vivent les adolescents et la dépression est explorée par ces auteurs. Une analyse de régression identifie un facteur unique comme prédicteur de dépression. Le facteur "détresse", qui inclut l'item lié à la présence de pensées suicidaires, se présente comme prédicteur du score obtenu par les sujet à l'IDB.

Les résultats de cette étude, se comparent aux catégories théoriques proposées par l'auteur du test ainsi qu'au résultats de l'analyse factorielle effectuée par Newcomb et ses collègues à partir des 39 items de la sous-échelle "moins d'un an", ceci malgré que Baron et al. identifie huit facteurs plutôt que sept comme Newcomb et al. Les facteurs reliés à la sexualité, l'autonomie et la conduite et le changement de milieu apparaissent particulièrement similaires. Des trois

sous-échelles de cet instrument, c'est cette dernière qui est employée dans la présente étude.

Chapitre 3

RESULTATS

Une vue d'ensemble des moyennes obtenues sur chacune des variables reliées aux hypothèses par les deux groupes expérimentaux et contrôles initiaux est présentée au tableau 6. Les données ont ensuite été regroupées pour former un groupe expérimental et un groupe-contrôle, ceci pour permettre d'effectuer les analyses statistiques sur un plus grand nombre de sujets. Ces données sont reprises dans les pages qui suivent où sont présentés les résultats relatifs à chacune des hypothèses.

Dépression

Une hypothèse majeure de cette étude est que la stratégie émotivo-rationnelle de traitement proposée par Bernard et Joyce sera plus efficace pour réduire les symptômes dépressifs qu'une procédure de liste d'attente, et ce, en tenant compte de la présence ou l'absence d'événements stressants durant la période de traitement. Les moyennes obtenues à l'IDB aux différentes étapes de l'étude par les groupes expérimental et contrôle sont présentées au tableau 7 et illustrées par la figure 1. Comme les deux groupes expérimentaux initiaux présentent une différence assez marquée au pré-test ($\bar{X}=21.8$ pour les sec IV-V et $\bar{X}=35.0$ pour les sec III; $F(10)=2.54$, $p<.05$), le niveau de scolarité a été considéré dans le choix de l'analyse statistique utilisée. La figure 2 illustre cette différence.

Tableau 6

Moyennes et écarts-type des scores obtenus par les sujets des groupes initiaux sur les mesures utilisées aux trois temps de l'étude

Variable	Gr. Exp.		Gr. Cont.	
	Sec. IV-V	Sec. III	Sec. IV-V	Sec. III
Idb2	21.80 (6.25)	35.00 (9.90)	20.63 (6.09)	22.60 (7.23)
Idb4	13.60 (6.35)	17.50 (2.12)	17.25 (6.48)	11.00 (7.00)
Idb5	9.40 (3.10)	17.00 (2.83)	20.75 (9.50)	11.60 (8.38)
Hamil	12.60 (2.07)	12.50 (3.54)	11.63 (1.19)	11.20 (1.79)
Ego	46.50 (6.13)	51.50 (0.71)	50.38 (6.16)	55.20 (4.82)
Irr1	132.30 (14.91)	116.50 (7.78)	130.13 (10.30)	115.00 (23.93)
Irr2	156.80 (26.79)	143.50 (26.16)	130.63 (17.11)	125.40 (11.41)
Irr3	165.40 (34.57)	125.50 (7.78)	122.25 (20.06)	128.20 (15.61)

Note: IDB2 signifie le score obtenu à la deuxième passation de l'IDB lors de la sélection. IDB4 signifie le score obtenu à l'IDB au post-test. IDB5 signifie le score obtenus à l'IDB à la relance. Hamil signifie le score obtenu à l'entrevue d'évaluation du niveau de dépression au moyen du Hamilton. Ego signifie le score obtenu sur l'échelle d'égo-centrisme. Irr1, Irr2 et Irr3 signifient respectivement les scores obtenus au questionnaire d'irrationalité au pré-test, au post-test et à la relance.

Tableau 6 (suite)

Moyennes et écarts-type des scores obtenus par les sujets des groupes initiaux sur les mesures utilisées aux trois temps de l'étude

Variable	Gr. Exp.		Gr. Cont.	
	Sec. IV-V	Sec. III	Sec. IV-V	Sec. III
Leq1m1	9.20 (4.37)	9.00 (4.24)	10.63 (3.62)	6.00 (2.83)
Leq1m2	9.90 (4.36)	14.00 (1.41)	10.25 (4.27)	7.80 (2.95)
Leq1m3	9.30 (4.79)	11.00 (4.24)	10.25 (3.73)	7.80 (2.59)
Obprof11	33.30 (8.42)	29.50 (3.54)	30.88 (5.69)	33.60 (13.01)
Obprof21	31.00 (6.38)	26.00 (1.41)	26.00 (3.85)	28.80 (5.17)
Obprof31	27.40 (1.51)	33.50 (2.12)	29.63 (3.58)	27.00 (2.45)
Obprof12	32.00 (8.03)	40.50 (13.44)	29.25 (4.74)	39.20 (17.33)
Obprof22	31.30 (6.68)	32.50 (10.51)	28.63 (6.00)	36.80 (7.36)
Obprof32	27.10 (3.98)	35.00 (5.66)	28.88 (4.29)	36.40 (8.41)

Note Leq1m1, Leq1m2 et Leq1m3 signifient respectivement le nombre d'événement de vie stressants vécus depuis moins d'un mois rapporté au pré-test, au post-test et à la relance. Obprof11, Obprof21 et Obprof31 signifient respectivement l'intensité des symptômes dépressifs observés par un premier groupe de professeur au pré-test, au post-test et à la relance. Obprof12, Obprof22 et Obprof32 signifient respectivement l'intensité des symptômes dépressifs observés par un deuxième groupe de professeurs au pré-test, au post-test et à la relance.

TABLEAU 7

Moyennes et écarts-type des scores à l'IDB pour chacun des groupes aux trois étapes de l'étude

Etape	Pré-test	Post-test	Relance
Groupe			
expérimental	24.000	14.250	10.667
N=12	(8.20)	(5.97)	(4.16)
Contrôle	21.385	14.846	17.231
N=13	(6.33)	(7.13)	(9.88)

Figure 1. Taux moyens de dépression par groupe aux trois étapes de l'étude (avec erreurs-type à la relance)

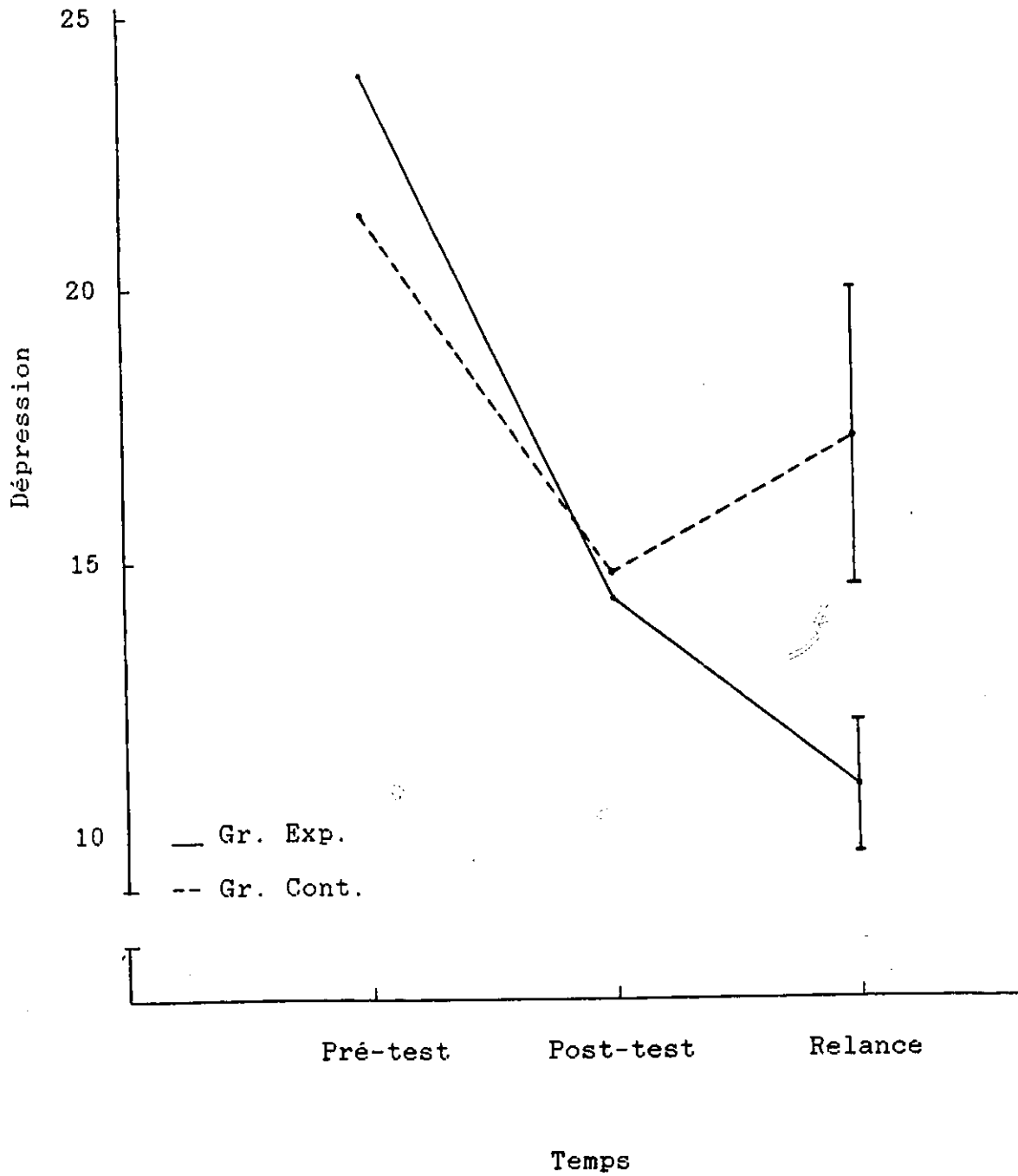
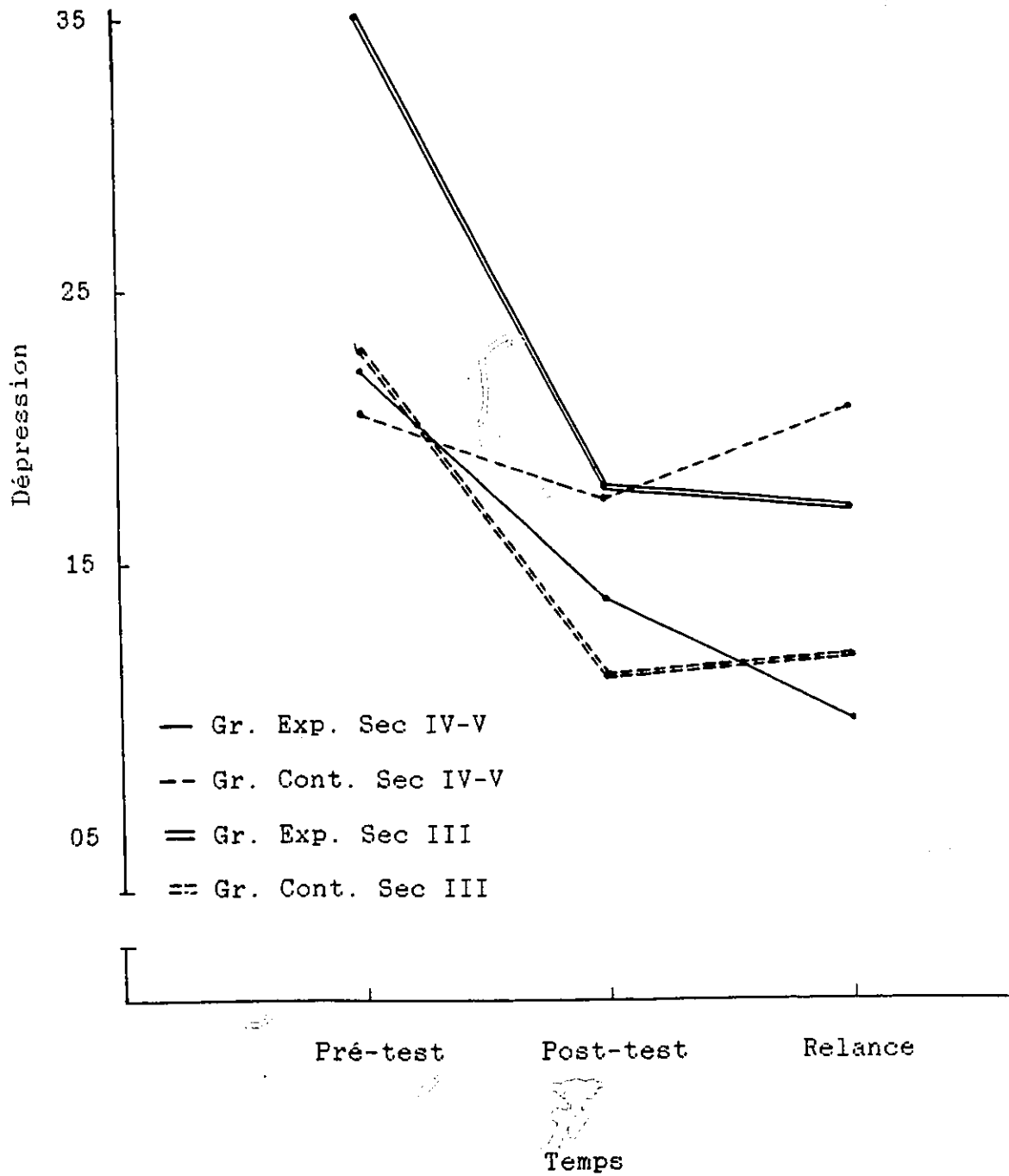


Figure 2. Taux moyens de dépression des groupes initiaux aux trois étapes de l'étude



Une analyse de variance à trois dimensions (groupes x scolarité x temps) avec mesures répétées sur le facteur temps a été effectuée dans le but d'étudier les variations entre les groupes et selon le temps tout en contrôlant l'effet possible du facteur scolarité sur les changements survenus. Les résultats de cette analyse présentés au tableau 8 révèlent des effets significatifs du facteur temps ($F(2,42) = 20.01, p < .001$) ainsi que de l'interaction groupes par temps ($F(2,42) = 3.42, p < .05$); ceci une fois que l'interaction des facteurs groupes par scolarité, elle-même significative ($F(1,21) = 7.27, p < .05$), ait été contrôlée. L'effet du facteur groupe s'avère non significatif.

L'analyse des comparaisons selon le temps, à l'aide de tests Tukey, permet de constater que chaque groupe change de façon significative selon le temps, mais de manière différente. Des changements significatifs sont présents chez le groupe expérimental entre le pré-test et le post-test ($q(3,40) = 9.75, p < .01$), ainsi qu'entre le pré-test et la relance ($q(3,40) = 13.33, p < .01$). Pour le groupe-contrôle, un changement significatif est aussi observé entre le pré-test et le post-test ($q(3,40) = 6.54, p < .05$), mais aucun changement significatif ne résulte de la comparaison des scores entre le pré-test et la relance. La diminution significative du taux de dépression telle que mesurée par l'IDB et observée chez les deux groupes après que le traitement ait été offert au groupe expérimental n'est donc conservée à long terme que chez les sujets de ce dernier

Tableau 8

Résumé de l'analyse de variance à trois dimensions sur la variable dépression

Source de variation	<u>DL</u>	<u>CM</u>	<u>F</u>
Groupe	1	39.54	.55
Scolarité	1	45.81	.64
Groupe X Scolarité	1	523.79	7.27 *
Intra cellules	21	72.01	
Temps	2	605.12	20.01***
Groupes X Temps	2	103.37	3.42*
Scolarité X Temps	2	105.85	3.50*
Groupes X Scolarité X Temps	2	13.56	.45
Intra cellules	42	30.24	

* $p < .05$

*** $p < .001$

groupe. L'absence de différence significative entre le post-test et la relance chez les deux groupes indique aussi que la diminution la plus importante de l'indice de dépression se fait entre le pré-test et le post-test, soit pendant le traitement.

Une analyse des effets simples permettant de comparer les groupes aux trois temps de l'étude démontre la présence d'un taux de dépression significativement plus bas chez les sujets du groupe expérimental que chez les sujets du groupe-contrôle à la relance ($F(1,20) = 4.54, p < .05$). Cette différence significative n'est cependant pas présente au post-test, ni au pré-test où les sujets des deux groupes se situaient à des niveaux moyens de dépression non significativement différents. Lorsque l'effet du facteur scolarité est contrôlé, cette différence entre les groupes se retrouve cependant associée avec ce dernier facteur. Un effet groupes par scolarité significatif ($F(1,21) = 6.32, p < .05$) est retrouvé, alors que les effets groupes et scolarité considérés individuellement ne sont pas significatifs. Les groupes expérimental et contrôle se comportent donc différemment selon la scolarité. L'examen des moyennes permet en effet d'observer que les sujets de troisième secondaire du groupe-contrôle ne sont pas redevenus déprimés lors de la relance comme ils l'étaient au pré-test, ceci tel que c'est le cas chez leurs pairs de 4e et 5e secondaires.

Les résultats obtenus par les analyses effectuées à partir de l'échantillon total des sujets révélant un effet significatif du facteur scolarité suggèrent d'étudier plus spécifiquement les changements survenus chez les sujets des 4e et 5e secondaire séparément de ceux du 3e secondaire. Une analyse de la variance à deux dimensions (groupes x temps), avec mesures répétées sur le facteur temps a donc été effectuée en soustrayant les sujets de 3e secondaire des groupes pour ne conserver que les sujets des 4e et 5e secondaire. Le tableau 9 et la figure 3 permettent d'abord de visualiser les moyennes obtenues par les groupes et le tableau 10 résume les résultats de cette analyse. Les effets du facteur temps ($F(2,32) = 7.83, p < .01$), ainsi que de l'interaction groupes x temps ($F(2,32) = 6.58, p < .01$) sont de nouveau présents. L'intérêt de cette analyse se trouve cependant dans la décomposition de l'effet temps, puisque cet effet ne se révèle significativement présent que chez le groupe expérimental ($F(2,32) = 14.75, p < .001$), non pas chez le groupe-contrôle. Un changement significatif survient entre le pré-test et le post-test ($q(3,32) = 8.20, p < .01$), de même qu'entre le pré-test et la relance ($q(3,32) = 12.40, p < .01$) pour le groupe expérimental, alors qu'aucun changement n'est présent dans le groupe-contrôle.

L'analyse des effets simples entre le groupe expérimental et le groupe-contrôle aux trois temps de l'étude révèle des résultats similaires à ceux obtenus à partir de

TABLEAU 9

Moyennes et écarts-type des scores à l'IDB pour les groupes de 4e et 5e secondaire aux trois étapes de l'étude

Etape	Pré-test	Post-test	Relance
Groupe			
expérimental	21.800	13.600	9.400
N=10	(6.25)	(6.35)	(3.10)
Contrôle	20.625	17.250	20.750
N=8	(6.09)	(6.48)	(9.50)

Figure 3. Taux moyens de dépression pour les groupes de 4e et 5e secondaire aux trois étapes de l'étude (avec erreurs-type au post-test et à la relance)

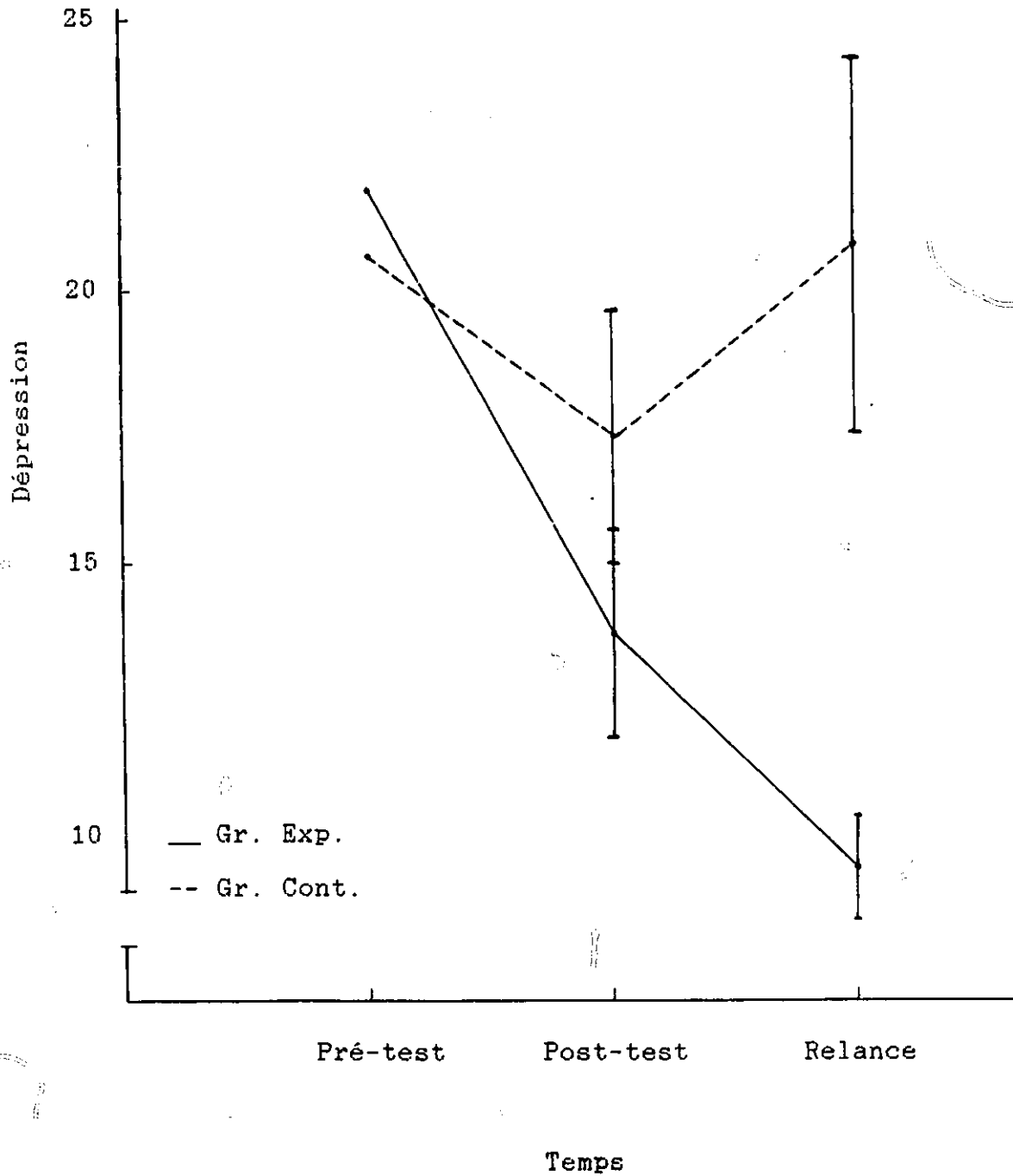


Tableau 10

Résumé de l'analyse de variance pour la variable dépression
(sujets de 4e et 5e secondaire seulement).

Source de variation	DL	CM	F
Groupes	1	283.16	4.04
Intra cellules	16	70.16	
Temps	2	211.22	7.83**
Groupes X Temps	2	177.37	6.58**
Intra cellules	32	26.96	

** $p < .01$

l'échantillon complet des sujets, soit une différence entre les groupes présente seulement à la relance ($F(1,16) = 12.76$, $p < .01$). Cette différence est toutefois plus accentuée que dans l'échantillon complet des sujet, en plus d'être cette fois indépendante du facteur scolarité. A cette étape de l'étude, les sujets du groupe expérimental présente donc un taux de dépression significativement plus bas que les sujets du groupe-contrôle.

En résumé, les résultats supportent l'efficacité du traitement à diminuer les symptômes dépressifs. Les sujets ayant bénéficié du traitement présentent une baisse significative de l'intensité de leurs symptômes dépressifs au fil des trois étapes de l'étude. Une différence significative entre le groupe expérimental et le groupe-contrôle n'est cependant présente qu'à la relance et ceci plus particulièrement chez les sujets plus âgés, soit les adolescents de 4e et 5e secondaire. Une amélioration dans le temps des symptômes dépressifs des sujets de 3e secondaire ayant été placés sur la liste d'attente est présente.

Événements de vie stressants

La première hypothèse de cette étude comporte la prise en considération de la présence d'événements de vie stressants ayant pu survenir durant la période de traitement. Afin

d'effectuer les analyses statistiques permettant de vérifier la présence de tels événements, les données recueillies au QEV ont été regroupées selon une procédure suggérée par les auteurs du questionnaire (Newcomb, Huba et Bentler, 1981). Cette méthode a permis d'utiliser les deux échelles du questionnaire qui évaluent d'abord la désirabilité perçue d'un événement et ensuite son occurrence. Les événements signalés ont été regroupés en trois catégories selon le degré de désirabilité qui leur a été associé, soit les événements positifs, neutres ou négatifs, et ce, pour les trois temps de l'étude. Le tableau 11 présente les moyennes et écarts-type du nombre d'événements relatés dans chaque catégories pour chacun des groupes au pré-test, au post-test et à la relance. Les données ont été analysées par le biais d'analyses de variance à deux dimensions (groupes x temps) avec mesures répétées sur un facteur (temps). Les résultats de ces analyses de variances effectuées séparément pour chacune des trois catégories permettent d'observer qu'aucune différence significative n'est présente entre les deux groupes au niveau des événements à désirabilité positive ou négative. Une seule différence significative est observée sur le facteur groupe pour les événements neutres. Sur cette échelle, les sujets du groupe expérimental expriment une occurrence plus grande d'événements que les sujets du groupe-contrôle. Le tableau 12 présente un résumé de cette dernière analyse. L'ensemble de ces résultats permet donc de constater l'absence de différence entre les deux groupes au niveau des taux

Tableau 11

Moyennes et écarts-type du nombre d'événements relatés dans chaque catégorie du QEV pour chaque groupe aux trois temps de l'étude.

Groupe	Temps		
	Pré-test	Post-test	Relance

Désirabilité positive			
Gr. exp.	3.92 (2.35)	4.33 (2.77)	4.25 (2.93)
Gr. cont.	3.85 (1.99)	4.31 (2.10)	4.61 (1.76)

Désirabilité neutre			
Gr. exp.	2.58 (1.44)	3.33 (3.14)	2.50 (2.02)
Gr. cont.	1.62 (1.81)	1.46 (1.94)	1.08 (1.26)

Désirabilité négative			
Gr. exp.	2.67 (1.37)	2.92 (1.98)	2.83 (1.19)
Gr. cont.	3.39 (2.10)	3.54 (2.03)	3.54 (2.11)

Désirabilité positive, neutre et négative réunies			
Gr. exp.	9.17 (4.15)	10.58 (4.27)	9.58 (4.56)
Gr. cont.	8.85 (3.98)	9.31 (3.88)	9.31 (3.45)

Tableau 12

Résumé de l'analyse de variance pour la variable événements de vie stressants à désirabilité neutre.

Source de variation	DL	CM	F
Groupes	1	37.80	4.37*
Intra cellules	23	8.65	
Temps	2	2.31	1.32
Groupes X Temps	2	1.27	0.72
Intra cellules	46	1.76	

* $p < .05$

d'événements stressants importants qui auraient pu survenir pendant la période de traitement ou durant la période de relance. La différence observée au niveau des événements neutres ne devrait pas, en principe, distinguer les groupes.

Croyances irrationnelles

Une deuxième hypothèse majeure de cette recherche est que le traitement sera plus efficace pour réduire le taux de croyances irrationnelles que la procédure de liste d'attente. Les moyennes et écarts-type des groupes pour chaque étape du traitement sont présentés au tableau 13 et illustrés par la figure 4. Il est important de rappeler qu'un score élevé au QCP indique un niveau de rationalité plus élevé ou un taux de croyances irrationnelles plus bas. Une analyse de variance à deux dimensions (groupes x temps) avec mesures répétées sur le facteur temps a été réalisée. Les résultats de cette analyse sont présentés au tableau 14. Un effet du facteur groupe est signalé ($F(1,20)=9.89, p<.01$), ainsi qu'un effet du facteur temps ($F(2,40)= 6.36, p<.01$). L'effet de l'interaction des deux facteurs est aussi significatif ($F(2,40)=4.92, p<.05$). Le niveau significatif du test de sphéricité appliqué aux données ($\chi^2(2)$ approx.= 8.82, $p<.05$) suggère qu'une correction des degrés de liberté doit être appliquée à ces résultats. Cette correction a été effectuée en employant le coefficient epsilon de Huynh-Feldt. Une fois cette correction apportée, les niveaux

Tableau 13

Moyennes et écarts-type des scores à l'irrationalité pour chacun des groupes aux trois étapes de l'étude.

Etape	Pré-test	Post-test	Relance
Groupe			
expérimental	129.67	154.58	158.75
N=12	(15.01)	(26.01)	(34.99)
Contrôle	124.31	128.62	124.54
N=13	(17.65)	(14.88)	(18.03)

Figure 4. Taux moyens de rationalité par groupe aux trois étapes de l'étude

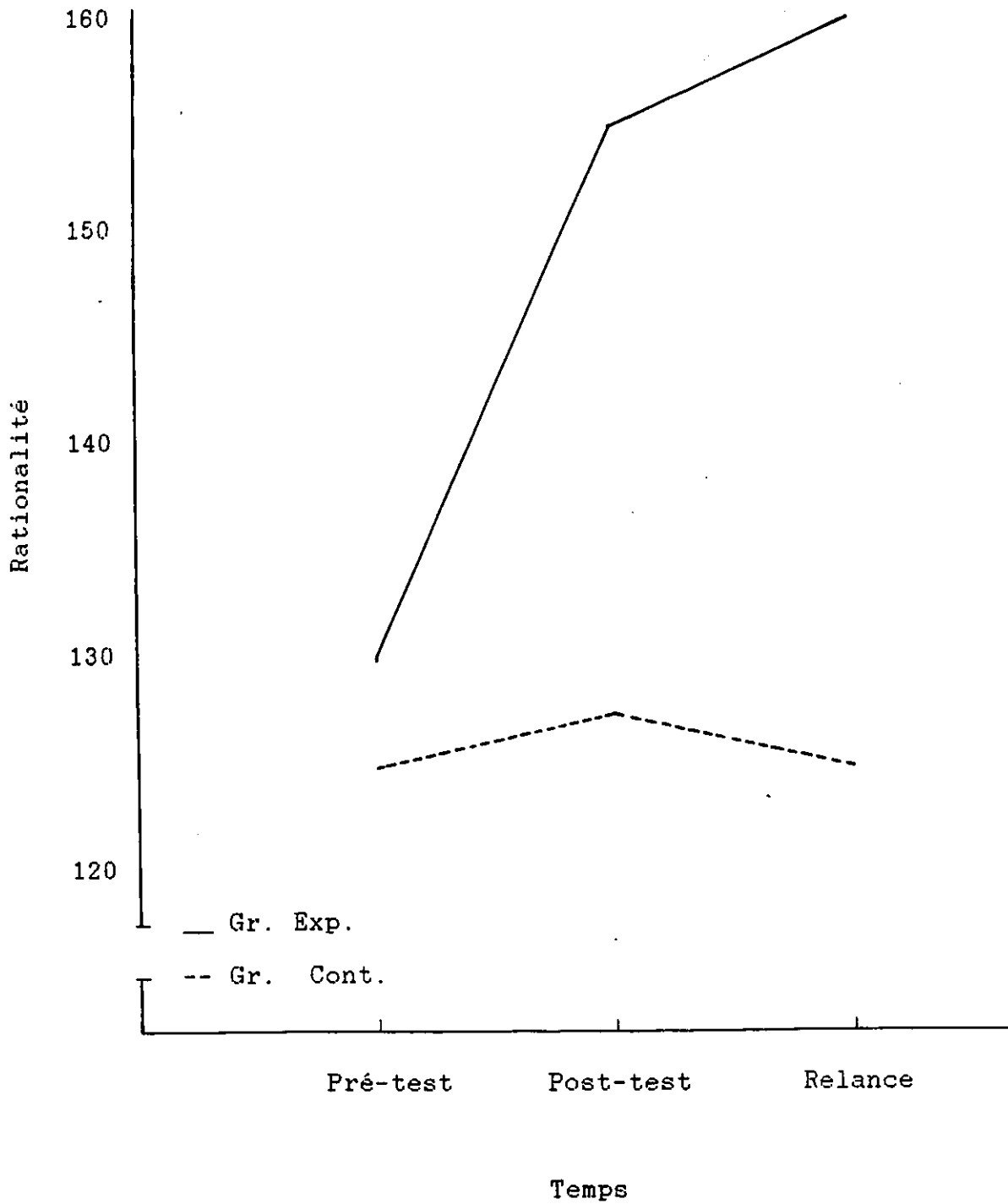


Tableau 14

Résumé de l'analyse de variance à deux dimensions sur la variable irrationalité.

Source de variation	DL	CM	F
Groupes	1	8934.20	9.89**
Intra cellules	20	903.76	
Temps	2	1781.92	6.36**
Groupes X Temps	2	1378.16	4.92*
Intra cellules	40	280.23	

* $p < .05$

** $p < .01$

de signification des F obtenus demeurent inchangés.

L'analyse des changements selon le temps, effectuée au moyen du test Tukey de comparaisons multiples, révèle que le taux de croyances irrationnelles descend significativement chez les sujets du groupe expérimental entre le pré-test et le post-test ($q(2,40)=24.92, p<.01$) et entre le pré-test et la relance ($q(2,40)=29.08, p<.01$). Le changement observé entre le post-test et la relance n'est pas significatif. Le changement maximal se produit pendant la période de traitement et son effet demeure à moyen terme, c'est-à-dire jusqu'à la relance. Aucun changement significatif n'est observé pour le groupe-contrôle sur cette variable. Des comparaisons entre les groupes ont été effectuées à chaque temps de l'étude au moyen d'analyses des effets simples et confirment la présence de différences significatives entre les groupes expérimental et contrôle au post-test ($F(1,20)=9.59, p<.01$) et à la relance ($F(1,20)=9.67, p<.01$). Les sujets du groupe expérimental présentent alors des taux de croyances irrationnelles significativement plus bas que les sujets du groupe-contrôle. L'absence de différence mesurée au pré-test permet d'affirmer que les groupes se situaient à des niveaux équivalents d'irrationalité au départ.

Les résultats confirment l'efficacité du traitement à diminuer le taux de croyances irrationnelles chez les sujets qui en ont bénéficié. Les groupes expérimental et contrôle se

distinguent significativement dès le post-test et cette distinction est conservée à la relance.

Composantes de l'irrationalité

La présence d'un changement dans les croyances irrationnelles chez les sujets ayant bénéficié du traitement en comparaison aux sujets placés sur une liste d'attente rend pertinent un examen plus approfondi de cette variable. Une deuxième étape dans l'analyse des résultats obtenus sur la variable irrationalité consiste à examiner les changements survenus au niveau de chaque type de croyances irrationnelles. Les scores obtenus par les sujets à chacune des cinq catégories de croyances constituant le QCP (Dramatisation, doit-dirigés-vers-soi, doit-dirigés-vers-les-autres, faible tolérance à la frustration et valeur personnelle) ont donc été soumis au même type d'analyse statistique que les scores globaux d'irrationalité, soit des analyses de variance à deux dimensions (groupes x temps) avec mesures répétées sur un facteur (temps). Les résultats obtenus permettent de constater que des changements apparaissent comme plus importants dans certains genres de croyances que dans d'autres.

Le tableau 15 présente les moyennes de groupes pour chaque catégorie de croyances irrationnelles. Pour la catégorie de croyances "Dramatisation", l'analyse statistique révèle des

Tableau 15

Moyennes et écarts-type des deux groupes pour les cinq catégories de croyances irrationnelles aux trois temps de l'étude.

Croyance	Dramatisation		
	Pré-test	Post-test	Relance
Temps			
Groupe expérimental	23.42 (3.15)	31.42 (7.56)	30.83 (10.03)
Contrôle	23.92 (5.27)	23.54 (4.84)	23.85 (6.56)

	Devrait-dirigés-vers-soi		
Expérimental	25.17 (4.91)	28.58 (5.07)	28.92 (5.96)
Contrôle	20.46 (5.53)	23.85 (3.87)	20.62 (6.06)

	Devrait-dirigés-vers-les-autres		
Expérimental	27.75 (6.15)	31.42 (4.98)	32.33 (4.76)
Contrôle	29.77 (5.72)	30.46 (3.05)	30.69 (3.71)

	Faible tolérance à la frustration		
Expérimental	24.50 (6.49)	31.75 (8.04)	32.33 (9.56)
Contrôle	24.92 (6.40)	24.77 (4.17)	23.77 (5.10)

	Valeur personnelle		
Expérimental	27.83 (4.73)	31.42 (6.17)	34.25 (6.41)
Contrôle	25.23 (6.30)	26.00 (4.66)	25.62 (3.38)

effets significatifs des facteurs groupes ($F(1,20)=6.01, p<.05$) et temps ($F(2,40)=4.02, p<.05$), ainsi que de l'interaction du groupe par le temps ($F(2,40)=4.57, p<.05$). Le test de sphéricité ressort significatif ($\chi^2(2)\text{approx.}=7.32, p<.05$). Une correction au moyen du coefficient epsilon Huynh-Feldt a donc été apportée aux degrés de liberté. Cette correction ne change pas les niveaux de signification obtenus sur chaque facteur ainsi que sur l'interaction des facteurs.

Le test de comparaisons multiples Tukey révèle des changements selon le temps pour le groupe expérimental entre le pré-test et le post-test ($q(2,40)=8.00, p<.01$) et entre le pré-test et la relance ($q(2,40)=7.42, p<.01$). Aucun changement n'est observé entre le post-test et la relance. Le changement vers une pensée plus rationnelle se manifeste donc pendant la période de traitement et demeure présent à la relance. Les changements selon le temps observés chez le groupe-contrôle ne ressortent pas significatifs.

L'analyse des effets simples aux trois temps de l'étude révèle que des groupes dont les moyennes ne sont pas significativement différentes au pré-test, se différencient par la suite au post-test ($F(1,20)=9.79, p<.01$) et redeviennent indifférenciées à la relance. Le niveau de signification à cette étape se trouve toutefois tout juste au-dessous de la limite de .05. Il est à noter que la correction apportée aux degrés de

liberté transforme ce niveau de signification de significatif à non significatif. Les scores obtenus par le groupe expérimental au post-test sont plus élevés, indiquant une pensée plus rationnelle que celle des sujets du groupe-contrôle. On peut remarquer que le profil des résultats de ces analyses se rapproche du profil obtenu à partir des scores globaux d'irrationalité, particulièrement en ce qui a trait aux changements manifestés par le groupe expérimental. Par contre, contrairement à l'échelle globale d'irrationalité, les résultats obtenus sur la présente sous-échelle ne permettent pas de conserver à la relance la distinction présente entre les groupes au post-test. Le tableau 16 présente le résumé de l'analyse de variance pour la catégorie de croyances irrationnelles "Dramatisation".

Pour la catégorie de croyances "devrait-dirigés-vers-soi", comme les groupes se présentent différents au pré-test ($t(23)=-2.24, p<.05$), une analyse de covariance à deux dimensions (groupes par temps) avec mesures répétées sur le facteur temps a été effectuée en utilisant les scores obtenus sur cette croyance au pré-test comme covariable. Un effet groupes ($F(1,22)=6.93, p<.05$) est signalé par cette analyse, mais aucun effet du facteur temps, ni de l'interaction groupes par temps n'est présent. L'effet de la covariable n'atteint pas non plus une valeur significative. Les groupes obtiennent donc des scores dissemblables aux trois temps de

Tableau 16

Résumé de l'analyse de variance à deux dimensions pour la sous-échelle "dramatisation".

Source de variation	DL	CM	F
Groupes	1	428.85	6.01*
Intra cellules	20	71.38	
Temps	2	116.42	4.02*
Groupes X Temps	2	132.34	4.57*
Intra cellules	40	28.95	

=====

* p<.05

l'étude. Le groupe expérimental se situe à un niveau moindre d'irrationalité (ou plus élevé de rationalité) tout au long des trois étapes. Les résultats de cette analyse sont résumés au tableau 17.

La présence d'une différence entre les deux groupes au pré-test, limite la possibilité d'étudier les changements intervenus selon le temps. Toutefois l'utilisation de tests-t pairés permet de faire ressortir une différence significative entre les scores au pré-test et au post-test chez le groupe expérimental ($t(11)=-2.23$, $p<.05$) tout autant que chez les sujets du groupe-contrôle ($t(12)=-2.55$, $p<.05$). Cette différence n'est cependant pas maintenue à la relance. Les deux groupes ne semblent donc pas adopter un profil de changements à travers le temps qui permet de les distinguer nettement.

Dans la catégorie de croyances irrationnelles "Faible tolérance à la frustration", l'analyse de variance à deux dimensions (groupes x temps) avec mesures répétées sur le facteur temps confirme que des changements sont survenus en révélant un effet groupe significatif ($F(1,17)=5.98$, $p<.05$), ainsi qu'un niveau significatif de l'interaction groupes par temps ($F(1,30)=4.85$, $p<.05$). Encore une fois, le niveau significatif du test de sphéricité ($\chi^2(2)=14.44$, $p<.01$) a nécessité une correction des degrés de liberté au moyen du coefficient epsilon Huyn-Feldt. Il faut noter que l'effet temps

Tableau 17

Résumé de l'analyse de covariance à deux dimensions sur la variable "devrait-dirigés-vers-soi".

Source de variation	DL	CM	F
Groupes	1	258.57	6.93*
Intra cellules	22	37.33	
Temps	1	26.19	1.74
Groupes X Temps	1	39.63	2.64
Intra cellules	23	15.02	
=====			
covariable	B	Beta	Valeur-t
"Devrait-dirigés- vers-soi" (pré-test)	.3178	.3670	1.850

* $p < .05$

devient non significatif à la suite de cette correction. Les niveaux de signification des effets groupes et de l'interaction groupes par temps demeurent inchangés. L'analyse des effets simples confirme des différences significatives entre les groupes au post-test ($F(1,17)=7.61, p<.05$) et à la relance ($F(1,17)=7.99, p<.01$), alors que les groupes n'étaient pas significativement différents au pré-test. Le groupe expérimental présente à ces étapes une pensée plus rationnelle que le groupe-contrôle. Le tableau 18 présente un résumé de l'analyse statistique.

Les scores obtenus par les sujets sur la sous-échelle "Valeur personnelle" ont également été soumis à une analyse de variance à deux dimensions avec mesures répétées sur le facteur temps. Cette analyse fait ressortir des effets significatifs du facteur groupes ($F(1,23)=10.42, p<.01$), du facteur temps ($F(2,46)=4.75, p<.05$) et de l'interaction groupes par temps ($F(2,46)=3.65, p<.05$). L'étude des changements selon le temps au moyen de tests Tukey permet d'identifier des variations significatives chez le groupe expérimental entre le pré-test et la relance ($q(3,46)=6.37, p<.01$), alors qu'aucun changement n'est présent chez le groupe-contrôle. De plus, les groupes se distinguent au post-test ($F(1,23)=6.20, p<.05$) et à la relance ($F(1,23)=18.16, p<.001$), alors qu'ils obtenaient des moyennes similaires au pré-test, tel que confirmé par l'analyse des effets simples aux trois étapes de l'étude. De nouveau, le

Tableau 18

Résumé de l'analyse de variance à deux dimensions pour la sous-échelle "faible tolérance à la frustration".

Source de variation	DL	CM	F
Groupes	1	475.63	5.98*
Intra cellules	17	79.51	
Temps	2	98.95	3.35
Groupes X Temps	2	143.62	4.85*
Intra cellules	30	29.58	

=====

* $p < .05$

groupe expérimental présente une pensée plus rationnelle que le groupe-contrôle à ces étapes. Une différence à remarquer entre ces résultats et ceux obtenus sur l'échelle globale d'irrationalité est que la modification significative de ce type de croyances irrationnelles apparaît à la relance seulement chez les sujets qui ont reçu le traitement. Pour le niveau global d'irrationalité, tout comme pour la sous-échelle "Dramatisation" d'ailleurs, une différence significative était présente dès le post-test. Le tableau 19 présente un résumé de l'analyse de variance.

L'analyse de variance à deux dimensions avec effet répété sur le facteur temps ne confirme aucun changement survenus dans la catégorie de croyances "Devrait-dirigés-vers-les-autres". Ceci est vrai tant au niveau de l'effet du facteur groupes, que du facteur temps, ou de l'interaction groupes par temps. Cette sous-échelle apparaît donc être la seule parmi les cinq catégories d'irrationalité à n'avoir subi aucune modification pendant la période couverte par l'étude. Malgré que les moyennes obtenus par les groupes dans cette catégorie de croyances présentent une légère augmentation des scores chez les sujets du groupe expérimental, alors que les moyennes du groupe-contrôle ne semblent pas varier de manière significative, l'analyse statistique ne confirme la présence d'aucun changement.

Tableau 19

Résumé de l'analyse de variance à deux dimensions pour la sous-échelle "Valeur personnelle".

Source de variation	DL	CM	F
Groupes	1	576.89	10.42**
Intra cellules	23	55.37	
Temps	2	74.05	4.75*
Groupes X Temps	2	56.85	3.65*
Intra cellules	46	15.58	

* $p < .05$

** $p < .01$

En résumé, trois catégories de croyances irrationnelles présentent des changements à travers le temps qui s'apparentent aux changements survenus au niveau de l'irrationalité en général. Ce sont les croyances irrationnelles liées à la dramatisation, la faible tolérance à la frustration et la valeur personnelle. Pour ces trois types de croyances, les groupes se comportent différemment à travers le temps et se distinguent l'un de l'autre à la suite du traitement, c'est-à-dire au post-test. Le groupe expérimental présente à ce moment un niveau de rationalité plus élevé que le groupe-contrôle. Pour deux de ces catégories de croyances, soit la faible tolérance à la frustration et la valeur personnelle, ces changements sont également conservés à la relance tout comme c'est le cas du niveau d'irrationalité général.

Observations par les professeurs

Parmi les variables visant à obtenir une mesure objective des changements survenus dans les comportements des sujets, des observations effectuées par les professeurs aux trois temps de l'étude ont été recueillies au moyen du "Questionnaire d'observation par les professeurs" élaboré par l'auteure. Il convient de rappeler que ce questionnaire vise à permettre au répondant d'observer la fréquence de comportements dépressifs chez les adolescents à l'intérieur du cadre scolaire. Un score élevé signifie qu'un grand nombre de comportements

dépressifs a été rapporté par l'observateur. Tel que mentionné précédemment, chaque sujet était observé par les mêmes professeurs, au nombre de deux, tout au long de l'étude. Cependant, tous les sujets n'étaient pas observés par les mêmes professeurs. Le tableau 20 présente les moyennes des nombres de comportements observés par un premier ensemble de professeurs pour chaque groupe au pré-test, au post-test et à la relance. La figure 5 présente une illustration des résultats. Une analyse de variance à deux dimensions (groupes x temps) avec mesures répétées sur le facteur temps a été réalisée. Les résultats de cette analyse ne permettent pas de confirmer significativement les progressions observées à partir des moyennes seulement. Malgré qu'un effet temps soit présent ($F(2,46)=4.68, p<.05$), donc que les groupes changent à travers le temps, aucun effet du facteur groupes ne ressort, pas plus que de l'interaction groupes par temps. Les deux groupes ne sont donc pas significativement différents et se comportent de façon similaire à travers le temps. Un résumé des résultats de cette analyse est présenté au tableau 21. Les analyses de comparaisons multiples Tukey révèlent des différences significatives entre le pré-test et le post-test ($q(2,46)=3.72, p<.05$) et entre le pré-test et la relance ($q(2,46)= 3.76, p<.05$). Ces résultats doivent cependant être considérés avec une certaine réserve, étant donné que ce ne sont pas les mêmes professeurs qui ont effectué les observations de chaque sujet. On ne peut donc juger de la fiabilité des observations entre professeurs.

Tableau 20

Moyennes et écarts-type des scores au Questionnaire d'observation par le premier ensemble de professeurs pour chacun des groupes aux trois temps de l'étude.

Etape	Pré-test	Post-test	Relance
Groupe			
expérimental	32.67	30.17	28.42
N=12	(7.83)	(6.10)	(2.81)
Contrôle	31.92	27.08	28.62
N=13	(8.79)	(4.43)	(3.36)

Figure 5. Taux moyens de comportements dépressifs observés par le premier ensemble de professeurs par groupe aux trois étapes de l'étude

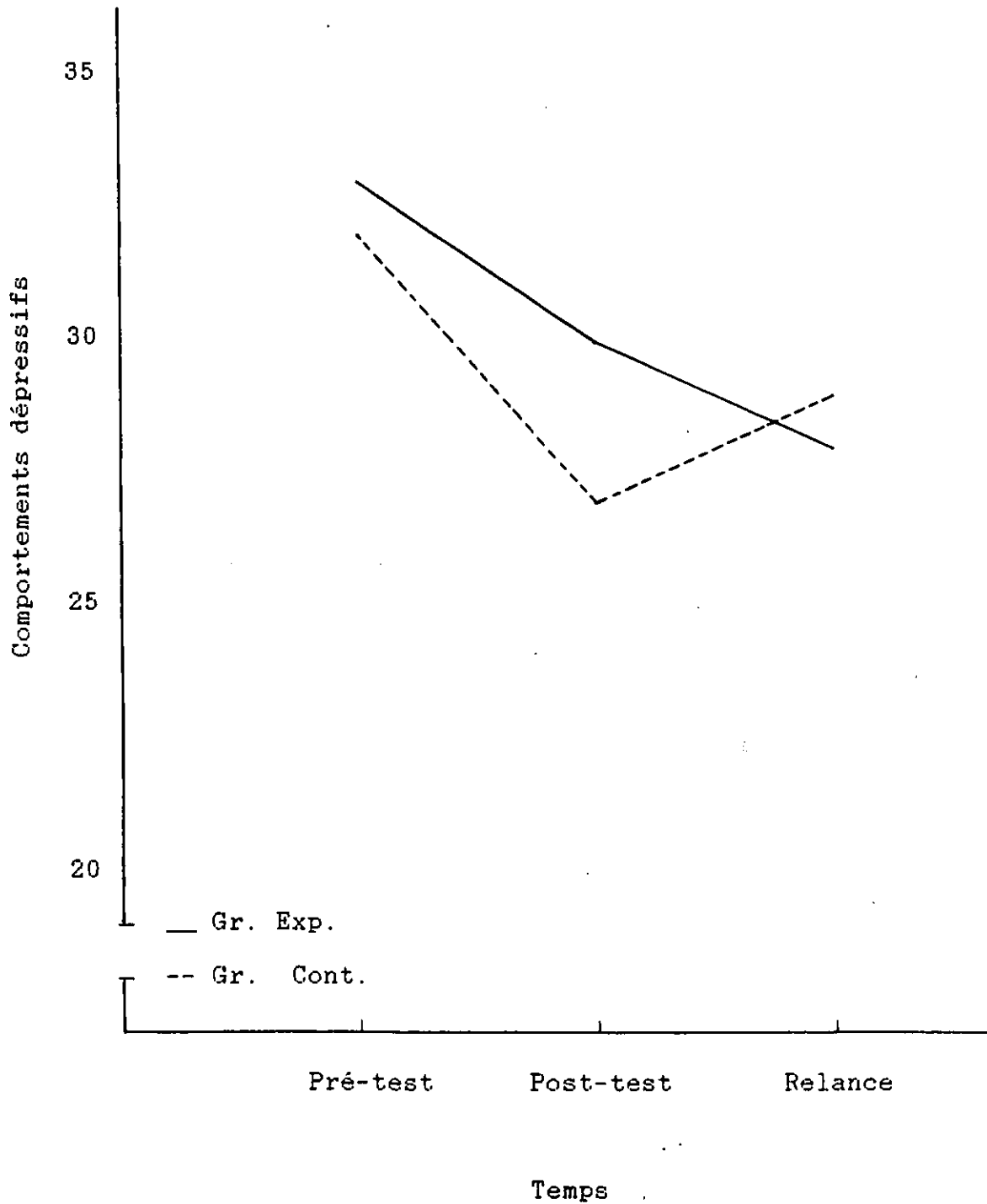


Tableau 21

Résumé de l'analyse de variance à deux dimensions sur la variable observations par le premier ensemble de professeurs.

Source de variation	<u>DL</u>	<u>CM</u>	<u>E</u>
Groupes	1	27.48	0.47
Intra cellules	23	57.96	
Temps	2	115.57	4.68*
Groupes X Temps	2	17.89	0.73
Intra cellules	46	24.68	

* $p < .05$

Le tableau 22 présente les moyennes des scores d'observation par un deuxième ensemble de professeurs. La figure 6 illustre ces résultats. L'analyse de variance à deux dimensions (groupes x temps) avec mesures répétées sur un facteur (temps) confirme l'absence de différence entre les deux groupes de même que l'absence d'interaction des deux facteurs groupes et temps. Un effet du facteur temps est cependant de nouveau présent. Toujours selon les résultats des analyses de comparaisons multiples Tukey, les groupes changent de façon significative entre le pré-test et le post-test ($q(2,46) = 3.72$, $p < .05$). Aucun changement significatif n'est cependant présent entre le pré-test et la relance, tel qu'observé par le premier groupe de professeurs. Un résumé de l'analyse de variance est présenté au tableau 23.

Avant de poursuivre la présentation des résultats, il convient de rappeler qu'aucune analyse n'a été effectuée à partir des résultats obtenus sur la deuxième mesure objective des changements observés chez les sujets que constituait le rendement scolaire. Tel que mentionné précédemment, cette mesure a été abandonnée pour des raisons d'ordre méthodologique. Les tests qui avaient été élaborés à cette fin sont cependant présentés en appendice J.

Tableau 22

Moyennes et écarts-type des scores au Questionnaire d'observation par le deuxième ensemble de professeurs pour chacun des groupes aux trois temps de l'étude.

Etape	Pré-test	Post-test	Relance
Groupe			
expérimental	33.42	31.50	28.42
N=12	(8.95)	(6.86)	(5.05)
Contrôle	33.08	31.77	30.54
N=13	(11.77)	(7.50)	(7.59)

Figure 6. Taux moyens de comportements dépressifs observés par le deuxième ensemble de professeurs par groupe aux trois étapes de l'étude

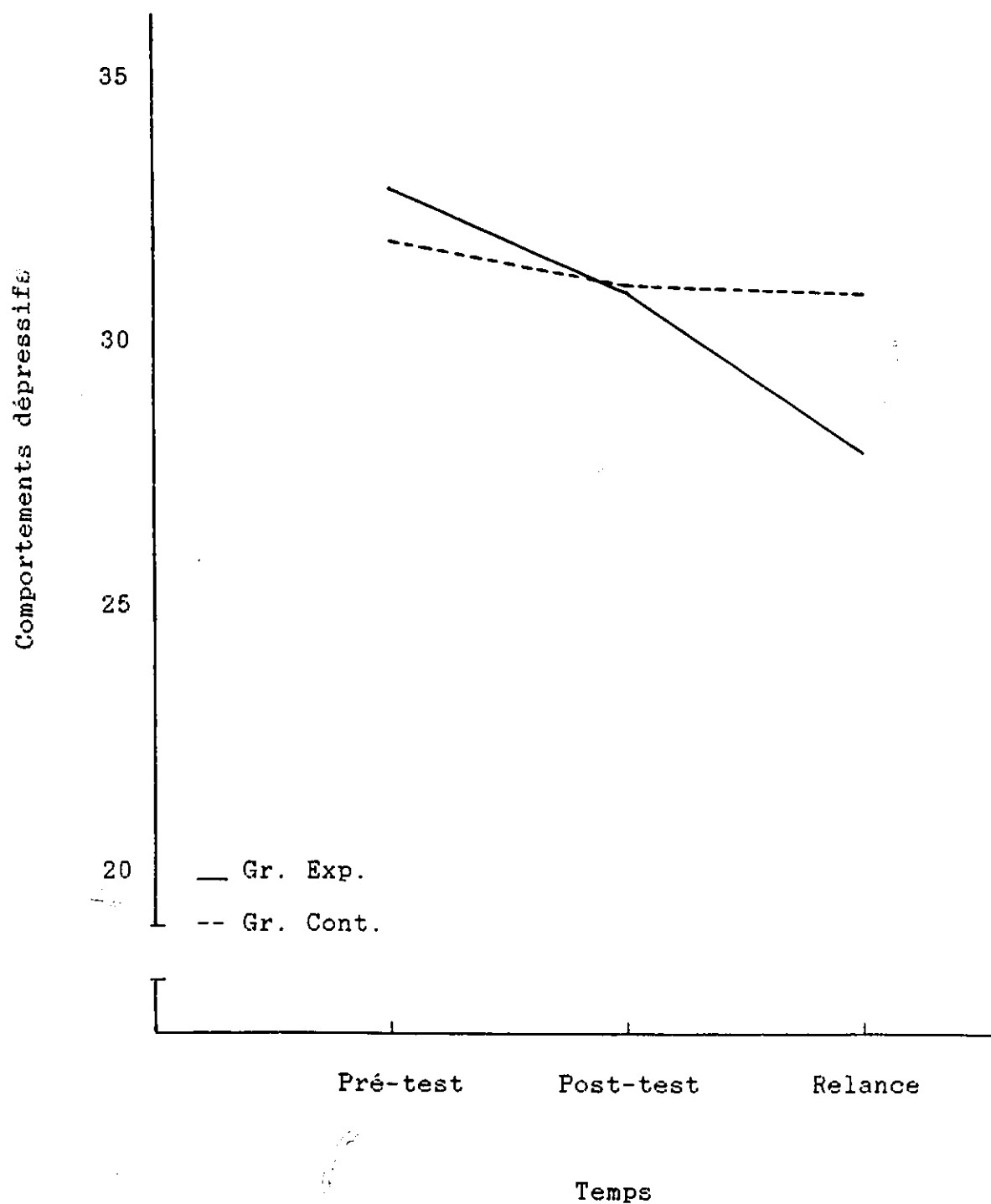


Tableau 23

Résumé de l'analyse de variance à deux dimensions sur la variable observation par le deuxième ensemble de professeurs.

Source de variation	<u>DL</u>	<u>CM</u>	<u>F</u>
Groupes	1	8.75	0.06
Intra cellules	23	152.72	
Temps	2	89.27	3.44*
Groupes X Temps	2	10.26	0.40
Intra cellules	46	25.93	

* $p < .05$

Egocentrisme

La variable égocentrisme a été incluse dans cette étude à titre de variable modératrice afin d'explorer les effets possibles de cette variable sur l'impact du traitement en termes de dépression ou de croyances irrationnelles.

En ce qui a trait à la relation entre égocentrisme et dépression tout d'abord, une corrélation r de Pearson de 0.42 ($p < .05$) a été observée entre les scores obtenus chez l'ensemble des sujets sur ces variables. Le score de dépression utilisé est le score obtenu au pré-test. Une analyse de covariance à deux dimensions (groupes x temps) avec mesures répétées sur un facteur (temps) a été réalisée à partir des données sur l'IDB employées comme variable dépendante en utilisant la variable égocentrisme comme covariable. Le résultat de cette analyse ressort cependant non significatif.

Une corrélation significative (r de Pearson = -0.36, $p < .05$) est aussi observée entre l'égocentrisme de pensée et l'irrationalité mesurée au pré-test. (Un score bas au test indique un niveau d'irrationalité élevé.) Un score élevé à l'égocentrisme est donc associé à un niveau de rationalité bas ou d'irrationalité élevé. Les deux groupes ayant obtenu des scores significativement différents au pré-test sur la variable égocentrisme ($t=2.06$, $p < .05$), une analyse de covariance à deux

dimensions (groupes x temps) avec mesures répétées sur un facteur (temps) a aussi été effectuée sur les scores d'irrationalité. De nouveau, les scores d'égoцентризм ont été utilisés comme covariable. L'effet significatif de la covariable ($t = -2.47$, $p < .05$) indique que cette variable contribue significativement à la variance des résultats sur l'échelle d'irrationalité. Un coefficient Beta de $-.47$ est obtenu. Les résultats de cette analyse sont présentés au tableau 24. Une correction des degrés de liberté a été effectuée, de par le résultat significatif du test de sphéricité ($\chi^2(2)$ approx. = 8.82, $p < .05$), mais cela ne change pas les résultats de l'analyse. Des effets significatifs du facteur temps et de l'interaction des facteurs temps et groupes demeurent présents tel qu'observé lors de l'analyse des scores d'irrationalité sans covariable. L'effet significatif du facteur groupes demeure aussi présent, mais le niveau de signification obtenu change de .01 à .05. Il en est de même pour les effets simples mesurés entre les groupes au post-test ($F(1,18) = 5.23$, $p < .05$) et à la relance ($F(1,18) = 4.92$, $p < .05$) qui demeurent significatifs, mais à des niveaux moindres de probabilité. Ce changement unique de l'effet groupe et non de l'effet temps ou de l'interaction groupe par temps s'explique en partie par le fait que l'égoцентризм est considéré comme une variable constante à travers le temps puisqu'elle n'a été mesurée qu'au pré-test.

Tableau 24

Résumé de l'analyse de covariance à deux dimensions sur la variable irrationalité avec la covariable égocentrisme.

Source de variation	DL	CM	F
Groupes	1	3644.71	4.92*
Intra cellules	20	740.34	
Temps	2	1781.92	6.36**
Groupes X Temps	2	1378.16	4.92*
Intra cellules	40	280.23	
=====			
covariable	B	Beta	Valeur-t
Egocentrisme	-1.3598	-.4652	-2.4651*

* p<.05

** p<.01

Origine de l'épisode dépressif:

Une hypothèse complémentaire dans cette recherche prévoit que les événements activants de la dépression chez les adolescents sont de la nature d'un échec ou d'un rejet. Un questionnaire sur l'origine de l'épisode dépressif a été joint au "Questionnaire des événements de vie stressants" lors du pré-test à cet effet. Les réponses des participants ont été regroupées selon la présence ou l'absence d'un échec, d'un rejet ou de ces deux événements. Le tableau 25 présente la répartition par sexe des réponses obtenues dans chacune des catégories. Il est possible de constater l'absence d'événement de type rejet ou de type échec et rejet chez les sujets de sexe masculin. L'analyse des résultats au moyen d'un test chi carré permet de constater qu'un nombre significativement plus grand d'adolescents ont mentionné la présence d'un échec, rejet ou les deux événements comparativement à l'absence d'événement de cette nature ($\chi^2(1)=9.00, p<.01$). En plus, la présence de tels événements semble être observée davantage chez les filles que chez les garçons.

Tableau 25

Répartition par sexe de la présence d'événements de type échec ou rejet

Sexe	GARCON	FILLE	TOTAL
Evénement			
échec	3	2	5
(%)	(50)	(10.5)	(20.0)
rejet	0	9	9
(%)	(0)	(47.4)	(36.0)
échec et rejet (%)	0	6	6
	(0)	(31.6)	(24.0)
aucun	3	2	5
(%)	(50.0)	(10.5)	(20.0)
total	6	19	25
(%)	(24.0)	(76.0)	(100.0)

Chapitre IV

DISCUSSION

La présente thèse a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une stratégie de traitement émotivo-rationnelle pour diminuer les symptômes dépressifs chez des adolescents de milieu scolaire. Ce modèle d'intervention explique la psychopathologie par l'adhésion à des idées ou croyances irrationnelles (Ellis & Grieger, 1975; Ellis, 1984a). L'intervention émotivo-rationnelle poursuit le triple objectif de l'enseignement de la philosophie émotivo-rationnelle, de l'identification des croyances irrationnelles propres au jeune individu et du débat de ces idées dans le but d'arriver à les remplacer par de nouvelles, plus rationnelles. La stratégie de Bernard et Joyce (1984), utilisée dans la présente étude, s'inscrit dans cette visée de l'intervention. Malgré que des études aient vérifié l'efficacité de TER auprès de populations d'enfants et d'adolescents, aucune étude n'a encore appliqué ce modèle d'intervention à une population d'adolescents présentant des symptômes dépressifs. C'est à cette population que le programme de Bernard et Joyce est appliqué dans cette étude.

Les hypothèses émises dans cette recherche s'énoncent comme suit. Il est proposé que l'application de la stratégie d'intervention de Bernard et Joyce soit plus efficace pour diminuer les symptômes dépressifs par comparaison avec un groupe contrôle-liste-d'attente, et ce, en tenant compte de la présence d'événements stressants durant le traitement. Une deuxième hypothèse concerne le changement d'intensité des

croyances irrationnelles. Il est proposé que ces dernières diminuent davantage chez les sujets du groupe bénéficiant du traitement que chez les sujets du groupe-contrôle. Il est aussi prédit que les événements activants de l'épisode dépressif sont prioritairement de type rejet et/ou échec. Finalement, l'égoцентризм de pensée est une variable supplémentaire incluse dans cette étude dont l'influence possible sur l'efficacité du traitement est explorée.

Les résultats obtenus tendent de façon générale à appuyer les hypothèses émises. Malgré qu'une diminution des symptômes dépressifs soit présente chez les sujets du groupe contrôle au post-test, le traitement diminue les symptômes dépressifs chez les sujets du groupe expérimental au post-test et à la relance. La différence entre les groupes apparaît cependant plus particulièrement lors de la relance. Aussi, les changements se présentent de façon différente chez les sujets de 4e et 5e secondaires en comparaison avec ceux de 3e secondaire. Lorsque ce premier groupe de sujets est considéré, aucune diminution des symptômes dépressifs n'est présente chez les sujets du groupe contrôle, contrairement à ce qui se produit chez les sujets plus jeunes. Les résultats obtenus sur la mesure des événements de vie stressants vécus par les sujets tout au long de l'étude permettent d'affirmer que les sujets des deux groupes n'ont pas fait l'expérience d'événements stressants différents pendant cette période. Quant aux résultats obtenus

sur la variable irrationnalité, ils permettent de distinguer nettement les deux groupes dès le post-test et cette différence demeure présente à la relance. Le groupe expérimental démontre une diminution marquée du taux de croyances irrationnelles et se distingue clairement du groupe-contrôle. Ces changements se manifestent particulièrement au niveau de certaines catégories de croyances particulières. La variable égocentrisme, utilisée comme covariable sur les scores d'irrationnalité, contribue à la variance des scores sur cette dernière échelle. Finalement, un nombre plus grand de sujets ont relaté la présence d'un échec, d'un rejet ou de ces deux événements en relation avec leur état dépressif. L'ensemble des résultats sera maintenant commenté de façon plus détaillée.

Symptômes dépressifs

Le niveau de dépression des sujets ayant participé au traitement a diminué du pré-test au post-test et ces gains relatifs à l'état émotif des sujets du groupe expérimental sont conservés à la relance. C'est d'ailleurs à cette dernière étape que le changement survenu ressort plus particulièrement, puisque le groupe expérimental se distingue alors du groupe contrôle. Si les normes établies auprès des adultes avec l'IDB sont utilisées (Burns & Beck, 1978), les symptômes dépressifs des sujets ayant reçu le traitement sont passés d'une intensité initiale sévère à une intensité légère au post-test, pour

finalement se situer à la limite entre la dépression légère et l'absence de dépression à la relance. De leur côté, les sujets du groupe-contrôle sont passés de symptômes dépressifs d'intensité modérée au pré-test à une intensité légère au post-test, pour revenir à un niveau de dépression d'une intensité modérée à la relance. Les résultats obtenus se sont produits sans l'interférence d'événements positifs et/ou négatifs particuliers pour l'un ou l'autre des groupes. La différence observée d'un plus grand nombre d'événements neutres rapportés par les sujets du groupe expérimental ne devrait pas avoir influencé les résultats.

Les sujets qui n'ont pas bénéficié du traitement ne présentent pas d'amélioration significative de leur état dépressif à moyen terme, c'est-à-dire lors de la relance. Cependant, les résultats présentent une baisse significative du niveau de dépression chez ces sujets au post-test et ceci suscite une interrogation. Afin de mieux saisir ce phénomène, il faut d'abord considérer l'évolution distincte des sujets plus âgés (SEC IV-V) par rapport à leurs pairs plus jeunes (SEC III). Cette différence s'exprime d'ailleurs dès le départ par l'effet significatif du facteur scolarité présent dans l'analyse de variance à trois dimensions ainsi que dans l'effet significatif du facteur scolarité par groupes dans l'analyse des effets simples lors de la relance. De là, la pertinence d'effectuer des analyses statistiques à partir de l'échantillon

des sujets de 4e et 5e secondaires exclusivement. Ces dernières analyses révèlent qu'un changement est apparu uniquement chez les sujets qui ont reçu le traitement et non chez les sujets du groupe-liste-d'attente. Le taux de dépression de ces sujets plus âgés a diminué progressivement et significativement tout au long de l'étude. Les sujets du groupe contrôle, de leur côté, n'ont pas présenté de diminution significative de leurs symptômes dépressifs, se situant à un niveau modéré aux trois étapes de l'étude. On constate donc une nette différence entre les changements survenus dans les deux groupes. Ce n'est toutefois qu'à la relance qu'une différence significative se retrouve de nouveau entre les deux groupes.

Plusieurs phénomènes ont pu agir conjointement pour produire cet effet. Un premier phénomène pouvant expliquer la présence de ce délai avant qu'une distinction n'apparaisse entre les deux groupes pourrait être relié au caractère psychoéducatif du traitement offert. Il faut se rappeler que le programme de Bernard et Joyce est essentiellement présenté dans une forme éducative et vise ainsi l'enseignement et l'apprentissage des principes de TER. Conformément à la philosophie émotivo-rationnelle, ce programme a pour objectif de faire connaître au jeune individu un outil qu'il pourra intégrer à son mode de vie et utiliser afin de solutionner lui-même les situations problématiques auxquelles il aura à faire face (Knaus, 1977; Waters, 1982). Comme cela se produit

souvent lors de l'apprentissage de notions nouvelles, il est possible qu'un délai de temps soit nécessaire afin de parvenir à la maîtrise complète de l'habileté récemment acquise. La période du post-test à la relance a possiblement permis cette intégration des notions de débat des idées irrationnelles enseignées pendant le traitement. Le passage du temps et la pratique d'une nouvelle habileté cognitive permet également de généraliser son application à divers domaines de la vie de l'individu (Ellis, 1977).

Un deuxième phénomène pourrait fournir une explication des résultats obtenus. Il semble que les symptômes dépressifs chez les adolescents pourraient osciller au fil du temps sans qu'il n'y ait présence d'une intervention systématique. Ceci se reflète dans une légère diminution des symptômes chez le groupe contrôle de 4e et 5e secondaires au post-test, réduisant ainsi la différence qui distingue ce groupe du groupe-traitement. Bien que cette diminution du taux de dépression ne soit pas significative, elle atténue partiellement la mise en évidence du changement survenu chez les sujets du groupe expérimental. La nature possiblement instable des symptômes dépressifs chez les adolescents, et ceci, particulièrement chez les adolescents plus jeunes, pourrait être à l'origine de cette variation des symptômes et fournir également une explication de l'évolution différentes des sujets plus jeunes (SEC III) en comparaison avec leurs pairs plus âgés (SEC IV-V).

Il apparaît en effet que les adolescents plus jeunes se sont comportés différemment de leurs confrères et consœurs plus âgés au fil des quatorze semaines pendant lesquelles l'étude s'est déroulée. Une baisse significative du niveau de dépression au post-test qui demeure présente à la relance, tant chez les sujets du groupe expérimental que chez les sujets du groupe contrôle, distingue ce groupe de sujets plus jeunes des sujets plus âgés. Ces données viennent questionner la similarité phénoménologique de la dépression entre des adolescents de niveaux de développement différents. On peut en effet s'interroger à savoir si les adolescents plus jeunes ne présenteraient pas des symptômes dépressifs qui seraient plus transitoires ou moins persistants dans leur nature que ceux des adolescents plus âgés, d'où la chute marquée des scores du pré-test au post-test sans même qu'un traitement ne soit appliqué. Les adolescents plus âgés de leur côté se rapprocheraient possiblement davantage d'une dépression similaire à celle qu'on observe chez les adultes.

Certains auteurs ont souligné la nature parfois transitoire des symptômes dépressifs chez les enfants et les adolescents. Par exemple, Lefkowitz et Burton (1978) proposent que chez les jeunes, ces symptômes ne persisteraient pas comme ils le font chez les adultes. Certains symptômes pourraient même être présents à différentes périodes de développement chez des

enfants et adolescents normaux sans être qualifiés de pathologiques. Cette position est appuyée par des études épidémiologiques où la présence de certains symptômes reconnus comme reliés à la dépression est observée à un taux relativement élevé dans des populations normales d'enfants. Par exemple, dans une des premières études épidémiologiques, Macfarlane, Allen, et Honzik (1954) trouvaient que 37% des filles et 29% des garçons présentaient un manque d'appétit à l'âge de 6 ans, alors que ces taux diminuaient à 9 et 6% à l'âge de 9 ans. Les pleurs seraient présents chez approximativement 18% des enfants à l'âge de 6 ans (2 ou 3 fois par semaine), alors que seulement 2% des adolescents rapporteraient ce symptôme (Shepherd, Oppenheim & Mitchell; 1971). Ces auteurs suggèrent que l'incidence de certains symptômes dépressifs serait directement fonction de l'âge et serait la manifestation de réactions développementales au stress chez les enfants normaux (Lapouse, 1966; Werry & Quay, 1971; Shepherd et al., 1971). Il est toutefois difficile de tracer un portrait clair de la symptomatologie dépressive chez les adolescents à partir des ces premières études puisque les critères d'évaluation de la dépression utilisés dans ces recherches sont très larges, incluant des critères de dépression "masquée". Aussi, ces études utilisent majoritairement des populations d'enfants et de jeunes adolescents plutôt que de s'intéresser spécifiquement à la période de l'adolescence.

Des différences sont toutefois retrouvées entre les

enfants et les adolescents dans des études plus récentes. Les premiers manifesteraient davantage les symptômes reliés à l'apparence dépressive, les plaintes somatiques, l'agitation psychomotrice, l'anxiété de séparation, les phobies et les hallucinations, alors que les jeunes gens pubères démontreraient davantage les symptômes reliés à la perte de plaisir, le désespoir, l'hypersomnie, le changement de poids, l'utilisation d'alcool et les tentatives de suicide (Ryan et al., 1987). L'étude de Worchel et al. (1987) retrouve également les symptômes liés à l'inquiétude psychosomatique en plus du manque d'appétit chez les enfants, alors que le manque de motivation à effectuer le travail scolaire est davantage présent chez les adolescents. Aussi, Robert, Andrew, Lewinsohn et Hops (sous presse) relatent que seulement 37% des adolescents obtiennent un score de 16 et plus au CES-D lors d'une procédure test-retest d'un mois.

Malgré que l'on reconnaît maintenant que les enfants et les adolescents peuvent présenter des symptômes dépressifs similaires à ceux rencontrés chez les adultes, il demeure que des variantes pourraient exister dans la configuration de symptômes typiques à différentes périodes de développement. La stabilité des symptômes chez les jeunes pourrait également différer de celle retrouvée chez les adultes. Ces dernières études font ressortir de telles questions relatives à la similarité phénoménologique entre enfants, adolescents et

adultes, de même que la stabilité des symptômes. La période de l'adolescence, elle-même, demeure également à explorer davantage. Les réponses à de telles questions ne tarderont certainement pas à venir puisque la dépression chez les adolescents suscite un grand intérêt chez les chercheurs depuis quelques années. Une stabilité moindre des symptômes dépressifs chez les plus jeunes adolescents pourrait alors être retenue comme une explication possible des résultats obtenus dans la présente étude. Malgré l'utilisation de la procédure de sélection en trois étapes de Reynolds permettant de sélectionner des adolescents présentant des caractéristiques très représentatives du trouble dépressif, une moins grande stabilité des symptômes chez les plus jeunes adolescents pourrait expliquer la chute des symptômes à l'intérieur d'une période de temps relativement courte.

Les scores obtenus lors de la sélection des sujets reflètent bien la nature transitoire des symptômes dépressifs chez les adolescents de 3e secondaire et seraient ainsi compatibles avec cette hypothèse. Suite à la première passation de l'IDB, un pourcentage plus grand d'élèves de 3e secondaire (19.5%) que d'élèves de 4e (11.8%) et 5e (10.3%) secondaires se situaient au-dessus du score de coupure. D'autre part, lors de l'entrevue d'évaluation de la dépression au moyen du Hamilton, un pourcentage plus bas de sujets de 3e secondaire (40%) que des autres niveaux (75%) ont été retenus. L'intensité de la

dépression chez les jeunes adolescents pourrait ainsi varier plus facilement à court terme sans nécessiter une intervention. Encore une fois, la stabilité des symptômes dépressifs chez les adolescents demeure une question à étudier.

Les deux mesures objectives de la dépression utilisées dans cette recherche (rendement scolaire et observation par les professeurs) ne permettent pas de confirmer que les changements survenus au niveau des symptômes dépressifs auto-évalués se soient traduits dans des changements comportementaux concomitants. Malheureusement, la validité de certains des résultats obtenus sur ces mesures a été atténuée par des difficultés méthodologiques. Tel que mentionné précédemment dans la section méthode, la mesure de rendement scolaire a dû être abandonnée à cause de la trop grande variété des tests utilisés, rendant la comparaison des résultats entre les groupes impossible à réaliser.

L'évaluation effectuée par deux professeurs pour chaque sujet au moyen du "Questionnaire d'observation par les professeurs" ne confirme que partiellement les résultats obtenus sur la mesure auto-évaluative de la dépression. Une diminution significative des symptômes dépressifs apparaît chez les deux groupes de sujets entre le pré-test et le post-test, et ce, pour les deux ensembles de professeurs. Ce résultat concorde avec les résultats obtenus sur l'IDB, où les deux groupes ont également

présenté moins de symptômes dépressifs. Cependant, aucune différence n'est retrouvée entre les deux groupes, et ce, particulièrement à la relance, tel que cela se produit pour la mesure auto-évaluative de la dépression. A cette étape, le groupe expérimental présente moins de symptômes dépressifs auto-évalués que le groupe-contrôle. Il faut mentionner cependant que l'efficacité de cette procédure à détecter les changements comportementaux survenus chez les sujets a pu être influencée par certaines variables contaminantes. Par exemple, le fait que la mesure pré-test ait été effectuée en début d'année scolaire rendait la tâche plus difficile à effectuer pour quelques professeurs qui connaissaient peu certains des élèves qu'ils devaient observer. Etant donné le grand nombre d'élèves rencontrés par un professeur chaque jour, ce dernier a besoin d'un certain temps avant de connaître personnellement tous ses élèves. D'autres élèves étaient toutefois connus des professeurs qui leur avaient enseigné pendant l'année précédente.

Il est également pertinent de mentionner que l'emploi de mesures objectives d'évaluation de l'état dépressif par un observateur externe se heurte à certaines difficultés qui commencent depuis peu à être soulignées dans la littérature. Kwa et DeV Peters (communication personnelle, 1990), par exemple, obtiennent une correspondance faible entre différents juges sur l'évaluation de la dépression chez des adolescents de 12 à 15

ans. La validité convergente est davantage présente pour des variables telles que la compétence scolaire, la conduite et la compétence athlétique, ces dernières variables suscitant un degré modéré à élevé d'accord entre les juges. D'autre part, la dépression et l'apparence physique n'adoptent pas cette relation de covariance entre les différents juges, qu'ils soient un parent, un professeur ou l'adolescent lui-même. Ces deux variables ainsi que l'acceptation sociale obtiennent aussi des pondérations les incluant dans des composantes différentes selon qu'elles sont évaluées par un parent, un professeur ou l'adolescent lui-même. Des différences au niveau des valeurs qui seraient associées à ces variables sont proposées par Kwa et DeV Peters comme étant à l'origine de ce manque apparent de validité. Les résultats obtenus sur la mesure objective utilisée dans la présente recherche s'accordent avec les données recueillies par ces auteurs. Il faut également mentionner, tel que le souligne Pharand (1989) qu'il demeure difficile pour un observateur externe d'identifier un état cognitif et émotif privé chez un individu, ceci malgré que le "Questionnaire d'observation par les professeurs" ait été élaboré afin d'être composé d'items comportementaux qui ne requièrent pas d'inférer l'état émotif de l'adolescent. Pharand propose comme alternative d'utiliser une ressource professionnelle de l'école, telle que le psychologue, pour réaliser l'évaluation de la dépression par un juge externe plutôt que les professeurs ou les pairs. A partir des présents résultats, il serait donc difficile de se

prononcer davantage sur l'efficacité du traitement à diminuer les comportements dépressifs observables concomitants aux symptômes auto-évalués.

Malgré le fait que les présents résultats ne permettent pas d'apporter une réponse définitive à toutes les questions qui viennent d'être soulevées, il demeure que ces résultats présentent un grand intérêt. Les résultats obtenus sur la variable dépression se révèlent être tout à fait pertinents dû au fait que le modèle émotivo-rationnel n'avait, jusqu'à aujourd'hui, pas encore fait l'objet d'application à une population adolescente dépressive. Quoique certaines variables dépendantes utilisées dans les études aient pu se rapprocher ou être reliées à la dépression, celle-ci n'avait jamais jusqu'à ce jour été utilisée systématiquement comme variable indépendante lors de la sélection des sujets, ou comme variable dépendante. Aussi, peu de populations cliniques ont fait l'objet de la vérification de l'efficacité de TER. Cette diminution marquée de l'intensité des symptômes dépressifs chez les sujets ayant bénéficié d'une intervention relativement de courte durée, est prometteuse quant à l'efficacité du modèle émotivo-rationnel appliqué à des populations adolescentes à l'intérieur du cadre scolaire. Cela, non seulement sous la forme d'éducation émotivo-rationnelle appliquée à des groupes hétérogènes de jeunes individus, mais aussi sous la forme de counseling émotivo-rationnel s'adressant à des jeunes qui vivent des

problématiques spécifiques d'intensité clinique telles que la dépression.

Les résultats de la présente recherche viennent s'ajouter et s'orientent dans le même sens que les données fournies par les études récentes qui tendent à démontrer l'efficacité de programmes d'intervention behaviorale-cognitive appliquée à la dépression chez les adolescents (Butler et al., 1980; Lewinsohn, Clarke et al., 1988; Reynolds, 1986). Ainsi, ces trois auteurs trouvent dans leur étude des différences significatives dans les scores obtenus à une mesure de Beck au post-test entre les groupes ayant reçu le traitement et les groupes contrôles. Les groupes-traitement démontrent une amélioration significative du niveau de dépression. Reynolds obtient des scores de dépression à la relance qui demeurent améliorés, en ce qui concerne deux des trois mesures de dépression utilisées. Ces mesures sont l'IDB et l'Index de dépression Bellevue, alors que l'amélioration mesurée par le "Reynolds Adolescent Depression Scale" n'est pas conservée. Il est pertinent de rappeler que, tout comme c'est le cas dans la présente recherche, ces études utilisent des procédures systématiques de sélection d'adolescents présentant les caractéristiques de la dépression.

Les résultats obtenus dans la présente étude permettent donc de proposer qu'à partir d'aujourd'hui l'approche émotivo-

rationnelle pourrait prendre une part active dans le développement des stratégies d'interventions contemporaines appliquées à la dépression chez les adolescents. Le programme de Bernard et Joyce partage d'ailleurs plusieurs points communs avec ces programmes. Tout comme les programmes de Lewinsohn et de Reynolds, il est présenté sous une forme très systématisée. Son contenu est détaillé de façon précise et il est structuré en un nombre de sessions précis. En ce sens, il s'inscrit bien dans la lignée de ces récents programmes optant pour une approche didactique-éducative appliquée à des groupes. Il peut également être intégré facilement à l'intérieur d'un cadre scolaire par l'entremise des praticiens ou des professeurs.

Avant de quitter la première partie de ce chapitre sur la variable dépression, un dernier ensemble de résultats nécessite que l'on s'y attarde quelque peu. Ce sont les résultats obtenus appuyant la présence d'un événement de type échec et/ou rejet à l'origine de l'épisode dépressif. Tel que mentionné précédemment, une comparaison avec un groupe de sujets non-dépressifs aurait permis d'enrichir considérablement la portée de ces résultats. Néanmoins, ces résultats s'accordent bien avec la proposition théorique de Ellis (Ellis, Moseley & Wolfe, 1966) selon laquelle un de ces deux types d'événements serait présent à l'origine de l'épisode dépressif. Suite à cela, la dépression s'installerait chez l'individu à cause des croyances irrationnelles adoptées dans l'interprétation de cet

événement. Ces croyances se lient particulièrement à un besoin d'approbation par une personne significative et à l'auto-condamnation et le blâme personnel résultant de l'échec à obtenir cette approbation. La notion de perte à l'origine de la dépression, qu'elle soit sous la forme d'un échec, d'un rejet ou autre n'est cependant pas unique au modèle émotivo-rationnel. Elle est reconnue par les théoriciens de plusieurs modèles explicatifs de la dépression ou de modèles thérapeutiques. Karl Abraham, théoricien psychanalytique de la dépression, développe le concept de perte objectale réelle ou imaginaire proposé par Freud à l'origine de la dépression. De son côté, Beck propose que les schèmes dépressogènes ne sont pas innés et se développent sur plusieurs années. Ces schèmes, qui sont prêts à être activés par une combinaison de circonstances stressantes, sont produits par des facteurs de développement chez l'enfant tel qu'une perte tangible ou des attentes de perte (Williams, 1984). Finalement, les travaux de Brown et Harris (1978) présentent la dépression comme étant liée à une faible estime de soi, qui est elle-même associée, entre autres, à la perte de la mère avant l'âge de 11 ans.

Les données recueillies proposent cependant que les filles davantage que les garçons vivraient ce type d'événements. Ces résultats vont dans le sens d'études identifiant des patterns de symptômes dépressifs différents selon les sexes. Des différences sont en effet retrouvées, tant chez les adultes

(Vredenburg et al., 1986), les étudiants de niveau collégial (Hammen & Padesky, 1977), que chez les adolescents (Baron & Joly, 1988; Worchel et al., 1987). Worchel et al., par exemple, proposent que les adolescents de sexe masculin présentent une tendance plus grande à extérioriser leurs difficultés, qui se reflète dans l'adhésion plus forte aux symptômes liés à des types de comportements actifs. De leur côté, les adolescentes expriment davantage leur dépression par des symptômes liés aux sentiments et aux inquiétudes. Cette perspective s'accorde également avec les résultats d'autres études où les symptômes d'inhibition face au travail et de retrait social ressortent plus particulièrement chez les individus de sexe masculin de différents âges, alors que l'insatisfaction face à soi-même ("self-dislike"), parfois exprimée par une distorsion de l'image corporelle est un symptôme dominant chez les femmes (Hammen & Padesky, 1977; Vredenburg, Krames & Flett, 1986; Baron & Joly, 1988). Une explication proposée de l'origine de ces différences est liée aux rôles sexuels et à des renforcements sociaux différentiels face à l'expression des symptômes dépressifs.

Irrationalité

Les résultats obtenus sur la variable irrationalité permettent de distinguer nettement les deux groupes dès le post-test et cette différence demeure présente à la relance. Le groupe expérimental démontre une diminution significative du

taux de croyances irrationnelles et se distingue significativement du groupe contrôle. Des changements significatifs apparaissent plus particulièrement au niveau des catégories de croyances "dramatisation", "faible tolérance à la frustration" et "valeur personnelle".

Les résultats obtenus dans cette étude supportent ainsi l'hypothèse que la stratégie d'intervention de Bernard et Joyce est plus efficace pour diminuer le taux de croyances irrationnelles que la procédure de liste d'attente. Cette stratégie de traitement atteint donc adéquatement l'objectif qu'elle se donne; celui-ci étant d'enseigner des habiletés de pensée rationnelle et de diminuer ainsi la pensée irrationnelle chez les jeunes individus. Les cotations fournies par les juges sur la conformité aux objectifs du programme et au style de l'intervention corroborent également les résultats au QCP. Tel que prédit, les adolescents qui ont reçu le traitement endossent significativement moins les idées irrationnelles, telles que mesurées par le QCP, que les sujets du groupe contrôle-liste d'attente. Les présents résultats appuient la proposition émise par plusieurs auteurs selon laquelle les principes émotivo-rationnels peuvent être acquis par les adolescents afin de parvenir à des modes de pensée plus rationnels (Bernard & Joyce, 1984; Waters, 1981; Young, 1983).

Les résultats obtenus permettent en effet de présumer

qu'il s'avère possible pour ces jeunes individus d'apprendre des stratégies rationnelles d'adaptation par la présentation de tâches et de problèmes dans une atmosphère de groupe. L'objectif fondamental de l'intervention est l'acquisition d'habiletés, ainsi que l'application et la pratique de ces habiletés dans différents contextes typiques à leur âge (Bernard & Joyce, 1984). On peut également présumer que l'adolescent serait aussi en mesure de détecter lui-même ses croyances irrationnelles, d'appliquer les différentes méthodes qu'il a apprises pour les débattre et d'arriver à les remplacer par un mode de pensée plus rationnel. L'amélioration du taux de croyances irrationnelles conservée à la relance reflète que les principes acquis lors de l'intervention seraient maintenus et pourraient continuer d'être utilisés à moyen terme.

L'approche émotivo-rationnelle pourrait ainsi se révéler particulièrement utile avec les adolescents si l'on prend en considération leur situation développementale. Celle-ci les amène à démontrer une tendance particulièrement aigüe à distorsionner, exagérer et à amplifier la réalité (Young, 1983). Grieger (1975) souligne également cette tendance chez les adolescents, qu'il associe à l'émergence de la pensée formelle. Selon cet auteur, l'adolescent peut utiliser cette nouvelle capacité cognitive pour renforcer plus fortement les croyances irrationnelles qu'il possède déjà. Les changements associés à la puberté sont également postulés comme étant associées à une plus

faible tolérance à la frustration. L'adolescent se montrerait plus exigeant quant à la satisfaction de ses besoins et moins patient à tolérer les délais à obtenir des gratifications. Pour cet auteur, le traitement aurait pour but de fournir au jeune individu le support nécessaire afin de traverser les turbulences de cette période de la vie sans encourir des dommages psychologiques sérieux. Les scores obtenus sur la mesure d'irrationalité confirment ce niveau élevé de distorsions cognitives présent chez les adolescents. Les taux obtenus par chacun des groupes ($\bar{X}=124.3$ et $\bar{X}=129.7$) se situent à un niveau remarquablement plus élevé d'irrationalité que chez d'autres groupes d'individus. Par exemple, Kassinové (1988) obtient des taux moyens de 139.8 chez les adultes normaux et de 142.3 chez les étudiants de niveau collégial. Les scores obtenus dans la présente étude placent même les adolescents dépressifs à un taux d'irrationalité plus élevé que celui de patients adultes recevant des services en santé mentale qui se situe à 133.0.

Le modèle théorique d'Ellis propose l'hypothèse d'une relation causale entre la perturbation émotionnelle et l'irrationalité. Les troubles émotionnels sont vus comme originant d'une tendance innée de l'homme à adopter des modes de pensée irrationnels. Cette recherche ne permet pas de vérifier l'existence d'une relation de cause à effet entre ces deux instances. Les résultats obtenus permettent cependant de supporter l'hypothèse d'une association entre l'adhésion à

diverses catégories de croyances irrationnelles et le trouble émotionnel que constitue la dépression. En effet, chez le groupe expérimental, les scores obtenus à l'IDB et au QCP suivent une direction parallèle. Une diminution progressive du taux de dépression est accompagnée d'une diminution du taux d'irrationalité. L'absence de différenciation entre les groupes au post-test rend toutefois difficile de supporter tout à fait la covariation de ces deux phénomènes. Il semble qu'un changement notable se produit d'abord dans l'adhésion aux croyances irrationnelles. Un délai de temps est ensuite requis pour que ce changement donne lieu à une amélioration dans la manifestation des symptômes dépressifs. Ces deux types de changement ne se produiraient donc pas selon un rythme identique. Ces résultats permettent d'exprimer que la diminution de l'irrationalité produite par l'intervention éducative émotive-rationnelle de Bernard et Joyce est accompagnée de changements positifs dans les symptômes dépressifs sans pour autant confirmer une relation causale entre ces deux phénomènes.

L'examen des résultats obtenus sur les différentes composantes du QCP laisse croire que le traitement serait possiblement plus efficace pour diminuer certains types de croyances. Les catégories de croyances irrationnelles liées à la dramatisation, à la faible tolérance à la frustration et à la valeur personnelle semblent celles qui ont montré une amélioration plus significative. Les changements survenus

rejoignent d'assez près ceux qui ont été observés sur les scores globaux d'irrationnalité. Pour la catégorie dramatisation, les sujets ayant reçu le traitement diminuent leur niveau d'adhésion à ce type de croyances irrationnelles du pré-test au post-test, moment où ils se distinguent du groupe contrôle. Ce changement demeure présent à la relance, malgré que les groupes ne sont plus significativement distincts. Pour la catégorie valeur personnelle, malgré que les groupes se distinguent dès le post-test et demeurent distincts à la relance, il faut attendre cette dernière étape de l'étude pour observer un changement significatif chez les sujets du groupe expérimental. Finalement, les groupes se distinguent également sur la catégorie de croyances irrationnelles liées à la faible tolérance à la frustration lors du post-test, mais ces changements ne sont pas conservés à la relance.

Malgré qu'aucune étude ne se soit encore intéressée à réaliser une confirmation empirique d'ensembles différentiels des croyances particulières à la population adolescente, certains liens entre les données obtenues et les propositions théoriques existantes pourraient s'avérer intéressants. Dans son explication de la dépression chez les jeunes individus, TER insiste sur l'importance de l'estime de soi. Cette dernière est définie comme l'évaluation ou le jugement que porte l'adolescent sur son concept de soi, c'est-à-dire sur ses différentes caractéristiques intellectuelles, sociales et physiques. TER

relie la dépression à des périodes prolongées de faible estime de soi. On propose également qu'une faible estime de soi chronique serait un des symptômes majeurs de dépression chez les enfants et les adolescents (Bernard & Joyce, 1984), de même qu'une tendance au rejet et à la condamnation de soi (Waters, 1981). D'autre part, l'une des valeurs enseignée et priorisée dans l'intervention émotive-rationnelle est l'auto-acceptation. On enseigne aux individus à se percevoir et à percevoir les autres comme des êtres humains complexes, présentant plusieurs facettes et comme distincts de leurs performances. On les encourage à s'accepter comme des êtres humains imparfaits qui parfois réussissent, parfois échouent et parfois font des choses stupides. A partir d'une telle conception de la dépression chez les adolescents et d'une telle philosophie d'intervention, on peut s'attendre à ce que l'intervention auprès des adolescents dépressifs modifie particulièrement leurs croyances irrationnelles liées à la valeur personnelle, cette dernière étant au coeur de leur perturbation émotionnelle. L'adolescent dépressif qui tend à s'autocritiquer sévèrement et à se condamner bénéficiera particulièrement d'un mode d'intervention où il apprend à débattre ses critères de valeur personnelle et à s'auto-accepter simplement comme un être humain imparfait. Aussi, le but visé par l'intervention s'accorderait donc particulièrement bien à la présence de ce type de croyances chez les jeunes présentant des symptômes dépressifs.

L'effet du traitement sur la diminution des croyances irrationnelles des catégories dramatisation et faible tolérance à la frustration peut également être relié à la problématique dépressive. Les propos de Young (1983) et de Grieger (1975) cités précédemment s'allient bien à la tendance à dramatiser chez les adolescents qui aurait été atténuée par le traitement. De même, Bernard et Joyce suggèrent une catégorie de croyances typiques aux jeunes qui comprend les croyances reliées à la nécessité pour l'individu d'obtenir tout ce qu'il désire et que les choses soient toujours de la façon dont il voudrait qu'elles soient. La dramatisation et la faible tolérance à la frustration ont donc été proposées comme des croyances irrationnelles présentes chez les jeunes individus. Cette proposition n'a toutefois pas encore fait l'objet d'une application à la dépression chez les jeunes. Chez les adultes, par contre, ce type de croyances a déjà été associé à la dépression. L'horreur chez l'individu de ne pas avoir ce dont il a "besoin" et la croyance que certaines choses sont "terribles" est soulignée par Walen et al. (1980) chez les adultes dépressifs. Egalement, certains auteurs (Hauck, 1974; Wessler & Wessler, 1980) associent l'intolérance à la frustration à une des causes cognitives de la dépression qu'est l'attendrissement sur son sort. Selon Paul Hauck, suite à une déception ou un échec, le dépressif évalue ces événements très négativement suivant sa croyance qu'il devrait obtenir tout ce qu'il désire et ne jamais subir la frustration. Finalement, les résultats des études

empiriques portant sur les croyances irrationnelles dans la dépression effectuées auprès de populations adultes identifient la faible tolérance à la frustration comme une des croyances irrationnelles typiquement dépressives. Bien sûr, la confirmation de l'existence de ce type de croyances chez les jeunes dépressifs demeure à être réalisée.

Les sujets plus âgés se distinguent des adolescents plus jeunes sur la variable globale d'irrationalité, comme c'était également le cas pour la variable dépression. Les adolescents plus jeunes démontrent au point de départ un niveau d'irrationalité supérieur à celui retrouvé chez leurs pairs de 4e et 5e secondaires. Ces résultats s'accordent avec la conception émotivo-rationnelle de l'irrationalité. Cette dernière est conçue comme un phénomène qui varie en fonction d'une évolution développementale du jeune individu et ce type de distorsions cognitives doit diminuer avec l'âge (Kassinove et al., 1977; Spirito & Erickson, 1979). Il est alors possible de se demander si cette variation de l'irrationalité selon l'âge pourrait influencer l'efficacité du traitement. Les adolescents plus jeunes, démontrant une pensée plus irrationnelle, pourraient possiblement se montrer plus résistants au changement, et ainsi démontrer des changements de moindre intensité suite à l'intervention. Les résultats obtenus lors de la relance suggèrent également que les gains obtenus lors du traitement seraient conservés davantage par les sujets plus

âgés. Toutefois, le nombre de sujets étant petit et le but de cette recherche n'étant pas de vérifier l'existence d'une efficacité différentielle du traitement selon le niveau de développement des adolescents, il est impossible de se prononcer davantage à partir des résultats actuels.

Egocentrisme

Une autre variable explorée dans cette étude qui pourrait également avoir une influence sur l'efficacité du traitement est l'égo-centrisme de pensée. Bien que ce ne soit qu'à titre exploratoire de sa relation possible à la dépression chez les adolescents que l'égo-centrisme de pensée ait été inclus dans cette étude, les résultats obtenus sont dignes d'intérêt. Une corrélation entre les scores de dépression et l'égo-centrisme est retrouvée et confirme ainsi les résultats obtenus dans les études antérieures (Baron, 1986a; Baron & Marcotte, 1987). De même, ces résultats soulignent la pertinence d'explorer ce type de distorsions de la réalité comme facteur de vulnérabilité à certains troubles émotionnels dont la dépression. Cette exploration s'avère d'autant plus judicieuse qu'une relation est également présente entre l'égo-centrisme et l'irrationnalité; la première contribuant significativement à la variance des scores obtenus sur la deuxième. Il existe donc une relation de covariance entre l'égo-centrisme et la dépression, mais également entre l'égo-centrisme et l'irrationnalité. Ainsi, on pourrait

possiblement s'attendre à ce que le traitement ait un effet non seulement sur l'irrationalité, mais également sur l'égocentrisme, dans le sens de diminuer ce dernier. Quoique très préliminaires, les présents résultats soulignent l'intérêt d'étudier davantage la relation existante entre ces deux formes de distorsions cognitives que sont l'irrationalité et l'égocentrisme ainsi que leur lien avec la dépression.

En terminant, certaines limites inhérentes à cette étude méritent d'être mentionnées. La procédure de sélection employée visait à dépister les adolescents qui présentaient des symptômes dépressifs concordant avec les caractéristiques de la dépression majeure du DSM-III. Afin de se rapprocher le plus possible de ce trouble, une procédure de sélection en trois étapes inspirée de Reynolds (1986) a été employée. L'inventaire de dépression de Beck, ainsi qu'une entrevue semi-structurée au moyen du Hamilton ont été utilisés. Malgré qu'une telle attention portée à la sélection des sujets ait permis de diminuer considérablement le nombre de faux positifs et que les symptômes présentés par les sujets concordaient grandement aux symptômes du trouble dépressif, cette procédure ne peut cependant pas être qualifiée de procédure diagnostique formelle. La validité externe des résultats en est donc quelque peu diminuée. L'emploi d'une procédure de diagnostic pourrait cependant s'avérer difficile à utiliser à l'intérieur d'un cadre scolaire à cause du temps requis pour une entrevue de ce genre ainsi que de la nature des

ressources généralement disponibles dans ce genre de milieu.

La procédure de relance ainsi que l'emploi de mesures objectives de la dépression ont été inclus dans cette étude afin d'améliorer les schèmes employés dans les études antérieures. La cueillette des données effectuée lors de la relance a permis un apport substantiel à cette étude. Les mesures objectives de la dépression n'ont toutefois pas fourni les résultats escomptés et mériteraient d'être raffinées dans le futur. L'évaluation de la dépression par une personne externe demeure une tâche difficile à réaliser.

Finalement, une question primordiale soulevée par les résultats obtenus dans cette recherche est celle de la différence dans la manifestation des symptômes dépressifs entre les adolescents plus jeunes et leurs pairs plus âgés. Malgré que quelques études ont commencé à explorer les différences entre la dépression telle que manifestée par les enfants et celle qui est observée chez les adolescents, les changements qui surviennent au cours même de la période adolescente demeurent inexplorés. Cette question apparaît tout à fait pertinente à étudier et fera sûrement l'objet de recherches dans un avenir rapproché. Même s'il est maintenant reconnu que la dépression chez les enfants et les adolescents peut être dépistée à partir des critères diagnostiques adultes de ce trouble, les différentes configurations plus spécifiques des symptômes adoptées par les

adolescents au début par comparaison à la fin de l'adolescence pourraient aider à mieux évaluer l'efficacité des stratégies d'intervention. Ceci, particulièrement au niveau de la stabilité à court terme des symptômes dépressifs. Il serait également intéressant de vérifier plus spécifiquement l'efficacité différentielle de la stratégie de traitement de Bernard et Joyce avec des adolescents de différents niveaux de développement. Par exemple, une comparaison de l'efficacité de ce modèle d'intervention avec des sujets se situant au début de l'adolescence pourrait être comparée à celle auprès de sujets se situant plutôt à la fin de cette période de la vie.

REFERENCES

- ABRAHAM, K. (1912). Notes on the psychoanalytical investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. Dans: The meaning of Despair: Psychoanalytic Contributions to the Understanding of Depression, W. Gaylin (eds.) (1968), N.Y.: Science House.
- ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P. & TEASDALE, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of abnormal psychology, 87, 49-74.
- ALBERT, S. (1972). A study to determine the effectiveness of affective education with fifth grade students. Unpublished master's thesis, Queen College.
- American Psychiatric Association (1980). DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, D.C.: Author.
- ANTHONY, E.J. (1975). Childhood depression. Dans: E.J. Anthony & T. Benedek (Eds.), Depression and human existence. Boston: Little, Brown.
- BABBITS, R. (1979). Cognitive and automatic group procedures with special-anxious students. Unpublished doctoral dissertation, Yeshiva University.
- BARABASZ, M. (1979). Effects of rational-emotive psychotherapy on psychophysiological arousal measures of test anxiety. Dissertation Abstract International, 40(3-B), 1348-1349.
- BARKWIN, H. (1972). Depression- a mood disorder in children and adolescents. Md. State Med. J., 55-61.
- BARRERA, M.Jr. & GARRISON-JONES, C.V. (sous presse). Properties of the Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression.
- BARON, P. (1985). La dépression chez les adolescents. Communication présentée au Congrès International sur la Jeunesse, Montréal, Novembre.
- BARON, P. (1986a). The relation between egocentrism and dysfunctional attitudes in adolescents. British Journal of Cognitive Psychotherapy, 4, 71-77.
- BARON, P. (1986b). Egocentrism and depressive symptomatology in adolescents. Journal of Adolescent Research, 1(4), 431-437.

- BARON, P. & HANNAH, J. (1989). Egocentrism and depressive symptoms in young adults. Poster presented at The World Congress of Cognitive Therapy, Oxford, June.
- BARON, P. & JOLY, E. (1988). Sex differences in the expression of depression in adolescents. Sex roles, Vol. 18(1/2), 1-7.
- BARON, P., JOUBERT, N. & MERCIER, P. (1987). Situations de vie stressantes et symptomatologie dépressive chez les adolescents. Communication par affichage présentée au Congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, octobre 1987.
- BARON, P., JOUBERT, N. & MERCIER, P. (en préparation). Situations de vie stressantes et symptomatologie dépressive chez les adolescents.
- BARON, P. & LAPLANTE, L. (1984). L'inventaire de dépression de Beck: son utilisation auprès d'un échantillon d'adolescents francophones. Revue de modification du comportement, 14 (4), 161-168.
- BARON, P. & MARCOTTE, D. (1987). Egocentrisme et symptômes dépressifs chez des adolescents. Communication par affichage présentée au Congrès annuel de la société québécoise pour la recherche en psychologie, Québec, octobre 1987.
- BARON, P. & PERRON, L.M. (1986). Sex differences in the Beck Depression Inventory scores of adolescents. Journal of youth and adolescence, 15(2), 165-171.
- BECK, A.T. (1967). Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. Philadelphia: University of Philadelphia Press.
- BECK, A.T. (1978). Depression Inventory. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- BECK, A.T. & BEAMESDERFER, A. (1974). Dans: P. Pichot (ed), Psychological measurements in psychopharmacology, Dans: Modern problems in psychopsychiatry, (vol. 7), Basel, Switzerland: Karger, 1974.
- BECK, A.T. & KOVACS, M. (1977). An Empirical-Clinical Approach Toward a Definition of Childhood Depression. Dans: J. G. Schulterbrandt & A. Raskin: Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment, and Conceptual Models, N.Y.: Raven Press.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F., & EMERY, G. (1979).

- Cognitive therapy for depression. New York: The Guilford Press.
- BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCK, J. & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of general psychiatry, 4, 561-571.
- BEM, D.J. (1965). An experimental analysis of self-persuasion. Journal of Experimental Social Psychology, 1, 199-218.
- BEM, D.J. (1966). Inducing belief in false confessions. Journal of Personality and Social Psychology, 3, 707-710.
- BEM, D.J. (1974). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena, Psychological Review, 74, 183-200.
- BERNARD, M.E. (1979). Rational-emotive group counseling in a school setting. Paper presented at the American Educational Research Association's Annual Meeting, San Francisco, April, 1979.
- BERNARD, M.E. JOYCE, M.R. (1984). Rational-emotive therapy with children and adolescents, New York: Wiley and sons.
- BLOCK, J. (1980). Effects of rational-emotive on overweight adults. Psychotherapy: Therapy, Research and Practice, 17, 277-280.
- BORNSTEIN, R. F., KRAEMER, D. L., HASTRUP, J. L. & LENHART, R. E. (1985). Depression, sex role, and crying among adolescents and their parents. Paper presented at the 56th annual meeting of the Eastern Psychological Association, Boston, Mass. (March).
- BOURQUE, P. & BEAUDETTE, D. (1982). Etude 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.
- BRASWELL, L. & KENDALL, P.C. (1983). Cognitive-behavioral methods with children. Dans: DOBSON, K. (Ed.). Handbook of cognitive-behavioral therapies. Guilford Press: N.Y.
- BRILEY, C.M. (1980). Grade, race and sex differences in student's rational-irrational thinking: The rational-emotive model. (Order N., 8000062) Ann Arbor, Mi.: University Microfilms International.
- BRODY, M. (1974). The effect of the rational-emotive affective education approach on anxiety, frustration tolerance and

- self-esteem with fifth-grade students. Ph.D. Thesis, Temple University.
- BROWN, G. W. & HARRIS, T. (1978). Social origins of depression. London: Tavistock.
- BRUMBACK, R.A., DIETZ-SCHMIDT, S. G. & WEINBERG, W.A. (1977). Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and treatment and analysis of criteria and literature review. Diseases of the Nervous System, 38, 529-535.
- BRUMBACK, R.A., JACKOWAY, M.K. & WEINBERG, W.A. (1980). Relation of intelligence to childhood depression in children referred to an educational diagnostic center. Perceptual and Motor Skills, 50, 11-17.
- BURNS, D. & BECK, A.T. (1978). Cognitive behavior modification of mood disorders. Dans: J.P. Foreyt & D. Rathjen (Eds.), Cognitive behavior therapy: Research and applications. New York: Plenum Press.
- BUTLER, L. MIEZITIS, S. FRIEDMAN, R. & COLE, E. (1980). The effect of two school-based intervention programs on depressive symptoms in preadolescents. American Educational Research Journal, 17,(1), 111-119.
- CASH, T.F. (1984). The irrational beliefs test: Its relationship with cognitive-behavioral traits and depression. Journal of Clinical psychology, 40(6), 1399-1405.
- CIMINERO, A.R., STEINGARTEN, K.A. (1978). The effects of performance standards on self-evaluation and self-reinforcement in depressed and nondepressed individuals, Cognitive therapy and research, 2, 179-182.
- CLARKE, G. (1987). Treatment of depression in adolescents. Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, Novembre 1987.
- CLARKE, G.N. & LEWINSOHN, P.M. (1984). The coping with depression course, adolescent version: A psychoeducational intervention for unipolar depression in high school students. Unpublished manuscript, University of Oregon.
- COHEN, J. (1969). Statistical power analysis for the behavioral sciences. N.Y.: Academic Press.
- COMPAS, B.E. SLAVIN, L.A. WAGNER, B.M. & VANNATTA, K. (1986). Relationship of life events and social support with psychological dysfunction among adolescents. Journal of youth and adolescence, 15(3), 205-221.

- CONNELL, H. M. (1972). Depression in childhood. Child Psychiatry Hum. Dev., 4, 71-85.
- COYNE, J.C. & GOTLIB, I.H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. Psychological Bulletin, 94, 472-505.
- CYTRYN, L. & MC KNEW, D.H. Jr. (1972). Proposed classification of childhood depression. American Journal of Psychiatry, 129, 149-155.
- CYTRYN, L. & MC KNEW, D.H. (1974). Factors influencing the changing clinical expression of the depressive process in children. Am. J. Psychiatry, 131, 879-881.
- CYTRYN, L. MC KNEW, D.H. Jr. & BUNNEY, W.E. Jr. (1980). Diagnosis of depression in children: a reassessment. American Journal of Psychiatry, 137, 22-25.
- DEMARIA, T.P. KASSINOVE, H. & DILL, C.A. (sous presse). Psychometric properties of the Survey of Personal Beliefs: A rational-emotive measure of irrational thinking. Journal of personality assessment.
- DI GIUSEPPE, R. (1981). Cognitive therapy with children. Dans: G. Emery, S. D. Hollon & R.C. Bedrosian (Eds.), New directions in cognitive therapy, N.Y.: Guilford Press.
- DI GIUSEPPE, R. & KASSINOVE, H. (1976). Effects of a rational-emotive school mental health program on children's emotional adjustment. Journal of Community Psychology, 4, 382-387.
- DI GIUSEPPE, R.A. & MILLER, N.J. (1977). A review of outcome studies on Rational-Emotive Therapy. Dans: A. Ellis & R. Grieger, Handbook of Rational-Emotive Therapy, Springer, New York.
- DI GIUSEPPE, R.A. MILLER, N.J. & TREXLER, L.D. (1979). A review of rational-emotive psychotherapy outcome studies. Dans: A. ELLIS & J.M. WHITELEY (Eds.) Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy, Monterey, C.A: Brooks/Cole.
- DOBSON, K. (1988)(Ed.). Handbook of cognitive-behavioral therapies. Guilford Press: N.Y.
- DYE, S.O. (1981). The influence of rational-emotive education on the self-concept of adolescents living in a residential group home. Dissertation Abstracts International, 41 (9-A), 3881.

- EIFERT, G.H. & COOK, J. (1984). Cognitive behaviour therapy: A critical evaluation of its theoretical-empirical bases and therapeutic efficacy, Australian Psychologist, 19(2).
- ELKIND, D. (1967). Egocentrism in adolescence. Child Development, 38, 1025-1034.
- ELLIS, A. (1949). Towards the improvement of psychoanalytic research. Psychoanalytic Review, 36, 123-143.
- ELLIS, A. (1950). An introduction to the scientific principles of psychoanalysis. Provincetown, MA: Journal Press.
- ELLIS, A. (1954). The american sexual tragedy, New York: Twayne
- ELLIS, A. (1956). An operational reformulation of some of the basic principles of psychoanalysis. Psychoanalytic Review, 43, 163-180. Aussi dans H. Feigl & M. Scriven (Eds.) (1956), Minnesota studies in the philosophy of science. Vol.1. Minneapolis: University Press
- ELLIS, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy, Secaucus, NJ: Citadel.
- ELLIS, A. (1970). Rational-emotive therapy. Dans: L. Hersher (Ed.), Four psychotherapies. New York: Appleton-Century-Crofts.
- ELLIS, A. (1973). Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach, New York: Crown
- ELLIS, A. (1976). The biological basis of human irrationality, Journal of individual psychology, 32, 145-168.
- ELLIS, A. (1979). Rational-emotive therapy: Research and conceptual support. Dans: A. ELLIS & J.M. WHITELEY (Eds.), Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy, Monterey, C.A: Brooks/Cole
- ELLIS, A. (1984a) The essence of RET-1984, Journal of Rational Emotive Therapy, 2(1).
- ELLIS, A. (1984b). Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy, New York: Springer.
- ELLIS, A. & GRIEGER, R. (1977). Handbook of Rational-Emotive therapy, New York: Springer.
- ELLIS, A. MOSELEY, S. & WOLFE, J.L. (1966) How to raise an emotionally healthy happy child. New York: Crown and

Hollywood: Wilshire Books.

- ELLIS, A. & WHITELEY, J.M. (1979). Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy, Monterey, C.A.: Brooks/Cole.
- ELUTO, M.E. (1980). Effects of a rational-emotive education and problem-solving therapy on the adjustment of intermediate special education students. Unpublished doctoral dissertation, Hofstra University.
- ENRIGHT, R.D., LAPSLEY, D.K. & SHUKLA, D. (1979). Adolescent egocentrism in early and late adolescence. Adolescence, 14, 687-695.
- ENRIGHT, R.D., SHUKLA, D.G. & LAPSLEY, D.K. (1980). Adolescent egocentrism-sociocentrism and self-consciousness, Journal of Youth and Adolescence, 9 (2), 101-116.
- ESCHENROEDER, C. (1982). How rational is Rational-Emotive Therapy? A critical appraisal of its theoretical foundations and therapeutic methods, Cognitive therapy and research, 6, No.4, 381-392.
- EWART, C.K & THORESEN, C.E. (1977). The rational-emotive manifesto, The counseling psychologist, 7 (1).
- GIBBS, J.T. (1985). Psychosocial factors associated with depression in urban adolescent females: implications for assessment. Journal of Youth and Adolescence, 14, 47-60.
- GIEZHELS, J.S. (1980). Effects of REE on a hearing-impaired high school population. Unpublished doctoral dissertation, Hofstra University.
- GITTLEMAN-KLEIN, R. (1977). Definitional and methodological issues concerning depressive illness in children. Dans: J. Schulterbrandt & A. Raskin (Eds.), Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models. N.Y.: Raven Press.
- GLASER, K. (1968). Masked depression in children and adolescents. American Journal of Psychotherapy, 21, 565-574.
- GLICKEN, M.D. (1968). Rational counseling: a dynamic approach to children. Elementary school guidance and counseling, 2, 261-267.
- GOLDFRIED, M.R. & SOBOCINSKI, D. (1975). The effect of irrational beliefs on emotional arousal. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 504-509.

- GRIEGER, R.M. (1975). Public Forum: A Rational-Emotive Perspective on Adolescent Emotional Problems. Rational Living, 10 (2), 32-37.
- HAMILTON, M. (1967). Development of a rating scale for primary depression illness. British Journal of Social Clinical Psychology, 6, 278-96.
- HAMMEN, C. L. & PADESKY, C. A. (1977). Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck Depression Inventory. Journal of Abnormal Psychology, 86, 609-614.
- HAUCK, P.A. (1974). Overcoming depression. Philadelphia: Westminster.
- HAUCK, P.A. (1975). A three factored theory of depression. Dans J.L. Wolfe & E. Brand (Eds.), Twenty years of rational therapy: Proceedings of the first national conference on rational psychotherapy. New York: Institute for Rational Living.
- HAYS, W.L. (1981). Statistics. N.Y.: Holt, Rinehart & Winston.
- HINKLE, D. E. & OLIVER, J.D. (1983). How large should the sample be? A question with no simple answer? Or... Educational and psychological measurement, 43, 1051-1060.
- HODGES, K.K., & SIEGEL, L.J. (1985). Depression in children and adolescents. Dans E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds.) Handbook of depression: Treatment, Assessment, and Research. Homewood, Ill.: Dorsey Press.
- HOPS, H. LEWINSOHN, P.M. ANDREWS, J.A. & ROBERTS, R.E. (1989). Psychosocial correlates of Depressive Symptomatology among High School Students. Paper presented at AABT convention, Novembre 1989.
- HORTON, A. & JOHNSON, C.H. (1980). Rational-Emotive therapy and depression: A clinical study, Perceptual and motor skill, 51, 853-854.
- HUDGENS, R.W. (1974). Psychiatric disorders in adolescents. Baltimore: Williams & Wilkins.
- JORESKOG, K. G. & SORBOM, D. (1986). LISREL VI: analysis of linear structural relationships by maximum likelihood, instrumental variables, and least squares methods. Mooresville, IN: Scientific Software.
- KAHN, J.S., KEHLE, T.J. & JENSON, W.R. (1987). Identification of depressed middle-school students: descriptive and

correlational analyses. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, New York, 1987.

- KANFER, F.H. (1970). Self-regulation: Research issues and speculations. Dans C. Neuringer & J.L. Michael (Eds), Behavior modification in clinical psychology. New York: Appleton-Century-Crofts.
- KANTER, N.J. (1976). A comparison of self-control desensitization and systematic rational restructuring for the reduction of interpersonal anxiety (Doctoral dissertation, State University of New York at Stony Brook, 1975). Dissertation Abstracts International, 36, 3611B. (University Microfilms No. 76-792, 392.)
- KASHANI, J.H., HUSAIN, A., WALID, O., SHEKIN, W., HOJUES, K.K., CYTRYN, L. & MCKNEW, D.H. (1981). Current perspectives on childhood depression: An overview. American Journal of Psychiatry, 138(2), 143-153.
- KASLOW, N.J., TANENBAUM, R.C., ABRAMSON, L.Y., PETERSON, C. & SELIGMAN, M.E.P. (1983). Problem-solving deficits and depressive symptoms among children. Journal of Abnormal Child Psychology, 11, 497-502.
- KASSINOVE, H. (1986). Self-reported affect and core irrational thinking: A preliminary analysis. Journal of Rational-Emotive Therapy, Vol. 4(2), 119-130.
- KASSINOVE, H., CRISCI, R. & TIEGERMAN, S. (1977). Developmental trends in rational thinking: implications for rational-emotive, school mental health programs. Journal of Community Psychology, 5, 266-274.
- KATZ, S. (1974). The effects of emotional education on locus of control and self-concept. Unpublished doctoral dissertation, Hofstra University.
- KELLEY, H.H. (1968). Interpersonal accommodation. American Psychologist, 23, 399-410.
- KIRK, R.E. (1982). Experimental design, Belmont, C.A.: Brooks/Cole.
- KNAUS, W.J. (1974). Rational-emotive education: A manual for elementary school teachers. New York: Institute for Rational Living.
- KNAUS, W. J. (1977). Rational-Emotive Education. Dans: A. Ellis & R. Grieger, Handbook of Rational-Emotive Therapy, N.Y.: Springer Pub. Co.

- KRAKOWSKI, A. J. (1970). Depressive reactions of childhood and adolescence. Psychosomatics, 11, 429-433.
- KUHN, V. & KUHN, R. (1972). Drug therapy for depression in children. Indications and methods. Dans: A. L. Ansell (Ed.): Depressive States in Childhood and Adolescence. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- KUJOTH, R.K. & TOPETZES, N.J. (1977a). A rational-emotive approach to mental health for college students: Study I. College student journal, 11, 1-6.
- KUJOTH, R.K. & TOPETZES, N.J. (1977b). A rational-emotive approach to mental health for college students: Study II. College student journal, 11, 7-11.
- LAPOINTE, K.A. & CRANDELL, C.J. (1980). Relationship of irrational beliefs to self-reported depression. Cognitive therapy and research, 4(2), 247-250.
- LAPOUSE, R. (1966). The epidemiology of behavior disorders in children. American Journal of Diseases of Children, 111, 594-599.
- LAPSLEY, D.K. (1985). Elkind on egocentrism. Developmental Review, 5, 236-277.
- LAPSLEY, D.K. & MURPHY, M.N. (1985). Another look at the theoretical assumptions of adolescent egocentrism. Developmental Review, 5, 201-217.
- LAZARUS, A.A. (1979). Can RET become a cult?, Dans: A. Ellis, Whiteley (Eds), Theoretical and empirical foundations of RET. Monterey C.A, Brooks/Cole.
- LEFKOWITZ, M.M (1977). Discussion of Dr. Gittelman-Klein's Chapter: Definitional and Methodological Issues Concerning Depressive Illness in Children. Dans: J. G. Schulerbrandt & A. Raskin: Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment, and Conceptual Models, N.Y.: Raven Press.
- LEFKOWITZ, M.M. & BURTON, N. (1978). Childhood depression: A critique of the concept. Psychological Bulletin, 85, 716-726.
- LEFKOWITZ, M.M. & TESINY, E.P. (1980). Assessment of childhood depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 43-50.
- LEFKOWITZ, M.M., TESINY, E.P., & GORDON, N.H. (1980). Childhood depression, family income, and locus of control. Journal

- of Nervous and Mental Disease, 168, 732-735.
- LEON, G.R., KENDALL, P.C. & GARBER, J. (1980). Depression in children: Parent, teacher, and child perspectives, Journal of Nervous and Mental Disease, 168, 732-735.
- LEWINSOHN, P.M. & CLARKE, G.N. (1986). Leader manuel for the group for parents of adolescents enrolled in the Adolescent Coping With Depression course. Unpublished manuscript, Oregon Research Institute.
- LEWINSOHN, P.M., CLARKE, G.N., HOPS, H., ANDREWS, J. & OSTEEEN, G. (1988). The psychoeducational group treatment of adolescent depression. Unpublished manuscript, Oregon Research Institute.
- LEWINSOHN, P.M. HOPS, H. ROBERTS, R. & SEELEY, J.R. Adolescent depression: Prevalence and psychosocial aspects. Paper presented at the American Public Health Association's Annual Meeting, Boston, MA, Novembre 1988.
- LEWINSOHN, P.M. LARSON, D.W. & MUNOZ, R.F. (1982). The measurement of expectancies and other cognitions in depressed individuals. Cognitive therapy and research, 6(4), 437-446.
- LING, W., OFTEDAL, G. & WEINBERG, W. (1970). Depressive illness in childhood presenting as severe headache. American Journal of the Disabled Child, 120, 122-124.
- LIPSKY, M.J. KASSINOVE, H. & MILLER, N.J. (1980). Effects of rational-emotive therapy, rational role reversal, and rational-emotive imagery on the emotional adjustment of community mental health center patients, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 366-374.
- MacFARLANE, J.W., ALLEN, L. & HONZIK, M.P. (1954). A developmental study of the behavior problems of normal children between 21 months and 14 years. Berkeley: University of California Press.
- MAHONEY, M.J. (1977). A critical analyses of rational-emotive theory and therapy, The counseling psychologist, 7, No.1, 44-46.
- MAHONEY, M.J. MOURA, N.G. & WADE, T.C. (1973). Relative efficacy of self-reward, self-punishment and self-monitoring techniques for weight loss, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, 404-407.
- MALMQUIST, C.P. (1971). Depression in childhood and adolescence. The New England Journal of Medecine, 284, 887-893.

- MALMQUIST, C.P. (1972). Depressive phenomena in children. Dans B.B. Wolman (ed.): Manual of Child Psychopathology. N.Y.: McGraw-Hill, pp. 497-540.
- MARCOTTE, D. & BARON, P. (en préparation) Irrationalité et symptômes dépressifs chez des adolescents.
- MAULTSBY, M.C. Jr.(1974).The classroom as an emotional health center. The Educational Magazine, 31(5), 8-11.
- MAULTSBY, M. C. (1977).Rational-Emotive Imagery. Dans: A. Ellis & R. Grieger, Handbook of Rational-Emotive Therapy, N.Y.: Springer Pub. Co.
- MAULTSBY, M. COSTELLO, P.T. & CARPENTER, L. (1974).Classroom rational self-counseling. Mimeographed paper, University of Kentucky Medical Center.
- MAULTSBY, M. KNIPPING, P. & CARPENTER, L. (1974).Teaching self-help in the classroom with rational self-counseling. Journal of School Health, 44, 445-448.
- MC CONVILLE, B.J., BOAG, L.C. & PUROHIT, A.P. (1973). Three types of childhood depression. Canadian Psychiatry Association Journal, 18, 133-138.
- MC GOVERN, T.E. & SILVERMAN, M.S. (1984).A review of outcome studies of Rational-Emotive Therapy from 1977 to 1982, Journal of Rational Emotive Therapy, 2(1).
- MEICHENBAUM, D. (1977a).Cognitive behavior modification. New York: Plenum.
- MEICHENBAUM, D. (1977b).Dr. Ellis, please stand up, The counseling psychologist, 7, No.1, 43-44.
- METCALFE, M. & GOLDMAN, E. (1965). Validation of an inventory for measuring depression, British Journal of psychiatry, 3, 240-242.
- MEYER, D. (1982).Effects of rational-emotive group therapy upon anxiety and self-esteem of learning-disabled children. Dissertation Abstracts International, (10-B),4201.
- MILLER, N.J. (1978).Effects of behavioral rehearsal, written homework, and level of intelligence on the efficacy of rational-emotive education in elementary school children, Dissertation Abstracts International, 38 (8-B), 3898.
- MILLER, N.J. & KASSINOVE, H. (1978). Effects of lecture, rehearsal, written homework, and IQ on the efficacy of a

- rational-emotive school mental health program. Journal of Community Psychology, 6, 366-373.
- MOLESKY, R. TOSI, D. (1976). Comparative psychotherapy: Rational-emotive therapy versus systematic desensitization in the treatment of stuttering. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44, 309-311.
- MOYAL, B.R. (1977). Locus of control, self-esteem, stimulus appraisal, and depressive symptoms in children. Journal of Consulting and clinical Psychology, 45, 951-952.
- MULLIN, L.L, SIEGEL, L.J. & HODGES, K.K. (sous presse). Cognitive problem-solving and life event correlates of depressive symptoms in children. Journal of Abnormal Child Psychology.
- NELSON, R.E. (1977). Irrational beliefs in depression. Journal of Nervous and mental disease, 161 (5), 317-357.
- NELSON, E. (1978). Standard-setting, attribution, and self-reinforcement in depression, thèse de doctorat, The Pennsylvania state university, 187p.
- 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.
- NEWMARK, C., FRERKING, R., COOK, L. & NEWMARK, L. (1973). Endorsement of Ellis' irrational beliefs as a function of psychopathology. Journal of clinical psychology, 39, 300-302.
- NEWMARK, C. & WHITT (1983). Endorsement of Ellis' irrational beliefs as a function of DSM-III Psychotic diagnoses. Journal of Clinical Psychology, 39(6), 820-823.
- NEWMARK, C. & ZIFF, D.R. (1977). Ellis irrational beliefs: Congruity between patients' endorsement and psychologists' predictions. Professional Psychology, 8(2), 48-55.
- OLEJNIK, S.F. (1984). Planning educational research: determining the necessary sample size.
- PATTON, P.L. (1978). The effects of rational behavior training on emotionally disturbed adolescents in an alternative school setting. Dissertation Abstracts International, 38(12-A), 7166.
- PETTI, T.A. (1978). Depression in hospitalized child psychiatry

- patients: approaches to measuring depression. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 17, 49-59.
- PHARAND, G. R. (1989). Depression in high school students: a multivariate analysis of stressful life events and adaptive resources, thèse de doctorat, Université Queen, Kingston.
- POZNANSKI, E. & ZRULL, J. P. (1970). Childhood depression: Clinical characteristics of overtly depressed children. Arch. Gen. Psychiatry, 23, 8-15.
- PRUD'HOMME, L. (1988). Le schème de croyances irrationnelles dans la dépression majeure. Thèse de doctorat, Université d'Ottawa, Ottawa.
- PRUD'HOMME, L. & BARON, P. (1988). Irrational beliefs and ethnic background: Ellis' theory revisited, Applied Psychology: An international Review, 37(3), (sous presse).
- PUIG-ANTICH, J. (1982). The use of RDC criteria for major depressive disorder in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21, 291-293.
- PUIG-ANTICH, J. & CHAMBERS, W.J. (1978). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (6-16 years)-Kiddie-Sads. Unpublished manuscript, New York State Psychiatric Institute, N.Y.
- REHM, L.P. (1977). A self-control model of depression, Behavior therapy, 8, 787-804.
- REYNOLDS, W.M. (1983). Depression in adolescents: Measurement, epidemiology, and correlates. Paper presented at the annual meeting of the National Association of School Psychologists, Detroit.
- REYNOLDS, W.M. (1985). Development and validation of a scale to measure depression in adolescents. Paper presented at the annual meeting of the Society for Personality Assessment, Berkeley, C.A.
- REYNOLDS, W.M. (1986). A model for the screening and identification of depressed children and adolescents in school settings. Professional School Psychology, 1(2), 117-129.
- REYNOLDS, W.M. & BARTELL, N. (1983). Stability of depressive symptomatology in adolescents. Unpublished manuscript.
- REYNOLDS, W.M. & COATS, K.I. (1982). Depression in adolescents:

Incidence, depth and correlates. Paper presented at the 10th International Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry, Dublin, Ireland.

- REYNOLDS, W.M., & COATS, K.I. (1986). A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 653-660.
- REYNOLDS, W.M. & STARK, K.D. (1987). School-based intervention strategies for the treatment of depression in children and adolescents. Dans: S.G. Forman (Ed.) School-based affective and social interventions. N.Y.: Haworth Press.
- RIE, H.E. (1966). Depression in childhood: A survey of some pertinent contributions. Journal of the Academy of Child Psychiatry, 5, 653-685.
- RITCHIE, B.C. (1978). The effect of rational emotive education on irrational beliefs, assertiveness and/or locus of control in fifth grade students. Dissertation Abstracts International, 39,(4B), 2069-2070.
- ROBBINS, S. (1976). REE and the human development program. A comparative outcome study. Unpublished doctoral dissertation.
- ROBERT, R.E., ANDREW, J.A., LEWINSOHN, P.M. & HOPS, H. (sous presse). Assessment of depression in adolescents using the Center for Epidemiologic Studies Depression scale. Psychological Assessment: A Journal of Personality and Social Psychology.
- ROSEN, H. (1985). Piagetian dimensions of clinical relevance. New York: Columbia University Press.
- RUTTER, M. (1986). Depressive feelings, cognitions, and disorders: A research postscript. Dans M. Rutter, C. E. Izard & P.B. Read (Eds.), Depression in young people: Developmental and clinical perspectives, N.Y.: Guilford Press, Chapitre 18.
- RYAN, N.D., PUIG-ANTICH, J. & AMBROSINI, P. (1987). The clinical picture of major depression in children and adolescents. Archives of general psychiatry, 44, 854-861.
- Santé Québec. Et la santé, ça va?, Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Québec, Les Publications du Québec, 1988.
- SCHACHTER, S. & SINGER, J.E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state,

- Psychological Review, 69, 379-399.
- SCHWARTZ, M., FRIEDMAN, R., LINDSAY, R., & NARROL, H. (1982). The relationship between conceptual tempo and depression in children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 488-490.
- SELIGMAN, M.E.P. (1974). Depression and learned helplessness. Dans R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds.), The psychology of depression: Contemporary theory and research, New York: Winston-Wiley.
- SHEPHERD, M., OPPENHEIM, B., MITCHELL, S. (1971). Childhood behavior and mental health. N.Y.: Grune & Stratton.
- SIEGEL, L.J., & GRIFFIN, N.J. (1984). Correlates of depressive symptoms in adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 13(6), 475-487.
- SMITH, T.W. (1982). Irrational beliefs in the cause and treatment of emotional distress: A critical review of the rational-emotive model. Clinical Psychology Review, Vol.2, 505-522.
- SMITH, M.L. & GLASS, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. American Psychologist, 32, 752-760.
- SPIRITO, A. & ERICKSON, M.T. (1979). A developmental study of the relationship among irrational beliefs, behavior problems, and neuroticism in adolescent boys. Rational Living, 14(2), 33-38.
- STAGGS, A.M. (1979). Group counseling of learning disabled children in the intermediate grades enrolled in the public school special education program: Training in cognitive behavior modification. Unpublished doctoral dissertation, 1979.
- STROBER, M. (1986). Psychopathology in adolescence revisited. Clinical Psychology Review, 6, 199-209.
- STROBER, M. GREEN, J. CARLSON, G. (1981). Utility of the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 49(3), 482-483.
- SUTTON-SIMON, K. (1983). Research perspective for the mental health practitioner. Dans: A. Ellis & M.E. Bernard (1983) Rational-emotive approaches to the problems of childhood. New York: Plenum Press.
- TERI, L. (1982a). Depression in adolescence: Its relationship to assertion and various aspects of self-image. Journal of

- Clinical Child Psychology, Vol, 11(2), 101-106.
- TERI, L. (1982b). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents, Journal of abnormal child psychology, Vol, 10(2), 277-284.
- TERI, L., & LEWINSOHN, P.M. (1985). Group intervention for unipolar depression. The behavior therapist, 8, 109-111.
- TESINY, E.P., LEFKOWITZ, M.M. & GORDON, N.H. (1980). Childhood depression, locus of control, and school achievement. Journal of Educational Psychology, 72, 506-510.
- THYER, B.A. & PAPSDORF, J.D. (1981). Concurrent validity of the rational behavior inventory. Psychological Reports, 48, 255-258.
- TOOLAN, J. M. (1962). Depression in children and adolescents. Am. J. Orthopsychiatry, 32, 404-414.
- VREDENBURG, K., KRAMES, L. & FLETT, G.L. (1986). Sex differences in the clinical expression of depression. Sex Roles, 14, 37-49.
- WALEN, S.R., DIGUISEPPE, R. & WESSLER, R.L. (1980). A practitioner's guide to rational-emotive therapy. New York: Oxford University Press.
- WARREN, L.R. (1978). An evaluation of rational emotive imagery as a component of rational therapy in the treatment of interpersonal anxiety in junior high school students. Unpublished doctoral dissertation. University of Oregon.
- WASSERMAN, T.H. & VOGRIN, D.J. (1979). Relationship of endorsement of rational beliefs, age, months treatment and intelligence to overt behavior of emotionally disturbed children. Psychological Reports, 44, 911-917.
- WATERS, V. (1981). The living school. RENetwork, 1,1.
- WATERS, V. (1982). Rational emotive therapy, Dans: C.R. REYNOLDS & T.B. GUTKIN (eds.), Handbook of school psychology. N.Y.: John Wiley and Sons.
- WATTER, D.N. (1988). Rational-Emotive Education: A Review of the Literature, Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 6 (3), 139-145
- WESSLER, R. & WESSLER, R.L. (1980). The principles and practice of rational-emotive therapy. San Francisco: Jossey-Bass.

- WEINBERG, W.A., RUTMAN, J., SULLIVAN, L. PENICK, E.C. & DIETZ, S.G. (1973) Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and treatment. Journal of Pediatrics, 83, 1065-1072.
- WERRY, J.S. & QUAY, H.C. (1971). The prevalence of behavior symptoms in younger elementary school children. American Journal of Orthopsychiatry, 41, 136-143.
- WILLIAMS, J.M.G. (1984). The psychological treatment of depression, Free Press: N.Y.
- WINER, B.J. (1971). Statistical principles in experimental design, N.Y.: Mc Graw-Hill.
- WORCHEL, F., NOLAN, B. & WILLSON, V. (1987). New perspectives on child and adolescent depression. Journal of school Psychology, 25, 411-414.
- YOUNG, H.S. (1974). A framework for working with adolescents. Rational Living (maintenant J. of RET), 9(1), 3-7.
- YOUNG, H.S. (1977). Counseling strategies with working class adolescents. Dans: J.L. WOLFE & E. BRAND (Eds), Twenty years of rational therapy, N.Y.: Institute for Rational Living, 1977.
- YOUNG, H.S. (1983). Principles of assessment and methods of treatment with adolescents Dans: A. Ellis & M. E. Bernard (1983). Rational-Emotive approaches to the problems of childhood, N.Y.: Plenum Press.
- ZAJONC, R.B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. American psychologist, 35, 151-175
- ZETTLE, R.D. & HAYES, S.C. (1980). Conceptual and empirical status of RET. Dans: M. HERSEN, R. EISLER & P. MILLER (Eds.) Progress in behavior modification, New York: Academic Press, 9, 125-166
-
- KASSINOVE, H. & BERGER, A. (1988). Survey of personal beliefs. Hofstra University. Communication personnelle.
- KWA, L. & PETERS, R.D. (1990). Divergent views of adolescent depressive symptomatology: rater biases or different constructions of reality?. Communication personnelle.

Appendice A

Programme d'intervention émotivo-rationnelle

de Bernard et Joyce (1984)

pour adolescents de 13 à 17 ans

Programme de thérapie émotivo-rationnelle
pour les jeunes de 13 à 17 ans

Session 1: Présentations

L'animateur(s) se présente aux participants et les participants se présentent à chaque membre du groupe. L'objectif est d'initier l'ouverture de soi à propos de faits et de préférences "sécures" et de développer une attitude de confiance face aux autres dans le groupe.

Les moyens employés pour ce faire sont deux activités. "Te connaître" est une activité, où les membres du groupe forment des paires avec quelqu'un qu'ils ne connaissent pas, si possible. A parle à B à propos de lui-même, lui disant des faits, des choses qu'il aime et qu'il n'aime pas; ensuite les rôles sont renversés et B parle à A. Le groupe se rassemble et les écoutants présentent ce dont ils se souviennent de leur partenaire. De nouvelles paires sont formées et le processus est répété, chaque personne racontant à son nouveau partenaire des faits et attitudes qui n'ont pas déjà été partagés. Une deuxième activité qui peut être utilisée lors de cette première session est "La marche aveugle". Ce jeu est joué en paires, où un participant de chaque paire a les yeux bandés et est dirigé pendant un certain temps par un autre participant. Les participants inversent ensuite les rôles de façon à ce que chacun expérimente "la marche aveugle". Lorsque toutes les paires ont terminé, le groupe est rassemblé et les questions suivantes sont discutées.

Comment te sentais-tu lorsque tes yeux étaient bandés?

Comment te sentais-tu de ne pas savoir où tu allais?

A quoi pensais-tu pendant la marche?

Est-ce que tout le monde avait les mêmes pensées et sentiments?

Session 2: Identifier les sentiments

Certains membres du groupe peuvent posséder un vocabulaire limité pour parler de leurs émotions. De plus, les adolescents ont souvent des habitudes d'utilisation d'expressions stéréotypées pour exprimer leur état émotionnel. L'objectif est d'amener les participants à partager un langage commun des sentiments qui peut être utilisé pour identifier et discuter les sentiments.

Les moyens employés pour arriver à ce but sont d'abord "Le dictionnaire des émotions" où l'on demande aux membres du groupe d'écrire dans un cahier de notes qu'ils utiliseront de session en session, autant de mots qui expriment des sentiments qu'ils leur est possible de le faire. Il leur est ensuite demandé de partager

ce qu'ils ont écrit. Une liste de groupe est élaborée sur le tableau et l'animateur peut utiliser une liste de mots additionnelle fournie par Bernard et Joyce pour compléter cette liste. On invite les participants à ajouter à leur liste personnelle les mots fournis par les autres participants. La distinction entre des sentiments "physiques", c'est-à-dire une réaction à quelque chose de l'environnement (ex.: chaud, froid) et des sentiments "émotionnels", c'est-à-dire une appréciation ou évaluation que nous faisons d'un événement extérieur à partir de nos propres pensées, peut être faite. Un deuxième moyen utilisé est "Le thermomètre des sentiments". Dans cette activité, on présente une illustration du thermomètre des sentiments et on explique son utilisation, en tant qu'une façon de décrire des sentiments de diverses intensités. Le thermomètre est gradué pour des sentiments qui se situent sur une échelle de 1 à 10, représentant des intensités de "rien ne se passe", "faible", "moyenne" à "forte" et "très forte". On demande à chaque membre de penser à deux événements qu'ils ont expérimentés, un événement plaisant et un événement déplaisant. On leur demande ensuite de nommer le(s) sentiment(s) auxquels chaque événement a donné lieu et d'utiliser le thermomètre des sentiments pour décrire l'intensité du sentiment. Des exemples pourraient être "d'aller à l'hôpital pour une opération", peur-8, "être choisi dans l'équipe de baseball", joie-9. Finalement, une troisième activité pouvant être pratiquée dans cette deuxième session est de "Mimer les opposés". Le groupe est alors divisé en paires et chaque paire choisit deux mots qui sont opposés, ou presque opposés comme par exemple, heureux/triste, enthousiaste/apathique, détendu/inquiet. Chaque paire prépare de courtes scènes silencieuses pour illustrer chacun des sentiments. Le groupe regarde et tente de deviner la paire d'opposés qui est mimée. Les membres du groupe notent leurs estimations et notent aussi l'intensité des sentiments de 1 à 10, en utilisant le thermomètre des émotions. A la fin de chaque scène, on demande aux comédiens le nom des sentiments, ainsi que leur propre évaluation de l'intensité du sentiment. Le groupe est invité à partager ses réponses. Dans la discussion, toute différence de jugement à propos de la nature des sentiments et de leur intensité est soulignée. On demande au groupe: "Comment peut-t-on savoir ce que les autres ressentent?" "Est-il prudent de vérifier?" "Comment peut-t-on le faire?"

Session 3: Les événements occasionnent les sentiments mais ne les causent pas

Pendant cette session, les membres apprennent qu'un même événement peut occasionner des sentiments différents chez les individus et que leurs sentiments face à un même événement changent avec le temps. On encourage la discussion autour de la question à savoir ce qui cause divers sentiments chez les individus.

Les objectifs pour les participants sont d'apprendre que les événements eux-mêmes ne causent pas les sentiments, d'observer que les individus réagissent différemment au même événement et d'observer que leurs propres sentiments à propos de différentes choses peuvent changer.

Cet apprentissage est effectué par le biais de deux activités. La première, "Que ressens-tu?", consiste à développer une liste d'items auxquels les participants de différents âges du groupe répondront différemment. Des exemples de ces items sont: la musique classique, la température chaude, les gros chiens, manger des pois, être regardé pendant que vous marchez, la noirceur, raconter une plaisanterie en face de la classe. Chaque membre du groupe écrit les sentiments prédominants qu'il ressent lorsqu'il s'imagine que l'événement lui arrive. On lui demande d'utiliser le thermomètre des sentiments pour évaluer ses sentiments de 1 à 10. Les sentiments associés à chaque item sont discutés et les différences individuelles sont soulignées (c'est-à-dire qu'un événement qui provoque de l'inquiétude chez une personne n'en provoque pas chez une autre). L'emphase est placée sur le fait que aucun item n'est associé avec un sentiment unique chez tous les membres du groupe.

La deuxième activité, "Dans le passé", consiste à demander aux membres du groupe d'énumérer dans leur cahier de notes, une liste de deux ou trois de leurs jouets préférés de leur enfance, et de deux ou trois de leurs jeux favoris pendant leurs années d'école élémentaires. Ils écrivent ensuite leurs sentiments positifs face à ces jouets et jeux, ceci en utilisant le thermomètre des sentiments. Ensuite, on leur demande d'écrire et d'évaluer comment ils se sentent face à ces jouets et jeux maintenant.

Session 4: Les pensées causent les sentiments

Cette session vise à établir la connection cruciale entre les pensées et les sentiments. Le lien entre sentiment et comportement est aussi établi pour préparer la session suivante où la séquence complète EPSC (événement, pensée, sentiment, comportement) sera analysée. L'emphase est portée sur la connection entre la qualité des pensées et la qualité des sentiments.

Les objectifs pour chaque membre sont d'apprendre que les pensées causent les sentiments, que des pensées désagréables causent des sentiments désagréables et que des pensées agréables causent des sentiments agréables.

Trois activités sont proposées: "Le jeu de la pensée: trouver le sentiment", "Le jeu de pensée-sentiment" et "Les événements, les pensées et les sentiments". Dans la première, une feuille est distribuée, présentant deux situations qui

comportent elle-mêmes chacune deux parties qui sont lues à voix haute aux participants. Ces derniers sont ensuite invités à écrire les sentiments suscités par ces situations. Les différences individuelles dans les réponses face au même événement sont soulignées, de même que le fait que des pensées différentes mènent à des sentiments différents. Dans la deuxième activité, les membres du groupe sont amenés à penser à une pensée plaisante ou déplaisante. Les sentiments qui accompagnent chaque pensée sont identifiés. Les pensées et sentiments sont écrits sur le tableau. L'emphase est mise sur la relation entre les pensées plaisantes/déplaisantes et les sentiments plaisants/déplaisants. Finalement, dans la troisième activité, les participants procèdent à un exercice où ils doivent compléter des séquences événement-pensée-sentiment. Par exemple, la séquence: "Les examens de fin de session arrivent et tu n'as pas étudié."---- pensée: ----- inquiet.

Session 5: Mes propres pensées

On encourage les membres du groupe à examiner leurs propres habitudes de pensée et à identifier les pensées qu'ils expérimentent fréquemment en association avec des sentiments agréables et désagréables. La discussion est ouverte quant à la difficulté d'identifier ses propres pensées.

Les objectifs pour les participants sont d'explorer lesquelles de leurs propres pensées mènent à des sentiments agréables et lesquelles mènent à des sentiments désagréables.

Pour ce faire, trois moyens sont proposés. Dans la "Simulation expé- rimentelle" d'abord, l'animateur présente verbalement une situation différente à chaque participant sous la forme d'un jeu de rôle. Ce dernier tente d'identifier ses propres pensées et sentiments face à la situation. Un exemple de situation est celle où l'animateur joue le rôle du professeur de français critique: "L'essai que tu as écrit est horrible. Tu as eu trois semaines pour le faire et on dirait que tu y as travaillé une demie-heure. Ton orthographe et ta ponctuation sont horrible. Je m'attendrais à autant de la part d'un étudiant de 4e année." Ensuite, dans la "Reprise immédiate", les participants sont amenés à raconter des événements ou expériences agréables d'abord et par la suite, des événements ou expériences désagréables. Une "reprise" (à la manière d'une émission sportive à la télévision) d'une de ces dernières expériences est effectuée en détails pour identifier les sentiments et pensées qui s'y rattachent. On procède ensuite à la recherche d'options, c'est-à-dire à des pensées alternatives que le/la participant(e) aurait pu utiliser lors de cet événement. Les autres participants peuvent contribuer à trouver ces options et à souligner le rôle que jouent nos interprétations dans nos émotions. Finalement, l'exercice "Événement-pensée-sentiment-comportement" (EPSC) est proposé. Cet exercice s'exécute à partir d'une feuille distribuée aux

participants qu'ils doivent compléter. Quatre événements y sont décrits (ex.: se présenter devant la classe et discuter un événement rapporté dans les journaux) et chaque participant identifie ses propres pensées, sentiments et comportements face à l'événement. Les différences entre les participants sont discutées.

Session 6: Les pensées peuvent être rationnelles ou irrationnelles

Les définitions de rationnel et irrationnel sont expliquées en tenant compte de la maturité du groupe. Les membres du groupe sont amenés à identifier certaines de leurs pensées rationnelles et irrationnelles.

Les objectifs pour chaque membre sont d'acquérir les concepts de pensées rationnelles et irrationnelles et d'identifier certaines de leurs propres pensées rationnelles et irrationnelles.

Une première activité vise donc à "Identifier les pensées rationnelles et irrationnelles" parmi une liste de pensée. Des exemples de ces pensées sont: "Ce Steven est un idiot- un vrai stupide", "J'aurais aimé mieux faire dans ce cours de maths", "Je ne suis pas bon." On demande aux participants les critères importants qui les aident à faire leur choix. On demande aussi à chaque membre du groupe de tenter de faire de l'exemple, un non-exemple en changeant la formulation de la pensée. L'animateur aide les participants dans cette tâche. Une deuxième activité consiste à l'élaboration d'"Affiches-pensées" où en groupes de deux ou trois, les membres organisent et produisent des affiches montrant une personne avec deux "bulles de pensée" (une exprimant une pensée rationnelle, l'autre une pensée irrationnelle) en réponse à une parmi les situations suivantes.

La personne:

- est rejetée par un(e) ami(e);
- n'est pas invitée à un "party";
- vient d'apprendre que l'examen est demain, alors qu'elle le croyait dans deux semaines;
- vient d'apprendre que le voyage de groupe auquel elle participe comprend de l'escalade et elle a peur des hauteurs.

Les affiches sont installées sur les murs de la pièce et les membres partagent leurs idées. Les concepts sont aussi revus.

Session 7: Les pensées peuvent vous faire sentir mal

L'idée majeure de la session est: "Lorsque je deviens trop bouleversé, il est difficile d'améliorer la situation" et "Je peux contrôler à quel degré je suis bouleversé en changeant mes pensées irrationnelles en pensées rationnelles."

Les objectifs pour chaque participant sont la pratique du

changement des pensées irrationnelles en pensées rationnelles, la pratique de l'évaluation de ses propres pensées, ainsi que la reformulation de ces dernières et la pratique à débattre les concepts "terrible" et "horrible".

Les activités au programme de cette 7e session se nomment: "M. Latête", "Ce n'est pas si terrible" et "Identifier et débattre". La première activité requiert comme matériel un récipient ou un sac de papier sur lequel une tête est dessinée (M. Latête) qui contient des "cartes de pensée", une carte pour chacune des 26 pensées suggérées (voir Bernard et Joyce, 1984; p.408), ainsi que la "Roue du défi", qui consiste en un cercle divisé en huit sections décrivant différentes formulations de méthodes pour défier ou questionner les croyances irrationnelles (ex.: "Pourquoi dois-je l'avoir? Je vais faire de mon mieux pour l'obtenir, mais si je ne l'obtiens pas, qu'est-ce que ça peut faire! Est-ce que parce que je veux seulement quelque chose, j'en ai réellement besoin?"). M. Latête est présenté, contenant les cartes d'idées rationnelles (vertes) et irrationnelles (rouges) et il est expliqué aux participants qu'il renferme des pensées rationnelles et irrationnelles qu'ils peuvent eux-mêmes penser. L'animateur s'assure que chaque participant pige une carte rouge et une verte. On leur demande ensuite d'écrire pour chaque pensée une séquence EPSC et de s'assurer d'écrire quelque chose pour E, S et C qui s'harmonise bien à la pensée. L'événement, le sentiment et le comportement qu'ils écrivent peuvent être tirés d'expériences personnelles passées ou être imaginées. Les réponses sont partagées. La "Roue du défi" est ensuite introduite. Les défis sont lus à haute voix par certains adolescents. Chaque adolescent évalue ensuite les pensées qu'ils a pigées de M. Latête. "Est-ce que c'est une pensée irrationnelle?" Si oui, "Peux-tu penser à une pensée rationnelle, un défi, pour changer cette pensée irrationnelle?" Les jeunes peuvent sélectionner un défi à partir de la "Roue du défi" ou élaborer leur propre défi. Les autres adolescents sont invités à contribuer à identifier des idées de défis.

Dans l'activité suivante, on demande au groupe d'établir une liste de catastrophes réelles de la vie (ex: "Je perd mes deux jambes dans un accident de voiture"; "Ma maison est complètement détruite par le feu") et chaque participant évalue individuellement chacune d'elles sur une échelle de 1 à 100 (100 étant le plus catastrophique). On discute ensuite avec les participants le concept que les gens se bouleversent parce que ils tendent à penser que trop de choses sont terribles, alors qu'en réalité, les choses peuvent être mauvaises, mais pas absolument la fin du monde. On demande aux participants des exemples de situations qu'ils croyaient terribles initialement, mais qui, a deuxième abord (après y avoir pensé deux fois) ils réalisèrent qu'elles comportaient aussi de bons aspects, ou que l'événement n'était pas 100% terrible. Ensuite, on leur explique comment "défier et débattre" des croyances à propos de choses que nous

croyons terribles en se demandant "pourquoi" c'est si terrible. Par comparaison avec les vraies catastrophes de la vie, à quel point est-ce terrible, sur une échelle de 1 à 100? L'exemple suivant est utilisé.

Événement:

"Je vais déménager".

Pensée:

"C'est terrible- Je ne me ferai jamais d'amis et je déteste déménager. Je me sens terrible. La vie ne sera jamais plus la même."

Défi et débat:

"Pourquoi est-ce si terrible? Est-ce la pire chose qui pourrait m'arriver?"

Pensée rationnelle:

"Bien, je n'aime pas ça, mais je sais que je peux vivre avec ça- ce sera difficile, mais pas terrible. Comparé n'avoir aucun endroit où demeurer (95), c'est seulement 20 sur une échelle de catastrophes."

Les jeunes sont invités à partager des exemples et des événements et à pratiquer le débat du "C'est terrible" en utilisant le modèle ci-haut.

Dans Identifier et débattre, une copie l'histoire "La journée de Sylvie" est distribuée aux participants et on leur demande de souligner les pensées irrationnelles. Ensuite, ils forment des paires et écrivent les séquences pour chaque énoncé souligné. On discute les questions suivantes:

- Quelles sont les pensées irrationnelles de Sylvie?
- Qu'est-ce qui les rend irrationnelles?
- Quels seraient les défis ou débats pour chacune?
- Trouvez-vous difficile de penser à des défis?
- Pouvez-vous voir des avantages à défier ou débattre ces croyances?

Session 8: Les pensées et les croyances

Dans cette session, le concept de croyance irrationnelle est introduit. Nos pensées sont rattachées à des croyances que nous avons à propos de nous-mêmes, des autres et des événements qui nous arrivent. Ces croyances peuvent être rationnelles ou irrationnelles. Les croyances irrationnelles mènent à des pensées irrationnelles. Cette session présente des mots clefs qui peuvent nous indiquer la présence de croyances irrationnelles. Les "devrait", "doit", "il faut" en sont des exemples et ils expriment des demandes irrationnelles.

Les objectifs pour chaque participant sont d'apprendre que la pensée irrationnelle vient de croyances irrationnelles, que certains mots peuvent nous aider à identifier des pensées irrationnelles et d'explorer l'idée que les demandes irrationnelles peuvent mener à la colère, la dépression et l'anxiété.

Deux activités sont prescrites. Dans "Une personne nommée

Malheurs", un visage triste et inquiet est dessiné au tableau et on lui attribue les "bulles de pensée" suivantes.

1. Personne ne m'aime.
2. Ce n'est pas juste.
3. Je ne dois pas échouer mes maths.
4. Je dois gagner ce débat.
5. Ce cours est tellement ennuyant! Je ne peux le supporter!

On demande au groupe de décrire la façon dont il est probable que "Malheurs" se sente la plupart du temps (triste, fou, déprimé, misérable, fâché). Quelles "croyances" peuvent soustendre ces pensées de "Malheurs"?

Je dois être aimé par tout le monde.

Tout le monde doit être juste avec moi.

Je dois réussir dans chaque chose que je fais.

On demande au membres du groupe s'ils connaissent quelqu'un qui pense de cette façon ou qui a ces pensées.

Ont-ils déjà pensé eux-mêmes de cette façon?

Comment se sentent-ils?

Demander, qu'est-ce que "Malheurs" peut faire s'il veut être plus heureux?

Le concept de changement des croyances par le changement de la pensée d'un individu qui sera développé dans la prochaine session est introduit.

La deuxième activité est la "Technique de Young" et requiert comme matériel des feuilles EPSC dont la colonne "pensée" comprend des "dois", "devrait" et "il faut". On demande aux membres de fermer les yeux et de penser à un moment où ils se sont sentis très fâchés. On leur demande de revivre la scène pendant quelques moments en imagination. Les feuilles EPSC sont distribuées et les membres complètent les sections E, S et C. On leur demande ensuite de compléter les sections P autour des "dois", "devrait" et "il faut". D'autres concepts irrationnels de dramatisation face aux événements et de blâme/condamnation des autres pour leurs erreurs peuvent aussi être présentés. On invite les jeunes à partager leurs analyses et à les discuter en groupe. On leur demande si leurs pensées sont rationnelles ou irrationnelles? Pourquoi? Que peuvent-ils faire pour changer celles qui sont irrationnelles?

Session 9: Défier et débattre

Les idées maîtresses de cette session sont que nous pouvons éviter d'être très bouleversé en changeant notre pensée, nous pouvons changer notre pensée en défiant et débattant nos croyances irrationnelles et nous bénéficierions d'éviter les "croyances irrationnelles à propos des croyances irrationnelles".

Les objectifs pour chaque membre sont d'abord d'apprendre que de mettre au défi les croyances irrationnelles peut apporter des changements dans la pensée et des sentiments moins

perturbateurs; ensuite de pratiquer le débat et le défi de certaines croyances irrationnelles et finalement de pratiquer le débat et le défi de certaines de leurs propres croyances irrationnelles.

Un des moyens suggérés est de "Penser en fonction du défi", une activité où l'on distribue aux participants une feuille avec les cinq questions suivantes, ainsi que des exemples de réponses: 1- Quelle est la croyance irrationnelle?; 2- Jusqu'à quel point voulez-vous abandonner cette croyance- Jusqu'à quel point êtes-vous prêt à travailler à la défier et la débattre?; 3- Quelle preuve existe-il que la croyance est fausse (irrationnelle)?; 4- Existe-il une évidence de la véracité de cette croyance?; 5- Puis-je supporter rationnellement cette croyance?. La directive suivante est donnée au groupe: "Une fois que vous avez décidé, soit par vous-mêmes ou avec l'aide des autres, que certaines de vos actions ou émotions ainsi que les croyances qui les produisent, sont irrationnelles, voici une façon d'atteindre un changement. C'est une technique pour défier et débattre n'importe quelle croyance irrationnelle, et ça implique de vous posez une série de questions. Lorsque vous vous posez ces questions, répondez aussi honnêtement que possible, et utilisez les exemples pour vous aider à analyser vos réponses." On demande aux membres du groupe de retourner consulter leurs rapports écrits de la session 6 (ex.: feuilles EPSC) et des autres sessions précédentes, pour identifier une croyance irrationnelle sur laquelle ils aimeraient travailler. Lorsque chacun a sélectionné une croyance, la première question est posée. L'animateur ou les membres du groupe à tour de rôle lisent chaque question, ainsi que l'exemple. Une pause après chaque question permet aux membres du groupe d'écrire leur réponse. Si un membre éprouve des difficultés, le groupe peut lui venir en aide. Lorsque chacune des étapes sont complétées par tout le groupe, les participants sont invités à lire à haute voix leurs réponses pour discussion. Si une variété de croyances irrationnelles sont démontrées en exemples, plus d'une session peuvent être nécessaires pour discuter à fond l'analyse de chaque personne.

Un deuxième moyen suggéré est la présentation des "Six personnages irrationnels" (voir Bernard et Joyce, 1984; p.441) symbolisant chacun une croyance irrationnelle. Pour chacune des cinq situations suivantes: échouer à un test, ne pas être invité à un "party", être refusé par un garçon/fille, être pris à mentir; ou encore pour toute autre situation problématique pour les membres du groupe, on demande au groupe de sélectionner 2 ou 3 personnages appropriés pour jouer la situation. On demande à 2 ou 3 membres de la jouer en mettant l'emphase sur l'expression des croyances irrationnelles. Les autres membres du groupe notent les croyances irrationnelles et le groupe au complet les discute à la fin et tente de faire des comptes, c'est-à-dire un résumé des idées qui défient la croyance irrationnelle.

Finale­ment, la "Chaise vide" est un autre moyen employé pour atteindre les buts de cette 9e session. Un participant est invité à raconter un événement bouleversant qui s'est produit depuis la dernière session. Il est invité à s'asseoir sur une des deux chaises vides pour livrer son récit. Une chaise représente la pensée rationnelle et l'autre la pensée irrationnelle. On demande aux membres du groupe d'écouter attentivement la description de l'événement. Ils peuvent poser des questions concernant la façon dont le narrateur pensait ou se sentait lors de l'événement en question. Lorsque quelqu'un croit qu'il a détecté une pensée irrationnelle, il demande au narrateur de s'asseoir sur l'autre chaise (irrationnelle). Lorsqu'un défi rationnel adéquat est exprimé, le narrateur peut retourner à la chaise rationnelle.

Session 10: Les postulats fondés et non-fondés

De nouveaux concepts sont introduits au groupe: ceux de postulats fondés et non-fondés. Nous considérons certaines de nos opinions comme des faits et nous les prenons comme allant de soi et nous les assumons correctes, même si elles n'ont pas été testées.

Les objectifs sont d'apprendre que d'avoir une opinion à propos de quelque chose ne la rend pas vraie pour autant; que certaines des choses que nous croyons (nos croyances) ne sont pas vraies (sont basées sur des postulats non-fondés) et que des postulats non-fondés mènent à des erreurs.

Trois activités sont proposées. Dans "Nos postulats quotidiens", on demande aux adolescents pourquoi ils pensent des choses telles que: les gens peuvent aller sur la lune (c'est un fait qui a été testé); aller au collège est bon (c'est une opinion basée sur une préférence ou un goût, mais ce n'est ni vrai ou faux, ça dépend des buts de l'individu). On introduit la notion que nous croyons aussi que certaines de nos opinions sont des faits parce que nous les prenons "pour garanties" ou que nous assumons qu'elles sont correctes- même si elles n'ont pas été testées. De manière à établir que nous faisons constamment des postulats, et que certains sont fondés et certains ne le sont pas, la discussion suivante est présentée. "Chaque jour nous venons à l'école, nous assumons qu'il y a de l'école ce jour là, nous assumons que l'école n'a pas passée au feu, nous assumons que la salle de classe ne va pas s'effondrer. Pourquoi prenons-nous ces choses pour garanties? Pourquoi pensez-vous que nous ne testons pas ces propositions? Est-ce que quelqu'un parmi vous a eu un plafond qui lui est tombé sur la tête dernièrement? Ou les chaises sur lesquelles vous êtes assis se sont-elles effondrées?" On demande aux étudiants de penser à ce que serait la vie quotidienne si nous ne prenions pas certaines choses pour

garanties ou si nous ne faisons pas des postulats certains à leur propos. Il est montré que nous faisons certains postulats fondés basés sur nos expériences passées. On demande aux étudiants s'ils agiraient selon un postulat fondé en entrant dans une pièce ou un édifice dont une enseigne à l'extérieur préviendrait que l'édifice ou le plafond pourrait s'effondrer à tout moment. On demande au groupe s'ils ont agi selon un postulat fondé ou non-fondé en traversant la rue sur la lumière rouge (non-fondé); en pensant qu'ils allaient échouer une matière parce qu'ils avaient échoué 5 ou 6 tests hebdomadaires et n'avaient pas étudié depuis (fondé); traversant la route sur une lumière verte (fondé). Les étudiants sont amenés à expliquer leurs réponses.

Dans "Je vois. J'assume", on discute avec les participants ce qu'est un postulat, "... un énoncé qui est considéré garanti d'être vrai, et qui dans les faits peut être vrai, mais doit être vérifié." Un exemple illustre cette définition. Ensuite, les participants forment des paires, face à face. Dans chaque paire, la personne 1 dit à la personne 2: "Je vois que tu (portes du rouge), donc j'assume que tu (aimes cette couleur)". Ensuite la personne 2 répète la même procédure que la personne 1, sans réponse d'aucun des deux partenaires. Après quelques tours, les adolescents discutent les postulats ensemble. Ensuite, la classe est invitée à réagir aux questions suivantes:

1. Qu'est-ce que vous découvrez lorsque vous vérifiez vos postulats pour vérifier s'il y a une évidence qui les confirme.
2. Y-a-t-il des moments dans la vie réelle où vous faites des postulats à propos de choses qui ne sont pas vraies?
3. Lorsque ceci se produit, quels effets se produisent; s'il y en a?
4. Pensez-vous que les postulats sont nuisibles ou aidant? Expliquez.
5. Si vous aviez à énoncer une "règle" générale à propos des postulats, que serait-elle? (Vérifier)

Finalement, dans le "Jeu pêle-mêle", un participant est sélectionné et une enveloppe lui est remise contenant une carte "Oui" et quatre cartes "Non" ou davantage. On lui dit que pendant qu'il jouera à un jeu (un jeu est fourni), l'animateur sélectionnera un participant du groupe qui lui demandera pour se joindre à lui. Lorsque quelqu'un lui demande de se joindre à lui, le "joueur" se retire dans un endroit hors de la vue du reste du groupe et tire une carte de l'enveloppe. Si c'est une carte "Oui", l'autre participant peut se joindre à lui, alors que si c'est une carte "Non", il ne peut pas. Si un nouveau joueur se joint à l'équipe, les règles du jeu lui sont expliquées hors de la vue des autres membres du groupe lors d'une nouvelle sélection. Le jeu dure un certain temps, puis on demande ensuite aux participants quels postulats ont-ils faits à propos des raisons

pour lesquelles ils ont été inclus ou non. Comment se sont-ils sentis s'ils n'ont pas été inclus? On demande au groupe d'aider à défier les pensées irrationnelles associées aux postulats non-fondés (ex.: être rejeté). Quelle était la conséquence de postulats non-fondés? (Erreurs et tristesse).

Session 11: Désirs et besoins

La session débute par une discussion des besoins de base des gens. L'emphase est mise sur le fait que les gens croient et agissent comme s'ils avaient besoin de plus de choses qu'ils en ont réellement besoin. Les objectifs pour chaque membre sont de parvenir à distinguer les désirs des besoins et de se pratiquer à défier les besoins irrationnels pour en arriver à les exprimer en souhaits ou préférences rationnels.

Les activités sont "La survie" et "Défier les besoins et demandes irrationnelles". Dans la première activité, on demande aux étudiants de s'imaginer sur une île déserte. Qu'ont-ils besoin pour survivre? Qu'est-ce que la personne "demandante" assume à propos de ses besoins? Elle assume qu'elle a besoin de plus de choses que ce n'est le cas en réalité.

Dans la deuxième activité, quatre besoins irrationnels sont énumérés au tableau: 1- Avoir ce que je désire, 2- Avoir du succès, 3- Etre aimé par tous, 4- Demande de confort. Les questions suivantes sont utilisées dans la discussion pour aider à défier ces besoins irrationnels: Est-ce que les choses se doivent d'être de la façon dont je le désire?, Quelle conséquence terrible pourrait se produire si je n'ai pas ce que je désire? Les attitudes opposées pour chaque exemple (rationnelle et irrationnelle) peuvent être jouées en paires et les rôles peuvent ensuite être inversés.

Session 12: La surgénéralisation est irrationnelle

Beaucoup de pensées irrationnelles à l'égard de soi telles que "Je suis sans espoir", "Je suis un échec", "Je suis le pire", "Je ne serai jamais bon" ou à l'égard des autres telles que "Il est toujours mesquin avec moi", "Tu ne me laisseras jamais obtenir ce que je veux" sont à la base de la surgénéralisation. Les activités de cette session aident les membres du groupe à se percevoir et à percevoir les autres comme des individus complexes, distincts de leurs performances (comportements).

L'objectif général pour chaque membre est d'apprendre que de surgénéraliser est irrationnel. De façon plus spécifique, l'adolescent découvre que de focuser seulement sur les qualités négatives des gens (soi et les autres) est irrationnel parce que les gens ont aussi des qualités positives. Les gens ne sont pas

"bons" ou "mauvais". Le but pour les jeunes est aussi d'apprendre à défier et à changer leurs pensées et croyances irrationnelles négatives en des pensées et croyances négatives rationnelles et finalement d'apprendre que les pensées irrationnelles négatives mènent à plus de perturbations émotionnelles que des pensées négatives rationnelles.

Dans "Je me jette aux rebuts" d'abord, on enseigne au groupe l'exemple du "pneu crevé" de Howard Young (Young, 1977) et on demande: "Supposons que vous avez un pneu crevé sur votre voiture, allez-vous jeter votre voiture au complet aux rebuts parce qu'elle a un pneu crevé?" On demande: "Qui peut expliquer comment il se fait que les gens se "jette aux rebuts"? Lorsque quelqu'un focusse seulement sur des caractéristiques négatives, il se "jette aux rebuts". On demande des exemples au groupe et on discute pourquoi "se jeter aux rebuts" est irrationnel. On demande: "Comment vous sentez-vous lorsque vous "vous jeter aux rebuts"."

Ensuite, dans "Complexifie-moi", on demande à chaque adolescent de remplir les cercles du concept de soi (voir figure 1). Les adolescents sont invités à partager leurs concepts de soi. La discussion porte sur les questions suivantes. Qu'est-ce qui est le plus difficile à trouver, les caractéristiques positives ou négatives? Pourquoi? Les participants jouent en paires un "jeu de noms": chaque membre de la paire appelle l'autre d'un nom (en référence à leurs caractéristiques). L'autre membre de la paire défie le nom à voix haute par la référence à ses qualités positives et négatives; par exemple, "est-ce que l'idée qu'une personne a de moi signifie que je suis seulement ce qu'elle pense de moi?" "Si je possède toutes ces caractéristiques, comment puis-je être seulement...?" On aide les jeunes à introduire des mots comme "parfois", "à l'occasion", "rarement", "la plupart du temps" lorsqu'ils décrivent leurs qualités, ce qui leur permet de focusser sur leurs qualités, ainsi que sur leur complexité comme individu. Le concept de surgénéralisation est discuté.

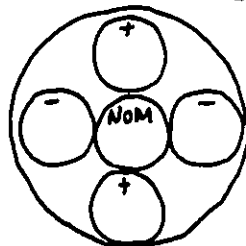


FIGURE 1

Finalement, la dernière activité nommée "Surgénéraliser est irrationnel", demande aux membres du groupe d'établir une liste de toutes les différentes choses qu'ils font bien auxquelles ils peuvent penser (ex.: jouer du piano, football, math, etc.). Ensuite, ils énumèrent une liste de une ou deux choses qu'ils ne croient pas bien faire. On leur demande: "Etes-vous un "raté" ou une personne compétente?" Ils sont amenés à conclure qu'ils ne

sont ni l'un, ni l'autre; qu'ils ne pourront jamais devenir plus ou moins que une personne qui fait bien certaines choses et plus mal certaines autres. Le concept de surgénéralisation est de nouveau appliqué. La différence entre le jugement d'un comportement et de la personne toute entière est présentée. On leur demande ensuite d'écrire des choses qu'ils aimeraient beaucoup accomplir, des choses qu'ils ont essayées de faire, mais qu'ils ont conclu qu'ils ne pouvaient pas. On discute à savoir si certains items sur la liste ne sont pas des surgénéralisations. Il est finalement souligné que la surgénéralisation est non seulement irrationnelle, mais qu'elle peut être utilisée pour se bouleverser soi-même. Si nous croyons que nous ne serons jamais capable de faire quelque chose, ou que nous ne pouvons pas faire quelque chose, ou que nous sommes une personne stupide, alors nous avons tendance à nous sentir malheureux et à échouer à continuer de travailler pour obtenir ce que l'on désire.

(traduit par l'auteure de Bernard et Joyce, 1984)

N.B. Il est à noter que des activités optionnelles sont aussi proposées pour certaines sessions, mais elles n'ont pas été décrites dans le présent document.

Appendice B

Formule de consentement pour les sujets

FORMULE DE CONSENTEMENT

Bonjour!

Des chercheur-e-s de l'Université d'Ottawa, M. Pierre Baron, Ph.D et Mme Diane Marcotte, B.A., réaliseront sous peu dans ton école une recherche qui a pour but d'étudier un programme d'intervention de groupe auprès des adolescents. Le questionnaire que tu as complété récemment a permis de te choisir pour participer à ce programme de groupe qui a pour but d'aider les jeunes à acquérir une façon de penser qui les aide à développer un meilleur contrôle de leurs sentiments.

Nous apprécierions grandement que tu acceptes de participer à ce programme de groupe qui se déroulera à ton école. Les réponses que tu as fournies au questionnaire révèlent que ces rencontres te rendraient probablement service. Il y aura treize rencontres à raison de deux rencontres chaque semaine pendant environ six à sept semaines. Ces rencontres seront d'une durée d'environ 45 minutes à une heure. Nous te demanderons aussi de compléter des questionnaires nous permettant de vérifier l'efficacité de ce programme.

Deux groupes de participants seront formés pour cette étude. Il se peut que tu sois assigné par hasard à faire partie du deuxième groupe. Cela signifiera que les rencontres commenceront pour toi seulement dans environ dix à onze semaines. Tu seras toutefois invité à compléter quelques questionnaires d'ici le début des rencontres. Si, entre temps, tu sens le besoin de consulter quelqu'un, nous t'encourageons à le faire plutôt que d'attendre le début des rencontres de groupe. Tu peux consulter le Service de santé de l'école où tu pourras rencontrer un psychologue ou une infirmière ou encore tu peux communiquer avec nous au numéros indiqués au bas de cette page.

Lorsqu'un chercheur-e de l'Université d'Ottawa réalise une étude, l'université exige le consentement écrit des participants afin d'assurer la protection, le respect, la confidentialité, ainsi que le consentement des individus concernés. Dans la présente étude, nous te garantissons que les réponses que tu fourniras aux questionnaires que nous te demanderons de compléter seront gardées confidentielles de même que le contenu des rencontres auxquelles tu participeras. Les rencontres seront enregistrées sur bande audio pour fins d'analyse. Le contenu en sera gardé anonyme et confidentiel.

Nous te rappelons aussi que tu peux décider à n'importe quel moment du programme de cesser ta participation si tu le désires. Cela n'affectera en rien tes résultats scolaires. Ta participation à ce programme est donc tout à fait volontaire. Si tu es consentant-e à participer à ce programme, s'il te plaît, signe la présente formule. Pour participer, tu dois aussi obtenir le consentement écrit de tes parents en leur demandant de signer la formule de consentement qui leur est destinée.

Nom: _____

Signature: _____

Témoin: _____

Date: _____

Pour de plus amples renseignements sur la nature de cette étude ou toutes autres questions auxquelles tu désires obtenir une réponse, n'hésite pas à communiquer avec nous aux numéros de téléphone indiqués ci-dessous.

Merci de ta collaboration.

Diane Marcotte 564-3915 ou 595-1362
Pierre Baron 564-3363
Ecole de psychologie
Université d'Ottawa

Appendice C

Formule de consentement pour les parents

FORMULE DE CONSENTEMENT

Monsieur, madame,

Une étude, réalisée par M. Pierre Baron, Ph.D et Mme Diane Marcotte, B.A, de l'Université d'Ottawa se déroulera bientôt à l'École secondaire de l'Erablière. Cette recherche a pour but l'étude d'un programme d'intervention de groupe auprès des adolescent-e-s. Ce programme éducatif vise à aider les jeunes à acquérir une façon de penser qui peut les aider à développer un meilleur contrôle de leurs sentiments. Votre fils ou votre fille a participé récemment à une procédure de sélection d'étudiant-e-s qui pourraient bénéficier de participer à ce programme. Ce programme consiste en une série de treize rencontres de groupe. Votre fils ou votre fille sera aussi invité-e à compléter des questionnaires nous permettant d'évaluer l'efficacité de ce programme. Nous apprécierions grandement que votre adolescent-e participe à ce programme car les réponses qu'il ou elle a fournies lors de la sélection révèlent que ce programme aurait probablement des effets bénéfiques pour lui ou pour elle.

Deux groupes seront formés pour cette étude. Il se peut que votre adolescent-e soit assigné-e au hasard à faire partie du deuxième groupe. Cela signifiera pour lui ou elle que les rencontres débiteront seulement dans environ dix à onze semaines. Il ou elle sera toutefois invité-e à compléter quelques questionnaires d'ici le début des rencontres. Si, entre temps, vous jugez que votre fils ou votre fille aurait besoin de consulter quelqu'un, nous vous encourageons à le ou la référer à une personne ressource plutôt que d'attendre le début des rencontres de groupe. Vous pouvez consulter le Service de santé de l'école à cet effet ou communiquer avec nous au numéros indiqués au bas de ce formulaire.

Lorsqu'une recherche est effectuée par un-e chercheur-e de l'Université d'Ottawa, l'université exige le consentement écrit des participants. Dans le cas de participants mineurs, le consentement des parents ou tuteurs est exigé. Ceci vise à assurer le respect, la confidentialité, ainsi que la protection et le consentement des individus concernés. Dans la présente étude, nous garantissons que les réponses que les participants fourniront aux questionnaires seront gardées confidentielles, de même que le contenu des rencontres auxquelles ils participeront. Les rencontres seront enregistrées sur bande audio pour fin d'analyse. Le contenu en sera gardé anonyme et confidentiel.

Pour permettre la participation de votre adolescent-e à ce programme, nous sollicitons donc votre autorisation. Nous tenons aussi à vous mentionner que cette participation peut prendre fin à tout moment où l'adolescent-e et/ou ses parents le désirent. Cette autorisation ne constitue pas un engagement de participation jusqu'à la fin de l'étude. Si vous êtes consentent-e à ce que votre fils ou votre fille participe à ce programme, veuillez, s'il vous plaît, signer la présente formule de consentement.

Nom de l'adolescent(e): _____

Signature des parents: _____

Signature du témoin: _____

Date: _____

Pour de plus amples renseignements sur la nature de cette étude, n'hésitez pas à communiquer avec nous aux numéros de téléphone ci-dessous.

Merci de votre collaboration

Diane Marcotte 564-3915 ou 595-1362
Pierre Baron 564-3363
Ecole de psychologie
Université d'Ottawa.

Appendice D

L'Inventaire de la dépression de Beck

Nom: _____

Niveau scolaire: _____

Sexe: M ou F

Age: _____

Date: _____

QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lis attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis entoures la lettre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont tu t'es senti-e au cours des sept derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, entoures chacun d'eux. Assures-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(e) 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 irritée(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 difficulté 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 soit 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 de 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 un régime 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 les douleurs, les 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 remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe
 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

Appendice E
L'Echelle d'évaluation de la dépression
de Hamilton

Hamilton

Nom: _____

Date: _____

Age: _____ Sexe: M ou F

Niveau scolaire: _____

"J'aimerais maintenant te demander la façon dont tu t'es senti pendant le mois dernier, y compris aujourd'hui et ces derniers jours?"

1- Travail et intérêts (0-4)

"Ta capacité ou ton goût de faire ton travail ou tes autres activités (sociales) est-elle affectée (diminuée)?"

0= Absent. Activité normale complète.

1= Léger. Perte légère mais définie d'intérêt ou plaisir dans le travail, passe-temps, travail de maison, activités sociales. Les tâches essentielles continuent d'être effectuées.

2= Modéré. Le patient rapporte les débuts de détérioration de sa performance aussi bien qu'une perte d'intérêt plus significative. Les loisirs sont délaissés.

3= Marqué. La perte d'efficacité devient impossible à dissimuler, des manques se produisent au travail et amènent à des commentaires, les tâches de maison ne sont pas complétées, le travail est désorganisé, l'hygiène et le soin personnel commence à souffrir, retrait des amis.

4= Sévère. Incapacité de continuer et admission à l'hôpital pour protection (mais non pour investigation ou observation) ou retiré du travail pour cause de maladie. Les parents ou l'entourage font la plupart du travail de maison et des courses. Incapable de prendre soin de soi.

2- Insomnie (0-2)

"As-tu eu des difficultés à dormir ou à t'endormir? As-tu pris des pilules pour dormir?"

Insomnie initiale:

0= Absent, ou délai occasionnel à s'endormir, pas plus que normal.

1= Léger. Délai de 1/2 à 1 heure à s'endormir. Reconnaissance d'un changement par rapport à la normale.

2= Sévère. Délai de 1-2 heure à s'endormir.

Insomnie mitoyenne:

0= Absent, ou réveil nocturne habituel pour aller à la toilette.

1= Se réveille une ou deux fois durant la nuit mais se rendort sans délai exagéré.

2= Se réveille fréquemment, ou se réveille occasionnellement mais a de la difficulté à se rendormir.

Insomnie différée:

0= Absent. Se réveille à l'heure habituelle.

1= Léger. Se réveille régulièrement 1 2 à 1 heure avant l'heure habituelle.

2= Sévère. Se réveille + de 1 heure avant l'heure habituelle.

3-Symptômes gastrointestinaux (0-2)

"Comment est ton appétit? As-tu souffert de constipation?"

0= Appétit normal chez le patient.

1= Léger. Perte d'intérêt dans la nourriture moyenne pendant la période en question ou changement des habitudes intestinales dans la direction de la constipation.

2= Modéré à sévère. Diminution sensible de l'ingestion de nourriture ou constipation définie exigeant l'usage inhabituel de laxatifs.

4-Perte de poids (0-2)

"As-tu perdu du poids? Combien de lbs?"

0= Absent, ou perte de moins de 4 lbs.

1= Léger. 4-14 lbs dans les dernières 8 semaines ou vêtements lâches autour de la taille.

2= Marqué. Plus de 14 lbs. dans les dernières 8 semaines ou maigrissement sensible.

5-Hypocondrie (0)

"As-tu été malade? As-tu été inquiet de l'être?"

0= Absent.

1= Léger. Préoccupation excessive face aux fonctions corporelles ou face aux symptômes mineurs, ex. le patient parle en ces termes lorsqu'il est interrogé mais ne revient pas sur le sujet spontanément.

2= Modéré. préoccupation importante face aux symptômes physiques et pensées de maladies organiques, qui sont volontaires.

3= Marqué. Fortes convictions irrationnelles de la présence de maladie physique, expliquant la condition du patient.

4= Sévère. Hallucinations de maladie (pourriture, blocage, tumeur).

6-Symptômes somatiques généraux (0-2)

"Te sens-tu facilement fatigué? Tout le temps? As-tu beaucoup d'énergie? Passe-tu beaucoup de temps à te reposer?"

0= Absent.

1= Léger. Fatigue définie disproportionnée. Plus de temps qu'à la normale passé à demeurer assis menant à une interférence dans l'activité quotidienne. Malaise physique diffus.

2= Modéré à sévère. Plaintes marquées nécessitant des repos fréquents après une poussée d'activité physique. Difficulté à "se mettre en marche". Lourdeur corporelle. Epuisement.

7-Anxiété (Symptômes somatiques) (0)

"As-tu souffert de certains des symptômes suivants: tremblements, frissonnements, sudation excessive, sentiments de suffocation ou d'étouffer, attaques de raccourcissement de la respiration, étourdissements, palpitations, faiblesses, maux de tête, douleur à l'arrière du cou, papillons ou resserrement dans l'estomac? A quelle fréquence? De quelle intensité?"

0= Absent.

1= Légers. Un ou deux symptômes physiques définis mais légers, à une fréquence moindre que deux fois par semaine.

2= Modéré. Sévérité augmentée, plus de symptômes, à une fréquence de plus de deux fois par semaine.

3= Marqué. Persistants, et fréquents, ex. chaque jour. Symptômes épisodiques occasionnels sévères, qui frappent d'incapacité pendant leur durée.

4= Sévère. Différents symptômes persistants et très fréquents, résultant dans des attaques d'incapacité.

8-Anxiété (Symptômes psychiques) (0-2)

"T'es-tu senti nerveux, tendu, inquiet, anxieux ou effrayé? Est-ce qu'il t'est arrivé de trouver difficile de relaxer? As-tu eu un sentiment de crainte (terreur), comme si quelque chose de terrible allait arriver?"

0= Absent.

1= Léger. Plaintes d'inquiétudes ou d'états de tension hors de l'ordinaire et inappropriés qui sont légers mais persistants lors de la plupart des moments non occupés du patients.

2= Modéré. Symptômes persistants et passablement fréquents de plus forte intensité, et dont le patient s'inquiète (la plupart du temps).

3= Marqué. Phobies avec évitement et risque de panique.

4= Sévère. Etat persistant d'anxiété intense, ou près de la panique, dominant la vie mentale du patient et le discours de l'interview. Attaques de panique fréquentes ou détérioration sévère due à l'évitement phobique.

9-Perte de libido (0-2)

"Y-a-t-il eu un changement dans ton intérêt pour la sexualité? Pour les personnes de sexe opposé? As-tu eu moins le goût d'avoir des relations sexuelles?"

0= Absent. Niveau normal d'activité chez l'individu.

1= Léger. Une certaine perte d'intérêt, ou diminution de l'activité.

2= Modéré à sévère. Absence totale d'intérêt ou d'activité.

10-Dépression (0-4)

"As-tu été raisonnablement de bonne humeur, ou t'es-tu senti triste, abattu, découragé ou accablé? Comment décrirais-tu ça? Est-ce que ça vient et ça repart? Comment longtemps cela dure-t-il? Est-ce que ça s'améliore lorsque tu es en compagnie de quelqu'un d'autre? As-tu eu le goût de pleurer?"

0= Sentiments absents ou très légers ou occasionnels, pas pire que les sentiments normaux du patient lorsqu'il est bien.

1= Léger. Sentiments persistants décrits comme mussade, morose, découragé, déprimé, abattu, triste ou d'une façon similaire; sentiments occasionnels, plus intenses; peuvent être soulagés par la compagnie, être au travail.

2= Modéré. Sentiments persistants ou fréquents de dépression, avoir les bleus, etc.; sent souvent comme une envie de pleurer, peut pleurer occasionnellement; pas facilement soulagés par la compagnie.

3= Marqué. Sentiments plus intenses; les pleurs peuvent être fréquentes; plus constant tout le long de la journée.

4= Sévère. Sentiments sévères persistants; peuvent être décrits habituellement comme au-delà des larmes, douloureux, peu de soulagement ou extrêmement sévères; atroces, agonisant, sentiments non soulagés.

11-Culpabilité (0-4)

"As-tu eu une mauvaise impression de toi-même? T'es-tu blâmé pour des choses que tu as fait dans le passé ou récemment? T'es-tu senti coupable face à des choses? As-tu l'impression d'être puni?"

0= Sentiments d'auto-blâme absents ou très légers à la limite de la normalité.

1= Léger. Opinion rabaissée de soi-même avec sentiments persistants de regret à propos d'actions passées qui ne sont pas inhabituelles en elles-mêmes de façon marquée.

2= Modéré. Sentiments de culpabilité ou d'auto-blâme plus intense ou pénétrant qui sont pathologiques selon le jugement du juge.

3= Sévère. Sentiments pénétrants d'auto-blâme, culpabilité ou d'être sans valeur ou mépris face à soi-même face à plusieurs domaines de l'existence du patient. Ceci mène souvent au sentiment que la maladie est une punition pour les méfaits passés.

4= Hallucinations de culpabilité. Croyances de culpabilité incorrigibles, avec ou sans hallucinations de voix accentuant la culpabilité.

12- Suicide (0-4)

"As-tu senti que la vie ne voulait pas la peine d'être vécue? As-tu souhaité être mort? As-tu eu des pensées de mettre fin à tes jours? Es-tu allé aussi loin que de faire des plans pour le faire? As-tu attenté à ta vie?"

0= Absent.

1= A senti que la vie ne voulait pas la peine d'être vécue- une pensée persistante récurrente.

2= A souhaité ne plus être en vie, mort, mais pas de pensées suicidaires.

3= A des pensées de mettre fin à ses jours, ce qui peut inclure l'élaboration d'un plan, ou a répété un plan (ex: demeurer sur un pont, tenir des comprimés dans sa main) ou a fait des gestes mineurs, ex. couper ses poignets, avoir pris plus de deux comprimés.

4= Tentative de suicide de toutes sortes.

13-Perte d'insight (0)

"Qu'est-ce que tu penses qu'il se passe avec toi?"

0= Appréciation complète de la situation.

1= Perte partielle. Admet avec réticence la possibilité de problème nerveux.

2= Perte totale. Nie complètement la possibilité de maladie mentale ou de trouble nerveux.

14-Suivi en psychothérapie

"Est-ce que tu es suivi par un psychologue, travailleur social ou un médecin?"

Oui Non

Commentaires: _____

Suite page suivante

15-Retard (0-4)

0= Absent.

1= Léger. Affaissement distinct de la réponse émotionnelle ou fixité de l'expression.

2= Modéré. La voix est monotone, délai dans les réponses, tendance à demeurer immobile.

3= Marqué. Ralentissement dans les réponses suffisant pour que l'interview soit difficile et prolongée.

4= Sévère. Interview impossible à mener dû au retard; la patient peut être dans un état de stupeur.

16-Agitation (0-4)

0= Absent ou minimal, à l'intérieur des limites de la normale.

1= Léger. Agité (nerveux, impatient), bouge excessivement sur sa chaise, tambourine des doigts, bouge ses pieds.

2= Modéré. Tire ses cheveux, tortille un mouchoir ou un ses vêtements.

3= Marqué. Le patient doit se lever durant l'interview, ensuite peut retourner s'asseoir.

4= Sévère. L'interview se déroule "on the run".

Appendice F

Questionnaire sur la consommation d'alcool et/ou de drogues

Nom: _____

Age: _____

Sexe: M ou F

Niveau scolaire: _____

Date: _____

Nous aimerions savoir si tu consommes de l'alcool et/ou des drogues sur une base régulière. Pour ce faire coche parmi les énoncés suivants celui qui correspond le mieux à ta consommation d'alcool et de drogues. Indique aussi ce que tu consommes (bière, vin, marijuana, hasch, médicaments, etc.) et la quantité que tu consommes chaque fois, dans l'espace réservé à cet effet ci-dessous.

chaque jour

deux ou trois fois par semaine, pendant la semaine ou les fins de semaines

environ une fois par deux semaines

environ une fois par mois

moins de une fois par mois

jamais

Ce que tu consommes: _____

Quantité: _____

Nous te rappelons que cette information sera gardée confidentielle.

Merci de ta collaboration

Appendice G

Questionnaire des croyances personnelles
de Kassinove et Berger

QUESTIONNAIRE DES CROYANCES PERSONNELLES

de

Howard Kassinove et Andrew Berger

Nom: _____ Sexe: M ou F Date: _____

Niveau scolaire: _____ Age: _____

Nous sommes intéressés à connaître votre opinion sur les énoncés suivants. S'il vous plaît, veuillez mettre un "X" sur le chiffre qui représente le mieux votre croyance à propos de chaque énoncé.

Totalement en accord Généralement en accord Légèrement en accord Légèrement en désaccord Généralement en désaccord Totalement en désaccord

1.....2.....3.....4.....5.....6

en accord en désaccord
 ←----- -----→

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Mes sentiments sont en grande partie déterminés par les actions des gens autour de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Interagir avec certaines gens peut être très désagréable, mais jamais affreux ou horrible. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Quand je fais une erreur, je me dis souvent, "Je n'aurais pas dû faire cela". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Les gens doivent absolument obéir à la loi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Il n'y a rien que je ne peux pas supporter. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Etre ignoré ou être maladroit socialement lors d'un "party" diminuerait mon sentiment de valeur personnelle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Si j'y travaille, je peux probablement changer presque n'importe laquelle de mes opinions ou croyances. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Certaines situations dans la vie sont vraiment terribles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Totalement en accord Généralement en accord Légèrement en accord Légèrement en désaccord Généralement en désaccord localement en désaccord

1.....2.....3.....4.....5.....6

en accord en désaccord



- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 9. Il y a des domaines dans lesquels je devrais absolument être plus compétent(e). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Mes parents devraient être raisonnables dans les demandes qu'ils me font. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Il y a des choses que je ne peux vraiment pas supporter. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Ma "valeur personnelle" n'est pas plus grande en raison de mes succès à l'école ou au travail. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Parfois, je pense d'une manière plutôt irréaliste et irrationnelle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. La façon dont certains enfants se comportent est tout simplement affreuse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Il y a certaines erreurs évidentes dans ma vie que je n'aurais absolument pas dû faire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Même s'ils m'avait promis quelque chose et que c'était important pour moi, il n'y a pas de raison pour laquelle mes amis(es) doivent faire ce que je veux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Je ne peux pas tolérer que mes amis(es) (ou mes enfants) se comportent d'une manière immature, extravagante ou inconvenable. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Il y a des "bonnes personnes" et des "mauvaises personnes" comme on peut le voir en observant ce qu'elles font. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. C'est seulement moi, et non les autres qui peut me rendre en colère et bouleversé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Il y a des moments où des choses terribles arrivent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Il n'y a rien que je ne doive faire dans la vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Un jour ou l'autre les enfants doivent apprendre à faire face à leurs responsabilités. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Totalement en accord Généralement en accord Légèrement en accord Lègerement en désaccord Generalement en désaccord totalement en désaccord

1.....2.....3.....4.....5.....6

en accord en désaccord



- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 23. Parfois, je ne peux tout simplement pas tolérer ma faible réussite à l'école ou au travail. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Même quand je fais des erreurs sérieuses ou coûteuses, ou que je blesse les autres, ma valeur personnelle ne change pas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Je peux être efficace même si je vis de forts et intenses sentiments négatifs. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Ce serait terrible si je ne pouvais réussir à plaire aux gens que j'aime. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. J'aimerais mieux faire à l'école (ou au travail), mais il n'y a aucune raison pour laquelle je dois absolument mieux faire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Je crois que les gens ne devraient définitivement pas se comporter de façon pitoyable en public. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Je ne peux tout simplement pas supporter beaucoup de pression et de stress. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. L'approbation ou désapprobation de mes amis(es) ou de ma famille n'affectent pas ma valeur personnelle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Je ne peux pas changer ma façon de penser face à certains problèmes de ma vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. Ce serait malheureux, mais certainement pas terrible, si quelqu'un de ma famille avait des problèmes médicaux sérieux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Je dois définitivement bien faire dans toutes les choses que je décide de faire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. C'est généralement correct pour des adolescents d'agir différemment en mangeant de la pizza au déjeuner et en laissant traîner leurs vêtements et leurs livres sur le plancher dans leur chambre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35. Je ne peux supporter certaines des choses que mes amis(es) ou les membres de ma famille ont faites. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Totalement en accord Généralement en accord Légèrement en accord Légèrement en désaccord Généralement en désaccord Totalement en désaccord

1.....2.....3.....4.....5.....6

en accord en désaccord

←----- -----→

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 36. Une personne qui commet des fautes ou fait du mal aux autres très souvent est une "mauvaise personne". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37. Ce que je cherche vraiment dans la vie est très simple - survivre et jouir de beaucoup de bons moments. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38. Ce serait terrible si quelqu'un que j'aime développait des problèmes mentaux sérieux et devait être hospitalisé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39. Je dois absolument m'assurer que tout va bien dans les domaines importants de ma vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 40. Si cela m'importe beaucoup, mes amis(es) proches devraient acquiescer aux faveurs que je leur demande. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 41. Je peux facilement tolérer des situations très désagréables et des interactions gênantes et embarrassantes avec des amis(es). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 42. La façon dont les autres m'évalue (amis(es), supérieurs, professeurs) est très importante pour déterminer la façon dont je m'évalue moi-même. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 43. Je ne pense jamais de façons irrationnelles ou irréalistes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 44. C'est terrible quand mes amis(es) se comportent de façon pitoyable et inappropriée en public. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 45. Il est clair que je ne devrais pas faire certaines des erreurs que je fais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 46. Il n'y a aucune raison pour laquelle les membres de ma famille devraient agir de la façon dont je le désire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 47. C'est insupportable lorsque beaucoup de choses vont mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 48. Je m'évalue souvent d'après mes succès au travail ou à l'école, ou d'après mes réussites sociales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Totalement en accord Généralement en accord Légèrement en accord Légerement en désaccord Généralement en désaccord Totalement en désaccord

1.....2.....3.....4.....5.....6

en accord en désaccord

←----- -----→

- | | |
|---|-----------------------|
| 49. Quand je me sens profondément en colère, coupable ou déprimé, c'est difficile d'être efficace au maximum. | 1 2 3 4 5 6 |
| 50. Ce serait terrible si j'échouais totalement à l'école ou au travail. | 1 2 3 4 5 6 |
| 51. Il n'y a pas de raison pour laquelle je devrais être une meilleure personne que je le suis. | 1 2 3 4 5 6 |
| 52. Il est clair qu'il y a des choses que les autres personnes ne doivent pas faire. | 1 2 3 4 5 6 |
| 53. Il y a certaines choses chez les gens au travail (ou à l'école) que je ne peux tout simplement pas supporter. | 1 2 3 4 5 6 |
| 54. Des problèmes émotionnels ou légaux sérieux diminueraient mon sentiment de valeur personnelle. | 1 2 3 4 5 6 |
| 55. Ce n'est pas suffisant de simplement survivre et jouir de mon existence. Il y a des buts plus importants dans la vie. | 1 2 3 4 5 6 |
| 56. Même des situations très malheureuses et désagréables telles que échouer, perdre beaucoup d'argent ou un emploi ne sont pas terribles. | 1 2 3 4 5 6 |
| 57. Il y a de bonnes raisons pour lesquelles je ne dois pas faire d'erreurs à l'école ou au travail. | 1 2 3 4 5 6 |
| 58. Mes amis(es) et ma famille devraient absolument me traiter mieux qu'ils ne le font parfois. | 1 2 3 4 5 6 |
| 59. Quand mes amis(es) ne se comportent pas de la façon dont je m'attend qu'ils se comportent, je peux facilement l'accepter. | 1 2 3 4 5 6 |
| 60. Il est important d'enseigner aux enfants qu'ils peuvent devenir de "bons garçons" et de "bonnes filles" en réussissant bien à l'école et en gagnant l'approbation de leurs parents. | 1 2 3 4 5 6 |

S'il vous plaît, assurez-vous que vous avez répondu à toutes les questions.

Merci

Appendice H

L'Echelle d'égo-centrisme-sociocentrisme adolescent

Nom: _____

Date: _____

NIVEAU SCOLAIRE _____ AGE: _____ SEXE: _____

Le présent questionnaire porte sur vos opinions concernant une variété d'expériences quotidiennes. Veuillez lire chacun des énoncés et les évaluer en fonction de l'importance qu'ils ont personnellement pour vous. Si l'énoncé porte sur quelque chose d'extrêmement important pour vous, cochez "EXTREMEMENT IMPORTANT". Si l'énoncé pour vous est très important sans être extrêmement important, alors cochez "TRES IMPORTANT". Cochez "ASSEZ IMPORTANT", si l'énoncé a pour vous quelque importance sans pour cela être très important. Si l'énoncé implique quelque chose qui a peu d'intérêt ou d'importance pour vous, cochez "PEU IMPORTANT". Finalement, si vous n'avez aucun intérêt dans ce que l'énoncé implique, cochez "PAS IMPORTANT".

Après chaque groupe de 9 énoncés, choisissez parmi les 9 énoncés lequel est pour vous le plus important, lequel est le deuxième plus important et lequel est le troisième plus important. Par exemple

	pas important	peu important	assez important	très important	extrêmement important
1. Travailler fort	_____	_____	_____	✓	_____
2. Aller au cinéma	_____	_____	✓	_____	_____
3. Les vacances d'été	_____	_____	_____	_____	✓
4. Faire des devoirs à la maison	_____	✓	_____	_____	_____

- 3 le plus important
- 1 le deuxième plus important
- 2 le troisième plus important

Dans cet exemple, pour la personne qui a répondu, le #3 (les vacances d'été) était le plus important parmi tous les choix possibles. C'est pourquoi la personne a choisi le #3 comme le plus important. Le #1 (travailler fort) suivait comme le deuxième plus important des énoncés. Si un item n'a pour vous aucune signification, cochez "PAS IMPORTANT". Par exemple, si vous ne fréquentez pas l'école, vous n'avez pas de devoir à faire à la maison et alors vous cocheriez "PAS IMPORTANT" pour cet item.

	<i>pas important</i>	<i>peu important</i>	<i>assez important</i>	<i>très important</i>	<i>extrêmement important</i>
1. Devenir très bon à être capable de voir clair dans mes propres pensées.	_____	_____	_____	_____	_____
2. Faire la revue des qualifications des candidats en lice pour être maire.	_____	_____	_____	_____	_____
3. Regarder la télévision.	_____	_____	_____	_____	_____
4. Veiller tard les fins de semaine.	_____	_____	_____	_____	_____
5. Se tenir au courant de l'actualité mondiale.	_____	_____	_____	_____	_____
6. Connaître les lois de la société.	_____	_____	_____	_____	_____
7. Quand j'arrive en retard à une réunion de groupe, j'essaie de ne pas distraire l'attention de tout le monde.	_____	_____	_____	_____	_____
8. Faire jouer un disque sur le stéréo.	_____	_____	_____	_____	_____
9. Accepter le fait que les autres ne savent pas ce que c'est que d'être moi.	_____	_____	_____	_____	_____

Dans les items de 1 à 9, choisissez et classez les 3 plus importants pour vous.

- _____ le plus important
- _____ le deuxième plus important
- _____ le troisième plus important

	<i>pas important</i>	<i>peu important</i>	<i>assez important</i>	<i>très important</i>	<i>extrêmement important</i>
10. Avoir beaucoup d'argent.	_____	_____	_____	_____	_____
11. Faire en sorte que les autres comprennent mieux pourquoi je fais les choses comme je les fais.	_____	_____	_____	_____	_____
12. Réfléchir à mes propres sentiments.	_____	_____	_____	_____	_____
13. Avoir une forme démocratique de gouvernement.	_____	_____	_____	_____	_____
14. Essayer de m'imaginer comment les autres vont réagir à mes succès et à mes échecs.	_____	_____	_____	_____	_____
15. Dormir tard.	_____	_____	_____	_____	_____
16. Aller à des endroits nouveaux que je n'ai pas vus.	_____	_____	_____	_____	_____
17. Essayez de comprendre ce qu'est une société.	_____	_____	_____	_____	_____
18. Connaître les philosophies politiques des députés de ma province.	_____	_____	_____	_____	_____

Dans les items de 10 à 18, choisissez et classez les 3 plus importants pour vous.

- _____ le plus important
- _____ le deuxième plus important
- _____ le troisième plus important

	<i>Pas important</i>	<i>peu important</i>	<i>assez important</i>	<i>très important</i>	<i>extrêmement important</i>
19. Avoir un animal favori.	_____	_____	_____	_____	_____
20. Avoir beaucoup de jolis vêtements que j'aimerais.	_____	_____	_____	_____	_____
21. Pouvoir rêvasser à de grands succès et imaginer la réaction des autres.	_____	_____	_____	_____	_____
22. Devenir très bon à savoir ce que les autres pensent de moi.	_____	_____	_____	_____	_____
23. Expliquer aux autres mes sentiments et mes points de vue personnels de sorte qu'ils puissent avoir une certaine idée de ce que je suis.	_____	_____	_____	_____	_____
24. Pouvoir élire nos représentants gouvernementaux plutôt que d'avoir une dictature.	_____	_____	_____	_____	_____
25. Regarder un film que je désirais voir.	_____	_____	_____	_____	_____
26. Essayer de comprendre comment le gouvernement fonctionne.	_____	_____	_____	_____	_____
27. Lire dans les journaux au sujet des crises internationales.	_____	_____	_____	_____	_____

Dans les itens de 19 à 27, choisissez et classez les 3 plus importants pour vous.

- _____ le plus important
- _____ le deuxième plus important
- _____ le troisième plus important

	<i>Pas important</i>	<i>Peu important</i>	<i>assez important</i>	<i>très important</i>	<i>extrêmement important</i>
28. Connaître mes propres pensées et sentiments.	_____	_____	_____	_____	_____
29. Lire une revue qui m'intéresse.	_____	_____	_____	_____	_____
30. Savoir qui sont mes représentants au Parlement.	_____	_____	_____	_____	_____
31. M'acheter tout ce que je désire.	_____	_____	_____	_____	_____
32. Pouvoir penser à avoir un jour beaucoup d'argent et à la façon dont les gens vont admirer cela.	_____	_____	_____	_____	_____
33. Essayer d'amener les autres à savoir ce que c'est que d'être moi.	_____	_____	_____	_____	_____
34. Etre renseigné sur les décisions prises au Parlement.	_____	_____	_____	_____	_____
35. Essayer de comprendre le but des lois.	_____	_____	_____	_____	_____
36. Conduire une bicyclette.	_____	_____	_____	_____	_____

Dans les items de 28 à 36, choisissez et classez les 3 plus importants pour vous.

- _____ le plus important
- _____ le deuxième plus important
- _____ le troisième plus important

	<i>pas important</i>	<i>peu important</i>	<i>assez important</i>	<i>très important</i>	<i>extrêmement important</i>
37. Développer ma propre philosophie politique.	_____	_____	_____	_____	_____
38. Ecouter la radio.	_____	_____	_____	_____	_____
39. Etre capable de changer les lois qui sont dépassées.	_____	_____	_____	_____	_____
40. Penser a moi.	_____	_____	_____	_____	_____
41. Faire du sport.	_____	_____	_____	_____	_____
42. Comprendre comment les pays prennent des décisions qui affectent leurs citoyens.	_____	_____	_____	_____	_____
43. Se relaxer au soleil.	_____	_____	_____	_____	_____
44. Essayer et être capable de comprendre si deux personnes parlent de moi lorsqu'elles regardent dans ma direction:	_____	_____	_____	_____	_____
45. Arriver à accepter que personne ne me comprendra jamais vraiment.	_____	_____	_____	_____	_____

Dans les items de 37 à 45, choisissez et classez les 3 plus importants pour vous.

- _____ le plus important
- _____ le deuxième plus important
- _____ le troisième plus important

Appendice I

Le Questionnaire des événements de vie stressants
accompagné du Questionnaire sur l'origine de l'épisode dépressif

Nom: _____

Age: _____

Date: _____

Sexe: _____ masculin _____ féminin

Niveau scolaire: _____ secondaire I
 _____ secondaire II
 _____ secondaire III
 _____ secondaire IV
 _____ secondaire V

Voici deux questionnaires qui ont été préparés à l'intention des adolescent-e-s, afin de savoir comment ceux-ci / celles-ci réagissent à différentes situations de vie passées et présentes. Il est extrêmement important de répondre à chacune des questions qui sont posées.

Nous apprécions beaucoup que tu acceptes de répondre à ces questionnaires et te remercions à l'avance de ta collaboration.

QUESTIONNAIRE 1

Peux-tu s.v.p. indiquer, en encerclant le chiffre correspondant, comment tu te sentirais si tu devais te trouver dans chacune des situations qui sont décrites ci-dessous: "très malheureux-euse" (1), "malheureux-euse" (2), "neutre" (3), "heureux-euse" (4), "très heureux-euse" (5).

	très malheureux-euse	malheureux-euse	neutre	heureux-euse	très heureux-euse
1. Si tes parents se séparaient ou divorciaient.	1	2	3	4	5
2. Si un membre de ta famille avait un accident ou une maladie grave.	1	2	3	4	5
3. Si tu commençais à "te tenir" avec un nouveau groupe d'amis-e-s.	1	2	3	4	5
4. Si tu avais des ennuis avec la justice.	1	2	3	4	5
5. Si tu volais un objet de valeur.	1	2	3	4	5
6. Si tu devais prendre régulièrement des médicaments prescrits par le médecin.	1	2	3	4	5
7. Si tu étais très amoureux-euse.	1	2	3	4	5
8. Si il y avait un ou plusieurs décès dans ta famille.	1	2	3	4	5

QUESTIONNAIRE 2

Tu trouveras énumérées ci-dessous les mêmes situations décrites dans le questionnaire précédent. Peux-tu s.v.p. indiquer, en encerclant "oui" ou "non", si tu t'es trouvé-e dans chacune de ces situations il y a plus d'un an (+ 1 an) ou au cours de la dernière année (1 an -). Assures-toi d'avoir encercler deux éléments de réponse par question.

- | | + 1 an | | 1 an - | |
|--|--------|-----|--------|-----|
| 1. Mes parents se sont séparés ou divorcés. | oui | non | oui | non |
| 2. Un membre de ma famille a eu un accident ou une maladie grave. | oui | non | oui | non |
| 3. Je me suis "tenu-e" avec un nouveau groupe d'amis-e-s. | oui | non | oui | non |
| 4. J'ai eu des ennuis avec la justice. | oui | non | oui | non |
| 5. J'ai volé un objet de valeur. | oui | non | oui | non |
| 6. J'ai pris régulièrement des médicaments prescrits par le médecin. | oui | non | oui | non |

+ 1 an 1 an -

- | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|
| 7. J'ai été très amoureux-euse. | oui | non | oui | non |
| 8. Il y a eu un ou plusieurs décès dans ma famille. | oui | non | oui | non |
| 9. J'ai eu le visage couvert d'acné. | oui | non | oui | non |
| 10. Un frère ou une soeur à moi a quitté la maison. | oui | non | oui | non |
| 11. J'ai commencé à voir un-e conseiller-e ou un-e psychologue. | oui | non | oui | non |
| 12. Mon père ou ma mère a changé d'emploi. | oui | non | oui | non |
| 13. J'ai commencé un hobby qui prend beaucoup de mon temps. | oui | non | oui | non |
| 14. J'ai été enceinte ou j'ai mis une fille enceinte. | oui | non | oui | non |
| 15. J'ai pris la décision d'aller ou non au collège. | oui | non | oui | non |
| 16. J'ai songé au suicide. | oui | non | oui | non |
| 17. J'ai changé d'école. | oui | non | oui | non |
| 18. Je me suis joint-e à un club ou à un groupe d'intérêt. | oui | non | oui | non |

	+ 1 an		1 an -	
19. J'ai eu des problèmes à l'école à cause de ma conduite.	oui	non	oui	non
20. J'ai eu ou j'ai transmis une maladie vénérienne (MTS).	oui	non	oui	non
21. J'ai rencontré un professeur-e que j'aime beaucoup.	oui	non	oui	non
22. Ma famille a eu de sérieux problèmes d'argent.	oui	non	oui	non
23. Je me suis acheté-e une chaîne stéréo ou un téléviseur.	oui	non	oui	non
24. Mes parents se sont disputés très souvent.	oui	non	oui	non
25. Je me suis sauvé-e de la maison.	oui	non	oui	non
26. J'ai eu régulièrement des rendez-vous galants.	oui	non	oui	non
27. J'ai eu de mauvaises notes à l'école.	oui	non	oui	non
28. J'ai pris des vacances sans mes parents.	oui	non	oui	non
29. J'ai commencé à conduire une voiture.	oui	non	oui	non

	+ 1 an		1 an -	
30. J'ai rompu avec mon ami-e.	oui	non	oui	non
31. Ma famille a déménagé dans un nouveau quartier.	oui	non	oui	non
32. J'ai gagné moi-même de l'argent.	oui	non	oui	non
33. J'ai adopté une religion.	oui	non	oui	non
34. Mon père ou ma mère s'est remarié-e.	oui	non	oui	non
35. J'ai eu une expérience homosexuelle.	oui	non	oui	non
36. J'ai pris beaucoup de poids.	oui	non	oui	non
37. J'ai eu un accident ou une maladie grave.	oui	non	oui	non
38. J'ai eu une première relation sexuelle.	oui	non	oui	non
39. Mon père ou ma mère a bu beaucoup.	oui	non	oui	non

Nom: _____

Age: _____

Sexe: M ou F

Niveau scolaire: _____

Date: _____

Dans les résultats des tests que tu as passés récemment, certaines de tes réponses indiquent que tu vis possiblement des sentiments difficiles (ex.: tristesse, découragement, échec, culpabilité, être puni, déception face à soi, irritation). Selon toi, est-ce que ces sentiments peuvent être causés par un des types d'événements mentionnés ci-dessous que tu aurais vécu dans les deux dernières semaines. Si oui, coche la case correspondante et décris brièvement cet événement dans l'espace réservé à cet effet. Si non, coche la case "aucun" et sers toi de l'espace pour écrire ce qui, selon toi a pu t'amener à vivre des sentiments comme ceux-là.

Types d'événements:

1- avoir vécu un échec

Ex.: échouer des examens,
ne pas avoir été accepté
pour faire partie d'une
équipe de baseball, ne pas
avoir réussi à plaire à tes
parents ou à une autre
personne

2- avoir été rejeté

Ex.: ton ami-e de coeur t'a
laissé tomber, ton-ta
meilleur-e ami-e ne veut
plus se tenir avec toi,
quelqu'un a ri de toi,
un de tes professeurs t'a
réprimandé

3- aucun

Description: _____

Cet événement s'est produit il y a environ combien de temps (quelques jours, quelques semaines, quelques mois ou plus de temps encore)?

Merci de ta collaboration

Appendice J

Tests de rendement scolaire en français et mathématiques

Tests de rendement scolaire en français et mathématiques

Pré-test

Secondaire III

1. Complétez les phrases suivantes:

Déjà, au niveau strictement _____, l'être humain est un être de relation.

La communication est donc indispensable à son _____, à son _____, à sa maturation.

Le message a deux composante: le contenu et le _____.

2. Quels sont les trois principaux comportements verbaux?

3. Qu'est-ce qu'une cause? _____

Qu'est-ce qu'un effet? _____

4. Définissez le canal _____

Définissez le référent _____

Test d'aptitudes en mathématiques

1) Effectue les opérations suivantes :

$$a) 24 - 5 \times 2 + 10 - 1 + (7 - 5) =$$

$$b) 10 + 36 \div 6 - 4 \times 3 =$$

2) Arrondis tes résultats au centième :

$$a) 235,414 \times 12,6 =$$

$$b) 7998,145 \div 3,12 =$$

3) Effectue les transformations suivantes :

$$a) 31159 \text{ m} = \quad \text{km}$$

$$b) 3775 \text{ cm} = \quad \text{m}$$

4) Un manteau est marqué 195 €. Si le marchand t'accorde une réduction de 10% et que tu dois payer une taxe de 9%, combien paieras-tu pour ce manteau ?

5) Paul doit recouvrir d'engrais la cour devant de sa demeure. La cour mesure 40 m par 60 m. Si un sac d'engrais couvre 100 m^2 , combien de sacs Paul devra-t-il acheter ?

Nom : _____

Nom de ton professeur de
français : _____

Secondaire IV

1. Complète le texte suivant en y insérant dans les blancs le pluriel des noms entre parenthèses.

"Ferme les (soupirail) _____, dit ma mère, sinon les (hibou) _____ viendront encore dévaster nos (travail) _____. " Avec nos (attirail) _____, nous exécutons ses ordres. Les (enjeu) _____ sont de sauvegarder les (régal) _____ en chocolat que nous avons mis tout l'avant-midi à fabriquer. Mais nos (sarrau) _____ sont trop grands et celui de Pierre est demeuré accroché dans un des (écrou) _____. Le plus petit des (hibou) _____ se faufile, gobe le plus beau de nos (cheval) _____ de chocolat et s'enfuit.

2. Ecris en lettres les adjectifs numériques soulignés.

En 1984 _____, le Québec célébrait le 450e _____ anniversaire de l'arrivée de Jacques Cartier au Canada. Plusieurs manifestations ont été organisées. Plus de 1000 _____ activités se sont tenues à la grandeur de la province.

3. Accorde correctement l'adjectif "tout" dans les phrases suivantes.

Ce film nous tient en émoi à (tout) _____ instant.
Il s'y passe quelque chose à (tout) _____ minute.
A (tout) _____ égards, c'est un excellent film.
(tout) _____ proportions gardées, ce film est génial.

4. Conjugue les verbes entre parenthèses aux trois personnes de l'impératif présent.

(Savoir) les leçons pour demain matin: c'est l'examen!

(Cueillir) toutes ces bonnes pommes! _____

5. Conjugue les verbes placés entre parenthèses au temps et au mode demandés.

Je (pouvoir, futur simple) _____ vous rencontrer demain à 9hre.
A chaque fois que tu (faire, futur simple) _____ un appel téléphonique, tu devras payer la communication.
Vous (faire, indicatif présent) _____ preuve de beaucoup d'imagination dans vos écrits.

6. Accorde ces participes passés employés avec "avoir"

Ces comédiennes ont (travailler) _____ très fort.
Parce qu'ils ont (jouer) _____ ces rôles, ces comédiens sont connus.
Ces comédiennes ont (jouer) _____ des rôles très intéressants.
Les rôles que ces comédiennes ont (jouer) _____ ont (plaire)
_____ au public.

7. Souligne les groupes-sujets dans les phrases suivantes.

La cigarette, même douce, conduit souvent à la terrible maladie du cancer.
Julie et Richard cherchent à isoler le virus du sida.

8. Souligne les groupes-compléments dans les phrases suivantes.

Ces plaisantins exagèrent leur consommation de médicaments.
Le virus de la grippe ne se combat pas aussi facilement que celui de
certaines hépatites.

9. Souligne les groupes-verbes dans les phrases suivantes.

Les sanatoriums accueillait les tuberculeux et les tuberculeuses.
La malaria tropicale peut tuer n'importe quand.

10. Dans les parenthèses, ajoute un des signes de ponctuation suivants: point
(.), virgule (,), deux-points (:), et points de suspension (...).

Nos parents nous rappellent souvent qu'on doit bien se nourrir () manger
des fruits, des légumes, de la viande () La mauvaise alimentation peut
causer des désagréments () l'embonpoint, la sous-alimentation ()
l'anorexie ou une faiblesse généralisée () Une saine alimentation, par
contre () procure énergie et santé () ce qu'il faut pour bien vivre!

Les jeux olympiques

Il semble que ce soient surtout les coureurs et les haltérophiles qui se dopent, mais ce sont les innocents joueurs de basket ball qui m'inquiètent le plus. Ai-je rêvé? J'ai cru entendre qu'un joueur, russe ou américain, mesurait 7 pieds 4 pouces et que la moyenne se situe autour de 6 pieds 10.

En tant que peuple, les Japonais sont plus grands aujourd'hui qu'il y a cinquante ans. Il semble que l'abondance fait grandir. A moins que, dans le cas des Japonais, il ne s'agisse d'une autre imitation réussie des américains.

Il se pourrait donc que les joueurs de basket soient la fine fleur de la société universelle d'abondance et qu'ils annoncent une grande humanité future. Nos descendants auront peut-être en regardant nos films l'impression que nous avons dans les musées, quand nous essayons d'entrer dans les armures des guerriers du Moyen-Age.

extrait de "Een Johnson: victime de la normalité" par Jacques Dufresne, La Presse, 1er octobre 1988.

Ecris une brève définition des mots soulignés dans le texte:

haltérophiles: _____

société: _____

descendants: _____

Résume en quelques lignes le contenu de ce texte:

1 Trouve le zéro de chacune des fonctions
suivantes s'il y a lieu :

a) $f(x) = -3x$ _____

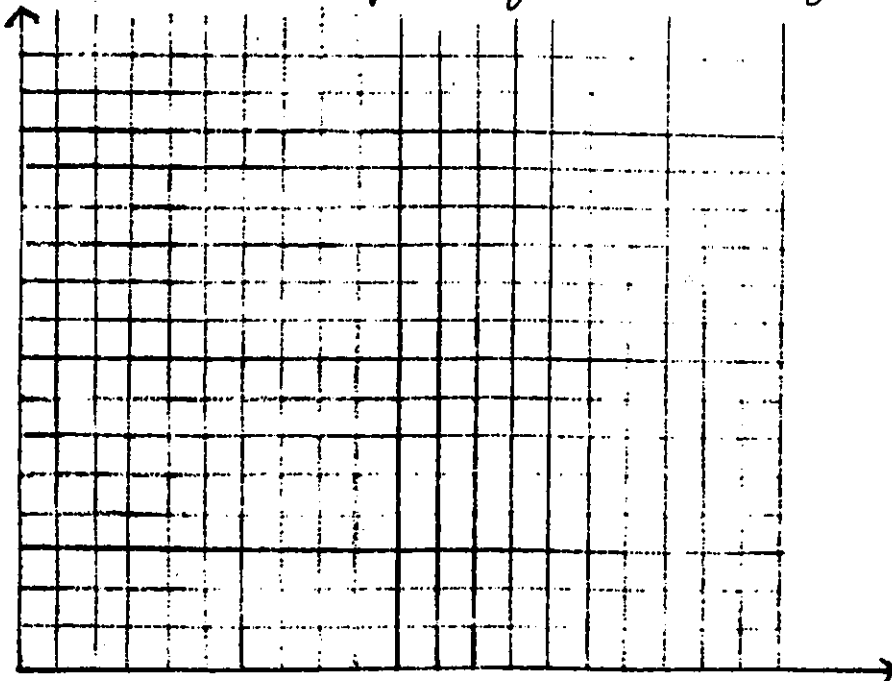
b) $f(x) = -3x + 8$ _____

c) $f(x) = -2$ _____

2. Exercice en notation fonctionnelle : l'image de
2 est 7 par la fonction g .

3. Tu vends du bœuf 10.00 \$ le kilo. Le montant
de la vente se traduit par $M = 10,00 \$ k$
où "k" désigne le nombre de kilos vendus.
a) Exercice l'équation plus haut comme forme fonctionnelle

b) Fais le graphique de la fonction.



#4 Pierre possède 22.00 \$ et dépense régulièrement 1,50 \$ par semaine. Le montant qu'il possède est donc fonction du nombre de semaines écoulées.

a) Désigne par " x " le nombre de semaines écoulées et par $m(x)$ le montant qui lui reste. Écris cette fonction en notation fonctionnelle.

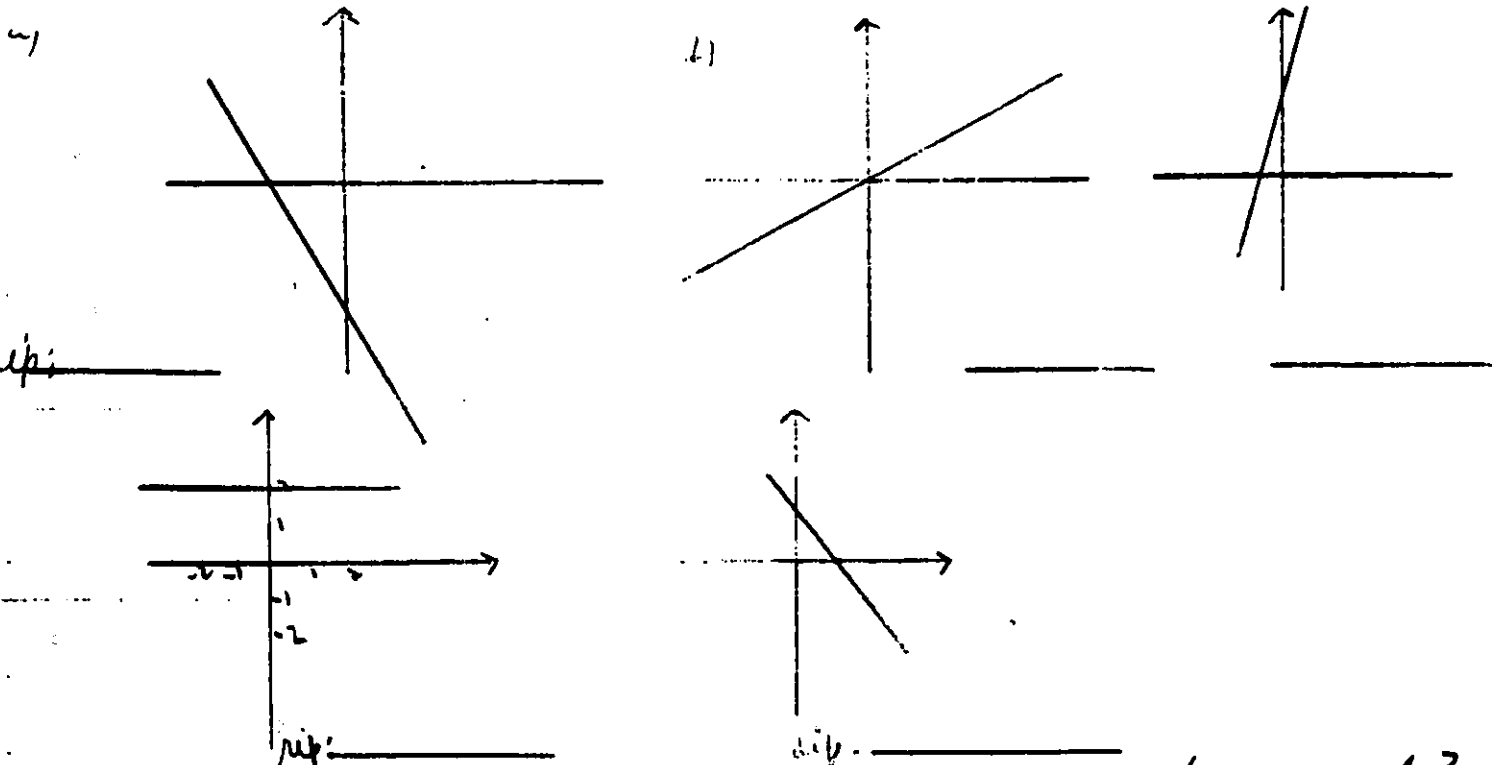
b) De quelle sorte de fonction s'agit-il?

c) Trouve $f(5)$ _____

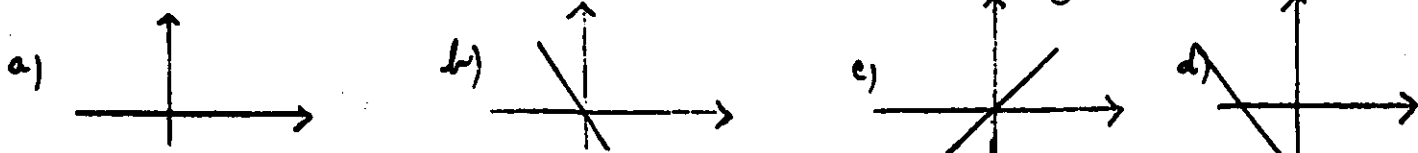
d) Quelle est l'image de 4 par cette fonction m ?

e) Représente graphiquement cette fonction.

#5. Indique si chacune des fonctions représentées par une droite est CROISSANTE, DÉCROISSANTE, OU CONSTANTE.



#6 Le taux de variation est-il positif, négatif, ou nul?



Secondaire V

1. Accorde correctement les verbes placés entre parenthèses. Conjugue-les à l'indicatif présent.

Ni l'envie de nous entretuer, ni l'envie de nous droguer n'(aider) _____
à prévenir le crime.
La majorité des meurtriers (être) _____ des dévavorisés de la société.
La foule de curieux (attendre) _____ impatiemment le verdict du jury.
L'ignorance ou l'absence de preuves (pouvoir) _____ causer des erreurs
judiciaires.
Ni l'argent, ni la gloire ne (garantir) _____ contre le crime.
(Venir) _____ la nuit que je me repose de mon dur labeur.
Pour le poète, une seule loi: "Le soir venu, que (briller) _____ les
étoiles et que s'(installer) _____ le calme.

2. Ecris en lettres les adjectifs numéraux contenus dans les phrases suivantes.

Plus de 120 erreurs judiciaires ont été commises au Québec. Ce fait a été attesté par les historiens québécois.

Pendant 1 siècle 1 2, les Canadiens ont pendu leurs criminels.

1001 bonnes raisons justifient le refus de la peine de mort.

Plus de 5000 personnes ont assisté à la pendaison de Cordélia.

Si on se réfère à l'histoire de la justice au Canada, 20 juges ont commis des erreurs judiciaires plus ou moins graves.

3. Choisis parmi les différentes manières d'écrire "quel" celle qui convient à chacune des phrases suivantes.

- quel - quelle - quelles - quels

_____ sont tes lectures préférées?

De _____ personne as-tu reçu cette information?

A _____ individu as-tu remis cette pochette?

_____ âge faut-il avoir pour obtenir un permis de conduire?

_____ surprise! Je ne vous attendais pas.

Tous chantaient: " _____ beau soleil ce matin!"

4. Complète le texte suivant en utilisant les homophones qui conviennent.

- dont/donc - quand/quant/qu'en -on/ont/on n'

_____ pensez-vous? Ce _____ je veux parler, c'est de l'immigration au Québec.

_____ à moi, je n'y ai jamais vraiment réfléchi.

_____ accuse souvent les immigrants; ils _____ souvent été la cible de personnes émotives. Ils sont _____, de plus en plus, le sujet de conversation des chômeurs, des nationalistes, des extrémistes et des politiciens.

_____ tout ce beau monde aura fini d'en discuter, le Québec adoptera probablement une politique d'immigration. En attendant, ...

5. Ecris les verbes entre parenthèses au temps et à personne demandés.

(Aller, impératif présent, 2e personne du singulier) _____ -y bien vite, elles t'attendent.

Il m'a répondu: "Je te l'(envoyer, indicatif présent) _____ tout de suite."

Lors de notre déménagement, nous (jeter, passé composé) _____ tout un bric-à-brac.

Quand tu viendras, tu (acheter, futur simple) _____ tout ce dont tu as envie.

Nous (créer, conditionnel présent) _____ tout ce dont nous rêvons si cela était possible.

Le contremaître lui dit: "Tu ne (balayer, indicatif présent) _____ plus ce corridor, tu le laves."

6. Ecris au pluriel les noms composés placés entre paranthèses.

Ces (laissez-passer) _____ étaient réservés depuis longtemps. Depuis quelques années, les (lave-auto) _____ automatiques se multiplient dans les zones urbaines.

Les (libre-services) _____ sont de plus en plus à la mode pour les gens que le temps presse.

Nous avons tous besoin des (aide-mémoire) _____ que sont nos carnets de rendez-vous.

7. Accorde les adjectifs indéfinis placés entre parenthèses.

Les (même), _____ causes produisent des guerres depuis des siècles.

(Aucun) _____ frais ne compte quand il s'agit de sauver une vie humaine.

Apportez (quelque) _____ crayons pour ce cours de dessin.

Le plus de personnes (possible) _____ sont attendues à cette exposition.

Les jeux olympiques

Il semble que ce soient surtout les coureurs et les haltérophiles qui se dopent, mais ce sont les innocents joueurs de basket ball qui m'inquiètent le plus. Ai-je rêvé? J'ai cru entendre qu'un joueur, russe ou américain, mesurait 7 pieds 4 pouces et que la moyenne se situe autour de 6 pieds 10.

En tant que peuple, les Japonais sont plus grands aujourd'hui qu'il y a cinquante ans. Il semble que l'abondance fait grandir. A moins que, dans le cas des Japonais, il ne s'agisse d'une autre imitation réussie des américains.

Il se pourrait donc que les joueurs de basket soient la fine fleur de la société universelle d'abondance et qu'ils annoncent une grande humanité future. Nos descendants auront peut-être en regardant nos films l'impression que nous avons dans les musées, quand nous essayons d'entrer dans les armures des guerriers du Moyen-Age.

extrait de "Ben Johnson: victime de la normalité" par Jacques Dufresne, La Presse, 1er octobre 1988.

Ecris une brève définition des mots soulignés dans le texte:

abondance: _____

humanité: _____

Moyen-Age: _____

Résume en quelques lignes le contenu de ce texte:

Math's 514

Nom: _____

Nom de ton prof. de math's: _____

Date: _____

Problème: Un joggeur court à une vitesse de 10 km/hre et, pour se reposer, il marche à une vitesse de 5 km/hre. Aujourd'hui, il a parcouru 20 km ou moins et son temps est supérieur ou égal à 2 heures.

- a) identifie les variables dans ce problème
- b) recherche toutes les contraintes
- c) traduis ces contraintes en un système d'inéquations
- d) trace le polygone de contraintes correspondant à l'ensemble des solutions du système d'inéquations.

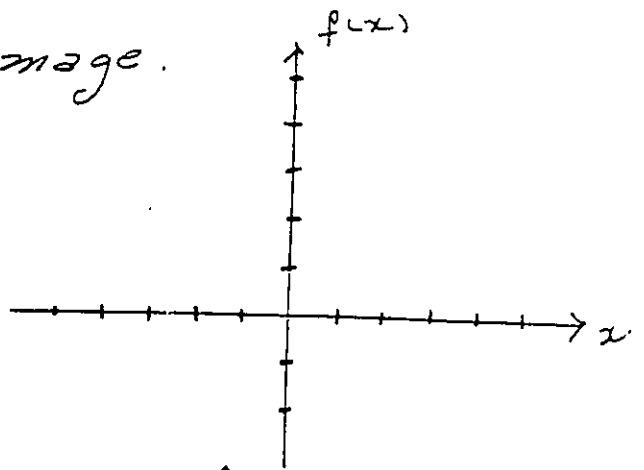
Note: d) à faire sur feuille quadrillée.

Math 534

- ① Trace le graphique cartésien de la fonction $f(x) = \frac{x}{2} + 4$ et donne son domaine et son image.

x				
$f(x)$				

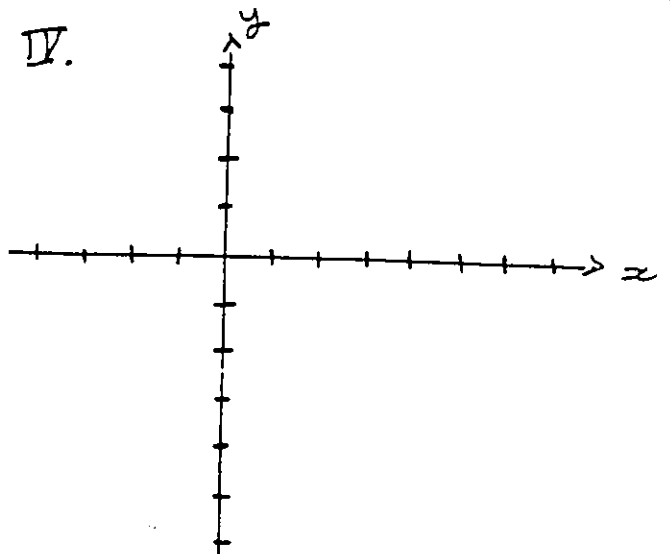
Dom f : _____
 ima f : _____



- ② Soit la parabole d'équation $f(x) = -x^2 + 4x - 5$
- I. détermine la concavité;
 - II. calcule le sommet
 - III. écris l'équation de l'axe de symétrie.
 - IV. trace le graphique;
 - V. donne le domaine et l'image

x					
$f(x)$					

- I. _____
 II. _____
 III. _____
 IV. _____



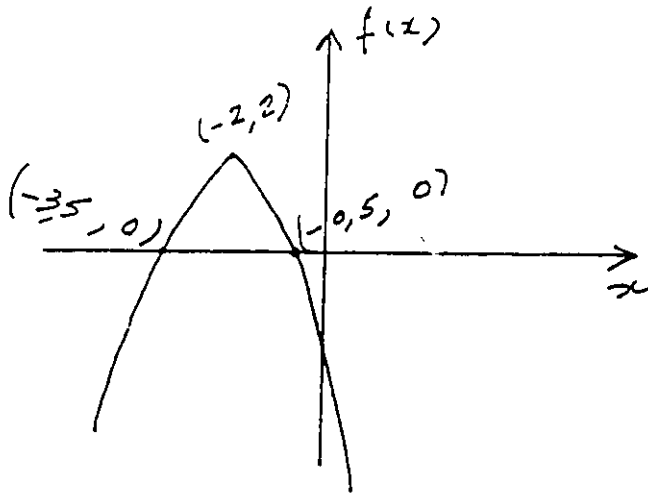
- ③ Détermine les zéros, s'ils existent, de chacune des fonctions suivantes

a) $f(x) = \frac{2x}{3} + 4$ _____

b) $f(x) = 4x^2 - 20x + 25$ _____

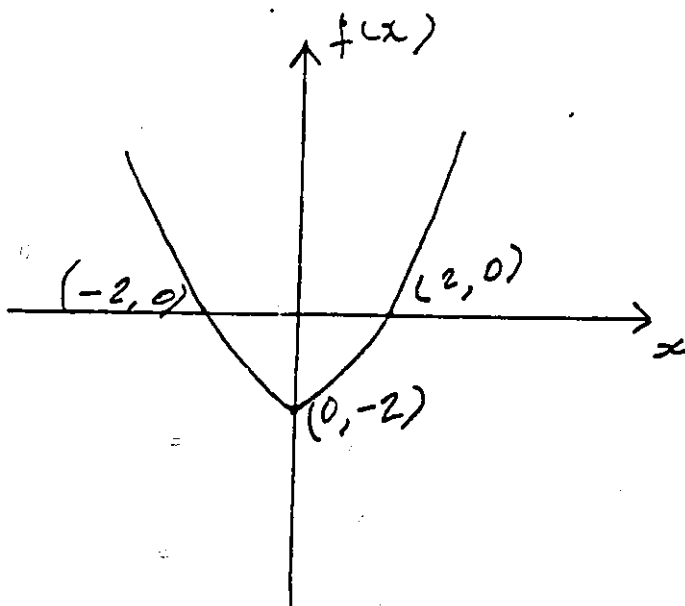
④ Pour la fonction représentée ci-dessous :

- I. détermine le min ou le max
 II. indique l'intervalle sur lequel elle est croissante ou décroissante



⑤ Pour la fonction $f(x)$ représentée ci-dessous, indique pour quelles valeurs de x :

- I. $f(x) < 0$; II. $f(x) = 0$; III. $f(x) > 0$.



Tests de rendement scolaire en français et mathématiques

Post-test

Français 316

Formation de mots

1. Forme un nom de la même famille avec les mots suivants:

- a) dépaysé _____
- b) prouver _____
- c) approuver _____
- d) reconnaître _____
- e) créer _____

2. Forme un adjectif qualificatif de la même famille avec les mots suivants:

- a) héros _____
- b) génie _____
- c) respect _____
- d) enfant _____
- e) optimisme _____

3. Forme un verbe de la même famille avec les mots suivants:

- a) exploiteur _____
- b) risible _____
- c) ridicule _____
- d) timide _____
- e) sympathique _____

4. Forme un adverbe en "ment" de la même famille avec les mots suivants:

- a) naïf _____
- b) parfait _____
- c) intelligent _____
- d) conscient _____
- e) profond _____

Mathématiques 314-

1- Soit le polynôme $3a^2 + 2ab^2 - 4b^4$

- Combien y a-t-il de termes dans ce polynôme ?
- Quel est le coefficient du dernier terme ?
- Combien y a-t-il de variables dans ce polynôme ?

2- Exprime par un polynôme chacune des expressions suivantes :

- le double de x
- le carré de y
- le produit de a et b
- la somme des âges de Luc et Martin
- la demie de x

3- Effectue les opérations suivantes :

- $6a + 3a - a =$
- $8y^2 - 2y^2 - 4y^2 =$
- $6a + 5b - a + 3b =$
- $(2x + 4y) + (8x - 2y) =$
- $(7ab + 4) - (2ab + 5) =$

- 1- Le sujet du texte "U2 - Bono Vox - une voix dans la foule" est de nous présenter les réflexions de Bono Vox, chanteur du groupe U2. L'auteur de l'article y a abordé plusieurs aspects. Lis ce texte et trouve les aspects traités dans chacune des parties. Ecris un sous-titre sur chaque ligne prévue à cet effet.

U2 - BONO VOX
une voix dans la foule.

A)

"Je n'accepte pas toute cette mythologie rock and roll qui veut que l'on vive sans cesse sur une corde raide - je n'accepte vraiment pas ça. Nous sommes coupés de la réalité, je suppose - la réalité de la vie et de la mort. Mais le rock and roll est encore plus coupé de la réalité. Les artistes de rock and roll qui vivent sur la corde raide - qu'ont-ils à offrir? Leurs chansons sont écrites à partir d'un point de vue totalement détaché. Mais nous sommes tous endormis d'une façon ou d'une autre. Et j'utilise ma musique pour me réveiller. Maintenant que j'ai lu sur eux, je suis davantage attiré par tous ces vieux musiciens de folk, comme Woodie Guthrie par exemple, des gens qui travaillent pour le bien de leur communauté. Ils travaillent, et leur labeur consiste à écrire une chanson.

B)

"Sur la scène du *Self Aid*, la première chose que j'ai ressentie, c'est beaucoup d'humilité. Les gens qui croient en U2 sont tous des gens ordinaires, des gens de la classe moyenne. La seule raison pour laquelle nous sommes dans une situation si privilégiée, c'est grâce à la classe moyenne. Souvent, je me dis: "Comment puis-je écrire une chanson sur le chômage quand, en fait, je n'ai pas à en souffrir du tout? Comment puis-je monter sur la scène du *Self Aid* quand je sais que U2 n'est pas à court d'argent? Mais un gars est venu vers moi après le spectacle et il a dit: "Je suis vraiment furieux que tu aies dit ne pas savoir ce que c'est que d'être au chômage. Nous n'avons pas besoin d'entendre une chose pareille, parce qu'on sait que tu sais ce que ça veut dire." C'est bien la dernière chose que je m'attendais à entendre.[...]

C)

"Pour beaucoup de gens, il n'y a plus de portes de sortie. S'ils ne peuvent plus changer le monde, la seule solution est de le regarder à travers des yeux différents. C'est à cela que leur sert l'héroïne. Et l'héroïne devient la réalité; et ils en viennent à oublier leur véritable personnalité. A l'époque d'*October* et *War*, nous nous sentions comme un "freak show", comme des poissons hors de l'eau. Nous avons l'impression d'avoir à prendre des drogues pour nous déculpabiliser et faire sentir les autres plus à l'aise. C'est différent aujourd'hui, mais par le passé j'ai beaucoup trop bu d'alcool et pris trop de drogues seulement à cause de ce sentiment de culpabilité renversé.

D)

"Nous avons toujours vivement réagi contre tout le côté "glamour" du rock. Et c'est par cet aspect-là de la sexualité que nous sommes intéressés. Quand je regarde mes paroles, je réalise à quel point je suis obsédé par les frontières, qu'elles soient politiques, sexuelles ou spirituelles. La sexualité n'est pas un sujet que j'ai déjà abordé directement, mais je ne le refuse pas non plus. Je suis fasciné par tout ce renouveau victorien causé par le sida.[...] Je ne pourrais jamais attaquer l'amour. Je pense qu'il n'y a rien de plus révolutionnaire et radical que l'amour, que deux personnes qui s'aiment l'une l'autre. Parce que c'est si difficile à faire et à faire durer de nos jours. En un sens, U2 s'attache à des émotions qui ont été cachées sous le tapis du rock and roll au profit d'un monde de bandes dessinées."

4. Écris *on* ou *ont* dans les espaces prévus à cet effet.

De tout temps, les étudiants et les étudiantes (1) _____ éprouvé des difficultés à orthographier certains mots. (2) _____ a souvent cru que ces élèves manquaient d'attention et de motivation. Même lorsqu'ils (3) _____ fourni de grands efforts, (4) _____ découvre encore trop d'erreurs. Si (5) _____ creuse la question, on se rend compte que seule leur volonté peut parvenir à améliorer leur sort, si toutefois on les aide un peu!

5. Écris *son* ou *sont* dans les espaces prévus à cet effet.

C'est l'automne. Paul, heureux du retour de cette fraîcheur revigorante, aperçoit Pierre-Luc, mélancolique, sur son balcon ensoleillé. Toutes les feuilles de (1) _____ majestueux orme tombent une à une. (2) _____ ami le trouve triste. L'ayant aperçu de (3) _____ poste de garde, Paul lui lance: "Ces feuilles (4) _____ éphémères. Elles reviennent à chaque année. Ne sois pas si triste! Profite plutôt du soleil et du vent frais, viens marcher." Ayant reconnu (5) _____ ami, Pierre-Luc le salue de la main. Mais (6) _____ visage demeure mélancolique. C'est déjà l'automne!

6. Écris *quand*, *quant* ou *qu'en* dans les espaces prévus à cet effet.

"(1) _____ pensez-vous, cher ami? Est-il plus agréable de marcher (2) _____ il pleut ou (3) _____ il neige? (4) _____ à moi, je préfère marcher sous la pluie plutôt que sous la neige. (5) _____ il pleut et que la brise se lève, la pluie dans mes cheveux et sur mon visage me transporte dans des rêveries interminables. tient mes sens en alerte. (6) _____ il neige, je lutte sans cesse contre le froid et je n'ai plus de plaisir. Vraiment, (7) _____ à moi, je préfère marcher sous la pluie plutôt que sous la neige."

7. Écris *dont* ou *donc* dans les espaces prévus à cet effet.

"Mon cher ami, vous êtes intraitable! (1) _____, vous préférez la pluie à la neige. Tous les désagréments de la pluie (2) _____ tout le monde parle ne vous affectent pas. Quel genre de personne êtes-vous (3) _____? Presque tous les poètes ont parlé de la tristesse de la pluie. Tous ces poèmes (4) _____ je vous ai entretenu ne vous ont pas touché; vous demeurez un amateur de pluie. Je vous laisse (5) _____ à vos plaisirs de pluie."

Math's 414-434

Représente graphiquement l'ensemble-solution du système suivant:

1. $3x + 2y \geq 6$

2. $2x - 5y \leq 10$

Français Sec. VLe roman

I. Les genres de romans:

Voici différentes catégories de roman. Tu trouveras dans la colonne de gauche le nom couramment utilisé pour désigner chacune d'elles et, dans la colonne de droite, une courte définition de ces catégories. Associe à chacune des définitions proposées le nom de la catégorie qui lui correspond.

- | | |
|--------------------------------|---|
| A) Roman policier _____ | a) Tendances littéraires récentes du roman français, hostile à la psychologie et fondée sur la description objective, sur la réflexion, sur le langage, etc. |
| B) Roman historique _____ | b) Récit centré sur une affaire mystérieuse à éclaircir, généralement de nature criminelle et dont les personnages principaux sont l'enquêteur, la victime et le coupable. |
| C) Roman d'aventures _____ | c) Ouvrage évoquant avec réalisme les usages, les coutumes, les ^{comportement} comportements, les mentalités et les habitudes de d'une classe ou d'un groupe social, d'un peuple, à une époque et dans un lieu donnés. |
| D) Roman à l'eau de rose _____ | d) Ouvrage racontant une série d' ^{actes} actes qui s'entrecroisent et se complètent mettant en scène des personnages, vraisemblables ou non, toujours en quête de découverte du monde et d'exploration de l'univers. |

E) Roman de moeurs _____

e) Ouvrage de fiction basé sur des personnages ou des faits tirés de l'histoire et présentés avec réalisme et vraisemblance.

F) Nouveau roman _____

f) Ouvrage à caractère léger mettant l'accent sur les bons sentiments et présentant des personnages et des aventures le plus souvent stéréotypés.

2. Les personnages de roman:

Des personnages de roman sont devenus célèbres à cause du symbolisme social ou moral qu'ils représentent. De quel ouvrage chacun de ceux qui sont identifiés ci-dessous est-il le héros ou le personnage principal?

A) Meursault _____

a) Un cadavre dans la bibliothèque d'Agatha Christie

B) Séraphin _____

b) 1984 de George Orwell

C) Miss Marple _____

c) Le matou d'Yves Beauchemin

d) Monsieur Emile _____

d) L'étranger d'Albert Camus

E) Big Brother _____

e) Un homme et son péché de Claude-Henri Grignon

3. D'après ce que tu as appris en classe, décris la fonction du roman ou dis-moi à quoi sert le roman?

4. Définis ce qu'est le discours narratif et le discours descriptif:

Math's 514

Voici une règle pour calculer le profit d'un étudiant:

$Pr = 0,35x + 0,28y$. En considérant que le polygone de contraintes

a comme sommets : O (25, 6,25)

P (25, 100)

Q (100, 100)

R (106, 40),

trouve le couple qui MAXIMISE le profit de l'étudiant.

Math 534

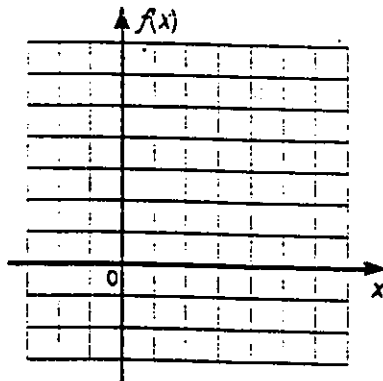
I. Soit les fonctions $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ et $g: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$, où $f(x) = x^2 - 2$ et $g(x) = x - 3$. Évalue.

- | | | | |
|-----------------|-------|----------------|-------|
| a) $f(g(0))$. | _____ | e) $f(g(x))$. | _____ |
| b) $g(f(-1))$. | _____ | f) $g(f(x))$. | _____ |
| c) $f(f(-3))$. | _____ | g) $g(g(x))$. | _____ |
| d) $g(g(5))$. | _____ | | |

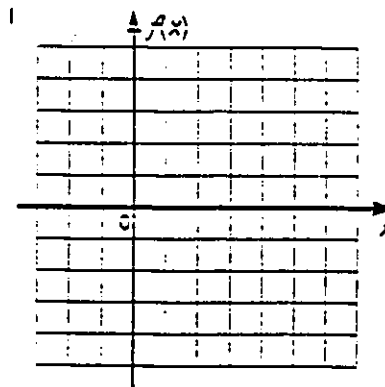
II.

- Pour chaque fonction valeur absolue ci-dessous:
- I. trace le graphique cartésien;
 - II. détermine le domaine et l'image;
 - III. détermine la valeur du minimum ou du maximum;
 - IV. détermine l'intervalle de croissance;
 - V. détermine l'intervalle de décroissance.

a) $f(x) = \frac{1}{2} |x - 2| + 2$



b) $f(x) = -2|x - 5| - 3$



- | | |
|------------------------|------------------------|
| II dom _____ ima _____ | II dom _____ ima _____ |
| III _____ | III _____ |
| IV _____ | IV _____ |
| V _____ | V _____ |

Tests de rendement scolaire en français et mathématiques

Relance

FRANCAIS SEC III

Nom: _____

Date: _____

Partie I: Genres de conte

1. Associez chaque définition à un genre de conte:

- | | |
|---|--|
| a) récit traditionnel dont les événements fabuleux ont une base historique.
_____ | 1) conte réaliste
2) conte poétique
3) conte folklorique
4) légende
5) conte merveilleux |
| b) récit qui raconte les coutumes d'un peuple, et ce, dans un langage populaire.
_____ | |
| c) récit peuplé de fées, de rois, de princesses: il nous transporte dans un monde enchanteur.
_____ | |
| d) récit qui ne contient aucun phénomène surnaturel et relate des faits de la vie courante.
_____ | |
| e) récit qui exprime des sentiments et accorde de l'importance à la nature, à l'émotion et à la sensibilité.
_____ | |

Partie II: Analyse des propositions

2. Divisez en propositions indépendantes les phrases suivantes, à l'aide d'un trait.

- a) La voiture démarre, tourne le coin, disparaît de ma rue.
- b) Le soleil se couche et la lune se lève.
- c) Martine a remporté quatre médailles d'or, mais Nathalie une seule.

3. Indiquez la nature des propositions de la phrase c du numéro 2.

MATHEMATIQUES SEC III

Nom: _____

Date: _____

1. Soit l'expression suivante:

$$9a^3 - 5a^2b^2 + 4$$

- a) Comment s'appelle cette expression? _____
- b) Quel est le coefficient du 2e terme? _____
- c) Quel est le terme constant? _____
- d) Quel est l'exposant du "a" dans le 2e terme? _____
- e) Combien y a-t-il de variables dans cette expression? _____

2. Effectue les opérations suivantes:

- a) $4a + 8a - 2a =$ _____
- b) $3a + 2b - 5a + 4b - a =$ _____
- c) $(2x + 5y) + (3x - y) =$ _____
- d) $(8x + 2y) - (x + 4y) =$ _____
- e) $(5b - 2c) + (3b + c) - (2b - 2c) =$ _____

3. Effectue les multiplications et les divisions suivantes:

- a) $a^5 \times a^2 \times a^3 =$ _____
- b) $a^3b^2 \times a^4b \times a^2 =$ _____
- c) $2x(x + y) =$ _____
- d) $15x^3y^2 \div 3xy =$ _____
- e) $(10a^3b - 5a^2) \div 5a =$ _____

4. Trouve la valeur de x dans les équations suivantes:

a) $x + 8 = 15$ $x =$ _____

b) $x - 7 + 2 = 14$ $x =$ _____

c) $3x + 5 = 26$ $x =$ _____

d) $5x - 8 - 3x = 14$ $x =$ _____

e) $\frac{2x}{5} = \frac{8}{15}$ $x =$ _____

Groupe _____

Nom _____

Examen sur la nouvelle littéraire

Mise en situation

Chimère, quand tu nous tiens!

Tout allait bien! Soudain... c'est la peur.



Lotrnie Lallanne

Dans le regard sournois d'un passager de l'autobus, tu as cru reconnaître un dangereux maniaque. Tu te croyais seul(e), en sécurité... et soudain il y a eu ce bruit suspect, étrange, menaçant... Enfin, un automobiliste a eu pitié de toi et t'a invité(e) à monter en voiture. Mais voilà que le bon samaritain se met à divaguer...

LA PEUR! La peur panique qui emprisonne, étouffe. La peur soudaine qui paralyse la volonté et la raison! La peur qui rend l'imagination débordante... Et dans une fraction de seconde, tout s'embrouille, tout se transforme... et la réalité devient menace, danger, obsession.

Qui n'a déjà vécu pareil cauchemar?

En tout cas, moi je l'ai vécu et j'en ai long à te raconter. Je t'attends donc impatientement à la page suivante.

Groupe _____

Nom _____

Pratique
de
lecture

Le sacrifice

par Monique Champagne

1^{re} partie

J'entrouvre les yeux, le soleil se lève à peine. À travers les rideaux de ma fenêtre, je vois que le temps sera beau.

Heureuse je m'étire paresseusement, me retourne sur mon lit, replace les oreillers et m'apprête à sommeiller encore un peu.

À peine suis-je pelotonnée, un rêve au bord de l'âme, bien au chaud comme le chat de la voisine, que la sonnerie stridente du téléphone fait voler en éclats cette minute rose.

Qui peut téléphoner si tôt? Ça ne peut être qu'un barbare!

Indignée, je décroche l'appareil qui hurle sur ma table de nuit.

— Allô... oui, c'est moi, c'est bien moi. (Je crie.) Ce matin?... (Ma voix se brise.) Ce matin!... (J'ai envie de pleurer en m'entendant répondre, résignée:) «Bon, c'est entendu, merci.»

— Ils m'ont téléphoné tout à l'heure.

— C'est vraiment pour aujourd'hui?

— Oui, Marie, c'est pour aujourd'hui. Maintenant laisse-moi, je dois me hâter.

— Vous avez tout ce qu'il vous faut?

— Ne t'inquiète pas, tout ira bien.

La porte refermée derrière ma vieille bonne, je soupire. C'est vraiment pour aujourd'hui! Je suis étonnée, surprise... je n'y pensais plus.

2^e partie

Il y a déjà trop longtemps que j'ai pris ma décision. Trop de temps a coulé depuis le moment où, après avoir mûrement réfléchi, et bien analysé la situation sans précipitation, pesé le pour et le contre, j'ai, en toute connaissance de cause, dit «oui».

Quand était-ce au juste? Un soir d'orage... un jour de printemps?

Après avoir informé la parenté, la bonne et les autres intéressés, j'avais attendu, mis de l'ordre dans mes paperasses, la plupart inutiles, ratissé mes armoires, rangé les tiroirs. Et délaissé mes amis.

Les jours avaient couru les uns derrière les autres, les mardis suivaient les lundis après les dimanches et samedis, pour devenir des mois.

Pourquoi tardait-on à m'appeler?

À force d'attendre, sage, besogneuse, oubliée, je regrettai presque ma décision.

Ce fut bientôt l'été et puis l'automne.

Mes tiroirs finirent par se brouiller. Les mouchoirs rejoignirent, sans en avoir l'air, les gants et les bas dépareillés!

Peu à peu, mine de rien, ma vie reprit son rythme habituel.

Je me remis à courir à droite, à gauche, au concert, au théâtre, au bras d'Alfred et dans ceux de Jean. La pluie et le beau temps retrouvèrent leur importance.

Et voilà qu'aujourd'hui, en ce matin ensoleillé, on me téléphone!

A-t-on idée de faire ça aux gens? Les laisser languir, les abandonner, les oublier pour les reprendre brusquement.

J'ai envie de pleurer...

Je pleure.

3^e partie

Il est midi moins deux quand j'entre par la grande porte de l'édifice imposant.

À pas feutrés, des êtres sévères traversent la grande salle en tous sens. Certains s'arrêtent un instant, échangent quelques mots sans sourire et repartent la mine plus grave encore!

De mes yeux perdus, j'aperçois là-bas, tout en fond, une jeune fille qui me regarde avec hauteur. Elle est mince dans sa tunique droite et semble d'airain!

Je me sens ridicule dans ma robe à pans, mais je décide de m'approcher. Discrètement, je lui tends mes papiers. L'air méprisant, elle scrute les feuilles défraîchies et finalement prononce d'un ton sec:

— Deuxième porte à gauche, puis droit devant vous.

Je murmure un merci à peine audible.

Je reprends mes papiers et me dirige à petits pas dans la direction indiquée.

Devant la porte, j'hésite une seconde... puis retenant mon souffle, je la pousse d'un coup.

Elle débouche sur un couloir sombre, long, sans fin, peuplé d'ombres géantes et de craquements affolants, comme ceux de mon enfance. Petite, je sifflais pour chasser les méchants, les avertir de ma présence, leur demander grâce... Maintenant grande, je me sens à la merci des démons visibles et invisibles.

Enfin, plus morte que vive, j'arrive au bout du corridor. Là, un préposé, l'air absent, me redemande mes papiers pour m'abandonner aussitôt.

Debout contre le mur gris, je me mets à attendre.

Qu'est-ce qu'ils vont faire de moi?

Comment procèdent-ils? Est-ce que ce sera long?

Il faut bien me l'avouer, j'ai peur de la douleur. J'ai toujours rêvé de mourir d'un coup, dans mon sommeil, à mon insu...

— Venez madame...

Je sursaute! Le grand escogriffe de tantôt est à nouveau devant moi, les lèvres retroussées, en guise de sourire, sur des dents jaunes.

— Par ici, s'il vous plaît.

Il ouvre la marche, je lui emboîte le pas et nous refaisons le même long chemin.

J'ai l'impression cette fois que le passage est moins sombre, qu'on fait trop attention à moi. On me laisse la voie libre, on me regarde avec satisfaction. On me jauge, on m'évalue. Si on osait, on me pèserait!

Je frissonne! Je sens faiblir ma ferme résolution. J'ai envie de fuir loin d'ici, de retrou-

ver ma maison et sa chaleur, de retrouver mes fleurs.

Trop tard! On me pousse:

— A votre gauche, madame.

L'ascenseur est devant moi, gueule déjà ouverte. On me sourit, on m'invite du regard: «Mais entrez donc, voyons... entrez, n'hésitez pas... venez, ma mignonne!»

Je baisse les yeux, résignée. Les portes se referment. Je me laisse emporter vers mon destin.

Y puis-je encore quelque chose?

4^e partie

Dans une pièce tendue de vert, on s'affaire autour de moi. Sans un mot, on m'enlève mon bracelet, ma montre, les boucles d'oreilles de ma grand-mère... On me dépouille!

Une jeune vestale aux yeux pers m'apporte la robe du sacrifice et m'en revêt délicatement. Je me laisse faire, stoïque!

— Vous verrez, tout se passera à merveille, me dit-elle en souriant. Vous ne sentirez rien. On vous coupera le cou en moins de deux!

Et elle éclate d'un rire cristallin au moment où j'étouffe de peur.

Je serai bientôt prête.

Quelle heure est-il? On m'a enlevé ma montre, il n'y a pas d'horloge aux murs.

Où est le temps?

Il n'y a plus de temps.

Les heures passées en flâneries, en rêveries, je voudrais m'en garnir les cheveux, m'en parer comme d'un ruban flamboyant, m'offrir les sourires, les baisers négligés. En vain je cherche les bonheurs ignorés pour les reprendre. Tout sombre dans un passé déjà loin.

On m'a enlevé le temps... je n'ai plus de temps.

— Allons, venez.

On me fait signe d'avancer vers le fond de la pièce. Là, je dois attendre qu'on vienne me chercher.

5^e partie

Enfin, on est venu, je ne sais plus après combien de temps.

Ils sont deux.

Ils sont entrés silencieux et marchent vers moi sans hésitation.

De tous mes yeux, je les regarde s'avancer. Ils n'ont rien de particulier, ni dans l'oeil, ni dans le geste. J'ai beau les examiner des pieds à la tête pendant qu'ils s'affairent aux derniers préparatifs, je ne vois aucun signe révélateur! Des êtres comme tous les autres.

Pourquoi voudrais-je tellement leur trouver quelque chose de différent?

Finalement, avec une certaine douceur, dois-je avouer, ils m'installent sur un truc à roulettes et l'un devant, l'autre derrière, nous quittons la pièce d'un pas à peine plus rapide que la marche funèbre!

Les roulettes sont remarquables, la suspension étonnante, les soubresauts réduits à leur minimum! Dans d'autres circonstances, j'aurais pu profiter du voyage!

La tête renversée, des ronds de lumière au plafond me paraissent irréels. Ils courent là-bas comme des astres perdus. Pour chasser mon angoisse grandissante, je me concentre en comptant les ronds. Avant le premier virage à gauche... ou est-ce à droite? Je compte huit gros globes jaunes... puis nous arrivons à l'ascenseur.

La descente, comme ils m'ont installée, c'est absolument hilarant! Je me serais délectée de ces moments uniques, si la mort ne m'eût tant obsédée. Mais comment voulez-vous vous abandonner au plaisir quand la peur vous possède!

J'arrive au bas pétrifiée! Notre cortège touche au bout de sa course. Toujours sans mot dire, mes guides m'abandonnent comme si c'était la chose la plus normale du monde.

À l'étroit, très à l'étroit dans ma peau, je me remets à attendre.

6^e partie

Au bout d'un moment, un vague murmure, des sons parviennent jusqu'à moi. Des mots puis des phrases entières... Je n'étais donc pas tout à fait seule! Des êtres humains, quelque part dans le lointain, parlaient, échangeaient des idées, des riens... riaient aussi, ce qui me glaça. Il n'y avait pourtant pas de quoi rire, ici!

On s'habitue à tout sans doute. À la douleur, à la mort comme au bonheur!

Soudain, je me sens de nouveau en mouvement... quelqu'un s'est remis à me pousser. À me pousser vers mon but ultime: la petite porte devant moi qui grandit certainement.

— Ça y est? demandai-je dans un souffle.

— Oui, ça y est... surtout ne soyez pas inquiète.

Sur ces paroles atroces, la porte s'ouvre pour nous laisser entrer.

On m'installe sur «l'autel» au milieu de la place. De là, j'observe ces êtres entièrement vêtus de vert, qui passent et repassent d'un pas mesuré.

Ils sont trois. Deux grands et un plus petit. Ils s'activent à Dieu seul sait quoi!

À tout moment, le bruit métallique des instruments qu'on dépose non loin de moi, broie mon cœur. Instruments de torture, sans doute... Mes bras, mes jambes sont de glace. Mon nez tremble, mes oreilles brûlent. Je me sens affreusement abandonnée, à la merci d'inconnus impassibles.

Petit à petit, le va-et-vient diminue, jusqu'à rien.

Un quatrième personnage entre, vêtu de vert lui aussi. On l'accueille avec empressement, on l'aide avec sollicitude à endosser ce qui me paraît un habit superflu, puis à se ganter. Le tout terminé, dans un silence respectueux, ils attendent le «maître».

Il arrive aussitôt.

Je ne sais pourquoi, je trouve son allure sympathique, presque humaine! Sous son masque, je soupçonne un air affable, rassurant, bon enfant.

Avec beaucoup de déférence, on le revêt d'un ample «surtout» émeraude. Puis d'un geste ferme, il enpoigne les gants qu'on lui tend et les enfle prestement.

Il est prêt.

Le plus grand des trois acolytes s'approche de moi et me couvre d'un immense drap couleur d'espérance, pendant que le plus petit examine attentivement ma tête et prend des mesures.

Il faut bien faire les choses... d'un coup et sans dégât.

Je respire à peine quand on allume au-dessus de ma pauvre tête un projecteur

Groupe _____

digne de la star la plus exigeante. Dans un silence plus lourd qu'un soir d'orage, le «grand prêtre» se penche sur moi.

Le moment est venu.

Avec art, il entreprend de s'exécuter.

Mon coeur se met à battre plus vite. Je ferme les yeux.

Les secondes filent, les minutes... Et alors?

7^e partie

Alors, je ne meurs pas. Ma vie est toujours là au creux de moi. Mon souffle au bord des lèvres...

Je ne mourrai pas!

— Docteur, ça va? dis-je un peu trop fort.

— À merveille. Détendez-vous, je n'en ai plus pour longtemps. Le kyste sébacé est extrait et je recouds à l'instant.

Je me mets à rêver de printemps.

Objectivation
de la pratique

1. Quels liens fais-tu entre le titre de la mise en situation *Chimère, quand tu nous tiens!* et l'histoire que tu viens de lire?
2. a) Qui est le narrateur: Un personnage un témoin omniscient ou un observateur?
b) Justifie ton choix.

1^{re} partie du texte

3. Quel événement perturbateur marque le commencement des péripéties?
4. a. Oui ou non, les sentiments de l'héroïne sont-ils les mêmes avant et après cet événement?
b. Explique ta réponse.
5. Au paragraphe 6, quel est le rôle des parenthèses?
6. Au dernier paragraphe, quel signe de ponctuation l'auteure utilise-t-elle pour montrer que l'héroïne rêve?

2^e partie du texte

7. Les événements des 1^{re} et 2^e parties sont présentés dans l'ordre suivant:
 - a. Le téléphone sonne.
 - b. L'héroïne se prépare et quitte la maison.
 - c. L'héroïne prend sa décision.
 - d. L'héroïne se prépare et attend en vain
 - e. La vie habituelle reprend son cours.Dans quel ordre ces événements ont-ils eu lieu en réalité? (Indique l'ordre par les lettres, en suivant la chronologie.)

3^e partie du texte

8. a. Quelle impression se dégage de la description des lieux et des personnages dans cette partie du texte?
b. 1) Cette impression particulière vient-elle des lieux et des personnages ou de l'héroïne qui voit ces lieux et ces personnages?
2) Explique ton choix.

5^e partie du texte

9. a. L'héroïne raconte: «Je compte huit gros globes jaunes.» À ce moment de l'intrigue, cette occupation te semble-t-elle vraisemblable?
b. Explique ta réponse.

10. Quel rapport (cause, condition, conséquence, etc.) la proposition participiale exprime-t-elle dans l'exemple suivant?
La tête renversée, des ronds de lumière au plafond me paraissent irréels.
11. Explique le sens de cette phrase sans verbe conjugué:
Des êtres comme tous les autres.

6^e partie du texte

12. Tu sais que les guillemets peuvent encadrer des mots pris dans un sens particulier. Quels liens fais-tu entre le titre de l'histoire racontée et les mots mis entre guillemets dans cette partie du texte?

7^e partie du texte

13. a. Comment juges-tu le dénouement de cette nouvelle?
Trop prévisible? Surprenant? Incohérent? Quelconque? Décevant? Habile?
- b. Explique ton choix.

Ensemble du texte

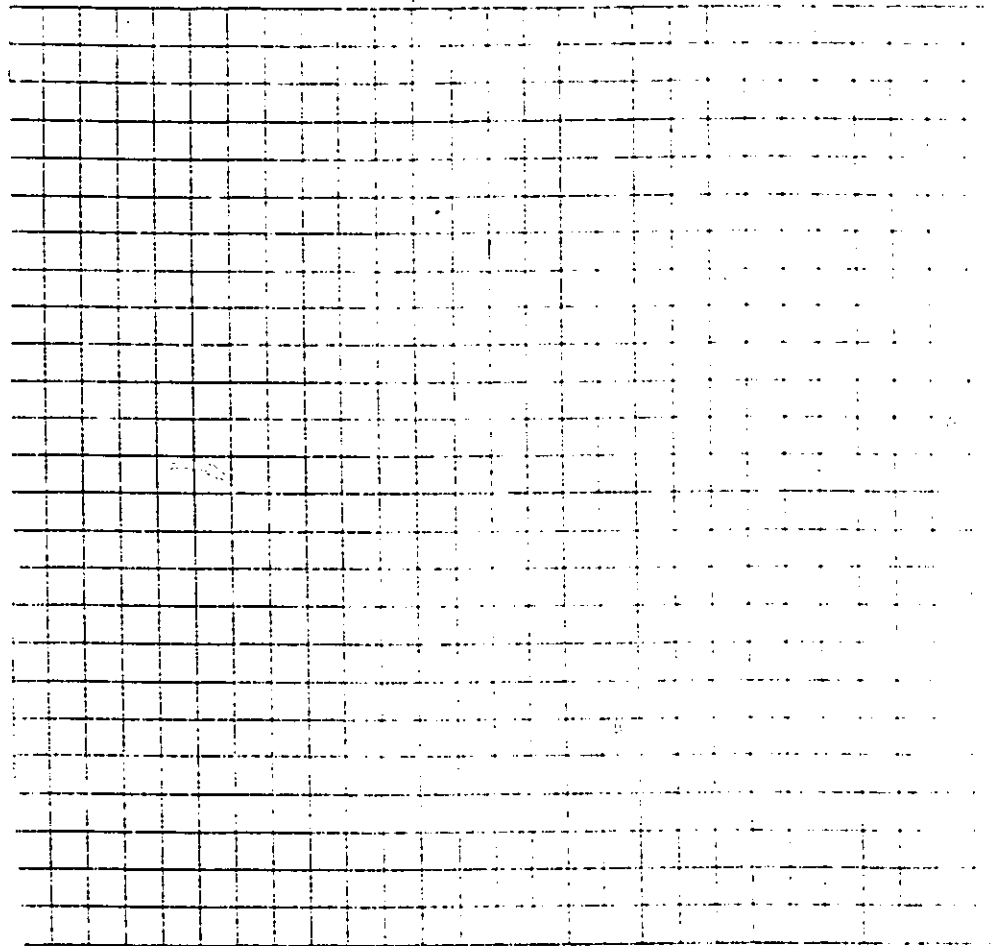
14. Qu'est-ce que la dernière phrase t'apprend sur les sentiments de l'héroïne?
15. Quelle partie de la nouvelle la dernière phrase rappelle-t-elle?
16. Que signifient les mots en italique dans les exemples suivants?
- a. «[...] analysé la situation sans *précipitation* [...].» (2^e partie.)
- b. «[...] *ratissé* mes armoires [...].» (2^e partie.)
- c. «Mes tiroirs finirent par se *brouiller*.» (2^e partie.)
- d. «Les laisser *languir* [...].» (2^e partie.)

Math's 414 (seulement)

Représente graphiquement
la solution du système
d'inéquations suivant:

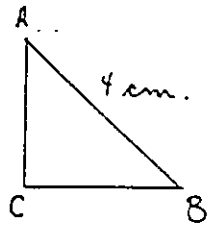
$$5y - x < 3$$

$$2y + x > 4$$



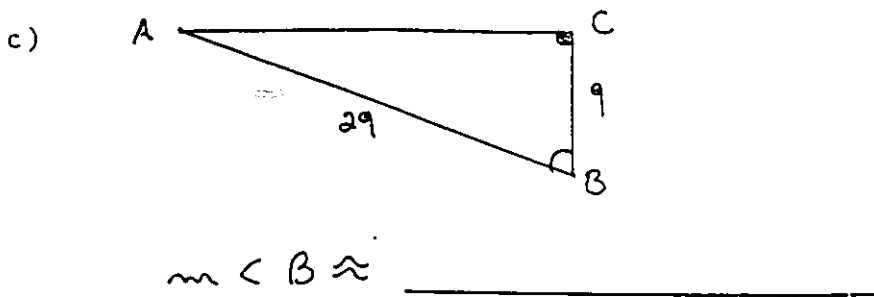
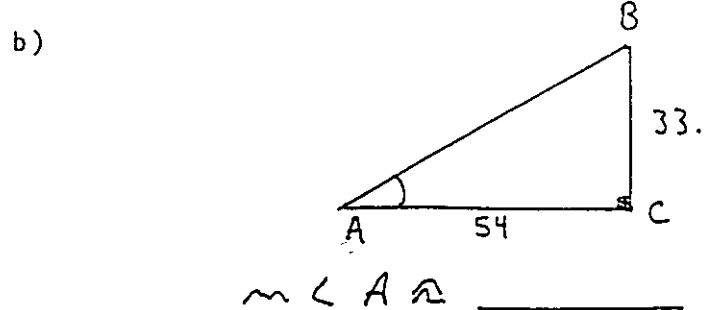
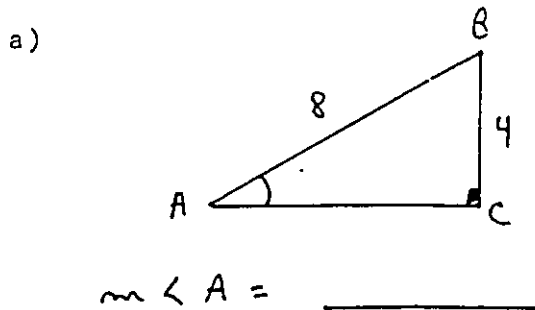
Rapports trigonométriques

#1 ABC est un triangle rectangle isocèle, rectangle en C.



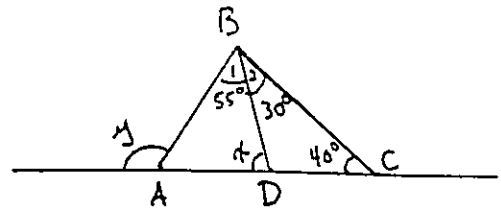
Trouve l'aire de ce triangle $\left(\frac{B \times H}{2}\right)$ si l'hypoténuse mesure 4cm.

#2 Trouve la mesure des angles dans les triangles rectangles suivants:



Math's 514

$m \angle B_1 = 55^\circ$ $m \angle B_2 = 30^\circ$ $m \angle C = 40^\circ$



Dans la figure géométrique ci-contre,
trouve la valeur de x et la valeur de y .

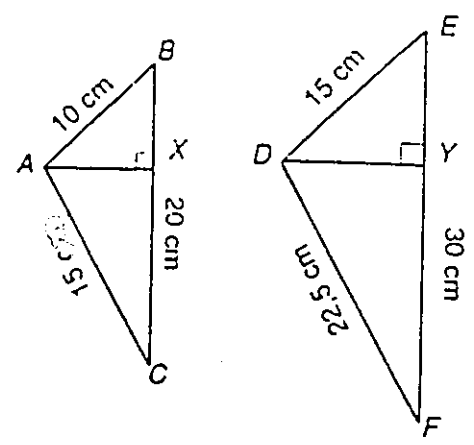
MATH 534

①

Soit les triangles semblables ABC et DEF ci-contre dans lesquels $m\hat{A}X = 7.3$ cm et $n\hat{D}Y = 19.55$ cm.

i) Détermine le rapport:

- des côtés. _____
- des hauteurs. _____
- des périmètres. _____
- des aires. _____



ii) Le rapport de similitude étant $\frac{2}{3}$, détermine quels rapports, parmi ceux calculés en a), sont égaux à $\frac{2}{3}$.

Vérifie si le rapport des aires est égal au carré du rapport des côtés.

②

Soit les rectangles semblables $ABCD$ et $PXYZ$.

a) Si le rapport des périmètres est $\frac{7}{4}$, quelle est la mesure de:

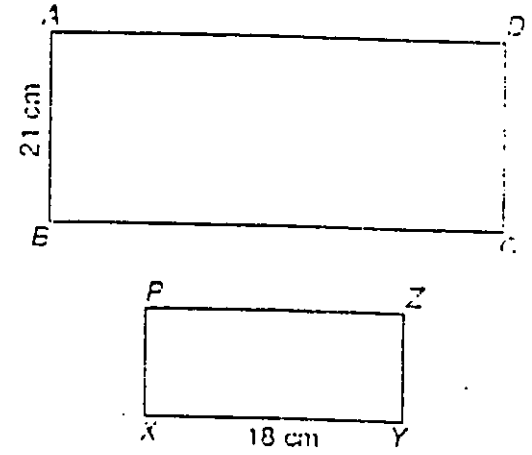
\overline{BC} ? _____ \overline{ZY} ? _____

b) Calcule l'aire de chaque rectangle.

$ABCD$ _____ $PXYZ$ _____

c) Quel est le rapport des aires? _____

d) Compare le rapport des aires au rapport des périmètres. _____



③

Le rapport des aires de 2 triangles semblables est $\frac{9}{16}$:

quel est le rapport de similitude?

Si les côtés du plus petit triangle mesurent respectivement 5, 7 et 9 cm, quelles ont les mesures des côtés du plus grand?

FRANCAIS SEC V

1. Dans une nouvelle littéraire, est-ce que:
 - A) le récit est a) très court b) court c) long
 - B) les personnages sont a) nombreux b) limités c) illimités
 - C) les événements sont a) invraisemblables b) vraisemblables
 - D) les descriptions sont a) brèves b) assez développées c) fournies
 - E) les dialogues sont a) rares b) nombreux c) fournis
 - F) les temps des verbes sont a) à tous les temps
b) à l'imparfait
c) à l'imparfait et au passé simple
 - G) la conclusion est a) amenée b) devinée c) surprise
2. Combien y-a-il d'intrigue(s) dans une nouvelle littéraire?
Rép.: _____
3. Dans un reportage, est-ce que l'information est surtout rapportée ou commentée? Rép.: _____
4. Quelle est la différence entre un reportage et un grand reportage?
Rép.: _____

5. Quel est le niveau de langue employé dans un reportage?
Rép.: _____

6. Quel vocabulaire le reporter doit-il utiliser?
 - a) un vocabulaire dénotatif
 - b) un vocabulaire connotatif
7. Quels sont les pronoms utilisés dans un reportage?
 - a) les pronoms à la 3e personne comme: ceux, on, certains, ils, leur, etc.
 - b) les pronoms tels que: je, tu, nous, vous, etc.

8. En face de chacune des phrases suivantes, vous mettez une croix dans la colonne correspondant à la nature du mot QUE en italique.

	Pronom relatif	Conjonction subordonnée
a) Je crains <u>que</u> vous n'ayez mal compris.	_____	_____
b) Le programme de géographie <u>que</u> nous étudions cette année est passionnant	_____	_____
c) J'affirme <u>que</u> les choses se sont passées de cette façon.	_____	_____

9. Relève le marqueur de relation dans ces deux phrases et explicite le rapport établi par celui-ci.

Les matériaux sont garantis pour deux ans contre l'usure ou tout défaut de confection. Par contre, cette garantie ne couvre pas les bris.

Rép.: marqueur: _____ rapport: _____

Appendice K

Questionnaire d'observation par les professeurs

QUESTIONNAIRE D'OBSERVATION PAR LES PROFESSEURS

Nom de l'étudiant-e: _____ Nom du professeur: _____
 Sexe: M F Date: _____
 Niveau scolaire: _____
 Age: _____

D'après vos observations, indiquez la fréquence à laquelle vous avez observé les comportements suivants chez l'étudiant-e. Veuillez mettre un "X" sur le chiffre qui représente le mieux votre évaluation à propos de chaque comportement.

Très peu fréquent	Assez peu fréquent	Légèrement fréquent	Assez fréquent	Très fréquent
1.....	2.....	3.....	4.....	5.....

	<u>très peu</u>	<u>très fréquent</u>
	<u>fréquent</u>	<u>fréquent</u>
	-----	-----

Cet-te adolescent-e:

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. pleure | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. tient des propos pessimistes face au futur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. tient des propos désespérés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. évite les interactions sociales
(solitude) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. fait des gestes auto-destructeurs | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. démontre de l'attention et de la concentration
dans l'accomplissement des tâches scolaires | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. répond aux questions et/ou effectue les
tâches scolaires avec lenteur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. est agité-e | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. se plaint de maux de ventre, mal de coeur,
mal de tête, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. sourit, rit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

	Très peu fréquent 1.....	Assez peu fréquent 2.....	Légèrement fréquent 3.....	Assez fréquent 4.....	Très fréquent 5.....			
11. a une tenue vestimentaire et/ou propreté négligée				1	2	3	4	5
12. exprime un désir de quitter l'école ou un sentiment de ne pas être compris-e				1	2	3	4	5
13. a des comportements agressifs				1	2	3	4	5
14. boude				1	2	3	4	5
15. est répugnant-e à coopérer aux activités scolaires				1	2	3	4	5
16. s'est déjà présent-e en classe ivre ou droguée				1	2	3	4	5
17. tient des propos négatifs face à lui-même ou elle-même (échec, rejet, déception face à soi, blâme de soi)				1	2	3	4	5
18. est irritable				1	2	3	4	5
19. s'absente souvent de l'école				1	2	3	4	5
20. a sensiblement perdu du poids dans le dernier mois.				1	2	3	4	5

S'il vous plaît, assurez-vous que vous avez répondu à toutes les questions.

Merci beaucoup de votre collaboration

Appendice L

Grille de cotation des rubans audio

GRILLE DE COTATION DES RUBANS AUDIO

Buts généraux de TER:

Le modèle thérapeutique émotivo-rationnel (TER) propose que la connaissance que nous acquérons est largement influencée par les interprétations que nous imposons sur nos perceptions. Cette connaissance est considérée dans TER comme le monde des présomptions, la philosophie personnelle et le système de croyances de l'individu. Cette philosophie est inspirée du philosophe stoïcien romain Epictète pour qui "les humains ne sont pas perturbés par les choses, mais par les vues qu'ils en adoptent". Selon TER les idées que nous croyons vraies devraient être considérées comme des hypothèses qui peuvent être réfutées ou abrogées.

TER considère les troubles psychologiques comme le résultat d'interprétations et d'évaluations idiosyncratiques que les gens forment et croient fortement vraies à propos d'eux-même, des autres et du monde autour d'eux. Ces interprétations les empêchent d'atteindre leurs valeurs de bonheur et leur survie. La philosophie personnelle et le système de croyances inadéquates des gens sont vus comme l'objectif de base d'intervention. Les croyances et les compréhensions que les gens ont acquises de leurs expériences personnelles et de leurs contacts avec les parents, professeurs, et autres institutions culturelles sont

considérées comme pouvant être examinées et modifiées en thérapie. Ceci est réalisé principalement par l'enseignement aux gens de la méthode scientifique, afin qu'ils deviennent de meilleurs investigateurs de la réalité et vérificateurs d'hypothèses. Quoique l'être humain ne puisse vivre uniquement avec sa raison, il peut considérablement améliorer son existence et diminuer ses difficultés émotionnelles en pensant clairement, logiquement, de façon cohérente et réaliste. Ainsi, TER utilise la méthode scientifique pour améliorer la détresse psychologique.

TER adopte des valeurs de "responsabilité et de prise de décisions", c'est-à-dire que l'individu doit accepter la responsabilité de ses comportements et réactions émotives, de même qu'il doit prendre la responsabilité de ses décisions. TER a donc pour but d'enseigner une attitude de responsabilité émotionnelle, c'est-à-dire que chacun de nous a la capacité de changer comment il se sent. Par l'enseignement d'habiletés d'auto-analyse rationnelle et de pensée critique, TER apprend aux gens à devenir capables de résoudre plus facilement leurs problèmes émotionnels. Ainsi, on enseigne aux adolescents comment changer leurs sentiments inappropriés en sentiments appropriés. Ces derniers étant générés par une pensée rationnelle, ils permettent une réponse appropriée à la situation, facilitent l'accomplissement d'un but et sont généralement d'intensité modérée en opposition aux premiers qui sont engendrés par une pensée irrationnelle, entravent la poursuite des buts personnels et sont d'intensité extrême.

ABC de la thérapie émotive-rationnelle:

Ellis a élaboré une théorie ABC des troubles émotionnels décrivant comment une personne devient perturbée. TER débute avec une conséquence (C) émotionnelle et/ou comportementale et cherche à identifier l'événement activant (A) qui apparaît avoir précipité C. Alors que le point de vue habituellement accepté est que A cause C, TER soutient fermement que ce sont les croyances (B) de l'individu, qui sont des évaluations à propos de ce qui s'est passé en A, qui détermine C.

Ellis a étendu son système alphabétique symbolique représentant sa théorie en ajoutant un lien D-E à son ABC. Le débat (D) est une des pierres angulaires de la méthode de changement thérapeutique de TER. Il consiste à questionner et à débattre les hypothèses non fondées, ainsi que les croyances impératives et absolues que les individus soutiennent à propos d'eux-mêmes, des autres et du monde. Le questionnement et la mise à l'épreuve des croyances irrationnelles constituent donc la technique majeure employée par ce modèle thérapeutique. Lorsque le client arrive à défier ses croyances non fondées, à les reformuler en énoncés plus valides empiriquement, et lorsqu'il croit réellement et fortement en leur validité, il fait l'expérience d'un nouvel effet (E) au plan de ses pensées, de ses sentiments et de ses comportements. L'individu arrive à adopter cette nouvelle philosophie lorsqu'il abandonne son ancien système de croyances pour en adopter un plus logique, rationnel et basé davantage sur la réalité.

TER auprès des adolescents:

Les buts de l'intervention auprès d'une population adolescente sont les suivants:

- Apprendre l'ABC de TER

L'adolescent est d'abord amené à identifier correctement ses émotions et à développer un vocabulaire émotionnel. Il apprend à distinguer les sentiments aidants des sentiments nuisibles à l'atteinte de ses buts. Il lui est aussi enseigné à distinguer ses sentiments de ses pensées et ses comportements. Il apprend à être attentif au langage intérieur qu'il se tient, ainsi qu'à faire le lien entre ce langage (ses pensées) et ses sentiments. Il est amené à réaliser que ce ne sont pas les événements ou les gens qui causent les sentiments, mais plutôt les pensées. Un lien est également établi entre la qualité des pensées et celle des sentiments. Il est encouragé à examiner ses propres habitudes de pensée. Ces différents apprentissages à l'utilisation du modèle ABC de TER sont réalisés plus spécifiquement dans les sessions 1 à 5 du programme à l'étude. (La session 1 étant une session de présentation des participants.)

- Apprendre des méthodes de débat des croyances irrationnelles

L'adolescent apprend que certaines pensées sont rationnelles alors que d'autres sont irrationnelles et que ces dernières sont reliées à des croyances irrationnelles. Il lui est également enseigné qu'il est difficile d'améliorer la situation lorsqu'il devient trop bouleversé, et qu'il peut contrôler à quel degré il est bouleversé en changeant ses pensées irrationnelles en pensées rationnelles. Différentes croyances irrationnelles sont présentées ("Je dois être aimé par chacun", "Je dois réussir dans tout et tout le temps", "Je ne peux tolérer...", "Je dois toujours me sentir confortable", et la surgénéralisation.). Il apprend à reconnaître les mots clefs qui permettent de les identifier: les "il faut", les "dois" et les "devrait", "terrible", "horrible", etc. La distinction entre "besoin" et "désir" ou "souhait" est aussi traitée.

Il apprend ensuite à identifier ses propres pensées et croyances irrationnelles. Différentes techniques lui sont enseignées pour questionner, mettre au défi ou débattre ces croyances, de même que ses postulats non-fondés. Il arrive ainsi à les abandonner. Les sessions 6 à 10 visent plus spécifiquement ces apprentissages.

- Enseigner l'auto-acceptation

Un des concepts humanistes importants pour TER est celui de "valeur humaine". Ellis propose l'idée que plusieurs perturbations humaines sont basées sur le fait que les gens s'évaluent et évaluent les autres comme bons ou mauvais. Selon cet auteur, ce type d'évaluation est pernicieux parce qu'il amène plusieurs personnes à passer leur vie à chercher et à demander une confirmation des autres sur leur valeur personnelle. Cette attitude les amène à se dévaloriser lorsqu'ils n'atteignent pas l'approbation des autres sur leur valeur. Et la dépréciation de soi serait, selon Ellis, au coeur de la plupart des misères humaines. Ce dernier insiste sur le fait que les êtres humains ne sont pas "évaluables", parce qu'il n'existe pas de critères universellement adoptés pour juger de la valeur d'une personne. Donc nous nous évaluons et nous évaluons les autres selon des définitions arbitraires du bien et du mal.

Ellis adopte la position qu'il est approprié pour les gens d'examiner leurs propres traits et comportements, mais qu'il ne l'est pas d'utiliser ses performances comme critère de base pour s'évaluer. L'adolescent apprend donc à se percevoir et à percevoir les autres comme des êtres humains complexes, présentant plusieurs facettes et comme distincts de leurs performances. Il est encouragé à s'accepter comme un être humain imparfait qui parfois réussit, parfois échoue et parfois fait des choses stupides. Ce thème est abordé à la session 12 du programme.

Techniques de TER:

La technique principale et distinctive de TER est le débat ou défi des croyances irrationnelles. C'est la composante de base des habiletés de pensée rationnelle enseignées par TER. Ce débat peut s'appliquer à différents niveaux d'abstraction. Cette technique générale comprend toutes formes d'interventions où le client est amené à confronter ses différentes croyances irrationnelles. Le débat réfère ainsi à toute technique où l'on démontre aux clients "comment leur raisonnement est erronné et pourquoi leurs croyances sont fausses"(Bernard et Joyce, 1984).

Parmi les techniques additionnelles employées par TER, on retrouve les modes d'intervention suivants. Il est à noter que l'ordre de présentation ne reflète pas la fréquence différentielle d'emploi de chacune de ces techniques.

- **présentations didactiques:** différents contenus de la théorie de TER sont présentés sous forme magistrale; des analogies ou paraboles peuvent être employées.

- **jeu de rôles:** le jeu de rôles permet au client d'examiner ses habitudes de pensées et de pratiquer des modes de pensées plus adaptés.

- **imagerie "émotivo-rationnelle:** l'animateur demande aux

participants de s'imaginer aussi vivement que possible dans une situation problématique. Il demande ensuite au client d'essayer de changer le sentiment d'une intensité extrême vers une intensité modérée. Lorsque le client est en mesure d'accomplir cette tâche, il l'amène à constater que le changement s'est produit par le biais du changement de ses pensées.

- auto-énoncés rationnels (ou "modeling" cognitif): le thérapeute fournit au client des auto-énoncés rationnels que ce dernier pourra répéter et utiliser subséquemment dans des situations qui tendent à occasionner chez lui des sentiments d'une intensité inappropriée. Le contenu de ces énoncés incorpore des concepts rationnels.

- humour et exagération: une croyance irrationnelle peut être exagérée sous forme humoristique pour démontrer son caractère erroné.

Style de(s) animateur(s):

- l'animateur intervient davantage au niveau des processus de raisonnement cognitif plutôt que de l'expression des émotions (ventilation)

- l'animateur est directif et emploie une approche structurée

- l'animateur utilise des méthodes didactiques pour présenter l'ABC de TER

- le style des interventions est fortement dirigé-vers-l'animateur plutôt que vers les processus qui prennent place entre les membres du groupe

- l'animateur crée un climat d'acceptation par son attitude de non-jugement

- l'animateur est enthousiaste et encourage les participants dans leurs efforts d'apprentissages

Le programme TER utilisé dans cette recherche est celui de Bernard et Joyce (1984). Il est destiné spécifiquement à une application à une population adolescente. Il comprend 12 sessions d'une durée de 45 minutes à une heure. Ce programme a été appliqué à deux groupes d'adolescent-e-s, soit un groupe d'étudiant-e-s de 4e et 5e secondaire et un groupe d'étudiant-e-s de 3e secondaire. Dans les pages qui suivent, le contenu exact de

chaque session en termes d'objectifs et d'activités se rapportant à l'extrait à coter est présenté. Les extraits comportent des intervalles de temps de cinq minutes pour chaque session et ont été choisis selon des séquences s'échelonnant du début à la fin des sessions, c'est-à-dire que l'extrait de la première session se rapportent aux cinq premières minutes de la session, celui de la deuxième session se situe entre la 5e et la 10e minute de la session, et ainsi de suite. L'appendice A jointe à ce document présente le détail des intervalles de temps utilisés.

Pour chacun des extraits, nous vous prions de répondre à la question suivante:

"Dans cet extrait, est-ce que le(les) animateur(s) sont fidèles à l'activité prévue et à ses objectifs et interviennent dans un style conforme à la TER appliquée aux adolescents?"

Pour ce faire, nous vous prions d'utiliser les feuilles-réponses jointes à ce document.

FEUILLE-REPONSE

"Dans cet extrait, est-ce que le(les) animateur(s) sont fidèles à l'activité prévue et à ses objectifs et interviennent dans un style conforme à la TER appliquée aux adolescents?"

Groupe de 4e et 5e secondaire

	pas du tout fidèles et conformes	peu fidèles et conformes	moyennement fidèles et conformes	grandement fidèles et conformes	tout à fait fidèles et conformes
Session 2	_____	_____	_____	_____	_____
Session 3	_____	_____	_____	_____	_____
Session 4	_____	_____	_____	_____	_____
Session 5	_____	_____	_____	_____	_____
Session 6	_____	_____	_____	_____	_____
Session 7	_____	_____	_____	_____	_____
Session 8	_____	_____	_____	_____	_____
Session 9	_____	_____	_____	_____	_____
Session 10	_____	_____	_____	_____	_____
Session 11	_____	_____	_____	_____	_____
Session 12	_____	_____	_____	_____	_____

"Dans l'ensemble de ces extraits, est-ce que le(les) animateur(s) sont fidèles à l'activité prévue et à ses objectifs et interviennent dans un style conforme à la TER appliquée aux adolescents?"

pas du tout fidèles et conformes	peu fidèles et conformes	moyennement fidèles et conformes	grandement fidèles et conformes	tout à fait fidèles et conformes
_____	_____	_____	_____	_____

FEUILLE-REPONSE

"Dans cet extrait, est-ce que le(les) animateur(s) sont fidèles à l'activité prévue et à ses objectifs et interviennent dans un style conforme à la TER appliquée aux adolescents?"

Groupe de 3e secondaire

	pas du tout fidèles et conformes	peu fidèles et conformes	moyennement fidèles et conformes	grandement fidèles et conformes	tout à fait fidèles et conformes
Session 1	_____	_____	_____	_____	_____
Session 2	_____	_____	_____	_____	_____
Session 3	_____	_____	_____	_____	_____
Session 4	_____	_____	_____	_____	_____
Session 5	_____	_____	_____	_____	_____
Session 6	_____	_____	_____	_____	_____
Session 7	_____	_____	_____	_____	_____
Session 8	_____	_____	_____	_____	_____
Session 9	_____	_____	_____	_____	_____
Session 10	_____	_____	_____	_____	_____
Session 11	_____	_____	_____	_____	_____
Session 12	_____	_____	_____	_____	_____

"Dans l'ensemble de ces extraits, est-ce que le(les) animateur(s) sont fidèles à l'activité prévue et à ses objectifs et interviennent dans un style conforme à la TER appliquée aux adolescents?"

pas du tout fidèles et conformes	peu fidèles et conformes	moyennement fidèles et conformes	grandement fidèles et conformes	tout à fait fidèles et conformes
_____	_____	_____	_____	_____

GRILLE DE COTATION DES JUGES

Intervalles de temps

	<u>Groupe de 4e et 5e secondaire:</u>	<u>Groupe de 3e secondaire:</u>
Session 1:	non disponible	0 à 5e minute
Session 2:	5e à 10e minute	5e à 10e minute
Session 3:	10e à 15e minute	10e à 15e minute
Session 4:	15e à 20e minute	15e à 20e minute
Session 5:	20e à 25e minute	20e à 25e minute
Session 6:	25e à 30e minute	25e à 30e minute
Session 7:	30e à 35e minute	30e à 35e minute
Session 8:	35e à 40e minute	35e à 40e minute
Session 9:	40e à 45e minute	40e à 45e minute
Session 10:	40e à 45e minute	45e à 50e minute
Session 11:	50e à 55e minute	0 à 5e minute
Session 12:	0 à 5e minute	5e à 10e minute

Il est à noter que les intervalles de temps peuvent avoir été décalés de quelques secondes à une minute lorsqu'un silence complet constituait l'intervalle prévu.

EXTRAITS DES BANDES AUDIO

Groupe de 4e et 5e secondaire

Session 1:

Non disponible

Session 2: Identifier les sentiments

Les adolescents ont souvent des habitudes d'utilisation d'expressions stéréotypées pour exprimer leur état émotionnel. L'objectif de la session est d'amener les participants à partager un langage commun des sentiments qui peut être utilisé pour identifier et discuter les sentiments.

Activité: Le dictionnaire des émotions

Les participants écrivent dans un cahier de notes qu'ils utiliseront de session en session, autant de mots qu'ils peuvent qui expriment des sentiments. Une liste de groupe est ensuite élaborée au tableau par les animateurs. (L'enregistrement de cette session est faible.)

Session 3: Les événements occasionnent les sentiments mais ne les causent pas

L'objectif de la session est d'apprendre qu'un même événement peut occasionner des sentiments différents chez les individus et que leurs sentiments face à un même événement changent avec le temps.

Activité: Que ressens-tu?

Les participants écrivent et partagent ensuite leurs sentiments face à une liste d'items (ex.: la musique classique, la température chaude, les gros chiens, etc.). Chaque membre du groupe écrit les sentiments prédominants qu'il ressent lorsqu'il s'imagine que l'événement lui arrive. Les sentiments associés à chaque item sont discutés et les différences individuelles sont soulignées. L'emphase est placée sur le fait que aucun item n'est associé avec un sentiment unique chez tous les membres du groupe.

Session 4: Les pensées causent les sentiments

L'objectif de la session est d'établir la connexion cruciale entre les pensées et les sentiments. L'emphase porte sur la relation entre la qualité des pensées et la qualité des

sentiments. Les participants apprennent que les pensées causent les sentiments, que des pensées désagréables causent des sentiments désagréables et que des pensées agréables causent des sentiments agréables.

Activité: Le jeu de la pensée: trouver le sentiment

Dans cette première activité de la session, deux situations qui comportent elles-mêmes deux parties sont lues à voix haute aux participants. Ces derniers sont invités à écrire les sentiments suscités par ces situations suite à la lecture de la partie 1 et ensuite la partie 2. Les différences individuelles dans les réponses face au même événement sont soulignées, de même que le fait que des pensées différentes mènent à des sentiments différents. En effet, les deux parties d'une même situation amènent les participants à vivre des sentiments et pensées différents. Dans l'extrait proposé, les participants écrivent leurs sentiments et pensées après la présentation de la deuxième partie de la situation 1.

Session 5: Mes propres pensées

L'objectif de la session est d'encourager les membres du groupe à examiner leurs propres habitudes de pensée et à identifier les pensées qu'ils expérimentent fréquemment en association avec des sentiments agréables et désagréables. La discussion porte sur la difficulté d'identifier ses propres pensées. Les participants sont amenés à explorer lesquelles de leurs propres pensées mènent à des sentiments agréables et lesquelles mènent à des sentiments désagréables.

Activité: Simulation expérientielle

Dans cette activité, l'animateur présente verbalement une situation différente à chaque participant sous la forme d'un jeu de rôle. Ces derniers tentent d'identifier leurs propres pensées et sentiments face à la situation. Dans le présent extrait, l'animateur joue le rôle d'un "camarade de classe baveux". Le participant identifie ses pensées et ses sentiments dans cette situation.

Session 6: Les pensées peuvent être rationnelles ou irrationnelles

L'objectif de la session est d'abord d'expliquer et de définir les concepts rationnel et irrationnel en tenant compte de la maturité du groupe. Les membres sont ensuite amenés à identifier certaines de leurs pensées rationnelles et irrationnelles.

Activité: Identifier les pensées rationnelles et irrationnelles
 Dessins des Affiches-Pensées

Dans la première activité, les membres du groupe tentent d'identifier les pensées rationnelles et irrationnelles parmi une liste de pensées. On leur demande quels sont les critères importants qui les aident à faire leur choix. Dans la deuxième activité qui est introduite dans l'extrait, on demande aux participants regroupés par groupes de deux ou trois, de dessiner des affiches montrant une personne avec deux "bulles de pensée" (une exprimant une pensée rationnelle, l'autre une pensée irrationnelle) en réponse à une parmi différentes situations (ex.: être rejeté par un-e ami-e, ne pas être invité à un party, etc.).

Session 7: Les pensées peuvent vous faire sentir mal

L'idée majeure de la session est: "Lorsque je deviens trop bouleversé, il est difficile d'améliorer la situation" et "Je peux contrôler à quel degré je suis bouleversé en changeant mes pensées irrationnelles en pensées rationnelles." L'objectif est donc la pratique du changement des pensées irrationnelles en pensées rationnelles.

Activité: "M. Latête"

Dans cette activité, les participants ont d'abord pigé dans un sac de papier sur lequel une tête est dessinée (M. Latête) des "cartes de pensée" rouges (idées irrationnelles) et vertes (idées rationnelles). Dans le présent extrait, les participants identifient d'abord des séquences événement-pensée-sentiment-comportement à partir de ces cartons rouges et verts. Les événements, les pensées, les sentiments et les comportements peuvent être tirés de leur expérience personnelle ou imaginées. Ils seront ensuite amenés à utiliser différentes méthodes pour défier ou questionner les pensées irrationnelles à l'aide de la "Roue du défi", qui consiste en un cercle divisé en huit sections décrivant différentes formulations de méthodes pour défier les pensées irrationnelles.

Session 8: Les pensées et les croyances

Dans cette session, le concept de croyance irrationnelle est introduit. Nos pensées sont rattachées à des croyances que nous avons à propos de nous-mêmes, des autres et des événements qui nous arrivent. Ces croyances peuvent être rationnelles ou irrationnelles. Les croyances irrationnelles mènent à des pensées irrationnelles. Cette session présente des mots clefs qui peuvent nous indiquer la présence de croyances irrationnelles. Les "devrait", "doit", "il faut" en sont des exemples et ils expriment des demandes irrationnelles. Ces dernières peuvent mener à la colère, la dépression et l'anxiété.

Activité: Une personne nommée "Malheur"

Dans cette activité, un visage triste et inquiet est présenté et on lui attribue des "bulles de pensée" telles que "Personne ne m'aime", "Ce n'est pas juste", "Je ne dois pas échouer mes math", "Je dois gagner ce débat", etc. On demande au groupe de décrire la façon dont il est probable que "Malheurs" se sente la plupart du temps. Quelles croyances peuvent soustendre ces pensées de "Malheurs"? Ensuite, on leur demande s'ils connaissent quelqu'un qui pense de cette façon. Dans l'extrait, les participants utilisent l'activité pour parler de leur vécu personnel et de leurs insatisfactions face à l'école.

Session 9: Défier et débattre

L'objectif de la session est d'abord d'apprendre que de mettre au défi les croyances irrationnelles peut apporter des changements dans la pensée et des sentiments moins perturbateurs; ensuite de pratiquer le débat et le défi de certaines croyances irrationnelles et finalement de pratiquer le débat et le défi de certaines de leurs propres croyances irrationnelles.

Activité: Penser en fonction du défi

Dans cette deuxième activité de la session, une feuille est distribuée aux participants, comportant cinq questions constituant une technique pour défier et débattre leurs croyances irrationnelles qui implique de se poser une série de questions. Les participants répondent à la question 1. Ils ont ensuite un temps pour écrire leur réponse. L'animatrice passe ensuite à la question 2.

Session 10: Les postulats fondés et non fondés

De nouveaux concepts sont introduits au groupe: ceux de postulats fondés et non-fondés. Nous considérons certaines de nos opinions comme des faits et nous prenons les comme allant de soi et nous les assumons correctes, même si elles n'ont pas été testées. L'objectif est d'apprendre que d'avoir une opinion à propos de quelque chose ne la rend pas vraie pour autant; que certaines des choses que nous croyons (nos croyances) ne sont pas vraies (sont basées sur des postulats non-fondés) et que des postulats non-fondés mènent à des erreurs.

Activité: "Jeu pêle-mêle"

Dans cette activité, un participant est sélectionné et une enveloppe lui est remise contenant une carte "Oui" et d'autres cartes "Non". On lui dit que pendant qu'il jouera à un jeu, l'animateur sélectionnera un participant du groupe qui lui demandera pour se joindre à lui. Lorsque quelqu'un lui demande de se joindre à lui, le "joueur" se retire dans un endroit hors de la

vue du reste du groupe et tire une carte de l'enveloppe. Si c'est une carte "Oui", l'autre participant peut se joindre à lui, alors que si c'est une carte "Non", il ne peut pas. Le jeu dure un certain temps, puis on demande ensuite aux participants quels postulats ont-ils fait à propos des raisons pour lesquelles ils ont été inclus ou non. Comment se sont-ils sentis s'ils n'ont pas été inclus? On demande au groupe d'aider les participants à défier les pensées irrationnelles associées aux postulats non-fondés et on discute les conséquences d'adopter de tels postulats. Dans cet extrait, l'activité est terminée. Les participants et les animateurs font un retour sur l'activité.

Session 11: Désirs et besoins

La session débute par une discussion des besoins de base des gens. L'emphase est mise sur le fait que les gens croient et agissent comme s'ils avaient besoin de plus de choses qu'ils en ont réellement besoin. Les objectifs pour chaque membre sont de parvenir à distinguer les désirs des besoins et de se pratiquer à défier les besoins irrationnels pour en arriver à les exprimer en souhaits ou préférences rationnels.

Activité: Défier les besoins et demandes irrationnelles

Dans cette deuxième activité de la session, quatre besoins irrationnels sont énumérés au tableau: 1- avoir ce que je désire, 2- avoir du succès, 3- être aimé par tous, 4- demande de confort. Les attitudes opposées pour chaque exemple sont jouées en paires. Dans l'extrait, on assiste à un jeu de rôle lors duquel les attitudes opposées pour un exemple de besoin irrationnel sont jouées par une participante et l'animateur. Une discussion suit.

Session 12: La surgénéralisation est irrationnelle

Beaucoup de pensées irrationnelles à l'égard de soi sont à la base de la surgénéralisation. Les activités de cette dernière session aident les membres du groupe à se percevoir et à percevoir les autres comme des individus complexes, distincts de leurs performances (comportements).

Activité: "Je me jette aux rébutis"

Dans cette activité, on enseigne d'abord au groupe l'exemple du "pneu crevé" et on demande: "supposons que vous avez un pneu crevé sur votre voiture, allez-vous jeter votre voiture au complet aux rébutis parce qu'elle a un pneu crevé?" On demande ensuite: "Qui peut expliquer comment il se fait que les gens se "jette aux rébutis"? Lorsque quelqu'un focusse seulement sur des caractéristiques négatives, il se "jette aux rébutis".

EXTRAITS DES BANDES AUDIO

Groupe de 3e secondaire

Session 1: Présentations

L'objectif de cette première session est la présentation des animateurs et des membres du groupe. Les activités visent l'ouverture de soi à propos de faits et de préférences "sécures" et de développer une attitude de confiance face aux autres dans le groupe.

Activité: "Te connaître"

Lors de cette activité, les membres du groupe forment des pairs avec quelqu'un qu'ils ne connaissent pas, si possible. A parle à B à propos de lui-même, lui disant des faits, des choses qu'il aime et qu'il n'aime pas; ensuite les rôles sont renversés et B parle à A. Le groupe se rassemble et les écoutants présentent ce dont ils se souviennent de leur partenaire. De nouvelles pairs sont formées et le processus est répété.

Session 2: Identifier les sentiments

Les adolescents ont souvent des habitudes d'utilisation d'expressions stéréotypées pour exprimer leur état émotionnel. L'objectif de la session est d'amener les participants à partager un langage commun des sentiments qui peut être utilisé pour identifier et discuter les sentiments.

Activité: Le dictionnaire des émotions

Les participants écrivent dans un cahier de notes qu'ils utiliseront de session en session, autant de mots qu'ils peuvent qui expriment des sentiments. Une liste de groupe est ensuite élaborée au tableau par les animateurs.

Session 3: Les événements occasionnent les sentiments mais ne les causent pas

L'objectif de la session est d'apprendre qu'un même événement peut occasionner des sentiments différents chez les individus et que leurs sentiments face à un même événement changent avec le temps.

Activité: Que ressens-tu?

Les participants écrivent et partagent ensuite leurs

sentiments face à une liste d'items (ex.: la musique classique, la température chaude, les gros chiens, etc.). Chaque membre du groupe écrit les sentiments prédominants qu'il ressent lorsqu'il s'imagine que l'événement lui arrive. Les sentiments associés à chaque item sont discutés et les différences individuelles sont soulignées. L'emphase est placée sur le fait que aucun item n'est associé avec un sentiment unique chez tous les membres du groupe.

Session 4: Les pensées causent les sentiments

L'objectif de la session est d'établir la connexion cruciale entre les pensées et les sentiments. L'emphase porte sur la relation entre la qualité des pensées et la qualité des sentiments. Les participants apprennent que les pensées causent les sentiments, que des pensées désagréables causent des sentiments désagréables et que des pensées agréables causent des sentiments agréables.

Activité: Le jeu de la pensée: trouver le sentiment

Dans cette première activité de la session, deux situations qui comportent elles-mêmes deux parties sont lues à voix haute aux participants. Ces derniers sont invités à écrire les sentiments suscités par ces situations suite à la lecture de la partie 1 et ensuite la partie 2. Les différences individuelles dans les réponses face au même événement sont soulignées, de même que le fait que des pensées différentes mènent à des sentiments différents. En effet, les deux parties d'une même situation amènent les participants à vivre des sentiments et pensées différents. Dans l'extrait proposé, la première partie de la situation 2 est présentée aux participants.

Session 5: Mes propres pensées

L'objectif de la session est d'encourager les membres du groupe à examiner leurs propres habitudes de pensée et à identifier les pensées qu'ils expérimentent fréquemment en association avec des sentiments agréables et désagréables. La discussion porte sur la difficulté d'identifier ses propres pensées. Les participants sont amenés à explorer lesquelles de leurs propres pensées mènent à des sentiments agréables et lesquelles mènent à des sentiments désagréables.

Activité: Simulation expérientielle

Dans cette activité, l'animateur présente verbalement une situation différente à chaque participant sous la forme d'un jeu de rôle. Ces derniers tentent d'identifier leurs propres pensées et sentiments face à la situation. Dans le présent extrait, les animateurs et les participants font un retour sur les jeux de rôles.

Activité: Reprise immédiate (début seulement)

Cette deuxième activité est présentée. Elle consiste à amener les participants à raconter des événements ou expériences agréables d'abord et par la suite, des événements ou expériences désagréables. Une "reprise" (à la manière d'une émission sportive à la télévision) d'une de ces dernières expériences est effectuée en détails pour identifier les sentiments et pensées qui s'y rattachent. On procède ensuite à la recherche d'options, c'est-à-dire à des pensées alternatives que le participant aurait pu utiliser lors de cet événement.

Session 6: Les pensées peuvent être rationnelles ou irrationnelles

L'objectif de la session est d'abord d'expliquer et de définir les concepts rationnel et irrationnel en tenant compte de la maturité du groupe. Les membres sont ensuite amenés à identifier certaines de leurs pensées rationnelles et irrationnelles.

Activité: Dessins des Affiches-Pensées

Dans cette activité, on demande aux participants regroupés par groupes de deux ou trois, de dessiner des affiches montrant une personne avec deux "bulles de pensée" (une exprimant une pensée rationnelle, l'autre une pensée irrationnelle) en réponse à une parmi différentes situations (ex.: être rejeté par un-e ami-e, ne pas être invité à un party, etc.). Dans cet extrait, les participants et les animateurs présentent chacun leur affiche-pensée: Une discussion accompagne cette présentation.

Session 7: Les pensées peuvent vous faire sentir mal

L'idée majeure de la session est: "Lorsque je deviens trop bouleversé, il est difficile d'améliorer la situation" et "Je peux contrôler à quel degré je suis bouleversé en changeant mes pensées irrationnelles en pensées rationnelles." L'objectif est donc la pratique du changement des pensées irrationnelles en pensées rationnelles.

Activité: "M. Latête"

Dans cette activité, les participants pigent d'abord dans un sac de papier sur lequel une tête est dessinée (M. Latête) des "cartes de pensée" rouges (idées irrationnelles) et vertes (idées rationnelles). Ils tentent d'identifier des séquences événement-pensée-sentiment-comportement à partir de ces cartons rouges et verts. Les événements, les pensées, les sentiments et les comportements peuvent être tirés de leur expérience personnelle ou imaginées. Ils sont ensuite amenés à utiliser différentes méthodes pour défier ou questionner les pensées irrationnelles à l'aide de la "Roue du défi", qui consiste en un

cercle divisé en huit sections décrivant différentes formulations de méthodes pour défier les pensées irrationnelles.

Session 8: Les pensées et les croyances

Dans cette session, le concept de croyance irrationnelle est introduit. Nos pensées sont rattachées à des croyances que nous avons à propos de nous-mêmes, des autres et des événements qui nous arrivent. Ces croyances peuvent être rationnelles ou irrationnelles. Les croyances irrationnelles mènent à des pensées irrationnelles. Cette session présente des mots clefs qui peuvent nous indiquer la présence de croyances irrationnelles. Les "devrait", "doit", "il faut" en sont des exemples et ils expriment des demandes irrationnelles. Ces dernières peuvent mener à la colère, la dépression et l'anxiété.

Activité: Technique de Young

Dans cette deuxième activité de la session, on demande aux membres de fermer les yeux et de penser à un moment où ils se sont sentis très fâchés. On leur demande de revivre la scène pendant quelques moments en imagination. On distribue ensuite des feuilles EPSC et les membres complètent les sections E (événement), S (sentiment) et C (comportement). On leur demande ensuite de compléter les sections P (pensées) autour des "dois", "devrait" et "il faut" qui y sont inscrits. Dans le présent extrait, après avoir fermé les yeux et avoir revécu pendant un moment une scène où ils se sont sentis très fâchés, les participants complètent les feuilles EPSC.

Session 9: Défier et débattre

L'objectif de la session est d'abord d'apprendre que de mettre au défi les croyances irrationnelles peut apporter des changements dans la pensée et des sentiments moins perturbateurs; ensuite de pratiquer le débat et le défi de certaines croyances irrationnelles et finalement de pratiquer le débat et le défi de certaines de leurs propres croyances irrationnelles.

Activité: Six personnages

Dans cette activité, six personnages irrationnels sont présentés aux participants au moyen de posters. Chacun symbolise une croyance irrationnelle. Pour chacune de cinq situations, on demande au groupe de sélectionner deux ou trois personnages appropriés pour jouer la situation. On demande à deux ou trois membres de la jouer en mettant l'accent sur l'expression de croyances irrationnelles. Dans le présent extrait, les participantes choisissent un des six personnages irrationnels qu'elles personnifient dans une des situations présentée.

Session 10: Les postulats fondés et non fondés

De nouveaux concepts sont introduits au groupe: ceux de postulats fondés et non-fondés. Nous considérons certaines de nos opinions comme des faits et nous prenons les autres comme allant de soi et nous les assumons correctes, même si elles n'ont pas été testées. L'objectif est d'apprendre que d'avoir une opinion à propos de quelque chose ne la rend pas vraie pour autant; que certaines des choses que nous croyons (nos croyances) ne sont pas vraies (sont basées sur des postulats non-fondés) et que des postulats non-fondés mènent à des erreurs.

Activité: "Jeu pêle-mêle"

Dans cette activité, un participant est sélectionné et une enveloppe lui est remise contenant une carte "Oui" et d'autres cartes "Non". On lui dit que pendant qu'il jouera à un jeu, l'animateur sélectionnera un participant du groupe qui lui demandera pour se joindre à lui. Lorsque quelqu'un lui demande de se joindre à lui, le "joueur" se retire dans un endroit hors de la vue du reste du groupe et tire une carte de l'enveloppe. Si c'est une carte "Oui", l'autre participant peut se joindre à lui, alors que si c'est une carte "Non", il ne peut pas. Le jeu dure un certain temps, puis on demande ensuite aux participants quels postulats ont-ils fait à propos des raisons pour lesquelles ils ont été inclus ou non. Comment se sont-ils sentis s'ils n'ont pas été inclus? On demande au groupe d'aider les participants à défier les pensées irrationnelles associées aux postulats non-fondés et on discute les conséquences d'adopter de tels postulats. Dans cet extrait, l'activité est terminée. Une discussion suit l'activité où les animateurs confrontent les participants sur leurs postulats non fondés.

Session 11: Désirs et besoins

La session débute par une discussion des besoins de base des gens. L'emphase est mise sur le fait que les gens croient et agissent comme s'ils avaient besoin de plus de choses qu'ils en ont réellement besoin. Les objectifs pour chaque membre sont de parvenir à distinguer les désirs des besoins et de se pratiquer à défier les besoins irrationnels pour en arriver à les exprimer en souhaits ou préférences rationnels.

Activité: "La survie"

Dans cette activité, on demande aux participants de s'imaginer sur une île déserte. Qu'ont-ils besoin pour survivre? L'activité est présentée et les participants dessinent leur île déserte avec ce qu'ils s'imaginent avoir besoin pour survivre.

Session 12: La surgénéralisation est irrationnelle

Beaucoup de pensées irrationnelles à l'égard de soi sont à la base de la surgénéralisation. Les activités de cette dernière session aident les membres du groupe à se percevoir et à percevoir les autres comme des individus complexes, distincts de leurs performances (comportements).

Activité: "Je me jette aux rebuts"

Dans cette activité, on enseigne d'abord au groupe l'exemple du "pneu crevé" et on demande: "supposons que vous avez un pneu crevé sur votre voiture, allez-vous jeter votre voiture au complet aux rebuts parce qu'elle a un pneu crevé?" On demande ensuite: "Qui peut expliquer comment il se fait que les gens se "jette aux rebuts"? Lorsque quelqu'un focusse seulement sur des caractéristiques négatives, il se "jette aux rebuts".

Activité: Complexifie-moi (début seulement)

Dans cette dernière activité, on demande à chaque adolescent de remplir les cercles du concept de soi. Une feuille est distribuée sur laquelle un cercle central est entouré de cercles de même grandeur identifiés + ou -. Les adolescents sont invités à partager leurs concepts de soi. La discussion porte sur des questions telles que: "Qu'est-ce qui est le plus difficile à trouver, les caractéristiques positives ou négatives? Pourquoi? Ensuite, les participants jouent en paires un "jeu de noms": chaque membre de la paire appelle l'autre d'un nom (en référence à leurs caractéristiques). L'autre membre de la paire défie le nom à voix haute par la référence à ses qualités positives et négatives. On aide les jeunes à introduire des mots comme "parfois", "à l'occasion", "rarement", "la plupart du temps" lorsqu'ils décrivent leurs qualités, ce qui leur permet de focusser sur leurs qualités, ainsi que sur leur complexité comme individu.

Appendice M
Données brutes

Données brutes, partie 1

NO.	AGE	SCOL	SEXE	IDB1	IDB2	IDB4	IDB5	HAMI	EGO	FP	AI	CS
01	16	5	M	25	17	00	06	15	39	11	16	12
02	17	4	M	18	15	10	09	13	38	08	13	17
03	15	4	M	23	27	13	10	16	51	16	19	16
04	15	4	F	27	26	20	17	10	51	12	21	18
05	15	4	F	18	19	18	11	11	42	13	12	17
06	15	4	F	16	15	17	07	11	42	14	11	17
07	15	4	F	23	23	19	10	12	55	21	16	18
08	15	4	F	16	19	07	08	11	44	15	14	15
09	17	5	F	38	35	14	07	12	52	15	17	20
10	15	4	F	31	22	18	09	15	51	16	17	18
11	17	3	F	38	42	19	19	15	52	14	16	22
12	14	3	F	28	28	16	15	10	51	15	17	19
13	15	4	M	23	17	16	25	11	57	21	15	21
14	16	4	M	18	17	16	21	10	54	17	19	18
15	16	5	F	23	28	16	22	11	56	21	12	23
16	15	4	F	17	15	17	18	11	43	11	14	18
17	16	5	F	38	31	18	35	13	46	16	13	17
18	16	4	F	18	15	13	10	13	49	12	22	15
19	17	5	F	18	23	10	06	13	56	21	15	20
20	16	4	F	24	19	32	29	11	42	13	10	19
21	14	3	M	19	15	10	10	10	52	17	16	19
22	14	3	F	29	16	12	15	10	54	17	16	21
23	14	3	F	34	23	19	23	10	50	19	12	19
24	14	3	F	44	32	14	10	14	58	21	19	18
25	14	3	F	38	27	00	00	12	62	20	20	22

Note

SCOL réfère au niveau de scolarité du sujet. IDB1 réfère au score obtenu à la pré-sélection. IDB2 réfère au score obtenu à la pré-sélection 2. IDB3 réfère au score obtenu à la mi-traitement. IDB4 réfère au score obtenu au post-test. IDB5 réfère au score obtenu à la relance. HAMIL réfère au score obtenu au Hamilton. EGO réfère au score total d'égoïsme. FP réfère au score de la sous-échelle Fable personnelle. AI réfère au score de la sous-échelle Audience imaginaire. CS réfère au score de la sous-échelle Conscience de soi.

Données brutes, partie 2

NO.	NS	SP	IRR1	AW1	SDS1	ODS1	FTF1	VP1	APP1	IRR2	AW2	SDS2	ODS2
01	43	25	138	24	30	32	28	24	43	148	30	28	26
02	37	21	142	25	23	28	34	32	38	154	27	25	28
03	51	29	152	26	34	30	25	37	30	150	37	28	29
04	54	41	102	19	20	23	15	25	35	105	16	23	24
05	42	20	145	25	25	35	31	29	38	152	30	29	34
06	53	24	127	22	25	30	20	30	40	207	49	35	34
07	45	37	123	19	27	20	26	31	30	150	30	29	29
08	56	30	132	24	20	37	33	18	40	149	32	28	37
09	56	18	143	24	33	36	23	27	34	187	35	39	36
10	49	28	119	20	22	32	17	28	40	166	32	27	39
11	34	28	111	30	20	20	16	25	30	162	31	32	35
12	52	25	122	23	23	22	26	28	40	125	28	20	26
13	43	29	122	17	19	31	28	27	44	121	21	23	31
14	46	35	149	32	27	31	29	30	36	127	25	24	28
15	40	19	133	27	28	34	17	27	43	113	20	20	27
16	40	17	133	26	22	29	34	22	38	157	31	29	33
17	47	45	135	25	26	27	22	35	33	158	33	31	33
18	53	26	123	18	24	31	20	30	34	121	16	24	34
19	44	22	115	25	19	23	24	24	38	122	19	24	26
20	31	39	131	29	25	23	28	26	37	126	22	26	28
21	39	28	124	22	14	40	34	14	36	133	28	23	29
22	49	34	110	18	21	28	18	25	29	134	24	26	32
23	33	19	123	22	17	30	26	28	43	129	25	24	28
24	49	27	077	18	12	21	14	12	42	106	21	16	31
25	59	29	141	32	12	39	30	28	39	125	21	20	36

Note

NS réfère au score à la sous-échelle non-sociale. SP réfère au score à la sous-échelle socio-politique. IRR1 réfère au score total d'irrationnalité au pré-test. AW1 réfère au score à la sous-échelle "Catastrophisation" au pré-test. SDS1 réfère au score à la sous-échelle Doit-dirigés-vers-soi au pré-test. ODS1 réfère au score à la sous-échelle Doit-dirigés-vers-les-autres au pré-test. FTF1 réfère au score à la sous-échelle Faible tolérance à la frustration au pré-test. VP1 réfère à la sous-échelle Valeur personnelle au pré-test. APP1 réfère au score à la sous-échelle Apprentissage au pré-test. IRR2 réfère au score total d'irrationnalité au post-test. AW2 réfère au score à la sous-échelle "Catastrophisation" au post-test. SDS2 réfère au score à la sous-échelle Doit-dirigés-vers-soi au post-test. ODS2 réfère au score à la sous-échelle Doit-dirigés-vers-les-autres au post-test.

Données brutes, partie 3

No.	FTF2	VP2	APP2	APPMI	IRR3	AW3	SDS3	ODS3	FTF3	VP3	APP3	LEQ1M1
01	36	38	28	39	159	26	30	33	35	35	37	15
02	31	43	45	39	154	24	27	31	35	37	43	16
03	28	28	43	38	161	31	31	30	33	36	36	13
04	19	23	38	34	124	28	22	29	20	25	34	05
05	29	30	40	38	157	32	30	33	31	31	40	09
06	51	38	45	41	255	59	45	43	58	50	39	11
07	31	31	40	31	143	26	26	30	27	34	32	08
08	29	23	39	42	167	34	30	36	34	33	37	05
09	40	37	40	39	178	38	31	36	36	36	40	04
10	32	36	46	33	156	26	28	34	30	38	35	06
11	31	33	37	40	120	22	23	24	23	28	47	06
12	24	27	39	37	131	24	24	29	26	28	37	12
13	23	23	45	43	087	13	14	26	14	20	39	11
14	26	24	39	35	127	24	20	29	26	28	45	12
15	20	26	37	36	114	23	13	29	28	21	35	10
16	35	29	35	34	153	34	25	35	33	26	33	14
17	28	33	33	35	142	26	27	30	29	30	36	10
18	18	29	29	30	117	12	23	34	21	27	28	03
19	24	29	39	39	112	20	22	24	23	23	38	10
20	26	24	40	38	126	24	18	30	25	29	41	15
21	28	25	39	36	113	23	14	29	22	25	43	02
22	23	29	34	37	150	32	26	34	28	30	38	10
23	23	29	39	42	133	23	29	33	20	28	41	06
24	24	14	37	44	132	32	26	29	22	23	36	06
25	24	24	40	37	113	24	11	37	18	23	40	06

Notes

FTF2 réfère au score à la sous-échelle Faible tolérance à la frustration au post-test. VP2 réfère à la sous-échelle Valeur personnelle au post-test. APP2 réfère au score à la sous-échelle Apprentissage au post-test. IRR3 réfère au score total d'irrationnalité à la relance. AW3 réfère au score à la sous-échelle "Catastrophisation" à la relance. SDS3 réfère au score à la sous-échelle Doit-dirigés-vers-soi à la relance. ODS3 réfère au score à la sous-échelle Doit-dirigés-vers-les-autres à la relance. FTF3 réfère au score à la sous-échelle Faible tolérance à la frustration à la relance. VP3 réfère à la sous-échelle Valeur personnelle à la relance. APP3 réfère au score à la sous-échelle Apprentissage à la relance. LEQ1M1 réfère à la fréquence d'événements stressants depuis moins de un an au pré-test.

Données brutes, partie 4

NO.	LEQ1M2	LEQ1M3	LEQ+	F1	M1	F2	M2	F3	M3	OB11	OB12	OB21	OB22	OB31
01	14	12	4	078	055	088	000	072	020	27	52	29	42	28
02	18	17	1	053	060	073	050	064	100	46	27	30	25	28
03	14	16	4	055	070	079	100	086	100	35	27	31	26	30
04	07	05	2	072	080	094	083	050	060	27	33	25	35	26
05	06	05	2	052	060	070	100	064	020	25	33	27	33	27
06	11	09	2	057	075	079	092	100	060	25	33	25	25	25
07	10	12	4	048	080	088	100	057	100	38	22	33	21	26
08	04	03	2	052	065	083	017	064	060	27	35	26	33	27
09	07	07	2	067	013	069	060	061	000	47	29	41	37	28
10	08	07	3	027	025	---	---	050	010	36	29	43	36	29
11	15	08	3	000	025	025	054	056	065	27	31	25	25	32
12	13	14	2	000	025	010	069	022	085	32	50	27	40	35
13	15	12	1	047	060	068	067	079	020	36	25	31	22	28
14	14	14	4	042	050	063	000	050	010	31	29	31	32	34
15	07	12	3	048	028	063	057	056	039	29	28	26	30	25
16	10	10	2	040	055	073	033	079	040	30	29	22	23	31
17	13	13	2	070	013	088	080	072	100	31	23	28	36	32
18	02	02	4	040	045	078	000	043	000	41	39	23	37	31
19	09	09	3	065	083	088	098	078	094	27	30	26	23	32
20	12	10	1	038	070	063	083	036	040	22	31	21	26	24
21	04	05	1	009	050	040	069	049	070	23	23	22	31	24
22	09	12	3	000	038	035	092	056	090	30	59	34	45	30
23	07	07	1	000	013	065	069	078	080	22	29	25	35	25
24	12	08	3	027	038	070	077	100	085	53	28	30	29	28
25	07	07	2	000	000	040	062	038	055	40	57	33	44	28

Note

LEQ1m2 réfère à la fréquence d'événements stressants depuis moins d'un an au post-test. LEQ1m3 réfère à la fréquence d'événements stressants depuis moins d'un an à la relance. LEQ+ réfère au score obtenu au Questionnaire sur l'origine de l'épisode dépressif (1=échec, 2=rejet, 3=échec et rejet, 4=aucun). F1 réfère au score obtenu au test de français au pré-test. M1 réfère au score obtenu au test de mathématiques au pré-test. F2 réfère au score obtenu au test de français au post-test. M2 réfère au score obtenu au test de mathématiques au post-test. F3 réfère au score obtenu au test de français à la relance. M3 réfère au score obtenu au test de mathématiques à la relance. OB11 réfère au score à l'observation par les professeurs 1 au pré-test. OB12 réfère au score à l'observation par les professeurs 2 au pré-test. OB21 réfère au score à l'observation par les professeurs 1 au post-test. OB22 réfère au score à l'observation par les professeurs 2 au post-test. OB31 réfère au score à l'observation par les professeurs 1 à la relance.

Données brutes, partie 5

NO.	OB32	LEQ1+	LEQ10	LEQ1-	LEQ2+	LEQ20	LEQ2-	LEQ3+	LEQ30	LEQ3-
01	29	7	4	4	9	02	3	7	3	2
02	26	7	6	3	6	08	4	9	4	4
03	29	4	4	5	4	10	0	6	6	4
04	28	2	1	2	4	00	3	3	0	2
05	23	4	2	3	1	02	3	1	1	3
06	28	7	2	2	8	01	2	5	2	2
07	22	2	3	3	3	05	2	4	6	2
08	26	1	2	2	1	01	2	2	0	1
09	24	2	1	1	3	01	3	2	2	3
10	36	4	2	0	3	04	1	2	3	2
11	31	6	2	4	2	05	8	1	2	5
12	39	1	2	3	8	01	4	9	1	4
13	22	5	2	4	3	07	5	5	3	4
14	30	3	6	3	8	02	4	6	2	6
15	29	5	1	4	4	02	1	6	1	5
16	23	6	3	5	4	02	4	6	0	4
17	24	4	2	4	6	00	7	6	0	7
18	35	0	1	2	0	00	2	1	1	0
19	26	3	1	6	5	00	4	6	0	3
20	26	7	1	7	7	00	5	4	0	6
21	43	2	0	0	3	01	0	4	0	1
22	45	5	0	5	4	01	4	5	3	4
23	28	1	4	1	2	03	2	1	3	2
24	27	5	0	1	5	01	6	5	1	2
25	39	4	0	2	5	00	2	5	0	2

Note

OB32 réfère au score à l'observation par les professeurs 2 à la relance.
 LEQ1+ réfère à la fréquence d'événements stressants positifs au pré-test.
 LEQ10 réfère à la fréquence d'événements stressants neutres au pré-test.
 LEQ1- réfère à la fréquence d'événements stressants négatifs au pré-test.
 LEQ1+ réfère à la fréquence d'événements stressants positifs au post-test.
 LEQ10 réfère à la fréquence d'événements stressants neutres au post-test.
 LEQ1- réfère à la fréquence d'événements stressants négatifs au post-test.
 LEQ1+ réfère à la fréquence d'événements stressants positifs à la relance.
 LEQ10 réfère à la fréquence d'événements stressants neutres à la relance.
 LEQ1- réfère à la fréquence d'événements stressants négatifs à la relance.