

---

## L'efficacité d'une stratégie d'intervention émotivo-rationnelle auprès d'adolescents dépressifs du milieu scolaire

---

Diane Marcotte  
Pierre Baron  
*Université d'Ottawa*

---

### Résumé

Cette étude vérifie, à l'intérieur d'un cadre scolaire, l'efficacité d'une intervention émotivo-rationnelle de groupe auprès d'adolescents dépressifs. Vingt-cinq adolescents, âgés de 14 à 17 ans, ont participé à cette étude. Suite à une procédure de sélection inspirée de Reynolds (1986), les sujets ont été assignés à deux groupes expérimentaux et à deux groupes-contrôle liste d'attente. Douze rencontres ont été offertes aux groupes expérimentaux selon le programme de Bernard et Joyce (1984). Des mesures pré-test, post-test et de relance ont été recueillies. Les mesures de la dépression utilisées sont l'Inventaire de dépression de Beck, l'Échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton et un Questionnaire d'observations par les professeurs. Le Questionnaire des croyances personnelles de Kassinové et Berger a été utilisé comme mesure de l'irrationalité. Les résultats au post-test montrent une diminution du taux de dépression tant chez les sujets des groupes expérimentaux que chez ceux des groupes-contrôle, mais celle-ci n'est conservée à la relance que dans les groupes expérimentaux. Chez les sujets de ces mêmes groupes, une diminution du taux de croyances irrationnelles, qui demeure présente à la relance, est observée dès le post-test. Les résultats sont discutés à la lumière du développement de stratégies d'intervention face à la dépression chez les adolescents.

### Abstract

This school-based study verifies the efficacy of a group rational-emotive intervention with depressive teenagers. Twenty-five teenagers, aged 14 to 17 years, took part in this study. Following a selecting procedure inspired by Reynolds (1986), the subjects were assigned to two experimental groups and to two waiting list control groups. Twelve meetings were offered to the experimental groups according to Bernard and Joyce's program (1984). Data were collected from pre-test, post-test, and follow-up. The measurements used for the depression were Beck Depression Inventory, the Hamilton Depression Rating Scale, and an observational questionnaire by the teachers. Kassinové and Berger's Survey of Personal Beliefs was used as a measurement of irrational thinking. The results at the post-test show a diminution of the level of depression in both the experimental groups and the control groups, but was kept only for the experimental groups at the follow-up. With the subjects of the same groups, a diminution of the level of irrational beliefs, which stays present at the follow-up, is observed at the post-test. The results are discussed with the current development of intervention strategies for the treatment of depression in teenagers.

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. Les travaux de Bowlby sur l'attachement de même que ceux de Spitz sur la dépression anaclitique témoignent de cet intérêt pour le thème de la dépression 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 enfants et les adolescents. Les différents points de vue proposés

ont permis l'évolution de la pensée sur cette question jusqu'au début des années 80. Au cours de cette dernière décennie, l'arrivée du DSM-III (1980) a influencé la conception de la dépression chez les jeunes. Depuis les années 80, un intérêt renouvelé à l'endroit de cette problématique se dessine chez les chercheurs, en dépit de la question non-résolue concernant la similarité phénoménologique de la dépression chez les enfants, les adolescents et les adultes. Il semble même qu'il y ait présentement un consensus autour de l'utilisation des critères de dépression majeure ou unipolaire du DSM-III-R pour identifier le trouble dépressif chez ces populations.

L'incidence de la dépression chez les adolescents est difficile à déterminer de façon précise, cela est dû au fait que les procédures utilisées dans les études sont hétérogènes tant au plan des critères diagnostiques et des mesures d'évaluation utilisés qu'à celui des populations étudiées. A partir de l'Inventaire de dépression de Beck (1978) et de l'application des critères de coupure des niveaux de dépression utilisés avec les adultes, les résultats obtenus par Reynolds (1986) révèlent que 7% des adolescents sont sévèrement déprimés, 9% sont modérément dépressifs et 18% obtiennent un taux léger de dépression. Dans la population clinique, ce taux s'élève de façon marquée et varie selon les études de 10 à 59% (Baron, 1985). Selon les échantillons de la population générale étudiés, les symptômes dépressifs augmentent de l'enfance à l'adolescence et cette augmentation semble davantage reliée à la puberté qu'à l'âge chronologique (Rutter, 1986). Les échantillons cliniques confirment également cette augmentation. Un changement de ratio selon le sexe se produirait à la puberté et demeurerait présent à l'âge adulte. D'une prédominance des hommes comparés aux femmes avant la puberté, les femmes deviendraient à leur tour plus dépressives que les hommes après la puberté (Rutter, 1986). La stabilité temporelle des symptômes deviendrait également plus évidente lorsque mesurée entre le début et la fin de l'adolescence (Strober, 1986).

Des stratégies de traitement du trouble dépressif chez les adolescents ont également fait leur apparition au cours des dernières années et la vérification de leur efficacité thérapeutique commence à apparaître dans la littérature. L'étude de Butler, Mieziotis, Friedman et Cole (1980) est reconnue comme 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, cependant ceci se fait auprès d'une population pré-adolescente de 10 à 13 ans. Quatre conditions sont comparées: jeu de rôle, restructuration cognitive, attention placebo et contrôle. Chacune des mesures pré- et post-test de la batterie de la dépression révèle une amélioration maximale du groupe jeu de

rôle. Il est à remarquer qu'aucune procédure de relance n'est incluse dans cette étude.

Pour diminuer la dépression chez des adolescents, Reynolds et Coats (1986) ont comparé l'efficacité de deux traitements: celui d'un groupe cognitif-behavioral et d'un groupe d'entraînement à la relaxation à celui d'un groupe contrôle-liste d'attente. La stratégie cognitive-behaviorale utilisée met l'accent sur l'enseignement d'habiletés d'auto-contrôle. Comparativement au groupe-contrôle, les sujets des deux groupes de traitement ont montré au post-test des améliorations significatives et équivalentes de leur niveau de dépression. A la relance, les différences entre les groupes traitement et contrôle demeurent présentes sur deux des trois mesures de dépression utilisées. L'efficacité d'une version récente d'un programme de traitement issu de modèle d'apprentissage social de Lewinsohn a fait l'objet d'une étude contrôlée (Clarke, 1987; Lewinsohn, Clarke, Hops, Andrews & Osteen, 1988). 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 au moyen d'un diagnostic selon le DSM-III et le l'IDB. L'administration du traitement aux adolescents uniquement ou aux adolescents et à leurs parents s'est révélée plus efficace pour diminuer la dépression comparativement au groupe contrôle-liste d'attente.

Le programme de thérapie émotivo-rationnelle de Bernard et Joyce (1984) utilisé dans la présente étude s'inscrit dans cet effort très actuel de systématisation du traitement de la dépression chez les adolescents. Bien que la thérapie émotivo-rationnelle soit utilisée auprès d'échantillons d'enfants et d'adolescents depuis plus d'une vingtaine d'années, la vérification contrôlée de ce modèle thérapeutique auprès de ces populations demeure peu élaborée et son efficacité reste à être déterminée (Watter, 1988). L'intérêt de la présente recherche découle du fait que les études n'ont pas encore abordé la problématique de la dépression chez les adolescents comme c'est également le cas avec les populations adultes. 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 qu'à celui de l'utilisation de mesures de dépression comme variables dépendantes.

Le programme proposé par Bernard et Joyce, visant une application auprès de populations d'enfants et d'adolescents, se présente sous une forme détaillée et structurée en un nombre précis de sessions. Son but est l'enseignement des principes de base de la pensée émotivo-rationnelle. Afin de respecter les capacités cognitives des jeunes personnes auxquelles l'intervention est appliquée, trois niveaux d'interventions sont offerts selon l'âge des participants. Fidèle à la tradition de l'interven-

tion émotivo-rationnelle auprès de jeunes populations, les buts visés par ces programmes sont atteints par le biais d'une approche didactique-éducative. La stratégie d'intervention visant une application de TER auprès des adolescents (13-17 ans) comprend le plein débat des croyances irrationnelles. C'est à ce dernier groupe d'âge que s'applique la présente étude. Elle vise spécifiquement à vérifier l'efficacité de ce programme thérapeutique auprès d'adolescents dépressifs.

## MÉTHODE

### *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 une école secondaire francophone de l'Outaouais québécois. Ils ont été sélectionnés selon une procédure inspirée de Reynolds (1986) qui comporte trois étapes. La première étape a consisté en l'administration de l'Inventaire de dépression de Beck à 586 adolescents, lors de cours réguliers. De cet échantillon initial, 84 (14.3%) sujets ont obtenu un score de 15 et plus à l'IDB (voir Strober, Green et Carlson, 1981) et ont été invités à participer à la deuxième étape de sélection. Parmi ces 84 élèves, 50 ont accepté l'invitation à participer au programme et se sont présentés à la deuxième étape de sélection, consistant en une deuxième passation de l'IDB. De ce nombre, 37 ont obtenu à nouveau un score de 15 et plus et ont été évalués une troisième fois. Cette dernière évaluation a été faite à l'aide de l'Échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton (Hamilton, 1967).

Cette échelle consiste en une évaluation de la dépression sous la forme d'une entrevue clinique semi-structurée. L'échelle inclut l'évaluation des composantes cognitives et comportementales de la dépression, tout en portant une attention particulière aux aspects somatiques. Sa fidélité inter-juge se situe entre 0.84 et 0.90. De plus, cette échelle est, de façon consistante, fortement corrélative avec d'autres échelles d'évaluation de la dépression largement utilisées, soit par un observateur ou de façon auto-évaluative (voir Williams, 1984). Dans la présente étude, un score de coupure de 10 obtenu par les 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. L'ordre des questions a été modifié afin de faciliter le déroulement des entrevues. Les questions se rapportant à l'humeur dépressive, à la culpabilité et au suicide ont été rapportées vers la fin de l'entrevue, pour débiter par des questions suscitant moins d'anxiété telles que le travail, les intérêts et l'insomnie, etc. Trente sujets se sont vu attribuer le score de coupure de 10 et plus par les juges. Un score moyen de 12.2 a été obtenu par ces sujets.

Deux sujets ont été exclus de l'étude selon les critères d'exclusion liés à la consommation de drogues et au risque suicidaire, ils ont plutôt été référés au service d'aide de l'école. Finalement, 28 sujets ont été invités à participer aux groupes d'intervention et ont accepté. Trois sujets du groupe expérimental ont été éliminés par la suite, dû à un taux de participation insuffisant, soit moins de 50% des rencontres. Le nombre total final de participants a donc été réduit à 25 répartis de la façon suivante: 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'IDB 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.

### *Procédure et instruments*

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 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> secondaires ont d'abord été distribués selon deux groupes, soit un groupe expérimental (N=10; X=15.5 ans; 3 garçons, 7 filles) et un groupe contrôle (N=8; 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 de 3<sup>e</sup> secondaire ont été regroupés à leur tour pour former un groupe expérimental (N=5; X=14.6 ans; 2 garçons, 3 filles) et un groupe-contrôle (N=5; X=14 ans; 1 garçon, 4 filles).

Deux groupes de traitement, jumelés à deux groupes-contrôle, ont donc été menés parallèlement avec un délai de deux semaines entre eux. Une fréquence de deux rencontres par semaine, d'une durée de 45 à 60 minutes chacune pendant six semaines, a été utilisée. Le programme comprenait 12 sessions. Le traitement fut offert dans les deux groupes expérimentaux par les mêmes thérapeutes, soit la première auteure de l'étude et le psychologue de l'école (agissant comme co-thérapeute). Des extraits audio d'une durée de cinq minutes pour chaque session ont été cotés par deux juges familiers à l'approche émotive-rationnelle. 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. L'ensemble des cotes obtenues varie de 2.92 à 3.80 sur une échelle qui varie elle-même de 0 à 4, où 4 représente une cote de "tout à fait conforme" au programme. L'ensemble des cotes obtenues par les deux juges révèlent ainsi une excellente fidélité au programme. Des mesures pré-test, post-test et de relance ont été réalisées. Cette dernière procédure a été effectuée huit semaines après le post-test.

L'Inventaire de dépression de Beck (Beck, 1978) a été utilisé comme variable indépendante lors des deux premières étapes de la sélection des

sujets ainsi que comme variable dépendante lors des mesures prétest, post-test et de relance. L'IDB possède d'excellentes propriétés psychométriques (Beck & Beamesderfer, 1974; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock & Erbaugh, 1961; Metcalfe & Goldman, 1965). Sa traduction française fut élaborée par Borque et Beaudette (1982). Cette version a été validée auprès d'étudiants universitaires et s'est avérée posséder de bonnes qualités psychométriques. Cet instrument a aussi fait preuve de bonnes qualités psychométriques auprès d'adolescents anglophones et francophones (Baron & Laplante, 1984). Il s'est avéré constituer un instrument valide pour la sélection d'adolescents déprimés, tant en milieu clinique que de recherche (Barrera & Garrison-Jones, sous presse; Strober, Green & Carlson, 1981; Teri, 1982).

La dépression a également été mesurée au moyen du Questionnaire d'observation par les professeurs. Ce questionnaire, élaboré par les auteurs 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 de la dépression (ex., IDB et Hamilton) ainsi que des caractéristiques diagnostiques complémentaires, présentés par le DSM-III pour le trouble dépressif chez les adolescents. Le professeur évalue la fréquence à laquelle il a observé les comportements mentionnés sur un échelle de 1 (très peu fréquent) à 5 (très fréquent). 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 mesures ont été répétées aux trois étapes de l'étude.

Le Questionnaire des croyances personnelles de Kassino et Berger (1988) (QCP) a été utilisé pour mesurer les croyances irrationnelles. Cet instrument est la version la plus récente du "Personal Beliefs Test" des mêmes auteurs. Il s'agit d'une échelle auto-évaluative de la pensée irrationnelle selon le modèle émotive-rationnel. Cette échelle comprend 50 items regroupés en cinq catégories: la dramatisation, les devrait-dirigés-vers-soi, les devrait-dirigés-vers-les-autres, la faible tolérance à la frustration et la valeur personnelle. La fidélité de cette échelle a été évaluée par une procédure de test-retest administré avec un délai de 7 à 14 jours. Les coefficients de fidélité ainsi obtenus révèlent une stabilité temporelle à court terme et une consistance interne adéquates (Kassinove, 1986).

## RÉSULTATS

Le tableau 1 présente les moyennes obtenues sur les variables mesurant la dépression pour les deux groupes expérimentaux et les deux groupes-contrôle, initiaux. Les données ont ensuite été regroupées pour former un groupe expérimental et un groupe-contrôle, afin de permettre d'effectuer les analyses statistiques sur un plus grand nombre de sujets.

Malgré que ce nombre demeure restreint, les résultats obtenus s'avèrent des plus pertinents dans le cadre d'une comparaison avec les études réalisées jusqu'à ce jour dans le présent domaine.

TABLEAU 1

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

Variable	Gr. Exp.		Gr. Cont.	
	Sec. IV-V	Sec. III	Sec. IV-V	Sec. III
Idb1	21.80 (6.25)	35.00 (9.90)	20.63 (6.09)	22.60 (7.23)
Idb2	13.60 (6.35)	17.50 (2.12)	17.25 (6.48)	11.00 (7.00)
Idb3	9.40 (3.10)	17.00 (2.83)	20.75 (9.50)	11.60 (8.38)
Obprof1	33.30 (8.42)	29.50 (3.54)	30.88 (5.69)	33.60 (13.01)
Obprof2	31.00 (6.38)	26.00 (1.41)	26.00 (3.85)	28.80 (5.17)
Obprof3	27.40 (1.51)	33.50 (2.12)	29.63 (3.58)	27.00 (2.45)

*Note:* IDB1, IDB2, IDB3 signifie respectivement les scores obtenus à l'IDB au prétest, post-test et à la relance. Obprof1, Obprof2 et Obprof3 signifient respectivement l'intensité des symptômes dépressifs observés par les professeurs au prétest, au post-test et à la relance.

### *Dépression*

Le tableau 2 présente les moyennes obtenues à l'IDB aux différentes étapes de l'étude par les groupes expérimental et de contrôle. L'équivalence de ces groupes est présente au prétest. Cependant, comme les deux groupes expérimentaux initiaux se distinguent de façon assez marquée au prétest ( $X=21.8$  pour les sec IV-V et  $X=35.0$  pour les sec III;  $F(10)=2.54$ ,  $p<.05$ ), le niveau de scolarité est considéré dans le choix de l'analyse statistique utilisée. Les résultats de l'analyse de variance à trois dimensions 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 qu'a été contrôlée l'interaction des facteurs groupes par scolarité, elle-même significative ( $F(1,21)=7.27$ ,  $p<.05$ ). Quant à l'effet du facteur groupe, celui-ci s'avère non significatif.

L'analyse des comparaisons selon le temps, à l'aide des tests Tukey, permet de constater que chaque groupe change effectivement de façon significative selon le temps, mais de manière différente. Des changements sont présents chez le groupe expérimental entre le prétest et le post-test ( $q(3,40)=9.75$ ,  $p<.01$ ), ainsi qu'entre le prétest et la relance

TABLEAU 2  
*Moyennes et écarts-type des scores à l'IDB pour chacun des groupes  
 aux trois étapes de l'étude*

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

( $q(3,40)=13.33$ ,  $p<.01$ ). Chez le groupe-contrôle, un changement est aussi observé entre le prétest et le post-test ( $q(3,40)=6.54$ ,  $p<.05$ ), mais aucun changement significatif ne résulte de la comparaison des scores entre le prétest et la relance. A long terme, le groupe expérimental semble donc être le seul groupe à conserver la diminution du taux de dépression, telle que mesurée par l'IDB. 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 prétest et le post-test, soit pendant le traitement.

A la relance, une analyse des effets simples démontre la présence d'un taux de dépression significativement plus bas chez les sujets du groupe expérimental que chez les sujets du groupe-contrôle ( $F(1,20)=4.54$ ,  $p<.05$ ). Cette différence n'est cependant pas présente au post-test. Lorsque l'effet du facteur scolarité est contrôlé, cette différence entre les groupes se retrouve cependant associée avec ce dernier facteur. L'effet groupes par scolarité est significatif ( $F(1,21)=6.32$ ,  $p<.05$ ), alors que les effets groupes et scolarité considérés individuellement ne sont pas significatifs. Les groupes expérimental et de 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 prétest, comme leurs pairs de 4e et 5e secondaires.

Ces résultats suggèrent d'étudier plus spécifiquement les changements survenus chez les sujets des 4e et 5e secondaire séparément de ceux de 3e secondaire. Le tableau 3 présente les moyennes obtenues par les groupes d'adolescents plus âgés. Les effets du facteur temps ( $F(2,32)=7.83$ ,  $p<.01$ ), ainsi que de l'interaction groupes×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, puisqu'on ne le retrouve de façon significative que chez le groupe



expérimental ( $F(2,32)=14.75, p<.001$ ), non pas chez le groupe-contrôle. Un changement survient entre le prétest et le post-test ( $q(3,32)=8.20, p<.01$ ), de même qu'entre le prétest et la relance ( $q(3,32)=12.40, p<.01$ ) pour le groupe expérimental.

TABLEAU 3

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

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

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

Les résultats des analyses effectuées à partir des scores d'observation par les professeurs ne permettent pas de confirmer les progressions observées à partir des moyennes seulement. Ces analyses révèlent que les comportements dépressifs observés diminuent de façon similaire chez les deux groupes entre le prétest et le post-test ( $q(2,46)=3.72, p<.05$ ) de même qu'entre le prétest et la relance ( $q(2,46)=3.76, p<.05$ ). Ainsi, le groupe expérimental ne se distingue pas du groupe-contrôle.

#### *Croyances irrationnelles*

Le tableau 4 présente les moyennes et les écarts-type des groupes pour chaque étape du traitement. 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. Les groupes expérimental et de contrôle ne présentent pas de différence significative au prétest. L'analyse de variance à deux dimensions signale un effet du facteur groupe ( $F(1,20)=9.89, p<.01$ ), 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 ( $F(2,40)=4.92, p<.05$ ). L'analyse des changements selon le

temps, effectuée au moyen du test Tukey de comparaisons multiples, révèle que le taux de croyances irrationnelles diminue significativement chez les sujets du groupe expérimental entre le prétest et le post-test ( $q(2,40)=24.92$ ,  $p<.01$ ) de même qu'entre le prétest 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 confirment la présence de différences significatives entre les groupes expérimental et de 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 plus bas que les sujets du groupe-contrôle.

TABLEAU 4

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

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

Les changements survenus au niveau de chaque type de croyances irrationnelles ont été examinés. 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 été soumis au même type d'analyse statistique que les scores globaux d'irrationalité. Ils ont donc également été soumis à des analyses de variance à deux dimensions (groupes×temps) avec mesures répétées sur un facteur (temps). Le tableau 5 présente les moyennes de groupes pour chaque catégorie de croyances irrationnelles.

Les résultats des analyses révèlent que trois catégories de croyances irrationnelles présentent des changements significatifs à travers le temps qui s'apparentent aux changements survenus au niveau de l'irrationalité

TABLEAU 5

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

Groupe	Croyance/Temps		
	Prétest	Post-test	Relance
----- Dramatisation -----			
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)	20.82 (6.08)
----- 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)

générale. 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 ( $F(2,40)=4.57$ ,  $p<.05$ ,  $F(1,30)=4.85$ ,  $p<.05$  et  $F(2,46)=3.65$ ,  $p<.05$  respectivement) et se distinguent l'un de l'autre à la suite du traitement, c'est-à-dire au post-test ( $F(1,20)=9.79$ ,  $p<.01$ ,  $F(1,17)=7.61$ ,  $p<.05$  et  $F(1,23)=6.20$ ,  $p<.05$  respectivement). Le groupe expérimental présente alors 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 ( $F(1,17)=7.99$ ,  $p<.01$  et  $F(1,23)=18.16$ ,  $p<.001$

respectivement), tout comme c'est le cas du niveau d'irrationalité général.

#### DISCUSSION

Les résultats obtenus dans cette étude appuient la première des deux hypothèses émises, à savoir que le traitement émotivo-rationnel favorise la diminution de l'intensité des symptômes dépressifs chez les adolescents qui ont reçu le traitement en comparaison aux adolescents du groupe-contrôle liste d'attente. 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 n'ayant bénéficié d'aucune intervention sont passés de symptômes dépressifs d'intensité modérée au prétest à une intensité légère au post-test, pour revenir à un niveau de dépression d'une intensité modérée à la relance.

Parmi les interrogations suscitées par ces résultats, il y a celle découlant du fait que ce n'est qu'à la relance que le groupe expérimental se distingue du groupe-contrôle. Une explication pourrait être reliée au caractère psychoéducatif du traitement offert. Comme cela se produit souvent lors de l'apprentissage de notions nouvelles, il est possible qu'un délai 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 & Grieger, 1977).

La diminution des symptômes dépressifs au post-test chez les sujets qui n'ont pas reçu de traitement, et ceci particulièrement chez les adolescents plus jeunes qui demeurent moins dépressifs à la relance, suscite une autre interrogation. Il est possible que les symptômes dépressifs chez les jeunes adolescents oscillent au fil du temps sans qu'il y ait présence d'une intervention systématique. De leur côté, leurs pairs plus âgés se comporteraient d'une manière plus similaire aux adultes. Ces données viennent questionner la similarité phénoménologique de la dépression entre adolescents de niveaux de développement différents (Rutter, 1986). 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. Par exemple, Lefkowitz et Burton (1978) proposent que chez les jeunes, les symptômes dépressifs 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.

L'évaluation externe de la dépression effectuée par les professeurs rend compte d'une diminution des symptômes dépressifs, mais ne permet pas de distinguer les deux groupes de sujets. 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 Peters (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. Pharand (1989) souligne aussi, en outre qu'il demeure difficile pour un observateur externe d'identifier un état cognitif et émotif privé chez un individu.

Les résultats de la présente recherche 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). Ces résultats sont d'autant plus importants que le modèle émotivo-rationnel n'avait, jusqu'à aujourd'hui, pas encore fait l'objet d'application à une population adolescente dépressive. La diminution marquée de l'intensité des symptômes dépressifs chez les sujets ayant bénéficié d'une intervention relativement de courte durée apparaît prometteuse quant à l'efficacité du modèle émotivo-rationnel appliqué à des populations adolescentes à l'intérieur d'un 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 obtenus dans cette étude confirment la deuxième hypothèse émise, à savoir 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, soit celui 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. 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.

Les scores obtenus sur la mesure d'irrationalité confirment le niveau élevé de distorsions cognitives présent chez les adolescents. Les taux

obtenus par chacun des groupes ( $X=124.3$  et  $X=129.7$ ) se situent à un niveau remarquablement plus élevé d'irrationnalité que chez d'autres groupes d'individus. Par exemple, Kassinove et Berger (1988) obtiennent 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'irrationnalité plus élevé que celui de patients adultes recevant des services en santé mentale qui se situe à 133.0.

L'examen des résultats obtenus sur les différentes composantes du QCP laisse croire que le traitement serait possiblement plus efficace pour diminuer les catégories de croyances irrationnelles liées à la dramatisation, à la faible tolérance à la frustration et à la valeur personnelle. 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 propose 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 émotivo-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. À 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.

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 adolescente. Young (1983) et Grieger (1975) soulignent la tendance à dramatiser chez les adolescents. 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.

## Références

- American Psychiatric Association (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, D.C.: Author.
- Baron, P. (1985). La dépression chez les adolescents. Communication présentée au Congrès International sur la Jeunesse, Montréal, Novembre.
- 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), 161-68.
- Barrera, M. Jr. & Garrison-Jones, C. V. (sous presse). Properties of the Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression.
- Beck, A. T. (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A. T. & Beamesderfer, A. (1974). Dans: P. Pichot (cd.), *Psychological measurements in psychopharmacology*, Dans: *Modern problems in psychopsychiatry*, (vol. 7), Basel, Switzerland: Karger, 1974.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-71.
- Bernard, M. E. & Joyce, M. R. (1984). *Rational-emotive therapy with children and adolescents*, New York: Wiley and Sons.
- Bourque, P. & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones, *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14(3), 211-18.
- Burns, D. & Beck, A. T. (1978). Cognitive behavior modification of mood disorders. Dans: J. P. Foreyt & D. Rathjen (cds.), *Cognitive behavior therapy: Research and applications*. New York: Plenum Press.
- Butler, L., Miezius, 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), 111-19.
- Clarke, G. (1987). *Treatment of depression in adolescents*. Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, November 1987.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1977). *Handbook of Rational-Emotive Therapy*, New York: Springer.
- 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.
- Kassinove, H. (1986). Self-reported affect and core irrational thinking: A preliminary analysis. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, Vol. 4(2), 119-30.
- 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 par affiche présentée au Congrès de l'Association canadienne de psychologie.
- Lefkowitz, M. M. & Burton, N. (1978). Childhood depression: A critique of the concept. *Psychological Bulletin*, 85, 716-26.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., Andrews, J. & Osteen, G. (1988). *The psychoeducational group treatment of adolescent depression*. Unpublished manuscript, Oregon Research Institute.
- Metcalfe, M. & Goldman, E. (1965). Validation of an inventory for measuring depression, *British Journal of Psychiatry*, 3, 240-42.
- 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.
- Reynolds, W. M. (1986). A model for the screening and identification of depressed children and adolescents in school settings. *Professional School Psychology*, 1(2), 117-29.
- 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, 653-60.

- 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.
- 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.
- 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), 482-83.
- Teri, L. (1982). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents, *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 10(2), 277-84.
- Waters, V. (1981). The living School. *RENetwork*, 1, 1.
- Watter, D. N. (1988). Rational-Emotive Education: A Review of the Literature, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 6(3), 139-45.
- Williams, J. M. G. (1984). *The psychological treatment of depression*, Free Press: N.Y.
- 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.

### *À propos des auteurs*

Diane Marcotte est maintenant à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Ses intérêts de recherche sont le développement de programmes cognitif-behavioraux du traitement de la dépression chez l'adolescent.

Pierre Baron est professeur titulaire à l'Université d'Ottawa. Ses intérêts de recherche sont le développement de programmes cognitif-behavioraux du traitement de la dépression chez l'adolescent.

Les auteurs tiennent à remercier Mmes Diane Blanchette et Lyne Prud'Homme, ainsi que Msiieurs Marcel Pichette et Yvon Bourbonnais pour leur collaboration.

Les demandes de tirés à part de ce document doivent être envoyées à l'adresse suivante: Madame Diane Marcotte, 2300 Rue Tupper, Pièce K237, Montréal, Québec, Canada, H3H 1P3.

Ceci est une version allongée d'une communication présentée à Paris, en septembre 1990, lors du 20e congrès annuel de l'Association européenne de thérapie comportementale.