

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

NADIA LÉVESQUE

L'IDENTIFICATION DES DISTORSIONS COGNITIVES CHEZ LES  
ADOLESCENTS PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES DE DÉPRESSION, DES  
TROUBLES EXTÉRIORISÉS ET UNE CONCOMITANCE DE CES  
PROBLÉMATIQUES

SEPTEMBRE 2002



Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'étude avancées en psychologie. Le nom de la directrice pourrait donc apparaître comme co-auteure de l'article soumis pour publication.

## Remerciements

L'auteure tient à remercier sa directrice de recherche, Madame Diane Marcotte, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son soutien et sa confiance accordée au cours de la rédaction de ce mémoire. Elle tient également à remercier Madame Danielle Leclerc pour sa grande disponibilité lors des analyses statistiques. L'auteure désire aussi remercier les élèves, le personnel enseignant et la direction des Écoles secondaires l'Académie Les Estacades, Des Pionniers et Jean-Nicolet pour leur précieuse participation. Finalement, elle tient à souligner l'appui financier de l'Institut Universitaire des jeunes en difficulté dans le cadre de la programmation scientifique.

Cette étude a été réalisé grâce au soutien financier du Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH).

## Sommaire

Cette étude s'intéresse à la présence des distorsions cognitives chez les adolescentes et les adolescents dépressifs, délinquants, avec un trouble des conduites et concomitants. L'échantillon est constitué de trois cent soixante-treize participants de milieu scolaire et âgés de 12 à 17 ans. *L'Inventaire de dépression de Beck*, le *Questionnaire de la délinquance auto-révélée* et le *Système d'évaluation des comportements pour enfant*, permettent de constituer chacun des groupes à l'étude. Par ailleurs, les distorsions cognitives sont mesurées par trois instruments, soit l'Échelle des attitudes dysfonctionnelles, le Questionnaire du style cognitif et l'Inventaire des pensées automatiques négatives. Les résultats révèlent d'une part, que les filles présentent davantage de symptômes de dépression que les garçons et que par ailleurs, les garçons manifestent davantage de troubles de comportement et de délinquance que les filles. D'autre part, les garçons adoptent globalement plus d'attitudes dysfonctionnelles ainsi que plus d'attitudes dysfonctionnelles reliées à la réussite et à l'auto-contrôle que les filles. Finalement, les adolescents dépressifs et concomitants présentent davantage de distorsions cognitives que ceux des groupes délinquant, à trouble des conduites et témoin.

MOTS CLÉS : ADOLESCENCE, DÉPRESSION, DÉLINQUANCE, TROUBLE DES CONDUITES, CONCOMITANCE ET DISTORSIONS COGNITIVES

## Table des matières

Dépression.....	3
Troubles extériorisés.....	5
Concomitance de la dépression et des troubles extériorisés.....	8
Distorsions cognitives	
Modèle Théorique.....	10
Distorsions cognitives et Dépression.....	12
Distorsions cognitives et Troubles extériorisés.....	13
Distorsions cognitives et Concomitance.....	14
Hypothèses.....	16
Méthode	
Participants.....	17
Déroulement.....	17
Instruments de mesure.....	18
Résultats.....	21
Discussion.....	26
Conclusion.....	32
Références.....	35
Tableaux.....	43

## Contexte Théorique

### *Dépression*

La dépression engendre de lourdes conséquences tant à court qu'à long terme dont l'échec ou l'abandon scolaire, les difficultés conjugales, l'hospitalisation, le chômage, l'abus ou la dépendance aux drogues et à l'alcool, les comportements délinquants ou criminels, les accidents d'automobile et le suicide (Lewinsohn, Clarke & Rohde, 1994; Marcotte, 2000). D'une part, Levy et Deykin (1989) observent la présence d'abus de substances chez 22% des adolescents dépressifs comparativement à 8.2% chez les non dépressifs. D'autre part, le trouble le plus fréquemment diagnostiqué chez les adolescents suicidaires est la dépression. Des chercheurs démontrent que 76 à 86% des jeunes ayant commis une tentative de suicide sont dépressifs (Andrews & Lewinsohn, 1992). De plus, il semble que les adolescents dépressifs présentent un plus grand risque d'effectuer un geste suicidaire que ceux au prise avec tout autre trouble (Kovacs, Goldston & Gatsonis, 1993).

L'humeur dépressive est un état de tristesse temporaire. Quant au syndrome, il s'agit d'un regroupement de symptômes, tant affectifs, cognitifs, comportementaux que somatiques, se manifestant simultanément. Finalement, le trouble dépressif défini par le DSM-IV, est un syndrome qui dure au moins deux semaines et qui a une intensité altérant le fonctionnement normal (Kendall, Cantwell & Kazdin, 1989). Dans cette étude, la dépression fait référence aux symptômes dépressifs d'intensité clinique, soit le syndrome dépressif. Chez les adolescents, ce n'est qu'au début des années 80 que la

présence de la dépression fut reconnue chez cette population. Le DSM-III démontre que les même critères peuvent être utilisés pour identifier ce trouble tant chez les adultes, que chez les adolescents et les enfants. Depuis, diverses études ont démontré l'importance et l'impact de cette problématique chez les jeunes. Entre autre, parmi les jeunes rencontrés par des professionnels de la santé mentale, 42% répondent au diagnostic de dépression, ce qui en fait un trouble prédominant (Petersen & al., 1993). D'autre part, chez les adolescents de la population générale, nous constatons qu'entre 10 et 18% répondent au syndrome dépressif (Reynolds, 1994). Kovacs et ses collègues (1984) nous informent, qu'un adolescent dépressif n'ayant pas été traité, présente une probabilité de 72% de revivre un épisode dépressif dans un délai de cinq ans.

Il existe des différences liées au genre. Avant 12 ans, il y a davantage de garçons que de filles qui présentent des symptômes de dépression (McGee & al. 1992). Par la suite, un revirement de situation est observé. Les filles deviennent plus dépressives que les garçons, selon un ratio de 2 :1. Plusieurs auteurs proposent que cette différence émerge à l'adolescence, vers 13 ans, et persiste à l'âge adulte (Hankin & Abramson, 2001). Ce phénomène peut s'expliquer par une estime de soi plus faible, une image de soi et une image corporelle plus négative chez les filles à l'adolescence (Lewinsohn & al., 1991). Elles se disent moins satisfaites de leur corps et de leur apparence (Wichstrom, 1999). De plus, la dévalorisation est l'un des symptômes de la dépression présents dans les critères du DSM-IV. Une autre explication est l'association positive entre les caractéristiques typées féminines et les symptômes dépressifs. Donc plus il y a de

caractéristiques féminines, plus il y a de symptômes dépressifs (Price & Lavercombe, 2000). De plus, la synchronicité de l'arrivée de la puberté chez les filles, précédant de deux ans celle des garçons, avec la transition primaire-secondaire, peut expliquer l'émergence de ces différences sexuelles (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994)

### *Troubles extériorisés*

Les troubles extériorisés chez les adolescents peuvent entraîner de lourdes conséquences à l'âge adulte. Dans une étude longitudinale d'une durée de 16 ans, effectuée auprès d'adolescents de 12 à 16 ans, il est rapporté que 64% des garçons et 17% des filles présentant un trouble de la conduite ont un dossier criminel à l'âge adulte (Kratzer & Hodgins, 1997). Il est donc démontré, que la présence de troubles des conduites à l'adolescence accroît le taux de criminalité à l'âge adulte. Dans cette même étude, il est constaté que ces adolescents présentent davantage de risque d'avoir des problèmes de santé mentale à l'âge adulte. On retrouve chez les filles ayant un trouble des conduites à l'adolescence, un niveau important de difficultés entre autre dans les relations amoureuses, sociales et au travail à 30 ans. Les femmes ayant présenté un trouble des conduites à l'adolescence éprouvent davantage de difficultés conjugales que les hommes dans cette même situation (97% vs 60%) (Robin & al., 1991). De plus, parmi celles présentant un trouble des conduites à l'âge de 13 à 16 ans et ayant été admises dans une hôpital psychiatrique, 50% ont subi une arrestation ou était en période de probation, 50% ont été enceinte, 41% ont abandonné l'école et 22% ont fait une tentative de suicide, de deux à quatre ans plus tard (Zoccolillo & Rogers, 1991). Par ailleurs chez

les garçons, la délinquance à l'adolescence est un important facteur pouvant prédire la persistance de celle-ci à l'âge adulte (Kandel & al, 1986). Trois jeunes garçons sur quatre, ayant commis un crime ont un dossier criminel à l'âge adulte. Inversement, trois criminels adultes sur quatre étaient délinquants à l'adolescence (Stattin & Magnusson, 1991). Cependant, pour les filles, ce sont davantage des facteurs psychologiques, tels qu'un trouble émotionnel, qui sont susceptibles de prédire la présence de délinquance à l'âge adulte (Kandel & al, 1986).

Le trouble des conduites, la délinquance et les problèmes de comportement sont différents concepts définissant les comportements antisociaux. Frick (1998), définit les conduites antisociales comme étant l'échec de l'individu à se conformer aux exigences de l'autorité, aux normes et règlements de la société dans laquelle il évolue, ainsi qu'au respect des droits de ceux qui l'entourent. La délinquance, quant à elle, considérée comme étant un épiphénomène de l'adolescence, est définie comme une conduite juvénile, dérogatoire et incriminable. Elle touche approximativement 10% de la population adolescente (Fréchette & Leblanc, 1987). Par ailleurs, selon Mc Gee, Fehan, Williams et Anderson (1992), 6% des jeunes ont commis des comportements illégaux pouvant mener à une arrestation policière et entre 6 et 12% répondent aux critères d'un trouble des conduites.

Le trouble des conduites est présent dans un rapport de 2 :1 chez les garçons et les filles (Cohen et al., 1993). Entre autre, Kratzer et Hodgins, (1997) observent que 7,2%

des adolescents et 2,1% des adolescentes présentent un trouble des conduites. Par ailleurs, ce ratio tend à diminuer avec l'âge. En ce sens, plusieurs études épidémiologiques durant les deux dernières décennies, ont démontré que le trouble des conduites est le deuxième plus commun chez les filles adolescentes, allant de 0.8 à 16% (Zoccolillo, 1993). Non seulement il existe des différences liées au genre, quant la prévalence de ce trouble, mais nous pouvons également constater que celui-ci s'exprime différemment selon le sexe. Les garçons ont des comportements antisociaux plus agressifs que les filles. Ils utilisent une violence plus directe à travers des gestes comme frapper et pousser. Quant aux filles, elles démontrent plutôt une agressivité relationnelle, dite indirecte. Celle-ci se traduit par le fait de rejeter quelqu'un ou de répandre des rumeurs (Crick & Grotpeter, 1995). Dès l'enfance, les conduites antisociales et le trouble des conduites apparaissent en plus grand nombre chez les garçons que chez les filles. De plus, les garçons chez qui le trouble apparaît dès l'enfance présentent un pronostic plus pessimiste, quant à la stabilité et à la gravité, que ceux dont l'apparition se fait plus tardivement. Par ailleurs, chez les filles la manifestation se fait plutôt vers l'âge de 13 ans et présente autant de conséquences que pour les garçons ayant débuté ces troubles en bas âge (Silverthorn & Frick, 1999). Les garçons délinquants commettent donc plus de crimes et davantage violents, que les filles délinquantes (Lewis & al., 1991).

De plus, Achenbach et Howell (1993) rapportent une augmentation significative des agressions commises par des jeunes au cours des dernières années. Des auteurs précisent que cette augmentation est remarquée plus particulièrement chez les filles

(Tardiff & al., 1997). Pairkoff, Brooks-Guns, et Warren (1991), quant à eux, observent un lien étroit entre la violence chez les filles et la délinquance, ainsi qu'entre la délinquance et la dépression. De plus, ils notent que 90% des filles dites violentes, répondent aux critères de trouble des conduites et qu'entre 31 et 40% d'entre elles souffrent de dépression (Zoccolillo & Rogers, 1991; Andrews & al., 1992). Finalement, Knox et ses collègues (2000) stipulent que la différence entre les genres au niveau de l'expression de l'agressivité et de la violence a tendance à diminuer.

#### *Concomitance de la dépression et des troubles extériorisés*

De plus en plus, les auteurs s'intéressent à la concomitance de plusieurs troubles chez un même individu. Cet intérêt croissant n'est pas surprenant puisque ce phénomène a un impact très important. Entre autre, les jeunes concomitants ont davantage de difficultés scolaires que ceux étant dépressifs ou ayant un trouble des conduites (Lewinsohn & al., 1995). La concomitance du trouble des conduites avec la dépression est associée à un risque élevé d'abus ou de dépendance à l'alcool et aux drogues (Marmorstein & Iacono, 2001). On observe également un plus grand risque de présenter un trouble de personnalité antisociale, ainsi que d'avoir un dossier criminel à l'âge adulte, que chez les individus ayant un diagnostic unique de dépression (Harrington & al., 1991). Par ailleurs, dans une étude réalisée auprès de jeunes filles dépressives ayant un trouble des conduites, la concomitance de ces troubles est associée au fait d'être active sexuellement en bas âge (Marmorstein & Iacono, 2001). De plus, chez les jeunes concomitants, on retrouve davantage d'idéations suicidaires (31%) que chez ceux

présentant uniquement un trouble des conduites (12%) (Capaldi, 1992). De manière générale, la concomitance accroît les problèmes de santé mentale à long terme (Harrington & al., 1990-1991; Kovacs, 1985).

La concomitance de ces troubles est plus fréquente chez les adolescents que chez les adultes (Rohde & al., 1991). En effet, certaines études ont noté qu'entre 42 et 63.2% des adolescents ayant vécu un épisode dépressif vont vivre un ou plusieurs autres troubles simultanément, comparativement à 11.6% chez les non dépressifs. D'autre part, de ceux-ci, 22% présentent un trouble des conduites (Rohde & al., 1991; Fleming & Offord, 1990). Diverses études démontrent la concomitance entre les conduites antisociales et la dépression. Entre autre, Angold et Costello (1993) rapportent que le trouble des conduites est entre 3.6 et 9.5 fois plus élevés chez les jeunes dépressifs. À l'inverse, chez un échantillon de jeunes présentant un trouble des conduites, on estime entre 15 et 31% la présence d'un état dépressif (Zoccolillo, 1992). Enfin, la concomitance de ces deux problématiques est constatée chez 10 à 35% des adolescents (Kashani & al., 1989; Kovacs & al., 1988 et Rohde & al., 1991). Plusieurs études proposent que la dépression soit secondaire au trouble des conduites. Les jeunes avec un trouble des conduites ont davantage de troubles intérieurisés que ceux n'ayant pas de trouble des conduites (Robin & Price, 1991). Toutefois, tous les auteurs ne sont pas consistants en ce sens. Entre autre, certains suggèrent que pendant ou suite à un épisode dépressif, des adolescents vont s'engager dans des comportements antisociaux (Masten, 1988; Puig-Antich, 1982).

Il existe également des différences au niveau des genres quant à la concomitance de problématiques chez un même individu. Les garçons présentent davantage une concomitance d'un trouble des conduites et de dépression, tandis que pour les filles, il s'agit plutôt d'une concomitance de dépression et de troubles alimentaires (Petersen & al., 1993). Toutefois, certains auteurs s'accordent sur le fait que les filles présentent un plus grand risque de développer une concomitance de problématiques que les garçons (Masten, 1988; Puig-Antich, 1982). Par exemple, Offord, Adler et Boyle (1986) observent chez des jeunes de 4 à 11 ans, que 18.6% des garçons et 31.3% des filles ayant un trouble des conduites, présentent une concomitance avec un trouble émotionnel. De plus, cette différence s'avère être davantage marquée chez les jeunes de 12 à 16 ans, puisque 15.3% des adolescents et 48.1% des adolescentes au prise avec un trouble des conduites, rapportent une concomitance avec un trouble émotionnel.

### *Modèle théorique cognitif*

Le modèle cognitif propose deux composantes de la personnalité, soit la sociotropie et l'autonomie, impliquant pour chacun un regroupement de schémas cognitifs dominants. Selon Clark et Beck (1999), la personnalité sociotropique définit sa valeur personnelle en fonction de sa capacité à obtenir l'amour et l'approbation d'autrui, tout en évitant le rejet et le mécontentement de ceux qui l'entourent. Elle est socialement dépendante. Quant à la personnalité dite autonome, elle puise sa propre valeur dans sa capacité à s'accomplir, à affirmer son indépendance et sa liberté de choisir. Par ailleurs,

un sentiment de rejet pour l'une et d'impuissance pour l'autre, accroît le risque de dépression et devient un facteur de vulnérabilité.

Trois niveaux en interactions sont également impliqués dans ce modèle, soit les schémas cognitifs, les processus et le langage intérieur. Les schémas cognitifs sont des structures latentes qui ont été façonnés par les représentations mentales de diverses expériences. Ces derniers sont activés et deviennent accessibles lorsque surviennent des événements rappelant un vécu ayant une charge affective imprimée dans la mémoire. Ainsi, vu leur stabilité, ils influencent la façon de percevoir ce qui arrive. Ensuite un second niveau, les processus cognitifs, comportent les pensées automatiques et les images mentales involontaires. Ils informent sur comment un événement est interprété suite à l'influence des schémas, de l'information déjà encodée lors de situations semblables. Finalement, le troisième niveau qui est le plus accessible et le plus observable, est le langage intérieur. Ce dernier traduit les interprétations par la verbalisation de la pensée et des émotions.

Les croyances erronées résultent d'un fonctionnement défectueux du système de traitement de l'information. Selon Cottraux (2001), de chaque problème psychologique découle un système de croyances particulier qui filtre et déforme l'information provenant de l'environnement. De même, pour Beck, qui s'est intéressé particulièrement à la dépression, cette dernière fait référence à certaines distorsions cognitives spécifiques.

Cependant, cet auteur spécifie lui aussi, que chaque trouble émotionnel peut être caractérisé par un contenu cognitif spécifique.

Il existe également des différences liées au genre quant à la présence de distorsions cognitives, quoique ces dernières demeurent encore très peu examinées. Entre autre, une étude a noté que les femmes rapportent une plus grande fréquence de pensées automatiques négatives que les hommes (Roberts & Kassel, 1996). Par ailleurs, les garçons adoptent davantage d'attitudes dysfonctionnelles et plus spécifiquement, celles reliées à la réussite et à l'auto-contrôle. Quant aux filles, elles ont une perception de soi plus distorsionnée ainsi qu'un langage intérieur plus pessimiste (Marcotte, Leclerc & Lévesque, soumis).

### *Distorsions cognitives et dépression*

De nombreuses études démontrent que les distorsions cognitives sont un facteur important associé à l'état dépressif. Le dépressif traite l'information de façon erronée suite à diverses expériences ou apprentissages. Il a des pensées négatives pouvant engendrer l'aggravation et la chronicité de la dépression (Cottraux, 2001; Dohr & al. 1989). Un nombre élevé de symptômes dépressifs est associé à davantage de pensées automatiques négatives et à plus d'attitudes dysfonctionnelles (Garber, Weiss & Shanley, 1993). Marton et Kutcher (1995) constatent que les adolescents déprimés présentant des distorsions cognitives sont moins confiants et moins extravertis que ceux qui en ont peu. Selon eux, la présence de distorsions cognitives est davantage associée à une dépression sévère. Donc, les jeunes ayant des distorsions cognitives sont non seulement plus

déprimés, mais plus intensément déprimés. Marton, Churchard et Kutcher (1993) quant à eux, observent que lors d'une rémission de la dépression, nous pouvons constater une diminution significative des distorsions cognitives. Cependant, malgré cette importante diminution, il fut observé que les dépressifs en rémission continue de présenter davantage de distorsions que les non dépressifs (Dobson & Shaw, 1986 ; Eaves & Rush, 1984). Plus particulièrement, Roberts et Kassel (1996) constatent la présence d'un plus grand nombre de pensées automatiques négatives chez les gens en rémission que chez ceux du groupe témoin. Toutefois, les auteurs de différentes recherches ne s'entendent pas tous sur cet aspect. D'autres proposent que le taux d'attitudes dysfonctionnelles soit semblable à celui des gens du groupe témoin, lors de la rémission, donc qu'ils ne se différencient pas significativement à ce niveau (Hollon, Lumry, & Kendall, 1986; Dohr, Rush, & Bernstein, 1989).

### *Distorsions cognitives et troubles extériorisés*

La littérature indique que les adolescents délinquants présentent des déficits au plan cognitif tels que de faibles habiletés de résolution de problème, une difficulté à prendre la perspective d'autrui et une pensée égocentrique (Trépanier 1997; Andrew & Bonta, 1998). Il est connu également qu'un adolescent présentant un trouble des conduites peut tendre vers un style attributionnel déficitaire. Il prête à ses pairs des intentions hostiles, alors qu'il minimise l'aspect malicieux de sa motivation à agir (Dodge & Frame, 1982). Des études démontrent que les distorsions cognitives visant l'auto-gratification (« self-serving »), sont un facteur associé aux comportements

antisociaux, identifiés tant au niveau théorique, expérimental que dans la littérature appliquée sur l'agressivité et la délinquance (Dodge, 1980; Dodge et al. 1990a; Dodge et al. 1990b). Celles-ci ont pour fonction de permettre un désengagement moral tout en protégeant l'individu du blâme ou d'une conception de soi négative le libérant ainsi de ses inhibitions en ce qui a trait aux comportements antisociaux (Gibbs, 2000). Par ailleurs, des auteurs observent des corrélations allant de modérées à fortes entre les distorsions cognitives et les comportements antisociaux. De plus, ces derniers rapportent que les adolescents délinquants présentent un plus haut taux de distorsions cognitives que les non délinquants (Barriga & Gibbs, 1996; Liau, Barriga & Gibbs, 1998). Maag, Behrens et DiGangi (1992), quant à eux, constatent un niveau plus élevé de pensées automatiques négatives chez les filles vivant en centre de réadaptation que chez celles du groupe témoin. Dans un même ordre d'idée, une autre étude rapporte que des adolescents ayant commis un abus sexuel ou ayant un trouble des conduites ont davantage de pensées automatiques négatives et de distorsions cognitives que les jeunes du groupe témoin (Hasting & al., 1997). Finalement, Barriga et ses collègues (2000) soulignent l'importance des distorsions cognitives comme étant un facteur présent dans la psychopathologie des jeunes.

#### *Distorsions cognitives et concomitance*

À ce jour, très peu d'étude se sont intéressées à distinguer les distorsions cognitives spécifiques à chaque problématique ainsi qu'à leur concomitance. Kempton, Van Hasselt, Bukstein et Null (1994) démontrent que les distorsions cognitives sont

significativement plus nombreuses chez les jeunes présentant une concomitance de trois troubles, soit la dépression, le trouble des conduites et l'abus de substances, que chez ceux ayant reçu un ou deux diagnostics. Ces adolescents ont davantage de distorsions, se retrouvant surtout dans deux sous-échelles, soit la personnalisation et l'exagération. De plus, il est observé que les jeunes dépressifs présentent presque autant de distorsions cognitives que le groupe avec un diagnostic triple. Quant à eux, leurs distorsions sont plutôt caractérisées par de la généralisation excessive. Une étude de Marcotte, Leclerc, & Lévesque (soumis), s'intéresse à la présence d'attitudes dysfonctionnelles chez les adolescents dépressifs et délinquants. Les résultats rapportés par ces auteurs révèlent que les adolescents dépressifs adoptent davantage d'attitudes dysfonctionnelles reliées à la dépendance, tandis que les adolescents délinquants présentent plus d'attitudes dysfonctionnelles reliées à l'auto-contrôle.

Par ailleurs, des auteurs observent la présence de distorsions cognitives chez des gens ayant un problème d'abus de substances en comparant parmi eux, ceux étant dépressifs à ceux ne l'étant pas. Ils concluent que le groupe de consommateurs dépressifs ont plus d'attitudes dysfonctionnelles que le groupe de consommateurs non dépressifs et que les gens du groupe témoin. Cependant, ils observent que ceux qui consomment ont davantage d'attitudes dysfonctionnelles que les participants groupe témoin. En poussant plus loin leurs observations, ils constatent que les deux groupes, dépressifs et non dépressifs, obtiennent un score élevé aux même items. Par contre, le groupe de consommateurs dépressifs, pour chacun de ces items, obtient un score plus élevé, donc ils

présentent davantage d'attitudes dysfonctionnelles (Calache, Martinez, Verhulst, Bourgeois & Peyre, 1994).

En somme, jusqu'à aujourd'hui les études démontrent la présence de liens entre les distorsions cognitives et les symptômes de dépression, de même que les troubles extériorisés. Toutefois, celles portant sur les erreurs de pensée des jeunes délinquants demeurent peu nombreuses et encore trop peu se s'attardent aux différences entre les garçons et les filles. De plus, la plupart se limite à observer les taux globaux de distorsions, sans vérifier quelles sont celles distinguant chaque problématique.

### Hypothèses

Les objectifs de cette recherche sont tout d'abord d'explorer les différences sexuelles chez les adolescents aux prises avec diverses problématiques. Ensuite, de comparer les taux ainsi que d'identifier les constellations spécifiques de distorsions cognitives chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs, adoptant des comportements délinquants, un trouble des conduites et ceux présentant une concomitance de deux troubles, soit intérieurisés et extériorisés. Les hypothèses de recherche suivantes sont posées :

1. Les filles présentent davantage de symptômes dépressifs, tandis que les garçons manifestent plus de délinquance et de troubles des conduites.

2. Les filles utilisent un langage intérieur davantage pessimiste et adoptent un style cognitif dirigé vers soi plus distorsionné, tandis que les garçons emploient davantage des attitudes dysfonctionnelles reliées à la réussite et à l'auto -contrôle.
3. Les groupes dépressif et concomitant présentent des taux plus élevés de distorsions cognitives que les groupes délinquant, avec un trouble des conduites et témoin.

### Méthode

#### *Participants*

Les participants sont des élèves de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> secondaire des Commissions scolaires Chemin-du-Roy et de la Riveraine, de Trois -Rivières et Nicolet. À partir d'un échantillon initial de 1,090 participants, l'échantillon retenu est de 373 élèves, répartis dans cinq groupes : symptômes dépressifs, actes délinquants, trouble des conduites, concomitants et témoin. L'échantillon est composé de 174 garçons et 199 filles âgés entre 12 et 17 ans (M = 13.99, ET = 0.86) Les variables indépendantes assignées consistent en chacun des groupes d'élèves, nommés précédemment. Les variables dépendantes sont les distorsions cognitives. Cette étude se déroule dans le cadre d'une étude longitudinale plus vaste, portant sur l'adaptation psychosociale des jeunes dépressifs et à trouble des conduites.

#### *Procédure*

Dans un premier temps, le consentement écrit des parents ou tuteurs légaux a été obtenu. Ensuite, les buts de l'étude ont été présentés aux élèves et ils ont été invités à compléter les questionnaires dans le cadre de cours réguliers. Le temps de passation fut

d'une période classe de 50 à 60 minutes. Parallèlement, les enseignants-tuteurs ont complété le *Système d'évaluation des comportements pour enfants*.

#### *Instruments de mesures*

*L'Inventaire de dépression de Beck* (IDB, Beck, 1978, version française Bourque et Beaudette, 1982). L'IDB, est une mesure auto-évaluative de 21 items visant l'évaluation des aspects affectifs, cognitifs, comportementaux et somatiques de la dépression, à partir d'une échelle de Likert en quatre points. Le score global varie de 0 à 63 et un score de 16 et plus permet d'identifier les adolescents présentant des symptômes dépressifs d'intensité clinique. Dans la présente étude, les jeunes du groupe dépressif ont un score supérieur à 16 et ceux considérés comme étant non dépressifs, ont obtenu un score inférieur à 9. Les qualités psychométriques de l'IDB ont été confirmées avec des échantillons d'adolescents normaux et cliniques (Barrera & Garrison-Jones, 1988; Strober, Green & Carlson, 1981). Un coefficient de consistance interne de .87 fut obtenu, tout comme pour l'échantillon à l'étude.

*Le Questionnaire de la délinquance auto-révélée* (Leblanc, 1994). Cet instrument comprend 21 questions qui permettent de juger de l'ampleur, de la nature, de la gravité et de la diversité des actes délinquants commis pendant la dernière année. Son coefficient de consistance interne est de .82. Ce questionnaire comprend quatre sous-échelles, soit l'agression physique, le vandalisme, le vol mineur et le vol grave. Les coefficients de consistance interne sont de .82, .83, .91 et .82 respectivement. Pour cette étude, les jeunes

se situant au 85<sup>e</sup> percentile au niveau de la fréquence des gestes posés, ont été retenus et font partie du groupe délinquant.

*Système d'évaluation des comportements pour enfants. « Behavior assessment system for children ».* (BASC) (Reynolds & Kamphaus, 1992, version française de Marcotte, 2000) Pour cette recherche, la version s'adressant aux enseignants a été administrée. Le questionnaire comporte 18 sous-échelles, dont une portant sur le trouble des conduites. Cette dernière, comportant 12 items fut utilisée afin de sélectionner les jeunes présentant un trouble des conduites. Les participants retenus répondent aux critères allant de légers à sévères. Le BASC s'apparente au Achenbach ( $r = 0.93$ ), mais présente des qualités psychométriques qui le rende plus adéquat à une utilisation en milieu scolaire (Frick, 1998). Le BASC présente une consistance interne variant de 0.79 à 0.92 pour des adolescents de 12 à 18 ans. Dans la présente étude, la sous-échelle utilisée offre une consistance interne de 0.85.

*L'Échelle des attitudes dysfonctionnelles* (EAD) (Weissman & Beck, 1978). Une traduction française de la nouvelle version du « *Dysfunctionnal Attitudes Scale* » comprenant 24 items est utilisée (Power et al. 1994). Cet instrument permet de vérifier l'intensité des schèmes dépressogènes sur une échelle de type Likert de 1 à 7, a fin d'obtenir un score global allant de 24 à 168. Le EAD est composé de trois sous-échelles, soit la réussite (« Si j'échoue en partie, c'est aussi pire que d'échouer complètement. »), la dépendance (« Mon bonheur dépend plus des autres que de moi. ») et l'auto-contrôle

(« Une personne devrait être capable de contrôler ce qui lui arrive. »). Les qualités psychométriques du EAD ont été vérifiées auprès des adolescents par Garber, Weiss et Shanley (1993). Les coefficients de consistances internes varient de 0.63 à 0.85. Par ailleurs dans le cadre de cette étude, les alphas obtenus étaient respectivement de 0.69, 0.64 et 0.51 pour chacune des sous-échelles ainsi que de 0.74 pour le score global.

*Le Questionnaire du style cognitif* (QSC), version française du « *Cognitive Style Test* » de Blackburn, Jones et Lewin (1986) traduit par Marcotte (1996). Le QSC comporte trente brèves descriptions d'événements de la vie quotidienne. Le répondant doit choisir pour chacune d'entre elles, une des quatre réflexions représentant les styles cognitifs possibles. Les réponses représentent les erreurs cognitives, proposées par Beck, à divers degrés. Les énoncés présentées sont en lien avec la triade cognitive, soit les perceptions de soi (p. ex : « Une personne que tu admires te dit qu'elle t'apprécie, mais toi tu ne peux pas croire que tu es aimable »), du monde (p. ex : « Tu te querelles avec un ami, alors tu penses que cette amitié est foutue ») et de l'avenir (p. ex : « Certains de tes amis vont déménager, alors tu penses que tu ne les reverras plus jamais »). Cet instrument est fortement corrélé avec d'autres mesures de distorsions cognitives tel que le EAD et le questionnaire des pensées automatiques (Blackburn, Jones, Lewin, 1986). Dans la présente recherche effectuée auprès de jeunes du milieu scolaire, une consistance interne allant de 0.55 à 0.63, fut obtenue pour chacune des sous-échelles.

*L'Inventaire des pensées automatiques négatives* (IPA), version française du « *Cognition Checklist* » de Beck, Brown, Eidelson, Steer et Riskind (1987), traduit par Marcotte (1994), vise à évaluer le langage intérieur. L'IPA comprend 26 items se rapportant à deux sous-échelles l'une reliée à l'anxiété, avec 12 items (p.ex : « Quelque chose va arriver à quelqu'un que j'aime ») et l'autre à la dépression, avec 14 items (p.ex : « Je ne mérite pas d'être aimé »). Finalement, des coefficients de consistance interne variant de 0.85 à 0.93 ont été obtenus avec une population adolescente francophone (Marcotte, 1995). Tandis que dans la présente, ceux-ci varient de 0.83 à 0.93. Chaque mesure de distorsions cognitives vise à évaluer chacun des niveaux rapportés dans le modèle théorique de Beck, soit respectivement les schèmes cognitifs, les processus cognitifs et le langage intérieur.

### Résultats

Pour l'ensemble de la population, 23% des adolescents présentent des symptômes de dépression d'intensité clinique. Quant aux actes délinquants, 15.1% des élèves rencontrés se situent au dessus du 85<sup>e</sup> percentile. Par ailleurs, on retrouve un trouble des conduites de léger à sévère chez 12.4% des jeunes. D'autre part, les filles présentent davantage de symptômes dépressifs ( $M = 11.05$ ,  $ET = 8.33$ ) que les garçons ( $M = 7.20$ ,  $ET = 6.96$ ). Les garçons ( $M = 4.82$ ,  $ET = 5.90$ ) quant à eux, sont plus délinquants que les filles ( $M = 2.80$ ,  $ET = 3.70$ ) et présentent davantage un trouble des conduites ( $M = 2.89$ ,  $ET = 4.26$ ) que les filles ( $M = 2.24$ ,  $ET = 3.63$ ), ce qui d'ailleurs confirme la première hypothèse.

Le tableau 1 présente le portrait de la distribution des participants de l'échantillon selon leur genre et leur groupe d'appartenance (témoin, dépressif, délinquant, avec trouble des conduites et concomitant). Lors de la formation des groupes, une attention particulière a été portée afin que les jeunes présentant un des troubles extériorisés ne soient pas dépressif et à l'inverse, que les jeunes dépressifs ne présentent aucun des troubles extériorisées. Quant au groupe concomitant, il inclut les jeunes se retrouvant à la fois cliniquement dépressif et délinquant ou cliniquement dépressif et avec un trouble des conduites. Pour ce qui est du groupe témoin, les participants retenus ont été sélectionné de façon aléatoire tout en s'assurant qu'il n'y ait pas de différence significative entre eux et ceux qui ont été retranchés.

Des corrélations de Pearson ont été effectuées à titre d'analyses statistiques préliminaires afin de vérifier les liens entre les diverses problématiques à l'étude et les distorsions cognitives, tant chez les filles que chez les garçons. Suite à une correction de Bonferroni, un seuil de signification de 0.01 a été retenu. Les résultats reportés dans le tableau 2, permettent de noter que pour les deux genres, les symptômes dépressifs sont associés à des attitudes dysfonctionnelles reliées à la réussite, à la dépendance, et totales. On retrouve également chez les deux genres, mais de façon plus marquée chez les filles, de fortes corrélations entre les symptômes de dépression et le style cognitif dirigé vers soi, vers le monde et vers l'avenir distorsionné, de même qu'entre ces symptômes et le langage intérieur dépressif, anxieux et total.

D'autre part, chez les filles les actes délinquants sont associés à la présence d'attitudes dysfonctionnelles reliées à la réussite, à la dépendance et totales, ainsi qu'à un style cognitif dirigé vers le monde distorsionné et à un langage intérieur dépressif, anxieux et total. Toutefois, chez les garçons les actes délinquants ne corrèlent positivement qu'avec un langage intérieur anxieux.

Finalement, le trouble des conduites corrèle positivement avec un style cognitif dirigé vers le monde et vers l'avenir, ainsi qu'avec un langage intérieur dépressif, anxieux et total et ce seulement chez les filles puisqu'on ne retrouve aucun lien significatif entre le trouble des conduites et les distorsions cognitives chez les garçons.

Afin d'examiner l'influence du groupe d'appartenance ainsi que du genre sur l'utilisation des distorsions cognitives, une analyse de variance bifactorielle (genre X groupe) fut effectuée. Les résultats révèlent un effet principal significatif du groupe d'appartenance sur l'ensemble des distorsions cognitives (tableau 3). On dénote également un effet du genre sur trois types des distorsions cognitives à l'étude. Toutefois, aucun effet d'interaction n'a été constaté. Ainsi, les adolescents des différents groupes adoptent des intensités différentes d'attitudes dysfonctionnelles reliées à la réussite ( $F(4, 360) = 14.07, p < 0.001$ ), à la dépendance ( $F(4, 360) = 9.73, p < 0.001$ ), à l'auto-contrôle ( $F(4, 360) = 2.75, p < 0.05$ ) et total ( $F(4, 360) = 14.41, p < 0.001$ ). L'appartenance aux groupes a également un effet sur le style cognitif dirigé vers soi ( $F(4, 356) = 36.30, p < 0.01$ ), vers le monde ( $F(4, 356) = 23.26, p < 0.01$ ) et vers l'avenir ( $F(4, 356) = 21.73, p < 0.01$ ).

$p<0.01$ ). Aussi, elle a une influence sur le langage intérieur dépressif ( $F(4, 352) = 64.37, p<0.01$ ), anxieux ( $F(4, 352) = 35.80, p<0.01$ ) et total ( $F(4, 352) = 61.12, p<0.01$ ). De plus, le genre influence significativement les attitudes dysfonctionnelles reliées à la réussite ( $F(1, 360) = 21.45, p<0.001$ ), à l'auto-contrôle ( $F(1, 360) = 15.54, p<0.001$ ) et total ( $F(1, 360) = 8.58, p<0.01$ ).

Dans le but de préciser les résultats précédent et d'identifier quels groupes se distinguent sur chacune des distorsions cognitives, des analyses de variance unifactorielles ont été effectuées. Ces analyses nous permettent de vérifier la deuxième et la troisième hypothèse. Le test de comparaisons multiples Tukey est utilisé pour ces analyses statistiques. Ces résultats sont rapportés dans le tableau 4. Ainsi, on peut constater que le groupe dépressif ( $M = 29.82$ ) présente davantage d'attitudes dysfonctionnelles reliées à la réussite que les groupes à trouble des conduites ( $M = 24.26$ ), témoin ( $M = 24.52$ ) et délinquant ( $M = 26.00$ ). Quant au groupe concomitant ( $M = 29.25$ ), il se différencie significativement des groupes à troubles des conduites et témoin pour ce même type de distorsions cognitives.

De plus, les groupes dépressif ( $M = 34.83$ ) et concomitant ( $M = 32.64$ ) ont davantage d'attitudes dysfonctionnelles reliées à la dépendance que les groupes à trouble des conduites ( $M = 27.21$ ), délinquant ( $M = 27.94$ ) et témoin ( $M = 29.03$ ). Enfin, les adolescents des groupes dépressif ( $M = 101.08$ ) et concomitant ( $M = 96.43$ ) présentent un niveau significativement plus élevé d'attitudes dysfonctionnelles total que ceux des

groupes témoin ( $M = 88.41$ ) et à trouble des conduites ( $M = 86.38$ ). Le groupe dépressif se différencie également du groupe délinquant ( $M = 90.98$ ). Cependant, aucun groupe ne se différencie significativement au niveau des attitudes dysfonctionnelles reliées à l'auto-contrôle.

Ensuite, les groupes dépressif ( $M = 23.55$ ) et concomitant ( $M = 22.84$ ) adoptent un style cognitif dirigé vers soi plus distorsionné que les groupes à trouble des conduites ( $M = 17.37$ ), délinquant ( $M = 17.51$ ) et témoin ( $M = 18.53$ ). De plus, ces deux mêmes groupes, soit dépressif ( $M = 23.35$ ) et concomitant ( $M = 22.98$ ), ont également un style cognitif dirigé vers le monde plus distorsionné que les groupes à trouble des conduites ( $M = 18.36$ ), témoin ( $M = 19.34$ ) et délinquant ( $M = 19.62$ ). Aussi, les adolescents des groupes concomitant ( $M = 23.13$ ) et dépressif ( $M = 22.44$ ) ont un style cognitif dirigé vers l'avenir plus distorsionné que ceux des groupes à trouble des conduites ( $M = 17.95$ ), délinquant ( $M = 18.77$ ) et témoin ( $M = 18.91$ ).

Finalement, les adolescents des groupes dépressif ( $M = 1.73$ ) et concomitant ( $M = 1.66$ ) utilisent davantage un langage intérieur dépressif que ceux des groupes à trouble des conduites ( $M = 0.54$ ), délinquant ( $M = 0.54$ ) et témoin ( $M = 0.66$ ). Il fut observé également, que les groupes concomitant ( $M = 1.56$ ) et dépressif ( $M = 1.51$ ) utilisent davantage un langage intérieur anxieux que les groupes à trouble des conduites ( $M = 0.67$ ), délinquant ( $M = 0.67$ ) et témoin ( $M = 0.73$ ). Enfin, les groupes dépressif ( $M = 42.35$ ) et concomitant ( $M = 40.96$ ) rapportent un score total au niveau du langage

intérieur, significativement plus élevé que les groupes à trouble des conduites ( $M = 15.16$ ), délinquant ( $M = 15.29$ ) et témoin ( $M = 17.50$ ). Bref, les groupes dépressif et concomitant se démarquent, par des taux élevés de distorsions cognitives, des groupes délinquant, à trouble des conduite et témoin, à l'exception de la sous-échelle de l'auto-contrôle qui s'avère non concluante. De cette façon, la troisième hypothèse se voit en grande partie confirmée.

D'autre part, ces analyses ont permis de préciser diverses influences en lien avec le genre. En effet, les résultats indiquent que les garçons ( $M = 27.76$ ) présentent davantage d'attitudes dysfonctionnelles reliées à la réussite que les filles ( $M = 26.13$ ). Ces derniers ( $M = 36.82$ ) ont également un score plus élevé d'attitudes dysfonctionnelles reliées à l'auto-contrôle que celles-ci ( $M = 34.50$ ). Finalement, les adolescents ( $M = 93.54$ ) obtiennent un score significativement plus élevé d'attitudes dysfonctionnelles totales que les adolescentes ( $M = 93.16$ ). Ainsi, la deuxième hypothèse se voit en partie confirmé en ce qui a trait aux distorsions cognitives présentent chez les garçons. Cependant, ces résultats ne nous permettent pas de confirmer la présence d'un taux plus élevé au niveau du langage intérieur pessimiste et du style cognitif orienté vers soi chez les filles.

## Discussion

La présente étude avait pour objectifs d'explorer les différences sexuelles chez les adolescents dépressifs, délinquants et avec un trouble des conduites. Ensuite, elle visait à

comparer les taux et à identifier les constellations différentielles de distorsions cognitives chez les adolescents présentant ces différentes problématiques, ainsi que de ceux présentant une concomitance de symptômes dépressifs et de troubles extériorisés.

Les résultats confirment d'abord ceux des études antérieures quant à l'existence de différences associées aux genres pour les problématiques à l'étude. En effet, les filles présentent davantage de symptômes de dépression que les garçons, tandis que ces derniers rapportent des taux supérieurs à ceux des filles en ce qui a trait à la délinquance et au trouble des conduites. Ces résultats vont dans le même sens que ceux présentés par Hankin et Abramson (2001) qui ajoutent que cette différence entre les garçons et les filles quant à la présence de symptômes dépressifs émerge à l'adolescence et persiste à l'âge adulte. Kratzer et Hodgins (1997) tout comme dans la présente étude, soulignent l'incidence de troubles extériorisés qui diffère selon le genre. Toutefois, certains auteurs s'entendent pour dire que les comportements agressifs et violents ont tendance à croître chez les filles et que les différences entre les adolescents et les adolescentes diminuent (Knox & al., 2000 ; Tardif & al., 1997). De plus, nous avons constaté qu'un plus grand nombre de filles présentent une concomitance de symptômes dépressifs et de troubles extériorisés, ce qui appuie les résultats obtenus dans les études de Masten (1988) et Offord, Adler et Boyle (1986).

L'hypothèse selon laquelle les filles utilisent un langage intérieur plus pessimiste et adoptent un style cognitif dirigé vers soi plus distorsionné, alors que les garçons

emploient davantage d'attitudes dysfonctionnelles reliées à la réussite, à l'auto-contrôle et globale, est partiellement supportée par les résultats. En effet, les garçons adoptent davantage d'attitudes dysfonctionnelles reliées à la réussite, à l'auto-contrôle et globale que leur contrepartie féminine et ce même après avoir isolé l'influence du groupe d'appartenance. Ainsi, les garçons ont tendance à croire que s'ils échouent en partie, c'est aussi pire que d'échouer complètement et qu'une personne devrait être capable de contrôler tout ce qui lui arrive. Ces résultats corroborent ceux d'une étude de Marcotte, Leclerc et Lévesque (soumis) qui en sont arrivées aux mêmes résultats.

Pour ce qui est des filles, malgré que les problématiques soient associées à un grand nombre de distorsions lorsque l'on regarde les corrélations, il demeure qu'une fois la variable groupe isolée, elles ne présentent pas plus de distorsions cognitives que les garçons et ce quel qu'en soit le type. Ces résultats vont à l'encontre de certaines études qui s'y attardent. Entre autre, Marcotte (2001) rapporte que les filles adoptent davantage d'attitudes dysfonctionnelles reliées à la dépendance que les garçons. Marcotte, Leclerc et Lévesque (soumis) quant à elles, constatent que le style cognitif relatif au soi et le langage intérieur pessimiste caractérisent les filles.

Malgré l'absence d'interaction entre le groupe d'appartenance et le sexe du participant, il est pertinent de s'attarder aux tendances révélées par les analyses de corrélations réalisées. Il est possible de constater que tout comme chez les filles présentant des symptômes dépressifs, on retrouve chez les garçons aux prises avec ce

même trouble presque autant d'erreurs de pensée. Tant les garçons que les filles déprimées présentent des attitudes dysfonctionnelles globales, reliées à la réussite et à la dépendance, adoptent un style cognitif orienté vers soi, vers le monde et vers l'avenir distorsionné et utilisent un langage intérieur pessimiste. Cependant, on retrouve chez les filles une relation plus étroite entre le langage intérieur dépressif, anxieux et total et les symptômes de dépression.

Chez les jeunes délinquants, il est intéressant de constater des différences marquées entre les garçons et les filles. Les actes délinquants commis par les adolescentes sont associés à davantage d'attitudes dysfonctionnelles reliées à la réussite et à la dépendance, de même qu'à un taux global d'attitudes dysfonctionnelles plus élevés. La présence de comportements délinquants est également associée à une perception du monde distorsionnée et à un langage intérieur pessimiste chez les filles. À l'opposé, chez les garçons, le fait de commettre des actes délictueux n'est associé qu'à l'utilisation d'un langage intérieur anxieux alors qu'aucun lien ne ressort entre la présence du trouble des conduites et les distorsions cognitives. La présence du trouble des conduites chez les filles est associée, quoi que de façon modérée, à une perception du monde et de l'avenir erronée, ainsi qu'à un langage intérieur pessimiste. Par ailleurs, ces résultats démontrant la présence de distorsions cognitives chez les jeunes délinquants et à trouble des conduites appuient ceux obtenus par Barriga et Gibbs (1996) qui concluent à une association entre les distorsions cognitives et les comportements antisociaux. Cependant, du petit nombre d'études s'intéressant aux distorsions cognitives chez les

jeunes présentant des troubles extériorisés, très peu observent les différences liées au genre.

Un autre résultat important de la présente étude s'oriente autour de la prépondérance de distorsions cognitives chez les adolescents des groupes dépressif et concomitant. En comparaison avec les groupes délinquant, à trouble des conduites et témoin, les jeunes des groupes dépressif et concomitant présentent des taux plus élevés de distorsions cognitives. Les résultats révèlent que les adolescents dépressifs et concomitants adoptent davantage d'attitudes dysfonctionnelles en lien avec la réussite, la dépendance de même que globalement. Ils présentent un style cognitif dirigé vers soi, vers le monde et vers l'avenir plus distorsionné et ont un langage intérieur plus pessimiste que les adolescents délinquants, à trouble des conduites et du groupe témoin. Les adolescents dépressifs et concomitants ont donc plus de distorsions cognitives que ceux des autres groupes. Des différences similaires sont également rapportées par Kempton et al. (1994). Ces auteurs constatent que les jeunes dépressifs ont presque autant de distorsions cognitives que ceux présentant une concomitance de trois problématiques, soit la dépression, le trouble des conduites et l'abus de substances. Dans la présente étude, des taux similaires sont rapportés pour les deux groupes, soit dépressif et concomitant, ceux-ci ne se différenciant pas significativement l'un de l'autre.

Cette étude comporte certaines limites qu'il est important d'aborder. D'une part, le nombre restreint de filles répondant aux critères cliniques de délinquance retenus pour

cette étude permet plus difficilement de généraliser les résultats obtenus. Il s'avère important ici de considérer le point de vue proposé par plusieurs auteurs dont Crick et Grotpeter (1995), quant à la façon d'exprimer l'agressivité qui diffère selon le genre. Il est donc possible que les instruments utilisés pour déceler la délinquance ne tiennent pas compte de ces différences et mettent davantage l'accent sur l'agressivité exprimée par les garçons qui se veut plus directe et plus physique. L'utilisation de mesure de l'agressivité indirecte serait à considérer dans les futures recherches.

D'autre part, la présente étude ne permet pas d'identifier les constellations de distorsions cognitives spécifiques aux troubles extériorisés. Elle ne permet pas de conclure tout comme le fait Marcotte (2001) que les jeunes délinquants adoptent davantage d'attitudes dysfonctionnelles reliées à l'auto-contrôle que ceux du groupe témoin. Les groupes dépressif et concomitant ayant en commun la présence de symptômes dépressifs et les trois autres groupes soit délinquant, à trouble des conduites et témoin étant caractérisés par l'absence de ces même symptômes, il est possible de croire que les distorsions cognitives mesurées soient davantage associées à ceux-ci. Les résultats obtenus confirment alors que les distorsions cognitives mesurées sont spécifiques à la dépression, tel que proposé par le modèle cognitif de Beck. Cependant, les instruments utilisés ne permettent vraisemblablement pas de distinguer les distorsions cognitives spécifiques aux troubles extériorisés. Ainsi, il serait pertinent dans une prochaine recherche de répertorier des instruments de mesure plus spécifiques aux troubles extériorisés.

En fin, la présente étude démontre un aspect innovateur dans l'éventail multiple des instruments utilisés pour mesurer les distorsions cognitives chez les adolescents présentant diverses problématiques, ainsi que par l'accent qui est mis sur les différences liées au genre. Ne se limitant pas aux scores globaux de distorsions cognitives comme le faisaient plusieurs études précédentes, elle s'intéresse également à chacune des sous-échelles pouvant être associées aux problématiques à l'étude, permettant ainsi d'identifier plus spécifiquement chaque erreur de pensée. De cette façon, comme il fut mentionné précédemment, cette recherche permet de reconnaître des pistes d'intervention possible en décelant les erreurs de pensée associées aux différentes problématiques vécues par les jeunes. Elle sensibilise également les intervenants, éducateurs et enseignants côtoyant les adolescents, à la présence de ces différents troubles et à leur concomitance, ainsi qu'à l'importance de les identifier rapidement afin d'offrir un traitement approprié.

### Conclusion

Finalement, divers aspects sont à considérer lorsque nous devons intervenir auprès des adolescents. Parmi ceux-ci nous retrouvons le sexe, les différents troubles, la concomitance de ces derniers et les différentes pistes d'intervention possibles. La présente étude souligne l'importance de tenir compte des différences entre les garçons des filles tant au niveau de la présence des divers troubles que dans l'expression des

erreurs de pensée. Il est donc primordial de tenir compte de ces différences liées au genre lors de l'intervention auprès des jeunes.

Bien sûr, le trouble diagnostiqué influencera le choix d'intervention à effectuer. Nous n'intervenons pas de la même façon avec les jeunes étant dépressifs, qu'avec les délinquants. Ces résultats font ressortir l'importance de bien diagnostiquer les problématiques pouvant être concomitantes. Les troubles extériorisés étant visiblement plus dérangeant, ils sont souvent perçus à l'avant-plan des difficultés des jeunes et sont la cible première des interventions. Les résultats proposent qu'on ne doit pas ignorer la présence de symptômes dépressifs de manière à effectuer une intervention qui en tient compte. Puisque comme nous l'avons vu précédemment, l'absence de traitement augmente la probabilité de revivre un épisode dépressif entraînant ainsi de nombreuses conséquences (Kovacs & al., 1994).

D'autre part, parmi les différentes pistes d'intervention possibles nous retrouvons la restructuration des erreurs de pensée. Pour ce faire, nous devons connaître celles qui sont impliquées dans la présence de chaque trouble. Dans cet ordre d'idées, cette étude a permis de constater les similitudes entre les groupes dépressif et concomitant en ce qui a trait aux distorsions cognitives, ainsi qu'entre les garçons et les filles. Voici donc ici une piste d'intervention importante pour ces différentes clientèles.

Par ailleurs, dans une étude ultérieure les mêmes variables pourraient être incluses dans un devis longitudinal permettant d'examiner l'évolution dans le temps des diverses problématiques ainsi que l'apparition et la stabilité des distorsions cognitives qui y sont associées. Il serait très intéressant d'observer ce qu'il se produit lors de la rémission de chacun de ces troubles. Une étude longitudinale permettrait donc de répondre à ces quelques questions de manière à mieux connaître chacune des problématiques prédominantes à l'adolescence et ainsi intervenir adéquatement.

## Références

Achenbach, T. M., & Howell C. T. (1993). Are American Children's problems getting worse ? A 13-year comparison. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1145-1157.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct* (2<sup>e</sup> ed.), Cincinnati, OH : Anderson Publication.

Andrews, J. A., & Lewinsohn, P. M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents : Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 655-662.

Angold, A., & Costello, E. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents : empirical, theoretical and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, 150 (12), 1779-1791.

Barrera, M., & Garrison-Jones, C. V. (1988). Properties of Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 263-273.

Barriga, A. Q., & Gibbs, J. C. (1996). Measuring cognitive distortion in antisocial youth : Development and preliminary validation of the « How I Think » questionnaire. *Aggressive Behavior*, 22, 333-343.

Barriga, A. Q., Landau, J. R., Stinson, B. L., Liau, A. K., & Gibbs, J. C. (2000). Cognitive distortion and problem behaviors in adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 36-56.

Beck, A. T. (1978). *Depression inventory*. Philadelphia : Center for Cognitive Therapy.

Beck, A. T., Brown, G., Eidelson, J., Steer, R. A., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression : a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (3), 179-183.

Blackburn, I. M., Jones, S., & Lewin, R. J. P. (1986) Cognitive Style in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 241-251.

Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 14 (3), 211-218.

Calache, J., Martinez, R., Verhulst, S. J., Bourgeois, M., & Peyre, F. (1994). Dysfunctional attitudes in depressed and non-depressed substance abusers: an exploratory study. *European Psychiatry*, 9, 77-82.

Capaldi, D. M. (1992). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescents boys: II a 2 year follow-up at grade 8. *Development and Psychopathology*, 4, 125-144.

Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundation of cognitive theory and therapy of depression*. New York : Wiley & Sons.

Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age and gender specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867.

Cottraux, J. (2001) *Les thérapies cognitives : Comment agir sur nos pensées*. Paris : Retz.

Crick, N. R., & Grotjeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender and social-psychological adjustment. *Child Development*, 67, 710-722.

Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1986). Cognitive assessment with major depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 13-29.

Dodge, K. A. (1980). Social cognition and children's aggressive behavior. *Child Development*, 51, 162-170.

Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1990a). Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, 250, 1675-1685.

Dodge, K. A., & Frame, C. L. (1982). Social cognitive biases and deficits in aggressive boys. *Child Development*, 53, 620-635.

Dodge, K. A., Price, J. M., Bachorowski, J. A., & Newman J. P. (1990b). Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 385-392.

Dohr, K. B., Rush, A. J., & Bernstein, I. H. (1989). Cognitive biases and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98 (3), 263-267.

Eaves, G., & Rush, A. J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 31-40.

Fleming, J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorder : A critical review. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.

Fréchette, M., & Leblanc, M. (1987). *Délinquances et Délinquants*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Frick, P. J. (1998). *Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior*. New York : Plenum Press.

Garber, J., Weiss, B., & Shanley, N. (1993). Cognition Depressive Symptoms and development in Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (1), 47-57.

Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression : An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796.

Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1990). Adult Outcomes of childhood and adolescent depression. I Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473.

Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1991). Adult Outcomes of childhood and adolescent depression .II Links with Antisocial disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (3), 434-439.

Hastings, T., Anderson, S. J., & Hemphill, P. (1997). Comparisons of daily stress, coping, problem behavior and cognitive distortion in adolescent sexual offenders and conduct disordered youth. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 9 (1), 29-42.

Hollon, S. D., Lumry, A., & Kendall, P. C. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (1), 52-59.

Kandel, D., Simcha-Fagan, O., & Davies, M. (1986). Risk factors for delinquency and illicit drug use from adolescence to young adulthood. *The Journal of Drug Issues*, 16, 67-90.

Kashani, J. H., Reid, J., & Rosenberg, T. (1989). Levels of hopelessness in children and adolescents : A developmental perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 496-499.

Kempton, T., Van Hasselt, V. B., Bukstein, O. G., & Null, J. A. (1994). Cognitive distortions and psychiatric diagnosis in dually diagnosed adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (2), 217-222.

Kendall, P. C., Cantwell, D. P., & Kazdin, A. E. (1989). Depression in children and adolescents : Assessment issues and recommendations. *Cognitive Therapy and Research, 13*, 109-146.

Knox, M., King, C., Gregory, L. H., Logan, D., & Ghaziuddin, N. (2000). Aggressive behavior in clinically depressed adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 611-618.

Kovacs, M. (1985). The natural history and course of depressive disorders in childhood. *Psychiatric Annals, 15*, 387-389.

Kovacs, M., Goldston, D., & Gatsonis, C. (1993). Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders : a longitudinal investigation. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 8-20.

Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crousse-Novak, M. C., Paulauskas, S. L., Pollock, M., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood. *Archives of General Psychiatry, 41*, 643-649.

Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C., & Richards, C. (1988). Depressive disorders in childhood : 3. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders, 15*, 205-217.

Kratzer, L., & Hodgins, S. (1997). Adult outcomes of child conduct problems : A cohort study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*, 65-81.

Leblanc, M. (1994). MASPAQ, *Manuel sur des mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois*, GRIP, École de Psycho-éducation, Université de Montréal, Avril.

Levy, J. C., & Deykin, E. Y. (1989). Suicidality, depression and substance use in adolescence. *American Journal of Psychiatry, 146*, 1462-1467.

Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N. & Rohde, P. (1994). Psychological approaches with adolescents. In W.M. Reynolds et H.F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*. New York : Plenum Press.

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

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

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Hops, H. (1991). Comorbidity of unipolar depression : I. Major depression with dysthymia. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 205-213.

Lewis, D. O., Yeager, C. A., Cobham-Portorreal, C. S., Klein, N., Showalter, C., & Anthony, A. (1991). A follow-up of female delinquents : Maternal contributions to the perpetuation of deviance. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 197-201.

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

Maag, J. W., Behrens, J. T., & DiGangi, S. A. (1992). Dysfunctional cognitions associated with adolescent depression : Findings across special population. *Exceptionality*, 3, 31-47.

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

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

Marcotte, D., Leclerc, D., & Lévesque, N. (soumis). *Les schèmes cognitifs des adolescents dépressifs et l'impact de la dépression sur le rendement scolaire*. Manuscrit soumis pour publication.

Marcotte, G. (2001). *L'influence du soutien familial et des attitudes dysfonctionnelles sur la dépression, la délinquance et la concomitance de ces troubles auprès d'une population adolescente*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

Marmorstein, N. R., & Iacono, W. G. (2001). An Investigation of female adolescent twins with both major depression and conduct disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 299-306.

Marton, P., Churchard, M., & Kutzer, S. (1993). Cognitive distortion in depressed adolescents. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 18 (3), 103-107.

Marton, P., & Kutzer, S. (1995). The prevalence of cognitive distortion in depressed adolescents. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 20 (1), 33-38.

Masten, A. S. (1988). Toward a developmental psychopathology of early adolescence. Dans M. D. Levine, & E. R. McAnarney (Eds.), Early adolescent transitions (pp. 261 - 278). Lexington, MA : Heath.

McGee, R., Feehan, M., Williams, S., & Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 50-59.

Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological-Bulletin*, 115 (3), 424-443.

Offord, D. R., Alder, R. J., & Boyle, M. H. (1986). Prevalence and sociodemographic correlates of conduct disorder. *American Journal of Social Psychiatry*, 4, 272-278.

Pairkoff, R. L., Brooks-Gun, J., & Warren, M. P. (1991). Effects of girls hormonal status on depressive and aggressive symptoms over the course of one year. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 191-215.

Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48 (2), 155-168.

Power, M. J., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C. F., Lam, D., & Beck, A. T. (1994). The Dysfunctional Attitude Scale (DAS). A comparison of forms A and B and proposals for a new subscaled version. *Journal of Research in Personality*, 28, 263-276.

Price, I. R., & Lavercombe, L. J. (2000). Depression in early adolescence : relation to externalising and internalising behaviour. *Perceptual and Motor Skills*, 90, 723-730.

Puig-Antich, J. (1982). Major depression and conduct disorder in prepuberty. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 118-128.

Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1999). *Behavior Assessment System for Children*. IGS.

Reynolds, W. M., & Johnston, H. F. (1994). *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York : Plenum Press.

Roberts, J. E., & Kassel, J. D. (1996). Mood - state dependence in cognitive vulnerability to depression : The roles of positive and negative affect. *Cognitive Therapy and Research, 20* (1), 1-12.

Robins, L. N., & Price, R. K. (1991). Adult disorders predicted by childhood conduct problems : Results from the NIMH Epidemiologic Catchment Area project. *Psychiatry, 54*, 113-132.

Robins, L. N., Tipp, J., & Pryzbeck, T. (1991). Antisocial personality. Dans L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America* (pp. 258-290). New York : The Free Press.

Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression : II. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 214-222.

Silverthorn, P., & Frick, P. J. (1999). Developmental pathways to antisocial behavior : The delayed-onset pathway in girls. *Development and Psychopathology, 11*, 101-126.

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

Tardif, K., Narzuk P. M., Leon A. C., Portera, L., & Weiner, C. (1997). Violence in patients admitted to a private psychiatric hospital. *American Journal of Psychiatry, 154*, 88-93.

Trépanier, J. F. (1997). *L'égocentrisme de pensée chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs et des troubles du comportement*. Mémoire de Maîtrise. UQTR.

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

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

Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders : A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 547-556.

Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology, 5*, 65-78.

Zoccolillo, M., & Rogers, K. (1991). Characteristics and outcome of hospitalized adolescent girl with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 973-981.

Tableau 1

Distribution selon le genre et le groupe d'appartenance.

Groupes	Garçons	Filles	Total	%
Témoin	66	54	120	32.2
Dépressif	23	83	106	28.4
Délinquant	44	9	53	14.2
Trouble des conduites	24	15	39	10.5
Concomitant	17	38	55	14.7
Total	174	199	373	100
%	46.6	53.4	100	

Tableau 2

Corrélation entre les problématiques et les distorsions cognitives selon le genre

	<i>Filles</i>			<i>Garçons</i>		
	Symptômes dépressifs	Actes délinquants	Trouble des conduites	Symptômes dépressifs	Actes délinquants	Troubles des conduites
Attitudes dysfonctionnelles reliées à la réussite	.34***	.13**	.08	.33***	.12*	.03
reliées à la dépendance	.37***	.14**	.09	.28***	-.03	.05
reliées à l'auto-contrôle	.11	.11	.01	-.02	.07	.04
Total	.38***	.13**	.08	.30***	.07	.05
Style cognitif dirigé vers soi	.59***	.02	.02	.55***	.11	.06
dirigé vers le monde	.51***	.19***	.13**	.44***	.09	.07
dirigé vers l'avenir	.51***	.11	.15***	.46***	.04	-.01
Langage intérieur dépressif	.74***	.17***	.18***	.57***	.10	.01
anxieux	.64***	.18***	.17***	.53***	.16***	.05
total	.75***	.18***	.19***	.59***	.13	.03

\* p&lt;0.05 \*\* p&lt;0.01 \*\*\* p&lt;0.001

Tableau 3  
Analyses de variance genre X groupe

Distorsions Cognitives	Sources de variance	dl	F
Attitudes dysfonctionnelles reliées à la réussite	Sexe	1	21.45***
	Groupe	4	14.07***
	Sexe X Groupe	4	0.96
Attitudes dysfonctionnelles reliées à la dépendance	Sexe	1	3.07
	Groupe	4	9.73***
	Sexe X Groupe	4	0.33
Attitudes dysfonctionnelles reliées à l'auto-contrôle	Sexe	1	15.54***
	Groupe	4	2.75**
	Sexe X Groupe	4	0.31
Attitudes dysfonctionnelles totale	Sexe	1	8.58**
	Groupe	4	14.41***
	Sexe X Groupe	4	0.09
Style cognitif dirigé vers soi	Sexe	1	0.86
	Groupe	4	36.30***
	Sexe X Groupe	4	0.74
Style cognitif dirigé vers le monde	Sexe	1	0.34
	Groupe	4	23.26***
	Sexe X Groupe	4	1.02
Style cognitif dirigé vers l'avenir	Sexe	1	0.60
	Groupe	4	21.73***
	Sexe X Groupe	4	0.82
Langage intérieur dépressif	Sexe	1	0.97
	Groupe	4	64.37***
	Sexe X Groupe	4	0.82
Langage intérieur anxieux	Sexe	1	1.07
	Groupe	4	35.80***
	Sexe X Groupe	4	0.82
Langage intérieur total	Sexe	1	1.18
	Groupe	4	61.12***
	Sexe X Groupe	4	0.65

\* p< 0.05 \*\* p< 0.01 \*\*\* p< 0.001

Tableau 4  
Analyse de variance selon le groupe d'appartenance

Distorsions cognitives	Groupes d'appartenance					F
	Témoin	Dépressif	Délinquant	Troubles des conduites	Concomitants	
	1	2	3	4	5	
<b>Attitudes dysfonctionnelles</b>						
Reliées à la réussite	24.52	29.82	26.00	24.26	29.95	9.29*** 2 > 4, 1, 3 5 > 4, 1
Reliées à la dépendance	29.03	34.83	27.94	27.21	32.64	14.12*** 2,5 > 4,3, 1
Reliées à l'auto-contrôle	34.87	36.43	37.04	34.92	34.55	2.05 ns
Totales	88.41	101.08	90.98	86.38	96.43	12.15*** 2 > 4, 1, 3 5 > 1, 4
<b>Style cognitif</b>						
Dirigé vers soi	18.53	23.55	17.51	17.37	22.84	46.93*** 2,5 > 4,3, 1
Dirigé vers le monde	19.34	23.35	19.62	18.36	22.98	27.22*** 2,5 > 4,1, 3
Dirigé vers l'avenir	18.91	22.44	18.77	17.95	23.13	24.68*** 5,2 > 4,3, 1
<b>Langage intérieur</b>						
Dépressif	0.66	1.73	0.54	0.54	1.66	79.69*** 2,5 > 4,3, 1
Anxieux	0.73	1.51	0.67	0.67	1.56	44.84*** 5,2 > 4,3, 1
Total	17.50	42.35	15.29	15.16	40.96	76.09*** 2,5 > 4,3, 1

p< 0.05 \*\* p< 0.01 \*\*\* p< 0.001