

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
GENEVIÈVE CHAMPAGNE

LA RÉSILIENCE CHEZ LES ENFANTS :
STRATÉGIES D'ADAPTATION RÉUSSIES OU
PHÉNOMÈNE D'INTERNALISATION MAL MESURÉ?

JUIN 2000

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.

Sommaire

La résilience, la capacité d'un enfant confronté à une adversité environnementale de se développer adéquatement, pose quelques problèmes. Certains affirment que ce phénomène est en fait simplement le résultat d'une incapacité de bien mesurer certains troubles de comportement de type intériorisé. Le présent mémoire décrit une étude de type longitudinal qui tente de répondre à cette question chez de tout jeunes enfants. En comparant, sur une période de deux ans, des enfants dits résilients avec des enfants d'un groupe à risques et d'un autre groupe normatif, nous avons pu établir que, du moins avant l'âge de sept ans, les enfants résilients ne développent pas de troubles d'intériorisation de sorte que l'on peut confirmer l'existence même du phénomène de la résilience. Par contre, nos résultats ne démontrent pas de stratégies d'adaptation particulière chez les enfants résilients. Ce dernier résultat soulève une alternative. D'une part, on peut avancer que les enfants résilients n'ont pas de stratégies particulières et que chaque enfant développe des stratégies en fonction du contexte qu'il doit affronter. D'autre part, on peut simplement remettre en question l'opportunité de mesurer des stratégies d'adaptation à un si jeune âge.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux.....	v
Remerciement	vi
Introduction.....	1
Contexte théorique	5
La résilience	6
Les stratégies d'adaptation (coping)	15
L'internalisation	19
Hypothèses	23
Méthode	25
1 ^{er} temps : Choix des groupes d'enfants	26
Les questionnaires de sélection.....	30
Le profil socio-affectif	30
Le stress familial	31
2 ^e temps : Mesures de la résilience	32
Instruments de mesure	33
Le coping chez les enfants	33
L'inventaire des problèmes de comportements de l'enfant	36
Déroulement.....	37
Résultat	38

Cueillette des données.....	39
Les stratégies d'adaptation de l'enfant (coping).....	39
L'internalisation.....	40
Description des données	40
Discussion.....	46
L'internalisation.....	48
Stratégies d'adaptation aux stress (coping).....	51
Conclusion	58
Références.....	61
Appendice A	69
Appendice B.....	74
Appendice C.....	91
Appendice D	93
Appendice E.....	100

Liste des Tableaux

Tableau

1	Tableau des moyennes et des écarts types	41
2	Analyse de régression des stratégies de résolution de problème	43
3	Analyse de régression des stratégies d'évitement.....	44
4	Analyse de régression des troubles d'internalisation.....	45

Remerciements

L'auteur tient à exprimer sa reconnaissance aux personnes qui ont collaboré de près ou de loin à l'élaboration de ce projet de recherche. Des remerciements s'adressent tout particulièrement à M. Marc A. Provost qui a dirigé ce mémoire avec beaucoup de disponibilité, de soutien et de bienveillance. L'auteur tient aussi à remercier tous ses proches et ami(e)s qui ont cru en elle et l'ont toujours soutenu au cours de cette année de rédaction.

Introduction

La psychopathologie développementale tente depuis quelques années de tracer les trajectoires de développement des individus à risques. Des études longitudinales classiques comme celles de Werner et Smith (1982), Rutter (1979) et Garnezy (1974) ont mis en évidence une forme particulière d'adaptation où des enfants, malgré une adversité marquée provenant de leur milieu, semblent se développer normalement. Ces auteurs ont désigné ces enfants par le terme d'enfants résilients et ont amorcé l'étude des facteurs de protection qui les caractérisaient et leur permettaient de s'adapter adéquatement malgré les pronostics négatifs. L'étude présentée ici s'inscrit dans ce courant de recherche.

Malgré une documentation abondante sur le sujet (voir Masten et al. (1999), un doute subsiste chez plusieurs. En effet, certains croient plutôt que les enfants résilients d'âge préscolaire développent en fait des troubles de comportement plus difficilement mesurables que les troubles généralement observés chez les enfants à risques. Luthar (1991), par exemple, préconise la prudence dans le diagnostic de résilience puisque ses propres résultats suggèrent que les enfants résilients auraient en fait des troubles de comportements de type internalisé qui sont d'autant plus difficiles à mesurer qu'ils n'ont pas attiré l'attention des chercheurs autant que les troubles de type externalisé (Rubin & Mills, 1991).

Par contre, plusieurs ont mis en évidence chez ces enfants des caractéristiques personnelles d'adaptation (tempérament, estime de soi, etc.) qui leur permettent de passer outre les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Très peu d'études cependant ont tenté de mesurer les stratégies d'adaptation que ces enfants utilisent d'un point de vue actif pour venir à bout de leurs problèmes.

La controverse est donc encore ouverte : enfants qui ont des problèmes mal mesurés ou qui utilisent des stratégies actives d'adaptation. L'étude que nous présentons ici fait appel à une démarche longitudinale pour tenter, en revoyant des enfants dits résilients, deux ans après leur première observation, de jeter un peu de lumière sur cette question importante puisque l'analyse de la résilience peut mener à une meilleure compréhension des facteurs de protection.

Cette recherche adopte aussi une approche relativement nouvelle préconisée par Dumont et Provost (1999) et Masten et al. (1999) qui consiste à comparer les trajectoires de développement des enfants résilients à des enfants normatifs d'une part et des enfants à risques d'autre part. Cette démarche respecte les idées de la psychopathologie développementale qui insiste sur la comparaison des développements normaux et problématiques pour mieux saisir les processus en action dans le développement humain.

Le présent ouvrage comprendra quatre parties. Tout d'abord, le contexte théorique fera le point sur la documentation scientifique touchant la résilience, l'internalisation et

les stratégies d'adaptation, plus particulièrement dans le cadre de la théorie de Lazarus et Folkman (1984). La seconde partie qui décrit la méthode, mettra en évidence la formation des groupes de comparaisons et les mesures utilisées pour évaluer chez les enfants l'internalisation et les stratégies d'adaptation. La troisième partie présente les résultats alors que la toute dernière section proposera une discussion détaillée de ces résultats en fonction des deux éléments opposés dans la controverse de départ.

Contexte théorique

La majorité des études en psychopathologie développementale portent sur la compréhension des comportements inadaptés. Or, depuis quelques années, certaines observations ont décrit des enfants, élevés dans des conditions adverses, qui semblent pourtant se développer normalement; les enfants résilients. Certains y ont vu un terrain pour étudier les stratégies d'adaptation au stress (coping), d'autres croient plutôt que ces enfants développent en fait des problèmes d'internalisation qui sont difficilement mesurables. Ce projet s'attaque à cette controverse en utilisant une approche longitudinale.

La résilience

Depuis plus de dix ans, l'étude de l'effet cumulatif de stressseurs a préoccupé les chercheurs (Zimmerman & Arunkumar, 1994). Les recherches de Rutter (1987), Masten et Garnezy (1985), Sameroff et Seifer (1990) et Richters et Weintraub (1990) permettent l'élaboration d'une définition plus spécifique du concept de risque (Cowan, Cowan, & Schulz, 1996).

Dans un premier temps, le risque est conceptualisé de façon beaucoup plus statique. Il est défini alors en terme de marqueurs, de stressseurs ou de facteurs qui prédisposent

une personne ou un ensemble de personnes à des situations négatives précises ou malvenues (Cowan et al., 1996).

De façon plus précise, les risques, pour un enfant, peuvent être de plusieurs ordres : un environnement socio-économique défavorisé, la psychopathologie parentale, des stress biologiques et prénataux (p. ex. les grossesses adolescentes) et un entourage familial influencé par de l'instabilité et des perturbations comme les divorces ou la monoparentalité (Dryfoos, 1990; Hamburg, 1992; Huston, 1991; Lerner, 1995; Masten, 1992; National Research Council, 1993a, 1993b; Werner, 1993; Werner & Smith, 1977).

Rutter (1987) précise toutefois que le risque doit être conceptualisé comme un processus et non comme une accumulation de stressseurs auxquels sont associés des situations indésirables. Un processus, selon Le Petit Robert (1993), est un ensemble de phénomènes actifs et organisés dans le temps. C'est pourquoi, dans un deuxième temps, la définition du concept de risque réfère à un processus qui implique l'interaction de plusieurs variables afin de lier les conditions à risques (facteurs de risques) et les résultats dysfonctionnels spécifiques et non de faire reposer l'élément actif du risque sur une variable en soi (Cowan et al., 1996).

Dans le concept de risque, un autre type de facteurs influence le schéma développemental : les facteurs de vulnérabilité. Pelligrini (1990), Werner (1993) et Rutter

(1985) définissent la vulnérabilité comme étant une prédisposition génétique à développer différents comportements inefficaces ou des désordres psychologiques. Cependant, ces facteurs n'opèrent seulement qu'en présence de situations à risque (Cowan et al., 1996). Ainsi, selon Luthar (1991), les facteurs de vulnérabilité élèvent la probabilité de l'augmentation de l'influence du processus de risque pour les individus qui possèdent cet attribut en opposition avec ceux qui ne l'ont pas.

Masten, Hubbard, Gest, Tellegen, Garmezy et Ramirez (1999) concluent que bien que ces études contiennent une grande variété d'indicateurs de risque, il est évident que les différences individuelles ont un rôle important à jouer. C'est dans cette perspective qu'est né le concept de résilience. En effet, ces différentes études présentent des résultats inattendus chez quelques enfants. Ainsi, Garmezy (1974), Murphy et Moriarty (1976), Rutter (1979) et Werner et Smith (1982) ont découvert que certains enfants demeuraient compétents malgré le contexte d'adversité ou de menace dans lequel ils vivaient.

La résilience est un phénomène important dans le concept de risque car il ne représente pas un trait fixe mais plutôt un processus dynamique qui souligne la possibilité d'avoir des résultats positifs malgré l'exposition à des situations adverses (Cowan, Cowen, & Schulz, 1996; Cicchetti & Scheider-Rosen, 1986; Egeland, Carlson, & Sroufe, 1993). Ce processus dynamique réfère à l'inter-influence constante entre l'environnement et l'individu.

Selon Zimmerman et Arunkumar (1994), la plupart des définitions de la résilience comprennent au moins les caractéristiques individuelles, la nature du contexte, les facteurs de risque et ceux de protection. De façon globale, la résilience est conçue comme une capacité individuelle à s'adapter de façon réussie ainsi qu'un fonctionnement compétent malgré la présence continue d'un ou de plusieurs stressseurs, de l'adversité ou d'un traumatisme sévère et chronique (Cicchetti & Garmezy, 1993; Luthar, 1993; Masten, Best, & Garmezy, 1990; Rutter, 1987).

Toutefois, Kaplan (1994) prétend qu'il y a risque que la résilience soit mal définie parce que les chercheurs ont de la difficulté à distinguer la résilience et le résultat. Staudinger, Marsiske et Baltes (1993) précisent à ce sujet que le terme résilience réfère aussi aux résultats car il comprend le maintien d'un développement sain en dépit de l'adversité et le recouvrement face à un événement traumatisant.

Cowan, Cowan et Schulz (1996) posent l'hypothèse que ces personnes développent des stratégies d'adaptation au stress pour s'opposer au risque et faire face au défi. Cicchetti et Garmezy (1993) précisent qu'il est nécessaire de développer les connaissances en ce qui a trait aux efforts spécifiques mis en place pour s'adapter aux situations de défi ou à l'accumulation des éléments adverses qui font partie de leur vie.

Au plan des ressources personnelles, Zimmerman et Arunkumar (1994) notent que lorsqu'ils sont bébés, les enfants dits résilients ont tendance à être plus calmes et

affectueux. En vieillissant, nous pouvons remarquer qu'ils ont, outre l'école, des champs d'intérêts extérieurs, qu'ils se voient plus positivement et perçoivent qu'ils ont un certain contrôle personnel sur leur vie. En plus, ils s'avèrent être responsables, autonomes et orientés vers un but. Finalement, ils ont eu l'occasion de développer une relation significative avec une personne attentive à leurs besoins. Zimmerman et Arunkumar (1994) ajoutent qu'il peut exister certaines différences entre les garçons et les filles.

Les diverses études sur la résilience permettent de développer un modèle des mécanismes qui la sous tendent. Selon Zimmerman et Arunkumar (1994), le modèle de facteurs de protection explique le mieux le phénomène de la résilience et demeure le plus utilisé. Ce modèle décrit la résilience comme étant un ensemble de manifestations dynamiques qui interagissent avec le ou les facteurs de risque en modifiant la probabilité d'apparition de résultats indésirables.

À ce niveau, Rutter (1987) prévient qu'il ne faut pas considérer les facteurs de protection comme étant synonyme de risques faibles. Ils doivent plutôt être conçus comme un processus constitué de ressources personnelles et environnementales qui interagissent avec les facteurs de risque afin de réduire la probabilité d'apparition des effets des stressors qu'ils soient de nature normative ou non au niveau du développement (Brook, Nomura, & Cohen, 1989; Cohen, 1987; Cohen & Wills, 1985; Cowen & Work, 1988; Dohrenwend & Dohrenwend, 1981; Garnezy, 1983; Garnezy et al., 1984; Pelligrini, 1990; Werner & Smith, 1989; Plancherel, Bolognini, & Nunez,

1994; Wheaton, 1985). Zimmerman et Arunkumar (1994) ajoute à ce sujet que bien que les facteurs de protection peuvent avoir un effet direct sur une situation, cet effet est beaucoup plus puissant en présence d'un stressor compris dans le concept de risque.

Parmi les principaux facteurs de protection liés à la personnalité, l'intelligence, le lieu de contrôle, les habiletés sociales et le développement de soi sont les plus importants (Luthar, 1991). Au niveau relationnel, les fréquentations sensibles, sécurisantes ou émotives sont considérées comme faisant aussi partie de ses facteurs dits de protection (Beeghly & Cichetti, 1994; Breadslee & Padorefsky, 1988; Masten et al., 1990; Masten & Coatsworth, 1995; Werner, 1995; Werner & Smith, 1982).

Masten et al. (1999) proposent deux perspectives complémentaires afin d'être en mesure d'opérationnaliser et d'analyser le concept de résilience. Ces deux points de vue possèdent une longue tradition de recherches sur les différences individuelles et psychopathologiques.

La première perspective s'intéresse à la sphère dimensionnelle du phénomène et porte son accent sur les variables et leurs inter-relations. Cette approche ne permet pas de capter la totalité de la nature de la résilience car il est nécessaire d'inférer un jugement à l'aide de caractéristiques afin d'être en mesure de catégoriser les individus de résilients. Les critères utilisés à ce niveau peuvent s'apparenter à i) l'enfant se porte raisonnablement bien contenu des tâches majeures de développements auxquels il doit

faire face pour un groupe d'âge et une culture donnés et, ii) l'enfant expérimente des conditions d'adversité extraordinaire.

La deuxième perspective s'intéresse plutôt à comment un groupe de personnes partagent un ensemble de caractéristiques qui est défini par rapport à un autre groupe de personnes. L'accent est alors tourné vers les individus.

Ainsi, la comparaison entre les résilients et les maladaptés montre un niveau de risque et d'adversité similaire tout en étant très divergents en ce qui a trait aux résultats. De plus, les jeunes résilients diffèrent radicalement dans les ressources courantes et passées ainsi que dans leur bien être psychologique en comparaison avec les jeunes maladaptés (Masten et al., 1999).

D'un autre côté, la comparaison des résilients avec les compétents affiche des résultats similaires mais divergent au niveau de la présence de l'adversité et du risque. De façon plus précise, ces résultats similaires montrent des différences intéressantes entre les deux groupes, soit les résilients et les compétents, tout en demeurant significativement différents du reste de l'échantillon. Ainsi, selon Masten et al. (1999) les jeunes résilients se sont montrés moins conformistes face aux règles et ils se décrivent eux-mêmes comme ayant expérimentés plus d'effets négatifs que les enfants compétents. Cependant, ils sont dans la moyenne en ce qui a trait à la conformité lorsque comparés au reste de l'échantillon. Il est à remarquer que ce type de comparaison est beaucoup moins

commune dans la documentation bien qu'elle ait le potentiel de révéler les ressources nécessaires à la réalisation de la compétence (Masten et al., 1999).

À un autre niveau, Dumont et Provost (1999) utilisent les indices de dépression et la fréquence de préoccupations quotidiennes chez les adolescents afin de former quatre groupes de comparaisons où le groupe de résilients montrent un niveau de soucis quotidiens élevés et un faible niveau de dépression. Une fois de plus, bien que les adolescents bien ajustés présentent un portrait supérieur d'estime de soi face aux résilients, ces derniers se distinguent, à leur tour, de ceux qui sont dits vulnérables. Ceci confirme les données de Herman-Stahl et Peterson (1996) qui observent que leur groupe de résilients se distinguent des vulnérables par des caractéristiques comme l'optimisme, les relations positives avec leurs parents et leurs pairs ainsi que des stratégies d'adaptation au stress actives.

D'après ces différentes études, il en ressort qu'il est nécessaire de bien spécifier la menace ou la situation de défi au niveau développemental vécu par l'enfant, les critères par lesquels l'adaptation est jugée réussie ainsi que les caractéristiques individuelles ou environnementales qui peuvent faire partie du processus de résilience (Masten et al., 1999). En spécifiant ces quelques éléments, il sera alors possible de bien mesurer la résilience et permettre de mettre en place un concept stable. De plus, Cicchetti et Garnezy (1993) précisent qu'il est nécessaire de pouvoir observer la résilience à travers le temps afin que le phénomène soit jugé constant. En effet, Cicchetti et Rogosh (1997)

croient que puisque l'on tend à voir la résilience comme un processus développemental dynamique, il est préférable d'utiliser une étude longitudinale afin de mieux saisir les diverses paramètres.

Ainsi, tout comme les précédentes études, la présente recherche utilise, dans un premier temps, le niveau de stress familial vécu dans l'environnement ainsi que la compétence sociale des enfants des 3-4 ans pour former quatre groupes qui se distinguent. À ce niveau, Wills, Blechman, et McNamara (1996) ainsi que Garmezy et Masten (1986) précisent que le terme compétence est utilisé en référence aux impacts observables des capacités d'adaptation au stress soit le coping. De plus, il est d'usage de considérer l'enfant comme compétent lorsqu'il est reconnu par les pairs, les professeurs ou les parents que ce dernier possède des stratégies de coping qui sont efficaces.

Cependant, Rutter (1987) mentionne que certains peuvent être résilients dans des conditions de risques spécifiques mais être vulnérables dans d'autres. Werner (1993) précise que résilience et invulnérabilité ne sont pas équivalents car les enfants dits résilients qui font face aux stress sans éprouver de désordres n'impliquent pas nécessairement qu'ils n'expérimentent jamais de détresse (Werner & Smith, 1992).

En effet, les psychopathologistes développementaux, Achenbach et Edelbrock (1978) font une distinction entre les symptômes externalisants et internalisants. Ceci permet à Luthar (1991), d'émettre l'hypothèse que les enfants qui sont dits résilients

réagissent à leurs expériences stressantes de façon internalisée. Ce sont des enfants qui, dans une situation de stress élevées, ont montré une compétence comportementale impressionnante, mais qui avec le temps, affichaient une détresse émotionnelle (Luthar & Doernberg, 1993; Luthar & Zigler, 1991).

La résilience est donc un phénomène important en psychopathologie développementale. Cependant, bien des doutes demeurent sur la validité de sa mesure, certains argumentant que les enfants résilients ne sont que des enfants à risques dont les problèmes de comportement sont mal mesurés ou plus lents à ressortir. Ainsi, afin d'éclaircir ce point, cette étude cherche, dans un premier temps, à voir si les enfants résilients se distinguent au niveau de leurs stratégies d'adaptation (coping) et dans un deuxième temps, de voir s'ils ont un niveau supérieur de trouble d'ordre internalisé.

Les stratégies d'adaptation (coping)

Wills, Blechman, et McNamara (1996), définissent le coping comme les stratégies qu'un jeune utilise afin de faire face à une situation de défi. Par défis, ils considèrent tout évènement ou circonstance qui menacent l'estime de soi des enfants, leurs humeurs, leurs relations interpersonnelles ou les tâches développementales qu'ils doivent accomplir avec succès. Lazarus et Folkman (1984) ont élaboré une théorie cognitiviste qui décrit les efforts cognitifs et comportementaux, soit les stratégies, utilisés pour maîtriser les demandes internes et externes qui réfère aux situations de défi lorsque l'évaluation de la situation indique que le stress risque de dépasser les ressources de la personne.

Cette théorie considère le coping comme un processus à cause du caractère dynamique du phénomène. De plus, ce dernier implique une série d'évaluations et de réévaluations constantes des changements qui peuvent se produire entre la personne et son environnement. Une deuxième caractéristique de ce concept du coping est liée à l'autorégulation adaptative. À ce niveau, Lazarus et Folkman (1984) considèrent que le coping n'est utilisé que lorsque les demandes internes ou externes excèdent les ressources disponibles de l'individu. Troisièmement, le coping est un processus où ce ne sont pas les résultats mais bien les efforts déployés par l'individu qui importent. Ainsi, l'attention est portée sur les stratégies mises en place dans une situation et non sur l'efficacité observée suite à leurs utilisations. C'est pourquoi la théorie de Lazarus et Folkman affirme que le coping se met en fonction pour gérer une situation délicate et non pas nécessairement pour essayer de la contrôler. Son but central demeure donc la réduction de la tension et le retour de l'équilibre.

Folkman et Lazarus (1984) décrivent le coping sous deux principales fonctions. La première implique la régulation des émotions et de la détresse (emotion-focused coping) reliée à des stratégies d'évitement comme le déni, la distraction ou l'imagerie. La deuxième fonction du coping réfère à la gestion du problème qui cause la détresse (problem-focused coping) reliée cette fois à des stratégies d'approche comme modifier une situation considérée comme stressant. La résolution de problème implique un processus actif et objectif et il est axé, dans un premier temps, vers l'environnement (Lazarus & Folkman, 1984). Cependant, il comprend aussi des stratégies dirigées vers

soi-même qui incluent des changements motivationnels et cognitifs. Cette deuxième fonction est relativement plus limitée car elle dépend du type de problèmes auxquels il faut faire face ainsi que de la capacité à gérer les émotions qui soutendent les circonstances. Ainsi, plus la situation est jugée contrôlable, plus ces stratégies vont être préconisées.

De plus, Folkman et Lazarus (1980) observent que les individus utilisent l'une ou l'autre de ces fonctions dans la plupart des événements stressants (98% des 1300 situations exposées). La proportion de chacun des deux processus varie en fonction de l'évaluation qui est faite de la situation. En effet, lorsqu'il est possible que la personne modifie la situation, alors on remarque que les stratégies de résolution de problème augmentent. D'un autre côté, les stratégies centrées sur les émotions, aussi nommé stratégies d'évitement, augmentent lorsque les situations sont évaluées en dehors du contrôle de l'individu.

Comme cette stratégie implique de se détourner d'un stimulus déplaisant pour se centrer sur un autre, Pryor, Rholes, Ruble et Kriss (1984) précisent que cela peut devenir particulièrement difficile pour un enfant de moins de sept ans. Brotman Band et Weisz (1988) confirment que les jeunes enfants ont considérablement plus de difficulté que les plus vieux à employer les distractions et les autres formes de coping centrées sur les émotions pour modifier leur état cognitif. Cependant, ils ont noté que les enfants aussi jeune que 6 ans étaient en mesure de reconnaître une situation à potentiel stressant, de

mettre les efforts nécessaires pour modifier le niveau de stress et ensuite évaluer la situation. Ils précisent aussi que les enfants utilisent des stratégies d'adaptation aux stress pas seulement pour faire face à des stress exceptionnels mais aussi pour ceux qui sont plus quotidiens. Il semble que le choix d'un type de stratégies est influencé par la situation présentée ainsi que l'âge de l'enfant. En effet, pour une situation jugée difficilement contrôlable, comme recevoir une piqûre, les plus jeunes vont tendre à nommer en quantité égale les styles de stratégies tandis que les plus vieux vont privilégier des stratégies centrées sur les émotions (Brotman Band & Weisz, 1988).

Ruble et Altshuler (1989) montrent que l'analyse des stratégies d'adaptation élaborées par les enfants présentent des différences qualitatives à travers les âges. En effet, ces derniers spécifient que les enfants vont chercher à alléger leur détresse émotionnelle lors de situations jugées incontrôlables par l'utilisation de stratégies d'évitement de type comportemental plutôt que de chercher à changer la situation. Ce n'est qu'avec l'âge que les jeunes vont apprendre à utiliser des stratégies d'évitement de niveau cognitif au lieu de niveau comportemental.

Les enfants résilients, nous l'avons dit, doivent évoluer dans un environnement adverse qui peut être défini en terme de situations de stress incontrôlables. Il est donc possible de penser que ces derniers vont développer des stratégies d'adaptation au stress en quantité et en qualité similaire aux enfants qui sont qualifiés de compétants.

À la suite de l'utilisation du questionnaire « Ways-of-coping » de Lazarus et Folkman (1980), Brotman Band et Weisz (1988) développent une forme plus complète que celle de Lazarus et Folkman (1980) car ils évaluent que seulement 40% des enfants émettent des réponses qui entrent dans aucune des deux catégories du formulaire pour adultes. Ils établissent un nouveau système de codification avec d'une part le contrôle primaire qui comprend les stratégies centrées sur la résolution de problème et d'autre part, le contrôle secondaire qui contient les stratégies centrées sur les émotions. Brotman Band et Weisz (1988) ajoutent finalement la renonciation au contrôle qui représente toutes les stratégies qui démontrent une absence de stratégies comme la passivité. Ce questionnaire sera en mesure d'évaluer le type de stratégies d'adaptation au stress que les enfants mettent en place pour faire face aux situations adverses.

L'internalisation

Pendant l'enfance, la présence d'un malfonctionnement s'exprime surtout par des perturbations comportementales. La documentation en psychopathologie développementale identifie deux dimensions horthogonales : D'une part, l'externalisation caractérisée par l'hyperactivité et les comportements agressifs et, d'autre part, l'internalisation (Achenbach & Edelbrok, 1981; Anthony, 1970; Fish & Shapiro, 1964) caractérisée par le retrait social, l'anxiété, la dépression et les plaintes somatiques (Achenbach, 1991; Cicchetti & Toth, 1988). Reynolds (1992) propose comme distinction entre les deux le fait que les troubles d'externalisation font souffrir les autres et que les troubles d'internalisation font souffrir le sujet.

Rubin et Mills (1991) proposent un modèle qui décrit le développement de l'internalisation. Ils considèrent d'abord que le tempérament de l'enfant est le premier facteur d'influence pour le développement de l'adaptation social et émotionnel (Rubin, Lemare, & Lollis, 1990; Rubin & Lollis, 1988; Rubin & Mills, 1991). À ce niveau, Rubin et Mills (1991) spécifient que l'adaptation socio-émotionnel de type internalisé est une tentative pour l'enfant de régulariser une difficulté avec les ressources et les moyens qu'il possède.

Sroufe (1989) rappelle l'importance, d'un point de vue psychopathologique, de considérer l'existence de plusieurs voies possibles qui mènent aux problématiques et aux dysfonctionnements. Ainsi, s'il y a surcontrôle et sur-investissement des parents en plus d'être soumis à des stress familiaux qui sont jumelés à un faible soutien social, même un enfant au tempérament facile peut se voir développer des problèmes d'ordre internalisés (Rubin, 1990).

Selon Kagan, Sidman et Reznick (1987) ainsi que Miyake, Chen et Campos (1985), les enfants à tempérament inhibé possèdent un seuil de tolérance plus faible face à une stimulation ou à une nouveauté environnementale. Cependant, Rubin (1993) mentionne qu'un tempérament inhibé n'est pas nécessairement lié aux troubles d'internalisation.

Un tempérament inhibé s'observe plus particulièrement à travers l'inhibition comportementale. Cette inhibition comportementale se voit entre autre par le retrait

social. Car, de façon plus large, le retrait social est le reflet comportemental d'un surcontrôle psychologique (Lewis & Miller, 1990). Selon les études de Kagan (1989), Moskowitz, Schartzman et Ledingham (1988) et Rubin et Both (1989), le retrait social est une notion qui réfère à l'action d'être seul et de ne pas interagir avec les autres. De plus, ce concept demeure relativement stable dans le temps.

Selon Rubin (1993), les enfants qui sont retirés socialement ont tendance à prendre moins d'initiative, à être moins socialement affirmatifs et privilégieraient des solutions qui impliquent l'intervention d'un adulte. Ce sont aussi des enfants qui perçoivent et évaluent leurs propres habiletés de façon plus négative. En effet, ces enfants sont ouverts aux autres mais ne réussissent pas à atteindre un niveau de conformisme « normal » qui leur permettraient d'établir une relation (Kagan, 1989).

Un deuxième groupe de symptômes lié aux troubles d'internalisation réfère à l'anxiété et à la dépression. Marcelli (1996) définit l'anxiété comme un affect pénible associé à une attitude d'attente d'un événement imprévu mais vécu comme désagréable. La gêne, les humeurs négatives et la faible capacité d'adaptation peuvent être des indicateurs augmentant la probabilité de développer des troubles d'anxiété (Beitchman, Inglis, & Schachter, 1992).

Bien que les désordres anxieux semblent être le problème le plus commun de l'enfance, plusieurs études montrent la présence de dépression en coexistence avec

l'anxiété (Last et al., 1987). Ainsi, 45 % des enfants d'un échantillon clinique montrent la présence de troubles d'anxiété et de dépression en même temps.

Marcelli (1996) mentionne que l'on peut observer chez les enfants vivant de la dépression, entre autres, un ralentissement psychomoteur, une inhibition motrice et un visage peu expressif. Cicchetti et Aber (1986) ont relevé des indices précoces permettant de déceler la présence de dépression soit l'incapacité de développer une amitié avec les pairs, la dépendance excessive, la présence d'ambivalence face aux personnes significatives, le manque de connaissance de soi et finalement, l'observation d'une incompétence comportementale et sociale.

Finalement, le syndrome d'internalisation comprend les plaintes somatiques. En effet, les multiples allégations somatiques des enfants que l'entourage est souvent plus disposé à écouter, s'expriment plus facilement par une plainte somatique comme la fatigue ou les douleurs diverses (Marcelli, 1996). Selon Habimana, Éthier, Petot et Tousignant (1999), les troubles de somatisation ont la plus forte relation (corrélation positive) avec l'inhibition comportementale bien qu'aucun lien est établi avec les troubles d'internalisation en soi.

Par la classification dimensionnelle, Achenbach et McConaughy (1992) divisent les dysfonctionnements en deux : les troubles internalisation et les troubles d'externalisation. Les troubles d'internalisation sont décrits plus haut. Bien que la distinction théorique du

concept d'internalisation par rapport au concept d'externalisation semble assez clair, le trouble d'internalisation demeure difficile à détecter (Habimana, 1999). Lorsqu'il est question d'enfants définis comme résilients, Luthar (1991) amène l'hypothèse que les troubles plus subtils liés à une symptomatologie internalisée seraient délaissés en raison de leur manque de visibilité face à des conduites plus manifestes. Ainsi, le concept de résilience est-il le résultat de troubles moins facilement mesurables tel l'internalisation?

Hypothèses

Ainsi, la résilience, tel que définie plus haut, comprend deux concepts distincts soit une capacité individuelle à s'adapter de façon réussie et un fonctionnement compétent et ce dans des conditions adverses continues. Dans une perspective longitudinale, nous cherchons à préciser ces deux concepts auprès d'enfants de 5-7 ans qui présentent des caractéristiques spécifiques de la résilience.

En premier lieu, les stratégies d'adaptation aux stress, présents même chez les jeunes enfants, permettent à ces derniers de s'adapter à toutes sortes de situations jugées plus ou moins contrôlables. Il est donc vraisemblable de penser que les enfants résilients développent des stratégies de coping en quantité et en qualité qui s'approchent de celles qui sont produites par les enfants du groupe normatif leur permettant ainsi de mieux gérer leur stress et ainsi se développer sans trop de problèmes. Dans ce sens, il est aussi probable de croire que les enfants vulnérables n'ont pas été en mesure de produire des stratégies d'adaptation au stress en quantité et en qualité suffisantes afin de parvenir à

gérer les situations difficiles expliquant ainsi leurs différences avec le groupe des résilients.

Hypothèse 1 : Les enfants vulnérables auront moins de stratégies de résolution de problème que les enfants du groupe normatif alors que les enfants résilients auront autant de stratégies de résolution de problèmes que les enfants normatifs.

Hypothèse 2 : Les enfants vulnérables auront plus de stratégies d'évitement que les enfants de familles normatives alors que les enfants résilients auront autant de stratégies d'évitement que les enfants normatifs.

La deuxième problématique de ce projet touche la qualité de la mesure des troubles de comportements des enfants résilients. En effet, certains (Luthar & Doernberg 1993; Luthar & Zigler, 1991) ont suggéré que les enfants résilients révélaient en fait que des enfants qui développaient des problèmes plus difficiles à déceler en bas âge comme l'internalisation. Dans cette optique, nous posons une troisième hypothèse qui veut mettre en lumière ce problème.

Hypothèse 3 : Les enfants résilients âgés de cinq à sept ans ne se distingueront pas des enfants normatifs au niveau de leur score d'internalisation.

Méthode

1^{er} temps : choix des groupes d'enfants

La présente recherche s'inscrit à l'intérieur d'une étude longitudinale où le choix des sujets est fondamental. Pour ce faire, l'étude s'inspire du devis de recherche établie par le groupe du Minnesota (Garmezy et al. 1984; Masten & Garmezy, 1985) puisqu'ils sont reconnus au niveau de leur expertise dans la sélection des sujets en ce qui a trait au domaine des familles à risque. Ainsi, la sélection des participants doit se faire par étape pour arriver à constituer les quatre groupes désirés.

La première étape est le choix de la population. Les familles sont recrutées auprès des garderies et des maternelles de Trois-Rivières. Plusieurs raisons justifient le choix de ces milieux de vie. Premièrement, ce sont des enfants ayant expérimenté des échanges sociaux avec les pairs et pour lesquels il est possible d'obtenir un jugement rapide d'experts (les éducatrices) quant à leur niveau d'adaptation. Et deuxièmement, cela permet de réduire les démarches puisque l'on retrouve un bon nombre d'enfants à la fois. Il est à noter que les compétences des intervenantes en ce qui a trait à l'observation ont été vérifiées et utilisées à plusieurs reprises et ce avec succès (Lafrenière, Provost, & Dubeau, 1992; Provost & Lafrenière, 1990).

Tous les enfants sont donc d'âge préscolaire et fréquentent assidûment une garderie ou une maternelle. De plus, deux garderies et quelques maternelles touchent des quartiers défavorisés ce qui permet d'avoir accès à des familles à risque, un des critères de la formation de nos groupes.

La deuxième étape est le choix des participants. Dans un premier temps, des groupes de parents ont été rencontrés en début d'année afin de leur expliquer les buts du projet. La tâche fut grandement facilitée par la participation active des écoles et des garderies. Par la suite, une lettre fut envoyée à toutes les familles. Cette lettre contenait une explication globale du projet et une demande aux parents pour remplir le questionnaire sur les événements stressants de la vie. Le choix de ce questionnaire est justifié par le fait que l'équipe américaine affirme avoir eu de meilleurs résultats avec un questionnaire simple sur le stress de la vie quotidienne qu'elle considère comme le premier facteur de risque même s'il s'avère être la résultante d'autres facteurs comme le niveau socio-économique.

En plus de ce questionnaire, une série de questions simples sont ajoutées afin de cerner rapidement le niveau socio-économique et le statut matrimonial de la famille (biparentale, monoparentale ou reconstituée). Bien que plusieurs facteurs de risques ont été recensés dans la documentation scientifique, les principaux demeurent le stress, la monoparentalité et le faible niveau socio-économique (Garmezy et al., 1984). Suite à cet envoi, nous avons reçu 120 réponses de familles favorables à l'idée de participer au

projet. Le niveau socio-économique présente des écarts importants, puisque le tiers de l'échantillon se situant dans la strate défavorisée. À ce moment, les sujets sont âgés de 3 à 6 ans.

Les questionnaires de sélection

Le premier échantillon étant recueilli, l'enjeu était de déterminer dans quel groupe pouvait se situer chaque famille. La catégorisation des quatre groupes provient de la définition même de la résilience : un enfant qui semble se développer normalement malgré des signes d'adversité dans l'environnement. L'appartenance aux groupes est déterminée en accordant un score de fonctionnement social (PSA) et un score d'adversité familiale (le stress familial).

Le Profil Socio-Affectif

Le comportement social est mesuré par le profil socio-affectif (PSA) de Lafrenière, Dubeau, Janosz et Capuano (1990) (voir Appendice A). Ce questionnaire, complété par les éducatrices, est construit pour les enfants d'âge préscolaire (30 à 72 mois) et permet de cerner leurs difficultés et leurs compétences socio-affectives. Il comprend 80 énoncés, de type Likert, divisés en huit échelles dont les alpha vont de .79 à .91 où cinq énoncées ont un pôle positif et cinq autres ont un pôle négatif. Trois de ces échelles mesurent l'expression des émotions en général. Les interactions de l'enfant avec ses pairs sont obtenues à l'aide de trois autres échelles et finalement, les interactions de l'enfant avec les adultes de la garderie sont mesurées à travers les deux dernières échelles.

Un score pour chacune de ces échelles est calculé et l'addition de ces échelles donne le score global d'adaptation sociale des enfants qui fréquentent la garderie ou la maternelle. De plus, il est possible de dériver un score d'externalisation et d'internalisation à partir des résultats obtenus aux différentes échelles.

Cet outil est normalisé sur une population québécoise. Selon Lafrenière et al. (1990), lorsque le score est d'un écart type ou plus de la moyenne par rapport aux échelles d'internalisation ou d'externalisation, cela constitue un indice notable et fiable de problème de comportement.

Le stress familial

Afin d'établir le niveau de stress familial, six indices sont retenus. Pour chaque indice de stress familial la cote 1 (présence) ou 0 (absence) est donnée et la somme des indices fournis est la cote globale de stress familial. Les principaux indices mesurés sont la monoparentalité, le revenu familial (moins de 20 000\$ avec un enfant=1; 30 000\$ et 2 enfants=1 et ainsi de suite), l'âge de la mère à la naissance du premier enfant (moins de 22 ans=1), le niveau de stress lié à la santé, au travail (chômage, baisse de salaire, etc.) et aux relations familiales (hospitalisation, mortalité dans la famille, etc.). Ces différents stress sont retenus suite à la documentation existante à ce sujet (Parent et al., 1998; Vitaro et al., 1992). Une cote égale à 2 ou plus détermine les familles à risque (Rutter, 1987).

Le stress familial et le comportement social de l'enfant sont combinés pour former quatre groupes de familles égalisant 60 sujets.

- a) Les familles vulnérables dont la cote de stress est supérieur à 2 et dont l'enfant présente un score élevé d'internalisation ou d'externalisation (+1 écart type au dessus de la moyenne) (n=13)
- b) Les familles compétentes dont la cote de stress est inférieure à 2 et dont l'enfant présente un score faible d'internalisation ou d'externalisation (-1 écart type sous la moyenne) (n=19)
- c) Les familles aberrantes dont la cote de stress familial est inférieure à 2 et dont l'enfant présente un score élevé d'internalisation ou d'externalisation (+1 écart type au dessus de la moyenne) (n=16)
- d) Les familles résilientes dont la cote de stress familial est supérieure à 2 et dont l'enfant présente un score faible d'internalisation ou d'externalisation (-1 écart type sous la moyenne) (n=12)

2^e temps : Mesures de la résilience

Deux ans plus tard, tous les sujets, des quatre groupes, sont contactés. Suite à cela, le nombre total de participants restants est de 44. Il est à noter que la perte de sujet est attribuable au manque de réponses des familles. De plus, tous les sujets qui acceptent de poursuivre l'étude demeurent dans le même groupe de départ. Ils se répartissent comme suit :

- a) Les familles vulnérables dont la cote de stress est supérieur à 2 et dont l'enfant présente un score élevé d'internalisation ou d'externalisation (+1 écart type au dessus de la moyenne) (n=8)
- b) Les familles compétentes dont la cote de stress est inférieure à 2 et dont l'enfant présente un score faible d'internalisation ou d'externalisation (-1 écart type sous la moyenne) (n=13)
- c) Les familles aberrantes dont la cote de stress familial est inférieure à 2 et dont l'enfant présente un score élevé d'internalisation ou d'externalisation (+1 écart type au dessus de la moyenne) (n=11)
- d) Les familles résilientes dont la cote de stress familial est supérieure à 2 et dont l'enfant présente un score faible d'internalisation ou d'externalisation (-1 écart type sous la moyenne) (n=12)

Instruments de mesure

Le coping chez les enfants

Ce questionnaire mesure les stratégies d'adaptation aux stress (le coping) chez les enfants à l'aide d'une entrevue semi-structurée inspirée des travaux de Alschuler et Ruble (1989) ainsi que de ceux de Brotman Band et Weisz (1988). Chaque entrevue dure environ quarante-cinq minutes à l'intérieur de laquelle sept scénarios hypothétiques de situations stressantes plus ou moins incontrôlables sont proposées afin d'évaluer le type de stratégies que les enfants privilégient.

Chacune des situations présentent une source potentielle de stress quotidiens autant positive que négative. Les expérimentatrices proposent les scénarios suivant (a) Attendre les cadeaux de Noël; (b) La première journée d'école; (c) Recevoir une piqûre chez le médecin ou le dentiste; (d) Se blesser; (e) Perdre un ami à cause d'un déménagement ou d'un changement d'école; (f) Un ami qui dit quelque chose de pas gentil à propos de soi; (g) Brise un objet comme une lampe. Les situations sont représentées à l'aide d'une image afin de rendre la tâche plus concrète puisque tous les enfants sont de niveau pré-opératoire ou opératoire concret (voir Appendice B). Il est à noter que pour faciliter la participation des enfants, une mise à distance est effectuée en proposant l'utilisation d'un personnage à qui il ou elle donne un nom au début de la rencontre.

Au cours de la passation, les expérimentatrices demandent aux enfants afin comment le personnage de l'image pourrait diminuer son état d'anxiété, d'inconfort ou de frustration. Par la suite, elles demandaient à l'enfant de raconter une situation similaire qu'il aurait pu vivre et ce qu'il aurait fait pour modifier la situation (cas vécu) ou ce qu'ils pourraient faire si la situation se présentait (cas hypothétique).

Les réponses données sont notées sous forme de verbatims pour ensuite être retranscrits et cotés. Pour chacune des réponses de l'enfant, une cote est assignée selon deux classes soit Approche centrée sur le problème ou Évitement centré sur les émotions. Ces deux classes étant les deux principales dimensions de la classification élaborée par Lazarus et Folkman (1984) dans la théorie des stratégies d'adaptation au stress.

Notre première tâche était d'élaborer une grille de codification. À partir des travaux de Brotman Band et Weisz (1988) et Altschuler et Ruble (1989), nous avons développé une taxonomie qui tient compte des modèles proposés. L'Appendice C présente la grille finale. Pour élaboration de la grille, nous avons suivi quelques étapes.

Tout d'abord, nous avons procédé à l'analyse des grilles par Brotman Band et Weisz (1988) et Altschuler et Ruble (1989) et nous avons tenté de créer une taxonomie qui tenait compte de ces travaux et de ceux de Lazarus et Folkman (1984).

Cinq évaluateurs ont jugé une dizaine de familles afin de tester la grille et d'obtenir un taux d'accord interjuges. Dans les cas litigieux, les évaluateurs ont discerté jusqu'à obtenir un consensus.

Dans tous les autres cas, les deux assistantes de recherches ont coté les réponses des enfants. Un taux d'accord de 89% a été calculé entre elles.¹

La présente grille d'analyse ne présente pas encore de données en ce qui a trait à sa validité. Cependant, la grille de Brotman Band et Weisz (1998) présente en moyenne une fidélité de .90 pour l'ensemble de ses dix échelles. Cette dernière provient d'accords interjuges de type Kappa mesurés par quatre évaluateurs ayant jugés, de façon

¹ Marc Provost, Michelle Dumont, Nicole Royer et les deux assistantes de recherches Elsa Beauchesne et Louise Bourassa.

indépendante, trente-deux protocoles. Altshuler et Ruble (1989) ont aussi effectué la vérification de leur grille en codifiant 29% de leurs protocoles et ce selon 29 catégories. L'accord interjuge de type Kappa qui en ressort est de .87. De plus, la validité est mesurée, toujours avec un accord de type Kappa, par neuf juges à l'aide de l'évaluation de stratégies comme approche (.84), évitement (.80) et manipulation des émotions (.57).

L'inventaire des problèmes de comportements de l'enfant par le professeur (TRF)

Ce questionnaire, complété par les éducatrices, permet d'établir le profil psychopathologique des enfants âgés entre 4 et 18 ans et de dériver un score d'internalisation et un score d'externalisation (Child behavior Check-list Profile; Achenbach, 1991). La forme TRF est construite afin d'obtenir le fonctionnement adapté ou problématique des étudiants de façon standardisée (Voir Appendice D). Elle contient 118 items en huit sous-échelles (Traduite adaptée par Ethier, Lacharité, Couture et Benoit, 1995). Chacune de ces sous-échelles sont évaluées à l'aide de questions de type Lykert présentant des alphas qui varient entre .70 et .96 chez les garçons et entre .63 et .96 chez les filles. L'ensemble de tout le profil permet d'établir un score global des problèmes de comportements de l'enfant. De plus, l'addition des trois sous-échelles « retrait », « plaintes somatiques » et « anxiété/dépression » forment le profil d'internalisation. D'un autre côté, les sous-échelles « comportements délinquants » et « comportements agressifs » permettent l'obtention du profil d'externalisation.

Finalement, de façon globale, ce questionnaire possède d'excellentes qualités psychométriques puisque les alpha sont de .97, tant chez les garçons que chez les filles pour la mesure du score global. La mesure de l'internalisation obtient un alpha de .90 chez les garçons et de .91 chez les filles (Achenbach, 1991). Il est d'ailleurs le questionnaire le plus utilisé dans ce domaine de recherche.

Déroulement

Dans un premier temps, le questionnaire sur le profil socio-affectif des enfants est distribué et complété par les éducatrices des garderies et des écoles participantes. De plus, chacune des familles sont rencontrées individuellement. Un rendez-vous avec la famille est pris selon les disponibilités de la mère de la famille. Lors de la rencontre, le questionnaire de stress familial est présenté à la mère. Puisque la compréhension des questions posait problème pour certaines familles de l'échantillon, toutes les familles ont été aidées à répondre au questionnaire afin de conserver le plus possible l'homogénéité de la passation. Les visites duraient en moyenne deux heures.

Dans un deuxième temps, soit deux ans plus tard, une entrevue de quarante-cinq minutes avec l'enfant est effectuée afin de passer le questionnaire sur le coping. Les professeurs des enfants sont alors appelés à compléter le questionnaire sur l'inventaire des problèmes de comportements de l'enfant d'Achenbach.

Résultats

Cueillette des données

Les stratégies d'adaptation de l'enfant (coping)

Pour chacun des sept scénarios, on détermine d'abord, selon la taxonomie, la catégorie de chaque réponse de l'enfant.

Ensuite, on calcule la proportion de cette catégorie sur l'ensemble des réponses de l'enfant. Par exemple, un enfant a donné trois réponses différentes au premier scénario dont deux de type résolution de problème. On calcule la proportion de ce type de réponse (2 réponses de type résolution de problème/ 3 réponses X 100). On reprend le même calcul pour l'ensemble des réponses aux sept scénarios.

Finalement, on calcule la proportion finale pour chacune des catégories. Étant donné que le nombre de réponses par enfant demeure faible, seule les deux grandes catégories (les stratégies d'approche et les stratégies d'évitement) sont conservées pour fin d'analyse.²

2 Une modification des proportions en arc sinus a été effectuée suivant ainsi la recommandation de Kirk (1982) au sujet des proportions et des analyses de variance et de régression.

L'internalisation

Le questionnaire « Inventaire des problèmes de comportements (TRF) » d'Achenbach est complété par les éducatrices. La forme TRF est construite pour identifier les différents syndromes qui s'y rattachent. Un score d'internalisation peut être dérivé à l'aide des échelles retrait, plaintes somatiques et anxiété/dépression (Child behavior Check-list Profile; Achenbach, 1991). Le score T de base de la population clinique discriminant les déviants des non-déviants est un $T = 60$. Ce score T permet l'obtention d'une mesure de comparaison d'un individu par rapport à un groupe. Pour le syndrome d'internalisation, le score devrait se situer dans le 97,7^e percentile soit un $T = 70$. Pour ce faire, la somme des scores bruts des échelles I : Le retrait, II : Les plaintes somatiques et III : L'anxiété/dépression du profil moins le score de l'item 103 (triste) afin d'éviter de le compter deux fois puisqu'il est présent dans l'échelle I et III sont comptabilisés et inscrits sur le profil. Un score T est obtenu à l'aide de la section droite du profil de cotation (voir Appendice E).

Description de données

En premier lieu, le tableau 1, produit ci-dessous, présente la dispersion des sujets selon leurs moyennes et leurs écarts types en ce qui a trait aux résultats obtenus de la proportion des stratégies d'adaptation chez l'enfant (coping) et aux résultats obtenus au questionnaire sur le score d'internalisation du Achenbach.

Tableau 1

Tableau des moyennes et des écarts types

		Aberrants	Vulnérables	Normatifs	Résilients	Totaux
Coping	Approche	1,85	2,15	2,13	2,16	2,07
		(0,29)	(0,46)	(0,32)	(0,22)	(0,33)
	Évitement	1,1	0,81	0,86	0,81	0,9
		(0,34)	(0,31)	(0,34)	(0,21)	(0,32)
	T	4.25**	5.4**	7.66**	11.8**	13.01**
Internalisation		54,09	62,5	45,62	51	52,27
		(11,45)	(12,05)	(6,28)	(10,44)	(11,28)

** $p < .001$

De plus, un test-t pairé est produit pour l'ensemble des quatre groupes ($t(43) = 13.01$, $p < .001$) afin de s'assurer que la différence entre les stratégies d'approche et les stratégies d'évitement sont significatives. De façon individuelle, nous pouvons noter que les enfants du groupe résilient ($t(11) = 11.8$, $p < .001$), les enfants du groupe normatif ($t(12) = 7.66$, $p < .001$) ainsi que les enfants du groupe vulnérable ($t(7) = 5.4$, $p < .001$) présentent tous des différences significatives dans la proportion de stratégies d'approche et de stratégies d'évitement.

En second lieu, l'analyse des résultats est effectuée à partir de régressions multiples en employant des variables indépendantes de type catégorie (dummy codes). Cette

technique d'analyse rend possible la comparaison de trois groupes de famille avec un quatrième. Ainsi, ce type de régression permet la comparaison des Normatifs avec les trois autres groupes soit les Aberrants, les Vulnérables et les Résilients.

Les deux prochains tableaux rendent compte des résultats obtenus sur les stratégies d'adaptation (coping). Le tableau 2 propose les résultats de l'analyse de régression sur la proportion des stratégies d'adaptation (coping) de type résolution de problèmes (approche). Ce premier modèle explique 15% de la variance mais il ne constitue pas une représentation significative ($F_{3, 40} = 2,27, p = .09$). Il faut noter que les enfants du groupe résilient ($t = .25, p = .8$) ne présente pas de différence significative avec les enfants du groupe normatifs en ce qui a trait aux stratégies d'adaptation de résolution de problème. De plus, il est possible de voir que les enfants du groupe vulnérable ($t = .14, p = .89$) n'affichent pas de différence significative avec les enfants du groupe normatif. Il est donc intéressant de noter qu'après deux ans, les enfants résilients utilisent en proportion autant de stratégies de résolutions de problème que les enfants normaux mais que les enfants vulnérables utilisent aussi autant de stratégies de résolution de problème que le groupe normatif. Ainsi, ces premiers résultats tendent à confirmer une partie de la première hypothèse puisqu'il est question des stratégies liées à la résolution de problème. Cette hypothèse affirme que les enfants résilients vont développer autant de stratégies d'adaptation que les enfants normatifs. Cependant, les enfants vulnérables ne présentent pas de différences significatives lorsque comparés aux enfants normatifs.

Tableau 2
Analyse de régression des stratégies de résolution de problèmes

Variabes	β	R^2	T	P
Variation totale expliquée		.15		
Aberrant	-.36		-2.08	.04
Vulnérable	.02		.14	.89
Résilient	.04		.25	.81

Le tableau 3 présente, pour sa part, les résultats de l'analyse de régression des stratégies d'évitement. Le modèle explique 14% de la variance de la variable dépendante ce qui n'est pas significatif ($F_{3, 40} = 2.2, p = .1$). Toutefois, il est à remarquer qu'une fois de plus les enfants du groupe résilient ($t = -.37, p = .72$) ne montre pas de différences significatives avec les enfants du groupe normatif. Ces résultats permettent de confirmer la deuxième hypothèse ainsi, les enfants résilients semblent utiliser une proportion équivalente de stratégies d'évitement comparativement aux enfants normatifs. Une fois de plus, les enfants vulnérables ne montrent pas de différence significative avec les enfants normatifs ($t_{3,40} = -0.32, p = .75$) ainsi une partie de la seconde hypothèse ne peut être validée.

Tableau 3
Analyse de régression des stratégies d'évitement

Variabes	β	R^2	T	P
Variation totale expliquée		.14		
Aberrant	.33		1.94	.06
Vulnérable	-.05		-0.32	.75
Résilient	-.06		-0.37	.72

Le dernier tableau présenté, le tableau 4, décrit les résultats de l'analyse de régression sur les scores d'internalisation du questionnaire d'Achenbach. Ce modèle explique 27% de la variance de la variable indépendante, ce qui est significatif ($F_{3, 40} = 4,89, p < .01$). Les enfants du groupe résilient ($t = 1.35, p = .19$) ne montrent pas de différence significative avec les enfants du groupe normatif en ce qui a trait au score d'internalisation. C'est donc dire que deux ans après avoir décrit ces enfants comme étant résilients, ils ne présentent pas de résultats pouvant indiquer la présence de désordres d'ordre internalisé. Il est donc possible de confirmer par ces données, l'hypothèse numéro trois qui prédisait que les enfants résilients ne développeraient pas plus de troubles d'internalisation que les enfants normatifs.

Tableau 4
Analyse de régression du score d'internalisation

Variables	β	R^2	t	P
Variation totale expliquée		.27		
Aberrant	.33		2.07	.05
Vulnérable	.58		3.76	.01
Résilient	.22		1.35	.19

Discussion

Certains ont remis en questions la notion de résilience en affirmant que les enfants d'âge préscolaire à risques qui ne présentaient pas des problèmes évidents d'inadaptation étaient simplement des enfants qui n'avaient pas encore développé de problèmes ou qui avaient déjà des problèmes difficiles à mesurer (Luthar, 1991).

La présente étude a utilisé un devis longitudinal pour répondre à cette question. En prenant des enfants d'âge préscolaire pour les revoir deux ans plus tard, nous pouvions ainsi mesurer l'évolution des possibles difficultés d'adaptation (Cicchetti & Rogosh, 1997). Nous avons surtout porté une attention toute particulière aux troubles d'internalisation puisque ce sont généralement des problèmes plus difficiles à mesurer en jeune âge (Zimmerman & Arunkumar, 1994).

La définition même de la résilience comporte un élément de capacité d'adaptation exceptionnelle (Cicchetti & Garnezy, 1993; Luthar, 1993; Masten, Best, & Garnezy, 1990; Rutter, 1987). Nous avons donc voulu aussi mesurer le développement de la capacité d'adaptation des enfants pour évaluer si les jeunes enfants considérés comme résilients à l'âge préscolaire vont développer des stratégies d'adaptation (le coping) supérieurs aux autres enfants, qu'ils soient à risques ou simplement normatifs (Cowan, & Schulz, 1996).

Nos résultats indiquent, à la deuxième évaluation, que les enfants résilients ne présentent pas plus de problèmes d'internalisation que les enfants du groupe normatif. Cette comparaison indique donc que les enfants résilients n'ont donc pas développé de problèmes d'internalisation. Cette conclusion est, de plus, renforcée par le fait que les enfants vulnérables et aberrants affichent, pour leur part, des différences significatives avec les enfants du groupe normatif. Le phénomène de résilience semble donc réel, du moins jusqu'à sept ans.

Du point de vue des stratégies d'adaptation par contre les résultats sont moins clairs. En effet, bien que les résilients démontrent autant de stratégies d'adaptation que les enfants du groupe normatif, ce qui va bien dans le sens de la définition de la résilience, nos résultats indiquent que les enfants vulnérables présentent autant de stratégies d'adaptation que les deux autres groupes. En d'autres termes, le type de stratégies que nous avons mesurées dans ce projet ne permet pas de distinguer les groupes d'enfants.

L'internalisation

Zimmerman et Arunkumar (1994) suggèrent que la résilience pourrait être en fait un phénomène de mauvaise mesure de troubles internalisés, plus difficiles à évaluer chez les très jeunes enfants. Luthar (1991) pour sa part, croit que les enfants résilients ne seraient en fait que des enfants à risques qui n'ont pas encore développé de problèmes

évidents mais que le stress constant auquel ils sont confrontés aura, à la longue, des séquelles. Il faut donc être capable de mesurer au plus jeune âge possible ces problèmes.

Notre approche de type individuel (Masten et al., 1999) permettait de mettre en contraste divers groupes d'enfants dont le pronostic d'adaptation étaient clairement distincts. Dans le premier temps de la recherche, les enfants que nous avons classés résilients répondaient en tous points à la définition même du problème. Ils étaient confrontés à des stress familiaux mais ne présentaient pas de symptômes tant de type externalisé qu'intériorisé.

Dans cette première étape, nous avons simplement choisi des enfants qui ne présentaient pas de symptômes visibles ou du moins décelables par les éducatrices qui répondaient aux questionnaires (PSA).

De plus, cette constatation se confirme au deuxième temps puisque deux ans plus tard, à l'âge de 5-7 ans, les enfants résilients ne présentent toujours pas de troubles d'intériorisation lorsqu'ils sont comparés aux enfants du groupe normatif. Ce résultat est renforcé par le fait que les enfants du groupe vulnérable et du groupe aberrant présentent, pour leurs parts, des différences significatives avec le groupe des enfants normatifs lorsqu'on mesure la présence de troubles d'intériorisation. En effet, ces derniers affichent la présence de troubles d'intériorisation en nombre significativement supérieur par rapport au groupe de comparaison.

Il semble donc que la mesure d'internalisation propose des résultats discriminants pour les quatre groupes jusqu'à l'âge de sept ans. La distinction présente, plus particulièrement entre le groupe vulnérable et le groupe résilient, permet de constater que ces enfants, bien qu'ils vivent dans des milieux où la présence de stress et de conditions adverses sont en quantité et en qualités similaires, montrent des différences quant à leur fonctionnement du point de vue de la psychopathologie développementale (Achenbach et Edelbrock, 1981). Les enfants du second groupe ont montré une capacité à s'adapter à leur environnement sans pour autant développer de troubles tant d'internalisation que d'externalisation alors que le premier groupe affiche pour sa part la présence de problèmes montrant leur incapacité à s'adapter à leur milieu.

Ainsi, la courbe de développement, toujours du point de vue de l'internalisation, des enfants résilients s'approche de celles des enfants du groupe normatif tout en se distinguant de celles des groupes aberrants et plus particulièrement de celles des enfants vulnérables. Ce point tend à démontrer la capacité des enfants résilients à évoluer sans montrer de détresse émotionnelle en opposition à ce que Luthar (1991) avait avancé dans ses propres recherches.

Cependant, il demeure difficile de généraliser et d'affirmer que la situation ne se modifiera pas avec le temps d'autant plus que le nombre de nos enfants était limité (N=44) et que nous n'avons pas pu évaluer l'étendue des facteurs de risque. C'est pour cette raison qu'il nous apparaît fort important de poursuivre l'étude longitudinale auprès

de cette même clientèle et d'observer avec les années les enfants résilients en analysant comment ils vont parvenir à gérer du point de vue développemental les nouveaux enjeux qui se présentent à eux. La scolarisation et la période de l'adolescence, crise identitaire particulièrement pénible pour les jeunes, présentent des terrains intéressants pour de futures recherches auprès de la clientèle déjà cernée.

Puisque le phénomène de la résilience tend à se confirmer, l'étude des mécanismes d'adaptation au stress de ces enfants nous apparaît un terrain intéressant afin de mieux comprendre comment les enfants résilients réussissent à suivre la courbe de développement des enfants normatifs. La prochaine partie élabore sur les différents résultats en ce qui a trait aux stratégies d'adaptation aux stress mis en place par les enfants résilients.

Stratégies d'adaptation aux stress (coping)

Il faut tout d'abord remarquer que les enfants, même aussi jeunes que cinq ans, utilisent des stratégies d'adaptation aux stress (Lazarus & Folkman, 1984). De plus, suite à l'analyse des différentes réponses proposées par les enfants, nous avons remarqué, tout comme Ruble et Altshuler (1989), des différences qualitatives dans l'utilisation des stratégies.

En effet, de façon globale, tous les enfants utilisent en proportion significativement plus grande les stratégies de résolution de problème en comparaison aux stratégies

d'évitement. Brotman Band et Weisz (1988) rapportent dans leur étude des résultats semblables puisqu'ils observent que lorsque toutes les situations entrent en ligne de compte, les enfants de six ans présentent, par rapport aux enfants des groupes de 9 ans et de 12 ans, une utilisation significativement plus grande de stratégies primaires soit de résolutions de problème.

Ils observent aussi que les jeunes enfants (six ans) produisent des réponses qui sont adaptées et appropriées aux situations. Ainsi, ils seraient meilleurs pour générer des stratégies d'adaptation efficaces de résolution de problème par rapport aux stratégies d'évitement et que ce type de stratégies est adéquat par rapport aux situations présentées. D'ailleurs, Lazarus et Folkman (1984) précisent que plus une situation est jugée contrôlable, plus les individus vont utiliser les stratégies de résolution de problème. Nous pouvons donc penser que dans ce type de situation les efforts déployés pour mettre en place les stratégies de résolution de problème sont moins exigeants au plan cognitif et commande une analyse plus concrète de la situation.

Dans le même sens, Brotman Band et Weisz (1988) suggèrent que les enfants, comme la majorité des individus, préfèrent utiliser des stratégies de résolution de problème et vont se tourner vers celles d'évitement seulement si les premières s'avèrent inefficaces. Ruble et Alsthuler (1989) ajoutent que si les jeunes jugent la situation comme étant incontrôlable, ils vont alors chercher à utiliser des stratégies d'évitement de type

comportemental plutôt que tout autre type de stratégies d'adaptation et que cette situation tend à se modifier avec l'âge.

Il faut noter que les situations proposées aux enfants dans la présente étude ne permettaient peut-être pas de mettre en échec les stratégies de résolution de problème. Masten et al. (1999) spécifient à ce sujet l'importance du choix de la situation de défi par rapport au niveau développemental vécu par l'enfant. Ainsi, les enfants n'ont peut-être pas eu à utiliser des stratégies d'évitement pour faire face aux situations qui leur étaient proposées. Ceci explique en premier lieu, la proportion moindre de stratégies d'évitement dans l'utilisation générale des stratégies d'adaptation aux stress et dans un deuxième lieu, la capacité des enfants vulnérables à produire en proportion équivalente des réponses par rapport aux enfants du groupe normatif et par le fait même à ceux du groupe résilient.

En analysant les situations de stress proposées pour évaluer les stratégies d'adaptation utilisées dans la présente étude, nous pouvons peut-être poser l'hypothèse que ces dernières, d'un point de vue développemental, étaient des événements pas assez exigeants au niveau de la régulation adaptative (Lazarus et Folkman, 1984) et que même les enfants vulnérables étaient capable de produire des réponses adéquates aux situations.

En effet, en regardant les résultats plus précisément des enfants résilients, nous remarquons qu'ils présentent autant de stratégies d'adaptation de type de résolution de problème et de type d'évitement que les enfants du groupe normatif et ce, malgré la situation de stress chronique dans laquelle ils évoluent. Nous pouvons donc penser que le

coping joue un rôle dans la résilience puisque les enfants vont développer en proportion équivalente des stratégies d'adaptation aux stress par rapport aux enfants normatifs.

Cependant, un certain nombre d'éléments doit être considéré pour nuancer cette donnée puisque les enfants vulnérables aussi ont été en mesure de fournir des réponses équivalentes aux enfants normatifs.

Il faut donc noter que les enfants de notre étude sont âgés entre cinq et sept ans. Cette tranche d'âge se trouve à être à la limite inférieure de ce qui a été fait à ce jour sur le sujet (Brotman Band & Weisz, 1988; Ruble & Altshuler, 1989). La validité du concept peut être touchée car l'influence d'éléments développementaux chez les jeunes comme la forte présence de fantaisies et de la pensée magique peut venir influencer le type de réponses proposées par les enfants.

La capacité de se mettre dans la peau d'un autre ou de se mettre dans une situation pour anticiper est peut être trop exigeant au plan cognitif et émotif pour les enfants. Cette demande de la part de l'évaluateur suppose une bonne capacité d'agir en pensée pour les enfants. Cependant, selon la théorie de Piaget (Cloutier & Renaud, 1990), ce n'est qu'à partir de 6-7 ans que les enfants commencent à développer la décentration nécessaire et ce, seulement sur des propositions concrètes. Nous pouvons donc penser que les enfants de notre échantillon sont un peu jeunes pour être en mesure de se représenter une situation pour ensuite générer des stratégies.

Ceci peut venir expliquer en partie le fait que les enfants vulnérables ne se distinguent pas des enfants normatifs. Ce manque de discrimination entre les trois groupes s'explique donc peut être plus par l'âge que par les aptitudes des enfants ou encore par les situations proposées.

Bien qu'il soit possible de penser que les enfants utilisent des mécanismes qu'ils connaissent et qu'ils évaluent comme efficaces (Brotman Band & Weisz, 1988), davantage de recherches sur les stratégies d'adaptation chez les enfants seraient nécessaires afin de démontrer l'universalité du concept d'utilisation de stratégies d'adaptation au stress.

Il est donc difficile, dans la présente situation, d'utiliser les stratégies d'adaptation aux stress afin de mieux comprendre le phénomène de résilience chez les enfants de 5-7 ans. Cependant la poursuite avec les mêmes groupes d'enfants de l'étude ainsi que l'élaboration de nouveaux instruments de mesure pourraient palier les différents problèmes soulevés ainsi que mettre en lumière certains points qui demandent un délai.

De plus, comme Brotman Band et Weisz (1988) mentionnaient une différence significative dans l'utilisation de stratégies secondaire vers l'âge de 12 ans (pour la situation chez le médecin). Ceci laisse supposer que les stratégies d'adaptation demandent beaucoup de temps pour se développer totalement. Ils seraient donc

intéressant de prendre une mesure lorsque les sujets auraient atteint cet âge, leur capacité d'abstraction atteint, cela permettrait peut-être une mesure plus discriminative.

D'un autre point de vue, Zimmerman et Arunkumar (1994) dénonçaient le fait que la majorité des recherches mettent beaucoup plus l'accent sur les capacités individuelles, comme l'implique l'étude des stratégies d'adaptation aux stress, mais très peu sur le rôle de l'environnement tels la communauté et les institutions sociales dans le développement des enfants résilients. À ce niveau, ils ajoutaient aussi l'importance de la présence d'une relation significative avec une personne attentive aux besoins des enfants résilients. Cette sphère d'étude présente un intérêt certains puisque la différence observée entre les enfants vulnérables et les enfants résilients pourrait s'expliquer par le niveau relationnel soit les fréquentations sensibles, sécurisantes ou émotives tel que décrit par plusieurs auteurs (Beeghly & Cichetti, 1994; Breadslee & Padorefsky, 1988; Masten et al., 1990; Masten & Coatsworth, 1995; Werner, 1995; Werner et Smith, 1982).

En conclusion, en développant de nouveaux types d'instruments de mesures en ce qui a trait à la mesure des stratégies d'adaptation aux stress et en reprenant les mesures à 10-12-15 ans, il est possible que de nouveaux éléments puissent rendre le concept de coping plus valide à l'intérieur de la résilience.

D'un autre côté, il faudrait maintenir les mesures des troubles de comportements de type internalisé afin de vérifier si l'absence de problème se maintient et valide ainsi la conceptualisation de ce qu'est la résilience.

Finalement, il pourrait être intéressant de développer de nouvelles mesures afin d'étudier les facteurs plus environnementaux qui sous tendent le concept de résilience. Bien que la présence d'enfants résilients soit assez perceptible, les éléments qui permettent à ces enfants de se développer normalement malgré la présence de situations adverses demeurent à ce jour encore obscurs.

Conclusion

Le but du présent mémoire était de comparer de façon longitudinale des enfants considérés comme résilients avec des enfants d'un groupe normatif et d'un groupe à risques.

Nos résultats suggèrent que les enfants résilients ne semblent pas développer de problèmes d'intériorisation, du moins jusqu'au début de la période scolaire. Cette première constatation va à l'encontre de l'idée que la résilience n'est en fait qu'un phénomène artificiel créé par l'incapacité des chercheurs de bien mesurer les troubles de comportements chez certains enfants à risques qui développent des problèmes d'intériorisation. Les enfants résilients ne sont pas plus intériorisés que les enfants du groupe normatif. Par contre, les enfants du groupe à risques le sont nettement plus ce qui démontrent que les troubles d'intériorisation peuvent effectivement être bien mesurés chez de jeunes enfants.

Nous voulions aussi vérifier si les enfants résilients utilisaient des stratégies actives d'adaptation puisque certains avaient déjà démontré que ces enfants avaient des ressources d'adaptation structurales comme le tempérament ou l'estime de soi. Les résultats de cette deuxième analyse ne nous permettent pas de conclure. En effet, aucune comparaison avec les enfants à risques et ceux du groupe normatif n'atteint le seuil de

signification statistique. L'explication que nous pouvons avancer touche l'âge des enfants. En effet, les tâches que nous avons utilisées n'avaient jamais été utilisées avec des enfants si jeunes de sorte que nous ne pouvons être certains de la validité de telles tâches chez ces jeunes enfants.

Par contre, il semblerait que les stratégies d'adaptation sont effectivement une forme d'adaptation privilégiée par les adolescents résilients (voir Dumont & Provost, 1999). Il faudrait donc tenter à nouveau de rechercher les sources des stratégies d'adaptation chez de jeunes enfants. Dans ce sens, une alternative est possible. D'une part, il faudrait tenter de modifier les tâches et d'en vérifier la validité et, d'autre part, il faudrait dans un devis de recherche de type transversal, d'analyser les possibles stratégies d'adaptation chez des enfants de différents âges.

Références

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1978). The classification of child psychopathology : A review and analysis of empirical efforts. Psychological Bulletin, 85, 1275-1301.
- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the teacher's report form and 1991 profile. Manuscript. University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. Monographs of the society for Research in Child Development, 46 (Serial No. 188).
- Achenbach, T. M., & McConaughy, H. (1992). Taxonomy of internalizing disorders of childhood and adolescence. In W. Reynold (Éd.), Internalizing disorders in children and adolescents. New York : John Wiley.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems : Implication of cross informant correlations for situational specificity. Psychological Bulletin, 101 (2), 213-232.
- Altshuler, J. L., & Ruble, D. D. (1989). Developmental changes in children's awareness of strategies for coping with uncontrollable Stress. Child Development, 60, 1337-1349.
- Anthony, E. J. (1970). Behavior disorders. In H. Mussen (Ed.), Carmichael's Manual of Child Psychology, 2, 667-764.
- Asendorpf, J. B. (1990). Development of inhibition during childhood : Evidence for situational specificity and two-factor model. Development Psychology, 26 (5), 721-730.
- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment and the self system : Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. Development and Psychopathology, 3, 397-411.
- Beitchman, J. H., Inglis, A., & Schachter, D. (1992). Child psychiatry and early intervention : II. The internalizing disorders. Canadian Journal of Psychiatry, 37, 234-239.
- Belsky, J., Hsieh, K.-H., & Crnic, K. (1998). Mothering, fathering, and infant negativity as antecedents of boy's externalizing problems and inhibition at age 3 years :

Differential susceptibility to rearing experience? Development and Psychopathology, 10, 301-319.

Breadsee, W.R., & Podorefsky, M. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. American Journal of Psychiatry, 145, 63-39.

Brook, J. S., Nomura, C., & Cohen, P. (1989). A network of influences on adolescent drug involvement : Neighborhood, school, peer, and family. Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 113, 125-143.

Brotman Band, E., & Weisz, J. R. (1988). How to feel better when it feels bad : children's perspectives on coping with everyday stress. Development Psychology, 24(2), 247-253.

Capuano, F., Dubeau, D., & Lafrenière, P. J. (1991). Guide d'utilisation du profil socio-affectif (PSA) des enfants d'âge préscolaire. Manuscrit. Université de Montréal.

Cicchetti, D., & Arber, J. L. (1986). Early precursors of later depression : an organizational perspective. In L. P. Lipsitt & C. Rovee-Collier (Eds.), Advances in infancy research no.4. Norwood NJ : Ablex Publishing.

Cicchetti, D., & Garnezy, N. (1993). Prospect and promises in the study of resilience. Development and Psychopathology, 5, 497-502.

Cicchetti, D., & Schneider-Rosen, K. (1986). An organizational approach to childhood depression. In M. Rutter, C. Izard, & P. Read (Eds.), Depression in young people, clinical and developmental perspectives (pp.71-134). New York : Guilford Press.

Cicchetti, D., & Toth, S. L.(1988). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Éds), Internalizing and externalizing expression of disfonction : Rochester symposium on developmental psychopathology, 2, 1-19.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. Development and Psychopathology, 9, 797-815.

Cloutier, R., & Renaud, A. (1990). Psychologie de l'enfant. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

- Cohen, F. (1987). Measurement of coping. In S. V. Kasl & C. L. Cooper (Eds.), Stress and health : Issues in research methodology (pp. 283-303). New York : John Wiley & Sons Ltd.
- Cohen, F., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 82(2), 310-357.
- Cowan, P. A., Cowan Pape, C., Cohn, D. A., & Pearson, J. L. (1996). Parents' attachment histories and children's externalizing and internalizing behaviors : Exploring family systems models of linkage. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(1), 53-63.
- Cowan, P. A., Cowan Pape, C., & Schulz, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. In E. M. Hetherington & A. C. Petersen (Eds.), Stress, Coping and Resiliency in Children and Families (pp.1-35). Mahwah, NJ : L.E.A.
- Cowen, E. L., & Work, W. C. (1988). Resilient children, psychological wellness, and primary prevention. American Journal of Community Psychology, 16, 591-607.
- Dryfoos, J. G. (1990). Adolescents at risk. New York : Oxford University Press.
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). The protective role of social support, coping strategies, self-esteem and social activities for adolescents' level of stress and depression. Youth and Adolescent : A Multi Disciplinary Research Publication, 28(3), 343-363.
- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1981). Life stress and psychopathology. In D. A. Regier & G. Allen (Eds.), Risk factor research in major mental disorders (pp. 137). Washington D.C. : Government Printing Office.
- Egeland, B., Carlson, E., & Sroufe, L. A. (1993). Resilience as process. Development and Psychopathology, 5, 517-528.
- Fish, B., & Shapiro, T. (1964). A descriptive typology of children's psychiatric disorders : II : A behavioral classification. In R. L. Jenkins & J. O. Cole (Eds.), American Psychiatric Association Psychiatric Research Reports, 18.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping process : A theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 46(4), 839-852.

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior, 21, 219-239.
- Fox, N. A., & Calkins, S. D. (1993). Pathways to aggression and social withdrawal : Interactions among temperament, attachment, and regulation. In K. H. Rubin & J. B. Asendorpf (Eds.), Social Withdrawal, Inhibition, and Shyness in Childhood (pp. 81-100). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Garmezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In E. J. Anthony & C. Koooupernik (Eds.), The child in is famely : Vol.3. Children at psychiatric risk (pp. 77-97). New York : Wiley.
- Garmezy, N. (1983). Stressors of childhood. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), Stress, Coping and Development in Children (pp.43-84). Minneapolis : McGraw-Hill.
- Garmezy, N. (1994). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy, & M. Rutter (Eds.), Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents (pp. 1-18). New York : Cambridge University.
- Garmezy, N., & Masten, A. S. (1986). Stress, competence and resilience : Common frontiers for therapist and psychopathologist. Behavior Therapy, 17, 500-521.
- Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children : A building block developmental psychopathology. Child Developement, 55, 91-111.
- Garmezy, N., & Rutter, M. (1985). Acute reactions to stress. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), Child psychiatry : Modern approaches (2nded) (pp. 152-176). Oxford : Blackwell Scientific.
- Habimana, E., Éthier, L. S., Petot, D., & Tousignant, M. (Éds). (1999). Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative. Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Hamburg, D. A. (1992). Today's children : Creating a future for a generation in crisis. New York : Random House.
- Herman-Stahl, M., & Petersen, A. C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 25(6), 733-753.

- Huston, A. C. (Ed.). (1991). Children in poverty : Child development and public policy. New York : Cambridge University Press.
- Kagan, H. B. (1994). Toward an understanding of resilience : A critical review of definitions and models. Papier présenté à la Conférence nationale sur le rôle de la résilience dans l'abus de drogue, l'abus d'alcool, et dans la maladie mentale, Departement of Health and Human Services, Washington D.C.
- Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behavior. American Psychology, 44, 668-674.
- Kagan, J. Reznick, J. S., & Sniman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioural inhibition in children. Child Development, 58, 1459-1473.
- Kirk, R. E. (1982). Experimental Design : Procedures for the Behavioral Sciences (2^e ed.). California : Brooks, Cole Publishing Compagny.
- Lafrenière, P. J., Dubeau, D., Janosz, M., & Capuano, F. (1990). Profil socio-affectif de l'enfant d'âge préscolaire. Revue Canadienne de Psycho-éducation, 19(1). 23-41.
- Last, C. G., Strauss, C. C., & Francis, C. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorder. Journal Nervous Mental Disorder, 175, 726-730.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York : Springer.
- Lerner, R. M. (1995). America's youth in crisis : Challenges and options for programs and policies. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Lewis, M., & Miller, S. M. (1990). Handbook of developmental psychopathology. New York : Plenum.
- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience : A Study of High-Risk Adolescents. Child Development, 62, 600-616.
- Luthar, S. S., Doernberger, C. H., & Zigler, E. (1993). Resilience is not a unidimensional construct : Insights from a prospective study of inner-city adolescents. Development and Psychopathology, 5, 703-717.
- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence : A review of research on resilience in childhood. American Journal of Orthopsychiatry, 6, 6-22.

- Marcelli, D. (1996). Enfance et psychopathologie. Paris : Masson.
- Masten, A. S. (1992). Homeless children in the United States : Mark of a nation at risk. Current Directions in Psychological Science, 1, 41-44.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development : Contributions from study of children who overcome adversity. Development and Psychopathology, 2, 425-444.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), Developmental psychopathology : Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation (pp. 715-752). New York : Wiley.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. American Psychologist, 53 (2), 205-220.
- Masten, A. S., & Garmezy (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychology. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Éds), Advances in child Psychology (Vol. 8) (pp. 1-52). New York : Plenum Press.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity : Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. Development and Psychopathology, 11, 143-169.
- McCoy, C. L., & Master, J. C. (1985). The development children's strategies for the social control of emotion. Child Development, 56, 1214-1222.
- Miyake, K., Chen, C., & Campos, J. (1985). Infant temperament, mother's mode of interaction, and attachment in Japan : An interim report. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), Growing points of attachment théory and research. Monographs of the society for Reserch in Child development, 50 (Serial No. 209).
- Moskowitz, D. S., Schwartzman, A. E., & Ledingham, J. E. (1985). Stability and change in agression and withdrawal in middle childhood and early adolescence. Journal of Abnormal Psychology, 94, 30-41.
- Murphy, L. B., & Moriarty, A. E. (1976). Vulnerability, coping, and growth : From infancy to adolescence. New Haven, CT : Yale University Press.

- National Research Council (1993a). Losing generations : Adolescents in high risk setting. Washington, DC : National Academy Press.
- National Research Council (1993b). Understanding child abuse and neglect. Washington, DC : National Academy Press.
- Plancherel, B., Bolognini, M., & Nunez, R. (1994). L'hypothèse de l'effet buffer à la préadolescence. In M. Bolognini, B. Plancherel, R. Nunez, & W. Bettschart (Eds.), Préadolescence : théorie, recherche et clinique (pp.159-172). Paris : ESF.
- Pelligrini, D. S. (1990). Psychosocial risk and protective factors in childhood. Developmental and Behavioral Pediatrics, 11, 201-209.
- Provost, M. A., Royer, N., & Coutu, S. (1999). Facteurs de résistance et d'inadaptation chez les enfants 3-6 ans : Rapport final CQRS RS-2455.
- Pryor, J.B., Rholes, W. S., Ruble, D. N., & Kriss, M. (1984). A developmental analysis of salience and discounting in social attribution. Representative Research in Social Psychology, 14, 30-40.
- Reynolds, W. (1992). Internalizing disorders in children and adolescents. New York : John Wiley.
- Richters, J. E., & Weintraub, S. (1990). Beyond diathesis : Toward an understanding of high risk environments. In J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.G. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology (pp. 67-96). New York : Cambridge University Press.
- Royer, N., & Provost, M. (1995). La notion de résistance et ses rapports avec l'intervention préventive et promotionnelle auprès des enfants. Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire, 14(1), 15-27.
- Rubin, K. H. (1993). The Waterloo Longitudinal Project. In K. H. Rubin & J. B. Asendorpf (Eds.), Social Withdrawal, Inhibition, and Shyness in Childhood (pp. 291-314). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Rubin, K. H., & Asendorpf, J. B. (1993). Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood : Conceptual and definitional issues. In K. H. Rubin & J. B. Asendorpf (Eds.), Social Withdrawal, Inhibition, and Shyness in Childhood (pp. 3-17). Hillsdale, NJ : Erlbaum.

- Rubin, K. H., & Both, L. (1989). Iris pigmentation and sociability in childhood : A reexamination. Developmental Psychobiology, 22, 717-726.
- Rubin, K. H., LeMare, L. J., & Lollis, S. P. (1990). Social withdrawal in childhood : Developmental pathways to rejection. In S. R. Asher, & J. D. Coie (Eds.), Peer rejection in childhood (pp. 217-249). New York : Cambridge University Press.
- Rubin, K. H., & Lollis, S. P. (1988). Origins and consequences of social withdrawal. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), Clinical implications of attachment (pp. 219-252). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Rubin, K. H., & Mills, R. S. L. (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. Canadian Journal of Behavioural Science, 23(3), 300-317.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), Primary prevention of psychopathology: Vol. 3. Social competence in children (pp. 49-74). Hanover, NH : University Press of New England.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity : Protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. American Journal of Orthopsychiatry, 57, 316-331.
- Sameroff, A. J., & Seifer, R. (1990). Early contributors to developmental risk. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & Weintraub (Eds.), Risk and protective factors in the development of psychopathology, (pp. 52-66). New York : Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. (1989). Pathways to adaptation and maladaptation : Psychopathology as developmental deviation. In D. Cicchetti (Ed.), Rochester symposium on developmental psychopathology, Vol. 1 : The emergence of a discipline (pp. 13-40). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Staudinger, U. M., Marsisker, M., & Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood : Perspectives from life-span theory. Development and Psychopathology, 5, 541-566.

- Wampler, K. S., Halverson, Jr. C. F., & Deal, J. (1996). Risk and resiliency in non-clinical young children : The georgia longitudinal study. In E. M. Hetherington & A. C. Petersen (Eds.), Stress, coping and resiliency in children and families (pp. 135-151). Mahwah, NJ : L.E.A.
- Weaton, B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. Journal of Health and Social Behavior, 26, 352-364.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery : Perspectives from the Kauai longitudinal Study. Development and Psychopathology, 5, 503-515.
- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. Current Directions in Psychological Science, 4, 81-84.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1977). Kauai's children come of age. Honolulu, HI : University of Hawaii Press.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth. New York : McGraw-Hill.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1989). Vulnerable but invincible : A longitudinal study of resilient children and youth. New York : Adams-Bannister-Cox.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). Overcoming the odds : High risk children from birth to adulthood. Ithaca, NY : Cornell University Press.
- Wills, T. A., Blechman E. A., & McNamara, G. (1996). Family support, coping, and competence. In E. M. Hetherington & A. C. Petersen (Eds.), Stress, coping and resiliency in children and families (pp. 107-129). Mahwah, NJ : .
- Zimmerman, M. A., & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research : Implications for schools and policy. Social Policy Report : Society for Research in Child Development, 8(4), 1-17.

Appendice A

Profil Socio-Affectif (PSA) des enfants d'âge préscolaire

PROFIL SOCIO-AFFECTIF (PSA)
DES ENFANTS D'AGE PRÉSCOLAIRE

Par

**Peter J. LaFrenière, Diane Dubeau,
France Capuano et Michel Janosz**

École de psycho-éducation, Université de Montréal

© 1988

NOM DE L'ENFANT

DATE DE NAISSANCE

NOM DE L'ÉDUCATEUR

GROUPE

GARDERIE

**DATE (A LAQUELLE VOUS AVEZ
RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE)**

NOM DE L'ENFANT

PROFIL SOCIO-AFFECTIF (PSA)
DES ENFANTS D'AGE PRÉSCOLAIRE

Voici une liste de comportements que vous pouvez observer chez un enfant concernant l'expression de son affectivité. Nous vous demandons de coter la fréquence de ce comportement chez l'enfant observé, selon le continuum suivant: Ce comportement est-il **JAMAIS** présent (1), **A L'OCCASION** (2 ou 3), **SOUVENT** (4 ou 5) ou **TOUJOURS** (6) présent? Si vous jugez qu'il est impossible d'évaluer le comportement énoncé, nous vous demandons pour ces rares cas de faire une croix sous **NE PEUX PAS ÉVALUER**.

	Jamais	Occasionnel	Souvent	Toujours	Ne peux pas évaluer
1. Enthousiaste à montrer les chansons, les jeux ou autres comportements appris.	1	2 3	4 5	6	_____
2. Maintient une expression faciale neutre (ne rit et ne sourit pas).	1	2 3	4 5	6	_____
3. Patient, sensible aux difficultés des autres.	1	2 3	4 5	6	_____
4. Mouille (uriner) ou salit (déféquer) sa culotte.	1	2 3	4 5	6	_____
5. Curieux. Attiré par la nouveauté.	1	2 3	4 5	6	_____
6. A l'air fatigué.	1	2 3	4 5	6	_____
7. Facilement contrarié, frustré.	1	2 3	4 5	6	_____
8. Apparaît mécontent lorsqu'il est interrompu dans ses activités.	1	2 3	4 5	6	_____
9. Te regarde directement dans les yeux quand il te parle	1	2 3	4 5	6	_____
10. Irritable. S'emporte facilement.	1	2 3	4 5	6	_____
11. Inquiet. Plusieurs choses l'inquiètent.	1	2 3	4 5	6	_____
12. Rit facilement.	1	2 3	4 5	6	_____

NOM DE L'ENFANT

Voici une liste de comportements que vous pouvez observer lorsque l'enfant joue avec d'autres enfants. Nous vous demandons de coter la fréquence de ce comportement chez l'enfant observé, selon le continuum suivant: Ce comportement est-il **JAMAIS** présent (1), **A L'OCCASION** (2 ou 3), **SOUVENT** (4 ou 5) ou **TOUJOURS** (6) présent? Si vous jugez qu'il est impossible d'évaluer le comportement énoncé, nous vous demandons pour ces rares cas de faire une croix sous **NE PEUX PAS ÉVALUER**.

	Jamais	Occasionnel	Souvent	Toujours	Ne peux pas évaluer
31. Cherche à se battre avec des enfants plus faibles que lui.	1	2 3	4 5	6	_____
32. Force l'autre à faire des choses contre son gré.	1	2 3	4 5	6	_____
33. Dérange lorsque je porte mon attention sur un autre enfant.	1	2 3	4 5	6	_____
34. Il ne fait rien ou il regarde les enfants jouer.	1	2 3	4 5	6	_____
35. Lorsqu'il est en conflit avec un enfant, il négocie.	1	2 3	4 5	6	_____
36. Reste seul dans son coin. Plutôt solitaire.	1	2 3	4 5	6	_____
37. Les enfants viennent le chercher pour jouer.	1	2 3	4 5	6	_____
38. Reste indifférent à l'invitation d'un enfant pour jouer.	1	2 3	4 5	6	_____
39. Tient compte de l'autre enfant et de son point de vue.	1	2 3	4 5	6	_____
40. Est préoccupé par ses intérêts et ne reconnaît pas ceux des autres.	1	2 3	4 5	6	_____
41. Est présent lorsqu'un groupe d'enfants s'amuse.	1	2 3	4 5	6	_____
42. Frappe, mord, donne des coups de pieds aux enfants.	1	2 3	4 5	6	_____

NOM DE L'ENFANT

Voici une liste de comportements que vous pouvez observer lorsque l'enfant est en interaction avec un adulte (parent, éducateur...). Nous vous demandons de coter la fréquence de ce comportement chez l'enfant observé selon le continuum suivant: Ce comportement est-il **JAMAIS** présent (1), **A L'OCCASION** (2 ou 3), **SOUVENT** (4 ou 5) ou **TOUJOURS** (6) présent? Si vous jugez qu'il est impossible d'évaluer le comportement énoncé, nous vous demandons pour ces rares cas de faire une croix sous **NE PEUX PAS ÉVALUER**.

	Jamais	Occasionnel	Souvent	Toujours	Ne peux pas évaluer
61. Se remet rapidement lorsqu'il se frappe ou tombe (ne pleure pas longtemps).	1	2 3	4 5	6	_____
62. Frappe l'éducateur ou détruit des choses lorsqu'il est en colère contre lui.	1	2 3	4 5	6	_____
63. Aide à accomplir des tâches régulières (comme distribuer la collation).	1	2 3	4 5	6	_____
64. Persistant à résoudre lui-même les problèmes.	1	2 3	4 5	6	_____
65. Est sans égard pour l'éducateur.	1	2 3	4 5	6	_____
66. Accepte de faire des compromis si on lui en explique les raisons.	1	2 3	4 5	6	_____
67. Clair et direct quand il veut quelque chose.	1	2 3	4 5	6	_____
68. Arrête rapidement de parler lorsqu'on le lui demande.	1	2 3	4 5	6	_____
69. A besoin de la présence d'un éducateur pour bien fonctionner.	1	2 3	4 5	6	_____
70. Demande l'aide de l'éducateur même si elle n'est pas nécessaire.	1	2 3	4 5	6	_____
71. S'oppose à ce que l'éducateur suggère.	1	2 3	4 5	6	_____
72. Pleure sans raison apparente.	1	2 3	4 5	6	_____
73. Est autonome, s'organise par lui-même.	1	2 3	4 5	6	_____

Appendice B

Questionnaire aux enfants sur le coping

Questionnaire aux enfants sur le coping.

Ce questionnaire pour les enfants est en fait une forme d'entrevue semi-structurée où vous devez prendre le verbatim des enfants. Il faudra par la suite, coter ce verbatim grâce à une grille de correction qui touche les aspects des stratégies utilisées par les enfants pour s'adapter à une situation qui peut leur poser des problèmes. Pour chacun des scénarios, il y a une série de questions à poser. **Si un des scénario ne semble pas poser de problèmes à l'enfant, passer immédiatement au scénario suivant.**

1) Période de « réchauffement ». C'est une période pour prendre contact avec l'enfant et s'assurer qu'il comprend bien ce que vous lui demandez.

On va commencer par un petit jeu:

Dis-moi toutes les choses que tu trouves amusantes pour un enfant de ton âge.

Eh! tu en sais des choses! Est-ce que tu peux encore penser à autre chose?

Bon, maintenant dis-moi toutes les choses qui rendent des enfants de ton âge tristes.

Bon, maintenant dis-moi toutes les choses qui font peur à des enfants de ton âge.

Te souviens-tu d'une fois où tu t'es senti triste ou que tu as eu peur?

Qu'est-ce qui s'est passé? Qu'est-ce que tu as fait??

2) Période de test.

Note : Le _____ correspond à la réponse à la question précédente. Par exemple, dans la question a, si l'enfant a répondu qu'il est allé jouer pour oublier l'attente, la question suivante se lirait : «Est-ce que tu crois que d'aller jouer t'as aidé à attendre.

Maintenant, je vais te parler de moments que les enfants n'aiment pas bien gros. Tu vas me dire si tu as eu ces moments là récemment et qu'est-ce qui s'est passé.

a) Tu te souviens juste avant ta fête? Tu avais hâte de savoir quels cadeaux tu allais recevoir. Mais tes parents te disaient qu'il fallait attendre le jour de ta fête.

Dis-moi comment cela s'est passé.

Dis-moi comment tu t'es senti(e).

Dis-moi qu'est-ce que tu as fait pour attendre la journée de ta fête.

Est-ce que tu crois que _____ t'as aidé à attendre.

b) Tu te souviens de la première journée à l'école (la maternelle)?

Dis-moi comment cela s'est passé.

Dis-moi comment tu t'es senti(e).

Dis-moi qu'est-ce que tu as fait cette journée - là.

Note : Si la réponse est positive, arrêtez ici.

Est-ce que tu crois que _____ t'as aidé à te sentir mieux.

c) Tu te souviens la dernière fois que tu es allé(e) chez le médecin pour avoir une piqure ou que tu es allé(e) chez le dentiste?

Dis-moi comment cela s'est passé.

Dis-moi comment tu t'es senti(e).

Dis-moi qu'est-ce que tu as fait pour te sentir mieux.

Est-ce que tu crois que _____ t'as aidé à te sentir mieux.

d) Tu te souviens de la dernière fois où tu t'es fait mal (tomber de ta bicyclette, tomber en courant, etc.)?

Dis-moi comment cela s'est passé.

Dis-moi comment tu t'es senti(e).

Dis-moi qu'est-ce que tu as fait pour te sentir mieux.

Est-ce que tu crois que _____ t'as aidé à te sentir mieux.

e) Tu te souviens de la dernière fois où tu as perdu un ami (changement d'école, déménagement)?

Dis-moi comment cela s'est passé.

Dis-moi comment tu t'es senti(e).

Dis-moi qu'est-ce que tu as fait pour te sentir mieux.

Est-ce que tu crois que _____ t'as aidé à te sentir mieux.

f) Tu te souviens de la dernière fois qu'un ami t'a dit quelque chose de vraiment pas gentil?

Dis-moi comment cela s'est passé.

Dis-moi comment tu t'es senti(e).

Dis-moi qu'est-ce que tu as fait pour te sentir mieux.

Est-ce que tu crois que _____ t'as aidé à te sentir mieux.

g) Tu te souviens de la dernière fois que papa ou maman s'est fâché contre toi?

Note : Si l'enfant donne un exemple où le parent s'est fâché au cours d'un scénario précédent (maman s'est fâchée parce que je pleurais en allant chez le dentiste), il faut lui demander de donner un autre exemple. Si l'enfant n'en trouve pas d'autre, essayez de distinguer avec lui l'effet de la peur du dentiste et l'effet de la colère du parent.

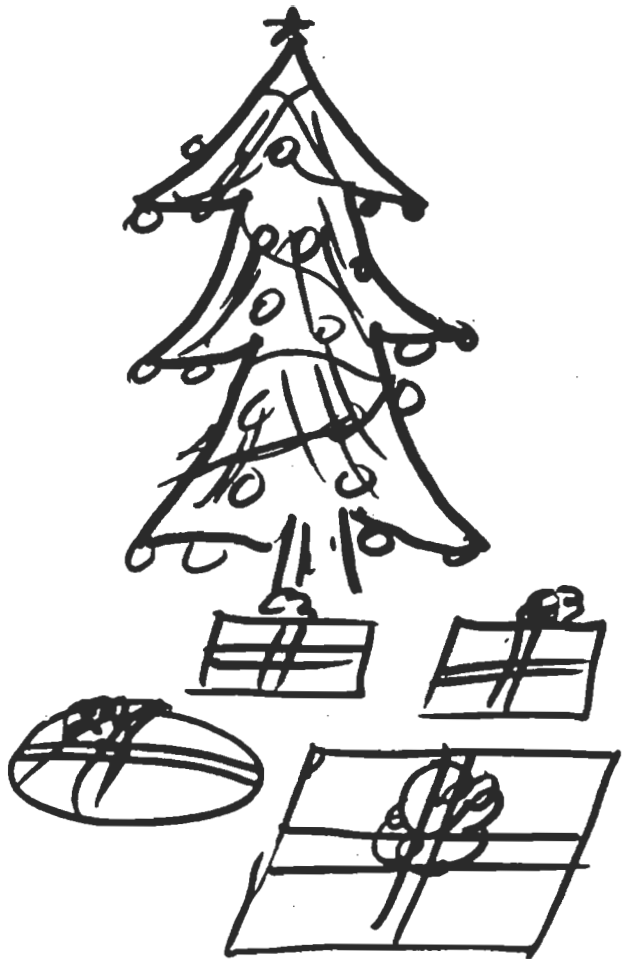
Dis-moi comment cela s'est passé.

Dis-moi comment tu t'es senti(e).

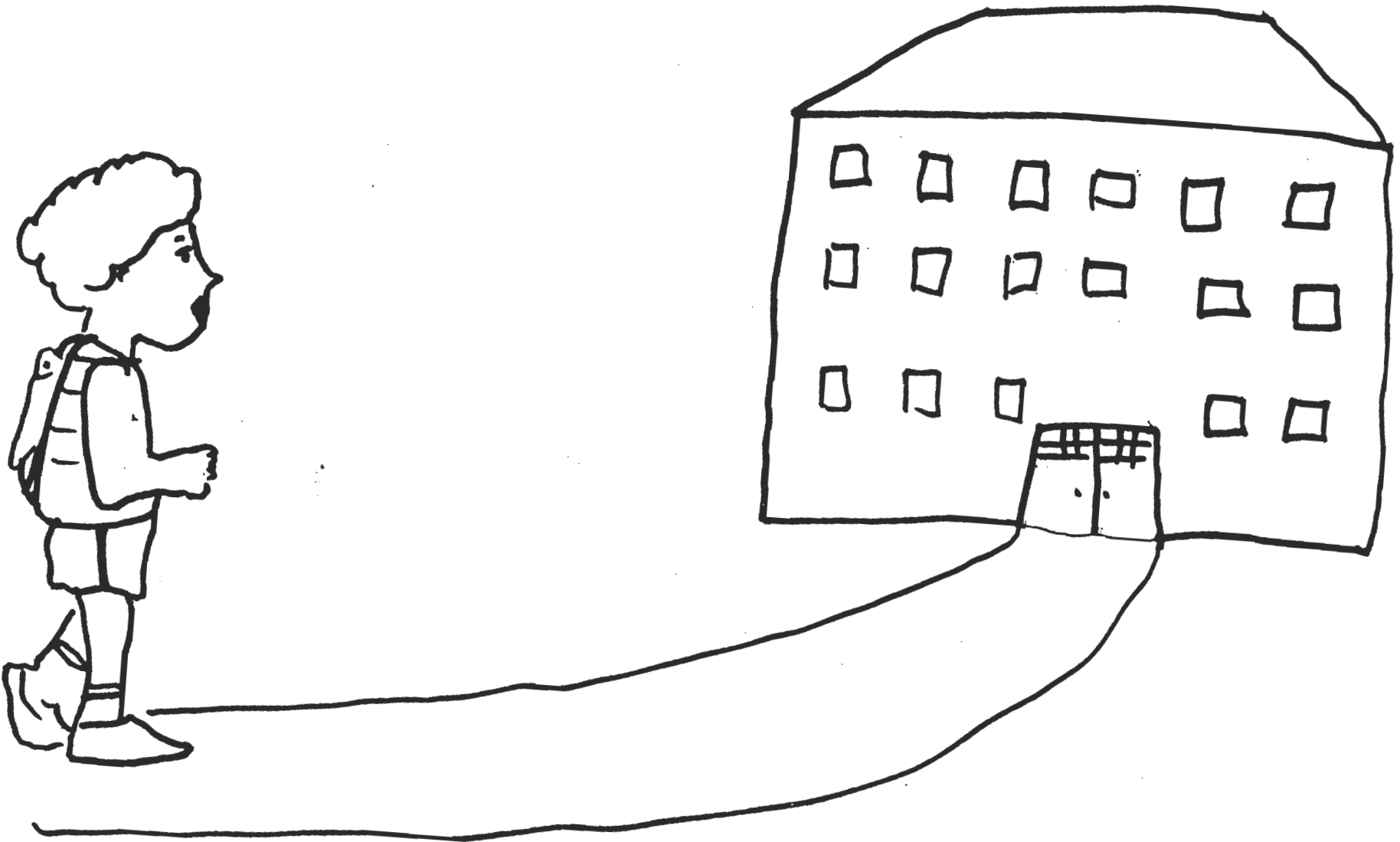
Dis-moi qu'est-ce que tu as fait pour te sentir mieux.

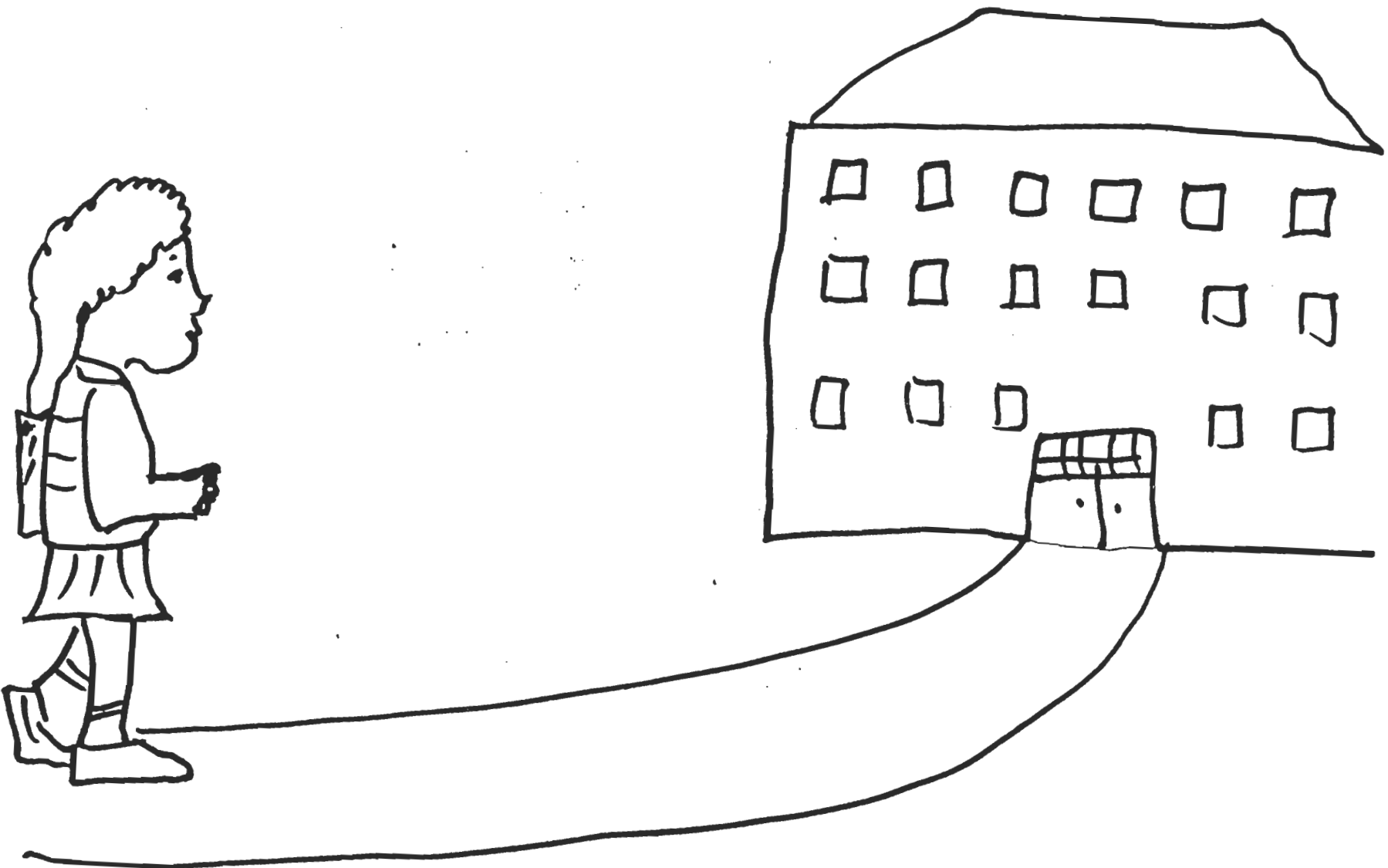
Est-ce que tu crois que _____ t'as aidé à te sentir mieux.

©Brotman, E. & Weisz, J.R. (1988). How to feel better when it feels bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24 (2), 247-253. Traduction et adaptation par Provost, M.A., Dumont, M. & Royer, N. Université du Québec à Trois-Rivières.





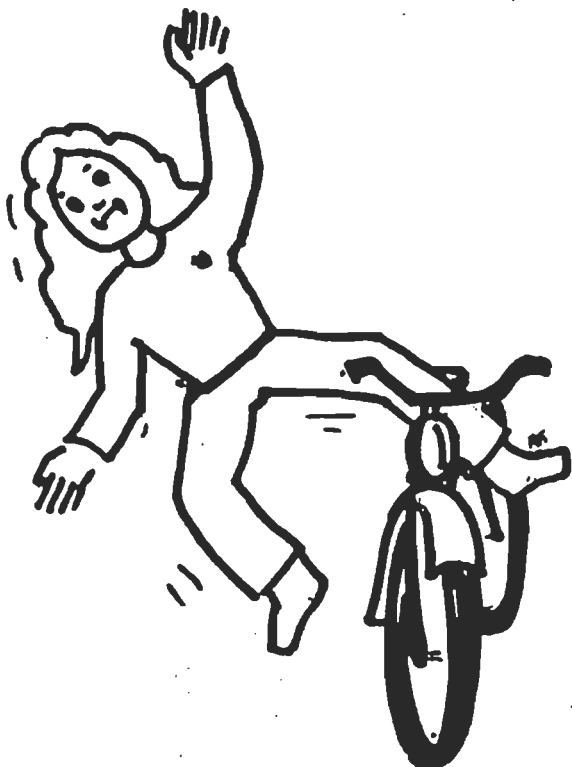


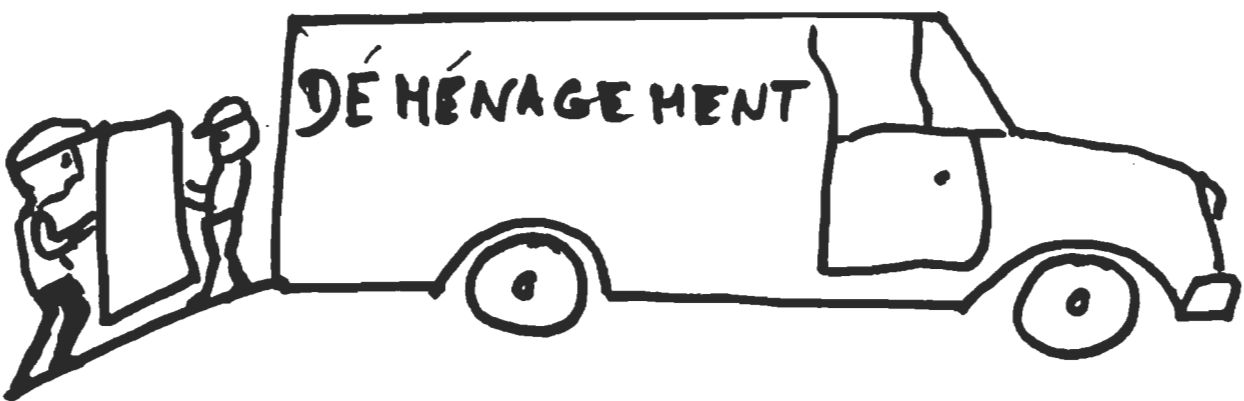


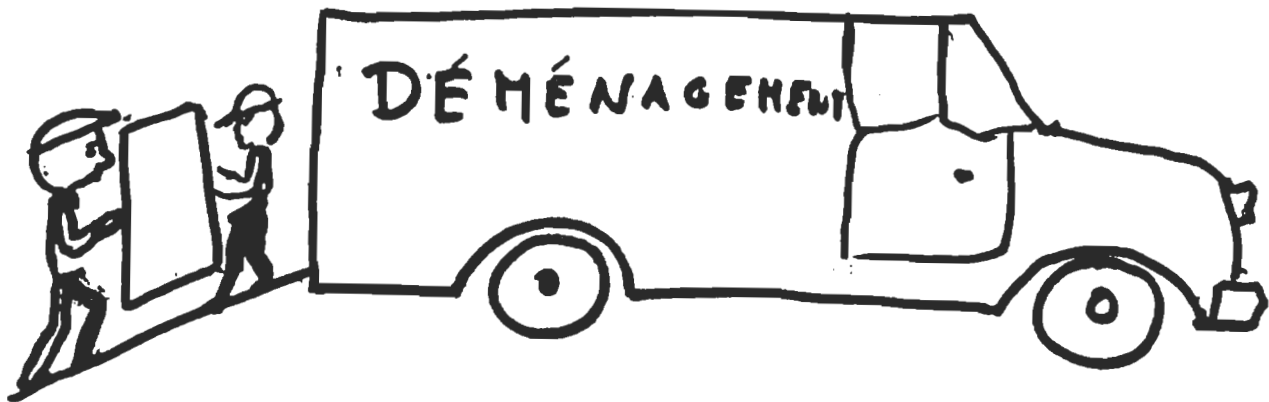






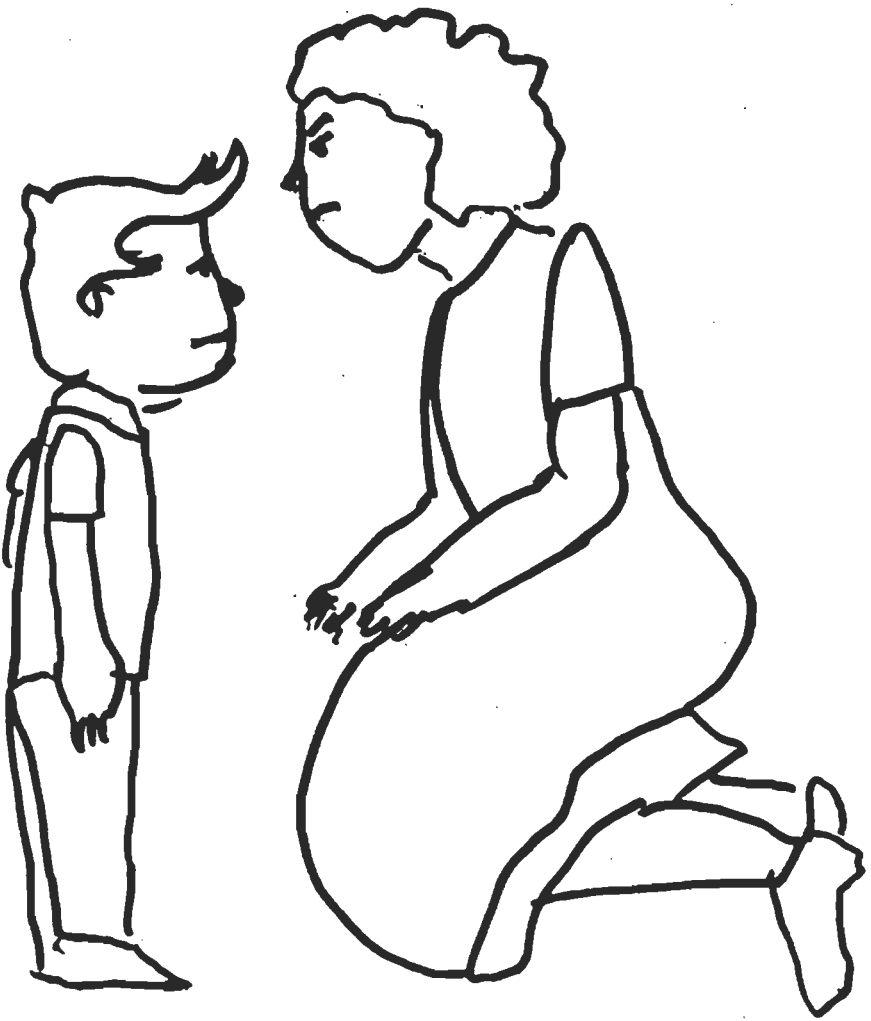


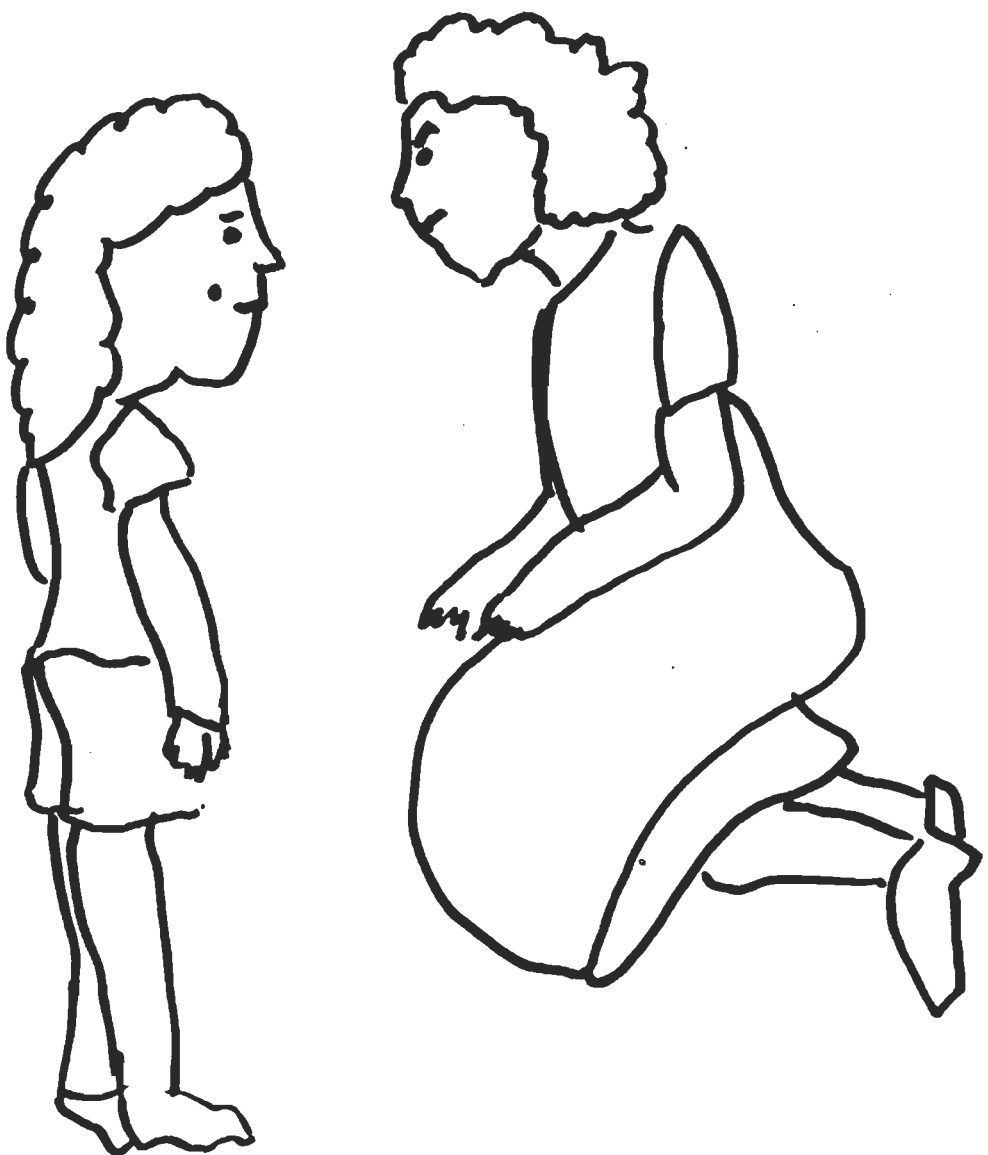












Appendice C

Catégories et cotes pour les entrevues de coping-enfant

Catégories et cotes pour les entrevues de coping-enfant

Cotes	Classes	Catégories	Sous-catégories
111	Approche centrée sur le problème	Comportement	social
112			matériel
121		Cognition	auto-communication positive
122			réflexion
123			recherche d'information
131		Soutien social	émotif
210	Évitement centré sur les émotions	Comportement	
221		Cognition	penser à autre chose
231		Réduction des tensions	comportement
240		Manipulation affective	
251		Fuite	purement fuite
252		Fuite	argumenter
261		Négation	purement nier
262		Négation	par compensation
270		Dédramatisation	
300	Passivité		
400	Stratégies dysfonctionnelles		
500	Non pertinent		
999	Données manquantes		

Appendice D

Liste de comportements (version enseignant)

Liste de comportements (version enseignant)¹

Traduit par Carl Lacharité, Ph.D., UQTR et
Jocelyn Villemure, M.A. (ps), École secondaire du Rocher

Nom de l'élève:		Ce questionnaire a été rempli par: <input type="checkbox"/> Enseignant _____ <input type="checkbox"/> Professionnel non enseignant : _____ <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Vos réponses seront utilisées pour comparer l'élève à d'autres élèves qui ont été décrits par leur professeur avec le même questionnaire. Votre description sera également comparée à la description d'autres personnes connaissant bien l'élève. Même si vous ne possédez pas toute l'information à propos de l'élève, tentez de répondre à toutes les questions. Vos observations seront combinées pour obtenir un portrait général de l'élève. N'hésitez pas à mentionner tout commentaire additionnel que vous pourriez avoir.
Son sexe :	Son âge :	
<input type="checkbox"/> garçon <input type="checkbox"/> fille		
Date d'aujourd'hui	Date de naissance de l'élève (si vous la connaissez)	
An ____ Mois ____ Jour ____	An ____ Mois ____ Jour ____	
Niveau scolaire	Nom de l'école	

Type de travail des parents : (Soyez précis, comme par exemple : mécanicien d'automobile, enseignant au secondaire, vendeur de souliers, sergent à l'armée)

Type de travail du père : _____

Type de travail de la mère : _____

I. Depuis combien de temps connaissez-vous cet élève? _____ans, _____mois.

II. Jusqu'à quel point le connaissez-vous?

☐ Pas très bien ☐ Moyennement bien ☐ Très bien

III. Combien de temps par semaine passe-t-il avec vous dans la classe? _____

IV. Quels cours lui enseignez-vous? (Indiquer "titulaire" si c'est le cas, sinon veuillez être spécifique quant à la nature du cours, e.g., mathématique de secondaire 1) :

V. L'élève a-t-il à votre connaissance déjà été référé ou signalé pour un placement dans une classe spéciale ou pour des services ou un accompagnement pédagogique spécial?

☐ Je ne sais pas ☐ Non ☐ Oui (précisez): _____

VI. L'élève a-t-il déjà repris une année scolaire?

☐ Je ne sais pas ☐ Non ☐ Oui (précisez): _____

¹ Traduit et adapté avec l'autorisation de l'auteur : Achenbach, T.M. (1980). *Child Behavior Checklist. Teacher's Report Form*. Université du Vermont (mars 1988).

- VII. Rendement scolaire actuel - Énumérez les matières pour lesquelles vous connaissez son rendement et indiquez à quel niveau il se situe par rapport aux élèves du même groupe d'âge dans une classe régulière:

Matière	Très en dessous	Un peu en dessous	Moyen	Un peu au dessus	Très au dessus
1. _____	()	()	()	()	()
2. _____	()	()	()	()	()
3. _____	()	()	()	()	()
4. _____	()	()	()	()	()
5. _____	()	()	()	()	()
6. _____	()	()	()	()	()

- VIII. Comparé aux élèves du même groupe d'âge dans une classe régulière, comment se situe-t-il sur les aspects suivants:

	Beaucoup moins	Moins	Un peu moins	Comme les autres	Un peu plus	Plus	Beaucoup plus
1. Effort fourni au travail	()	()	()	()	()	()	()
2. Son comportement est-il adéquat ?	()	()	()	()	()	()	()
3. Comment apprend t'il?	()	()	()	()	()	()	()
4. Jusqu'à quel point est-il heureux?	()	()	()	()	()	()	()

- IX. Résultats de tests normalisés de rendement scolaire (si disponible) :

Nom du test	Sujet	Date	Résultat en percentile
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- X. Résultats de QI ou de tests d'aptitudes (si disponible):

Nom du test	Date	QI ou score équivalent
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- XI. Si vous le désirez, vous pouvez écrire vos commentaires à propos de l'élève, de son travail, de son comportement ou de son potentiel. Utilisez des feuilles supplémentaires si nécessaire.

Voici une liste de comportements qui décrivent des élèves. Pour chaque comportement qui décrit bien l'élève aujourd'hui ou depuis les 2 derniers mois, **encerclez le 2** si ce comportement est très vrai ou souvent vrai à propos de l'élève. **Encerclez le 1** si ce comportement est un peu ou quelquefois vrai à propos de l'élève. Si ce comportement n'est pas vrai à propos de l'élève, **encerclez le 0**.

0 = Pas vrai 1 = Un peu ou quelquefois vrai 2. = Très vrai

0	1	2	1.	Se conduit d'une manière trop jeune pour son âge	0	1	2	13.	Est confus, semble avoir l'esprit embrouillé
0	1	2	2.	Ronfle ou fait d'autres bruits bizarres dans la classe	0	1	2	14.	Pleure beaucoup
0	1	2	3.	Argumente beaucoup	0	1	2	15.	Remue constamment, a la bougeotte
0	1	2	4.	Ne finit pas le choses qu'il commence	0	1	2	16.	Est brutal, méchant, inhumain envers les autres
0	1	2	5.	Se conduit comme s'il était de l'autre sexe	0	1	2	17.	Est rêveur, perdu dans ses pensées
0	1	2	6.	A une attitude de provocation, répond au personnel enseignant	0	1	2	18.	Se blesse volontairement ou a tenté de se suicider
0	1	2	7.	Est fanfaron, se vante	0	1	2	19.	Demande beaucoup d'attention
0	1	2	8.	Ne peut se concentrer, ne peut être attentif pendant longtemps	0	1	2	20.	Brise ce qui lui appartient
0	1	2	9.	Ne peut enlever, chasser certaines pensées de son esprit, obsessions. Décrivez :	0	1	2	21.	Brise ce qui appartient aux autres
					0	1	2	22.	A des difficultés à suivre des instructions
					0	1	2	23.	Est désobéissant à l'école
0	1	2	10.	Ne peut rester immobile, est agité ou hyperactif	0	1	2	24.	Dérange les autres élèves
0	1	2	11.	S'accroche aux adultes, est trop dépendant	0	1	2	25.	Ne s'entend pas bien avec les autres élèves
0	1	2	12.	Se plaint d'un sentiment de solitude	0	1	2	26.	Ne semble pas se sentir coupable après une mauvaise conduite

0 = Pas vrai

1 = Un peu ou quelquefois vrai

2. = Très vrai 99

0	1	2	27.	Est facilement jaloux	0	1	2	46.	A des mouvements nerveux ou est crispé. Décrivez :
0	1	2	28.	Mange ou boit des choses qui ne sont pas de la nourriture. Précisez:					
0	1	2	29.	A peur de certains animaux, de certaines situations, de certains endroits ou places autres que l'école. Décrivez:	0	1	2	47.	Se conforme de façon excessive aux règlements
					0	1	2	48.	N'est pas aimé par les autres élèves
					0	1	2	49.	A de la difficulté à apprendre
					0	1	2	50.	Est craintif, anxieux de façon excessive
0	1	2	30.	A peur d'aller à l'école	0	1	2	51.	Se sent étourdi
0	1	2	31.	A peur de penser ou de faire quelque chose de mal	0	1	2	52.	Se sent coupable de façon excessive
0	1	2	32.	Sent qu'il doit être parfait	0	1	2	53.	Parle quand ce n'est pas son tour
0	1	2	33.	Sent ou se plaint que personne ne l'aime	0	1	2	54.	Est épuisé
0	1	2	34.	Sent que les autres lui en veulent	0	1	2	55.	A dépassé son poids normal
0	1	2	35.	Se sent méprisable ou inférieur				56.	A des problèmes physiques <u>sans cause médicale connue</u> :
0	1	2	36.	Se blesse beaucoup, enclin aux accidents	0	1	2	a)	Douleurs au maux
0	1	2	37.	Souvent impliqué dans des batailles	0	1	2	b)	A des maux de tête
0	1	2	38.	Se fait beaucoup taquiner, acher	0	1	2	c)	A des nausées ou se sent malade
0	1	2	39.	Se tient avec des fauteurs de troubles	0	1	2	d)	Problèmes avec ses yeux Décrivez :
0	1	2	40.	Entend des voix ou des bruits qui ne sont pas là. Décrivez :					
0	1	2	41.	Est impulsif ou agit sans réfléchir	0	1	2	e)	Boutons ou autres problèmes de peau
0	1	2	42.	Aime être seul	0	1	2	f)	A des maux d'estomac ou des crampes
0	1	2	43.	Ment ou triche	0	1	2	g)	Vomit ou rejette de la nourriture
0	1	2	44.	Se ronge les ongles	0	1	2	h)	Autres (décrivez) :
0	1	2	45.	Est nerveux, très irritable ou tendu					
					0	1	2	57.	Attaque physiquement les autres

0 = Pas vrai

1 = Un peu ou quelquefois vrai

2. = Très vrai

0	1	2	58.	Se gratte le nez, la peau ou d'autres parties du corps. Décrivez :	0	1	2	76.	Est explosif et a un comportement imprévisible
				_____	0	1	2	77.	Ses demandes doivent être satisfaites immédiatement, est facilement frustré

				_____	0	1	2	78.	Est inattentif, facilement distrait
0	1	2	59.	Dort en classe	0	1	2	79.	A des problèmes de langage et d'élocution. Décrivez :
0	1	2	60.	Désintéressé, non motivé					_____
0	1	2	61.	Son travail scolaire est pauvre ou médiocre					_____
0	1	2	62.	Est maladroit ou a une mauvaise coordination					_____
0	1	2	63.	Préfère se tenir avec des élèves plus vieux	0	1	2	80.	Regarde fixement dans le vide
0	1	2	64.	Préfère se tenir avec des élèves plus jeunes	0	1	2	81.	Se sent blessé quand il est critiqué
0	1	2	65.	Refuse de parler	0	1	2	82.	Vole
0	1	2	66.	Recommence certaines actions constamment, est compulsif: Décrivez:	0	1	2	83.	Emmagasine des choses dont il n'a pas besoin. Décrivez :
				_____					_____
				_____					_____
0	1	2	67.	Dérange la discipline de la classe	0	1	2	84.	A un comportement étrange. Décrivez :
0	1	2	68.	Crie beaucoup					_____
0	1	2	69.	Est cachottier, garde des choses pour lui.					_____
0	1	2	70.	Voit des choses qui ne sont pas là. Décrivez :					_____
				_____	0	1	2	85.	A des idées étranges. Décrivez :
				_____					_____
0	1	2	71.	Se surveille souvent pour ne pas avoir l'air ridicule ou est facilement embarrassé					_____
0	1	2	72.	Ses travaux sont malpropres	0	1	2	86.	Est obstiné, maussade, irritable
0	1	2	73.	Se conduit d'une façon irresponsable. Décrivez:	0	1	2	87.	A des changements soudains dans son humeur ou ses émotions
				_____					_____
				_____	0	1	2	88.	Boude souvent
0	1	2	74.	Fait des choses pour se faire remarquer ou fait le bouffon	0	1	2	89.	Est méfiant, est soupçonneux
0	1	2	75.	Est gêné ou timide	0	1	2	90.	Sacre ou a un langage grossier
					0	1	2	91.	Parle de se tuer

0 = Pas vrai

1 = Un peu ou quelquefois vrai

2. = Très vrai

0	1	2	92.	A un rendement inférieur, ne fournit pas un travail correspondant à son potentiel	0	1	2	104.	Est anormalement bruyant
0	1	2	93.	Parle beaucoup trop	0	1	2	105.	Prend de l'alcool ou des drogues. Décrivez:
0	1	2	94.	Taquine beaucoup					
0	1	2	95.	A des crises de colère ou s'emporte facilement	0	1	2	106.	Est excessivement anxieux de faire plaisir
0	1	2	96.	Semble préoccupé par le sexe	0	1	2	107.	Déteste l'école
0	1	2	97.	Menace des gens	0	1	2	108.	A peur de faire des erreurs
0	1	2	98.	Arrive en retard à l'école ou en classe	0	1	2	109.	Pleurniche
0	1	2	99.	Se préoccupe de façon excessive de sa propreté ou de son apparence	0	1	2	110.	Son apparence personnelle est malpropre
0	1	2	100.	N'accomplit pas les tâches ou les devoirs qu'on lui a assignés	0	1	2	111.	Est retiré, ne s'implique pas avec les autres
0	1	2	101.	Fait l'école buissonnière ou a des absences inexpliquées	0	1	2	112.	S'inquiète
0	1	2	102.	Réagit peu, se déplace lentement ou manque d'énergie				113.	Écrivez tout autre problème que l'élève a et qui n'est pas énuméré dans cette liste :
0	1	2	103.	Est malheureux, triste ou dépressif	0	1	2		
					0	1	2		
					0	1	2		
					0	1	2		
					0	1	2		

Veillez vous assurer que vous avez bien répondu à toutes les questions

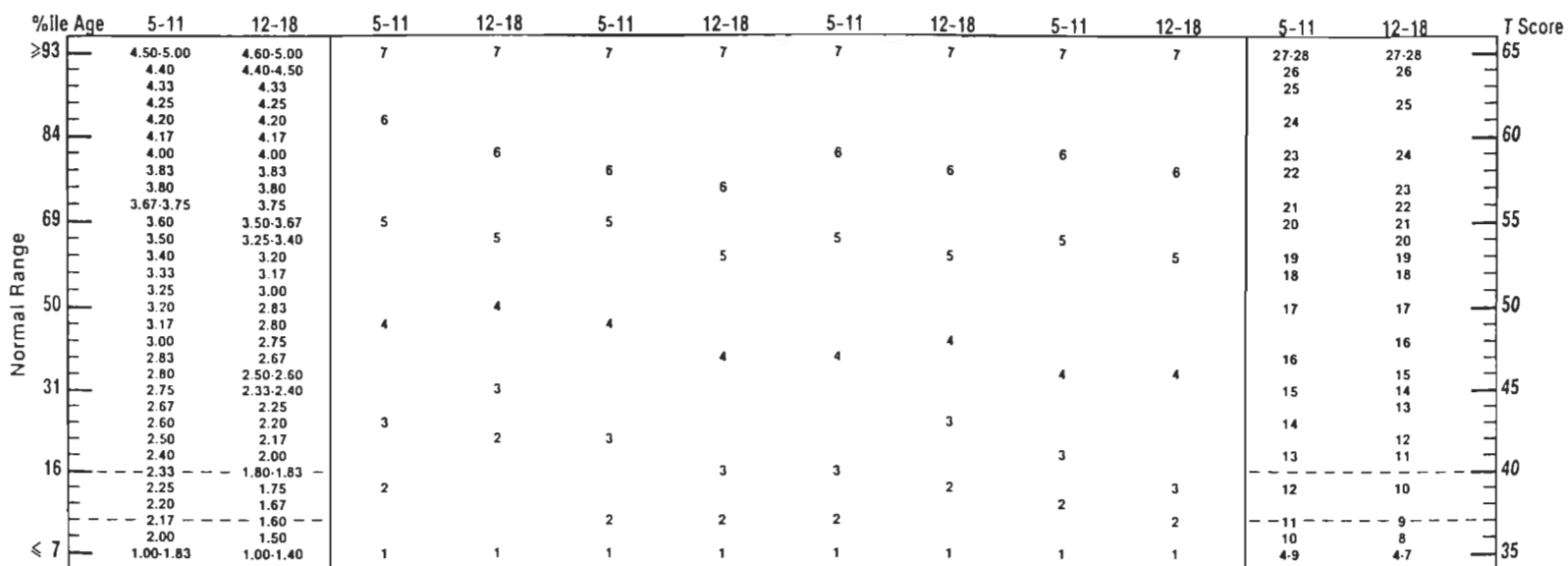
Merci de votre collaboration

Appendice E

TRS Profile for Boys-Problem Scales

TRS Profile for Girls-Problem Scales

TRF Profile for Boys – Adaptive Functioning



**ACADEMIC
PERFORMANCE**

**WORKING
HARD**

**BEHAVING
APPROPRIATELY**

LEARNING

HAPPY

SUM OF ITEMS 1,2,3,4

____ VII. Mean
Performance

____ VIII. 1.

____ VIII. 2.

____ VIII. 3.

____ VIII. 4.

____ VIII. 1

____ VIII. 2

____ VIII. 3

____ VIII. 4

____ SUM

Broken lines = borderline clinical range

Name _____

ID # _____

Age _____

Date TRF
Filled Out _____

TRF Filled
Out By _____

Name _____

Internalizing																Externalizing																T		ID #																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
AGE	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18</

Internalizing			Externalizing			Total Score	
5-11	12-18	T	5-11	12-18	T	5-11	12-18
69-70	69-70	100	68	68	100	236-240	237-240
67-68	67-68	99	67	67	98	228-235	230-236
64-66	65-66	98	66		97	220-227	223-229
62-63	63-64	97		66	96	212-219	216-222
59-61	61-62	96	65		95	204-211	209-215
57-58	59-60	95	64	85	94	196-203	202-208
54-56	57-58	94		64	93	188-195	196-201
51-53	55-56	93	63		92	180-187	189-195
49-50	53-54	92	62	63	91	172-179	182-188
46-48	51-52	91	61	62	89	164-171	175-181
44-45	49-50	90	59-60	61	88	156-163	168-174
42-43	47-48	89	58	59-60	87	150-155	162-167
41	46	88	56-57	58	86	146-149	158-161
40	45	87	55	57	85	142-145	154-157
38-39	43-44	86	53-54	56	84	138-141	150-153
37	42	85	52	54-55	83	134-137	146-149
36	41	84	50-51	53	82	131-133	142-145
35	40	83	49	52	81	127-130	137-141
34	39	82	47-48	50-51	80	123-126	133-138
33	38	81	46	49	79	119-122	129-132
32	37	80	45	48	78	115-118	125-128
30-31	35-36	79	43-44	47	77	112-114	121-124
29	34	78	42	45-46	76	108-111	117-120
28	33	77	40-41	44	75	104-107	113-116
27	32	76	39	43	74	100-103	108-112
26	31	75	37-38	42	73	97-99	104-107
25	30	74	36	40-41	72	93-96	100-103
23-24	28-29	73	34-35	39	71	89-92	96-99
22	27	72	33	38	70	85-88	92-95
21	26	71	31-32	35-37	69	81-84	88-91
20	25	70	30	33-34	68	79-80	85-87
19	23-24	69		28-32	67	77-78	81-84
18	21-22	68	28-29	26-27	66	73-76	77-80
17	19-20	67	28-27	24-25	65	69-72	74-76
16	18	66	24-25	23	64	68	70-73
15	16-17	65	22-23	21-22	63	65-67	66-69
14	15	64	20-21	18-20	62	60-64	62-65
13	14	63	18-19	17	61	57-59	58-61
12	13	62	15-17	14-16	60	52-56	55-57
11	12	61	14	13	59	46-51	49-54
10	10-11	60	11-13	11-12	58	43-47	45-48
9	9	59	10	10	57	40-42	43-44
8	8	57	9	8-9	56	37-39	40-42
7	7	56	8	7	55	34-36	35-39
	6	55	7	8	54	31-33	31-34
6	5	54	6	5	53	28-30	27-30
5	4	53	5	4	52	26-27	25-26
4	3	51	4	3	51	23-25	22-24
3	2	48	3		50	20-22	19-21
2		46		2	49	18-19	16-18
	1	45	2		48	17	13-15
1		43	1	1	46	15-16	12
	0	38		0	40	13-14	10-11
0		36	0		39	11-12	9
						9-10	7-8
						8	6
						7	5
						6	4
						5	3
						4	2
						3	
						2	
						1	

* Not on cross-informant construct

INT = Scale I + II + III - Item 103 = _____

EXT = Scale VII + VIII = _____

Broken lines =
borderline clinical range

TRF Profile for Girls – Adaptive Functioning

%ile Age	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	T Score
≥93	4.60-5.00	5.00	7				7		7	7	28	28	65
	4.50	4.80-4.83		7				7			27	27	
	4.40	4.75			7						26		
	4.33	4.67									25	26	60
	4.25	4.60									24	25	
84	4.20	4.33-4.50			7						23	24	55
	4.17	4.17-4.25									22	23	
	4.00	4.00	6				6		6	6	21	22	
	3.83	3.83									20	21	50
	3.80	3.80									19	20	
69	3.75	3.75		6	6			6			18	19	
	3.60-3.67	3.67									17	18	45
	3.50	3.60									16	17	
	3.33-3.40	3.50			6						15	16	40
	3.25	3.40	5	5	5		5	5	5		14	14	
	3.20	3.33									13	13	
	3.17	3.25									12	11	35
	3.00	3.17			5						11	10	
	2.83	2.83	4	4	4		4	4	4		10	9	
	2.80	2.80									9	8	
	2.75	2.75			4						8	7	
	2.67	2.67									7	6	
16	2.60	2.60	3	3	3		3	3	3		6	5	
	2.50	2.50									5	4	
	2.33-2.40	2.20-2.25	2	2	2		2	2	2		4	3	
	2.17-2.25	2.00-2.17									3	2	
≤ 7	1.00-2.00	1.00-1.83	1	1	1-2	1	1-2	1	1-2	1	2	1	

**ACADEMIC
PERFORMANCE**

**WORKING
HARD**

**BEHAVING
APPROPRIATELY**

LEARNING

HAPPY

SUM OF ITEMS 1,2,3,4

____ VII. Mean
Performance

____ VIII. 1.

____ VIII. 2.

____ VIII. 3.

____ VIII. 4.

____ VIII.1

____ VIII.2

____ VIII.3

____ VIII.4

____ SUM

Broken lines = borderline clinical range

Name _____

ID # _____

Age _____

Date TRF
Filled Out _____

TRF Filled
Out By _____

TRF Profile for Girls – Problem Scales

Name _____

AGE	Internalizing				Externalizing				T	ID #
	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18		
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	100
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	95
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	90
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	85
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	80
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	75
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	70
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	65
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	60
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	55
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	50
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

I WITHDRAWN		II SOMATIC COMPLAINTS		III ANXIOUS/DEPRESSED		IV SOCIAL PROBLEMS		V THOUGHT PROBLEMS		VI ATTENTION PROBLEMS		VII DELINQUENT BEHAVIOR		VIII AGGRESSIVE BEHAVIOR	
42. Rather Be Alone	51. Dizzy	12. Lonely	1. Acts Young	9. Mind Off	1. Act Young	26. No Gull	3. Argues								
65. Won't Talk	54. Tired	14. Cries	11. Clings	18. Hums Self	2. Hums	39. Bad Compan	6. Defiant								
68. Secretive	56a. Aches	32. Perfect	12. Lonely*	29. Fears*	4. Finish	43. Lie Cheat	7. Brags								
75. Shy	56c. Nauseas	33. Unloved	14. Cries*	40. Hears Things	8. Concentr	63. Prefers Older	16. Mean								
80. Stares	56d. Eye	34. Out To Get	25. Not Get Along	66. Repeats Acts	10. Sit Still	82. Steals	19. Dem Attn								
88. Sulks	56e. Skin	35. Worried	33. Unloved*	70. Sees Things	13. Confuse	90. Swears	20. Deaf Own								
102. Underactive	58f. Stomach	45. Nervous	34. Out To Get*	84. Strange Behav	15. Fidget	98. Yards*	21. Deaf Othr								
103. Sad	56g. Vomit	47. Conforms*	35. Worthless*	85. Strange Ideas	17. Day Dream	101. Truant	23. Disb Schl								
111. Withdrawn	TOTAL	50. Fearful	36. Get Hurt*	TOTAL	22. Direct*	105. Alcohol Drugs	24. Disturbs*								
TOTAL		52. Guilty	38. Teased		41. Impulsiv	TOTAL	27. Jealous								
		71. Self Consc	45. Nervous		45. Nervous		37. Fights								
		81. Hurt Crit*	48. Not Liked		49. Learning*		53. Talks Out*								
		89. Suspici	64. Prefers Young		50. Apath*		57. Attacks								
		103. Sad	TOTAL		81. Poor School		67. Disrupts*								
		108. As Pleas*			82. Clumsy		88. Screams								
		108. Mistake*			72. Messy*		74. Show Off								
		112. Worries			78. Inattent*		76. Explosive*								
		TOTAL			80. Stares		77. Demanding*								
					92. Under Ach*		86. Stubborn								
					100. Tasks*		87. Mood Change								
					TOTAL		83. Talk Much								
							84. Teases								
							85. Temper								
							87. Threaten								
							104. Loud								

*Not on cross-informant construct

INT = Scale I + II + III - Item 103 = ____

EXT = Scale VII + VIII = ____

Broken lines =

Internalizing		Externalizing		Total Score	
5-11	12-18	5-11	12-18	5-11	12-18
70	89.70	100	68	100	236.240
68.49	87.68	99	67	99	228.235
66.97	85.66	98	66	98	219.227
64.45	82.64	97	65	97	210.218
62.93	80.61	96	64	96	202.209
60.41	78.59	95	63	95	193.201
58.89	76.57	94	62	94	184.192
56.37	74.54	93	61	93	176.183
54.85	72.52	92	60	92	167.175
52.33	70.49	91	59	91	158.166
50.81	68.47	90	58	90	150.157
48.29	66.45	89	57	89	142.147
46.77	64.43	88	56	88	134.138
44.25	62.41	87	55	87	126.129
42.73	60.39	86	54	86	118.120
40.21	58.37	85	53	85	110.111
38.69	56.35	84	52	84	102.102
37.17	54.33	83	51	83	94.093
35.65	52.31	82	50	82	86.084
34.13	50.29	81	49	81	78.075
32.61	48.27	80	48	80	70.066
31.09	46.25	79	47	79	62.057
29.57	44.23	78	46	78	54.048
28.05	42.21	77	45	77	46.039
26.53	40.19	76	44	76	38.030
25.01	38.17	75	43	75	30.021
23.49	36.15	74	42	74	22.012
21.97	34.13	73	41	73	14.003
20.45	32.11	72	40	72	6.000
18.93	30.09	71	39	71	-2.000
17.41	28.07	70	38	70	-8.000
15.89	26.05	69	37	69	-14.000
14.37	24.03	68	36	68	-20.000
12.85	22.01	67	35	67	-26.000
11.33	20.00	66	34	66	-32.000
9.81	17.98	65	33	65	-38.000
8.29	15.96	64	32	64	-44.000
6.77	13.94	63	31	63	-50.000
5.25	11.92	62	30	62	-56.000
3.73	9.90	61	29	61	-62.000
2.21	7.88	60	28	60	-68.000
0.69	5.86	59	27	59	-74.000
-0.83	3.84	58	26	58	-80.000
-2.35	1.82	57	25	57	-86.000
-3.87	-0.20	56	24	56	-92.000
-5.39	-2.22	55	23	55	-98.000
-6.91	-4.24	54	22	54	-104.000
-8.43	-6.26	53	21	53	-110.000
-9.95	-8.28	52	20	52	-116.000
-11.47	-10.30	51	19	51	-122.000
-12.99	-12.32	50	18	50	-128.000