

Université de Montréal

**Évaluation d'une intervention de réadaptation visant l'augmentation
de l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie**

par

Tania Lecomte

Département de psychologie

Faculté des Arts et des Sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Philosophiæ Doctor (Ph.D.)

en psychologie

Juin 1997

©Tania Lecomte, 1997



BF
22
U54
1998
V.011

Université de Montréal

Évaluation d'une intervention de réadaptation visant l'insertion
de l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie

par

Tania Lacourse

Département de psychologie

Faculté des Arts et des Sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Maîtrise en psychologie (M.A.)

en psychologie

Jan 1998

© Tania Lacourse, 1998



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

**Évaluation d'une intervention de réadaptation visant l'augmentation
de l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie**

présentée par:

Tania Lecomte

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Marc-André Bouchard: président du jury,

Suzanne King: évaluatrice externe,

Margaret Kiely: évaluatrice interne,

Mireille Cyr: directrice,

Alain Lesage: co-directeur,

Frédéric Grunberg: représentant du doyen.

Thèse acceptée le: 6 janvier 1998

La plus grande révolution de notre génération est que les êtres humains, en changeant les attitudes intérieures de leur esprit, peuvent changer les aspects extérieurs de leur vie.

- W. James

Avant-Propos

La présente thèse de doctorat est composée de deux publications scientifiques. L'auteure de cette thèse est l'auteure principale des deux articles. Le premier article pose la problématique étudiée et relève les ouvrages scientifiques pertinents. Le second article rapporte les résultats empiriques d'une étude visant à établir l'efficacité d'un nouveau programme de traitement. Au moment du dépôt de cette thèse, le premier article a été accepté pour publication alors que le second a été soumis pour publication au mois de juin 1997.

Le premier article intitulé "Le rôle de l'estime de soi dans l'adaptation psychosociale de personnes schizophrènes" a été accepté pour publication par La Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire (sous presse).

Le deuxième article s'intitulant "Efficacy of a self-esteem module for chronic schizophrenic patients" a été soumis pour publication à la revue Journal of Consulting and Clinical Psychology au mois de juin 1997.

Cette formule de thèse par articles a été formellement autorisée par Fernand Roberge, vice-doyen de la Faculté des Arts et de Sciences et par Franco Leporé, directeur du département de psychologie.

Cette thèse offre d'abord un court sommaire présentant l'ensemble du programme de recherche, suivi par une introduction situant le contexte social et scientifique dans lequel s'inscrit cette recherche. Les deux articles sont ensuite présentés dans leur intégralité. A titre de conclusion, cette thèse présente une discussion critique des résultats obtenus et des retombées possibles pour la recherche et la réadaptation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie.

Sommaire

L'objectif général de cette étude est de développer et de mesurer l'efficacité d'une nouvelle stratégie de réadaptation psychosociale visant l'augmentation de l'estime de soi pour les personnes atteintes de schizophrénie. Dans un premier temps, cette thèse s'intéresse aux études d'efficacité de programmes de réadaptation psychosociale afin de déterminer les éléments pouvant faciliter l'utilisation de stratégies adaptatives par les personnes atteintes de schizophrénie. L'estime de soi et le sentiment de compétence personnelle se dégagent comme des variables importantes mais pourtant négligées à ce jour. Un regard plus approfondi sur l'estime de soi, ses composantes ainsi que son impact dans la schizophrénie souligne l'importance de créer un module visant l'augmentation de l'estime de soi pour les personnes atteintes de schizophrénie chronique. Dans un deuxième temps, cette thèse vise à vérifier l'efficacité du module conçu sur l'estime de soi ainsi que son impact sur les personnes souffrant de schizophrénie au niveau des variables d'ordre psychosociale, symptomatologique et neurocognitive.

L'étude suit un plan expérimental à mesures répétées, avec groupe témoin. L'échantillon se compose de 95 personnes schizophrènes recrutées dans les unités de réadaptation, de longue durée, de courte durée et les cliniques externes de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Une partie de l'échantillon provient aussi d'unités de vie de l'Institut Philippe Pinel. Une répartition aléatoire a déterminé quels sujets participeraient au module de 12 semaines visant l'augmentation de l'estime de soi et lesquels continueraient leurs activités régulières.

Tous les sujets ont répondu à une batterie de questionnaires avant le début du module, immédiatement après la fin du module et au suivi de 6 mois. Cette batterie comprenait: L'Échelle d'estime de soi (Vallières et Vallerand, 1990; Rosenberg, 1965), Le Self-esteem test (Steffenhagen/Burns, 1987), L'Indice des Symptômes Psychiatriques (Illfeld, 1976), Le PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale; Kay, Fiszbein et Opler, 1987), Le "Magical Ideation Scale" (Eckblad et Chapman, 1983), L'Échelle des Habiletés de Vie Autonome (Cyr, Toupin et Lesage, 1993; Wallace et Liberman, 1985), L'Échelle de Provisions Sociales (Caron, 1996; Cutrona et Russell, 1987), Le SAM (Stress Appraisal Measure) (Pelchat et Ricard, 1993; Peacock et Wing, 1990), Le "Cybernetic Coping Scale" (Edwards et Baglioni, 1993), La Batterie informatisée d'évaluation de la mémoire Côte-des-Neiges (Chatelois, Pineau, Belleville et al, 1993) et, pour l'attention; Le "Psychlab Software" (Gum & Bub, 1991). Un questionnaire clinique et sociodémographique a été complété à partir des dossiers médicaux. Le "Structured Clinical Interview for DSM-III-R" (SCID; Williams, Gibbon, First et Spitzer, 1992) a été utilisé au prétest pour confirmer le diagnostic. Le consentement a été obtenu par les sujets eux-mêmes ou par leur tuteur ou curateur.

Les sujets sélectionnés pour le module visant l'augmentation de l'estime de soi ont participé à 24 rencontres de groupe, à raison de deux rencontres par semaine pour 12 semaines. D'une durée d'une heure, les rencontres regroupaient 8 personnes souffrant de schizophrénie et deux co-animateurs (dont l'auteure de cette thèse) et portaient, à tour de rôle, sur les cinq composantes de l'estime de soi suivantes: les sentiments de sécurité,

d'identité, d'appartenance, de direction et de compétence. Ce module sur l'estime de soi a été développé pour les fins de cette thèse. S'appuyant sur les travaux de Reasoner (1992), les activités ont été adaptées ou créées pour des personnes souffrant de schizophrénie.

Les résultats des analyses à mesures répétées (Anovas) indiquent que les personnes ayant participé au module démontrent moins de symptômes schizophréniques positifs, qu'elles perçoivent moins le stress comme étant incontrôlable, qu'elles utilisent davantage de stratégies d'adaptation actives et qu'elles sont plus habiles à se déplacer de façon autonome après avoir participé au module comparativement aux sujets du groupe témoin. Sauf pour le déplacement autonome et les délires, les gains ne se sont pas maintenus à six mois. Malgré l'absence de différences significatives sur l'estime de soi, les résultats suggèrent que le module, en tentant de modifier l'estime de soi des individus, a suscité des changements dans la perception du stress et dans le type de stratégie adaptative utilisée. Ces résultats soulèvent certains questionnements quant à la sensibilité des mesures d'estime de soi. Les personnes ayant démontré une hausse d'estime de soi se distinguent des autres sujets selon les critères suivants: ils sont plus jeunes, ils ont connu de moins longs séjours hospitaliers, ils perçoivent recevoir davantage de soutien social, ils réussissent mieux aux tâches de mémoire explicite et proviennent de milieux offrant des possibilités d'amélioration de leur état (choix d'activités, ratio patient-intervenant faible,...). Modifier l'estime de soi des personnes souffrant de schizophrénie par le biais

d'un module de réadaptation semble donc possible, quoiqu'une intervention plus longue et des sessions de rappel seraient à prescrire afin d'assurer un maintien et d'améliorer l'estime de soi chez les individus plus handicapés. De plus, les résultats soulignent le rôle déterminant de l'environnement dans le développement et le maintien de l'estime de soi. Ainsi, une intervention efficace impliquerait aussi de modifier le milieu de la personne schizophrène afin que ce milieu poursuive les objectifs de réadaptation psychosociale, en offrant de la formation et de la supervision aux membres du personnel.

En conclusion, l'estime de soi et de façon plus particulière, le module visant l'augmentation de l'estime de soi, mérite d'être utilisé comme complément aux modules de réadaptation existants, particulièrement auprès de personnes souffrant de schizophrénie vivant en communauté. Pour les personnes résidant en institution, l'intégrer dans le travail de l'unité et s'assurer d'un travail de formation auprès des membres du personnel seraient nécessaires préalablement à l'application du module.

Table des matières

Avant-Propos	iv
Sommaire	vi
Liste des tableaux	xi
Remerciements	xii
Introduction	1
<i>Présentation des articles scientifiques</i>	17
Chapître 1: Le Rôle de l'Estime de Soi dans l'Adaptation Psychosociale de Personnes Schizophrènes	18
Chapître 2: Efficacy of A Self-Esteem Module For Chronic Schizophrenic Patients	56
Discussion	90
Références	99
Appendice A: Les instruments de mesure	xiii
Appendice B: Fiches d'activités du module	xcviii

Liste des tableaux

Article 2	Efficacy of a self-esteem module for chronic schizophrenic patients.
Tableau 1	Self-esteem, psychosocial, symptoms and stress scores for the experimental and control groups at times T ₀ T ₁ T ₂ 84
Tableau 2	Intercorrelations at T ₁ of treatment effect variables 88

Remerciements

En premier lieu, j'aimerais exprimer ma profonde gratitude à ma directrice, Mireille Cyr, qui a su conserver mon enthousiasme pour la recherche par ses encouragements, sa structure, ses conseils judicieux et le partage de ses connaissances scientifiques. Je tiens aussi à remercier chaleureusement mon co-directeur, Alain Lesage, pour sa rigueur, son aide et surtout pour m'avoir initié au domaine de la réadaptation psychiatrique. Cette thèse n'aurait pas été possible sans Claude Leclerc, qui a partagé avec moi toutes les joies et les obstacles de cette croisade doctorale. Claude a été au départ un compagnon d'épée et est devenu aujourd'hui un ami très cher. Merci pour tout.

J'aimerais aussi exprimer ma reconnaissance à tous les membres de notre superbe équipe de recherche, particulièrement Nicole Ricard pour son aide et son engagement, Lise Lachance pour sa précieuse assistance statistique ainsi que Nathalie Chénier et Jean-Marc Miller pour leur excellent travail. Cette thèse a été réalisée grâce à une subvention du FRSQ-CQRS octroyée à Ricard, Cyr, Lesage, Leclerc et Cormier, et aussi grâce aux Fonds FCAR m'ayant offert un soutien financier tout au long de mes études doctorales. Je tiens à remercier toutes les personnes de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, de l'Institut Philippe Pinel, de la Clinique des jeunes adultes, des cliniques externes et du Centre de Recherche Fernand-Séguin ayant contribué à cette recherche

Enfin, je tiens à remercier de tout mon coeur mes parents Conrad et Rachel, mon frère Jocelin, mon compagnon de route Emmanuel, Isabelle et Kirsten ainsi que tou(te)s mes ami(e)s pour leur encouragement, leur soutien, leur compréhension et leur témoignage de fierté.

Introduction

Introduction

La désinstitutionnalisation, et plus récemment les politiques du virage ambulatoire en santé mentale, ont réactivé la quête de stratégies efficaces en réadaptation de personnes atteintes de troubles mentaux graves. Parmi celles-ci, les personnes souffrant de schizophrénie se positionnent de façon particulière devant la réadaptation psychosociale par la chronicité de la maladie et la gravité des handicaps associés. En effet, les personnes souffrant de schizophrénie présentent des déficits et des handicaps, relatifs à leur vulnérabilité biologique accrue aux stressseurs environnementaux. Plusieurs études démontrent qu'une réadaptation efficace et durable doit non seulement promouvoir l'acquisition de certaines habiletés sociales et de vie mais aussi augmenter la motivation personnelle, le sentiment de compétence et l'estime de soi de l'individu. Les limites des études actuelles en réadaptation psychosociale reposent sur un faible maintien des acquis sur une période prolongée ainsi qu'une difficulté de généralisation des acquis aux situations de la vie courante. Ceci peut être dû au fait que ces modules visent l'acquisition d'habiletés et ne travaillent pas directement à l'amélioration de la motivation, du sentiment de compétence personnelle et de l'estime de soi. Une attention particulière portée à l'estime de soi comme variable déterminante dans le processus de réadaptation permettrait deux nouvelles avancées: la réorientation de certaines interventions et la majoration des effets des programmes de réadaptation.

La désinstitutionnalisation

C'est au début des années soixante que le phénomène de désinstitutionnalisation prit son envol au Québec avec comme objectif prioritaire la sortie des personnes des hôpitaux psychiatriques (Bédard, Lazure et Roberts, 1962). Quatre motifs principaux influencèrent cette décision (Cardinal, 1997). En premier lieu, la désinstitutionnalisation repose sur des motifs humanitaires en mettant l'accent sur les droits et liberté des individus et en humanisant les soins en santé mentale (Garant, 1985). Suite aux études américaines démontrant les effets néfastes de la vie en institution tels que la névrose institutionnelle, caractérisée par l'indifférence, l'apathie, l'absence de motivation et la chronicisation (Barton, 1959) et au Québec l'émoi public suscité par la publication du livre de Pagé (1961) "Les fous crient au secours" post-facé par Camil Laurin, des motifs thérapeutiques appuient le mouvement de désinstitutionnalisation. Le motif économique est aussi présent pour justifier politiquement la fermeture de lits en institution. La prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux graves par leur famille ou même l'hébergement en foyers spécialisés représentaient des économies substantielles pour l'État (Bédard et al, 1962). Finalement, l'arrivée de nouvelles méthodes thérapeutiques, tels les psychotropes dans les années 1950, et une confiance accrue dans le pouvoir curatif des psychiatres furent les derniers motifs justifiant le mouvement de désinstitutionnalisation (Lecomte, 1988).

La majorité des personnes souffrant de schizophrénie sont maintenant traitées hors de l'hôpital (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1997). Toutefois, l'absence de

programmes systématiques de réintégration à la communauté et l'insuffisance des ressources communautaires instaurées entraînent des conséquences sociales et économiques parfois néfastes pour les patients psychiatriques. Parmi celles-ci, l'on retrouve le phénomène de la porte tournante où le patient retourne continuellement à l'hôpital à chaque rechute jusqu'à la stabilisation de son état (Dorvil, 1987). Une autre conséquence sociale consiste à la détresse associée au fardeau des familles hébergeant un parent psychotique (St-Onge, Lavoie et Cormier, 1995). Les moins nantis parmi les personnes souffrant de troubles mentaux graves n'ont d'autres recours que l'itinérance, la toxicomanie voire même la criminalité (Cardinal, 1995; Garant, 1985; Hodgins et Côté, 1993). Hors de l'hôpital, le seul suivi soutenu était souvent d'ordre pharmacologique (Boudreau, 1984). Les réhospitalisations fréquentes et le recours majoritaire des patients à l'aide sociale occasionnèrent des coûts substantiels à l'État (Cardinal, 1997). Les enjeux économiques et sociaux liés à cet échec relatif de la désinstitutionnalisation et les coupures budgétaires récentes dans les soins de la santé ont mené à une réforme en santé mentale. Elle se situe dans le cadre plus large d'une réforme des services de santé, nommée virage ambulatoire, définie comme: "Le développement et la mise en place de nouvelles techniques d'intervention et de divers programmes de soins au sein même de la communauté permettant la résolution rapide et efficace de problèmes de santé physiques ou psychologiques de façon à éviter des hospitalisations ou d'en limiter la durée" (Beaudry, 1996).

Cette nouvelle réforme suscite un besoin pressant d'élaborer et d'appliquer des programmes de réadaptation efficaces en santé mentale. Cet intérêt accru pour la création et l'évaluation de nouveaux programmes de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves, tel la schizophrénie, débuta aux États-Unis dès le début des années '80. Plusieurs études ont déjà démontré l'efficacité de programmes tels que le soutien aux familles, l'éducation sur la médication, l'entraînement aux habiletés sociales et la réadaptation vocationnelle (Dilk et Bond, 1996; Hogarty, Anderson, Reiss, Kornblith, et al., 1991).

Programmes de réadaptation:

La création de programmes efficaces en réadaptation psychiatrique implique une connaissance de la maladie mentale et de ses effets. Parmi les troubles mentaux graves, la schizophrénie, qui touche 1% de la population, suscite une attention particulière étant donné la relative instabilité de la maladie malgré le traitement médicamenteux et les nombreux déficits et handicaps associés. La schizophrénie est caractérisée par des symptômes psychotiques marqués, tels que les délires et les hallucinations, des troubles apparents de la pensée, du discours et du comportement. Sont nommés déficits et handicaps les conséquences de la maladie n'ayant pas trait aux manifestations symptomatiques, tels que les troubles cognitifs, les troubles d'adaptation, la perte ou l'absence de certaines habiletés sociales, le chômage, la pauvreté, l'itinérance et la discrimination (Anthony, 1993). Le modèle vulnérabilité-stress proposé par Zubin et Spring (1977) apporta une meilleure compréhension des processus héréditaires et

psychosociaux interagissant dans la schizophrénie. Selon ce modèle, l'héritage génétique et les dysfonctions cérébrales présents dans la schizophrénie créent une vulnérabilité accrue au stress suscitant l'apparition de symptômes psychotiques. Cette vulnérabilité et son résultat symptomatologique nuit aux capacités d'adaptation et au fonctionnement social (Nicholson et Neufeld, 1992). Anthony et Liberman (1986) ajoutèrent au modèle une description de facteurs protecteurs pouvant atténuer la vulnérabilité au stress et ainsi favoriser la réadaptation psychosociale. Selon eux, la prise de médication antipsychotique suivie et régulière, le soutien social, les programmes de réintégration à la communauté et l'acquisition d'habiletés augmentent les capacités adaptatives de l'individu et diminuent ainsi les déficits, handicaps et manifestations associées à la schizophrénie. Les programmes de réadaptation conçus et appliqués suivent majoritairement le modèle de vulnérabilité-stress et ciblent leurs interventions plus particulièrement sur l'un ou l'autre de ces facteurs protecteurs.

Ainsi, les tendances en réadaptation psychiatrique peuvent être classées en 4 catégories: 1) approches centrées sur l'acquisition d'habiletés, 2) approches centrées sur l'intégration aux milieux de vie et de travail, 3) approches auprès des familles et, 4) approche visant la remédiation cognitive.

1) Acquisition d'habiletés: L'acquisition d'habiletés est considérée comme une composante essentielle à la réadaptation de personnes souffrant de schizophrénie depuis déjà 20 ans aux États-Unis (Dilk et Bond, 1996). Cette approche vise à enseigner aux

personnes souffrant de schizophrénie les habiletés nécessaires pour fonctionner dans la communauté en tenant compte des déficits et handicaps liés à la maladie. La plupart des modules élaborés et testés reposent sur des techniques et principes comportementaux. Ainsi, l'on retrouve des modules d'enseignement à la prise de médication afin de favoriser le maintien du traitement et un recours aux consultations médicales lorsqu'apparaissent des effets secondaires gênants (Eckman, Wirshing, Marder, Liberman, Johnston-Cronk, Zimmerman et Mintz, 1992; Liberman, Falloon et Wallace, 1984). Il existe aussi des modules concernant le contrôle et la connaissance des manifestations de symptômes psychotiques (Corrigan et Storzbach, 1993; Tarell, 1989). Concernant les habiletés de vie, les modules enseignent aussi bien l'hygiène personnelle, la propreté de la demeure, l'utilisation du transport en commun que la cuisson et l'achat d'aliments (Wallace, Boone, Donahoe et Foy, 1985). La résolution de problème a aussi bénéficié de nombreux modules (Bellack, Morrison et Mueser, 1989; Bellack, Sayers, Mueser et Benett, 1994; Liberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman et Massel, 1986). L'entraînement aux habiletés sociales demeure toutefois la catégorie ayant été la plus étudiée (Bellack et Mueser, 1993; Dilk et Bond, 1996). Ces modules servent à enseigner comment interagir dans certaines situations en utilisant des jeux de rôles et des projections audiovisuelles (Bellack, 1986; Liberman, 1985; Mann et al., 1993). L'intérêt marqué pour l'entraînement aux habiletés sociales émane en partie de la prémisse que non seulement ces habiletés permettent de mieux fonctionner socialement mais qu'elles créent aussi un sentiment de compétence généralisée qui diminue la vulnérabilité au stress en augmentant les capacités adaptatives (coping) de l'individu (Liberman et al., 1986; 1994). Les études d'efficacité

de ces modules démontrent qu'une acquisition de ces habiletés est possible. Toutefois, plusieurs études décrivent une perte considérable des acquis aux suivis d'un an ou plus et peu d'études démontrent une généralisation des comportements appris aux situations de la vie quotidienne (Dilk et Bond, 1996).

2) Intégration aux milieux de vie et de travail: Des programmes ont également été conçus afin d'aider le client à choisir le milieu de vie qui lui convient le mieux. Ces programmes ne comportent pas de modules comportementaux mais reposent davantage sur une philosophie où les personnes souffrant de schizophrénie sont considérées des citoyens et des locataires, au même titre que tout autre personne. Ainsi, les "Supported Housing Programs" tentent de modifier le milieu afin qu'il corresponde au stade d'autonomie, aux besoins et aux préférences du client (Carling, 1990). Les programmes de réadaptation vocationnelle fonctionnent de façon similaire. Le milieu de travail du patient est choisi selon ses capacités et ses intérêts (Cochrane, Goering et Rogers, 1991). Ce type d'approche vise à diminuer la stigmatisation liée à la maladie afin de faciliter l'intégration à la communauté. Quoique les tenants de cette approche affirment améliorer considérablement la réadaptation de l'individu, seuls quelques études d'efficacité ont été conduites pour appuyer ce postulat, tant pour l'intégration au milieu de vie (Ridgway et Zipple, 1990) que pour la réadaptation vocationnelle (Bond et Boyer, 1988).

3) Approches familiales. Plusieurs recherches ont démontré l'existence de liens entre le taux de rechute d'une personne atteinte de schizophrénie et le niveau de tension émotionnelle

exprimée dans la demeure familiale (Goldstein, 1988; Leff et Vaughn, 1985). Ces programmes visent à offrir du soutien, de l'information sur la maladie ainsi que des stratégies afin de gérer les tensions et difficultés rencontrées en demeurant avec un parent souffrant de schizophrénie. L'efficacité de ces programmes est excellente auprès des familles demeurant intéressées au bien-être de leur proche souffrant de schizophrénie (Halford et Hayes, 1991; Hogarty et al., 1991).

4) Remédiation cognitive: Plus récents, ces programmes visent à travailler directement sur les déficits cognitifs présents dans la schizophrénie tels les troubles d'attention, de mémoire et d'intégration de l'information (Brenner, Hodel, Roder et Corrigan, 1992; Liberman et Green, 1992). Quoique peu d'études d'efficacité existent encore, les résultats semblent prometteurs (Green, 1993).

Certaines méta-analyses ont démontré l'efficacité de ces différentes stratégies de réadaptation en ce qui concerne la diminution de la symptomatologie et la réduction du nombre de rechutes en institution (Benton et Schroeder, 1990; Corrigan, 1991; Dilk et Bond, 1996). Toutefois, certaines limites ont été notées concernant le maintien dans le temps et la généralisation des acquis (Dilk et Bond, 1993). Hogarty et ses collègues (1991) ainsi que Halford et Hayes (1991) suggèrent que la perte des acquis ainsi que l'absence de généralisation aux situations de la vie quotidienne pourraient être liées à l'absence d'encouragement et de stimulation de l'environnement entraînant ainsi une baisse de motivation chez la personne schizophrène à exercer les nouveaux comportements.

Plusieurs études semblent converger en ce qui concerne l'importance de la motivation, du sentiment de compétence et de l'estime de soi comme prédicteurs de l'acquisition et du maintien de stratégies adaptatives (Benton et Shroeder, 1990; Liberman et al., 1986, 1994; MacCarthy, Benson et Brewin, 1986; Tarell, 1989).

L'absence de motivation à participer aux activités ou programmes offerts demeure un problème fréquemment rencontré lors de la réadaptation des personnes souffrant de schizophrénie. Une faible motivation constitue un des symptômes négatifs de la schizophrénie et se retrouve également comme caractéristique de la névrose institutionnelle (Barton, 1959). Quoiqu'inhérente à la schizophrénie, plusieurs efforts sont dirigés vers l'augmentation de la motivation du patient à se porter mieux et à s'intégrer à la communauté. Le renforcement positif, même monétaire, s'est avéré insuffisant pour modifier la motivation à une tâche cognitive des personnes souffrant de schizophrénie (Green, Satz, Ganzell et Vaclav, 1992). A l'opposé, les tenants de la politique d'économie de jetons décrivent augmenter la motivation des personnes souffrant de schizophrénie grâce à cette technique (Elder, Liberman, Rapport et Rust, 1982; Paul et Lentz, 1977). Toutefois, une motivation au gain doit être distinguée d'une motivation intrinsèque à l'apprentissage ou à l'amélioration de son état. Par ailleurs, de multiples études démontrent que l'estime de soi d'un individu prédit sa motivation à la performance (Subbotsky, 1995; Washull et Kernis, 1996; Winick, 1995). Le rôle accordé implicitement à l'estime de soi dans la réadaptation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie nous amènent à nous questionner sur la nature exacte du concept.

Définitions de l'estime de soi:

L'estime de soi réfère essentiellement à l'auto-appréciation persistante de sa personne (Reasoner, 1992). Toutefois, les définitions diffèrent selon le modèle théorique préconisé. William James (1890) fut le premier à introduire dans la littérature l'estime de soi comme inhérent au concept de soi. Il identifia quatre composantes du soi: le soi physique, le soi social, le soi cognitif et le soi spirituel. Dans son modèle, l'estime de soi fait partie du soi social et résulte de l'équation: succès ÷ prétentions; où les succès représentent les accomplissements réels et les prétentions correspondent à l'idéal subjectif de ce que le soi devrait être. Selon Adler (1969), la motivation d'agir provient du besoin, en partie inconscient, d'atteindre une position de supériorité ou du moins de protéger le niveau d'estime de soi acquis. Il conçoit l'estime de soi comme un processus continuellement en évolution qui comprend la totalité de nos perceptions sur nous-mêmes à chaque moment. Brandon (1969) décrit simplement l'estime de soi comme l'intégration de la confiance en soi et le respect de soi, donc de la conviction qu'une personne se trouve compétente pour vivre et mérite vivre. Pour sa part, Briggs (1970) définit l'estime de soi par la somme des sentiments que l'on porte envers soi-même, incluant le respect de soi et la valeur personnelle. Ces sentiments proviennent de la croyance que la personne est digne d'amour, qu'elle a quelque chose à offrir aux autres et qu'elle est compétente dans la gestion de sa personne et de son environnement. Selon Clemen et Bean (1981), l'estime de soi résulterait de la satisfaction ressentie lorsque les besoins individuels sont satisfaits. Finalement, Bednar, Wells et Peterson (1989) conçoivent l'estime de soi comme un processus interne d'auto-évaluations positives ou négatives provenant de l'observation de

soi lorsque confronté à une menace psychologique. La construction de l'estime de soi survient lorsque l'individu utilise des stratégies d'adaptation active, plutôt que passive, pour contrer la menace. Il ne faut pas confondre une bonne estime de soi et une survalorisation du soi tel que présent dans le trouble narcissique. Chez le narcissique, le soi est gonflé et représenté défensivement comme omnipotent et grandiose, masquant en réalité une estime de soi faible (Johnson, 1994). La plupart des auteurs mentionnés décrivent l'estime de soi en termes d'auto-évaluation ou d'appréciation de soi. Dans le cadre de cette thèse, nous avons plutôt choisi de nous référer à la définition qui semble inclure plusieurs dimensions de l'estime de soi, tant développementales, évaluatives que comportementales, soit la définition de Bednar, Wells et Peterson (1989).

Paradoxe de l'estime de soi comme cible thérapeutique

Alors que l'estime de soi semble une variable déterminante dans la réadaptation des personnes souffrant de schizophrénie, comment se fait-il qu'on ne la retrouve qu'à titre de résultante des modules existants? En effet, le concept sous-jacent à plusieurs modules de réadaptation, notamment ceux axés sur l'acquisition d'habiletés, provient de la théorie de Bandura (1977) où l'augmentation du nombre d'accomplissements concrets accroît la perception de sa compétence et conséquemment de l'estime de soi. Pourtant, le développement d'une bonne estime de soi, peu importe la définition retenue, semble exiger davantage qu'un simple apprentissage de certaines tâches.

Une des raisons pouvant expliquer les réserves à travailler directement sur l'estime de soi à titre de cible thérapeutique provient de la nature même du concept. L'estime de soi fait référence à l'expérience subjective d'une personne, voire à un trait de personnalité, et est donc plus difficile à mesurer et à modifier qu'une habileté comportementale. En fait, une étude récente portant sur la génétique de jumeaux démontre que l'estime de soi serait un trait partiellement héréditaire, quoique très influencé par des facteurs environnementaux (Roy, Neale et Kendler, 1995).

De plus, certains trouvent ambitieux de travailler l'estime de soi chez des personnes dont la maladie est caractérisé par la modification, voire la fragmentation du soi. Toutefois, chez l'individu souffrant de schizophrénie, le soi n'est pas endommagé en sa totalité. Winnicott (1965) décrit chez la personne schizophrène la présence d'un "vrai soi" demeuré intact malgré la maladie et qui est protégé par un "faux soi" défensif et d'apparence mésadaptée. Travailler l'estime de soi implique faire appel au soi sain et protégé ainsi qu'au soi mésadapté mais sensible aux évaluations externes reflétées (Greenberg et Mitchell, 1983). Dans ce sens, Estroff (1989) ainsi que McGowan (1991) stipulent qu'il est possible d'augmenter certaines composantes de l'estime de soi chez des personnes souffrant de schizophrénie par le biais d'un traitement mettant l'emphase sur l'identité de la personne comme une identité distincte de la maladie (ex: "J'ai une maladie mentale" au lieu de "Je suis schizophrène").

Il semble important de se questionner sur la place qu'occupe l'estime de soi dans la schizophrénie et sur l'impact possible d'une intervention ciblée sur l'augmentation de l'estime de soi.

Objectifs du programme de recherche:

Dans un premier temps, cette recherche vise à positionner le rôle de l'estime de soi dans la réadaptation des personnes souffrant de schizophrénie. De façon plus précise, cette étude vise à démontrer la pertinence de considérer l'estime de soi comme une variable d'assise dans la réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie. Une revue détaillée des études d'efficacité des programmes de réadaptation existants ainsi qu'une attention portée aux causes et conséquences d'une faible estime de soi chez les personnes souffrant de schizophrénie permettront d'établir les composantes essentielles à l'augmentation de l'estime de soi. Une conceptualisation d'un module d'estime de soi et son impact potentiel dans la réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie seront présentées.

Dans un deuxième temps, cette recherche tentera de vérifier l'efficacité d'un module visant à augmenter l'estime de soi, élaboré pour cette étude. Ce module est une adaptation de celui de Reasoner: "Building Self-Esteem", originalement conçu pour des enfants et adolescents en contexte scolaire. Plusieurs raisons ont influencé notre choix. En premier lieu, il n'existe pas de modules structurés visant l'augmentation de l'estime de soi des personnes atteintes de schizophrénie. Dans ce contexte, il nous est apparu approprié de considérer le module de Reasoner qui intègre les principales dimensions de l'estime de soi,

soit les sentiments de sécurité, d'identité, d'appartenance, de direction et de compétence, ainsi que les mécanismes environnementaux et relationnels de rétroaction qui contribuent au développement et au maintien de l'estime de soi. De plus, ce module s'inscrit dans la tendance actuelle en réadaptation psychiatrique qui accorde de plus en plus d'importance aux aspects psycho-éducatifs et relationnels dans l'élaboration de programmes et modules. En second lieu, une étude prospective de 1984 à 1987 auprès de 3000 étudiants révèle que les jeunes ayant suivi le module de Reasoner ont démontré: une augmentation de l'initiative et de l'intérêt, une meilleure perception d'eux-mêmes, une plus grande participation aux activités de collaboration, une diminution des problèmes sociaux et de discipline, une plus grande motivation en classe et une amélioration marquée des résultats académiques (Reasoner, 1992). D'autres études, menées par les départements d'éducation, dans différentes écoles américaines ont donné des résultats similaires. Finalement, les résultats positifs obtenus auprès de jeunes psychotiques à l'hôpital Rivière des Prairies ayant suivi ce module (n'ayant pas fait l'objet d'étude précise), permettent de supposer que le programme de Reasoner, adapté pour des personnes souffrant de schizophrénie, pourrait augmenter l'estime de soi chez cette population et provoquer ainsi des changements significatifs dans différentes sphères de leur vie.

Cette thèse s'inscrit dans la perspective qu'un module d'estime de soi adapté pour des personnes atteintes de schizophrénie chronique, pourrait améliorer le bien-être individuel et faciliter une meilleure réadaptation psychosociale. De surcroît, nous tenterons de démontrer qu'une intervention sur l'estime de soi pourrait non seulement induire une

amélioration de l'expérience subjective chez les personnes souffrant de schizophrénie mais résulterait aussi en une augmentation des capacités adaptatives face aux stressseurs et en une diminution de la symptomatologie. Un tel module pourrait servir de catalyseur aux programmes de réadaptation existants en créant un sentiment de compétence et une motivation nécessaires à leur maintien et généralisation.

Socialement, cette recherche poursuit la philosophie du virage ambulatoire en ciblant une intervention favorisant la réadaptation des personnes souffrant de schizophrénie chronique. Cette recherche est novatrice par son intervention sur un trait inhérent à l'individu plutôt qu'un comportement, et par l'évaluation du module auprès d'individus avec des degrés d'handicap variés. Bien qu'il existe une nouvelle tendance en réadaptation psychiatrique s'intéressant aux besoins individuels des patients (Shepherd, 1990), cette étude crée un précédent en ciblant une intervention afin d'améliorer l'expérience subjective des personnes souffrant de schizophrénie. De plus, peu d'études ont été documentées récemment en ce qui concerne l'efficacité de stratégies de réadaptation auprès des individus avec des handicaps très graves. Ultimement, cette recherche vise à proposer une nouvelle tangente dans la réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie, soit s'intéresser davantage aux variables subjectives et intrinsèques à la personne tel que l'estime de soi et la compétence comme prédicteurs substantiels de la réadaptation psychosociale.

Présentation des articles scientifiques

Chapitre 1

Premier article

**Le Rôle de l'Estime de Soi dans l'Adaptation Psychosociale
de Personnes Schizophrènes**

Running head: ESTIME DE SOI ET ADAPTATION

Le Rôle de l'Estime de Soi dans l'Adaptation Psychosociale

de Personnes Schizophrènes

Tania Lecomte et Mireille Cyr

Département de psychologie

Université de Montréal

Alain D. Lesage

Centre de Recherche Fernand Séguin

Hôpital Louis-H. Lafontaine

La première auteure est titulaire d'une bourse d'études doctorales du FCAR. Les demandes de tirés à part doivent être adressées à Mireille Cyr, Département de Psychologie, Université de Montréal, [REDACTED]

[REDACTED]

Abstract

Research on the efficacy of readaptation programs for people with schizophrenia have shown that gains are often not kept over long periods of time and that many behaviors do not generalize to other situations. Most psychosocial readaptation programs suppose that the acquisition of skills increases the sense of competence and the overall self-esteem of the person which in turn helps the generalization and maintenance in time of the acquired skills. We propose to reconsider self-esteem as a basic variable in the rehabilitation of people suffering from schizophrenia and not only as a possible result of a skills program.

Self-esteem has been defined as being "the experience of being capable of managing life's challenges and feeling worthy of happiness" and is build on the consolidation of five components: a sense of security, identity, belonging, purpose and competence (Reasoner, 1992). The sense of security is defined as the feeling of being protected, of being capable to trust others, of being able to predict or anticipate events based on past experience, of knowing one's limits and of knowing how to act in one's environment. The sense of identity refers to self-perception, to the capacity to self-observe and to know one's self. The sense of belonging consists of the importance of feeling similar to others in certain ways, of having the impression of being part of a group of unique individuals with some points in common. The sense of purpose is defined by the capacity to set goals based on personal aspirations and to be able to adequately solve problems. The sense of competence comes from the belief that one is

capable of reaching his goals, of overcoming problems and of succeeding in his personal ventures. This implies the ability to identify options, to make wise choices, to use problem solving techniques and to actively make use of the available resources.

Different studies have demonstrated that people suffering from schizophrenia have a significantly lower self-esteem than the general population. All five components are affected by the deficits, handicaps, stigma and institutionalization associated with the illness of schizophrenia. For instance, the sense of security is damaged by the fact that the individual is taken away from his normal environment, often by his family. The individual has to deal with the social stigma associated with the illness leading to a marginal life and fear from others. The ambivalent attitude and fear of the population towards mental illness also affects the sense of security. The sense of identity is troubled with the first psychotic episode and the diagnostic of schizophrenia. During acute psychotic episodes, the person goes through a disidentification of the self with a lack of differentiation between self and others, thoughts and emotions, etc...

Schizophrenia is an illness of the "I am" which redefines the identity of the person and where chronicity is perceived as a loss of the self. With the establishment of the illness, there is also a modification of the sense of belonging marked by the loss of valued roles such as work, studies and there also appears a certain withdrawal from family and friends. The role subsisting is the role of the "ill", which increases a sense of learned helplessness and dependency on others. Institutionalisation has been harmful for the individual's self-esteem in many ways. For example, the sense of purpose has

been affected by the routines, imposed tasks, orders to follow... basically the way the institution would "take charge" of the patient. Institutional neurosis is characterised by a lack of initiative and motivation, apathy and a general lack of interest. Many individuals suffering from schizophrenia and who have been hospitalized for more than ten years suffer from institutional neurosis. Though the institutional ways have changed in the past years, it is still a protected, ritualized and structured environment which doesn't always encourage motivation and initiative. The symptoms and manifestations associated with the illness of schizophrenia alter the sense of competence and therefore the person's self-esteem. In fact, many cognitive deficits come with the illness, like: attention deficits, memory problems, difficulties in integrating and processing information or transposing the information to another situations. With the illness, often follows deficits in social skills and independent living skills. Many individuals suffering from schizophrenia are aware of these handicaps and feel even more diminished and incompetent. These factors that I have just mentioned help create: a greater tendency for depression, a lack of motivation, a tendency to use isolation and avoidance as defense mechanisms, an increase in psychotic symptoms, difficulties in coping and managing stress or an increased fear for all novel situations.

Existing rehabilitation programs do not pay specific attention to self-esteem and its components. These programs concentrate on the sense of purpose and competence, but may neglect the sense of security, identity and belonging. The causes and effects of a poor self-esteem in individuals with schizophrenia justify the need for a

module or program designed to increase self-esteem by specifically tackling the five dimensions of security, identity, belonging, purpose and competence. Such a program or module would be an efficient adjunct to the existing rehabilitation programs by increasing the person's motivation, sense of empowerment and self-determination. Such a program should also be in keeping with the "Recovery vision" of W.A. Anthony, where rehabilitation concerns the individual as well as the environment. A self-esteem program requires the involvement of the hospital staff (for long-stay inpatients) or the significant others or family members (if the person resides in the community). By encouraging initiative, having a positive attitude, offering possibilities to achieve certain goals and by giving constructive and non disparaging feedback, the social environment of the people suffering from schizophrenia can greatly contribute at the consolidation of their self-esteem. Research and rehabilitation perspectives are discussed in light of this model.

Résumé

Les recherches évaluant les programmes de réadaptation pour les personnes souffrant de schizophrénie présentent des résultats souvent contradictoires concernant leur efficacité. Ces programmes présupposent que l'acquisition d'habiletés entraîne une augmentation du sentiment de compétence et d'estime de soi, d'où une généralisation et un maintien des comportements acquis. Cette prémisse est remise en question. Nous proposons de reconsidérer l'estime de soi comme une variable d'assise dans la réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie et non seulement comme une résultante de programmes d'habiletés. L'estime de soi se développe par la consolidation de cinq composantes, soit les sentiments de: sécurité, identité, appartenance, direction et compétence. Chacune de ces composantes est atteinte différemment par les déficits, handicaps et stigmates associés à la schizophrénie. Les causes et les effets d'une faible estime de soi chez les personnes souffrant de schizophrénie sont multiples et justifient la mise sur pied d'un programme visant directement l'augmentation de l'estime de soi. Des perspectives de recherche et de réadaptation sont discutées à la lumière de ce postulat.

Le Rôle de l'Estime de Soi dans l'Adaptation Psychosociale de Personnes Schizophrènes

L'intérêt grandissant pour la réadaptation psychiatrique a obligé les intervenants et les chercheurs à s'interroger sur la direction que devrait prendre celle-ci. Selon Anthony et Liberman (1986) le but global de la réadaptation est de permettre à la personne souffrant d'un trouble psychiatrique, comme la schizophrénie, de composer avec les exigences physiques, émotionnelles, sociales et intellectuelles nécessaires afin de vivre, apprendre et travailler dans la communauté en requérant le moins de soutien possible des membres du corps professionnel. Afin d'atteindre ce but, les capacités d'adaptation des patients deviennent primordiales pour composer avec de nouveaux milieux de vie et de nouveaux défis. A cet égard, nous tenterons de démontrer l'influence de l'estime de soi sur les capacités d'adaptation des personnes souffrant de schizophrénie et l'importance de tenir compte de cette variable trop souvent omise des programmes de réadaptation. Suite à une brève revue des modèles théoriques et pratiques de la réadaptation ainsi que de l'efficacité des programmes de réadaptation, cet article abordera l'importance de reconsidérer l'estime de soi, sa définition, ses composantes et situera l'estime de soi dans le contexte de la schizophrénie, et de la réadaptation. Finalement, nous aborderons les développements futurs de ce domaine de recherche et de réadaptation.

Réadaptation et schizophrénie

Différents modèles théoriques et d'intervention ont découlé des efforts de la recherche empirique en réadaptation psychiatrique. Deux tendances principales se dessinent: les modèles portant sur l'individu et ceux portant sur le milieu. Les premiers permettent d'expliquer l'apparition des symptômes, l'évolution de la schizophrénie et les incapacités et déficits qui en résultent. Ces modèles portant sur l'individu indiquent aussi les apprentissages nécessaires à la réadaptation. Les modèles portant sur le milieu, mettent l'emphase sur l'importance d'adapter le milieu aux besoins de l'individu.

La première tendance, représentée par le modèle de vulnérabilité-stress (Zubin & Spring, 1977), a suscité beaucoup d'intérêt. Ce modèle permet de rendre compte de multiples dimensions dont celles biologiques, psychologiques, comportementales et environnementales. Sur la base de résultats empiriques, plusieurs chercheurs s'entendent pour reconnaître l'impact des déficits et perturbations liés à la maladie entraînant des handicaps sociaux. Par exemple, Wing et Morris (1981) proposent trois niveaux conceptuels pour décrire les handicaps retrouvés chez les patients psychiatriques, soit: 1) les déficits dûs à la maladie elle-même (ex.: les symptômes et les répercussions sur la vie de l'individu), 2) les répercussions sociales liées à la maladie (ex.: chômage, pauvreté), 3) les attitudes de l'individu face à la maladie et aux handicaps associés (ex.: faible estime de soi ou faible confiance en soi). Ces attitudes influencent grandement la réadaptation. Plusieurs auteurs (Barham & Hayward, 1991; Hatfield, 1989; Thornicroft & Bebbington, 1989; van den Bosch, van Asma, Rombouts & Louwerens, 1992) soulignent que si l'individu se perçoit comme un

"échec", ou si son milieu lui reflète cette image, le niveau de chronicité risque d'augmenter, et ce, malgré l'absence d'handicaps sociaux. Parallèlement, Liberman (1986) développa un modèle de réhabilitation des troubles mentaux chroniques, inspiré du modèle de l'Organisation Mondiale de la Santé (Wood, 1980), où la pathologie (anomalies du système nerveux) entraîne des perturbations (symptômes positifs et négatifs) qui suscitent à leur tour des déficits (habiletés sociales déficientes) causant ainsi des handicaps sociaux tel le chômage. Dans son modèle, Liberman souligne l'importance de facteurs protecteurs (le soutien social, l'acquisition d'habiletés sociales, les programmes de réinsertion et les médicaments psychotropes) susceptibles d'atténuer les effets de la vulnérabilité au stress et de diminuer l'importance des perturbations, des déficits et des handicaps liés à la schizophrénie. Selon Liberman, les facteurs protecteurs, en particulier l'acquisition d'habiletés, en plus d'offrir une efficacité personnelle, augmentent la compétence, la motivation et l'estime de soi de l'individu.

La deuxième tendance de réadaptation porte sur l'intégration de l'individu à son milieu de vie en adaptant le milieu aux besoins de chaque client. L'on retrouve entre autres, le "Supported Housing Programs" de Carling (1990). Ce programme vise à offrir à chaque client la possibilité de choisir sa demeure dans la communauté au lieu d'être placé dans un milieu résidentiel pour bénéficiaires et d'ainsi détenir le rôle de locataire plutôt que résident ou client. De plus, le client a le choix de ses activités et horaires au lieu de se les voir imposer par le personnel. Le but de ce programme est de

permettre une intégration à un milieu de vie normal et permanent sans avoir vécu dans des milieux transitionnels ou préparatoires. Cette approche, visant à offrir un soutien à l'hébergement centré sur les besoins des usagers, a suscité une certaine controverse quant aux effets attendus. Les chercheurs affirment qu'en se concentrant principalement sur la prise en charge par l'individu ou son pouvoir de décision, tout en minimisant les déficits liés à la maladie, ils arrivent à réduire les désavantages sociaux de la maladie et à augmenter l'estime de soi (Ridgway & Zipple, 1990). Dans cette optique de l'intégration de l'individu au milieu de vie, la réadaptation vocationnelle trouve également sa place. Cette approche comporte différents modèles qui considèrent tous l'importance de choisir des milieux de travail appropriés aux besoins des usagers. Les tenants de cette approche estiment que la réadaptation par le travail permet de développer des habiletés d'adaptation, un sentiment de compétence générale ainsi qu'une meilleure estime de soi (Cochrane, Goering & Rogers, 1991; Lehman, 1995).

Outre les deux grandes tendances mentionnées ci-haut, Anthony (1993) propose un modèle de guérison ("recovery") afin d'orienter la réadaptation tant à un niveau individuel qu'environnemental. La guérison devient un processus unique et personnel de changement de ses propres attitudes, valeurs, sentiments, buts, habiletés et rôles afin d'avoir une vie satisfaisante malgré les contraintes imposées par la maladie. Dans l'optique du modèle de guérison, chaque effort ou service essentiel à la réadaptation est évalué selon qu'il diminue les perturbations, les déficits, les handicaps

ou les désavantages liés à la maladie. De plus, Anthony préconise les interventions qui, non seulement diminuent certains effets négatifs de la maladie, mais qui augmentent aussi l'estime de soi, les capacités d'adaptation, la prise en charge ("empowerment") et l'auto-détermination. En partie inspiré du modèle d'Anthony, un modèle de restructuration des services et du soutien pour les personnes souffrant de maladies mentales ("Community resource base") a été mis de l'avant au Canada. Ce modèle vise autant le développement des ressources communautaires, familiales, organisationnelles et des services en santé mentale que la prise de décision et l'"empowerment" de la personne (Trainor, Pomeroy & Pape, 1993).

L'efficacité des programmes de réadaptation

Pour aider les patients à composer avec les problèmes liés à la maladie et augmenter leur capacité d'adaptation, il existe plusieurs approches dont: la psychothérapie individuelle ou de groupe, la thérapie de milieu, la réadaptation cognitive ainsi que l'entraînement des habiletés sociales et l'intervention familiale (Scott & Dixon, 1995) . Nous nous attarderons particulièrement aux deux dernières qui servent de base à plusieurs programmes basés sur des principes éducationnels et d'apprentissage social (Falloon, Boyd & McGill, 1984; Tarrier, Harwood, Yusopoff & Beckett, 1990; Brown & Munford, 1983; Bellack, Turner, Hersen, & Luber , 1984; Hogarty, Anderson, Reiss, Kornblith, Greenwald, Javna, Madonia & EPICS Research Group, 1986; Liberman , Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman, & Massel, 1986). Ces programmes tentent de réduire les déficits et les perturbations liés à la

schizophrénie afin de remédier aux handicaps sociaux. Ils visent entre autres l'acquisition d'habiletés nécessaires dans la vie quotidienne comme les habiletés sociales, notamment la communication ou les habiletés de résolution de problèmes. D'autres programmes s'appliquent plutôt à l'ensemble de la famille pour en modifier les attitudes et le fonctionnement.

De nombreux efforts ont été investis afin d'évaluer l'efficacité de ces programmes. Benton et Schroeder (1990) ont réalisé une méta-analyse de 27 études portant sur l'entraînement aux habiletés sociales. Seules furent retenues les études qu'ils ont considérées les plus valides au plan de la méthodologie utilisée. Ils concluent que les entraînements aux habiletés sociales permettent l'apprentissage de comportements sociaux adaptatifs, entraînent des apprentissages sociaux durables pouvant se généraliser et permettent une sortie plus rapide de l'hôpital ainsi qu'une diminution du taux de rechutes. Plus récemment, Corrigan (1991) a réalisé une méta-analyse de 73 études portant aussi sur l'entraînement aux habiletés sociales. Il arrive à des conclusions similaires concernant le maintien des acquisitions sur plusieurs mois et la diminution de la symptomatologie.

Bellack et Mueser (1993) ainsi qu'Halford et Hayes (1991) ont également revu les principales études ayant porté sur l'efficacité des programmes d'entraînement aux habiletés sociales et des approches psycho-éducatives familiales. Leurs conclusions sont plus nuancées. Selon ces chercheurs, l'entraînement aux habiletés sociales permet d'apprendre certains comportements et d'acquérir certaines habiletés. Toutefois, la

généralisation de ces comportements et habiletés à des milieux de vie différents n'a pas été démontrée dans la majorité de ces études. Quant aux programmes de psycho-éducation destinés aux familles, inspirés par les études sur les "Expressed Emotions", ils permettent d'améliorer la qualité des relations entre le patient et les membres de sa famille, de diminuer le fardeau familial ainsi que les taux de rechutes des patients.

Des études récentes, où les patients ont été réévalués sur plus d'une année, apportent également un éclairage nuancé sur l'efficacité de ces programmes. Hogarty et ses collaborateurs (1991) ont effectué un suivi sur deux années pour s'assurer de l'efficacité de programmes suivants: un entraînement aux habiletés sociales combiné au maintien de la médication; un traitement familial combiné au maintien de la médication; un programme combinant les trois traitements. Ces trois types de traitement furent comparés au seul suivi médicamenteux. Après deux ans, les effets de l'entraînement aux habiletés sociales tendent à s'estomper et le taux de rechute du groupe de patients ayant participé à ce programme atteint 50%, ce qui est équivalent au groupe ayant seulement le suivi médicamenteux. Seulement 29% des patients qui ont reçu le traitement familial en plus de la médication ont rechuté. Ce pourcentage est légèrement plus élevé que pour les patients qui ont reçu les trois types de traitement, dont seulement 25% ont été réhospitalisés.

Ces résultats sont congruents avec ceux d'autres études qui ont mené un suivi sur une période de deux ans (Leff, Kuipers, Berkowitz & Strugeon, 1985; Tarrier, Barrowclough, Vaughn, Bamrak, Porceddu, Watts & Freeman, 1989). Le risque de

rechute augmente au cours de la deuxième année et peut atteindre de 33% à 50% des participants à des programmes familiaux. Wallace et Liberman (1985) ont démontré que sur deux ans, 50% des participants à des groupes d'entraînement aux habiletés sociales ont rechuté et qu'ils ne se distinguent plus des patients contrôles. Toutefois, Liberman (1994) considère toujours l'acquisition d'habiletés sociales comme un facteur protecteur contre la rechute mais il n'apporte aucune donnée pour appuyer cette affirmation.

Ces résultats indiquent donc qu'il y a généralement une augmentation du risque de rechute après la première année et que les patients demeurent vulnérables à la maladie malgré l'acquisition de nouvelles habiletés sociales. Dans leurs modèles, Wing (1978) et Liberman (1986) décrivaient l'acquisition d'habiletés comme des facteurs protecteurs contre les handicaps sociaux de la schizophrénie. Leurs arguments portaient, entre autres, sur l'hypothèse que l'acquisition d'habiletés augmenterait le sentiment de compétence et favoriserait une meilleure estime de soi. Ainsi, l'on retrouverait une plus grande motivation chez l'individu, visant tant la prise en charge personnelle que l'amélioration du bien-être. Toutefois, ces résultats nous portent à questionner l'impact véritable de l'acquisition d'habiletés, tel qu'enseignée dans ces programmes, sur l'estime de soi et la motivation. McCarthy et collaborateurs (1986) soulignent la faible motivation que manifestent les personnes souffrant de schizophrénie à réaliser des tâches connues ou perçues comme excédant leurs compétences. Dans leurs modèles de réadaptation, Wing et Morris (1981), Liberman

(1986), Carling (1993), Anthony (1993) ainsi que les chercheurs en réadaptation vocationnelle (Cochrane, Goering & Rogers, 1995) s'entendent tous pour accorder un rôle essentiel à l'estime de soi sans toutefois la mesurer dans leurs études. Reconnue comme un aspect important de l'expérience subjective des personnes souffrant de schizophrénie, l'estime de soi n'a toutefois été observée jusqu'à maintenant qu'à titre de résultante de programmes (Brekke, Levin, Wolkon, Sobel & Slade, 1993). Ceci nous porte à reconsidérer l'estime de soi comme une variable d'assise qui non seulement pourrait faciliter l'acquisition d'habiletés d'adaptation mais aussi modifier positivement l'expérience subjective de la personne. En effet, le développement récent des connaissances et des modèles sur l'estime de soi offre un éclairage nouveau et pertinent sur son rôle dans la schizophrénie.

Définitions de l'estime de soi

Plusieurs auteurs (Allport, 1955; Coopersmith, 1967; L'Ecuyer, 1978, 1990; Ziller, 1973) considèrent l'estime de soi comme l'une des composantes majeures du concept de soi. Dans cette perspective, l'estime de soi relève du soi adaptatif décrit par L'Ecuyer (1978) qui comprend la valeur de soi (c'est-à-dire le sentiment de compétence personnelle et de valeur personnelle). Cette valorisation personnelle est basée sur les jugements positifs ou négatifs sur soi issus du système de valeurs personnel ou imposé de l'extérieur. Le rôle adaptatif de l'estime de soi ressort bien dans la définition qui a été retenue par le Conseil des directeurs de l'Association

nationale de l'estime de soi où l'estime de soi est définie comme: "L'expérience d'être capable de gérer les défis de la vie et de se sentir digne de bonheur" (Reasoner, 1992).

Les études en psychologie du développement (Coopersmith, 1967; Bednar, Wells & Peterson, 1989) ont permis d'établir que quatre facteurs principaux favorisent le développement de l'estime de soi, à savoir: 1) la présence d'attitudes positives (ex.: compliment, affection, attention, etc.) envers soi provenant de personnes significatives; 2) la possibilité d'expérimenter des situations de succès; 3) à partir des demandes et des aspirations provenant des personnes significatives, le développement et l'intégration de ses propres critères de succès et d'échec et 4) la capacité de faire face aux rétroactions ("feedback") négatives ou aux critiques d'une façon qui ne dénigre pas le soi.

Dans cette perspective, l'estime de soi est la résultante d'une part, de l'auto-évaluation de la capacité à composer et à faire face aux conflits plutôt que de les éviter et, d'autre part, de la valeur et de l'importance que les autres nous accordent et que l'on reconnaît. Pour cette raison, l'estime de soi acquise dans l'enfance n'est pas statique mais s'inscrit plutôt dans un processus dynamique et cyclique qui est susceptible de se modifier au cours de la vie.

Les composantes de l'estime de soi

Sur la base des connaissances acquises grâce aux recherches sur le développement de l'estime de soi, les chercheurs (Briggs, 1970; Coopersmith, 1967; Gilmore, 1974; Steffenhagen & Burns, 1987) ont étoffé leur compréhension et leur

conceptualisation de cette variable. Ainsi, les composantes essentielles de l'estime de soi ont été définies ainsi que les mécanismes sous-jacents à leur développement ou à leur modification. Ces composantes sont les sentiments de sécurité, d'identité, d'appartenance, de direction et de compétence personnelle. Le sentiment de sécurité est défini comme le sentiment d'être protégé, d'être capable de faire confiance aux autres, de pouvoir prédire ou anticiper des événements à partir d'expériences antérieures, de connaître ses limites et de savoir comment agir dans son environnement. Le sentiment d'identité réfère à la perception de soi, à la capacité de s'auto-observer et de se connaître comme individu. Le sentiment d'appartenance comprend l'importance de se sentir semblables aux autres sur certains aspects, d'avoir l'impression de faire partie d'un groupe d'individus uniques mais ayant des points en commun. Le sentiment de direction se définit par la capacité de se fixer des buts issus des aspirations personnelles ainsi que de résoudre efficacement des problèmes. En ce qui a trait au sentiment de compétence, il provient de la croyance qu'il est possible d'atteindre ses buts, de surmonter les problèmes rencontrés et de réussir dans ses entreprises personnelles. Le sentiment de compétence implique l'habileté d'identifier les options, de faire des choix éclairés, d'utiliser des techniques de résolution de problèmes et d'utiliser activement les ressources (Reasoner, 1992).

Il convient de répondre d'abord aux besoins de base de sécurité, d'identité et d'appartenance afin que l'individu puisse établir des buts réalistes et utiliser ses ressources efficacement. Par la suite, l'atteinte des buts fixés crée un sentiment de

réussite internalisé. Ainsi, le sentiment de sécurité se renforce, le sentiment d'identité se modifie avec la réalisation de nouvelles habiletés, l'individu se sent plus proche des autres suite au soutien qu'il a reçu et il devient plus ouvert à de nouveaux défis, d'où l'augmentation de l'estime de soi.

Plusieurs études ont démontré les liens importants entre l'estime de soi et les capacités adaptatives des individus. Ainsi, une augmentation de l'estime de soi influence toutes les sphères de la vie en permettant d'accroître la productivité personnelle et d'établir de meilleures relations interpersonnelles. Les personnes ayant une bonne estime d'elles-mêmes sont plus aptes à définir des directions et des buts personnels, à clarifier leurs forces et leurs faiblesses, à accepter les conséquences de leurs actions, à avoir un sentiment de pouvoir sur leur vie, à participer à des actions collaboratrices, à créer des relations sociales positives et à donner un sens à leur vie. En outre, une augmentation de l'estime de soi est associée à une diminution de la fréquence et de l'intensité de toute situation considérée comme une menace pour la personne, augmentant ainsi la probabilité d'une stratégie d'adaptation (coping) comme réponse et conséquemment, une auto-évaluation favorable de soi (Bednar, Wells & Peterson, 1989).

Parallèlement, une faible estime de soi est souvent associée à des facteurs de santé mentale tels: une personnalité dysfonctionnelle (Bednar, Wells & Peterson, 1989), de la dépression, de l'anxiété, des niveaux inférieurs de satisfaction de vie, et des états négatifs tels que l'irritabilité, des sentiments de culpabilité et des craintes

morbide de l'échec (Andrews & Whithney, 1976; Bachman, 1970; Campbell, 1981; Carmines, 1978; Frank, 1982; Kaplan & Pokorny; 1969; Luck & Heiss; 1972; May, 1983; Rosenberg, 1965, 1985; Rosenberg & Simmons, 1972).

Estime de soi et schizophrénie

Plusieurs recherches ont démontré que les individus souffrant de schizophrénie présentaient une estime de soi significativement inférieure à la population dite normale (Weinberg, 1967; Grinker & Holzman, 1973; Silverstone, 1991; Boker, Brenner, Wurgler, 1989). Pour certains, puisque la schizophrénie est une maladie définie par la fragmentation et la transformation du soi, l'estime de soi est inévitablement affectée (Estroff, 1989; Greenberg & Mitchell, 1983; Searles, 1965; Winnicott, 1965). Déjà, en 1929, Sullivan (voir Greenberg & Mitchell, 1983) mentionnait la très faible estime de soi retrouvée chez les schizophrènes. Parallèlement, Greenberg et Mitchell (1983), caractérisent la schizophrénie comme un "désastre pour l'estime de soi". Selon Kaney et Bentall (1992), les délires de persécution, retrouvés chez plusieurs personnes souffrant de schizophrénie, seraient une forme de défense contre une faible estime de soi.

Garfield, Rogoff et Steinberg (1987) ainsi que Bers, Blatt, Sayward et Johnston (1993) stipulent que certains aspects de l'estime de soi chez les personnes souffrant de schizophrénie seraient maintenus mais que le sentiment de compétence serait davantage déficitaire. Plusieurs facteurs sembleraient causer ou maintenir une faible estime de soi chez les individus souffrant de schizophrénie. Il nous apparaît

intéressant ici d'examiner ces facteurs, révélés à partir de recherches empiriques, en les présentant selon les cinq composantes de l'estime de soi. En effet, cette analyse permet d'illustrer de quelle façon les cinq composantes de l'estime de soi sont affectées par la schizophrénie.

Le sentiment de sécurité est affecté par le fait que non seulement l'individu est retiré de son milieu de vie, mais ce retrait est souvent effectué par ses proches qui normalement devraient contribuer au renforcement et au maintien de son sentiment de sécurité. De plus, il doit affronter la stigmatisation d'une étiquette sociale l'obligeant à la marginalisation et à la crainte des autres. Selon Estroff (1989), la perte du soi et les désordres associés caractérisant la schizophrénie seraient en partie dûs à l'abandon de ces personnes par la société et à la façon des autres de réagir face à ces derniers.

L'attitude ambivalente et craintive de la population à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux, surtout de troubles psychotiques, affecte le sentiment de sécurité des patients face au monde extérieur. En effet, les attitudes de la population, provenant davantage de stéréotypes que de connaissances, reflètent leurs peurs, leur méfiance et leur hostilité face aux personnes souffrant de schizophrénie (Thornicroft & Bebbington, 1989).

Le sentiment d'identité se trouve bouleversé par la maladie et par l'attribution du diagnostic de trouble mental grave. En effet, lors de périodes psychotiques aiguës, la personne souffrant de schizophrénie vit de façon plus marquée une désidentification du soi se manifestant entre autres par un trouble de différenciation entre les émotions

et les pensées, entre le soi et les autres, etc. (Searles, 1965). La schizophrénie est une maladie du "Je suis" qui redéfinit l'identité de la personne et où la chronicité est perçue comme la perte du soi et de l'identité (Estroff, 1989).

Avec l'établissement de la maladie, s'ensuit une modification du sentiment d'appartenance marquée par la perte des rôles valorisés tels le travail, les études, un retrait de la famille et des liens amicaux; le seul rôle qui subsiste devient alors le rôle du "malade". L'appartenance au groupe de "malades", intégrée ou imposée dans sa perception de soi, se trouve en lien avec une baisse de l'estime de soi, une tendance à la dépendance et à l'impuissance acquise (Taylor & Perkins, 1990). Birchwood, Mason, MacMillan et Healy (1993) trouvent une relation significative entre la faible estime de soi chez les personnes souffrant de schizophrénie, issue du non-contrôle de leur maladie et des handicaps associés, et la prévalence de dépression chez cette population.

L'institutionnalisation a contribué en partie à la perte du sentiment de direction créant une impuissance chez les patients internés et le maintien d'une faible estime d'eux-mêmes. Depuis les années cinquante, de multiples critiques ont été formulées face aux méfaits de traitements prolongés en milieu psychiatrique (Miller, 1985). Barton (1959) décrivait la "névrose institutionnelle" comme une maladie en soit caractérisée par une apathie, un manque d'initiative et une perte d'intérêt marquée. La prise en charge institutionnelle, caractérisée par des routines, des devoirs et des ordres à suivre, a contribué à la perte d'autonomie des patients et au désir marqué des patients

internés depuis plus de dix ans de ne plus sortir de l'hôpital (Thornicroft & Bebbington, 1989). Quoique l'atmosphère institutionnelle ait beaucoup changé depuis, l'environnement protecteur, ritualisé et structuré y régnant toujours, favorise peu la motivation et l'initiative. De plus, le nombre élevé de personnes schizophrènes qui présentent des symptômes négatifs dans les hôpitaux comparé à ceux dans la communauté, rend difficile de séparer les manifestations dûes originellement aux symptômes des effets de l'institutionnalisme ou des neuroleptiques (Soni, Mallik, Reed, & Gaskell, 1992). Les sentiments de direction, de crédibilité personnelle, de prise de décisions, de capacité de choisir, se voient remis en question. Ainsi, le sentiment d'impuissance face à la maladie s'accroît avec l'obligation du séjour hospitalier (Barham & Hayward, 1991). Pour certains, ce n'est pas tant le diagnostic médical qui fut catastrophique pour leur estime d'eux-mêmes mais plutôt l'admission à l'hôpital psychiatrique (Barham & Hayward, 1991).

Les manifestations associées à la schizophrénie elle-même modifient la perception de la compétence personnelle et conséquemment l'estime de soi. En effet, plusieurs déficits cognitifs sont associés à la schizophrénie, tels: des troubles attentionnels et mnésiques, des difficultés à intégrer des informations et à les transposer à d'autres situations, surtout lorsque les informations sont complexes (Eckman, Wirshing, Marder, Liberman, Johnston-Cronk, Zimmermann & Mintz, 1992). De plus, certains déficits neurologiques perceptuels pourraient être liés à la difficulté d'identifier certaines émotions de façon stable (Gaebel & Wolwer, 1992),

surtout les émotions négatives (Bellack, Mueser, Wade, Sayers & Morrison, 1992). Avec la chronicité de la maladie s'ensuivent des déficits marqués au niveau des habiletés sociales et des habiletés de la vie quotidienne. Plusieurs personnes souffrant de schizophrénie sont conscientes de ces handicaps et se sentent davantage diminuées et incompétentes (Barham & Hayward, 1991; Hatfield, 1989; van den Bosch et al., 1992).

En résumé, plusieurs études ont mis en lumière les facteurs agissant de manière différente sur les cinq composantes de l'estime de soi dans la schizophrénie. Ces facteurs, par leurs effets sur l'estime de soi, peuvent entraîner chez la personne souffrant de schizophrénie: une tendance marquée vers la dépression (Birschwood et al., 1993), une faible motivation (souvent confondue avec les symptômes négatifs de la schizophrénie), une tendance à l'isolement comme mécanisme de défense (Bellack, Morrison & Mueser, 1989; van den Bosch et al., 1992; Wiedl, 1992), une augmentation de l'expression des symptômes psychotiques à titre protecteur (Haan, 1977), des difficultés d'adaptation et de gestion du stress, ou une crainte accrue devant toute situation nouvelle (Lazarus & Folkman, 1984).

Estime de soi et réadaptation

L'estime de soi bénéficie de plus en plus d'un rôle important dans la réadaptation psychiatrique. Lorsque l'on considère les causes et les effets d'une faible estime de soi chez les personnes souffrant de schizophrénie, la mise sur pied d'un programme visant directement l'augmentation de l'estime de soi (plus particulièrement

les sentiments d'identité, de sécurité, d'appartenance, de direction et de compétence) pour ces individus semble pertinente. La nécessité d'un tel programme se justifie également par l'analyse des lacunes des programmes existants concernant les composantes de l'estime de soi. Les programmes de réadaptation existants ne visent pas spécifiquement les cinq composantes de l'estime de soi et ne permettent donc pas une véritable consolidation de l'estime de soi. En effet, ces programmes misant sur les capacités de l'individu d'apprendre certaines tâches, habiletés ou la résolution de problèmes, consolident en partie les sentiments de direction et de compétence. Le faible maintien des acquis observé dans certaines recherches suite à ces programmes, pourrait s'expliquer par le fait que les sentiments de sécurité, d'identité et d'appartenance des sujets n'aient pas été consolidés avant de travailler sur les sentiments de direction et de compétence. Parallèlement, Carling propose que son modèle augmente l'estime de soi en permettant aux individus de choisir leur milieu et leurs activités. Ces activités se rapportent donc au sentiment de direction, alors que les sentiments de sécurité et d'identité sont omis. En effet, le modèle d'estime de soi suppose le développement hiérarchique des composantes, auquel les programmes de réadaptation revus ici ne répondent pas.

Par rapport aux grandes tendances en réadaptation, le modèle proposé ici diffère des modèles de Wing et de Liberman où l'estime de soi se développerait suite à l'apprentissage réalisé par la pratique répétée d'habiletés spécifiques. Il diffère aussi du modèle de Carling qui renforce l'estime de soi en minimisant l'impact de la maladie, des

déficits et des handicaps liés à la maladie. Le modèle d'estime de soi s'inscrit toutefois dans celui de guérison d'Anthony qui préconise des programmes de réadaptation comprenant une interaction individu-milieu social et qui vise tant la diminution des déficits, handicaps et désavantages sociaux que l'augmentation de l'estime de soi, des capacités d'adaptation, de la prise en charge ("empowerment") et de l'auto-détermination.

Un programme d'estime de soi, implanté dans un milieu institutionnel psychiatrique, impliquerait, en plus de consolider les cinq composantes de l'estime de soi des individus, d'intégrer les membres du personnel soignant dans le processus. En effet, le personnel contribue largement à la consolidation de l'estime de soi des personnes souffrant de schizophrénie en milieu institutionnel. Ceci est fait de différentes façons: en encourageant leurs initiatives et accomplissements, en présentant des attitudes positives, en donnant la possibilité d'expérimenter des situations de succès et en offrant des rétroactions ("feedback") négatives ou des critiques d'une façon qui ne dénigre pas le soi.

De plus, pour les individus résidant en institution, le personnel constitue une partie importante de leur environnement social. Bien que Carling, Liberman, Wing et Anthony aient tous reconnu l'importance du milieu dans leurs modèles, les programmes existants ont porté davantage sur les individus sans s'occuper simultanément du milieu. D'ailleurs, les programmes où l'on a tenu compte du milieu

(ex. le milieu familial dans l'étude d'Hogarty et al., 1991) ont obtenu de meilleurs résultats que ceux uniquement centrés sur l'individu.

Développements futurs

Ainsi, la pertinence de l'application d'un programme d'estime de soi pour augmenter la compétence et les capacités adaptatives des personnes souffrant de schizophrénie se justifie de plusieurs façons. En effet, les résultats empiriques obtenus auprès de différentes populations ont établi un lien entre l'estime de soi d'un individu et la capacité à gérer sa vie et notamment sa santé mentale (Bednar et al., 1989; Reasoner, 1982; Rosenberg, 1985; Vallières & Vallerand, 1990). De plus, il a été démontré que les processus d'évitement ou d'isolement permettant de maîtriser l'anxiété ont pour conséquence d'entretenir un faible niveau d'estime de soi. En outre, des chercheurs qui ont développé des modèles de réadaptation axés sur l'acquisition d'habiletés perçoivent l'estime de soi et le sentiment d'efficacité personnelle comme des variables influençant l'adaptation tant dans la communauté, qu'au travail et dans les relations interpersonnelles. Ils soulignent que les processus cognitifs et affectifs d'évaluation de soi sont des variables médiatrices ou encore concomitantes de l'effort qui sera ou non fourni et donc conséquemment du résultat qui peut être attendu lors de l'apprentissage d'habiletés spécifiques (Lieberman, 1988; Lazarus & Folkman, 1984).

L'ensemble de ces facteurs nous amène à penser que la mise sur pied d'un programme d'estime de soi serait un atout important dans le processus de réadaptation. En effet, un tel programme devrait permettre au patient: d'augmenter son sentiment de

confiance envers soi et les autres; de se percevoir comme une personne à part entière possédant une valeur personnelle notamment comme une personne ayant des qualités et des ressources malgré les limites imposées par la maladie; et de développer une motivation intrinsèque nécessaire à une vision de soi pouvant atteindre une plus grande maîtrise sur sa santé mentale et son bien-être. Nous croyons qu'une approche de groupe offrant une structure à la fois éducative, cognitive et permettant une ouverture sur soi serait appropriée. Ce programme devrait permettre de consolider de façon séquentielle les cinq composantes de l'estime de soi. Par exemple, afin de développer le sentiment de sécurité, une activité pourrait porter sur la confiance où les participants s'interrogeraient sur l'importance d'être une personne digne de confiance et de pouvoir faire confiance à d'autres. Le sentiment de direction pourrait être consolidé à l'aide de fiches hebdomadaires permettant aux participants de se fixer des buts réalistes à court terme et d'évaluer l'atteinte de ces buts. Un tel programme implique la participation des intervenants principaux lorsque la personne demeure en milieu hospitalier ou des personnes significatives lorsque la personne souffrant de schizophrénie réside dans la communauté. Ces personnes doivent par leurs comportements et attitudes contribuer à la consolidation de l'estime de soi afin de maximiser les acquis.

Ainsi, un programme d'estime de soi implanté préalablement ou conjointement avec d'autres stratégies de réadaptation devrait permettre d'atteindre avec une plus grande efficacité les objectifs poursuivis par les programmes de réadaptation. Des études empiriques sont requises pour mesurer l'efficacité d'un tel programme d'estime

de soi tant au niveau de sa contribution unique en réadaptation qu'au niveau d'une contribution combinée avec d'autres programmes de réadaptation.

Références

- Allport, G.W. (1955). Becoming: Basic considerations for a psychology of personality. New Haven: Yale University Press.
- Andrews, F.M. & Withney, S.B. (1976). Social indicators of well-being. New York: Plenum Press.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, *16*, 11-23.
- Anthony, W.A. & Liberman, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. Schizophrenia Bulletin, *12*, 542-559.
- Bachman, J.G. (1970). Youth in transition: The impact of family background and intelligence on tenth-grade boys, vol.2. Ann Harbor, MI: Institute for social research.
- Barham, P. & Hayward, R. (1991). From the mental patient to the person. London: Routledge.
- Barton, R. (1959). Institutional neurosis. Bristol: John Wright.
- Bednar, R.L., Wells, M.G. & Peterson, S.R. (1989). Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice. Washington: American Psychological Association.
- Bellack, A.S. & Mueser, K.T. (1993). Psychosocial treatment of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, *19*, 317-336.
- Bellack, A.S., Morrison, R.L. & Mueser, K.T. (1989). Social problem solving in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, *15*, 101-116.

Bellack, A.S., Mueser, K.T., Wade, J., Sayers, S. & Morrison, R.L. (1992). The ability of schizophrenics to perceive and cope with negative affect. British Journal of Psychiatry, 160, 473-480.

Bellack, A.S., Turner, S.M., Hersen, M., & Luber, R.F. (1984). An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. Hospital and Community Psychiatry, 35, 1023-1028.

Benton, M.K. & Schroeder, H.E. (1990). Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 741-747.

Bers, S.A., Blatt, S.J., Sayward, H.K. & Johnston, R.S. (1993). Normal and pathological aspects of self-descriptions and their change over long-term treatment. Psychoanalytic Psychology, 10, 17-37.

Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F. & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with chronic psychosis. Psychological Medicine, 23, 387-395.

Boker, W., Brenner, H.D. & Wurgler, S. (1989). Vulnerability-linked deficiencies, psychopathology and coping behaviour of schizophrenics and their relatives. Special Issue: Schizophrenia as a systems disorder: The relevance of mediating processes for theory and therapy. British Journal of Psychiatry, 155(Suppl 5), 128-135.

Brekke, J.S., Levin, S., Wolkon, G.H., Sobel, E. & Slade, E. (1993). Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 19, 599-608.

Briggs, D. (1970). Your child's self-esteem. Garden City, New York: Doubleday.

- Brown, M.A. & Munford, A.M. (1983). Life skills training for chronic schizophrenics. Journal of Nervous and Mental Disease, 171, 466-470.
- Campbell, A. (1981). The sense of well-being in America. NY: McGraw-Hill.
- Carling, P.J. (1993). Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. Hospital and Community Psychiatry, 44, 439-449.
- Carling, P.J. (1990). Supported housing: An evaluation agenda. Psychosocial Rehabilitation Journal, 13, 95-104.
- Carmines, E.G. (1978). Psychological origins of adolescent political attitudes: Self-esteem, political salience, and political involvement. American Politics Quarterly, 6, 167-186.
- Cochrane, J.J., Goering, P. & Rogers, J.M. (1995). Vocational programs and services in Canada. Canadian Journal of Community Mental Health, 10, 51-63.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman.
- Corrigan, P.W. (1991). Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22, 203-210.
- Eckman, T.A., Wirshing, W.C., Marder, S.R., Liberman, R.P., Johnston-Cronk, K., Zimmermann, K. & Mintz, J. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: A controlled trial. American Journal of Psychiatry, 149, 1549-1555.
- Estroff, S.E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. Schizophrenia Bulletin, 15, 189-196.

Falloon, I.R.H., Boyd, J.L. & McGill, C.W. (1984). Stress, coping and schizophrenia. In A.S. Gurman (Ed), Family care schizophrenia: a problem solving approach to the treatment of mental illness. New York: Guilford, pp 52-92.

Frank, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J.H. Harvey & M.M. Parks (Eds.), The master lecture series: vol.I. Psychotherapy research and behavior change. Washington: American Psychological Association, 5-37.

Gaebel, W. & Wolwer, W. (1992). Facial expression and emotional face recognition in schizophrenia and depression. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 242, 46-52.

Garfield, D.A.S., Rogoff, M.L. & Steinberg, S. (1987). Affect recognition and self-esteem in schizophrenia. Psychopathology, 20, 225-233.

Gilmore, J. (1974). The productive personality. San Rafael, California: Albion.

Greenberg, J.R. & Mitchell, S.A. (1983). Object relations in psychoanalytic theory. Cambridge: Harvard University Press.

Grinker, R.R. & Holzman, P.S. (1973). Schizophrenic pathology in young adults. Archives of General Psychiatry, 28, 168-175.

Haan, N. (1977). Coping and defending: Processes of self-environment organization. NY: Academic Press.

Halford, W.K. & Hayes, R. (1991). Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: Recent findings on social skills training and family psychoeducation. Clinical Psychology Review, 11, 23-44.

- Hatfield, A.B. (1989). Patients' accounts of stress and coping in schizophrenia. Hospital and Community Psychiatry, 40, 1141-1145.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., Javna, C.P., Madonia, M.J. & EPICS Research Group. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 43, 633-642.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., Ulrich, R.F., Carter, M., & EPICS Research Group. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 48, 340-347.
- Kaney, S. & Bentall, R.P. (1992). Persecutory delusions and the self-serving bias. Journal of Nervous and Mental Disease, 180, 773-780.
- Kaplan, H.B. & Pokorny, A.D. (1969). Self-derogation and psycho-social adjustment. Journal of Nervous and Mental Disease, 149, 421-434.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. Doyle Gentry (Ed.), Handbook of behavioral medicine. New York: Guilford Press, 282-325.
- L'Ecuyer, R. (1978). Le concept de soi. Paris: P.U.F.
- L'Ecuyer, R. (1990). Méthodologie de l'analyse développementale de contenu: méthode GPS et concept de soi. Montréal: Presse de l'Université du Québec.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. & Strugeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. British Journal of Psychiatry, 146, 594-600.

- Lehman, A.F. (1995). Vocational rehabilitation in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 21, 645-656.
- Liberman, R.P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. Psychiatry, 57, 104-114.
- Liberman, R.P. (1988). Coping with chronic mental disorders: A framework for hope. In R.P. Liberman (Ed), Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Liberman, R.P. (1986). Psychiatric rehabilitation of schizophrenia: editor's introduction. Schizophrenia Bulletin, 12, 540-541.
- Liberman, R.P., Mueser, K.T., Wallace, C.J., Jacobs, H.H.E., Eckman, T., & Massel, H.K. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. Schizophrenia Bulletin, 12, 631-647.
- Luck, P.W. & Heiss, J. (1972). Social determinants of self-esteem in adult males. Sociology and Social Research, 57, 69-84.
- McCarthy, B., Benson, J. & Brewin, C.R. (1986). Task motivation and problem appraisal in long-term psychiatric patients. Psychological Medicine, 16, 431-438.
- May, R. (1983). The discovery of being. New York: Norton.
- Mead, G.H. (1934). L'esprit, le soi et la société. Paris: P.U.F.
- Miller, A. (1985). Deinstitutionalisation in retrospect. Psychiatric Quarterly, 57, 160-171.
- Reasoner, R.W. (1992). Building self-esteem in the elementary schools - Teacher's manual, 2nd edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Ridgway, P. & Zipple, A.M. (1990). The paradigm shift in residential services: from the linear continuum to supported housing approaches. Psychosocial Rehabilitation Journal, 13, 11-31.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. New Jersey: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1985). Self-concept and psychological well-being in adolescence. In R. Leahy (Ed.), The development of the self. New York: Academic Press, 205-242.

Rosenberg, M. & Simmons, R.G. (1972). Black and white self-esteem: The urban school child. Washington: American Psychological Association.

Scott, J.E. & Dixon, L.B. (1995). Psychological interventions for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 21, 621-630.

Searles, H.F. (1965). Collected papers on schizophrenia and related subjects. New York: International Universities Press.

Silverstone, P.H. (1991). Low self-esteem in different psychiatric conditions. British Journal of Clinical Psychology, 30, 185-188.

Soni, S.M., Mallik, A., Reed, P. & Gaskell, K. (1992). Differences between chronic schizophrenic patients in the hospital and in the community. Hospital and Community Psychiatry, 43, 1233-1238.

Steffenhagen, P.A. & Burns, J.D. (1987). The social dynamics of self-esteem. New York: Praeger.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrak, J.S., Porceddu, K., Watts, S., & Freeman, H. (1989). Community management of schizophrenia: a two-year follow-up of a behavioral intervention with families. British Journal of Psychiatry, 154, 625-628.

Tarrier, N., Harwood, S., Yusopoff, L. & Beckett, R. (1990). Coping strategy enhancement: A method of treating residual schizophrenic symptoms. Behavioural Psychotherapy, 18, 283-293.

Taylor, K.E. & Perkins, R.E. (1990). Identity and coping with mental illness in long-stay psychiatric rehabilitation. British Journal of Clinical Psychology, 30, 73-85.

Thornicroft, G. & Bebbington, P. (1989). Deinstitutionalisation - from hospital closure to service development. British Journal of Psychiatry, 155, 739-753.

Trainor, J., Pomeroy, E. & Pape, B. (1993). A new framework for support for people with serious mental health problems. Toronto: Canadian Mental Health Association

Vallières, E.F. & Vallerand, R.J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg. International Journal of Psychology, 25, 305-316.

van den Bosch, R.J., van Asma, M.J.O., Rombouts, R. & Louwerens, J.W. (1992). Coping style and cognitive dysfunction in schizophrenic patients. British Journal of Psychiatry, 161(suppl.18), 123-128.

Wallace C.J., & Liberman, R.J. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. Psychiatry Research, 15, 239-247.

Weinberg, S.K. (1967). The relevance of the forms of isolation to schizophrenia. International Journal of Social Psychiatry, 13, 33-41.

Wiedl, K.H. (1992). Assessment of coping with schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 161(suppl. 18), 114-121.

Wing, J.K. (1978). Social influences on the course of schizophrenia. In: Wynne, L.C., Cromwell, R.L. & Matthysse, S. (Eds.), The nature of schizophrenia. New York: Wiley, 599-615.

Wing, J.K. & Morris, B. (1981). Handbook of psychiatric rehabilitation practice. Oxford: Oxford University Press.

Winnicott, D.W. (1965). The maturational process and the facilitating environment. New York: International Universities Press.

Wood, P.H. (1980). Appreciating the consequences of disease: the classification of impairments, disability, and handicaps. The WHO Chronicle, 34, 376-380.

Ziller, R. (1973). The social self. New York: Pergamon Press.

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability - A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 86, 103-126

Chapitre 2

Deuxième article

**Efficacy of A Self-Esteem Module For
Chronic Schizophrenic Patients**

Running head: EFFICACY OF A SELF-ESTEEM MODULE

Efficacy of a Self-Esteem Module for Chronic
Schizophrenic Patients

Tania Lecomte, Mireille Cyr and Alain D. Lesage

University of Montreal

Montreal, Quebec, Canada

Claude Leclerc

University of Quebec at Trois-Rivières

Trois-Rivières, Quebec, Canada

Nicole Ricard

University of Montreal

Montreal, Quebec, Canada

Tania Lecomte, Mireille Cyr, Department of Psychology, University of Montreal; Alain D. Lesage, Department of Psychiatry, University of Montreal; Claude Leclerc, Department of Nursing, University of Quebec at Trois-Rivières; Nicole Ricard, Department of Nursing, University of Montreal.

[REDACTED]
[REDACTED]
We thank Lise Lachance for her recommendations regarding statistical analyses and Paul DiBiase for his help in drafting the paper. We also thank Research Centers: Fernand-Seguin and Philippe Pinel as well as patients and staff from Louis-H. Lafontaine Hospital and Philippe Pinel Institute. Address correspondence to:

Mireille Cyr, Department of Psychology, University of Montreal, [REDACTED]
[REDACTED]

Abstract

In a randomized clinical trial, 95 schizophrenia patients were assigned to an experimental group who followed a 12-week self-esteem enhancement module in addition to regular treatment, or a control group who continued with regular rehabilitation treatment only. Self-esteem was hypothesized as an influential variable in the actuation of protective factors as per Liberman's model. Psychosocial, diagnostic, neurocognitive and symptomatology measures were taken for all subjects before (T₀) and after treatment (T₁) and at six-month follow-up (T₂). Results indicated moderate module effects on coping skills, stress perception and psychotic symptoms. Results also stressed the importance of the environment in strengthening the self-esteem of patients.

Efficacy of a Self-Esteem Module for Chronic Schizophrenic Patients

The overarching goal of rehabilitation, according to Anthony and Liberman (1986), is to enable people with schizophrenia to deal with the physical, emotional, social and intellectual demands of community life with as little professional support as possible. Efforts to this end, however, are undermined by the persistent deficits, disturbances and biopsychological vulnerability to stress associated with the disorder. These must be counteracted by protective factors, including psychotropic medication, social support, community integration programs and social skills acquisition (Liberman, 1994). Though skills training has proven effective in increasing skills acquisition, there is little evidence supporting the generalization or maintenance of these skills over time (Dilk & Bond, 1996). We believe that this failure stems in large part from the limited effect of this intervention modality on self-esteem.

Though considered an important aspect of the subjective experience of people with schizophrenia, self-esteem to date has been studied primarily as a potential outcome of certain programs and interventions (Brekke, Levin, Wolkon, Sobel & Slade, 1993). We suggest that self-esteem is a fundamental variable in the rehabilitation of people with schizophrenia, which not only facilitates the acquisition of coping skills but also ensures their maintenance and generalization by boosting the individual's overall sense of competence (Lecomte, Cyr & Lesage, 1997).

The purpose of this article is threefold: (1) to establish the importance of self-esteem in the rehabilitation of people with schizophrenia; (2) to explore self-esteem's

impact on coping skills and its role as a possible maximizer of the effects of existing rehabilitation programs; and (3) to verify the efficacy and impact of a new rehabilitation module designed specifically to enhance the self-esteem of individuals with schizophrenia.

According to Bednar, Wells and Peterson (1989), self-esteem is a predictor of the individual's capacity for employing coping strategies rather than avoidance when confronted with a stressful situation. They described self-esteem as a dynamic attribute whose level is a function of internal feedback, which influences the perception of psychological threats and of their locus of control. This perception in turn determines personal response style (i.e., coping or avoidance), which then generates a positive or negative self-evaluation. This is finally integrated as internal feedback, thereby completing the loop.

External or social feedback, too, plays a direct role in the matter. A positive and supportive environment that allows one to experience success is essential for building and maintaining healthy self-esteem (Coopersmith, 1967; Bednar, Wells & Peterson, 1989).

Through literature reviews, research and field studies, Reasoner identified five key building blocks for strong self-esteem: a sense of security, a sense of identity, a sense of belonging, a sense of purpose, and a sense of competence. A sense of security implies feeling safe in one's environment, being able to trust others, relying on past experience to predict or anticipate events, and being aware of the environment's rules and regulations. A sense of identity refers to self-perception, which includes knowledge of one's strengths and weaknesses and awareness of how one appears to others. A sense of belonging stems from

feeling socially accepted and being part of a group sharing certain attributes. A sense of purpose is acquired from setting and reaching personal goals and overcoming obstacles. Finally, a sense of competence is met by using cognitive, social and behavioral skills, and integrating them when needed in order to achieve goals. In this connection, it is important to emphasize that one's sense of competence depends not only on possessing specific skills, but also on believing that one can use them effectively.

Self-esteem and schizophrenia

Several studies have noted that persons with schizophrenia suffer from a significant lack of self-esteem (Boker, Brenner & Wurgler, 1989; Grinker & Holzman, 1973; Silverstone, 1991; Weinberg, 1967). This comes as no surprise if we consider how the disorder can sap the five cornerstones of self-esteem as described by Reasoner (1992). Hospitalization, marginalization, and the social stigmatization of mental illness, all of which suggest exclusion from one's normal or habitual environment, can often affect one's sense of security (Estroff, 1989; Thornicroft & Bebbington, 1989). Being diagnosed with schizophrenia and presenting with psychotic symptoms that alter one's self-concept can shake one's sense of identity (Estroff, 1989; Searles, 1965). One's sense of belonging can be undermined by social withdrawal and the loss of valued social roles, such as at work or at school (Taylor & Perkins, 1990).

Institutionalization, for its part, can have various repercussions on self-esteem. For instance, the routines, compulsory tasks and regimentation typical of institutional life can seriously diminish one's sense of purpose (Barham & Hayward, 1991; Miller, 1985;

Thornicroft & Bebbington, 1989). This may explain why many long-hospitalized schizophrenic patients present with institutional neurosis, a condition marked by apathy and a general lack of interest, initiative and motivation, which is often mistaken for negative symptoms or neuroleptic side-effects (Soni, Mallik, Reed, & Gaskell, 1992). Moreover, whether pathological or neuroleptic-related, the cognitive deficits and symptomatic manifestations presented by people with schizophrenia can shatter their sense of competence (Bellack, Mueser, Wade, Sayers & Morrison, 1992; Eckman, Wirshing, Marder, Liberman, Johnston-Cronk, Zimmermann & Mintz, 1992; Gaebel & Wolwer, 1992). Finally, being aware of deficits in areas such as social skills and independent living skills can exacerbate feelings of inadequacy and incompetence (Barham & Hayward, 1991; Hatfield, 1989; van den Bosch et al., 1992).

Low self-esteem in people with schizophrenia has been correlated with a higher propensity for depression (Birchwood, Mason, MacMillan & Healy, 1993), lack of motivation, a tendency to use isolation and avoidance as defense mechanisms (Bellack et al., 1989; van den Bosch et al., 1992; Wiedl, 1992), increased psychotic symptoms (Haan, 1977), difficulties in coping and in managing stress, and increased fear of novel situations (Lazarus & Folkman, 1984). All this justifies the need for a rehabilitation module designed specifically to enhance self-esteem by targeting its five underlying dimensions, namely, security, identity, belonging, purpose and competence. Such a module would be in keeping with Liberman's protective factors model and could prove an effective adjunct to existing programs by raising the patient's motivation, sense of empowerment and sense of

self-determination, thereby facilitating the overall rehabilitation process.

Hypotheses

The aim of this study was to examine whether a self-esteem enhancement module could induce treatment-specific changes in people with schizophrenia. First, we predicted that patients who followed the module would demonstrate higher self-esteem compared with a control group. Second, we expected the self-esteem module to induce treatment non-specific changes such as an increase in independent living skills, social support and use of coping strategies when confronted with stressful situations, as well as a decrease in perceived stress, psychiatric symptoms and psychological distress. Third, as self-esteem is a core concept in the subjective experience of the self, we expected that its enhancement would not be merely transient. The above hypotheses were contingent upon the patients' living environments allowing or encouraging patients to take initiatives and adopt new behaviors.

Method

The study followed an experimental design. Pools of eligible patients were formed at the following sites: long-stay wards (2 pools); rehabilitation wards (1 pool); forensic ward (1 pool); and short-term ward/outpatient clinic (2 pools). In each pool, patients were randomly assigned to the experimental group or the control group. Measures were taken before (T_0) and after treatment (T_1) and at six-month follow-up (T_2). The dependent variables included self-esteem, coping strategies, perception of stress, psychiatric symptomatology, psychological distress, independent living skills and perceived social

support. The control variables comprised sociodemographic data, diagnosis, neurocognitive capacities (i.e., memory and attention) and neuroleptic medication. The first two were noted once at T₀, neurocognitive capacities were measured at all three times, and medication use was observed at the three times and at mid-treatment.

Participants

139 patients were approached for the study, of these 44 refused to participate. Therefore, subjects included 95 French-Canadian patients (23 women, 72 men) who met the DSM-III-R criteria for schizophrenia (catatonic, disorganized, undifferentiated or residual:32), paranoid schizophrenia (53) or schizo-affective disorder (10). Of these, 51 were randomly assigned to the experimental group and 44 to the control group. Whereas the control group remained intact for the duration of the study, 15 subjects from the experimental group either never attended, dropped out, or missed more than four consecutive sessions or one fourth of the self-esteem module. However, no significant differences were observed on any of the sociodemographic, self-esteem, psychosocial, symptom and neurocognitive measures between module completers and non-completers. Selection criteria included the ability to read and write in French. Participants were volunteers and signed a consent form or had one signed by their private or public trustee.

No significant differences were found between the experimental and the control groups on sociodemographic data. The sample was as follows: mean age of subjects 40.6 (S.D.=10.7; range = 18 to 67) years; mean age at first hospitalization 24.2 (S.D.=6.8; range = 12 to 51) years; mean number of years of education 10.2 (S.D.=3.0, range = 4 to

23); mean number of hospitalizations 5.0 (S.D.=5.25; range = 1 to 25); and mean number of years of hospitalization 12.25 (S.D.=8.47; range = 5 months to 33 years). At the start of the study, 83.8% of the sample were single and 84.2% unemployed.

Measures

Self-esteem measures: Self-esteem was assessed by means of two different scales.

The first was the self-administered Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965), which yields a global self-esteem score of positive self-regard and competence. The internal consistency (alphas from .83 to .90) and the test-retest reliability of this 10-item, four-point likert scale are excellent for both the English and the French versions (see Vallières & Vallerand, 1990). The second was the Self-Esteem Test developed by Steffenhagen and Burns (1987), which contains 25 items also evaluated on a four-point scale. This measure was chosen because it comprises explicit statements concerning attitudes and behaviors. Little information is available regarding its reliability, but the French version of the instrument did register an acceptable internal consistency (alpha = .69).

Psychosocial measures: The Cybernetic Coping Scale (Edwards & Baglioni, 1993) served to measure the frequency and variety of coping strategies used by patients and to verify whether the module impacted on these in any way. The short version of this self-administered instrument contains 20 items over five subscales (change, accomodate, devaluate, avoid, control symptoms). However, the reliability of the subscales being inadequate in the French version, a factor analysis was performed and the items

redistributed into two subscale, namely, active and passive coping. This new distribution proved reliable, with internal consistencies of .75 and .81 (Cronbach's alpha) and an acceptable construct validity.

Each person's performance level of activities within the last month was evaluated with the Independent Living Skills Survey or ILSS (Wallace, Boone, Donahoe & Foy, 1985). This measure consists of 48 items over 7 scales (see Table 1). The French version of this proved stable over time (r from .67 to .90) and demonstrated a satisfactory internal consistency for each scale (Cyr, Toupin & Lesage, 1993).

A French version of the Social Provisions Scale (Cutrona & Russel, 1987) translated and validated by Caron (1996) was used to assess perceived social support. The scale consists of 24 items and yields a global satisfaction score. The internal consistency, construct validity and reliability of this scale have been proven (Caron, 1996; Cutrona & Russel, 1987).

The Stress Appraisal Measure or SAM (Peacock & Wong, 1990), translated into French by Pelchat et al. (1993) and found to have an acceptable internal consistency (alphas from .70 to .83), served to assess perception and level of control in stressful situations. The 28 items of this instrument are scored on a four-point scale and divided into 7 subscales measuring stress perceived as a threat, a challenge, central in one's life, controllable by self, controllable by others, and uncontrollable, as well as intensity of stress.

Symptom measures: Psychological distress was assessed through the Psychiatric

Symptom Index (Ilfeld, 1976). The French version of this instrument proved statistically adequate regarding concordance validity, internal consistency and overall sensitivity (Préville et al., 1992). This four-point likert scale comprises 29 items and we used the global symptomatology score.

Delusional thought content was measured by means of the 30 True-False items of the Magical Ideation Scale (Eckblad & Chapman, 1983). The French version of this scale posted a Cronbach's alpha of .81, similar to that of the original instrument (.85) which was found to be positively correlated with the Eysenck Psychoticism Scale (Eysenck & Eysenck, 1968).

Psychotic symptomatology was assessed also with the Positive and Negative Syndrome Scale or PANSS (Kay, Fiszbein & Opler, 1987). Trained interviewers use this 30-item scale to evaluate, through four subscales, the presence of positive symptoms, negative symptoms, and general psychopathology. Inter-rater reliability has been shown to be satisfactory (r from .70 to .99), and internal consistency (alphas of .73 to .83) and test-retest reliability adequate (r from .77 to .89).

Control variables: A sociodemographic and clinical questionnaire was used to garner data from hospital files, including medical history. To confirm the diagnosis of schizophrenia, the Structured Clinical Interview for DSM-III-R or SCID (Williams, Gibbon, First, Spitzer et al., 1992) was administered by trained psychologists blind to the original diagnosis. The test-retest reliability for schizophrenia diagnosis varied from .65 to .69 (kappa) for chronic schizophrenia.

The cognitive functions of working and explicit memory were assessed by means of the computerized Batterie de mémoire Côtes-des-Neiges (Chatelois, Pineau, Belleville, Perez, Lussier, Fontaine & Renasseau-Leclerc, 1993), whereas a battery developed with Psychlab software (Gum & Bub, 1991) was used to measure selective attention. Working memory was tested using a word-span test, explicit memory was assessed through recall of 12 word-pairs (related or unrelated associations) and speed of response in identifying the presence or absence of a target in an array of stimuli was used to measure selective attention.

Use of neuroleptic and other medication was noted prior to the start of the module, six weeks later at mid-module, and at T₁ and T₂. Neuroleptic medication was transformed into Haldol mEq for the purpose of comparison.

The self-esteem enhancement module

In the absence of structured self-esteem modules designed specifically for people with severe mental illness, we opted to translate into French Reasoner's Building Self-Esteem, 2nd ed. module (1992), which was originally intended for use with school children and teenagers, while modifying and adapting it for people with schizophrenia. The module's efficacy is well documented (Borba, 1989; Little, 1988; Reasoner & Gilbert, 1988).

Prior to utilization, the module's activity worksheets were evaluated by mental health professionals and part of the module was delivered as a pilot study. The patients' mental health staff were familiarized with the module and its objectives so that they might

offer the necessary environmental and relational feedback for the development and maintenance of self-esteem. The principal author of this article was co-leader for all treatment groups. Though staff members were invited to participate in the groups, only three of the six groups were regularly attended by a psychiatric nurse or social worker.

The module consists of 24 activities addressing the five dimensions of self-esteem in the following order: security, identity, belonging, purpose and competence. Sessions last one hour (including a socialization-snack period) and are held twice weekly over 12 weeks. Each participant is given a handbook in which all the activities are described. For example, the first activity, which deals with one's sense of security, begins with an introduction on the importance of feeling safe and comfortable in one's environment. Open-ended questions are then asked concerning what one likes, dislikes or would like to change about one's environment, and by what means. Participants share their written responses to each question and the activity ends with an overview of what was covered and learned. Certain activities are meant to be completed alone, some in pairs, and others together as a group. Groups consist of 8 participants led by two clinical psychologists. The activities can take on various formats: open-ended questions, multiple-choice questions, role-playing, writing statements on posters or describing theme-specific experiences.

Results

Baseline for experimental and control groups at T₀

Means and standard deviations are presented in Table 1. At T₀, the two groups

were similar on all variables except the PANSS Positive Symptoms Scale and the SAM Uncontrollable Scale. The experimental group scored significantly higher than the control group in terms of positive symptoms ($t(73)=2.44, p<.05$) and the perception of stress as uncontrollable ($t(73)=2.24, p<.05$).

Effects of treatment

Repeated measures ANOVAs for the self-esteem, coping, stress appraisal, social support, independent living and symptom scales were carried out in order to discern treatment effects at T₁ and T₂ (Table 1). Contrary to predictions, no significant effects were noted on any of the self-esteem scales. Results indicate group by time interactions on the PANSS Positive Symptom subscale ($F(2, 138)=5.45, p<.01$), specifically on the PANSS Delusion item ($F(2,138)=7.17, p<.001$) and on the ILSS Transportation subscale ($F(2, 146)=3.73, p<.05$). Close to significance tendencies for the Active Coping subscale of the Cybernetic Coping Scale, and the SAM Uncontrollable subscale led us to look at group by time interactions of immediate treatment effects (T₀ and T₁); the experimental group scored higher than the control group on the Active Coping subscale ($F(1, 70)=4.01, p<.05$) and showed a significant decrease on the SAM Uncontrollable subscale ($F(1, 67)=5.12, p<.05$). In order to assess change over time for the experimental and control groups on the PANSS Positive Symptom subscale, the PANSS Delusions item and the ILSS Transportation subscale, we examined the simple effects. Tuckey-A tests (Keppel, 1991) revealed the following inter-group differences over time: (1) The Positive Symptom subscale score diminished significantly between T₀ et T₁ for the experimental group but

returned to its original level at T₂, whereas those of the control group remained stable ($F(2, 138)=4.79, p<.01$); (2) The delusions (PANSS item) of experimental subjects diminished significantly between T₀ and T₁ and remained significantly inferior at T₂, whereas the control group remained stable ($F(2, 138)=9.79, p<.001$); (3) The experimental group significantly improved their scores on the Transportation ILSS subscale compared to the control group between T₁ and T₂, whereas the control group deteriorated between T₁ and T₂ ($F(2, 146)=3.95, p<.05$). The control variables medication as well as neurocognitive measures were not correlated with any of the observed changes.

Dependent variable intercorrelations

In order to shed more light on the treatment effects, we investigated the intercorrelation of dependent variables at T₁. We were particularly interested in understanding why stress perception, coping style, positive symptoms and use of public transportation were modified since the module's aim was self-esteem enhancement. In Table 2, we can see that stress perceived as Uncontrollable was correlated to self-esteem, passive coping style, social support, positive symptoms and public transportation.

Characteristics of patients who improved

Though our first hypothesis was not confirmed (i.e., higher self-esteem for experimental group), we were interested in exploring the characteristics that differentiated individual patients who improved on both self-esteem scores from those who did not. Amongst the 36 subjects in the experimental group, 53% showed an improvement of at least 10% of their original score and in the control group, 36% of the 44 subjects . t tests

were conducted on all demographic variables and psychosocial, symptoms, medication and neurocognitive scales. This implied 37 comparisons. This study being of an exploratory nature, we did not perform statistical corrections. In the experimental group, the subjects who improved on the self-esteem scales at T₁ had the following characteristics: were younger ($t(34)=2.21$, $p<.05$; $M= 37.2$ (S.D.=10.25) vs $M= 44.44$ (S.D.=9.07)); perceived more social support received at T₀ ($t(34)=2.06$, $p<.05$; $M= 74.99$ (S.D.=12.41) vs $M= 65.94$ (S.D.=13.87)); had lower general symptoms scores on the PANSS at T₀ ($t(34)=3.34$, $p<.05$; $M= 1.74$ (S.D.=0.52) vs $M= 2.28$ (S.D.=0.42)); perceived stress as being controllable at T₀ ($t(29)=3.42$, $p<.01$; $M= 13.2$ (S.D.=3.53) vs $M= 8.81$ (S.D.=3.6)) and scored higher at T₀ on the explicit memory task ($t(32)=2.15$, $p<.05$; $M= 22.68$ (S.D.=12.27) vs $M= 14.73$ (S.D.=8.22)). As no significant feature separated the control group patients who improved on all the scales from those who did not, we explored the environment's impact on their self-esteem score. Thus, patient pools were differentiated by the degree of opportunity for improvement afforded by the environment, as determined by the staff-patient ratio and availability any type of rehabilitation programs and other activities. Environments were rated as "high" or "low", "low" signifying nearly no activities offered and approximately one mental health professional for 10 patients. 30% of subjects in each group were living in a "low" environment. Though this dimension did not discriminate improvers in the experimental group, 88% of the control group patients who registered higher self-esteem lived in a "high" environment ($\chi^2_{(1)}=4.32$, $p<.05$).

Discussion

At the outset of this study, we hypothesized that, compared with the control group, the experimental group would demonstrate strengthened self-esteem and, consequently, show improvement in the areas of independent living skills, coping strategies and social support, while registering a decline in perceived stress, psychiatric symptoms and psychological distress. We observed an increase in active coping strategies and independent use of public transportation as well as a decrease in stress perceived as uncontrollable and in positive symptoms, particularly on the delusion scale. Although results did not bear out a significant direct treatment effect on self-esteem, correlation analyses did show intercorrelations between low self-esteem, perception of stress as uncontrollable and passive coping style.

This is in concordance with Bednar, Wells and Peterson (1989), for whom the perception of a threat, such as stress, as more controllable and the use of active coping strategies are outcomes of an enhanced self-esteem. These authors stipulate that higher self-esteem diminishes perceived psychological threat, which in turn generates active coping responses.

The fact that we registered no direct effect on self-esteem may be due to the instruments employed. The various self-esteem measures used in this study may not have been sufficiently sensitive to detect subtle variations in self-esteem. Both the Rosenberg and the Steffenhagen-Burns Scales comprise general statements covering self-esteem in global fashion rather than measure its myriad dimensions in a detailed manner. Self-esteem may well be a far more complex theoretical construct than existing measures are designed

to assess.

Results also revealed that, although there was an increased use of active coping strategies and a lowered perception of stress as uncontrollable at T1, this was not sustained at T2. The treatment appears to have had a sufficient impact on self-esteem to temporarily modify threat perception and coping style, but not enough to sustain the effect on these variables over the long term.

Two major reasons may account for this. First, most of our sample consisted of severely handicapped individuals with schizophrenia whose fractured self-esteem is the consequence of years of hospitalization which a 12-week intervention cannot reverse. Patients with a diminished capacity for information processing probably require a much longer treatment. Results indicating that those who improved in terms of self-esteem scored higher on the explicit memory task lend credence to this explanation. Also, those who improved were younger and demonstrated fewer psychiatric symptoms, which suggests that they were less handicapped. Recent research in social skills suggests that long-term training might be necessary in order to produce significant improvements in more handicapped individuals such as long-stay inpatients (Mueser, Wallace & Liberman, 1995; Wallace, 1993).

Furthermore, classic studies such as Wing and Brown's (1970) on institutionalism or Paul and Lentz's (1977) on token economy in psychiatric hospitals, as well as the more recent Vermont studies on supported housing and community integration (Carling, 1995), demonstrate that time-limited interventions are not enough to produce lasting effects on

behavior, symptomatology or self-perceptions. Instead, efforts should focus on modifying the environment's global functioning and philosophy of care.

As for the second reason, the development and maintenance of self-esteem is a function not only of self-evaluation and internal feedback, but also of social support and external feedback. The module group could be seen to provide a substitute supportive social environment for the duration of the intervention. Results indicating increased self-esteem in those who perceived receiving more social support and whose environment provided greater opportunity for improvement support this view.

Also, correlation results reveal that social support is not only related to self-esteem but also to stress perception, to psychological distress and to coping style. In this regard, certain difficulties were encountered with mental health staff participation in the study. While the staff in certain wards exhibited a genuine interest in pursuing the study's objectives and applied themselves to this end, other wards offered resistance to the module and acted in a counter-therapeutic manner at times (e.g., disrespect of patients, regimentation).

What do the results say about the future of the self-esteem module? There is no denying that treatment effects such as an increase in active coping and a decrease in perceived stress are noteworthy and encouraging. Moreover, non-specific treatment effects, such as the module's impact on positive symptoms and delusions, cannot be discounted. However, the significant decrease in positive symptoms cannot be interpreted as directly linked to higher self-esteem, given that positive symptoms were not strongly

correlated with any variable. Tarrier et al. (1993), too, described a decrease in delusions following cognitive-behavioral interventions, although they could not determine the cause. We are inclined to believe that the decrease in positive symptoms stems from therapeutic elements provided by the group, such as a secure setting, respect, empathic listening, focused attention from participants and psychologists, and the opportunity to disclose concerns and difficulties. The group itself may have served as a buffer for psychotic manifestations, an effect which was somewhat dissipated once the treatment ended.

The uniqueness of this experimental-design study lies in its attempt to develop a module aimed at modifying a non-behavioral intrinsic trait (i.e., self-esteem) and to test it with severely handicapped schizophrenic patients. Though most rehabilitation strategies focus on behavioral training to increase coping strategies, our research suggests that building self-esteem may also bring about such changes.

In sum, though our results demonstrated fewer improvements in the more handicapped individuals, participation and overall response from these pools of patients speak in favor of pursuing research into adapted rehabilitation strategies. The validity of the self-esteem module is compelling at face value and results suggest that further research on self-esteem enhancement is clearly warranted. Prolonged treatment, booster sessions and increased implication of the staff should be further investigated as possible enhancers of treatment effects on self-esteem. Studies comparing skills training alone against combined skills training and self-esteem enhancement could also corroborate the validity and efficacy of the self-esteem module in maintaining and generalizing coping skills.

References

- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. Schizophrenia Bulletin, *12*, 542-559.
- Arieti, S. (1967). The intrapsychic self. New York: Basic Books.
- Barham, P., & Hayward, R. (1991). From the mental patient to the person. London: Routledge.
- Bednar, R. L., Wells, M. G., & Peterson, S. R. (1989). Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice. Washington: American Psychological Association.
- Bellack, A. S., Morrison, R. L., & Mueser, K. T. (1989). Social problem solving in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, *15*, 101-116.
- Bellack, A. S., & Mueser, K. T. (1993). Psychosocial treatment of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, *19*, 317-336.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Wade, J., Sayers, S., & Morrison, R. L. (1992). The ability of schizophrenics to perceive and cope with negative affect. British Journal of Psychiatry, *160*, 473-480.
- Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F., & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: A comparison of depressed and non-depressed patients with chronic psychosis. Psychological Medicine, *23*, 387-395.

Boker, W., Brenner, H. D., & Wurgler, S. (1989). Vulnerability-linked deficiencies, psychopathology and coping behaviour of schizophrenics and their relatives. Special Issue: Schizophrenia as a systems disorder: The relevance of mediating processes for theory and therapy. British Journal of Psychiatry, 155(Suppl. 5), 128-135.

Borba, M. (1989). Self-esteem skill builders. Los Angeles: Jalmar Press.

Brekke, J. S., Levin, S., Wolkon, G. H., Sobel, E., & Slade, E. (1993). Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 19, 599-608.

Carling, P. J. (1995). Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities. New York: Guilford Press.

Caron, J. (1996). L'échelle des provisions sociales: Une validation québécoise [The Social Provisions Scale: A Quebec validation]. Santé Mentale au Québec, 21(2), 158-180.

Chatelois, J., Pineau, H., Belleville, S., Peretz, I., Lussier, I., Fontaine, S., & Renaseau-Leclerc, C. (1993). Batterie informatisée d'évaluation de la mémoire inspirée de l'approche cognitive [Computerized battery for assessing memory inspired by cognitive theory]. Canadian Journal of Psychology, 34, 45-63.

Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman.

Cutrona, C. E., & Russel, D. W. (1987). The provisions of social support and adaptation to stress. Advance in Personal Relationships, 1, 37-67.

Cyr, M., Toupin, J., & Lesage, A. D. (1993). Evaluation des habiletés de vie autonome chez les personnes psychotiques [Evaluation of independent living skills of psychotic individuals]. Santé Mentale au Québec, 18(2), 135-154.

Dilk, M. N., & Bond, G. R. (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1337-1346.

Eckblad, M., & Chapman, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. Journal of Abnormal Psychology, 51, 215-225.

Eckman, T. A., Wirshing, W. C., Marder, S. R., Liberman, R. P., Johnston-Cronk, K., Zimmermann, K., & Mintz, J. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: A controlled trial. American Journal of Psychiatry, 149, 1549-1555.

Edwards, J. R., & Baglioni, A. J. (1993). The measurement of coping with stress: Construct validity of the Ways of Coping Checklist and the Cybernetic Coping Scale. Work and Stress, 7, 17-31.

Estroff, S. E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. Schizophrenia Bulletin, 15, 189-196.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. (1968). A factorial study of psychoticism as a dimension of personality. Multivariate Behavioral Research: Special Issue, 15-31.

Gaebel, W., & Wolwer, W. (1992). Facial expression and emotional face recognition in schizophrenia and depression. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 242, 46-52.

Grinker, R. R., & Holzman, P. S. (1973). Schizophrenic pathology in young adults. Archives of General Psychiatry, 28, 168-175.

Gum, T., & Bub, D. (1991). PsychLab manual v1.05.[computer software]. Montreal, Canada: Montreal Neurological Institute.

Haan, N. (1977). Coping and defending: Processes of self-environment organization. New York: Academic Press.

Hatfield, A. B. (1989). Patients' accounts of stress and coping in schizophrenia. Hospital and Community Psychiatry, 40, 1141-1145.

Ilfeld, Jr., F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. Psychological Reports, 39, 1215-1228.

Jacobson, E. (1964). The self and the object world. New York: International Universities Press.

James, W. (1890). Principles of psychology. New York: Henry Holt.

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 13, 261-276.

Keppel, G. (1991). Design and analysis: A researcher's handbook, 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. Doyle Gentry (Ed.), Handbook of behavioral medicine. New York: Guilford Press.

Lecomte, T., Cyr, M., & Lesage, A. (1997). Le rôle de l'estime de soi dans l'adaptation psychosociale de personnes schizo-phrènes [Self-esteem's role in the psychosocial rehabilitation of people with schizophrenia], Canadian Journal of Community Mental Health, 16, 23-38.

L'Ecuyer, R. (1978). Le concept de soi [The self-concept]. Paris: Presses Universitaires de France.

Lieberman, R. P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. Psychiatry, 57, 104-114.

Lieberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J., Jacobs, H. H. E., Eckman, T., & Massel, H. K. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. Schizophrenia Bulletin, 12, 631-647.

Little, R. (1988). Skills for growing. Granville, OH: Quest International.

Mead, G. H. (1934). L'esprit, le soi et la société [The spirit, the self and the society]. Paris: Presses Universitaires de France.

Miller, A. (1985). Deinstitutionalisation in retrospect. Psychiatric Quarterly, 57, 160-171.

Mueser, K. T., Wallace, C. J., & Liberman, R. P. (1995). New developments in social skills training. Special issue: Behavior therapy and schizophrenia: II. Behaviour Change, 12, 31-40.

Paul, G. L., & Lentz, R. J. (1977). Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu vs social-learning programs. Cambridge: Harvard University Press.

Peacock, E. J., & Wong, P. T. (1990). The stress appraisal measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal. Stress Medicine, 6, 227-236.

Pelchat, D., Ricard, N., Lévesque, P. A., Perreault, M., & Polemeno, V. (1994). Validation française du Stress Appraisal Measure (SAM) [French validation of the Stress Appraisal Measure]. Mesures et évaluation en éducation, 17, 95-117.

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C., & Légaré, G. (1992). La détresse psychologique: Détermination de la fiabilité et la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé-Québec [Psychological distress: Reliability and validity of the measure used in the Quebec-Heath Inquiry]. Les cahiers de recherche de l'Enquête Santé-Québec. Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Reasoner, R. W. (1992). Building self-esteem in the elementary schools - Teacher's manual, 2nd edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Reasoner, R., & Gilbert, R. (1988). Building self-esteem: Implementation project summary. (ERIC Clearinghouse on Counseling and Personnel Services No.CG 020989).

Rogers, C. (1951). Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. New Jersey: Princeton University Press.

Searles, H. F. (1965). Collected papers on schizophrenia and related subjects. New York: International Universities Press.

Silverstone, P. H. (1991). Low self-esteem in different psychiatric conditions. British Journal of Clinical Psychology, *30*, 185-188.

Soni, S. M., Mallik, A., Reed, P., & Gaskell, K. (1992). Differences between chronic schizophrenic patients in the hospital and in the community. Hospital and Community Psychiatry, *43*, 1233-1238.

Steffenhagen, P. A., & Burns, J. D. (1987). The social dynamics of self-esteem. New York: Praeger.

Tarrier, N., Sharpe, L., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., & Yusopoff, L. (1993). A trial of two cognitive behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, *28*, 5-10.

Taylor, K. E., & Perkins, R. E. (1990). Identity and coping with mental illness in long-stay psychiatric rehabilitation. British Journal of Clinical Psychology, *30*, 73-85.

Thornicroft, G., & Bebbington, P. (1989). Deinstitutionalisation - from hospital closure to service development. British Journal of Psychiatry, *155*, 739-753.

Vallièrès, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg [Translation and French-canadian validation of Rosenberg's Self-Esteem Scale]. International Journal of Psychology, *25*, 305-316.

- van den Bosch, R. J., van Asma, M. J. O., Rombouts, R., & Louwerens, J. W. (1992). Coping style and cognitive dysfunction in schizophrenic patients. British Journal of Psychiatry, *161*(Suppl.18), 123-128.
- Wallace, C. J. (1993). Psychiatric rehabilitation. Psychopharmacology Bulletin, *29*, 537-548.
- Wallace, C.J., Boone, S.E., Donahoe, C. P., & Foy, D.W. (1985). The chronically mentally disabled: Independent living skills training. In D.H. Barlow (Ed.), Clinical Handbook of Psychological Disorders, New York: Guilford Press.
- Wallace, C. J., & Liberman, R. J. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. Psychiatry Research, *15*, 239-247.
- Weinberg, S. K. (1967). The relevance of the forms of isolation to schizophrenia. International Journal of Social Psychiatry, *13*, 33-41.
- Wiedl, K. H. (1992). Assessment of coping with schizophrenia. British Journal of Psychiatry, *161*(Suppl. 18), 114-121.
- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., Rounsaville, B., & Wittchen, H.-U. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) II: Multisite test-retest reliability. Archives of General Psychiatry, *49*, 630-636.
- Wing, J. K., & Brown, G. W.(1970). Institutionalism and schizophrenia: A comparative study of three mental hospitals: 1960-1968. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Table 1

Self-esteem, psychosocial, symptoms and stress scores for the experimental and control groups at T₀, T₁, and T₂

	Experimental group Control group	T ₁	T ₂	F (gr. X time effect)
	T ₀ Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	
Rosenberg Scale	29.90 (5.96)	30.51 (7.89)	30.89 (6.64)	.30
	<u>29.72 (6.69)</u>	<u>29.52 (6.79)</u>	<u>29.62 (6.78)</u>	
Self-esteem Test	2.71 (0.45)	2.77 (0.49)	2.79 (0.47)	.30
	<u>2.62 (0.45)</u>	<u>2.75 (0.49)</u>	<u>2.75 (0.52)</u>	
Cybernetic Coping Scale				
- Active Coping	45.51 (10.89)	49.06 (11.12)	46.19 (10.93)	2.01
	<u>44.53 (13.49)</u>	<u>42.43 (12.15)</u>	<u>45.24 (12.59)</u>	
- Passive Coping	30.37 (9.25)	32.68 (9.31)	31.04 (10.76)	.26
	<u>30.29 (9.19)</u>	<u>30.96 (9.74)</u>	<u>29.29 (10.76)</u>	
Independent Living Skills Scale				
- Hygiene	.79 (.20)	.82 (.19)	.79 (.22)	.58
	<u>.79 (.18)</u>	<u>.84 (.17)</u>	<u>.77 (.21)</u>	
- Clothing	.76 (.25)	.78 (.23)	.80(.21)	1.69
	<u>.82 (.21)</u>	<u>.82 (.21)</u>	<u>.79 (.21)</u>	

Table 1. (continued)

- Nutrition	.72 (.27)	.55 (.37)	.73 (.22)	.35
	<u>.71 (.31)</u>	<u>.61 (.38)</u>	<u>.75 (.21)</u>	
- Finance	.41 (.41)	.38 (.35)	.27 (.37)	.08
	<u>.55 (.36)</u>	<u>.49 (.37)</u>	<u>.42 (.43)</u>	
- Public Transportation	.54 (.40)	.64 (.36)	.70 (.27)	3.73*
	<u>.57 (.34)</u>	<u>.62 (.31)</u>	<u>.53 (.34)</u>	
- Leisure	.63 (.21)	.57 (.21)	.53 (.22)	.32
	<u>.54 (.22)</u>	<u>.52 (.26)</u>	<u>.47 (.25)</u>	
- Employment	.55 (.49)	.56 (.49)	.59 (.49)	.19
	<u>.68 (.44)</u>	<u>.65 (.46)</u>	<u>.65 (.46)</u>	
- Total of subscales	.69 (.16)	.68 (.18)	.69 (.14)	1.2
	<u>.71 (.17)</u>	<u>.69 (.16)</u>	<u>.67 (.17)</u>	
Social Provisions Scale				
	70.96 (13.68)	68.93 (13.70)	73.76 (10.82)	1.45
	<u>72.59 (12.61)</u>	<u>73.29 (13.29)</u>	<u>73.62 (13.07)</u>	
Psychiatric Symptoms Index				
	33.08 (16.06)	31.33 (20.22)	31.68 (18.40)	.08
	<u>30.39 (20.35)</u>	<u>30.05 (17.96)</u>	<u>29.24 (20.96)</u>	

Table 1. (continued)

Magical Ideation Scale

	14.46 (5.88)	13.56 (6.56)	13.95 (6.68)	1.16
--	--------------	--------------	--------------	------

	<u>14.57 (5.54)</u>	<u>13.27 (6.31)</u>	<u>12.31 (6.69)</u>	
--	---------------------	---------------------	---------------------	--

PANSS

- Positive symptoms	2.80 (0.82)	2.46 (0.77)	2.71 (1.02)	5.45**
---------------------	-------------	-------------	-------------	--------

	<u>2.26 (0.79)</u>	<u>2.37 (1.01)</u>	<u>2.15 (0.99)</u>	
--	--------------------	--------------------	--------------------	--

Delusions	4.06 (1.57)	3.11 (1.61)	3.80 (1.55)	7.17***
-----------	-------------	-------------	-------------	---------

	<u>3.00 (1.65)</u>	<u>3.16 (1.73)</u>	<u>2.97 (1.06)</u>	
--	--------------------	--------------------	--------------------	--

- Negative symptoms	2.35 (0.84)	2.08 (0.74)	2.05 (0.78)	1.42
---------------------	-------------	-------------	-------------	------

	<u>2.49 (1.13)</u>	<u>2.08 (0.80)</u>	<u>1.89 (0.66)</u>	
--	--------------------	--------------------	--------------------	--

- General scale	1.99 (0.55)	1.91 (0.52)	1.88 (0.60)	.65
-----------------	-------------	-------------	-------------	-----

	<u>1.89 (0.57)</u>	<u>1.90 (0.60)</u>	<u>1.75 (0.56)</u>	
--	--------------------	--------------------	--------------------	--

Stress Appraisal Measure

- Threat	11.68 (3.88)	10.83 (3.74)	10.28 (3.65)	.74
----------	--------------	--------------	--------------	-----

	<u>11.23 (4.85)</u>	<u>11.66 (4.28)</u>	<u>10.56 (4.22)</u>	
--	---------------------	---------------------	---------------------	--

- Challenge	11.53 (3.54)	12.56 (4.02)	12.19 (3.01)	.83
-------------	--------------	--------------	--------------	-----

	<u>11.23 (3.86)</u>	<u>10.97 (4.08)</u>	<u>11.56 (3.33)</u>	
--	---------------------	---------------------	---------------------	--

- Central	13.09 (3.72)	12.44 (4.25)	12.25 (4.09)	.55
-----------	--------------	--------------	--------------	-----

	<u>13.11 (4.19)</u>	<u>12.53 (4.29)</u>	<u>11.32 (5.00)</u>	
--	---------------------	---------------------	---------------------	--

Table 1. (continued)

- Controlled by self	11.12 (4.06)	11.68 (3.68)	10.88 (3.14)	1.13
	<u>11.52 (3.99)</u>	<u>11.06 (4.42)</u>	<u>11.73 (3.08)</u>	
- Control'd by others	11.35 (3.70)	11.88 (4.13)	11.29 (3.89)	1.04
	<u>11.25 (4.45)</u>	<u>11.00 (3.62)</u>	<u>12.03 (3.79)</u>	
- Uncontrollable	10.77 (4.27)	9.11 (3.03)	9.35 (3.99)	2.70
	<u>9.09 (3.31)</u>	<u>9.36 (3.79)</u>	<u>9.33 (4.39)</u>	
- Intensity of stress	12.65 (3.13)	13.06 (4.04)	11.71 (3.38)	.51
	<u>12.41 (3.64)</u>	<u>12.39 (4.15)</u>	<u>11.97 (3.75)</u>	

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Table 2:

Intercorrelations of the treatment effect variables at T1

Scale	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. <u>Rosenberg</u>	—	.73***	-.35*	-.25	-.20	-.65***	.43**	-.21	.18
2. <u>Steff/Burns</u>		—	-.48**	-.12	-.34*	-.53***	.50**	-.23	.15
<u>SAM</u>									
3. <u>Uncontrollable</u>			—	.23	.56***	.32*	-.54***	.37*	-.35*
<u>Cybernetic Coping Scale</u>									
4. <u>Active</u>				—	.25	.27	-.29	-.01	-.16
5. <u>Passive</u>					—	.13	-.50**	.14	.04
6. <u>Psychiatric Symptoms Index</u>						—	-.40*	.35*	.48**
7. <u>Social Provisions Scale</u>							—	-.26	.27
8. <u>Positive symptoms (from the PANSS)</u>								—	-.07
9. <u>Public transportation (from the ILSS)</u>									—

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Discussion

Discussion

L'estime de soi est considérée dans la littérature comme influente dans pratiquement toutes les sphères de la vie tels que le bien-être de la personne, l'adaptation sociale, la productivité personnelle, les relations interpersonnelles et la motivation à améliorer son état et ses conditions de vie (Bednar, Wells et Peterson, 1989; Reasoner, 1992). Quoique considérée comme déficitaire chez les personnes atteintes de schizophrénie, peu d'études se sont intéressées directement à l'impact et à la modification de l'estime de soi auprès de cette population clinique (Birchwood, Mason, MacMillan et Healy, 1993; Greenberg et Mitchell, 1983; Klose et Tinius, 1992). Pourtant, certains chercheurs considèrent l'estime de soi et le sentiment de compétence personnelle comme pouvant être des agents déterminants dans la réadaptation psychosociale qui favorisent l'utilisation de stratégies adaptatives (Lieberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman et Massel, 1986).

Dans cette perspective, cette recherche visait à circonscrire le concept d'estime de soi dans la réadaptation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie ainsi qu'à vérifier l'efficacité d'un module visant directement l'augmentation de l'estime de soi auprès de cette population. Conceptuellement, cette thèse a su démontrer que les causes et les effets d'une faible estime de soi chez les personnes souffrant de schizophrénie méritaient d'être considérées dans la réadaptation de ces derniers. De plus, les résultats, quoique modestes, se veulent prometteurs quant à l'impact du module d'estime de soi sur la perception du stress et

l'utilisation de stratégies adaptatives.

Cette recherche s'inscrit dans la nouvelle tendance en réadaptation psychiatrique voulant cibler les interventions selon les besoins individuels et subjectifs des clients (Aberg-Wisted, Cressell, Lidberg et Liljenberg, 1995; Mann, Tandon, Butler et Boyd, 1993; Muller-Spahn, Modell et Thomma, 1992; Shepherd, 1990; Walsh et Connelly, 1996, Weiss et Chapman, 1993). Cette nouvelle tendance vise à réorienter les interventions psychosociales selon les besoins individuels afin de maximiser les acquis et leur maintien dans le temps. L'hétérogénéité présente dans la schizophrénie, tant au niveau des symptômes, des traits de personnalité que des différentes conditions de vie demande que chaque individu reçoive une attention particulière (Cullberg, 1994). Dans ce sens, certains instruments ont été mis sur pied afin d'évaluer les besoins en soins et en distribution de services de la clientèle, tel que le "Needs for Care Assessment Schedule" ou NFCAS (Brewin, Wing, Mangan, Brugha et MacCarthy, 1987). Parallèlement, Wallace, qui oeuvre au UCLA Research Center, bâtit actuellement une échelle d'évaluation des besoins individuels en réadaptation psychosociale (communication personnelle, mai 1997).

Dans la même lignée, non seulement le module visait la modification d'un trait subjectif de l'individu mais les activités étaient construites de manière à ce que le contenu provienne du client lui-même. Bien que la structure et les thèmes des activités du module d'augmentation de l'estime de soi étaient imposées, les activités permettaient à chaque personne d'apporter

les éléments qu'elle désirait travailler personnellement et d'utiliser les stratégies lui convenant le mieux. Cette approche diffère des programmes de réadaptation existants où tous les éléments des activités sont imposés par le module ou l'animateur (Brenner, Hodel, Roder et Corrigan, 1992; Eckman, Wirshing, Marder, Liberman, Johnston-Cronk, Zimmermann, et Mintz, 1992; Liberman, 1985). En fait, une des conséquences de l'institutionnalisation étant la perte d'autonomie et de prise de décision personnelle, un module de nature comportementale où toutes les composantes sont prescrites semble difficilement contribuer à une autonomie accrue. Malgré l'importance accordée aux facteurs individuels dans le module visant l'augmentation de l'estime de soi, une des limites de cette recherche portait sur l'impossibilité d'accorder plus de temps à une activité malgré le besoin exprimé par certains participants, afin d'assurer la validité expérimentale du module.

Les résultats de cette recherche ont aussi mis en lumière l'importance des variables du milieu dans l'augmentation de l'estime de soi. Les personnes ayant démontré une amélioration d'estime de soi percevaient recevoir davantage de soutien social et provenaient de milieux offrant un encadrement plus favorable au développement de leur autonomie. Ces résultats sont concordants avec l'étude de Leclerc (1992) où la satisfaction face au soutien social reçu ressortait comme déterminante d'une perception plus positive du stress. L'impact du milieu sur l'estime de soi a été exploré dans cette thèse et permettrait aussi d'expliquer certains résultats. En fait, les résultats suggèrent que les personnes souffrant de schizophrénie les plus handicapées de notre échantillon sont celles qui auraient le moins bénéficiées du module visant

l'augmentation de l'estime de soi. Toutefois, mon expérience comme animatrice de ces groupes m'a permis d'observer que ces mêmes individus démontraient une participation et certains gains pendant les rencontres de groupe; effets possiblement dissipés par un milieu de vie favorisant peu le développement de l'estime de soi et de l'autonomie. En effet, le module visant l'augmentation de l'estime de soi encourageait les comportements d'autonomie, de prise de décision personnelle ainsi que l'utilisation des ressources disponibles alors que les milieux de vie percevaient souvent ces nouveaux comportements comme dérangeants et offraient une résistance à leur continuité. Une des limites de cette étude repose justement sur la difficulté de contrôler voire de modifier les milieux de vie. Malgré des efforts de sensibilisation et de coopération de notre part, certains membres du personnel soignant vivaient des situations de stress face à une diminution des effectifs, un ratio patient-soignant insuffisant ainsi qu'une démoralisation face à la maladie mentale, devenant ainsi peu disponibles aux nouveaux besoins des patients.

La diminution marquée des symptômes schizophréniques positifs dans cette recherche, et le maintien de la diminution des délires au post-test de 6 mois, semble attribuable davantage aux variables de groupe comme lieu thérapeutique qu'à un effet spécifique du module. Certains chercheurs ont aussi démontré des changements semblables au niveau de la symptomatologie, arrivant difficilement à les expliquer par leurs techniques ou modules (Tarrier, Sharpe, Beckett, Harwood, Baker et Yusopoff, 1993).

Ces résultats suscitent une interrogation concernant les éléments actifs dans le changement des personnes souffrant de schizophrénie. Jusqu'à présent les interventions en réadaptation psychosociale pour personnes atteintes de schizophrénie se sont intéressées à deux sphères: les variables du client (symptômes, vulnérabilités, déficits, handicaps, et récemment: besoins, motivation, compétence et estime de soi); et les techniques telles que les modules comportementaux visant à modifier les variables du client. La conception même des modules comportementaux et leur vocation d'accessibilité et d'application à tous suggèrent que les variables du thérapeute sont peu influentes dans le processus de réadaptation. En fait, les variables du thérapeute et les caractéristiques de la relation thérapeutique ont été peu étudiées en lien avec la thérapie individuelle de nature comportementale, et encore moins en réadaptation psychosociale (Emmelkamp, 1986; Kahn et Kahn, 1992). Pourtant, les trente dernières années de recherches sur l'efficacité en psychothérapie démontrent que les variables du thérapeute ainsi que celles de la relation thérapeutique prédisent une grande partie du changement (Gaston, 1990; Lambert, 1983). Selon ces études, l'empathie, le regard positif, l'intégrité et la capacité de créer un climat de confiance sont des attributs du thérapeute nécessaires à la formation de l'alliance thérapeutique ainsi qu'à l'amélioration de l'état du client. Frank et Gunderson (1990) ont démontré que les personnes souffrant de schizophrénie ayant réussi à créer une alliance thérapeutique dans le cadre d'une activité de groupe, persévéraient davantage dans leurs traitements médicamenteux, démontraient moins de symptômes positifs et avaient un meilleur pronostic au suivi de deux ans que les patients n'ayant pas créé d'alliance. Ces mêmes chercheurs ont par ailleurs mis sur pied un module afin de favoriser la création de l'alliance

avant d'offrir d'autres types de modules ou activités thérapeutiques. Une autre étude souligne le rôle de l'attachement informel et de l'implication informelle auprès des membres de l'équipe soignante ou des autres patients dans l'amélioration de l'état psychotique de la personne schizophrène (Gern, Dazord, Sali, Guisti et Marie-Cardine, 1990).

Une autre limite de cette recherche réside dans les instruments de mesure utilisés. Plusieurs instruments de mesure, dont ceux mesurant l'estime de soi, n'ayant pas été conçu pour des personnes atteintes de psychoses chroniques, il est possible que ces instruments ne soient pas suffisamment sensibles aux variations subtiles mais vécues comme significatives par la personne elle-même. En effet, les témoignages recueillis lors des dernières rencontres de groupe traitaient, entre autres, des acquis au niveau d'une meilleure appréciation de leurs forces et capacités, d'une nouvelle habileté de fixer des buts personnels et de trouver des moyens pour les atteindre ainsi qu'une révélation de leur potentiel de faire des choix ou prendre des décisions. Un instrument mesurant de façon précise la perception du sentiment d'identité, de sécurité, d'appartenance, de direction et de compétence aurait peut-être dénoté davantage une évolution de l'estime de soi que les instruments utilisés dans cette étude.

En terminant, plusieurs pistes de recherche semblent pertinentes à suivre. L'évaluation des besoins subjectifs des personnes souffrant de schizophrénie pourraient entraîner la mise sur pied de nouvelles interventions en réadaptation s'appuyant davantage sur les aptitudes existantes et non seulement sur la compensation des déficits et handicaps. En ce sens, la

popularité du module visant l'augmentation de l'estime de soi et le faible taux d'abandon étaient en partie tributaire, selon les participants, de l'atmosphère positive et de l'emphase mise sur leurs capacités et leurs forces. De plus, des modules permettant l'inclusion de préoccupations et d'intérêts des participants pourraient susciter une plus grande motivation à l'apprentissage et au maintien des acquis. Cette thèse souligne que le module visant l'augmentation de l'estime de soi favorise la réadaptation psychosociale et qu'il devrait, particulièrement auprès des individus vivant en communauté, être intégré à leur programme de réadaptation. Toutefois, une intervention plus généralisée auprès des membres du personnel soignant et des structures régissant leurs activités semble nécessaire afin d'obtenir une amélioration durable de l'estime de soi auprès des personnes souffrant de schizophrénie demeurant dans un milieu contrôlé tel que l'institution ou le foyer de groupe.

Les études d'efficacité des modules de réadaptation démontrent qu'un seul type de module est insuffisant pour assurer la réadaptation psychosociale de l'individu. Les recherches futures sur les besoins individuels des personnes souffrant de schizophrénie devraient susciter la création de programmes de réadaptation combinant différents modules et dont la durée et la séquence d'exposition aux modules concorderaient au stade et aux capacités du patient.

Cette thèse, malgré ses résultats partiels, a su démontrer la complexité des facteurs pouvant interagir dans la modification de l'estime de soi, dans la diminution de la symptomatologie et dans l'utilisation de stratégies adaptatives chez les personnes souffrant de schizophrénie

chroniques. De futures recherches qui sauraient tenir compte des besoins subjectifs de l'individu ainsi que des variables du milieu, des caractéristiques du thérapeute et du processus de groupe, offriraient une meilleure combinaison des éléments favorisant une réadaptation psychosociale optimale des personnes atteintes de schizophrénie.

Références

(pour les sections introduction et discussion)

Références

- Aberg-Wisted, A., Cressell, T., Lidberg, Y. & Liljenberg, B. (1995). Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. Psychiatric Services, 46, 1263-1266.
- Adler, A. (1969). The science of living. New York: Anchor Books.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, 11-23.
- Anthony, W.A. & Liberman, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. Schizophrenia Bulletin, 12, 542-559.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Barton, R. (1959). Institutional neurosis. Bristol: John Wright.
- Beaudry, P. (1996). Les défis du virage ambulatoire dans les services de santé mentale à Montréal. Santé Mentale au Québec, 21, 67-77.
- Bédard, D., Lazure, D. & Roberts, C. (1962). Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques. Ministère de la Santé du Québec.
- Bednar, R.L., Wells, M.G. & Peterson, S.R. (1989). Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice. Washington: American Psychological Association.
- Bellack, A.S. (1986). Schizophrenia: Behavior therapy's forgotten child. Behavior Therapy, 17, 199-214.

Bellack, A.S., Morrison, R.L. & Mueser, K.T. (1989). Social problem solving in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 15, 101-116.

Bellack, A.S. & Mueser, K.T. (1993). Psychosocial treatment of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 19, 317-336.

Bellack, A.S., Sayers, M., Mueser, K.T. & Bennett, M. (1994). Evaluation of social problem solving in schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 103, 371-378.

Benton, M.K. & Schroeder, H.E. (1990). Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 741-747.

Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F. & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with chronic psychosis. Psychological Medicine, 23(2), 387-395.

Bond, G.R. & Boyer, S.L. (1988). Rehabilitation programs and outcomes, In J.A. Ciardiello & M.D. Bell (Eds.) Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders, pp.231-263. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Boudreau, F. (1984). De l'asile à la santé mentale. Montréal: Éditions St-Martin.

Brandon, N. (1969). Psychology of self-esteem. Los Angeles: Bantam Books.

Brenner, H.D., Hodel, B., Roder, V. & Corrigan, P. (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 18, 21-26.

Brewin, C.R., Wing, J.K., Mangen, S.P., Brugha, T.S. & MacCarthy, B. (1987). Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: The MRC needs for care assessment. Psychological Medicine, 17, 971-981.

Briggs, D. (1970). Your child's self-esteem. New York: Doubleday.

Cardinal, C. (1997). 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec - 1961-1996. Document présenté au sous-comité (CSMQ) sur le virage ambulatoire & la reconfiguration des services en santé mentale.

Cardinal, C. (1995). La construction des identités d'infracteur et de malade mental à travers le processus pénal. Thèse de doctorat, Montréal, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal.

Carling, P.J. (1990). Supported housing: An evaluation agenda. Psychosocial Rehabilitation Journal, 13, 95-104.

Cleemes, H. & Bean, R. (1981). Self-esteem: The key to your child's well being. New York: Kensington Publishing.

Cochrane, J.J., Goering, P. & Rogers, J.M. (1995). Vocational programs and services in Canada. Canadian Journal of Community Mental Health, 10, 51-63.

Corrigan, P.W. (1991). Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22, 203-210.

Corrigan, P.W. & Storzbach, M.A. (1993). Behavioral interventions for alleviating psychotic symptoms. Hospital and Community Psychiatry, 44, 341-347.

Cullberg, J. (1994). Discussion of Sorensen's and Salokangas' papers. British Journal of Psychiatry, 164(suppl.23), 121-122.

Dilk, M.N. & Bond, G.R. (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,1337-1346.

Dorvil, H. (1987). Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-Hyppolite Lafontaine. Santé Mentale Au Québec, 12, 79-89.

Eckman, T.A., Wirshing, W.C., Marder, S.R., Liberman, R.P., Johnston-Cronk, K., Zimmermann, K. & Mintz, J. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: A controlled trial. American Journal of Psychiatry, 149, 1549-1555.

Elder, J.P., Liberman, R.P., Rapport, S. & Rust, C. (1982). Staff and patient reactions to the modernization of a token economy. Behavior Therapist, 5, 19-20.

Emmelkamp, P.M.G. (1986). Behavior therapy. In S. Garfield & A.Bergin (Eds.). Handbook of psychotherapy and behavior change (3rd ed., pp.385-442). New York: Wiley.

Estroff, S.E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. Schizophrenia Bulletin,15(2), 189-196.

Frank, A.F. & Gunderson, J.G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome. Archives of General Psychiatry, 47, 228-235.

Garant, L. (1985). La désinstitutionnalisation en santé mentale. Un tour d'horizon de la littérature. Québec, Ministère des Affaires sociales.

Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: theoretical and empirical considerations. Psychotherapy, 27, 143-153.

Gern, P., Dazord, A., Guisti, P. & Marie-Cardine, M. (1987). Psychotherapeutic factors within psychiatric institutions: A comparison of effectiveness of treatments. In W. Huber (Ed.), Progress in psychotherapy research. Louvain-la-Neuve, Belgique: Presses Universitaires de Louvain.

Goldstein, M.J. (1988). The family and psychopathology. Annual Review of Psychology, 39, 283-299.

Green, M.F. (1993). Cognitive remediation in schizophrenia: Is it time yet? American Journal of Psychiatry, 150, 178-187.

Green, M.F., Satz, P., Ganzell, S. & Vaclav, J.F. (1992). Wisconsin card sorting test performance in schizophrenia: Remediation of a stubborn deficit. American Journal of Psychiatry, 149, 62-67.

Greenberg, J.R. & Mitchell, S.A. (1983). Object relations in psychoanalytic theory. Cambridge: Harvard University Press.

Halford, W.K. & Hayes, R. (1991). Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: Recent findings on social skills training and family psychoeducation. Clinical Psychology Review, 11, 23-44.

Hodgins, S. & Côté, G. (1993). The criminality of mentally disordered offenders. Criminal Justice and Behavior, 20, 115-129.

Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., Ulrich, R.F., Carter, M., & EPICS Research Group. (1991). Family psychoeducation, social skills

training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 48, 340-347.

James, W. (1890). Principles of psychology. New York: Holt.

Johnson, S.M. (1994). Character styles. New York: Norton.

Kahn, E.M. & Kahn, E.W. (1992). Group treatment assignment for outpatients with schizophrenia: Integrating recent clinical and research findings. Community Mental Health Journal, 28(6), 539-550.

Klose, P. & Tinius, T. (1992). Confidence builders: A self-esteem group at an inpatient psychiatric hospital. Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Service, 30(7), 5-9.

Lambert, M.J. (1983). Introduction to assessment of psychotherapy outcome: Historical perspective and current issues. In M.J. Lambert, E.R. Christensen & S.S. DeJulio (Eds.), The assessment of psychotherapy outcome (p.3-32). New York: Wiley-Interscience.

Leclerc, C. (1992). Soutien social, perception du stress et stratégies de coping de jeunes schizophrènes, Mémoire de maîtrise inédit, Montréal: Université de Montréal.

Lecomte, Y. (1988). Le processus de désinstitutionnalisation aux Etats-Unis. Première partie. Santé Mentale au Québec, 12, 33-47.

Leff, J. & Vaughn, C. (1985). Expressed emotions in families. New York: Guilford Press.

Liberman, R.P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. Psychiatry, 57, 104-114.

Liberman, R.P. (1985). Psychosocial therapies for schizophrenia. In: H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, pp.724-734.

Liberman, R.P. & Green, M.F. (1992). Wither cognitive-behavioral therapy for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 18, 27-35.

Liberman, R.P., Falloon, I.R.S. & Wallace, C.J. (1984). Drug-psychosocial interactions in the treatment of schizophrenia. In M. Mirabi (Ed.), The Chronically Mentally Ill. New York: SP Medical and Scientific Books.

Liberman, R.P., Mueser, K.T., Wallace, C.J., Jacobs, H.H.E., Eckman, T., & Massel, H.K. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. Schizophrenia Bulletin, 12, 631-647.

MacCarthy, B., Benson, J. & Brewin, C.R. (1986). Task motivation and problem-appraisal in long-term psychiatric patients. Psychological Medicine, 16, 431-438.

Mann, N.A., Tandon, R., Butler, J., Boyd, M., Eisner, W.H. & Lewis, M. (1993). Psychosocial rehabilitation in schizophrenia: Beginnings in acute hospitalization. Archives of Psychiatric Nursing, 7(3), 154-162.

McGowan, M. (1991). Complementary identification in schizophrenia. Perspectives of Psychiatric Care, 27(1), 10-14.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). Orientation pour la transformation des services de santé mentale. Document de consultation. Gouvernement du Québec, p.20.

Muller-Spahn, F., Modell, S. & Thomma, M. (1992). New aspects in the diagnosis, pathogenesis and therapy of schizophrenic negative symptoms. Nervenartz, 63, 383-400.

Nicholson, I.R. & Neufeld, W.J. (1992). A dynamic vulnerability perspective on stress and schizophrenia. American Journal of Orthopsychiatry, 62, 117-130.

Pagé, J-C. (1961). Les fous crient au secours. Témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu. Montréal: Les Éditions du Jour.

Paul, G.L. & Lentz, R.J. (1977). Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social-learning programs. Cambridge: Harvard University Press.

Reasoner, R.W. (1992). Building self-esteem in the elementary schools - Teacher's manual, 2nd edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Ridgway, P. & Zipple, A.M. (1990). The paradigm shift in residential services: from the linear continuum to supported housing approaches. Psychosocial Rehabilitation Journal, 13, 11-31.

Roy, M-A, Neale, M.C. & Kendler, K.S. (1995). The genetic epidemiology of self-esteem. British Journal of Psychiatry, 166, 813-820.

Shepherd, G. (1990). A criterion-oriented approach to skills training. Psychosocial Rehabilitation Journal, 13, 11-13.

Steffenhagen, P.A. & Burns, J.D. (1987). The social dynamics of self-esteem. New York: Praeger.

St-Onge, M., Lavoie, F. & Cormier, H. (1995). Les difficultés perçues par des mères de personnes atteintes de troubles psychotiques face au système de soins professionnels. Santé Menatle au Québec, 20, 89-118.

Subbotsky, E. (1995). The development of pragmatic and non-pragmatic motivation. Human Development, 38, 217-234.

Tarell, J.D. (1989). Self-regulation os symptoms in schizophrenia: Psychoeducational interventions for clients and families. In J.T. Maurin (Ed.) Chronic Mental Illness: Coping Strategies. New Jersey: Journal of Psychosocial Book Club.

Tarrier, N., Sharpe, L., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A. & Yusopoff, L. (1993). A trial of two cognitive behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 28, 5-10.

Wallace, C.J., Boone, C.P., Donahoe, C.P. & Foy, D.W. (1985). The chronically mentally disabled: Independent living skills training. In D.H. Barlow (Ed.) Clinical Handbook of Psychological Disorders. New York: Guilford.

Walsh, J. & Connelly, P. (1996). Supportive behaviors in natural support networks of people with serious mental illness. Health and Social Work, 21, 296-303.

Waschull, S.B. & Kernis, M.H. (1996). Level and stability of self-esteem as predictors of children's intrinsic motivation and reasons for anger. Personality and Social Psychology Bulletin, 22, 4-13.

Weiss, K.M. & Chapman, H.A. (1993). A computer-assisted inpatient psychiatric assessment and treatment planning system. Hospital and Community Psychiatry, 44, 1097-1100.

Winick, B.J. (1995). The side effects of incompetency labeling and the implications for mental health law. Psychology, Public policy and Law, 1, 6-42.

Winnicott, D.W. (1965). The maturational process and the facilitating environment. NY: International Universities Press.

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability - A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 86, 103-126

Appendice A

**Les instruments de mesure:
questionnaires**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

xiv

(groupe expérimental)

Par la présente, je confirme mon consentement à participer au projet de recherche mené par le centre de recherche Fernand Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, affilié à l'Université de Montréal. Celui-ci évaluera les moyens que les personnes utilisent pour faire face au stress de la vie quotidienne et pour améliorer leur estime de soi.

Ma contribution à cette recherche consiste à participer à un groupe comprenant 8 personnes de l'unité en compagnie de deux animateurs et d'un ou deux représentants du personnel. Les rencontres de groupe auront lieu pendant 12 semaines, à raison de deux fois une heure par semaine. Le groupe aura la forme d'un atelier ou d'un groupe de discussion. De plus, j'aurai à répondre à un certain nombre de questions à quatre moments, soit avant le début du programme, après le programme, six mois plus tard et un an plus tard.

Ma participation à la recherche est totalement volontaire, c'est-à-dire que je peux, en tout temps, refuser de répondre à une question ou cesser de participer au groupe sans que cela me cause préjudice. Toutes les informations recueillies serviront seulement aux fins de la recherche et seront traitées de façon confidentielle. A quatre moments durant la prochaine année, je répondrai aux questions d'une infirmière, à celles d'une psychologue et je passerai des tests sur ordinateur. Chaque fois que je rencontrerai l'infirmière pour répondre à ses questions, je toucherai la somme de 5\$. Je recevrai la somme de 5\$ pour chacune des entrevues avec une psychologue et la somme de 1\$ pour répondre à des questions sur ordinateur, pour un total de 44\$ durant la prochaine année.

SIGNATURE DU SUJET: _____

SIGNATURE DU TEMOIN: _____

SIGNE LE: _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

xv

(groupe contrôle)

Par la présente, je confirme mon consentement à participer au projet de recherche mené par le centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, affilié à l'Université de Montréal. Celui-ci évaluera les moyens que les personnes utilisent pour faire face au stress de la vie quotidienne et pour améliorer leur estime de soi.

Ma participation à la recherche consiste à répondre à un certain nombre de questions à quatre reprises, le tout échelonné sur une année.

Ma participation à la recherche est totalement volontaire, c'est-à-dire que je peux, en tout temps, refuser de répondre à une question ou cesser de participer sans que cela me cause préjudice. Toutes les informations recueillies serviront seulement aux fins de la recherche et seront traitées de façon confidentielle. A quatre moments durant la prochaine année, je répondrai aux questions d'une infirmière, à celles d'une psychologue et je passerai des tests sur ordinateur. Chaque fois que je rencontrerai l'infirmière pour répondre à ses questions, je toucherai la somme de 5\$. Je recevrai la somme de 5\$ pour chacune des entrevues avec une psychologue et la somme de 1\$ pour répondre à des questions sur ordinateur, pour un total de 44\$ durant la prochaine année.

SIGNATURE DU SUJET: _____

SIGNATURE DU TEMOIN: _____

SIGNE LE: _____

Fiche sociodémographique et clinique

1. Date de l'évaluation: / /
 jour mois année

2. No de sujet: _____

3. Centre hospitalier: 1. Louis-H. Lafontaine _____
 2. Institut Philippe-Pinel _____
 3. Autre _____

4. Unité: _____

5. Le sujet est traité dans un centre de soins:

1. Court terme _____
 2. Long terme _____

6. Personnes de référence à contacter si le participant quitte l'hôpital:

1. Nom: _____ Tél.: () _____

2. Nom: _____ Tél.: () _____

A. Renseignements généraux

7. Sexe du sujet: 1. Féminin _____
 2. Masculin _____

8. Date de naissance: / / Âge au moment de l'étude: _____
 jour mois année

9. Nombre d'années complétées de scolarité : _____

- Cotation:
0. Pas de pathologie significative / ne requiert aucun soin médical ou de nursing pour cette condition.
 1. Prend médication quotidienne sans supervision.
 2. Visite régulièrement son médecin de famille à ce sujet.
 3. Visite régulièrement un spécialiste à ce sujet.
 4. Prend une médication quotidienne avec supervision.
 5. Reçoit un service nursing ou paramédical pour cette condition.
 6. Soins nursing quotidiens.
 7. Soins médicaux quotidiens.

16. Coter tout niveau d'incapacité pour:

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. incontinence urinaire / fécale |
| <input type="checkbox"/> | 2. mobilité physique |
| <input type="checkbox"/> | 3. vision |
| <input type="checkbox"/> | 4. ouïe |
| <input type="checkbox"/> | 5. dyskinésie |

- Cotation:
1. Aucune
 2. Légère
 3. Modérée
 4. Sévère

17. Au moment de l'évaluation, le participant résidait: _____

1. À l'hôpital
2. En appartement supervisé
3. En foyer de groupe
4. En appartement seul
5. Avec sa famille
6. Autre: (préciser): _____

18. Indiquez si le participant a fréquenté les activités suivantes aux différents moments énumérés:

xxi

	Actuel oui = 1 non = 0	1 ans oui = 1 non = 0	5 ans oui = 1 non = 0
1. Ergothérapie (inclue éducation physique)			
2. Centre de jour			
3. Atelier protégé			
4. Études			
5. Emploi protégé			
6. Emploi			
7. Activité thérapeutique (ex.: gestion de la colère, gestion du stress...). Indiquez de quelle activité il s'agit			

1

**Annexe à la fiche socio-démographique
Temps 1**

xxii

No du sujet _____

1. Date de l'évaluation: _____

2. Au moment de l'évaluation, le participant résidait: _____

- 1. À l'hôpital
- 2. En appartement supervisé
- 3. En foyer de groupe
- 4. En appartement seul
- 5. Avec sa famille
- 6. Autre (préciser): _____

3. Depuis la dernière évaluation, le participant a-t-il changé de résidence, d'unité ou a-t-il été hospitalisé?

- 1. Oui _____
- 2. Non _____

Si oui, préciser (il est possible que vous ayez à encrer plus d'une réponse, comme le cas où le participant aurait eu un congé, puis aurait été réhospitalisé):

- 1. Il a été hospitalisé
- 2. Il a demeuré en appartement supervisé
- 3. Il a demeuré en foyer de groupe
- 4. Il a demeuré en appartement seul
- 5. Il a demeuré avec sa famille
- 6. Il a changé d'unité
- 7. Autre: _____

Précisez les dates relatives au(x) changement(s) de résidence ou d'hospitalisation(s)
(admission ou sortie):

4. Depuis la dernière évaluation, le participant a-t-il fréquenté les activités suivantes?
(1=oui; 0=non)

- 1. Ergothérapie _____
 - 2. Centre de jour _____
 - 3. Atelier protégé _____
 - 4. Études _____
 - 5. Emploi protégé _____
 - 6. Emploi _____
 - 7. Activité thérapeutique _____
(ex.: gestion de la colère,...)
- Précisez l'activité dont il s'agit _____

5. Nom de deux personnes de référence

- 1. _____ Tél.: _____
- 2. _____ Tél.: _____

**Annexe à la fiche socio-démographique
Temps 2**

xxiii

No du sujet _____

1. Date de l'évaluation: _____

2. Au moment de l'évaluation, le participant résidait: _____

1. À l'hôpital
2. En appartement supervisé
3. En foyer de groupe
4. En appartement seul
5. Avec sa famille
6. Autre (préciser): _____

3. Depuis la dernière évaluation, le participant a-t-il changé de résidence, d'unité ou a-t-il été hospitalisé?

1. Oui _____
2. Non _____

Si oui, préciser (il est possible que vous ayez à encrer plus d'une réponse, comme le cas où le participant aurait eu un congé, puis aurait été réhospitalisé):

1. Il a été hospitalisé
2. Il a demeuré en appartement supervisé
3. Il a demeuré en foyer de groupe
4. Il a demeuré en appartement seul
5. Il a demeuré avec sa famille
6. Il a changé d'unité
7. Autre: _____

Précisez les dates relatives au(x) changement(s) de résidence ou d'hospitalisation(s)
(admission ou sortie):

4. Depuis la dernière évaluation, le participant a-t-il fréquenté les activités suivantes?
(1=oui; 0=non)

1. Ergothérapie _____
 2. Centre de jour _____
 3. Atelier protégé _____
 4. Études _____
 5. Emploi protégé _____
 6. Emploi _____
 7. Activité thérapeutique _____
(ex.: gestion de la colère,...)
- Précisez l'activité dont il s'agit _____

5. Nom de deux personnes de référence

1. _____ Tél.: _____
2. _____ Tél.: _____

Relevé de la médication

xxiv

Date du relevé _____

No de sujet _____

Unité _____

Centre hospitalier _____

Nom de l'évaluateur _____

Indiquez de quel relevé il s'agit:

- Pré-test
- Mi-test
- Post-test 1
- Post-test 2
- Post-test 3

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Évaluation psychosociale

Date de l'évaluation: _____
 jour mois année

No de sujet: _____

Unité: _____

Centre hospitalier: _____

Nom de l'évaluateur: _____

Indiquez de quelle évaluation il s'agit:

- Pré-test
- Post-test 1
- Post-test 2
- Post-test 3

Commentaires

1. Si l'entrevue n'a pu avoir lieu en raison de l'état du patient, décrivez l'état ou les symptômes observés et autant que possible, prenez note des événements entourant les changements observés (incluant les changements dans la médication).

2. Autres commentaires

ECHELLE D'ESTIME DE SOI DE ROSENBERG, TRADUIT PAR VALLIERES ET VALLERAND

sujet : _____

e: _____

Près de chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Vrai	Un peu vrai	Un peu faux	Faux
1	2	3	4

	Vrai	Un peu vrai	Un peu faux	Faux
Je pense que je suis une personne de valeur.	1	2	3	4
Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	2	3	4
Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e).	1	2	3	4
Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	3	4
Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.	1	2	3	4
J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	1	2	3	4
Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	1	2	3	4
J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	4
Parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	3	4
Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien.	1	2	3	4

TEST SUR L'ESTIME DE SOI, de Steffenhagen/Burns
traduit par Lecomte et Leclerc.

Nom: _____

Prénom: _____

Répondez aux questions suivantes en encerclant le x approprié.

- | | Vrai | Un peu
vrai | Un peu
faux | Faux |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------|----------------|------|
| 1. Je recherche de nouveaux défis. | X | x | x | X |
| 2. Quand les choses vont mal, je deviens très découragé(e). | X | x | x | X |
| 3. Lorsque je dois prendre une décision, je préfère avoir plusieurs choix plutôt que quelques uns. | X | x | x | X |
| 4. Je me trouve aussi compétent(e) que la moyenne des gens. | X | x | x | X |
| 5. Quand je participe à des discussions de groupe, je crois que mes interventions sont aussi valables que celles des autres membres du groupe. | X | x | x | X |
| 6. Je peux prendre une situation en charge si on me le demande. | X | x | x | X |
| 7. J'ai tendance à reporter à plus tard les tâches qui ne me tentent pas. | X | x | x | X |
| 8. Je préfère faire des compromis plutôt que de défendre mon opinion. | X | x | x | X |
| 9. Je me sens intimidé(e) par les personnes agressives. | X | x | x | X |
| 10. Il est important pour moi de travailler à maintenir une bonne forme physique. | X | x | x | X |
| 11. J'aime participer à des activités physiques avec d'autres, même lorsque je ne suis pas très bon(ne). | X | x | x | X |

Vrai	Un peu	Un peu	Faux
	vrai	faux	

12. Je n'aime pas me regarder dans un miroir.

X _____ x _____ x _____ X

13. Les autres pensent que je suis attirant(e).

X _____ x _____ x _____ X

14. Faire des tâches manuelles me fait sentir inférieur.

X _____ x _____ x _____ X

15. Parfois, j'apprécie me retrouver seul.

X _____ x _____ x _____ X

16. J'aime parfois porter des vêtements qui me distinguent des autres.

X _____ x _____ x _____ X

17. Je peux me sentir bien dans une situation sociale même si je ne suis pas avec mon groupe d'amis.

X _____ x _____ x _____ X

18. Mes craintes peuvent m'empêcher de m'amuser.

X _____ x _____ x _____ X

19. L'idée de déménager me fait peur.

X _____ x _____ x _____ X

20. J'ai tendance à avoir confiance en moi.

X _____ x _____ x _____ X

21. Les gens respectent mon style de vie.

X _____ x _____ x _____ X

22. J'évite parfois de faire certaines choses à cause de ce que les autres pourraient dire.

X _____ x _____ x _____ X

23. Je préfère accepter une situation plutôt que de faire une scène, dans un endroit public.

X _____ x _____ x _____ X

24. Je préfère regarder les sports à la télé que d'en faire moi-même.

X _____ x _____ x _____ X

25. Je prend l'initiative pour rencontrer des gens dans des situations sociales.

X _____ x _____ x _____ X

QUESTIONNAIRE DE L'ESTIME DE SOI**A remplir par un membre du personnel**

Nom du sujet _____

No de l'unité _____

Date _____

1. Le sujet fait preuve de fiabilité et de responsabilité dans l'accomplissement de ses tâches ou devoirs.

toujours souvent parfois jamais

2. Le sujet est méprisant ou critique à l'égard des autres.

toujours souvent parfois jamais

3. Lorsque le sujet est inquiet, cela transparait dans ses gestes, paroles et comportements; il semble avoir de la difficulté à réduire ses craintes.

toujours souvent parfois jamais

4. Le sujet parle de lui en termes positifs.

toujours souvent parfois jamais

5. Le sujet, lorsqu'il est de mauvaise humeur, semble le demeurer longtemps sans faire quoique ce soit pour améliorer son humeur ou se faire plaisir.

toujours souvent parfois jamais

6. Le sujet démontre surtout ses défauts et ne semble pas accorder autant d'importance à ses qualités.

toujours souvent parfois jamais

7. Le sujet discute ou socialise avec d'autres personnes de son unité.

toujours souvent parfois jamais

8. Le sujet pose des actions gentilles pour quelqu'un.

toujours souvent parfois jamais

9. Le sujet démontre de la motivation pour travailler ou s'améliorer dans certains domaines.

toujours souvent parfois jamais

10. Le sujet se fixe des buts personnels sur lesquels il travaille.

toujours souvent parfois jamais

11. Le sujet essaie de perfectionner une ou certaines de ses habiletés.

toujours souvent parfois jamais

12. Le sujet va consulter quelqu'un lorsqu'il a besoin d'aide.

toujours souvent parfois jamais

L'Echelle des Hâbiletés de Vie Autonome

Pour chacune des questions, encerclez la réponse qui décrit le mieux la situation.

I - HYGIÈNE PERSONNELLE

Durant le mois qui vient de s'écouler,

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. Prenez-vous un bain ou une douche au moins une fois par semaine sans que le personnel soignant en fasse la demande? | OUI | NON |
| 2. Vous lavez-vous les cheveux au moins une fois tous les 15 jours (1 fois par semaine pour les femmes) sans que le personnel soignant en fasse la demande? | OUI | NON |
| 3. Utilisez-vous un déodorant tous les matins sans que le personnel soignant en fasse la demande? | OUI | NON |
| 4. Vous coiffez-vous tous les matins sans que le personnel soignant en fasse la demande? | OUI | NON |
| 5. Vous nettoyez-vous les ongles régulièrement sans que le personnel soignant en fasse la demande? | OUI | NON |
| 6. Vous brossez-vous les dents avec du dentifrice au moins une fois par jour sans que le personnel soignant en fasse la demande? | OUI | NON |

II - APPARENCE ET TENUE VESTIMENTAIRE

Durant le mois qui vient de s'écouler,

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. Changez-vous de sous-vêtements au moins deux fois par semaine sans que le personnel soignant en fasse la demande? | OUI | NON |
| 2. Achetez-vous vous-même vos vêtements? | OUI | NON |
| 3. Lavez-vous votre linge avec du savon? | OUI | NON |
| 4. Pliez-vous ou suspendez-vous le linge que vous venez de laver? | OUI | NON |
| 5. Rangez-vous soigneusement vos vêtements sans que le personnel soignant en fasse la demande? | OUI | NON |
| 6. Mettez-vous votre linge sale à part de votre linge propre sans que le personnel soignant en fasse la demande? | OUI | NON |

III - ENTRETIEN MÉNAGER

Durant le mois qui vient de s'écouler,

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. Faites-vous votre lit tous les jours sans que le personnel soignant en fasse la demande? | OUI | NON |
| 2. Ramassez-vous les choses qui traînent et remettez-vous vos vêtements, revues, cigarettes, etc., à leur place sans que le personnel soignant en fasse la demande? | OUI | NON |
| 3. Essuyez-vous vos meubles ou nettoyez-vous vos tapis ou vos planchers lorsque vous venez d'y renverser du café, par exemple, sans que le personnel soignant en fasse la demande? | OUI | NON |

IV - ENTREPOSAGE ET PRÉPARATION DES ALIMENTS

Directives: Choisissez l'alternative appropriée à la personne.

Durant le mois qui vient de s'écouler,

**Habituellement, lorsque vous n'êtes pas à l'hôpital,
ou**

**Lorsque vous allez à la cafétéria ou que vous recevez votre plateau
(si le sujet est hospitalisé),**

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. Mangez-vous habituellement une portion de légumes par jour? | OUI | NON |
| 2. Mangez-vous habituellement une portion de produits laitiers par jour? | OUI | NON |
| 3. Mangez-vous habituellement une portion de céréales (pain, nouilles, etc.) par jour? | OUI | NON |
| 4. Mangez-vous habituellement une portion de viande, volaille ou poisson par jour? | OUI | NON |
| 5. Vous préparez-vous des plats simples comme des sandwiches, des céréales dans du lait, etc., qui ne requièrent aucune cuisson? | OUI | NON |
| 6. Vous préparez-vous des plats qui ne requièrent qu'une cuisson rapide, comme des oeufs miroirs ou des "TV dinners"? | OUI | NON |

V - SANTÉ

1. Si vous ne prenez pas vos médicaments seul, coopérez-vous avec la personne qui vous les donne? OUI NON

VI - GESTION FINANCIÈRE

Directives: Pour considérer que les sujets gèrent leur budget, ils doivent recevoir 115\$/mois ou plus et ils doivent l'administrer eux-même. Cotez non aux items 1 et 4 si le montant d'argent leur est attribué par petites sommes à chaque semaine.

Habituellement,

1. Gérez-vous vous-même votre argent? OUI NON

2. Avez-vous un compte d'épargne? OUI NON

3. Avez-vous un compte chèques? OUI NON

4. Établissez-vous un budget ou prévoyez-vous vos dépenses? OUI NON

VII - DÉPLACEMENTS

Habituellement,

1. Prenez-vous l'autobus (Répondez *oui* si le sujet peut prendre l'autobus seul) ? OUI NON

2. Savez-vous lire les horaires d'autobus? OUI NON

3. Appelez-vous les compagnies de transport pour obtenir des renseignements lorsque vous voulez vous rendre à un endroit où vous n'êtes jamais allé? OUI NON

4. Demandez-vous le chemin à prendre à d'autres personnes lorsque vous voulez aller à un endroit qui vous est inconnu? OUI NON

VIII - LOISIRS

Habituellement, chaque semaine,

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1.Écoutez-vous régulièrement la radio ou regardez-vous régulièrement la télévision? | OUI | NON |
| 2.Ecrivez-vous des lettres, parlez-vous au téléphone ou rencontrez-vous régulièrement des amis ou des membres de votre famille qui sont à l'extérieur de l'hôpital? | OUI | NON |
| 3.Allez-vous au cinéma une ou deux fois par mois? | OUI | NON |
| 4.Lisez-vous régulièrement des livres, des journaux ou des revues? | OUI | NON |
| 5.Avez-vous un passe-temps auquel vous vous adonnez régulièrement (exclure la lecture, le cinéma, l'écoute de la radio et de la télévision de cette catégorie)? | OUI | NON |
| 6.Assistez-vous régulièrement à des réunions de divers organismes communautaires, de loisirs, paroissiaux ou de quartier (groupe de lecture, bowling, chorale)? | OUI | NON |

X - CAPACITÉ DE GARDER SON EMPLOI

Directives: Considérez également les ateliers thérapeutiques.

Si vous avez un travail, habituellement, durant le dernier mois,

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1.Arrivez-vous à l'heure à l'ouvrage? | OUI | NON |
| 2.Est-ce que vous vous entendez bien avec vos compagnons de travail? | OUI | NON |
| 3.Est-ce que vous vous entendez bien avec vos patrons? | OUI | NON |

L'Echelle des Habiletés de Vie Autonome:

Nom de la personne hospitalisée _____

I. HYGIÈNE PERSONNELLE

Durant le mois qui vient de s'écouler, selon vos observations au sujet de la personne ci-haut mentionnée.

- | | | |
|--------------------------------------------------------|-----|-----|
| 8.Son visage, ses mains, ses bras, etc., sont propres? | OUI | NON |
| 9.Ses cheveux sont propres? | OUI | NON |
| 10.Ses cheveux sont coiffés? | OUI | NON |
| 11.Ses cheveux sont bien coupés? | OUI | NON |
| 12.Absence d'odeur corporelle? | OUI | NON |
| 13.Ses ongles sont propres? | OUI | NON |

II. APPARENCE ET TENUE VESTIMENTAIRE

Durant le mois qui vient de s'écouler,

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 21.Ses vêtements sont propres et bien entretenus? | OUI | NON |
| 22.Le sujet porte des vêtements appropriés à la saison? | OUI | NON |
| 23.Ses vêtements sont convenablement assortis (genre et couleur)? | OUI | NON |

Lorsque le problème nommé _____ est survenu dans votre vie avez vous utilisé un des moyens suivants?

1.- J'ai essayé de laisser sortir la pression

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très
jamais jamais fois souvent souvent souvent

2.- J'ai essayé de me convaincre que le problème n'était pas si important après tout

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très
jamais jamais fois souvent souvent souvent

3.- J'ai essayé de m'empêcher de penser au problème

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très
jamais jamais fois souvent souvent souvent

4.- Je me suis dit que le problème n'était pas important

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très
jamais jamais fois souvent souvent souvent

5.- J'ai essayé de ne pas porter mon attention sur le problème

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très
jamais jamais fois souvent souvent souvent

6.-J'ai essayé de me soulager de ma tension d'une manière ou d'une autre

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très
jamais jamais fois souvent souvent souvent

7.-J'ai tenté de modifier la situation afin d'obtenir ce que je désirais

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très
jamais jamais fois souvent souvent souvent

8.-Je me suis dit qu'après tout, le problème n'était pas aussi grave^{xxxvii}

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très
jamais fois souvent souvent

9.-J'ai fait un effort afin de modifier mes attentes

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très
jamais fois souvent souvent

10.-J'ai refusé de penser au problème

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très
jamais fois souvent souvent

11.-J'ai concentré mes efforts pour changer la situation

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très
jamais fois souvent souvent

12.-J'ai essayé de me convaincre que les choses étaient en fait acceptables comme elles étaient

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très
jamais fois souvent souvent

13.-Je me suis dit que le problème n'était pas une si grosse affaire

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très
jamais fois souvent souvent

14.-J'ai simplement essayé de me débarrasser de ce que j'avais sur le coeur

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très
jamais fois souvent souvent

15.-J'ai tenté d'adapter mes attentes pour qu'elles soient en accord avec la situation

I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I.....I
Jamais presque à l'occasion quelques assez souvent très
jamais fois souvent souvent

Nous vivons tous des situations qui nous occasionnent du stress. Pensez à une situation qui vous occasionne actuellement du stress. Répondez à chacune des questions suivantes en tenant compte de vos perceptions face à cette situation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Répondez selon vos sentiments par rapport à la situation.

Encerclez le chiffre correspondant à chacune de vos réponses

1 = Pas du tout
 2 = Un peu
 3 = Passablement
 4 = Beaucoup
 5 = Excessivement

- | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Est-ce que cette situation est insurmontable? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Est-ce que cette situation me rend tendu(e)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Est-ce que les conséquences de cette situation sont hors du contrôle de qui que ce soit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Est-ce qu'il y a quelqu'un ou existe-t-il une agence à qui je pourrais demander de l'aide si nécessaire? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Est-ce que cette situation m'inquiète? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Est-ce que cette situation a d'importantes conséquences sur ma vie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Est-ce que cette expérience aura un impact positif sur moi? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Est-ce que j'ai le goût de faire face à cette situation?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Est-ce que les effets de cette situation affecteront ma vie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. A quel point puis-je devenir une personne plus forte suite à cette expérience? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Est-ce que cette situation aura des effets négatifs sur moi? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Est-ce que j'ai la capacité de réussir dans cette situation? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Est-ce que cette situation a des implications sérieuses sur ma vie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Entourer le chiffre correspondant à chacune de vos réponses

1 = Pas du tout
 2 = Un peu
 3 = Passablement
 4 = Beaucoup
 5 = Excessivement

- | | | | | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 14. | Est-ce que j'ai les ressources personnelles pour réussir dans cette situation? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Y a-t-il de l'aide disponible afin de me permettre de faire face à cette situation? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Est-ce que cette situation dépasse mes capacités de m'y adapter? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Y a-t-il suffisamment de ressources disponibles pour m'aider à faire face à cette situation? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Est-ce hors du pouvoir de qui que ce soit de faire quelque chose par rapport à cette situation? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Est-ce que les résultats de cette situation me motivent à trouver des solutions? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | Jusqu'à quel point cette situation me menace? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | Est-ce que ce problème est sans solution pour qui que ce soit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | Est-ce que je serai capable de surmonter ce problème?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | Y a-t-il quelqu'un qui peut m'aider à prendre en main cette situation? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | A quel point je perçois cette situation comme étant stressante? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. | Est-ce que j'ai les habiletés nécessaires pour réussir dans cette situation? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. | Est-ce que cette situation me demande de faire des efforts inhabituels d'adaptation?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. | Est-ce que cette situation a des répercussions à long terme sur ma vie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. | Est-ce que cette situation aura un impact négatif sur moi? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Questionnaire sur la pensée magique
Ekblad, M. et Chapman, L.J. (1983)
Traduction de Leclerc, C. et Lecomte, T. (1994).

xli

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 1.- Certaines personnes peuvent me signaler leur présence simplement en pensant à moi. | Vrai | Faux |
| 2.- Pour un court moment, j'ai déjà eu l'impression que je n'étais pas un être humain. | Vrai | Faux |
| 3.- J'ai quelques fois eu peur de marcher sur les craques des trottoirs. | Vrai | Faux |
| 4.- Si je le voulais, je pense que je pourrais apprendre à lire dans la pensée des autres. | Vrai | Faux |
| 5.- Les horoscopes sont trop souvent vrais pour que ce soit une coïncidence. | Vrai | Faux |
| 6.- Les objets semblent avoir été déplacés quand je reviens à la maison, même si je sais que personne n'est venu. | Vrai | Faux |
| 7.- Les chiffres, comme le 13 ou le 7 n'ont pas de pouvoir particulier. | Vrai | Faux |
| 8.- J'ai déjà eu, à l'occasion, la drôle d'impression que l'annonceur de la télévision ou de la radio savait que je l'écoutais. | Vrai | Faux |
| 9.- Je me suis inquiété en pensant que les habitants d'autres planètes pouvaient influencer ce qui se passe sur la terre. | Vrai | Faux |
| 10.-Le gouvernement refuse de nous dire la vérité au sujet des soucoupes volantes. | Vrai | Faux |
| 11.-J'ai perçu que des messages m'étaient adressés par la façon dont les choses étaient placées, par exemple comme dans une vitrine de magasin. | Vrai | Faux |

- 12.-Je n'ai jamais douté que mes rêves étaient le produit de ma pensée. Vrai Faux
- 13.-Les porte-bonheur ne fonctionnent pas. Vrai Faux
- 14.-J'ai déjà entendu des sons sur mes disques qui n'y étaient pas à d'autres moments. Vrai Faux
- 15.-Les gestes que des inconnus font avec leurs mains semblent m'influencer à l'occasion. Vrai Faux
- 16.-Je ne rêve presque jamais aux choses avant qu'elles n'arrivent. Vrai Faux
- 17.-L'espace d'un moment, j'ai eu l'impression qu'un sosie avait pris la place de quelqu'un d'autre. Vrai Faux
- 18.-Ce n'est pas possible de faire du mal aux autres simplement en ayant de mauvaises pensées à leur sujet. Vrai Faux
- 19.-J'ai quelques fois ressenti la présence d'un esprit mauvais autour de moi, bien que je ne pouvais pas le voir. Vrai Faux
- 20.-J'ai parfois l'impression de gagner ou de perdre de l'énergie quand certaines personnes me regardent ou me touchent. Vrai Faux
- 21.-J'ai eu quelques fois la pensée passagère que des inconnus sont en amour avec moi. Vrai Faux
- 22.-Je n'ai jamais eu l'impression que certaines de mes pensées appartenaient vraiment à quelqu'un d'autre. Vrai Faux
- 23.-Lorsque je suis présenté à des inconnus, je me demande rarement si je les connaissais avant. Vrai Faux

24.-Si la réincarnation existait vraiment, ceci pourrait expliquer certaines expériences inhabituelles que j'ai eues.	Vrai	Faux
25.-Les gens agissent parfois si étrangement que l'on peut se demander s'ils font partie d'une expérience.	Vrai	Faux
26.-A l'occasion, je fais quelques gestes répétitifs pour éloigner les mauvaises influences.	Vrai	Faux
27.-J'ai déjà ressenti que je pouvais causer un événement, simplement en y pensant trop.	Vrai	Faux
28.-Je me suis déjà demandé si les esprits des morts pouvaient influencer les vivants.	Vrai	Faux
29.-A certains moments, j'ai senti que le cours du professeur s'adressait à moi en particulier.	Vrai	Faux
30.-J'ai parfois senti que des étrangers lisaient dans mes pensées.	Vrai	Faux

BIEN-ETRE PERSONNEL

Les questions qui suivent portent sur d'autres aspects de votre santé. Nous aimerions savoir comment vous vous êtes senti durant la dernière semaine.

Encerclez la réponse

	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	
SI- 1. Vous êtes-vous senti(e) ralenti(e) ou avez-vous manqué d'énergie?	1	2	3	4	_____
II- 2. Avez-vous eu des étourdissements ou l'impression que vous alliez vous évanouir?	1	2	3	4	_____
I- 3. Avez-vous senti que votre coeur battait vite ou fort, sans avoir fait d'effort physique?	1	2	3	4	_____
I- 4. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer?	1	2	3	4	_____
I- 5. Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?	1	2	3	4	_____
- 6. Vous êtes-vous senti(e) seul(e)?	1	2	3	4	_____
- 7. Avez-vous eu des blancs de mémoire?	1	2	3	4	_____
- 8. Avez-vous perdu intérêt au plaisir dans votre vie sexuelle?	1	2	3	4	_____
- 9. Avez-vous transpiré sans avoir travaillé ou avoir eu trop chaud?	1	2	3	4	_____

Encarcliez la réponse xiv

	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	
SI-10. Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les "bleus"?	1	2	3	4	_____
SI-11. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression?	1	2	3	4	_____
SI-12. Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose?	1	2	3	4	_____
SI-13. Avez-vous eu l'estomac dérangé ou senti des brûlements d'estomac?	1	2	3	4	_____
SI-14. Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu inté- ressé(e) par les choses?	1	2	3	4	_____
SI-15. Avez-vous remarqué que vos mains tremblaient?	1	2	3	4	_____
SI-16. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?	1	2	3	4	_____
SI-17. Avez-vous eu des diffi- cultés à vous souvenir des choses?	1	2	3	4	_____
SI-18. Avez-vous eu des diffi- cultés à vous endormir ou à rester endormi(e)?	1	2	3	4	_____
SI-19. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes- vous senti(e) sur le point de pleurer?	1	2	3	4	_____
I-20. Avez-vous eu de la difficulté à reprendre votre souffle?	1	2	3	4	_____
I-21. Avez-vous manqué d'appétit?	1	2	3	4	_____
I-22. Avez-vous dû éviter des endroits, des activités ou des choses parce que cela vous faisait peur?	1	2	3	4	_____
I-23. Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement?	1	2	3	4	_____

Encerclez la réponse

	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	
PSI-24. Avez-vous pensé que vous pourriez mettre fin à vos jours?	1	2	3	4	—
PSI-25. Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres?	1	2	3	4	—
PSI-26. Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e)?	1	2	3	4	—
PSI-27. Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance?	1	2	3	4	—
PSI-28. Avez-vous eu des difficultés à prendre des décisions?	1	2	3	4	—
PSI-29. Avez-vous eu des tensions ou des raideurs dans votre dos ou d'autres muscles?	1	2	3	4	—

ECHELLE DE PROVISIONS SOCIALES (EPS),
traduction par J. Caron (UQAT)

xlvii

Nom: _____

Unité: _____

Nous aimerions que vous répondiez le plus honnêtement possible à une série de questions portant sur votre réseau social. Lorsque vous répondez, essayer de penser aux gens qui vous entourent.

VRAI
1

un peu vrai
2

un peu faux
3

FAUX
4

- 1- Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin. _____
2. J'ai l'impression que je n'ai aucune relation intime avec les autres. _____
3. Je n'ai personne à qui m'adresser pour m'orienter en période de stress. _____
4. Il y a des personnes qui nécessitent mon aide. _____
5. Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi. _____
6. Les autres ne me considèrent pas compétent. _____
7. Je me sens personnellement responsable du bien-être d'une autre personne. _____
8. J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances. _____
9. Je ne crois pas que les autres aient de la considération pour mes aptitudes et mes habiletés. _____
10. Si quelque chose allait mal, personne ne viendrait à mon aide. _____
11. J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être. _____
12. Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie. _____

Évaluation cognitive

Date de l'évaluation: _____
 jour mois année

No de sujet: _____

Unité: _____

Centre hospitalier: _____

Nom de l'évaluateur: _____

Ordinateur utilisé: SE (Ø no) SE no 1 LC 475

Indiquez de quelle évaluation il s'agit:

- Pré-test
- Post-test 1
- Post-test 2
- Post-test 3

Commentaires

1. Si l'entrevue n'a pu avoir lieu en raison de l'état du patient, décrivez l'état ou les symptômes observés et autant que possible, prenez note des événements entourant les changements observés (incluant les changements dans la médication).

2. Autres commentaires



**BATTERIE D'ÉVALUATION DE LA MEMOIRE CÔTE-DES-NEIGES
IMPLICITE - Paires**

NOM: _____

Code: _____

Eval n°: _____

Date: _____

1

FEUILLE DE COMPLÉTION

R - E _____	B - E _____	M - E _____
C - R _____	T - E _____	F - E _____
S - Z _____	R - S _____	M - E _____

APPÊL IMPLICITE

insérer		N2	OI		
secte		N2	AN		
			MAI sonnette		A1
			POU pée		A1
bac		N1	OU		
gnet		N1	BLA		
ver		A2	PRI son		A1
von		A2	BAN dit		A1
			PRE tre		N1
			PI ano		N1
			TI		
ttolr		A1	MON		
cher		A1	CA rré		A2
à nète		A2	CER cle		A2
J ne		A2	CLO che		N1
J lard		N2	SEN tir		N1
L éphone		N2	ME		
R			TER		
N			BA teau		A2
U ton		N1	VOI le		A2
BI cycllette		N1	PEU plier		N1
AI guille		A1	CRA vate		N1
U ture		A1	GRO		
RI			FA		
R			CHA ssis		A1
A pillon		A2	VI tre		A1
E nille		A2	RE pas		A1
FI			DI ner		A1
E			CHO		
R ne		N2	COL		
RI ste		N2	SOU tane		A2
S caller		N1	NOI re		A2
U tomoble		N1	FE nète		N2
A llse		N2	BOU ton		N2
EN tre		N2	FLE		
FU sil		N2	DOC		
EN telle		N2			

A1 _____ R+ A2 _____ PAIRES A1 _____ PAIRES A2 _____
 N1 _____ R+ N2 _____ PAIRES N1 _____ PAIRES N2 _____

Temps Réaction

NOM: _____ Code: _____ Eval: _____ Date: _____

ii

ESSAI # 1

Présentation 1

PRETRE - PIANO	
CLOCHE - SENTIR	
PEUPLIER - CRAVATE	
MAISONNETTE - POUPEE	
TABAC - POIGNET	
ESCALIER - AUTOMOBILE	
PRISON - BANDIT	
AIGUILLE - COUTURE	
TROTTOIR - MARCHER	
CHASSIS - VITRE	
MOUTON - BICYCLETTE	
REPAS - DINER	

Présentation 2

• COUTURE - AIGUILLE	
• MARCHER - TROTTOIR	
CRAVATE - PEUPLIER	
POIGNET - TABAC	
• BANDIT - PRISON	
• VITRE - CHASSIS	
AUTOMOBILE - ESCALIER	
PIANO - PRETRE	
• POUPEE - MAISONNETTE	
SENTIR - CLOCHE	
• DINER - REPAS	
BICYCLETTE - MOUTON	

• R+ Associés _____
 R+ Non-Ass. _____
 Faux Intra _____
 Faux Extra _____
 Doubles _____

• R+ Associés _____
 R+ Non-Ass. _____
 Faux Intra _____
 Faux Extra _____
 Doubles _____

ESSAI # 2

Présentation 1

• COUTURE - AIGUILLE	
• MARCHER - TROTTOIR	
CRAVATE - PEUPLIER	
POIGNET - TABAC	
• BANDIT - PRISON	
• VITRE - CHASSIS	
AUTOMOBILE - ESCALIER	
PIANO - PRETRE	
• POUPEE - MAISONNETTE	
SENTIR - CLOCHE	
• DINER - REPAS	
BICYCLETTE - MOUTON	

Présentation 2

PRETRE - PIANO	
CLOCHE - SENTIR	
PEUPLIER - CRAVATE	
• MAISONNETTE - POUPEE	
TABAC - POIGNET	
ESCALIER - AUTOMOBILE	
• PRISON - BANDIT	
• AIGUILLE - COUTURE	
• TROTTOIR - MARCHER	
• CHASSIS - VITRE	
MOUTON - BICYCLETTE	
• REPAS - DINER	

• R+ Associés _____
 R+ Non-Ass. _____
 Faux Intra _____
 Faux Extra _____
 Doubles _____

• R+ Associés _____
 R+ Non-Ass. _____
 Faux Intra _____
 Faux Extra _____
 Doubles _____

**BATTERIE D'ÉVALUATION DE LA MÉMOIRE CÔTE-DES-NEIGES
EMPAN AUDITIF - MOTS**

NOM: _____ Code: _____ Éval #: _____ Date: _____

	Essai 1	réponse	Essai 2	réponse	Essai 3	réponse	Essai 4	réponse
2	JAMBE	2	GARE	5	CORDE	3	PAIN	4
	PAIN	4	FLEUR	8	TUILE	1	JAMBE	2
3	SAC	7	CHIEN	6	JUPE	9	SAC	7
	TUILE	1	JUPE	9	CORDE	3	FLEUR	8
	JAMBE	2	PAIN	4	TUILE	1	GARE	5
4	CHIEN	6	SAC	7	FLEUR	8	CHIEN	6
	PAIN	4	JAMBE	2	GARE	5	TUILE	1
	CORDE	3	FLEUR	8	TUILE	1	GARE	5
	JUPE	9	CHIEN	6	CORDE	3	FLEUR	8
5	PAIN	4	SAC	7	SAC	7	FLEUR	8
	JAMBE	2	GARE	5	CORDE	3	JUPE	9
	SAC	7	FLEUR	8	PAIN	4	SAC	7
	CORDE	3	CORDE	3	CHIEN	6	GARE	5
	TUILE	1	CHIEN	6	TUILE	1	CORDE	3
6	CHIEN	6	CORDE	3	JAMBE	2	CORDE	3
	TUILE	1	JUPE	9	TUILE	1	JAMBE	2
	JUPE	9	JAMBE	2	GARE	5	CHIEN	6
	PAIN	4	PAIN	4	FLEUR	8	PAIN	4
	SAC	7	FLEUR	8	PAIN	4	FLEUR	8
	CORDE	3	SAC	7	CHIEN	6	TUILE	1
7	GARE	5	PAIN	4	CORDE	3	JUPE	9
	JUPE	9	TUILE	1	TUILE	1	CORDE	3
	TUILE	1	SAC	7	GARE	5	JAMBE	2
	SAC	7	JUPE	9	JUPE	9	CHIEN	6
	PAIN	4	CORDE	3	JAMBE	2	PAIN	4
	JAMBE	2	FLEUR	8	SAC	7	SAC	7
	FLEUR	8	CHIEN	6	CHIEN	6	GARE	5
8	GARE	5	CORDE	3	JAMBE	2	CHIEN	6
	FLEUR	8	FLEUR	8	CORDE	3	SAC	7
	TUILE	1	JAMBE	2	GARE	5	JUPE	9
	JUPE	9	JUPE	9	PAIN	4	TUILE	1
	JAMBE	2	GARE	5	FLEUR	8	FLEUR	8
	CHIEN	6	TUILE	1	CHIEN	6	GARE	5
	PAIN	4	SAC	7	SAC	7	JAMBE	2
	SAC	7	PAIN	4	JUPE	9	PAIN	4

Répétition		
1	TUILE	<input type="checkbox"/>
2	JAMBE	<input type="checkbox"/>
3	CORDE	<input type="checkbox"/>
4	PAIN	<input type="checkbox"/>
5	GARE	<input type="checkbox"/>
6	CHIEN	<input type="checkbox"/>
7	SAC	<input type="checkbox"/>
8	FLEUR	<input type="checkbox"/>
9	JUPE	<input type="checkbox"/>

BASE

EMPAN

LIMITE

Faux

Doubles

	% Ordre	% Sans Ordre
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
Total		

ATTENTION SELECTIVE

#SS: _____
JOUR: _____

DATE: _____

CONSIGNE: "vous devez détecter la présence ou l'absence du X noir en appuyant sur la clef de réponse appropriée (Présence = Option et Absence = Commande); le faire le plus rapidement possible tout en tentant d'éviter de faire des erreurs"

- SCID
 PANSS

Date de l'évaluation: _____
 jour mois année

No de sujet: _____

Unité: _____

Centre hospitalier: _____

Nom de l'évaluateur: _____

Indiquez de quelle évaluation il s'agit:

- Pré-test
 Post-test 1
 Post-test 2
 Post-test 3

Commentaires

1. Si l'entrevue n'a pu avoir lieu en raison de l'état du patient, décrivez l'état ou les symptômes observés et autant que possible, prenez note des événements entourant les changements observés (incluant les changements dans la médication).

2. Autres commentaires

SCID

lv

date: _____

No de sujet: _____

Dx (no): _____

Diagnostic	Prévalence pendant la vie Index diagnostique				A rencontré les critères diagnostiques durant le mois passé		
	Infor. inad.	Ab- sent	Sous- seuil	Seuil	Ab- sent	Pré- sent	

Troubles psychotiques

06 Schizophrénie (C. 4)	?	1	2	3 -----> 1	3	43 44
07 Troubles schizophréniforme (C. 10)	?	1	2	3 -----> 1	3	
						45 46
				1	avec les caractéristiques pour un bon pronostic	47
				2	sans les caractéristiques pour un bon pronostic	
08 Troubles schizoaffectif (C. 11)	?	1	2	3 -----> 1	3	48 49
				1	type bipolaire	
				2	type déprimé	50
09 Trouble délirant (C. 13)	?	1	2	3 -----> 1	3	51 52
10 Psychose réactionnelle brève (C. 1)	?	1	2	3 -----> 1	3	
						53 54
11 Trouble psychotique non spécifié (C. 14)	?	1	2	3 -----> 1	3	55 56

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

Pour débiter l'entrevue

Maintenant je vais te poser des questions en rapport avec des problèmes ou des difficultés que tu aurais déjà pu rencontrer au cours de ta vie et tout au long de l'entrevue, j'aurai à prendre quelques notes. Je veux te rappeler que toutes les informations que tu me donnes seront tenues confidentielles. As-tu des questions à me poser avant qu'on commence.

Pour débiter l'entrevue afin de tester la fiabilité de l'évaluation précédente

Je vais te poser les mêmes questions que le (Dr. X) t'a demandées (date). Cependant, je ne connais rien de ce que tu lui as dit. Tu devrais répondre aux questions d'un façon complète, sans essayer de te souvenir des réponses que tu as données au (Dr. X). Nous voulons, de cette manière, évaluer la fiabilité de notre questionnaire et non pas de ta mémoire. As-tu des questions à me poser avant qu'on commence?

DONNEES DEMOGRAPHIQUES

	SEXE:	1 M 2 F	49
Quel âge as-tu?	AGE:	_____	50-51
Es-tu marié (e)? Si non: L'as-tu déjà été?	STATUT MARITAL (le plus récent)	1 marié (e) ou conjoint(e) de fait de > 1an 2 séparé(e) 3 divorcé(e) ou mariage annulé 4 veuf(ve) 5 célibataire	52
	ORIGINE ETHNIQUE	1 Noir, pas d'origine Hispanique 2 Hispanique 3 Blanc, pas d'origine Hispanique 4 Amérindien ou Inuit 5 Asiatique	53
As-tu des enfants? Combien? =			
Où demeures-tu?		_____	
Avec qui vis-tu?		_____	
As-tu des amis? T'entends-tu bien avec eux?		_____	

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

Quel genre de travail fais-tu? _____
 Travailles-tu à l'extérieur de la maison? _____
 Travailles-tu présentement? _____

SI OUI: Depuis quand
 travailles-tu là? _____
 SI MOINS DE 6 MOIS:
 Pourquoi as-tu laissé ton
 dernier emploi? _____

As-tu toujours fait ce genre
 de travail? _____
 SI NON: Pourquoi?
 Quel genre de travail
 faisais-tu avant? _____

Comment subviens-tu à tes besoins? _____

SI INCONNU: Y a-t-il eu une période où tu
 as été incapable d'aller à l'école
 ou de travailler? _____

SI OUI: Quand? Pourquoi? _____

SI NON EVIDENT A PARTIR DE
 L'HISTOIRE DE TRAVAIL:
 Quel est ton plus haut niveau de scolarité _____

S'IL N'A PAS COMPLETE UN DIPLOME
 POUR LEQUEL IL S'ETAIT INSCRIT:
 Pourquoi n'as-tu pas terminé? _____

VUE GLOBALE DE LA MALADIE ACTUELLE

Date d'admission à l'hôpital ou à la clinique externe	Nombre de semaines depuis l'admission	54
	1 < 1 semaine	
	2 > 1-4 semaines	
	3 > 4 semaines	

Quand es-tu venu (à l'hôpital,
 à la clinique)? _____

As-tu déjà venu ici? _____

SI OUI: Est-ce que c'était pour
 le même genre de problème que
 tu as maintenant? _____

SI POUR UN AUTRE RAISON:
 En quoi c'était différent? _____

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

**PLAINTE PRINCIPALE ET
DESCRIPTION DU PROBLEME**

Qu'est-ce qui t'a amené ici? (Quel est le principal problème qui te trouble?)

Si il (elle) ne donne pas de détails du problème actuel: Dis m'en un petit peu plus..
(Qu'est-ce tu veux dire par ça...?)

**DEBUT DE LA MALADIE
ACTUELLE OU DE L'EXACERBATION**

Quand est-ce que cela a commencé?
(Quand as-tu as remarqué que quelque chose n'allait pas?)

SI PAS CLAIR: Pourquoi es-tu venu pour l'aide cette fois-ci? (LE PROFIL DE VIE, PAGE vi, PEUT ETRE UTILISE POUR RESUMER UNE HISTOIRE PSYCHOPATHOLOGIQUE COMPLEXE)

Quand était-ce la dernière fois que tu te sentais bien? (Ton humeur habituelle?)

**NOUVEAUX SYMPTOMES OU
RECIDIVE?**

Est-ce que ce problème est nouveau ou est-ce le retour d'un même problème antérieur?

**CONTEXTE ENVIRONMENTAL ET
CAUSES POSSIBLES DE LA
MALADIE ACTUELLE OU DE SON
EXACERBATION (CETTE SECTION
PEUT ETRE OMISE SI LE TROUBLE
A ETE CONTINU PENDANT
PLUSIEURS ANNEES ET SANS
REMISSION DE PLUS DE DEUX
MOIS) UTILISER CETTE
INFORMATION POUR COTER
L'AXE IV**

Que se passait-il dans ta vie quand ç'a commencé?

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

Est-ce que quelque-chose s'est passé juste avant le début de ton problème?
(Est-ce que tu pense qu'il existe un lien avec ta [maladie actuelle] ?)

EVOLUTION DE LA MALADIE ACTUELLE OU DE SON EXACERBATION

Après le début, que s'est-il passé?
(Est-ce que d'autres choses ont commencé à te déranger?)

Depuis le début, quand t'es-tu senti le plus mal?

SI CELA A COMMENCE DEPUIS PLUS D'UN AN:
Durant la dernière année, quand t'es-tu senti le plus mal?

HISTOIRE DES TRAITEMENTS

Quand as-tu consulté quelqu'un la première fois pour des problèmes émotionnels ou psychiatriques?
(C'était pourquoi? Quels traitements as-tu eu? Quelle médication?)

As-tu jamais été hospitalisé dans une institution psychiatrique?

Nombre d'hospitalisations
(Ne pas inclure les transferts)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 (ou plus)

SI OUI: C'était pourquoi?
(Combien de fois?)

SI LA REponse N'EST PAS ADEQUATE, REMETTRE EN QUESTION GENTIMENT.

Ex. Il n'y avait autre chose?
Normalement des gens ne sont pas admis aux hopitaux psychiatriques pour raisons de fatigue ou de nervosité.



? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

AUTRES PROBLEMES ACTUELS

As-tu eu d'autres problèmes au cours du dernier mois?

Comment était ton humeur?

Comment était ta santé physique?
As-tu pris d'autres médicaments ou des vitamines en plus de ceux que tu m'as déjà parlé? (As-tu eu un problème médical?) UTILISER CETTE INFORMATION POUR COTER L'AXE III

Comment a été votre consommation d'alcool? (Combien?)

As-tu pris des drogues? (Cannabis, cocaïne ou autres drogues semblables?)

IMPRESSION DIAGNOSTIQUE (A DATE) (L'AXE II OPTIONNEL):

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

SYMPTOMES PSYCHOTIQUES ET ASSOCIES

SYMPTOMES PSYCHOTIQUES ET ASSOCIES

05 duplicate b
1-2 3-14 15

CE MODULE COTE LES SYMPTOMES PSYCHOTIQUES ET SYMPTOMES ASSOCIES QUI ONT DEJA ETE PRESENTS.

POUR TOUT SYMPTOME PSYCHOTIQUE ET SYMPTOME ASSOCIE COTEZ "3", DETERMINEZ SI LE SYMPTOME EST "NON ORGANIQUE" OU SI IL Y A UNE CAUSE ORGANIQUE POSSIBLE OU DEFINIE. LES QUESTIONS SUIVANTES PEUVENT ETRE UTILES SI LE SURVOL (OVERVIEW) N'A PAS DEJA FOURNI L'INFORMATION:

Quand tu étais (SXS PSYCHOTIQUES), prenais-tu de la drogue ou des médicaments? Buvais-tu beaucoup? Etais-tu malade physiquement?

? Temps?
"A tu en l'impression"

SI N'A PAS ADMIS DES SYMPTOMES PSYCHOTIQUES: Je vais te poser des questions au sujet d'expériences peu courantes que les gens ont parfois.

DELIRE Une fausse conviction ou croyance personnelle basée sur une conclusion erronée à propos de la réalité externe est fermement maintenue malgré ce que presque tous les autres croient et malgré ce qui constitue une preuve évidente et indiscutable ou une évidence du contraire. Cotez "2" des idées surévalués (une croyance déraisonnable et soutenue qui est maintenue avec moins qu'une intensité délirante).

SI A ADMIS DES SYMPTOMES PSYCHOTIQUES: Tu m'as déjà parlé de (SXS PSYCHOTIQUES), j'aimerais maintenant te poser plus de questions sur des choses du même genre.

As tu déjà eu l'impression que les gens parlaient de toi ou te portaient une attention spéciale?

DELIRE DE REFERENCE Une signification personnelle est attribuée de façon erronée aux objets ou aux événements dans l'environnement.

? 1 2 3	16
1 3	17
POSS/DEF PAS	
ORG ORG	

As-tu déjà reçu des messages spéciaux qui venaient d'autres personnes, ou du journal, ou de la radio, ou de la télévision ou de la façon dont les choses étaient arrangées autour de toi?

DECRIRE:

Est-ce que quelqu'un a déjà fait exprès pour te causer des problèmes ou pour essayer de te faire du mal?

DELIRE DE PERSECUTION L'individu (ou son groupe) est attaqué, harassé, trompé, persécuté ou l'objet d'une conspiration.

? 1 2 3	18
1 3	19
POSS/DEF PAS	
ORG ORG	

SI OUI: Sais-tu pourquoi ça t'est arrivé?

DECRIRE:

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

SYMPTOMES PSYCHOTIQUES ET ASSOCIES

As-tu déjà senti que tu étais spécialement important(e) d'une façon ou d'une autre, ou que tu avais le pouvoir de faire des choses que les autres personnes ne peuvent pas faire?

DELIRE DE GRANDEUR
Contenu impliquant un pouvoir exagéré ou une connaissance ou importance exagérée

?	1	2	3	20
---	---	---	---	----

1	3	21
POSS/DEF	PAS	
ORG	ORG	

DECRIRE:

As-tu déjà senti que certaines parties de ton corps avaient changé ou s'étaient arrêtées de fonctionner? (As-tu vu un docteur?) (Qu'est-ce qu'il a dit?)

DELIRE SOMATIQUE
Contenu implique un changement ou un trouble dans le fonctionnement corporel.

?	1	2	3	22
---	---	---	---	----

1	3	23
POSS/DEF	PAS	
ORG	ORG	

DECRIRE:

AUTRES DELIRES:
DELIRE DE CULPABILITE,
DE JALOUSIE, NIHILISTE
(RIEN), DE PAUVRETE

?	1	2	3	24
---	---	---	---	----

1	3	25
POSS/DEF	PAS	
ORG	ORG	

DECRIRE:

SI N'A JAMAIS EU UN DELIRE NON ORGANIQUE, COCHEZ ICI ___ ET ALLER A "HALLUCINATIONS", B.4

As-tu déjà senti que quelqu'un ou quelque chose en dehors de toi contrôlait tes pensées ou tes actes malgré toi?

DELIRE D'ETRE CONTROLE
Des sentiments, des impulsions, des pensées ou des actions qui sont vécues comme étant sous le contrôle d'une force extérieure.

?	1	2	3	26
---	---	---	---	----

1	3	27
POSS/DEF	PAS	
ORG	ORG	

DECRIRE:

(As-tu déjà senti que certaines pensées qui n'étaient pas à toi avaient été mises dans ta tête?)

(Ou encore, que certaines pensées avaient été ôtées de ta tête?)

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

SYMPTOMES PSYCHOTIQUES ET ASSOCIES

As-tu déjà senti que tes pensées étaient diffusées tout haut et que le monde pouvait entendre tout ce que tu pensais?

TRANSMISSION DE PENSEE ? 1 2 3 | 28
 Délire que ses pensées sont entendues par d'autres. 1 3 | 29

DECRIRE:

POSS/DEF	PAS
ORG	ORG

DELIRE SYSTEMATISE (ORGANISE) ? 1 2 3 | 30

Un délire unique avec de multiples élaborations ou un groupe de délire qui sont tous reliés par l'individu à un événement ou thème unique.

DECRIRE:

POSS/DEF	PAS
ORG	ORG

DELIRES BIZARRES ? 1 2 3 | 32

Impliquant un phénomène que la sous-culture de l'individu regarderait comme totalement non plausible (ex: transmission de pensées, être contrôlé par une personne décédée).

DECRIRE:

POSS/DEF	PAS
ORG	ORG

? = information inadéquate

1 = absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = seuil ou vrais

HALLUCINATIONS PSYCHOTIQUES

HALLUCINATIONS

Une perception sensorielle ^{SANS} sans la stimulation externe de l'organe sensoriel approprié (COTEZ 2 POUR HALLUCINATIONS SANS INTERPRETATION DELIRANTE)

As-tu déjà entendu des bruits, ou des voix qui chuchotaient ou qui parlaient tout haut et que les autres autour de toi ne pouvaient pas entendre?

HALLUCINATIONS AUDITIVES quand pleinement réveillé et entendu à l'intérieur ou extérieur de la tête

DECRIRE:

?	1	2	3	34
aller à "hallucinations visuelles" B.5				

1	3	35
POSS/DEF ORG	PAS ORG	

Qu'est-ce que tu as entendu? Est-ce que ça t'est arrivé souvent d'entendre ça?

Plus de 2 mots entendus plus de 2 fois sans relation apparente à la dépression ou à l'euphorie

? 1 2 3 36

Est-ce que la voix passait des commentaires sur ce que tu faisais ou sur ce que tu pensais?

Une voix qui entretient un commentaire sur le comportement de l'individu ou ses pensées quand elles se produisent

? 1 2 3 37

Combien de voix as-tu entendues? Est-ce que les voix se parlaient entre elles?

Deux ou plusieurs voix conversant entre elles

? 1 2 3 38

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

HALLUCINATIONS PSYCHOTIQUES

HALLUCINATIONS VISUELLES

As-tu déjà eu des visions ou vu des choses que les autres autour de toi ne pouvaient pas voir?

HALLUCINATIONS VISUELLES

? 1 2 3 39

DECRIRE:

1	3	40
POSS/DEF ORG	PAS ORG	

As-tu déjà eu des sensations bizarres dans ton corps ou sur ta peau?

HALLUCINATIONS TACTILES, ex. électricité

? 1 2 3 41

DECRIRE:

1	3	42
POSS/DEF ORG	PAS ORG	

(Avez-vous déjà senti des odeurs que les autres personnes ne pouvaient sentir?)

AUTRES HALLUCINATIONS: ex. gustatives, olfactives

? 1 2 3 43

DECRIRE:

1	3	44
POSS/DEF ORG	PAS ORG	

BASÉ SUR L'HISTOIRE OU OBSERVATION

(Donne-moi une minute, s'il te plaît, pour finir de remplir cette section-là.)

COMPORTEMENT CATATONIQUE:

Anomalies motrices marquées incluant une excitation apparemment sans but, négativisme, rigidité, prise de posture, stupeur et flexibilité cirreuse

DECRIRE:

? 1 2 3 45

1	3	46
POSS/DEF ORG	PAS ORG	

AFFECT PLAT:

Manque de réponse émotionnelle, ex. voix monotone, visage immobile

? 1 2 3 47

1	3	48
POSS/DEF ORG	PAS ORG	

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

HALLUCINATIONS PSYCHOTIQUES

AFFECT GROSSIEREMENT INAPPROPRIÉ

Affect qui est clairement discordant avec le contenu du discours ou de la pensée (ex. sourire en discutant de persécution).

DECRIRE:

?	1	2	3	49
---	---	---	---	----

1	3	50
POSS/DEF	PAS	
ORG	ORG	

INCOHERENCE

Discours qui pour la majeure partie est incompréhensible à cause de: soit un manque de logique ou de lien significatif entre les mots ou les phrases; emploi excessif de phrases incomplètes, inappropriées ou des changements brusques dans le sujet; emploi idiosyncratique de mots (sa façon à lui).

DECRIRE:

?	1	2	3	51
---	---	---	---	----

1	3	52
POSS/DEF	PAS	
ORG	ORG	

RELACHEMENT MARQUE DES ASSOCIATIONS

Le relâchement marqué des associations est un processus de pensée caractérisé par un discours dans lequel les idées passent d'un sujet à l'autre qui est complètement non relié ou seulement de façon tangentielle, sans que la personne montre qu'elle a conscience que les sujets ne sont pas reliés. Quand le relâchement est sévère, le discours est incohérent. Ne pas inclure quand des changements brusques de sujets sont associés avec un flot presque continu de paroles accélérées (logorrhée) (comme dans la fuite d'idées).

DECRIRE:

?	1	2	3	53
---	---	---	---	----

1	3	54
POSS/DEF	PAS	
ORG	ORG	

AGITATION EMOTIONNELLE (REMOU)

Changement rapide d'un affect intense à l'autre ou perplexité ou confusion écrasante.

DECRIRE:

?	1		55
---	---	--	----

1	3	56
POSS/DEF	PAS	
ORG	ORG	

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

HALLUCINATIONS PSYCHOTIQUES

SI DELIRE OU HALLUCINATIONS, NOTEZ LES DATES ET SI PRESENT DURANT LE DERNIER MOIS (ex., "DELIRE BIZARRE, INTERMITTENT DEPUIS 1969 ET PERSISTANT DURANT LES DERNIERS 6 MOIS")

DATES:

Notez ici si présent durant le dernier mois _____

INTENSITE

ORGANICITE (VOIR QUESTIONS B.1)

06	duplicate	b
1-2	3-14	15

57

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

C. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES TROUBLES PSYCHOTIQUES

06	duplicate	b
1-2	3-14	15

NOTE: DANS LE CAS RARE D'UNE PERSONNE QUI RECUPERE D'UN TROUBLE PSYCHOTIQUE (EX., TROUBLE DELIRANT) ET PLUS TARD DEVELOPPE UN TROUBLE PSYCHOTIQUE DIFFERENT (EX., TROUBLE SCHIZO-AFFECTIF), SEULEMENT LE TROUBLE LE PLUS RECENT DEVRA ETRE COTE.

COMPLETER CE MODULE SEULEMENT SI VOUS AVEZ COTE "3" POUR N'IMPORTE LEQUEL DES SYMPTOMES PSYCHOTIQUES NON-ORGANIQUES; SINON, NOTEZ-LE ICI ET SAUTER AU PROCHAIN MODULE, "TROUBLES DE L'HUMEUR".

NOTE: LA LISTE DES SYMPTOMES PSYCHOTIQUES (CRITERE "A") A ETE OMISE PARCE QU'ILS ONT DEJA ETE COTES DANS LE MODULE "B". LES AUTRES CRITERES SONT DANS UN ORDRE DIFFERENT DANS LE DSM-III-R.

PSYCHOSE REACTIONNELLE BREVE

A. Durée d'un épisode du trouble de quelques heures à un mois avec un retour éventuel complet au niveau de fonctionnement pré-morbide.

? 1 3

16

aller à schizophrénie C.3

B. Agitation émotionnelle (i.e., changement rapide d'un affect intense à un autre ou perplexité accablante ou confusion.

? 1 3

17

aller à schizophrénie C.3

C. Absence de symptômes prodromiques de schizophrénie, et défaut de rencontrer les critères pour un trouble de personnalité schizotypal avant le début du désordre.

? 1 2 3

18

aller à schizophrénie C.3

D. Les symptômes psychotiques (cotés dans le module "B") surviennent peu de temps et apparemment en réponse à un ou plusieurs événements qui individuellement ou ensemble seraient une cause de stress marqué pour n'importe qui dans les circonstances similaires avec une même culture.

? 1 2 3

19

aller à schizophrénie C.3

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

E. Non dû à un trouble de l'humeur psychotique (i.e., n'y a pas de syndrome de l'humeur complet).

?	1	3	20
trouble psychotique de l'humeur			psychose réaction- nelle brève
aller à troubles de l'humeur D.1			aller à chronologie C.14

? = information inadéquate

1 = absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = seuil ou vrais

SCHIZOPHRENIE

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
DE: SCHIZOPHRENIE,
TROUBLES SCHIZOPHRENI-
FORME, SCHIZOAFFECTIF
DELIRANT

SCHIZOPHRENIE

A. Présence de symptômes
psychotiques caractéristiques dans
la phase active: soit (1), (2) ou (3)
pour au moins une semaine (à
moins que les symptômes aient
été traités avec succès):

1	3
aller à troubles déliants C.12	

21

(1) Deux des suivants:

- (a) délires
- (b) hallucinations importantes
(tous les jours pendant plusieurs
jours ou plusieurs fois par semaine
pendant plusieurs semaines,
chaque expérience hallucinatoire
n'est pas limitée à de brefs
moments)
- (c) incohérence ou relâchement
marqué des associations
- (d) comportement catatonique
- (e) affect plat ou grossièrement
inapproprié

(2) Délires bizarres (impliquant un
phénomène qui selon la culture du
sujet ne serait pas vu comme
complètement invraisemblable (ex.,
transmission de la pensée, être
contrôlé par une personne décevée)

(3) Hallucinations importantes
[comme défini en (1) (b) ci-dessus]
d'une voix avec un contenu qui n'a
pas de relation apparente avec de la
dépression ou de l'euphorie, ou une
voix qui fait les commentaires
continuels sur le comportement ou
les pensées du sujet ou deux ou
plusieurs voix qui conversent entre
elles

? = information inadéquate

1 = absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = seuil ou vrais

SI PAS ENCORE CONNU: Quand vous aviez (SYMPTOMES DÉCRITS EN "A"), est-ce que vous travailliez, aviez une vie sociale, preniez soin de vous-même?

B. Durant le cours du désordre le niveau de fonctionnement dans les domaines tels que le travail, les relations sociales et les soins de la personne est de façon marquée sous le plus haut niveau déjà atteint avant le début du trouble (si début dans l'enfance ou l'adolescence, défaut d'atteindre le niveau attendu de développement social).

? 1 3 22

aller à trouble psychotique non spécifié C.14

MAINTENANT, CONSIDEREZ LE CRITERE D'EXCLUSION AFFECTIVE F

SI PAS CLAIR: Pendant le temps que vous avez été (psychotique), combien de temps, diriez-vous que vous avez été aussi (déprimé/high/ou équivalent)?

C. Le trouble schizo affectif et trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques a été éliminé, i.e., si un syndrome dépressif majeur ou maniaque a été présent durant la phase active du désordre, la durée totale de toutes les épisodes du syndrome de l'humeur a été relativement brève comparativement à la durée totale des phases actives et résiduelles du désordre.

? 1 3 23 ✓

aller à trouble psychotiques non spécifié C.14	aller à trouble schizo affectif C.11
------------------------------------------------	--------------------------------------

NOTE: COTEZ "3" S'IL N'Y A PAS DE SYNDROME DE L'HUMEUR OU SEULEMENT UN BREF SYNDROME DE L'HUMEUR.

MAINTENANT FAITES UN DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ENTRE LA SCHIZOPHRENIE ET UN TROUBLE SCHIZOPHRENIFORME

SI EPISODES MULTIPLES: Entre ces épisodes, êtes-vous revenu à votre état normal? Quelle a été la durée de chaque épisode?

D. Des signes continus de désordre pour au moins 6 mois. La période de 6 mois doit inclure une phase active (durée d'une semaine, ou moins si les symptômes ont été traités avec succès) durant laquelle il y a eu des symptômes psychotiques caractéristiques de la schizophrénie (symptômes en "A") avec ou sans la phase prodromique ou résiduelle tel que défini, ci-après.

? 1 3 24

aller à trouble schizo-phréniforme C.9	schizo-phrenie aller aux sous-types C.6
----------------------------------------	-----------------------------------------

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

PHASE PRODROMIQUE: Détérioration nette du fonctionnement avant la phase active de la maladie, non attribuable à une perturbation de l'humeur ou à un trouble lié à l'utilisation de substances toxiques et impliquant au moins deux des symptômes notés ci-dessous.

PHASE RESIDUELLE: Persistance, après la phase active de la maladie, d'au moins deux des symptômes cités ci-dessous, non attribuable à une perturbation de l'humeur ou à un trouble lié à l'utilisation de substances toxiques.

SI PAS DEJA CONNU:
Quelles sortes de difficultés aviez-vous avant cet épisode psychotique?

Symptômes prodromiques ou résiduels

- (1) Isolement social marqué ou repli sur soi
- (2) Handicap net du fonctionnement professionnel, domestique, scolaire ou universitaire
- (3) Comportement nettement bizarre (ex.: collectionner des ordures, se parler en public, amasser des aliments)
- (4) Manque important d'hygiène et de soins apportés à sa personne
- (5) Affect émoussé, plat ou inapproprié
- (6) Discours digressif, vague, trop élaboré, circonstanciel ou métaphorique pauvreté du discours ou du contenu du discours
- (7) Idéation étrange ou bizarre, ou pensée magique influençant le comportement et non concordant avec les normes culturels (ex.: superstition, clairvoyance, télépathie, "sixième sens", "les autres peuvent éprouver mes sentiments", idées surévaluées, idées de référence).
- (8) Expériences perceptives inhabituelles (ex.: illusions récurrentes, sensation de la présence d'une force ou d'une personne en réalité absente)
- (9) Absence marquée d'initiative, d'intérêt ou d'énergie

? = information inadéquate

1 = absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = seuil ou vrais

LES SOUS-TYPES DE LA SCHIZOPHRENIE

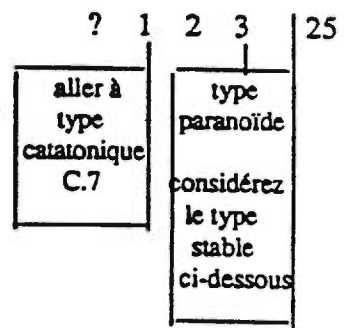
MAINTENANT, DETERMINEZ LES SOUS-TYPES PHENOMENOLOGIQUES DE LA SCHIZOPHRENIE (EPISODE ACTUEL)

TYPE PARANOÏDE

Type paranoïde:

A. Préoccupations avec un ou plusieurs délires systématisés ou avec des hallucinations auditives fréquentes reliés à un thème unique.

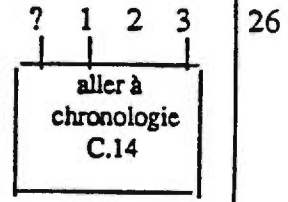
B. Aucun des suivants: incohérence, relâchement marqué des associations, affect plat ou grossièrement inapproprié, comportement catatonique, comportement grossièrement désorganisé.



TYPE STABLE

Type stable:

Le patient a rencontré les critères "A" et "B" durant toutes les (passées et présentes) phases actives du désordre.



? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

TYPE CATATONIQUE

Type catatonique: Le tableau clinique est dominée par l'une quelconque des manifestations suivantes:

(1) stupeur catatonique (diminution marquée de la réactivité à l'environnement et/ou réduction des mouvements et de l'activité spontanée) ou mutisme

(2) négativisme catatonique (résistance apparemment immotivée à tout ordre ou tentative de mobilisation)

(3) rigidité catatonique (maintien d'une position rigide s'opposant aux efforts destinés à la modifier)

(4) excitation catatonique (excitation motrice, apparemment stérile et non influencée par des stimulations extérieures)

(5) position catatonique (maintien volontaire d'une position inappropriée ou bizarre)

? 1 3 | 27

type
catatonique

aller à
chronologie
C.14

TYPE DÉSORGANISÉ

Type désorganisé:

A. Incohérence, relâchement marqué des associations
~~ET~~

B. Affect plat ou grossièrement désorganisé

? 1 3 | 28

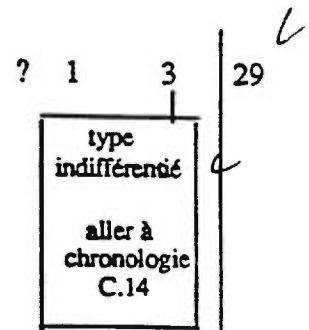
type
désorganisé

aller à
chronologie
C.14

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

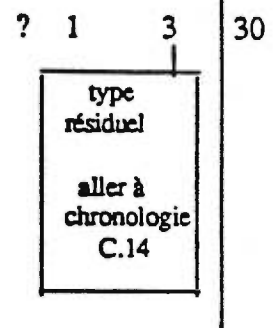
TYPE INDIFFÉRENCIÉ

Type indifférencié:
Délire évident, hallucinations, incohérence comportement grossièrement désorganisé.



TYPE RÉSIDUEL

Type résiduel:
A. L'absence de délire évident, hallucinations, incohérence ou comportement grossièrement désorganisé.
B. Evidence d'un trouble tel qu'indiqué par deux ou plus d'un symptôme résiduel indiqué en C.5.



? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

TROUBLE SCHIZOPHRENIFORME

SI VOUS ETES ICI, LES CRITERES DIAGNOSTIQUES "A" ET "C" DE LA SCHIZOPHRENIE ONT ETE RENCONTRES.

CODE "2" POUR UN DIAGNOSTIC PROVISOIRE DE TROUBLE SCHIZOPHRENIFORME SI LA RECUPERATION ATTENDUE NE S'EST PAS ENCORE PRODUITE. COTE "3" POUR UN DIAGNOSTIC CERTAIN S'IL Y A EU RECUPERATION COMPLETE.

MAINTENANT, DETERMINONS S'IL Y A UN BON PRONOSTIC.

TROUBLE SCHIZOPHRENIFORME

An épisode d'un désordre (incluant les phases résiduelles, prodromiques et actives) pendant les derniers 6 mois. (Quand le diagnostic sera fait sans attendre la récupération prévue, on doit le qualifier de "provisoire".)

Au moins deux des caractéristiques suivantes sont généralement associées avec un bon pronostic:

(1) apparition de symptômes psychotiques dans les 4 semaines du premier changement notable dans le comportement habituel et fonctionnel

(2) confusion, désorientation ou perplexité dans l'épisode psychotique aigu

	2	3	
diagnostic provisoire de trouble schizo-phréni-forme			31 ✓
diagnostic clair de trouble schizo-phréni-forme			✓
(1) apparition de symptômes psychotiques dans les 4 semaines du premier changement notable dans le comportement habituel et fonctionnel	? 1	3	32
(2) confusion, désorientation ou perplexité dans l'épisode psychotique aigu	? 1	3	33 ✓

(continuer à la page suivante)

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

FACTEURS DE BON PRONOSTIC (SUITE)

(3) bon fonctionnement prémorbide social ou occupationnel	?	1	3	34
(4) absence d'affect émoussé ou plat	?	1	3	35
AU MOINS 2 FACTEURS DE BON PRONOSTIC COTES "3"		1	3	36
		1	3	
		trouble schizo- forme	trouble schizo- forme	
		SANS facteurs de bon pronostic	AVEC facteurs de bon pronostic	
		aller à chronologie C.14		

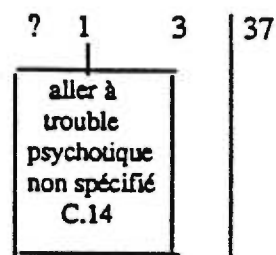
? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

TROUBLE SCHIZO-AFFECTIF

**CRITERES DIAGNOSTIQUES
DU TROUBLE SCHIZO-AFFECTIF**

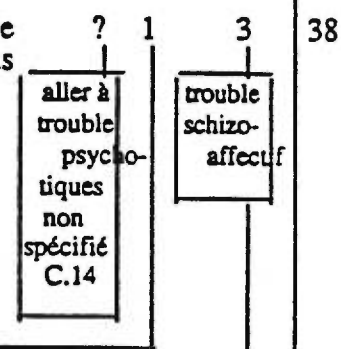
SCHIZOPHRENIE ET FORMES SCHIZOPHRENIQUES ONT ETE ELIMINEES PARCE QUE LES SYMPTOMES AFFECTIFS SONT EVIDENTS. MAINTENANT, CONSIDERONS LES TROUBLES SCHIZO-AFFECTIFS.

A. Un trouble durant lequel il y a, pendant un temps, ou bien dépression majeure ou syndrome maniaque simultanément avec symptômes "A" de la schizophrénie.

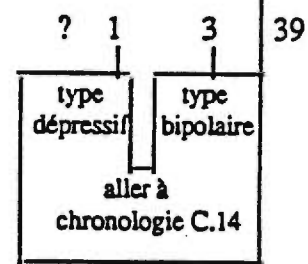


SI CE N'EST DEJA CONNU: Est-ce qu'il y a eu des fois où tu étais (SYMPTOMES PSYCHOTIQUES) sans être (EN MANIE OU DEPRIME)?

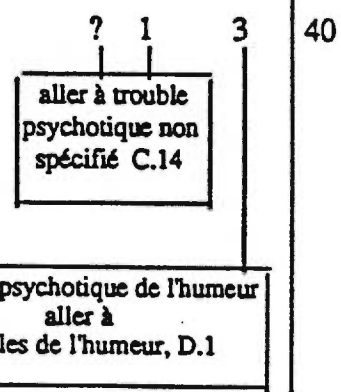
B. Durant un épisode de trouble il y a eu délire ou hallucinations pour au moins 2 semaines en l'absence de symptômes affectifs importants.



Sous-types phénoménologiques:
Syndrome maniaque présent autre fois durant le cours de la maladie.



DELIRES, HALLUCINATIONS OU LES SYMPTOMES CATATONIQUES EN MEME TEMPS QUE LE SYNDROME DE L'HUMEUR [i.e., les symptômes psychotiques en "A" n'étaient pas limités en A(c) et A(e), page C.3]



? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

LES TROUBLES DELIRANTS

**CRITERES DIAGNOSTIQUES
DES TROUBLES DELIRANTS**

LES TROUBLES SCHIZOPHRENIQUES, SCHIZOPHRENI-FORMES ET SCHIZO-AFFECTIFS ONT ETE ELIMINES. MAINTENANT, CONSIDEREZ UN TROUBLE DELIRANT.

NOTE: L'ORDRE DES CRITERES CI-DESSOUS DIFFERE DU DSM-III-R.

EN PREMIER, ELIMINEZ UN TROUBLE AFFECTIF.

SI PAS CLAIR: Combien de temps pendant la période psychotique as-tu été aussi, ou également, (déprimé/high/EQUIVALENT)?

A. Si un syndrome maniaque ou dépressif a été présent durant le trouble délirant, la durée totale de tous les épisodes du syndrome de l'humeur a été brève par rapport à la durée totale du trouble délirant.

? 1 3

aller à trouble psychotique non spécifié C.14

41

UN SYNDROME DE L'HUMEUR SIGNIFICATIF A ETE PRESENT

SI LES SYMPTOMES PSYCHOTIQUES SURVIENNENT SEULEMENT DURANT LE COURS D'UN SYNDROME DEPRESSIF MAJEUR, ALLER A "TROUBLES DE L'HUMEUR", D.1

SI LES SYMPTOMES PSYCHOTIQUES SONT PRESENTS PENDANT AU MOINS 2 SEMAINES EN ABSENCE DE SYMPTOMES DE DEPRESSION MAJEURS OU MANIAQUE, ALLER A "TROUBLES PSYCHOTIQUES NS", C.14

B. Délire(s) non bizarre(s) (i.e., qui impliquent des situations survenant dans la vie réelle, tel que être suivi, empoisonné, infecté, aimé à distance, avoir une maladie, être déçu par un conjoint) d'une durée au moins 1 mois.

? 1 3

aller à trouble psychotique non spécifié C.14

42

C. Les hallucinations auditives ou visuelles si présentes, ne sont pas prédominantes pendant toute la journée pendant plusieurs jours ou plusieurs fois pas semaine pendant plusieurs semaines.

? 1 3

aller à trouble psychotique non spécifié C.14

43

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

D. En dehors du délire(s) ou de ses ramifications, le comportement n'est pas de façon évidente, curieux ou bizarre.

?	1	3	44
aller à trouble psychotique non spécifié C.14		trouble délirant	

SPECIFIEZ LE TYPE SUR LA BASE DU THEME PREDOMINANT DU OU DES DELIRES ET ALLER A "CHRONOLOGIE", C.14.

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Persécution (maltraité par quelqu'un) 2. Jalousie (penser que le partenaire sexuel est infidèle) 3. Erotico maniaque (un autre personne d'un haut statut est en amour avec lui ou elle) 4. Somatique (il y a un trouble physique ou une anomalie de l'apparence) 5. Grandeur (valeur surestimée, puissance, connaissance, identité spéciale ou relation spéciale avec Dieu ou une personne renommée) 6. Autre (ne peut être classé dans les catégories précédentes, ex., thèmes grandioses et persécutoires sans que l'un prédomine) | <p>45</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

**TROUBLES PSYCHOTIQUES
NON-SPECIFIES**

**CRITERES DIAGNOSTIQUES
DES TROUBLES PSYCHOTIQUES
NON-SPECIFIES**

Ceci est une catégorie résiduelle pour les troubles dans lesquels il y a des symptômes psychotiques (délire, hallucinations, incohérence, relâchement marqué des associations, excitation catatonique ou stupeur ou comportement désorganisé) qui ne rencontre pas les critères pour un des autres troubles psychotiques non-organiques.

3
|
trouble
psychotique
non spécifié
C.14

46

DECRIRE LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES CI-DESSOUS ET INDIQUEZ UN DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL. ALLER A "CHRONOLOGIE" DE CETTE PAGE.

**CHRONOLOGIE
CHRONOLOGIE DE PSYCHOSE
BREVE REACTIONNELLE, SCHIZO-
PHRENIE, DESORDRE SCHIZO-
PHRENIFORME, SCHIZO-AFFECTIF,
DELIRANT OU PSYCHOTIQUE NON-
SPECIFIE**

SI PAS CLAIR: Au cours du mois passé, as-tu eu (SYMPTOMES PSYCHOTIQUES COTES "3")?

A rencontré les critères diagnostiques pour le trouble durant le dernier mois, i.e., tout symptôme psychotique

? 1 3

47

C'était quand, la dernière fois que tu as eu (SYMPTOMES PSYCHOTIQUES)?

Nombre de mois (avant cette entrevue la dernière fois que du trouble

(PASSER A ANNEES", C.15)

48-50

NOTEZ LA SEVERITE ACTUELLE DU DESORDRE PSYCHOTIQUE, LA PIRE SEMAINE DU DERNIER MOIS:

- 1. Léger: Les symptômes psychotiques sont seulement présents de façon intermittente ET ont peu d'influence sur le comportement
- 2. Modéré: Les symptômes ou l'atteinte du fonctionnement sont intermédiaire entre léger et sévère
- 3. Sévère: Les symptômes psychotiques sont présents de façon persistante ET influencent beaucoup le comportement

51

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

**DURANT LES CINQ
DERNIERES ANNEES**

Au cours des 5 dernières années,
pendant combien de temps en tout
as-tu été dérangé par (SYMPTOMES
DU TROUBLE) (% de jours)?

Pourcentage approximatif de temps
durant les 5 dernières années où
les symptômes étaient présents
(incluant les symptômes
prodromiques et résiduels)

Combien de temps, diriez-vous?
[COTEZ]

- 1. Pas du tout (0%)
- 2. Rarement (5 - 10%)
- 3. Une petite partie du temps (20 - 30%)
- 4. A peu près la moitié du temps
- 5. Une bonne partie du temps (70 - 80%)
- 6. Presque tout le temps (90-100%)
- 9. Inconnu

52

A quel âge as-tu commencé à avoir
(SYMPTOMES PSYCHOTIQUES)?

Age au début des symptômes
psychotiques
(COTE 99 SI INCONNU)

— —

53-
54

SI PAS DEJA CONNU: Quel genre de
difficultés avais-tu avant d'avoir
(SYMPTOMES PSYCHOTIQUES)
la première fois?

Age au début des symptômes
prodromiques (s'il y en a eu)
(COTE 99 SI INCONNU)

— —

55-
56

Etudiais-tu? Travaillais-tu? Avais-
tu une vie sociale? Prenais-tu soin
de ta personne? VOIR LISTE
DES SYMPTOMES
PRODROMIQUES, C.5

Nombre d'épisodes ou
exacerbations (COTEZ 99
SI TROP NOMBREUX
POUR LES CALCULER)

— —

57-
58

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrais

ECHELLE DES SYNDROMES POSITIFS ET NEGATIFS

(PANSS)

Stanley R. Kay, Ph.D.
Lewis A. Opler, M.D., Ph.D.
Abraham Fiszbein, M.D.

(1987)

Traduit et adapté par le
Centre de recherche de l'Institut Philippe Pincel de Montréal,
avec la permission des auteurs

*ÉVALUATION
de la Sympto miteles
dans la
Démence
Séverie*

lxxxv

Nom du sujet: _____

Fiche no: 101
1 2

Numero de dossier: _____

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
3 9

Date de naissance: 1 1 1 1 1 1 1 1
a m. d

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
10 15

Carte no: 1011
16 17

Nom de l'évaluateur: _____

No: 1 1
18 19

Numero d'évaluation: _____

1 1
20

INSTRUCTIONS: encerclez la cotation appropriée pour chaque dimension selon les informations obtenues à l'entrevue clinique. Consultez le manuel "PANSS Rating Manual" pour la définition des items, la description de l'échelle de cotation et la procédure de codification.

* Lorsque le patient est trop perturbé, cotez 0

	<u>ABSENT</u>	<u>LENTINE</u>	<u>LEGER</u>	<u>MODERE</u>	<u>MOD. SEVERE</u>	<u>SEVERE</u>	<u>EXTREME</u>	
	1	2	3	4	5	6	7	
<u>ECHELLE POSITIVE:</u>								
P1. DELIRE	1	2	3	4	5	6	7	1 1 21
<u>Délire</u>								
Lorsque vous êtes seul, à quoi pensez-vous?								
Quelles sont vos croyances sur la vie?								
Avez-vous une philosophie particulière? La mettez-vous en pratique?								
P2. DESORGANISATION CONCEPTUELLE	1	2	3	4	5	6	7	1 1 22
P3. HALUCINATIONS	1	2	3	4	5	6	7	1 1 23
<u>Hallucination</u>								
Vous arrive-t-il d'avoir des expériences étranges? D'entendre des sons étranges?								
Vous arrive-t-il d'entendre des bruits que les autres n'entendent pas?								

<u>ABSENT</u>	<u>MINIME</u>	<u>LEGER</u>	<u>MOYENNE</u>	<u>MOD. SEVERE</u>	<u>SEVERE</u>	<u>EXTRÊME</u>	
1	2	3	4	5	6	7	lxxxvi

Vous arrive-t-il de recevoir des communications personnelles provenant de la radio, de la télévision ou de Dieu?

Pouvez-vous parfois entendre tout haut vos pensées à l'intérieur de votre tête? Est-ce sous forme de voix?

Vous arrive-t-il d'entendre des voix à l'intérieur de votre tête? Quand? A quelle fréquence? Est-ce un son clair? Est-ce un son fort?

Quelles voix entendez-vous à l'intérieur de votre tête? Combien y en a-t-il? Est-ce que ces voix s'adressent à vous, font des commentaires à votre sujet, ou se parlent entre elles?

on t'écrit

Que disent les voix? Sont-elles de bonnes ou de mauvaises voix? Avez-vous peur d'elles?

Les voix vous disent-elles quoi faire? Vous donnent-elles des directives?

Obéissez-vous aux directives des voix? Devez-vous le faire?

Les choses habituelles vous apparaissent-elles parfois étranges ou déformées?

*31.51
1.50.12
1.50.12*

Vous arrive-t-il d'avoir des visions ou de voir des choses que les autres ne voient pas? A quelle fréquence? Ces visions sont-elles claires?

Est-ce que les visions apparaissent en même temps que les voix ou séparément?

Vous arrive-t-il de percevoir des odeurs que les autres ne sentent pas?

<u>ABSENT</u>	<u>LEGER</u>	<u>MODERE</u>	<u>MOD.</u> <u>SEVERE</u>	<u>SEVERE</u>	<u>EXTREME</u>	
1	2	3	4	5	6	7

lxxxviii

Avez-vous une mission particulière dans la vie? Expliquez-moi cette situation.

Etes-vous une personne religieuse? Quelle est votre relation avec Dieu? Etes-vous plus proche de Dieu que les autres personnes? Etes-vous un ange de Dieu ou un de ses messagers, etc.?

P6. MEFIANCE

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Idees de mefiance et de persécution

Comment vous entendez-vous avec les gens?

Aimez-vous les gens? Est-ce que les gens vous déplaisent? Est-ce que les gens vous embêtent ou vous incommodent? Avez-vous peur des gens? Pourquoi?

Préférez-vous être seul? Pourquoi?

Est-ce que les gens vous aiment ou ne vous aiment pas? Pourquoi?

Est-ce que vous faites confiance à la plupart des gens que vous connaissez? Y a-t-il des gens dont vous vous méfiez? Qui? Pourquoi?

Est-ce que parfois les gens parlent de vous dans votre dos? Que disent-ils? Pourquoi?

Y a-t-il des gens qui vous veulent du mal?
... qui vous épient?
... qui complotent contre vous?
... qui essaient de vous causer du tort ou même qui tentent de vous tuer?

Y a-t-il des preuves à ce propos? Qui est derrière toutes ces démarches? Pourquoi cela se passe-t-il de cette façon?

l_l
26

<u>AUSENT</u>	<u>MINIME</u>	<u>LEGER</u>	<u>MOYENNE</u>	<u>MOD.</u> <u>SEVERE</u>	<u>SEVERE</u>	<u>EXTRME</u>
1	2	3	4	5	6	7

lxxxix

Pensées abstraites (suite-1)

8. Un autobus et un train?
9. Un bras et une jambe?
10. Une rose et une tulipe?
11. Un oncle et un cousin?
12. Le soleil et la lune?
13. Une peinture et un poème?
14. Une colline et une vallée?
15. L'air et l'eau?
16. La paix et la prospérité?

B) Proverbes

Expliquez ces proverbes

1. A chaque jour suffit sa peine.
2. Chat échaudé craint l'eau froide.
3. Deux têtes valent mieux qu'une.
4. Les cordonniers sont les plus mal chaussés.
5. L'habit ne fait pas le moine.
6. A l'impossible nul n'est tenu.
7. Toute vérité n'est pas bonne à dire.
8. Ne vend pas la peau de l'ours avant de l'avoir tué.
9. Charité bien ordonnée commence par soi-même.
10. Le gazon est toujours plus vert chez le voisin.
11. Il ne faut pas mettre tous ses oeufs dans le même panier.

	<u>ABSENT</u>	<u>MINIME</u>	<u>LEGER</u>	<u>MOYENNE</u>	<u>MOD. SEVERE</u>	<u>SEVERE</u>	<u>EXTREME</u>	
	1	2	3	4	5	6	7	XC
P7. HOSTILITE	1	2	3	4	5	6	7	_1 27

ECHELLE NEGATIVE:

N1. AFFECT EMOUSSE (plat)	1	2	3	4	5	6	7	_1 28
N2. RETRAIT EMOTIF	1	2	3	4	5	6	7	_1 29
N3. INTERACTION PAUVRE	1	2	3	4	5	6	7	_1 30
N4. RETRAIT SOCIAL (passivité, apathie)	1	2	3	4	5	6	7	_1 31
N5. DIFFICULTE DANS LA PENSEE ABSTRAITE *	1	2	3	4	5	6	7	_1 32

* Pour la passation, l'examinateur n'a pas à présenter toute la section des similitudes et des proverbes. Il s'agit plutôt de présenter des items de différents niveaux de difficulté. Lors d'études longitudinales, il convient de procéder à une rotation systématique des items utilisés afin de minimiser la redondance.

Pensée abstraite

- A) Similitudes
 1. En quoi un ballon et une orange se ressemblent-ils?
 2. Une pomme et une banane?
 3. Un crayon et une plume?
 4. Une pièce de cinq sous et de dix sous?
 5. Une table et une chaise?
 6. Un tigre et un éléphant?
 7. Un chapeau et une chemise?

*les actus
sicut.*

<u>ABSENT</u>	<u>MINIME</u>	<u>LEGER</u>	<u>MODERE</u>	<u>MOD. SEVERE</u>	<u>SEVERE</u>	<u>EXTRME</u>
1	2	3	4	5	6	7

xci

Pensée abstraite (suite-1)

8. Un autobus et un train?
9. Un bras et une jambe?
10. Une rose et une tulipe?
11. Un oncle et un cousin?
12. Le soleil et la lune?
13. Une peinture et un poème?
14. Une colline et une vallée?
15. L'air et l'eau?
16. La paix et la prospérité?

B) Proverbes

Expliquez ces proverbes

1. A chaque jour suffit sa peine.
2. Chat échaudé craint l'eau froide.
3. Deux têtes valent mieux qu'une.
4. Les cordonniers sont les plus mal chaussés.
5. L'habit ne fait pas le moine.
6. A l'impossible nul n'est tenu.
7. Toute vérité n'est pas bonne à dire.
8. Ne vend pas la peau de l'ours avant de l'avoir tué.
9. Charité bien ordonnée commence par soi-même.
10. Le gazon est toujours plus vert chez le voisin.
11. Il ne faut pas mettre tous ses oeufs dans le même panier.

ABSENT	MINIME	LEGER	MODERE	MOD. SEVERE	SEVERE	EXTREME
1	2	3	4	5	6	7

Pensée abstraite (suite-2)

- 12. Une hirondelle ne fait pas le printemps.
- 13. Il faut battre le fer pendant qu'il est chaud.
- 14. Pierre qui roule n'amasse pas mousse.
- 15. Tout vient à point à qui sait attendre.
- 16. Coeur qui soupire n'a pas ce qu'il désire.

N6. MANQUE DE SPONTANÉITE ET MANQUE D'ALISANCE DANS LA CONVERSATION 1 2 3 4 5 6 7 | 1
33

N7. PENSEE STEREOTYPEE 1 2 3 4 5 6 7 | 1
34

ECHELLE DE PSYCHOPATHOLOGIE GENERALE:

G1. PREOCCUPATIONS D'ORDRE SOMATIQUE 1 2 3 4 5 6 7 | 1
35

Préoccupation d'ordre somatique
 Comment vous sentez-vous?
 Avez-vous des problèmes de santé? Avez-vous des problèmes avec le fonctionnement de votre corps?
 Avez-vous une maladie physique? Si oui, est-ce grave?
 Comment est votre tête, votre coeur, vos poumons, vos bras et vos jambes? Y a-t-il des problèmes avec d'autres parties de votre corps?
 Vous arrive-t-il de ressentir des sensations étranges dans votre tête ou dans votre corps?

ABSENT	LEGER	MODERE	MOD. SEVERE	SEVERE	EXTRÊME		
1	2	3	4	5	6	7	8

xciii

Est-ce que votre tête
et/ou votre corps ont
changé quant à leur
taille ou leur forme?

Selon vous, quelle est
la cause de ces problè-
mes?

G2. ANXIÉTÉ

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

LI
36

Anxiété

Y a-t-il quelque chose
qui vous inquiète?

Vous êtes-vous senti
nerveux ou tendu?

Pouvez-vous, s'il vous
plaît, placer vos mains
bien droites devant
vous?

(Vérifiez s'il y a des
tremblements)

Puis-je voir les paumes
de vos mains? (Vérifiez
s'il y a de la sudation)

Avez-vous peur de quel-
que chose ou de quelqu'un?

Quelle est l'intensité
de l'anxiété que vous
ressentez?

Vous arrive-t-il d'être
pris de panique?

Est-ce que vos inquié-
tudes ou votre nervosité
ont affecté votre appétit,
votre sommeil, votre
capacité de travailler?

G3. SENTIMENT DE
CULPABILITÉ

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

LI
37

Sentiment de
culpabilité

Croyez-vous avoir moins
de valeur que la moyenne
des gens?

Vous considérez-vous
une mauvaise personne
sous certains aspects?

Vous sentez-vous culpa-
ble à propos de quelque
chose que vous auriez
fait dans le passé?

ABSENT	LEGER	MODERE	MOD. SEVERE	SEVERE	EXTRME	
1	2	3	4	5	6	7

Avez-vous
merite que vous soyez
puni? Quel type de
punition meritez-vous?

La situation actuelle
(hospitalisation,
maladie, etc.) est-elle,
selon vous, une forme de
punition? Comment savez-
vous cela?

Avez-vous déjà pensé à
vous blesser afin de
vous punir? Vous est-il
arrivé de faire de tels
actes?

G4. TENSION 1 2 3 4 5 6 7 | 38

G5. MANIERISME ET POSTURE 1 2 3 4 5 6 7 | 39

G6. DEPRESSION 1 2 3 4 5 6 7 | 40

Dépression
Quelle est votre humeur
habituelle?

Etes-vous généralement
heureux, triste?
Pourquoi?

Jusqu'à quel point
vous êtes-vous senti
malheureux?

A quels moments vous
sentez-vous le plus
triste? Combien de
temps ces sentiments
persistent-ils?

Vous arrive-t-il de
pleurer? A quelle
fréquence?

Est-ce que votre hu-
neur a affecté votre
appétit, votre sommeil
et votre capacité de
travailler?

Avez-vous déjà pensé à
vous blesser ou à mettre
fin à votre vie?
Avez-vous fait une
tentative de suicide?

	<u>ABSENT</u>	<u>MINIME</u>	<u>LEGER</u>	<u>MODERE</u>	<u>MOD. SEVERE</u>	<u>SEVERE</u>	<u>EXTREME</u>	
	1	2	3	4	5	6	7	XCV
G7. RETARD MOTEUR	1	2	3	4	5	6	7	_1 41
G8. MANQUE DE COLLABORATION	1	2	3	4	5	6	7	_1 42
G9. CONTENU INHABITUEL DE LA PENSEE	1	2	3	4	5	6	7	_1 43
G10. DESORIENTATION	1	2	3	4	5	6	7	_1 44
<p><u>Desorientation</u> Quelle journée de la semaine sommes-nous (le jour, le mois, l'année)? En quelle saison sommes-nous?</p> <p>Où sommes-nous situés (ville, état, district, nom de la rue)?</p> <p>Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes? Quel est le nom de l'unité?</p> <p>Quel est le nom du médecin qui vous soigne?</p> <p>Quels sont les noms des autres membres du personnel? Quels sont les noms de vos copains à l'extérieur?</p> <p>Quels sont les noms de vos copains ici à l'hôpital? Qu'ont-ils comme emploi?</p> <p>Connaissez-vous le nom du maire de Montréal, du Premier ministre du Qué- bec et celui du Premier ministre du Canada?</p>								
G11. MANQUE D'ATTENTION	1	2	3	4	5	6	7	_1 45

	ABSENT	MINIME	LEGER	MODERE	MOD. SEVERE	SEVERE	EXTRME	
	1	2	3	4	5	6	7	xcvi
GL2. MANQUE DE JUGEMENT ET D'INSIGHT	1	2	3	4	5	6	7	_1 46

Manque de jugement
et d'insight
Qu'est-ce qui vous a
amené à l'hôpital?

Avez-vous besoin de
soins? Cette hospita-
lisation est-elle né-
cessaire selon vous?
Les médicaments que
vous recevez sont-ils
nécessaires selon vous?

Votre hospitalisation
est-elle une erreur, une
punition ou fait-elle
partie d'un complot
dirigé contre vous?

Souffrez-vous d'un
trouble psychiatrique?
Avez-vous souffert d'un
trouble psychiatrique
dans le passé?

Quels sont les symp-
tômes de votre maladie?
(Si le patient
bénéficie d'une thérapie
médicamenteuse) Pour
quelles raisons
recevez-vous des médi-
caments?

Selon vous, êtes-vous
prêt à recevoir votre
congé de l'hôpital?

Quels sont vos plans
dans l'immédiat et pour
l'avenir?

GL3. TROUBLE DE LA VOLONTE	1	2	3	4	5	6	7	_1 47
GL4. FAIBLE CONTROLE DES PULSIONS	1	2	3	4	5	6	7	_1 48
GL5. PREOCCUPATION	1	2	3	4	5	6	7	_1 49

	ABSENT	LEGER	MODERE	MOD. SEVERE	SEVERE	EXTRÊME	
	1	2	3	4	5	6	7
GI6. EVITEMENT SOCIAL MARQUE	1	2	3	4	5	6	7
							xcvii
							I I 50

Echelle	Total	Percentile	Niveau*
Positive	_____	_____	_____
Négative	_____	_____	_____
Composée: Positive = 1 Négative = 2	_____	_____	_____
Psychopathologie générale	_____	_____	_____
Nombre de symptômes de l'échelle positive cotés "3"	_____	_____	_____
Nombre de symptômes de l'échelle négative cotés "3"	_____	_____	_____
Classification du syndrome	_____	_____	_____
1. Positif 2. Négatif 3. Mixte			

* Niveau: 1. Très élevé 2. Elevé 3. Moyen 4. Bas 5. Très bas

Appendice B
Fiches d'activités du module



MON PROGRAMME

D'ESTIME DE SOI

CAHIER DU PARTICIPANT

PAR

TANIA L-LECOMTE

CENTRE DE RECHERCHE FERNAND SEGUIN

1994

© Tania L-Lecomte 1994

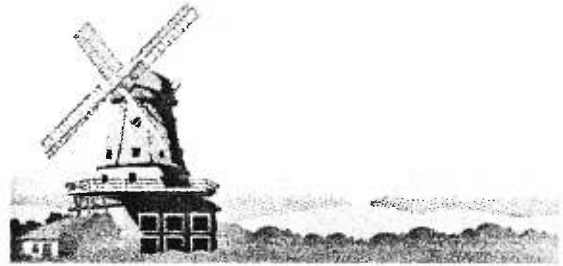
Où j'habite:

Il est important de se sentir bien chez soi; de se sentir en sécurité, à l'aise et confortable. Aujourd'hui nous allons discuter de l'endroit où tu demeures et des changements que tu pourrais y apporter afin de te sentir encore plus à l'aise et en sécurité. Pense à l'endroit où tu habites. En groupe nous allons discuter des questions suivantes:

1- Qu'est-ce que tu aimes le plus à propos de l'endroit où tu habites?

2- Si tu pouvais modifier l'endroit où tu habites, en quoi serait-il différent?

3- Si tu pouvais habiter ailleurs, où resterais-tu?



4- Que pourrais-tu faire pour rendre ta demeure plus agréable?

5- Si tu avais de l'aide des autres, que pourriez-vous faire pour rendre l'endroit où vous demeurez plus agréable?

Une fois la discussion terminée, nous allons ensemble revoir ce qui a été appris, ce qui a été retenu et ce qui a été aimé ou non.

Ce qui a été retenu:

Mots descriptifs:

Aujourd'hui nous allons discuter de nos qualités, toujours dans le but de créer un sentiment d'identité. Cette activité se fait individuellement. Ensuite, tout le groupe ensemble nous allons regarder les qualités trouvées et nous allons discuter de l'importance de reconnaître nos qualités personnelles.

*Encerle les mots qui te décrivent le mieux et écris-les
sur ta feuille personnelle.*



Sensible	Déterminé	Prudent
Super	Artistique	Gentil avec les autres

Aidant	Responsable	En santé
Expressif	Indépendant	Energique
Créatif	Enthousiaste	Curieux
Brave	Organisé	Heureux
Honnête	Travaillant	Athlétique
chef de groupe	Aimable	Débrouillard
Bonne oreille	Bon esprit d'équipe	Bon ami

Les autres membres du groupe vont regarder tes qualités et peuvent en ^{CV} rajouter sur ta feuille si tu en as oublié. Tu peux aussi rajouter des qualités qui ne sont pas mentionnées ici. Regarde bien toutes les qualités que tu possèdes, il est important que tu te les rappelles quand ça va moins bien.

Ce qui a été retenu:

A-2:

Travailler avec un partenaire:

L'on dit souvent "Deux têtes valent mieux qu'une"... travailler avec quelqu'un peut souvent être profitable si l'on sait travailler en équipe et si on vise un but commun. Pense aux questions suivantes et en groupe de deux, tentez d'y répondre. Nous en discuterons par la suite tout le groupe ensemble afin de voir ce qui a été dit et ce qui a été retenu.

Encerle les réponses qui correspondent à ton opinion.

1- Pourquoi est-il parfois plus facile de travailler avec quelqu'un que seul?

- a) on a plus d'idées
- b) on va plus vite
- c) ça fait moins de travail individuel
- d) c'est plus amusant
- e) on se sent moins seul

2- Pourquoi est-il parfois plus difficile de travailler avec quelqu'un que seul?^{cvii}

- a) plus difficile de s'entendre
- b) on est parfois pris à travailler pour deux
- c) difficile quand on a pas la même méthode de travail
- d) on a des idées opposées
- e) on a des conflits d'horaire



3- Qu'est-ce qu'un bon partenaire de travail?

- a) quelqu'un qui fait tout pour moi
- b) quelqu'un qui partage mes idées et ma façon de faire
- c) quelqu'un qui me dirige et me dit quoi faire
- d) quelqu'un qui me laisse tout faire seul
- e) quelqu'un qui possède des habiletés complémentaires aux miennes

4- Qu'est-ce qu'un mauvais partenaire de travail?

- a) quelqu'un qui fait tout pour moi
- b) quelqu'un qui partage mes idées et ma façon de faire
- c) quelqu'un qui me dirige et me dit quoi faire
- d) quelqu'un qui me laisse tout faire seul
- e) quelqu'un qui n'aime pas travailler en équipe

5- Quelles règles ou suggestions aideraient les gens à travailler avec des partenaires?

- a) établir un plan de travail auquel on s'entend dès le début
- b) séparer les tâches équitablement
- c) choisir un ami comme partenaire
- d) discuter lorsque quelque chose ne va pas
- e) s'entraider au lieu d'être en compétition

6- Comment aimerais-tu que ton partenaire de travail soit? Tu peux trouver ^{cix} des suggestions en regardant ce qui tu as marqué à la question 3.

Ce qui a été retenu:

Buts pour la semaine:

Il est important d'être capable de se fixer des buts et de les atteindre pour trouver un sentiment de direction dans nos vies. Chaque journée de la semaine peut offrir l'opportunité d'accomplir quelque chose, d'atteindre un petit but personnel.

Fais une liste des choses que tu aimerais accomplir. Par exemple, tu peux penser à une activité dans laquelle tu aimerais te perfectionner, un geste que tu aimerais poser pour aider quelqu'un, une chose que tu aimerais dire à quelqu'un, une qualité que tu voudrais travailler, une chose que tu voudrais faire plus souvent, etc... Inspire-toi des choses que tu as apprises ou que tu as vues dans les sessions précédentes.

Liste:

Pour chaque journée de la semaine, ou pour seulement certaines journées, nomme un but parmi cette liste qui semble réalisable et que tu aimerais accomplir .

A la fin de la journée, ou le lendemain matin, donnes-toi une cote décrivant si tu as atteint ton but ou non. Il est préférable de penser à des petits buts réalisables rapidement. Lorsque tu as atteint un but, va l'écrire sur ta feuille personnelle.

Cette fiche de but est pour toi, tu es toi-même l'évaluateur de tes progrès. Tu recevras une fiche de but comme celle-ci à chaque semaine.

Journée	But	non atteint	atteint en partie	atteint
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

C-1:

Je m'écris une lettre:

Ecris-toi une lettre, décrivant tout ce que tu as appris sur toi-même depuis le début des rencontres. Tu peux inclure des éléments tels:

Ce que tu crois posséder comme forces.

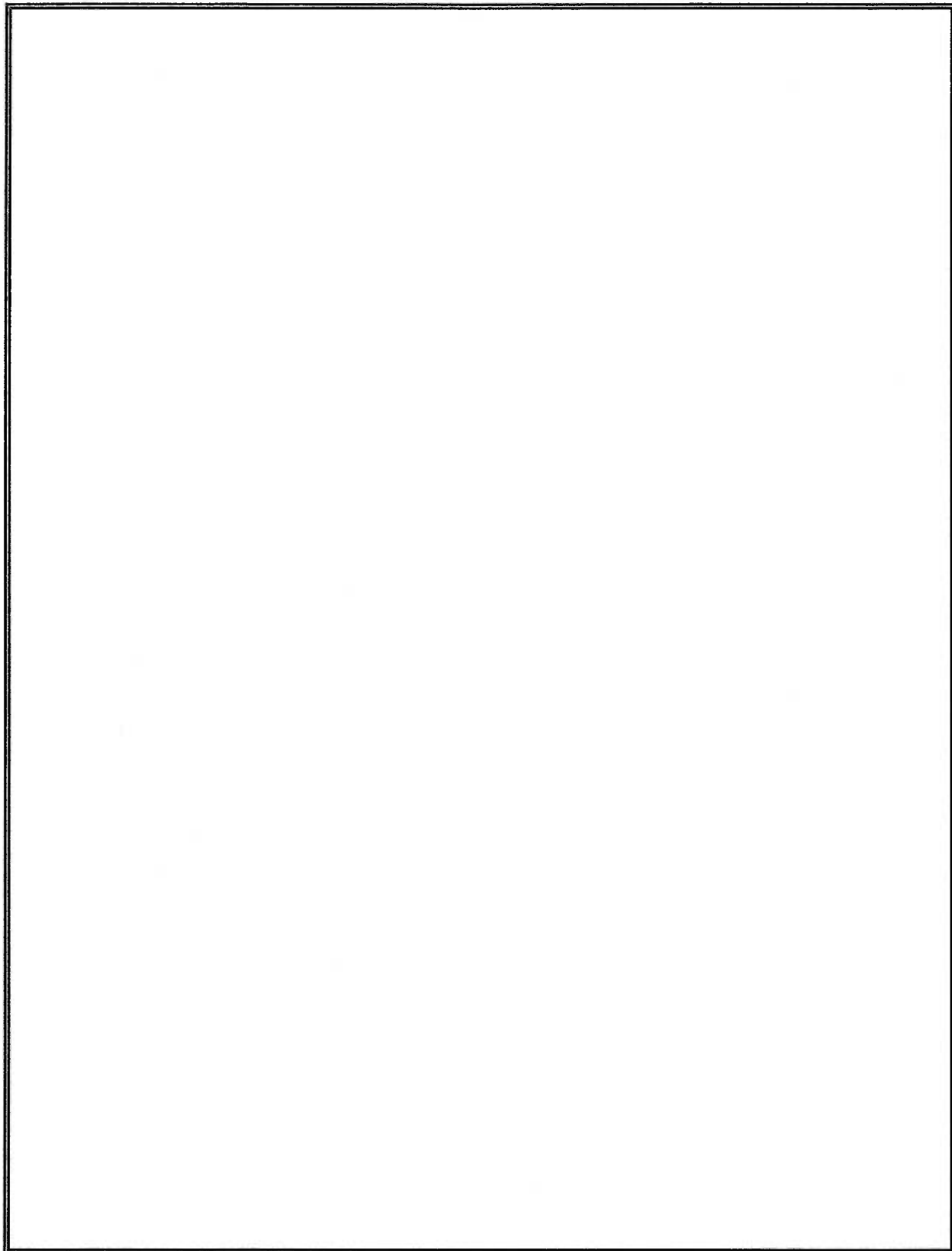
Les domaines dans lesquels tu t'es amélioré.

Les nouvelles choses que tu as apprises.

Les choses que tu veux travailler à améliorer dans le futur.

Les choses dont tu es fier.





**PROGRAMME "JE SUIS SUPER!!!"
VISANT L'AUGMENTATION
DE L'ESTIME DE SOI**

MANUEL A L'INTENTION DU PERSONNEL

CENTRE DE RECHERCHE FERNAND SEGUIN

TANIA L-LECOMTE

1994

© Tania L-Lecomte 1994

TABLE DES MATIERES

cxvi

OBJECTIF GENERAL	2
ETAPE 1: LE SENTIMENT DE SECURITE	7
ETAPE 2: LE SENTIMENT D'IDENTITE	10
ETAPE 3: LE SENTIMENT D'APPARTENANCE	13
ETAPE 4: LE SENTIMENT DE DIRECTION	16
ÉTAPE 5: LE SENTIMENT DE COMPÉTENCE	19
DEROULEMENT	22
FORMAT	22
EVALUATION	23
CONSIDERATIONS ETHIQUES	23

OBJECTIF GENERAL:

L'objectif de ce programme consiste à créer les conditions environnementales nécessaires afin de consolider les cinq attitudes de base essentielles à l'estime de soi:

1. le sentiment de sécurité
2. Le sentiment d'identité (ou le concept de soi)
3. Le sentiment d'appartenance
4. Le sentiment de direction
5. Le sentiment de compétence personnelle

Ces cinq facteurs ont été identifiés dans des recherches et des études sur le terrain comme étant les éléments clefs retrouvés chez les individus démontrant les caractéristiques d'une estime de soi élevée. L'estime de soi a bénéficié de multiples définitions conceptuelles au cours des années, le Conseil des directeurs de l'Association nationale de l'estime de soi a dû trancher pour la définition suivante: "L'expérience d'être capable de gérer les défis de la vie et de se sentir digne de bonheur". Cette définition implique six domaines de développement d'évaluation cognitive de soi et de processus affectif associé à sa valeur personnelle, soit: 1) traits génétiques: intelligence, apparence, habiletés naturelles; 2) vertue morale et intégrité; 3) accomplissements ou succès dans la vie; 4) se sentir digne d'amour et d'amitié; 5) se sentir unique de valeur et digne de respect; 6) se sentir en contrôle de sa vie (Reasoner, 1992). Une augmentation de

l'estime de soi influence toutes les sphères de la vie en permettant une augmentation de la productivité personnelle et de meilleures relations interpersonnelles. De plus, les personnes ayant une bonne estime d'eux-mêmes sont plus aptes à définir des directions et des buts personnels, à clarifier leurs forces et leurs faiblesses, à accepter les conséquences de leurs actions, à avoir un sentiment de pouvoir sur leur vie, à participer à des actions collaboratrices, à créer des relations sociales positives et à donner un sens à leur vie.

L'on retrouve chez ces individus, une capacité de bien s'entendre avec les autres, d'attaquer les problèmes avec confiance, de travailler à l'accomplissement de buts spécifiques, de penser et d'agir selon leur propre jugement et d'atteindre de hauts niveaux de succès dans la plupart de leurs entreprises. Toutefois, ce programme n'ayant jamais été utilisé auparavant auprès de personnes souffrant de schizophrénie chronique, les résultats sont difficilement prévisibles.

Le programme d'estime de soi "Je suis super!!!" est conçu de façon séquentielle, permettant une formation étape par étape, afin de répondre systématiquement aux besoins individuels des participants. L'efficacité de cette approche a été appuyée par le fait que les participants démontrent une motivation à l'accomplissement supérieure suite à la consolidation de leurs sentiments de sécurité, d'identité et d'acceptation sociale. Il est à noter qu'une maîtrise absolue d'une étape n'est pas exigée avant de passer à l'étape suivante.

Toutefois, il est impératif de souligner l'importance de la participation des membres du personnel dans la consolidation de l'estime de soi des participants. En effet, si les animateurs ou certains membres du personnel ne répondent pas aux besoins de base et aux inquiétudes des participants, et que plutôt ils utilisent différentes formes de moyen de pression, de coercion ou menaces dans l'idée d'augmenter la motivation alors, le sentiment de sécurité des participants se verra menacé, leur sens de l'initiative bloqué, et le niveau de motivation diminué.

Les rôles et attitudes tant des animateurs que des membres du personnel facilitant le processus de l'augmentation de l'estime de soi se résument ainsi:

Attitude désirée chez le sujet

Sentiment de sécurité

Responsabilités du personnel

Etablir des règles claires et offrir une structure de fonctionnement pour l'unité.

Renforcer les règles de façon juste et constante.

Maintenir le respect de soi et encourager les responsabilités personnelles.

Agir de façon à encourager la confiance.

Sentiment d'identité

Aider les sujets à identifier leurs valeurs.

Offrir du "feedback" positif.

Démontrer de l'acceptation et de l'attention.

Aider les sujets à identifier et accepter leurs forces et leurs faiblesses.

Sentiment d'appartenance

Créer un environnement accueillant.

Offrir des occasions pour des interactions.

Développer des comportements de soutien.

Sentiment de direction

Créer des attentes d'efficacité personnelle.

Renforcer la confiance et la croyance dans la capacité de réussir.

Explorer les rêves et aspirations.

Développer des plans pour atteindre des buts.

Sentiment de compétence

Aider à explorer les options et alternatives.

Développer des habiletés de résolution de problèmes, d'adaptation et offrir du support.

Aider à l'auto-évaluation.

Offrir de la reconnaissance et des gratifications (félicitations, récompenses).

Le rôle des membres du personnel et des animateurs est d'établir des conditions permettant de promouvoir le soutien afin d'encourager les participants à assumer plus de responsabilités. L'objectif à long terme est de permettre aux participants de démontrer de l'initiative personnelle ainsi que de l'autodétermination, plutôt que d'être passif ou retiré.

De façon plus précise, le personnel qui souvent est déjà conscientisé de l'importance de l'attitude adoptée envers les participants, c'est-à-dire acceptante, encourageante et positive, devra aussi être conscient de leur propre niveau d'estime de soi. En effet, le personnel doit devenir en quelque sorte un type de modèle pour les participants. De plus, il serait apprécié que les membres du personnel qui assisteront au

programme informent le reste du personnel du cheminement de chaque participant ainsi que du matériel traité.

Afin de vérifier si les participants ont bénéficié du programme, une des mesures consiste à faire remplir, par certains membres du personnel, un questionnaire d'évaluation de quelques participants. Cette mesure nous permettra d'avoir une évaluation externe pour comparer l'évaluation que le participant se fait de lui-même. Ce questionnaire sera distribué avant le début des rencontres.

ETAPE 1: LE SENTIMENT DE SECURITE

Le sentiment de sécurité est un pré-requis à l'estime de soi. Une personne se sentant en sécurité, est davantage tentée d'essayer des nouvelles expériences, d'exprimer ses opinions et de faire des efforts supplémentaires pour réussir. L'atmosphère régnant dans une unité peut beaucoup influencer les sujets y demeurant. En effet, un environnement régi par des règles claires, où les résidents sont traités avec respect et où ils doivent rencontrer des attentes assez élevées, encourage l'apprentissage de nouvelles habiletés. Afin de consolider un sentiment de sécurité, il doit régner une ambiance humaniste caractérisée par des interactions (entre le personnel et les patients), le respect de la dignité de la personne, des procédures démocratiques, ainsi qu'une emphase mise sur l'autodiscipline.

Il n'est pas toujours facile d'aider les personnes à acquérir un sens du respect et de la responsabilité. C'est en les aidant à comprendre qui ils sont, ce qui les fait réagir

de telle ou telle autre façon, et comment ils peuvent mieux gérer leur vie, qu'on approche de ce but. Les étapes suivantes peuvent être suivies afin de consolider un sentiment de sécurité:

- Établir des règles claires et offrir une structure de fonctionnement pour l'unité.
- Renforcer les règles de façon juste et constante.
- Maintenir le respect de soi et encourager les responsabilités personnelles.
- Agir de façon à encourager la confiance.

Le questionnaire qui suit permet de vous évaluer personnellement afin de vérifier à quel point vous aidez à la consolidation du sentiment de sécurité de vos clients. Ce questionnaire est entièrement confidentiel. Vos résultats servent à vous confirmer à quel point vous aidez déjà à l'augmentation de l'estime de soi de vos clients.

**Auto-évaluation du personnel:
consolider un sentiment de sécurité**

pondez à chacune des questions ci-dessous en indiquant un crochet dans la colonne appropriée. ^{cxxiv}
En fin, calculer votre score et vérifier où vous vous situez sur l'échelle au bas de la page.

Question	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement ou jamais
Je respecte les droits personnels des clients?				
Je communique aux clients ce que je les trouve importants comme individus?				
Je définis clairement les règles que je m'attends qu'ils respectent?				
Je m'assure que les droits personnels de chaque client sont protégés?				
Je projette une image de quelqu'un qui est là pour aider offrir du soutien, et non pour critiquer?				
Je trouve des moyens pour exprimer ma confiance et ma foi en mes clients?				
J'évite de réprimander ou humilier un client devant ses confrères?				
Je renforce positivement les clients lorsqu'ils se conforment aux règles?				
Je permet aux clients d'évoluer dans le contrôle de soi?				
Je renforce les règles et les attentes de façon à construire des images de soi positives et non négatives?				

Echelle du score

4 Excellent!!!

3 Très bon!!

2 Bon!

1 Passable

0 Moins que 22, n'aide pas à l'estime de soi

Sous-total: x 4= _____ x 3= _____ x 2= _____ x 1= _____

Score total= _____