

Université de Montréal

Étude de déterminants de l'émotion exprimée chez les
mères de personnes atteintes de schizophrénie

par

Vicky Rochon

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières

Juin 1999

©Vicky Rochon, 1999



WY

5

U58

2000

V.002

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Étude de déterminants de l'émotion exprimée chez les
mères de personnes atteintes de schizophrénie

présenté par
Vicky Rochon

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Leclerc, Claude
Ricard, Nicole
King, Suzanne
Robichaud, Sylvie

Mémoire accepté le:
18 janvier 2000

Sommaire

Les études sur le climat familial des familles de personnes atteintes de schizophrénie (PAS) ont mesuré le concept de l'émotion exprimée et démontré que la présence d'un proche plus critique, plus hostile ou manifestant une surimplication émotionnelle plus intense est associée à un taux de rechute plus élevé chez la PAS. Dans ces études, l'émotion exprimée a été identifiée presque exclusivement comme un prédicteur de la rechute chez la PAS. Différemment, la présente recherche tente d'identifier certains déterminants de l'émotion exprimée. La théorie cognitive-motivationnelle-relationnelle de l'émotion de Lazarus a guidé le choix des variables à l'étude en vue d'identifier la contribution des facteurs contextuels, de personnalité et cognitifs susceptibles d'influencer les émotions exprimées. Cette étude transversale, à l'aide d'une analyse de cheminement, a pour but de vérifier les effets directs et indirects de la condition clinique de la PAS, de la personnalité de la mère et du fardeau subjectif, sur deux dimensions de l'émotion exprimée, soit les commentaires critiques et la surimplication émotionnelle de mères de PAS.

Un échantillon composé de 41 mères de PAS, âgées entre 43 et 81 ans, ont été recrutées dans quatre Centres hospitaliers du Montréal métropolitain. L'évaluation de la condition clinique de la PAS a été réalisée par le Positive And Negative Syndrome Scale et l'évaluation des mères par le Revised NEO-Personality Inventory, le Social Behaviour Assessment Schedule pour le fardeau subjectif, et le Camberwell Family Interview pour le niveau d'émotion exprimée. Suite aux analyses de corrélation (Pearson's r), des analyses de cheminement ont permis la vérification de l'ajustement de quatre modèles théoriques aux données. Un article, présenté en anglais, a été soumis pour publication quant aux résultats de cette étude.

Les deux premiers modèles en regard des déterminants des commentaires critiques des mères expliquent respectivement 51% et 40% de la variance. Dans le premier modèle, on observe un effet direct du niveau d'agitation de la PAS, du niveau

de névrotisme de la mère et du fardeau subjectif sur les commentaires critiques. Cependant, aucune de ces variables ne contribue au fardeau subjectif et en contrôlant pour le niveau d'agitation de la PAS et le névrotisme de la mère, le fardeau subjectif a un effet significatif sur les commentaires critiques de cette dernière. Les commentaires critiques de la mère sont expliqués par un niveau élevé d'agitation de la PAS, un bas niveau de névrotisme de la mère et un niveau élevé de fardeau subjectif. Dans le deuxième modèle, les commentaires critiques sont expliqués par un niveau élevé d'agitation de la PAS, un niveau bas d'impulsivité de la mère et un niveau élevé de fardeau subjectif. Le niveau faible d'impulsivité de la mère est associé à un fardeau subjectif; toutefois, cette dernière variable ne joue pas de rôle médiateur entre les variables de la mère et celles de la PAS.

Les deux modèles concernant les déterminants de la surimplication émotionnelle de la mère expliquent respectivement 36% et 35% de la variance. Dans le premier modèle, plus il y a d'ouverture à l'expérience et un sentiment de devoir élevé chez les mères, plus leur implication émotionnelle est élevée. L'agitation de la PAS n'a pas d'effet direct sur la surimplication émotionnelle. De plus, le fardeau subjectif n'a pas d'effet direct et médiateur sur la surimplication émotionnelle des mères. Dans le deuxième modèle, en présence d'une PAS plus déprimée, les mères qui sont plus ouvertes à l'expérience et qui ont un sens du devoir plus élevé manifestent plus de surimplication émotionnelle.

La perspective théorique utilisée nous a permis d'étudier le concept des émotions exprimées sous un angle novateur et théoriquement justifié. Des associations entre les symptômes chez la PAS et l'émotion exprimée chez la mère ont été démontrées, où d'autres auteurs ne l'ont pas fait. Ainsi, ces liens entre le comportement de la PAS et la réponse émotionnelle des mères nous informent davantage sur ce qui peut influencer cette réponse.

Table des matières

Sommaire.....	iii
Remerciements.....	viii
Chapitre 1: Problématique.....	1
But de l'étude.....	8
Questions de recherche.....	9
Chapitre 2: Recension des écrits.....	10
Théorie de l'émotion.....	11
Origines de la théorie de l'émotion.....	11
Théorie cognitive-motivationnelle-relationnelle de l'émotion.....	13
Lien entre le cadre théorique et les variables étudiées.	14
Schizophrénie.....	16
Description des manifestations cliniques.....	16
Évolution des théories étiologiques.....	18
Concept de l'émotion exprimée.....	19
Origines et descriptions du concept.....	19
Émotion exprimée et prédiction de la rechute.....	21
Personnalité de la mère et émotion exprimée.....	24
Condition clinique de la personne atteinte de schizophrénie et émotion exprimée.....	26
Émotion exprimée et ajustement social.....	27
Critiques des recherches portant sur le concept de l'émotion exprimée.....	28
Facteurs associés au fardeau.....	29
Fardeau et variables liées à la personne atteinte.....	30
Fardeau et variables liées au soignant naturel.....	32
Fardeau et émotion exprimée.....	34

Chapitre 3: Méthode.....	37
Type d'étude.....	38
Définitions opérationnelles des variables.....	38
Personnalité de la soignante naturelle.....	38
Condition clinique de la personne atteinte de schizophrénie.....	38
Fardeau subjectif de la soignante naturelle.....	39
Émotion exprimée de la soignante naturelle.....	39
Description des instruments de mesure.....	40
Personnalité de la soignante naturelle.....	40
Condition clinique de la personne atteinte de schizophrénie.....	41
Fardeau subjectif de la soignante naturelle.....	43
Émotion exprimée de la soignante naturelle.....	48
Données sociodémographiques.....	51
Milieu et échantillon.....	51
Déroulement de l'étude.....	52
Échantillon.....	54
Analyse des données.....	54
Considérations éthiques.....	55
Limites de l'étude.....	56
Chapitre 4: Article soumis au <u>Journal of Psychiatric Research</u>	58
Discussion et conclusion.....	104
Références.....	114

Appendices.....	127
A: Modèle adapté de Lazarus.....	128
B: Modèle de base (<i>Coping model</i>).....	130
C: Revised NEO-Personality Inventory.....	132
D: Positive and Negative Syndrome Scale.....	145
E: Social Behaviour Assessment Schedule.....	148
F: Camberwell Family Interview.....	151
G: Données sociodémographiques.....	161
H: Formulaire de consentement.....	164
I: Acceptation du comité d'éthique.....	168

Remerciements

Cette étude n'aurait pu être réalisée sans la collaboration et l'engagement soutenus de nombreuses personnes que je désire remercier sincèrement.

Je veux d'abord exprimer ma gratitude aux personnes atteintes de schizophrénie et aux membres de leur famille qui ont participé à cette étude, et qui ont généreusement partagé leur expérience avec les intervieweuses.

Des sincères remerciements sont adressés à ma directrice de recherche, Nicole Ricard, et à ma co-directrice, Suzanne King, pour leur soutien et leurs conseils judicieux dans la planification et la réalisation de cette recherche.

Je veux remercier Isabel Dorion, Marie-Hélène Rogerson, Patricia Dawes et André Faucon pour leur aide quant au recrutement des sujets et à la réalisation des entrevues.

Une subvention du FRSQ-CQRS (Fonds de recherche en santé du Québec-Conseil québécois de recherche sociale) et une bourse (*research fellowship*) du FRSQ à Suzanne King ont été essentielles à la réalisation de cette étude.

Finalement, je veux exprimer ma reconnaissance à mon mari, Tom Rakitic, et à mes parents, Lisette et Jacques, pour leur soutien et leurs encouragements constants dans la réalisation de cette recherche.

CHAPITRE 1
PROBLÉMATIQUE

Depuis plusieurs années, les changements dans l'implication des familles auprès de la personne atteinte de schizophrénie (PAS) et l'évolution des connaissances quant à l'étiologie de la schizophrénie ont favorisé le développement de divers domaines de recherche sur la famille. D'une part, ces recherches s'intéressent à l'influence du climat familial sur l'évolution de la maladie et, d'autre part, elles tentent d'évaluer l'impact de la maladie mentale sur la famille à travers l'étude du fardeau de ces familles.

Au cours des 30 dernières années, les recherches sur le climat familial ont mesuré le concept de l'émotion exprimée dans la famille et ont permis de démontrer que la présence dans la famille de proches¹ plus critiques, plus hostiles et/ou plus intenses émotionnellement est associée à un taux de rechute plus élevé chez la PAS (Bertrando, Beltz, Bressi, Clerici, Farma, Invernizzi et Cazzullo, 1992; Brown, Birley et Wing, 1972; Brown, Monck, Carstairs et Wing, 1962; Brown et Rutter, 1966; Karno, Jenkins, De La Selva et al., 1987; Leff et Vaughn, 1985; Linszen, Dingemans, Nugter, Van der Does, Scholte et Lenior, 1997; Mino, Inoue, Tanaka et Tsuda, 1997; Moline, Singh, Morris et al., 1985; Vaughn et Leff, 1976a; Vaughn, Snyder, Jones, Freeman et Falloon, 1984; Wig, Menon, Bedi et al., 1987).

Contrairement aux orientations des études précédentes, la présente recherche s'intéresse aux émotions exprimées de mères de PAS en tant que stratégies de *coping* de ces soignantes naturelles face aux exigences de la maladie plutôt qu'à titre de prédicteurs de la rechute. Plus précisément, elle vise à identifier les déterminants potentiels de cette réponse émotionnelle, soit la personnalité de la soignante, la condition clinique de la PAS et le fardeau subjectif de la soignante.

L'évolution des écrits sur la schizophrénie et la famille indique qu'il y a de bonnes raisons pour s'attarder plus particulièrement à l'expérience des mères. En

¹Les termes familles, soignants naturels et proches sont souvent utilisés de façon interchangeable pour désigner les parents vivant auprès d'une PAS. Dans la présente étude, il sera question des mères en tant que soignantes naturelles.

effet, de par leur rôle traditionnel et les pressions sociales, ce sont les mères de PAS qui sont le plus souvent engagées et qui vivent le plus de fardeau lors de la prise en charge de ces dernières (Chafetz et Barnes, 1989; Cook, 1988; Cousineau, 1989; Coward et Dwyer, 1990; Guberman, Dorvil et Maheu, 1987; Jutras et Lavoie, 1991; Ricard et Fortin, 1993; Ricard, Fortin et Bonin, 1995; St-Onge et Lavoie, 1994, 1997). Par ailleurs, dans les recherches sur l'émotion exprimée, lorsque les mères et les pères de PAS sont regroupés dans l'analyse des résultats, leurs différences s'annulent nous privant ainsi d'information les distinguant (King, 1993; King et Dixon, 1995).

Par ailleurs, bien que fort reconnues, les recherches sur l'émotion exprimée ont suscité divers types de critiques. Certains auteurs critiquent l'absence de cadre théorique à la base de ces études (Hatfield, 1987; King, 1993; King et Rochon, 1995), le fait que l'on conceptualise l'émotion exprimée sous un construit global (Kanter, Lamb et Loeper, 1987; King, 1993; King et Rochon, 1995; Miklowitz, 1994; Vaughn, 1989), l'interprétation de résultats suggérant trop facilement un lien de causalité entre l'émotion exprimée et la rechute chez la PAS (Kanter, Lamb et Loeper, 1987; King et Rochon, 1995; Vaughn, 1989) et le postulat que ce concept est stable à travers le temps (Hatfield, Spaniol et Zippel, 1987; King et Dixon, 1995; King et Rochon, 1995; Vaughn, 1989).

Également, d'autres critiques sont aussi relevées et concernent les points suivants: la distinction entre un bas et un haut niveau d'émotion exprimée conduisant à catégoriser les familles en tant que "bonnes" ou "mauvaises" (Hatfield, Spaniol et Zippel, 1987; King, 1993; King et Rochon, 1995; Vaughn, 1989), la conceptualisation simplifiée du pronostic de la maladie en l'étudiant uniquement sous l'angle de la rechute (King, 1993; King et Rochon, 1995) et finalement, l'analyse globale des résultats quant aux mères et aux pères (King, 1993; King et Rochon, 1995).

Prenant en compte ces critiques, il est indiqué de situer l'émotion exprimée dans un cadre théorique et d'étudier ce concept non comme un élément prédictif de rechute, mais plutôt comme une réponse émotionnelle de la soignante naturelle face aux exigences de la maladie, pouvant s'expliquer par divers facteurs, dont entre autres, par le contexte de la maladie ou la personnalité de la mère.

En raison des limites méthodologiques et conceptuelles des études sur l'émotion exprimée, on a une compréhension limitée des facteurs qui l'influencent. Il y a lieu de se demander qu'est-ce qui fait que certaines mères démontrent une plus grande surprotection ou surimplication émotionnelle ou expriment plus d'hostilité face aux difficultés de leur proche quant à ses activités journalières, par exemple. Ces mères réagissent-elles différemment à cause simplement de la condition clinique de leur enfant? Ou est-ce plutôt à cause de certaines caractéristiques de leur propre personnalité? Il pourrait aussi s'agir de leur perception de dérangement face aux difficultés de la PAS, c'est-à-dire en raison du fardeau subjectif qu'elles éprouvent dans leur rôle de soignantes naturelles.

Afin de permettre une meilleure compréhension de l'interaction des divers éléments en jeu, le concept de l'émotion exprimée gagnerait à être situé dans un cadre théorique plus large et à être considéré comme une stratégie de *coping* (Parker, Johnston et Hayward, 1988). Le choix de cette perspective repose sur le fait que le rôle de soignante naturelle assumé par les mères auprès de PAS, est caractérisé par du stress chronique. La théorie cognitive-motivationnelle-relationnelle de l'émotion de Lazarus (1991) (*Cognitive-Motivational-Relational Theory of Emotion*), émanant du paradigme *stress-coping* (Lazarus et Folkman, 1984), permet d'articuler les facteurs précédemment discutés, tels le contexte de la maladie et certaines caractéristiques de la mère.

Cette théorie s'intéresse à la relation existante entre la personne et l'environnement et non seulement aux événements intra-individuels ou

environnementaux. L'émotion est décrite comme un concept intégrateur de la théorie, comprenant le stress psychologique et la notion de *coping*, et unissant la motivation, la cognition et l'adaptation en une configuration complexe (Lazarus, 1991).

Les concepts de la théorie de l'émotion sont divisés en trois catégories. La première catégorie est celle des **variables antécédentes** représentées par les conditions environnementales d'une situation d'adaptation (*adaptational encounter*) et les facteurs de personnalité de l'individu; ces variables interagissent pour produire des appréciations cognitives de la relation personne-environnement (Lazarus, 1991). Les variables environnementales correspondent aux demandes, aux ressources et aux contraintes auxquelles une personne doit faire face. Les facteurs de personnalité les plus importants agissant sur l'émotion sont les motifs et les croyances quant à soi-même et au monde acquises au cours de la vie.

La deuxième catégorie est celle des **processus médiateurs**, eux-mêmes divisés en trois classes: appréciations cognitives primaire et secondaire, tendances d'action et processus de *coping* (Lazarus, 1991). L'appréciation cognitive est le construit central du système théorique; il s'agit de l'évaluation de l'importance de ce qui arrive, dans la relation personne-environnement, pour le bien-être de cette personne. Cette appréciation cognitive est influencée par les variables antécédentes, soit les variables environnementales et les facteurs de personnalité de l'individu. Les tendances d'action relient une certaine émotion à son propre patron de réponse physiologique. Les processus de *coping* altèrent la relation personne-environnement, soit dans la réalité ou dans la signification donnée à l'événement par l'individu; ces derniers peuvent agir directement ou indirectement sur les appréciations cognitives ultérieures de l'individu.

La troisième catégorie est celle des **effets**, eux-mêmes divisés en deux classes: les effets à court et à long terme (Lazarus, 1991). Les effets à court terme

comprennent les éléments de réponse immédiate de l'émotion (*immediate response components of emotion*), c'est-à-dire les actions et les tendances à l'action², les changements physiologiques et les états subjectifs. Les effets à long terme sont représentés par les conséquences ultimes des patrons émotionnels chroniques des individus sur leur fonctionnement social, leur bien-être subjectif et leur santé physique.

En résumé, les facteurs environnementaux et personnels mènent à un construit situationnel, lequel donne lieu à un processus d'appréciation cognitive par l'individu. D'après l'appréciation cognitive de ce dernier, une configuration de réponse émotionnelle apparaît sous la forme de tendances d'action, d'expériences subjectives et de réponses physiologiques. De plus, cette configuration de réponse émotionnelle se traduit davantage en différentes stratégies de *coping* utilisées par l'individu.

Dans la présente étude, deux types d'antécédents forment le construit situationnel, soit la condition clinique de la PAS et la personnalité de la mère. Ce construit situationnel comprend alors des conditions environnementales et intra-individuelles qui, selon Lazarus (1991), interagissent et influencent les processus médiateurs, dont l'appréciation cognitive et les stratégies de *coping*. L'appréciation cognitive est étudiée sous l'angle du fardeau subjectif éprouvé par les mères, ce dernier étant évalué en fonction de la perception du dérangement, du bouleversement ou de l'inquiétude de ces dernières face à certains aspects spécifiques provenant de la condition et du fonctionnement de la PAS (Ricard et Fortin, 1993).

Quant aux stratégies de *coping*, elles sont examinées sous l'angle de certaines des composantes de l'émotion exprimée, telles la surimplication émotionnelle et l'attitude critique, car elles traduisent des modes de réactions face au stress vécu lors

² Selon Lazarus (1991, p.88), les tendances à l'action sont comprises simultanément dans les processus médiateurs et dans les effets à court terme.

de la prise en charge d'une PAS. Selon sa personnalité et la condition variable de la PAS, la mère perçoit un certain niveau de dérangement ou de fardeau subjectif, et réagit d'une manière qui dépend de cette appréciation des stresseurs liés à la prise en charge de la PAS.

Par exemple, lorsque la PAS devient très désorganisée dans ses comportements et dans ses pensées, et que la mère démontre une personnalité flexible et caractérisée par l'altruisme, cette dernière vivra possiblement moins de dérangement et ainsi, pourrait exprimer peu de commentaires critiques envers la PAS. Par contre, en présence de la même PAS, une mère qui démontre une personnalité rigide et qui devient facilement nerveuse ou inquiète, ressentira probablement plus de dérangement et ainsi, pourrait devenir surimpliquée émotionnellement envers la PAS.

De même, en présence d'une PAS négligeant son hygiène corporelle, la mère qui démontre une personnalité flexible et qui est moins embarrassée par des situations socialement gênantes, vivra possiblement peu de dérangement et ainsi, pourrait exprimer peu de commentaires critiques envers la PAS. Par contre, en présence de la même PAS, une mère qui démontre une personnalité rigide et qui est très soignée et ordonnée, ressentira probablement plus de dérangement et ainsi, pourrait devenir surimpliquée émotionnellement envers la PAS.

Il est évident que la prise en charge d'une PAS occasionne de nombreuses sources de stress chez la mère. L'appréciation de ces stresseurs est effectuée par les mères, à partir de leurs perceptions de la condition, du fonctionnement de la PAS et de leur propre personnalité. Il y a lieu de croire que cette appréciation peut influencer la réponse émotionnelle des mères face à la PAS. Afin de vérifier cette hypothèse, l'auteure de la présente étude examinera la contribution de ces facteurs, soit la personnalité de la mère, la condition clinique de la PAS et le fardeau subjectif éprouvé par la mère, dans la variation de l'émotion exprimée de cette dernière.

En résumé, la plupart des chercheurs étudiant l'émotion exprimée ont discuté d'une relation causale entre un haut niveau d'émotion exprimée et le risque de rechute chez la PAS, sans pour autant démontrer ce lien causal à l'aide d'analyses statistiques, ni explorer les déterminants de l'émotion exprimée. Ainsi, il y a lieu de se demander si l'émotion exprimée des mères n'est pas plutôt influencée par leur propre personnalité, par la condition clinique de la PAS ou par leur perception du fardeau subjectif qu'elles éprouvent.

Les limites méthodologiques et conceptuelles des études sur l'émotion exprimée conduisent l'auteure à examiner l'émotion exprimée sous la forme d'une variable dépendante et dans le cadre du paradigme *stress-coping*. Les divers facteurs ayant été discutés n'ont jamais été étudiés simultanément à l'aide de la théorie cognitive-motivationnelle-relationnelle de l'émotion de Lazarus (1991), et l'émotion exprimée a très rarement été considérée comme une variable dépendante. Ainsi, la présente étude permettra d'offrir une nouvelle perspective et compréhension des déterminants quant aux réponses émotionnelles des mères, afin de mieux cibler ultérieurement, les interventions possibles des infirmières face à de telles réactions. Par ailleurs, en étudiant le concept de l'émotion exprimée comme une stratégie de *coping*, et non comme un prédicteur de la rechute chez la PAS, le blâme jusqu'ici trop souvent attribué aux mères pourrait être questionné.

BUT DE L'ÉTUDE

Cette étude transversale, à l'aide d'une analyse de cheminement, a pour but d'une part, de vérifier les effets directs de la personnalité de la mère et de la condition clinique de la PAS sur le fardeau subjectif, et d'autre part, de vérifier les effets directs et indirects de la personnalité de la mère, de la condition clinique de la PAS et du fardeau subjectif sur deux dimensions de l'émotion exprimée, soit les commentaires critiques et la surimplication émotionnelle de mères de PAS.

QUESTIONS DE RECHERCHE

1. Jusqu'à quel point, la variance dans le fardeau subjectif éprouvé par la mère peut être expliquée par la condition clinique de la PAS et par la personnalité de la mère?
2. Jusqu'à quel point, la variance dans l'émotion exprimée de la mère peut être expliquée par la condition clinique de la PAS, par la personnalité de la mère et par le fardeau subjectif éprouvé par cette dernière?
3. Jusqu'à quel point, le fardeau subjectif éprouvé par la mère a un effet médiateur entre les variables antécédentes et l'émotion exprimée de la mère (commentaires critiques et surimplication émotionnelle)?

CHAPITRE 2
RECENSION DES ÉCRITS

Quatre thèmes font l'objet de ce chapitre. Premièrement, le cadre théorique est expliqué quant à ses origines et à son application aux concepts de la présente étude. Deuxièmement, la schizophrénie est présentée en ce qui concerne ses manifestations cliniques et l'évolution des théories étiologiques. Troisièmement, le concept de l'émotion exprimée est discuté en ce qui concerne ses origines, les études s'y rapportant et les critiques de différents auteurs. Quatrièmement, les facteurs associés au fardeau des soignantes naturelles sont présentés, soit les variables de la PAS et de la soignante naturelle.

THÉORIE DE L'ÉMOTION

Origines de la théorie de l'émotion

La présente recherche utilise comme cadre de référence la théorie de l'émotion de Lazarus (1991). Cet auteur présente une théorie de l'émotion cognitive, motivationnelle et relationnelle (*Cognitive-Motivational-Relational Theory of Emotion*); il s'agit d'une perspective qu'il est le premier à étudier dans le cadre de ses recherches sur le stress, menées depuis les 40 dernières années (Lazarus, 1991).

Durant les années 1930 jusqu'aux années 1960, l'influence de Freud sur la psychologie clinique a été considérable; dans ces théories, le rôle de l'étiologie psychodynamique dans les problèmes de santé mentale était prédominant. Durant les années 1970, l'accent a davantage été mis sur la contribution de l'environnement; cette perspective est reflétée aujourd'hui par les études sur les événements stressants de la vie, considérés comme étant les sources premières de changements auxquelles l'individu doit s'adapter. Selon cette perspective, les événements ont tendance à être perçus en tant que circonstances externes accidentelles (stresseurs), au lieu de produits provenant de transactions continues qui changent les relations fonctionnelles entre un individu et l'environnement.

Durant les années 1960, Lazarus (1966) et ses collègues ont tenté de développer une approche phénoménologique du stress psychologique et du *coping*, basée sur le rôle des facteurs cognitifs. Le concept de l'appréciation cognitive (*appraisal*) fut alors largement utilisé dans l'étude du stress, du *coping* et de l'émotion. Par contre, Lazarus (1991) critique maintenant la trop grande importance qu'il a accordé à la dimension cognitive et préconise maintenant une perspective relationnelle en vue d'expliquer l'influence des émotions dans le processus d'adaptation; cette vision n'est ni endogène, ni exogène. Cette perspective relationnelle de l'influence des émotions est plutôt représentée par une combinaison ou une négociation entre deux ensembles de forces, intérieures et extérieures à l'individu, pour expliquer que les émotions proviennent des transactions entre la personne et l'environnement et sont en processus de transition continue.

Selon Lazarus (1991), il est nécessaire d'adopter une approche relationnelle des émotions et de créer un langage pour l'articuler, dans le but de mettre fin à l'oscillation entre la perspective purement endogène et purement exogène. Cette approche relationnelle est primordiale car l'individu et l'environnement sont deux facteurs importants intervenant dans les processus des émotions et de l'adaptation.

La révolution cognitive devrait, selon Lazarus (1991), s'intituler la révolution cognitive-motivationnelle-relationnelle, car la seule présence de la pensée (cognition) est insuffisante pour une théorie appropriée de la raison, du comportement et de l'émotion.

Cette théorie cognitive-motivationnelle-relationnelle de l'émotion de Lazarus (1991) sera maintenant examinée plus en profondeur et ses différents concepts seront discutés dans la prochaine section.

Théorie cognitive-motivationnelle-relationnelle de l'émotion

Les différents concepts de cette théorie de l'émotion sont regroupés en trois catégories examinées dans cette section: les antécédents, les processus médiateurs et les effets (résultats) (Lazarus, 1991). Cette théorie a été adaptée à la présente étude (voir appendice A, p.128).

Premièrement, les antécédents se composent des conditions environnementales d'une situation d'adaptation (*adaptationnal encounter*) et des caractéristiques d'un individu, qui interagissent dans le but de donner naissance à des appréciations de cette relation personne-environnement. Les variables environnementales correspondent aux demandes, aux ressources et aux contraintes auxquelles la personne doit faire face. Certaines autres conditions formelles, dont l'imminence, l'incertitude et la durée des situations d'adaptation, fournissent de l'information quant à la situation et sont aussi comprises dans ces variables environnementales. Les variables de la personnalité les plus importantes et affectant l'émotion, sont les motifs et les croyances de ce dernier quant à soi-même et au monde. Ces variables sont acquises durant l'expérience de vie.

Deuxièmement, les variables des processus médiateurs se divisent en trois. La première variable est l'appréciation cognitive (*appraisal*) et elle est le construit central de la formulation théorique de Lazarus; elle concerne l'appréciation de l'importance, de ce qui arrive dans la relation personne-environnement, pour le bien-être de cette personne. Cette appréciation cognitive est grandement influencée par les antécédents, soit les variables environnementales et celles reliées à la personnalité de l'individu. La deuxième variable est la tendance à l'action (*action tendency*); celle-ci relie une émotion à son propre patron de réponse physiologique. Par exemple, en situation d'anxiété ou de peur, l'individu peut avoir une impulsion de retrait ou de fuite, plutôt qu'une impulsion d'attaque ou d'approche. La dernière variable est le processus de *coping* qui altère la relation personne-environnement, soit dans la réalité

ou dans la signification donnée à l'événement par l'individu. Ce processus de *coping* peut agir directement ou indirectement sur l'appréciation ultérieure d'un individu, d'où l'influence sur l'émotion par un phénomène de rétroaction.

Enfin, les effets (résultats) sont divisés en deux types: ceux à court terme et à long terme. Les effets à court terme comprennent les éléments de réponse immédiate de l'émotion (*immediate response components of emotion*), c'est-à-dire les actions et les tendances à l'action¹, les changements physiologiques et les expériences émotionnelles subjectives, habituellement nommés *affects*. Selon le schéma théorique de Lazarus (1991), les émotions et les sentiments se retrouvent dans les effets à court terme. Les effets à long terme correspondent aux conséquences ultimes des patrons émotionnels chroniques et fréquents des individus sur leur fonctionnement social, leur bien-être subjectif et leur santé physique.

L'interaction de l'ensemble de ces variables explique le processus de l'émotion; il s'agit d'un système complexe de variables interdépendantes. L'auteure de la présente étude examinera, dans la prochaine section, comment ce cadre théorique peut s'appliquer à l'étude des relations entre la personnalité de la mère, la condition clinique de la PAS, le fardeau subjectif éprouvé par la mère et son niveau d'émotion exprimée.

Lien entre le cadre théorique et les variables étudiées

L'auteure de la présente recherche s'inspire du modèle de Lazarus (1991) pour examiner le lien entre les différents concepts à un moment donné dans le temps (voir appendice B, p.130). Par conséquent, le but de l'étude n'est pas de vérifier le modèle de Lazarus et l'interaction continue entre les diverses variables, mais plutôt d'explorer

¹ Selon Lazarus (1991, p.88), les tendances à l'action sont comprises simultanément dans les processus médiateurs et dans les effets à court terme.

les relations entre certains éléments du cadre théorique et leur application dans le contexte de la problématique des mères de PAS.

La présente recherche permet d'étudier plus spécifiquement l'influence de la personnalité de la mère et de la condition clinique de la PAS sur le fardeau subjectif et l'émotion exprimée de la mère. La personnalité de la mère peut être définie comme: "un patron de pensées, sentiments et comportements caractéristiques qui persistent à travers le temps et les situations et qui distinguent une personne d'une autre" (Phares, 1991, p.29). Cette variable est comprise dans les antécédents, plus particulièrement dans les caractéristiques intra-individuelles du modèle de Lazarus (1991). La condition clinique de la PAS est examinée en regardant plus spécifiquement la sévérité des symptômes de la PAS; cette variable est aussi comprise dans les antécédents, plus particulièrement dans les conditions environnementales du modèle de Lazarus (1991), car les symptômes s'expriment dans le contexte de vie de la soignante naturelle et représentent certaines contraintes.

Le fardeau subjectif éprouvé par la mère est une autre variable retenue dans la présente étude. Ce fardeau subjectif est évalué en fonction de la perception du dérangement, du bouleversement ou de l'inquiétude de la mère face à certains aspects spécifiques provenant de la condition et du fonctionnement de la PAS (Ricard et Fortin, 1993). Cette variable rejoint ce que Lazarus (1991) appelle le résultat de l'appréciation cognitive (*appraisal outcome*), soit l'expérience subjective d'une personne face à une situation potentiellement stressante. Ce résultat de l'appréciation cognitive est influencé grandement par les antécédents et par le processus d'appréciation cognitive (*appraisal process*) de la théorie de Lazarus (1991). Ce dernier processus ne peut être capté directement en raison de son caractère en continuelle transformation.

La dernière variable étudiée est l'émotion exprimée de la mère; ce concept comprend les commentaires critiques, la surimplication émotionnelle, l'hostilité, la

chaleur et les remarques positives (Vaughn, 1989). Dans le cadre de cette recherche, ce concept de l'émotion exprimée est conceptualisé comme l'un des aspects du processus de *coping* qu'utilisent les mères dans leur rôle de soignantes naturelles auprès de leur enfant atteint de schizophrénie. Ainsi, l'émotion exprimée se situe dans la troisième catégorie, soit celle des processus médiateurs identifiée par Lazarus (1991), sous l'angle du *coping*. L'émotion exprimée peut ainsi, dans cette perspective, possiblement être influencée par la personnalité de la mère, la condition clinique de la PAS ou le fardeau subjectif éprouvé par la mère.

Suite à la description du cadre théorique guidant la présente recherche, il s'avère pertinent d'examiner plus spécifiquement l'un des antécédents et comment est caractérisée la condition clinique de la PAS. Les diverses manifestations cliniques de ce problème seront décrites, ainsi que les théories explicatives de ce phénomène.

SCHIZOPHRÉNIE

La schizophrénie est une maladie mentale complexe; son incidence annuelle varie entre 0,1 et 1,0 pour 1000 individus de la population (Carr, 1991; DSM-IV, 1994). La prévalence de la schizophrénie est située autour de 2,5 et 5,0 pour 1000 individus de la population, et le risque de développer cette maladie dans une vie est de 1,0% (Carr, 1991). Par ailleurs, la prévalence à vie de troubles psychiatriques dans la population non institutionnalisée est de 32% et la prévalence annuelle est de 20% (Robins et Regier, 1991).

Description des manifestations cliniques

La schizophrénie est diagnostiquée selon différentes manifestations cliniques spécifiques (DSM-IV, 1994). Les caractéristiques principales de cette maladie sont la présence de symptômes psychotiques lors d'une phase aiguë et une détérioration quant au niveau de fonctionnement de l'individu (Holmberg, 1993). La schizophrénie

conduit à des troubles de perception de la réalité et provoque des désordres de la pensée, de l'émotion, de l'attention et de la communication; ces symptômes interfèrent avec l'habileté de la personne à fonctionner normalement (Whitfield et Virgo, 1989).

Les symptômes se présentant à l'apparition de la schizophrénie sont classifiés en deux catégories, soit les symptômes positifs (les hallucinations, les idées délirantes et le désordre de la pensée) et les symptômes négatifs (l'apathie, l'affect émoussé et la pauvreté de la pensée) (Varcarolis, 1990). Les symptômes positifs représentent les effets d'une perception altérée de la réalité et de l'affect, tandis que les symptômes négatifs constituent l'impact primaire de la maladie sur le dynamisme et l'habileté de la PAS à connaître et à apprécier les relations interpersonnelles (Mueser, Liberman et Glynn, 1990).

L'hétérogénéité de l'évolution et du pronostic chez les PAS est une caractéristique majeure de la maladie mentale (Liberman, 1991). Le début de la maladie se produit le plus souvent lors de l'adolescence ou de la vie de jeune adulte (Holmberg, 1993). Certaines PAS présenteront des épisodes psychotiques sévères malgré une évolution favorable accompagnée d'une bonne récupération du fonctionnement social et professionnel et un nombre limité de troubles psychopathologiques (Liberman, 1991). Par ailleurs, certaines PAS vivant un nombre et une gravité similaire d'épisodes psychotiques, présenteront des déficiences et des dysfonctionnements résiduels graves et persistants (Liberman, 1991).

Quant à l'étiologie de la schizophrénie, plusieurs théories ont été développées par différents auteurs à travers le temps. Certaines de ces théories seront examinées dans la section suivante.

Évolution des théories étiologiques

Les théories explicatives de la schizophrénie ont évolué de façon marquée passant des hypothèses psychodynamiques ou relationnelles aux hypothèses génétiques. En effet, l'évolution des recherches épidémiologiques, psychosociales et fondamentales a modifié notre compréhension de la schizophrénie.

Suite à de nombreuses recherches sur l'adoption et les jumeaux, l'hypothèse du rôle des facteurs génétiques devient de plus en plus reconnue ou considérée. En effet, on observe que pour les jumeaux monozygotiques, le taux de concordance pour l'apparition de la schizophrénie est autour de 50%, tandis que pour les jumeaux dizygotiques, ce taux diminue à 10-15% (Carr, 1991).

Il a été également proposé que les facteurs physiques entourant les périodes prénatale et périnatale jouent un rôle causal dans la schizophrénie. Par exemple, les complications obstétricales de toutes sortes peuvent causer une lésion au tissu neural et ainsi, compromettre de façon significative le développement neurologique ultérieur. Aussi, le fait que de nombreuses PAS soient nées durant les mois d'hiver ont conduit certains auteurs à croire au rôle causal d'une infection virale au cerveau dans l'apparition de la maladie (Carr, 1991).

Par ailleurs, de nombreuses anomalies neurologiques ont été rapportées chez les PAS et comprennent diverses formes: l'atrophie cérébrale, l'hypertrophie des ventricules cérébraux, l'épaississement du corps calleux et les changements microscopiques dans le tissu des neurones. De plus, le fait qu'un certain nombre de PAS présentent une activité épileptique dans le lobe temporal renforce l'hypothèse du rôle des anomalies neurologiques dans l'étiologie de cette maladie mentale (Carr, 1991).

La théorie dominante quant aux mécanismes médiateurs du cerveau intervenant dans la schizophrénie est celle de la dopamine. Cette théorie propose que la schizophrénie est associée à une trop grande activité des neurotransmetteurs

dopaminergiques et ce, pour certains chemins neuraux dans le cerveau, en particulier dans le système méso-lymbique. Cette hypothèse provient de l'action connue des amphétamines pouvant causer des symptômes comme ceux de la schizophrénie et des médicaments antipsychotiques qui bloquent les récepteurs de dopamine et améliorent les symptômes aigus de la schizophrénie. Des études post-mortem et certaines techniques d'imageries du cerveau soutiennent cette hypothèse, en permettant la quantification des récepteurs de dopamine (Carr, 1991). Enfin, il importe de souligner comment notre compréhension du rôle des familles dans l'étiologie et le cours de la schizophrénie a énormément évolué.

Dans les années 1950, plusieurs théories ont été émises quant au rôle de la famille dans l'étiologie de la schizophrénie. Ces théories tentaient d'expliquer l'apparition de la maladie dans la famille par divers problèmes de communication présents dans ces familles soit: la communication à double contrainte (*double-binds*) (Bateson, Jackson, Haley et Weakland, 1956; Sluzki et Veron, 1971), la communication anormale (*communication deviance*) (Liem, 1980; Singer, Wynne et Toohey, 1978; Wynne, 1981) et la mère "schizophrénogène" (Fromm-Reichmann, 1948). Toutefois, l'ensemble des recherches en regard de ces théories ne soutient pas l'idée que l'interaction dysfonctionnelle de la famille cause la maladie.

On ne soutient plus maintenant que la famille peut être la cause de l'apparition de la maladie. Toutefois, les recherches sur le concept de l'émotion exprimée ont tenté de démontrer le rôle de la famille dans l'évolution de la maladie et plus particulièrement dans la rechute chez la PAS.

CONCEPT DE L'ÉMOTION EXPRIMÉE

Origines et descriptions du concept

Le concept de l'émotion exprimée a émergé d'une série de recherches menées depuis les 40 dernières années (Vaughn, 1989). À partir des années 1950, George

Brown et ses collègues, de l'unité de psychiatrie sociale de Londres, ont initié une série d'études épidémiologiques d'une durée de 12 ans et comportant trois différents projets. Le but général de ces études était de comprendre le devenir des PAS lors de leur congé de l'hôpital; les auteurs recherchaient une explication environnementale en regard des rechutes des PAS (Vaughn, 1989).

En 1958, une étude de Brown, Carstairs et Topping a été réalisée auprès de 229 PAS ayant reçu leur congé à la suite d'une hospitalisation de deux années ou plus. Suite à cette recherche, deux observations étonnantes ont été relevées: d'une part, un lien significatif existait entre l'exacerbation des symptômes et le lien de parenté du proche avec lequel la PAS cohabitait. Selon Brown, Carstairs et Topping (1958) et Brown (1959), les PAS vivant avec leurs épouses et leurs parents démontraient un taux plus élevé de réadmission que ceux demeurant avec leurs frères, leurs soeurs, leurs proches plus éloignés ou dans des centres d'hébergement. D'autre part, le risque de détérioration de l'état clinique de la PAS était augmenté lorsque le contact prolongé avec les proches était inévitable; par exemple, lorsque la PAS et sa mère étaient sans travail.

En 1962, une deuxième étude de Brown, Monck, Carstairs et Wing a permis de développer des mesures plus directes des relations familiales. Certains jugements ont pu alors être posés quant à la quantité et au type d'émotion exprimée par 128 PAS et leurs proches de sexe féminin rencontrés à leur domicile. Les résultats de cette étude démontrent que durant l'année suivant le congé de l'hôpital, trois-quart (75%) des PAS qui retournaient vivre dans les foyers présentant un "haut niveau d'implication émotionnelle" faisaient l'expérience d'une rechute avec des symptômes aigus, alors que seulement un quart (25%) des autres PAS vivant dans les foyers présentant un "bas niveau d'implication émotionnelle" démontraient une aggravation des symptômes.

Lors d'une étude consécutive, Rutter et Brown (1966) ont accordé une attention particulière aux instruments de mesure du climat familial. Ils ont ainsi développé une entrevue semi-structurée de 4 heures qui s'attarde d'une part, aux événements et activités concrètes de la famille et, d'autre part, aux sentiments, émotions ou attitudes concernant ces événements ou les personnes y participant.

Ensuite, Vaughn et Leff (1976b) ont développé une version abrégée de cette entrevue: le *Camberwell Family Interview Schedule (CFI)* qui durait une heure et demie. Finalement, Mueser, Bellack et Wade (1992) ont de nouveau abrégé cette entrevue à une durée de 45 minutes. Cette entrevue semi-structurée est réalisée individuellement au domicile du proche et en l'absence de la PAS (voir au chapitre de la méthode pour plus d'informations sur la façon de mesurer le concept de l'émotion exprimée).

Émotion exprimée et prédiction de la rechute

En 1972, Brown, Birley et Wing ont repris le Camberwell Family Interview (CFI) pour identifier les attitudes ou les émotions fréquemment exprimées chez les soignants naturels et qui étaient associées avec une rechute suivant un congé de l'hôpital chez 101 PAS. Ils ont pu démontrer que 58% des PAS vivant dans des foyers présentant un haut niveau d'émotion exprimée (ÉE) expérimentaient une rechute neuf mois suivant un congé de l'hôpital, comparativement à 16% chez les PAS vivant dans des foyers présentant un bas niveau d'ÉE.

Trois échelles de l'entrevue ont démontré des relations significatives avec l'évolution de la maladie: les commentaires critiques des proches, la surimplication émotionnelle et l'hostilité. Les corrélations significatives entre les commentaires critiques et l'hostilité chez la mère nous ont permis d'étudier surtout les commentaires critiques. Ces trois échelles ont été associées pour créer un index d'émotion exprimée, étant essentiellement un indicateur des émotions négatives de la famille ou

d'une inquiétude exagérée et indiscrete envers la PAS. Par contre, il faut noter que dans ces études lorsqu'un seul parent de la famille est catégorisé comme démontrant un haut niveau d'ÉE, la famille est considérée comme présentant un haut niveau d'ÉE. Cet indicateur conduit donc à une division des familles en deux catégories: celles avec un haut ou un bas niveau d'ÉE, catégorisation qui peut-être blâmable pour les familles.

Les résultats principaux de l'étude de Brown et al. (1972) ont été répétés avec succès lors d'études consécutives à Londres (Vaughn et Leff, 1976a) et à Los Angeles (Vaughn, Snyder, Jones, Freeman et Falloon, 1984). Vaughn et Leff (1976a) ont déterminé un seuil de 6 commentaires critiques comme indice de haut niveau d'ÉE et ont démontré que 48% des PAS vivant dans des foyers présentant un haut niveau d'ÉE expérimentaient une rechute neuf mois suivant un congé de l'hôpital, comparativement à 6% chez les PAS vivant dans des foyers présentant un bas niveau d'ÉE. En 1984, Vaughn, Snyder, Jones, Freeman et Falloon ont aussi démontré que 56% des PAS vivant dans des foyers présentant un haut niveau d'ÉE expérimentaient une rechute neuf mois suivant un congé de l'hôpital, comparativement à 17% chez les PAS vivant dans des foyers présentant un bas niveau d'ÉE.

En Italie, Bertrando, Beltz, Bressi, Clerici, Farma, Invernizzi et Cazzullo (1992) ont obtenu des résultats similaires. Quarante-deux PAS et leurs proches ont été interviewés neuf mois suivant l'admission à l'hôpital, pour finalement démontrer un taux d'admission significativement plus élevé chez les personnes provenant de familles avec un haut niveau d'ÉE. Au Japon, Mino, Inoue, Tanaka et Tsuda (1997) ont aussi démontré, sur une période de deux ans, que le risque de rechute était de 71% chez les PAS et provenant de familles présentant un haut niveau d'ÉE, comparativement à 37% chez les personnes provenant de familles présentant un bas niveau d'ÉE. Ainsi, il semble que le niveau d'ÉE de la famille dans d'autres contextes culturels comme l'Italie et le Japon soit un bon prédicteur d'une rechute.

D'autres auteurs (Linszen, Dingemans, Nugter, Van der Does, Scholte et Lenior, 1997) ont comparé divers déterminants de la rechute en considérant la contribution des variables de la PAS (le fonctionnement prémorbide, l'abus de substance, l'histoire de la maladie) et de celle de la famille (ÉE). Il a été démontré que l'émotion exprimée est le principal prédicteur de la rechute chez la PAS; le risque de rechute chez les personnes provenant de familles présentant un haut niveau d'ÉE est presque cinq fois plus élevé et de façon significative que chez les personnes provenant de familles présentant un bas niveau d'ÉE.

Par contre, certains auteurs (Dulz et Hand, 1986) n'ont pas obtenu de résultats similaires à ceux des études citées précédemment quant aux liens entre la rechute chez la PAS et l'émotion exprimée des soignants naturels. Ces auteurs ont examiné surtout des jeunes PAS présentant un risque de développer une condition chronique. Le but de ces chercheurs était de répéter les résultats précédents, avec le Camberwell Family Interview, et d'évaluer directement cet instrument. L'échantillon de leur étude était constitué de 52 PAS et de 79 de leurs proches. L'âge moyen des PAS était de 23 ans (18 à 30 ans), et celui des proches était de 53 ans. Les résultats démontrent que 58% (n = 29) des PAS provenant de familles présentant un haut niveau d'ÉE vivaient une rechute, tandis que 65% (n = 17) des PAS provenant de familles présentant un bas niveau d'ÉE vivaient aussi une rechute. Également, Azhar et Varma (1997) ont étudié, en Malaisie, les familles de 83 PAS dans le but de déterminer si le niveau d'émotion exprimée était lié à une rechute. Ils ont obtenu des résultats contraires ne démontrant aucun lien entre le haut niveau d'ÉE et la rechute chez la PAS. L'explication la plus pertinente est la différence entre la culture des PAS de Malaisie et celle des américains.

On observe donc que dans l'ensemble des recherches, plus nombreuses sont les études où l'on met en évidence le rôle prédicteur des ÉE sur la rechute de la PAS. Des recherches plus récentes ont aussi tenté d'identifier les déterminants potentiels de

l'émotion exprimée chez les soignantes naturelles de PAS. Entre autres, la rechute, les symptômes et l'ajustement social chez la PAS, la personnalité et le fardeau perçu par le proche ont été étudiés.

Personnalité de la mère et émotion exprimée

Selon King et Steiger (1994), il semble fort possible que les diverses échelles du Camberwell Family Interview (CFI) soient des reflets de la personnalité sous-jacente du soignant naturel, ou de la mère dans le cas présent. Cependant, il existe très peu d'études ayant tenté d'étudier la personnalité des proches présentant un haut ou un bas niveau d'ÉE. Vaughn et Leff (1981) ont réalisé une analyse qualitative du contenu de nombreux CFI et ont fait la différence entre les divers types de réponse des proches présentant un haut et un bas niveau d'ÉE, lesquels pourraient refléter leurs traits de personnalité sous-jacents. Leur analyse de contenu suggère que le proche présentant un haut niveau d'ÉE agit de façon plus indiscrete que celui présentant un bas niveau d'ÉE; il ne respecte pas l'intimité de la PAS et il tend à rendre de l'aide et des services non sollicités. Le proche présentant un haut niveau d'ÉE tend aussi à répondre de façon dramatique à la maladie et ne croit pas qu'elle soit fondée. Enfin, le proche présentant un haut niveau d'ÉE est moins tolérant des comportements difficiles de la PAS que le proche présentant un bas niveau d'ÉE. Ces observations demeurent descriptives et ne nous renseignent pas sur la relation entre les types de personnalité et les ÉE.

L'étude de Parker et Johnston (1988) a porté sur la relation entre les scores du CFI et les scores du Eysenck Personality Inventory (EPI), lors de l'admission de la PAS à l'hôpital. L' Eysenck Personality Inventory (EPI) comprend trois dimensions de la personnalité, soit l'extraversion (E), le névrotisme (N) et le psychotisme (P). Aucune corrélation significative n'existait entre les cinq échelles du CFI et les deux échelles du EPI (les échelles de névrotisme et d'extraversion) et ce, tant pour les

mères que pour les pères. Par ailleurs, ces résultats doivent être interprétés prudemment car l'évaluation était conduite lors de l'admission de la PAS à l'hôpital et l'anxiété élevée des soignants naturels à ce moment, peut avoir biaisé quelque peu la mesure des traits sous-jacents de la personnalité (Kendell et DiScipio, 1968).

Hooley et Hiller (1994) ont aussi examiné dans quelle mesure un bas et un haut niveau d'ÉE sont associés à des aspects pathologiques ou normaux de la personnalité. Quarante-six proches ont complété le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Overholser, Kabakoff et Norman, 1989) et 45 proches ont complété le California Psychological Inventory (CPI) (Gough, 1987), environ six mois suivant le retour de la PAS à la maison. Les proches ont tous aussi participé au Camberwell Family Interview (CFI). Aucune différence significative quant aux sous-échelles du MMPI n'a été observée entre les proches présentant un haut ou un bas niveau d'ÉE. Par contre, les parents de PAS présentaient un score plus élevé sur la sous-échelle de la schizophrénie, ce qui pourrait être une conséquence de l'exposition constante à une psychopathologie sévère.

Par ailleurs, les proches présentant un haut niveau d'ÉE possèdent un score plus élevé au CPI, quant à l'approbation des normes (*norm-favoring*) et un score plus bas quant à la prise de conscience (*realization*), que les proches présentant un bas niveau d'ÉE. Ces mêmes proches (haut niveau d'ÉE) possèdent un score plus bas que les proches présentant un bas niveau d'ÉE quant à certaines échelles du CPI reflétant la tolérance, l'empathie, la flexibilité, la disposition psychologique (*psychological-mindedness*) et l'accomplissement (Hooley et Hiller, 1994).

Ces résultats démontrent que certaines différences, quant à leur personnalité, existent entre les proches présentant un haut et un bas niveau d'ÉE et qu'elles sont surtout reliées aux caractéristiques de ces derniers, et non aux dimensions pathologiques telles que mesurées par le MMPI.

Condition clinique de la personne atteinte de schizophrénie et émotion exprimée

Il importe de vérifier s'il existe des liens entre la condition clinique de la PAS et l'émotion exprimée chez la soignante naturelle. En 1983, Miklowitz, Goldstein et Falloon ont mené une étude auprès de 42 PAS dont le but était d'examiner la relation entre l'émotion exprimée et certains indicateurs du pronostic chez la PAS, tels que les symptômes présents et l'adaptation sociale antérieure à la maladie. Lorsque le groupe présentant un haut niveau d'ÉE a été divisé en sous-groupes, soit celui des commentaires critiques et de la surimplication émotionnelle, certaines différences ont été notées. Les PAS provenant d'une famille démontrant une surimplication émotionnelle présentent deux caractéristiques suggérant un pauvre pronostic: une pauvre histoire psychosociale antérieure et un nombre plus élevé de symptômes résiduels après le congé de l'hôpital (Miklowitz, Goldstein et Falloon, 1983). Ces résultats soutiennent l'hypothèse que la surimplication émotionnelle est dépendante de certaines caractéristiques significatives de la PAS, celles-ci ayant une valeur importante quant au pronostic de la maladie.

On peut penser que ces proches présentant un haut niveau de surimplication émotionnelle ont pu adopter un style particulier de surprotection pour leurs enfants car ceux-ci démontraient un niveau de fonctionnement moins élevé avant leur maladie. D'autre part, les proches présentant un haut niveau de commentaires critiques avaient des enfants ayant une meilleure histoire psychosociale et ont pu avoir des attentes élevées pour ces derniers avant l'apparition de la maladie mentale, ce qui explique leur tendance à faire plus de commentaires critiques.

Une étude de King (1997) a examiné, entre autres, si l'émotion exprimée pouvait être modifiée lors de changements dans les symptômes de la PAS. L'étude se composait de 28 PAS et de leurs mères, interviewés trois fois à intervalles de neuf mois, pendant que les PAS vivaient avec leurs familles et étaient considérés stables. Les résultats suggèrent que les commentaires critiques et la surimplication

émotionnelle des mères sont influencés par la sévérité des symptômes totaux et par les symptômes négatifs de la PAS. Ces résultats suggèrent que les commentaires critiques et la surimplication émotionnelle mesurés à l'aide du CFI ne reflètent pas un environnement nocif; ils semblent plutôt être un effet qu'une cause. Ainsi, on observe un lien entre l'évolution clinique et les types d'émotions exprimées.

Émotion exprimée et ajustement social

Au lieu de regarder seulement la rechute chez la PAS, on a aussi examiné le lien entre le fonctionnement familial et l'émotion exprimée chez les soignantes naturelles. Une étude de King et Dixon (1995) a été réalisée dans le but de déterminer dans quelle mesure le fonctionnement familial et l'émotion exprimée pouvaient prédire l'ajustement social de la PAS. Soixante-neuf PAS et 108 proches ont participé à cette étude. Les résultats suggèrent qu'un niveau élevé de surimplication émotionnelle est associé à un fonctionnement social plus satisfaisant, particulièrement quant au fonctionnement dans le contexte familial. Ainsi, il s'avère possible qu'un haut niveau de surimplication émotionnelle de la part du proche encourage et pousse la PAS à des niveaux plus élevés de fonctionnement social.

Enfin, soulignons que l'étude de King et Dixon (1995) a apporté une grande contribution à la compréhension du rôle de l'émotion exprimée dans l'évolution de la maladie; entre autres, elle a démontré que l'émotion exprimée n'est pas un construit global et unique étant associé de façon équivoque à un résultat négatif chez les jeunes adultes atteints de schizophrénie. Une image véritable du lien entre la PAS et le soignant naturel ne peut être appréciée qu'en étudiant séparément les mères et les pères et en distinguant les différentes composantes de l'émotion exprimée. Il importe aussi de souligner que les émotions exprimées dans la famille ont un impact distinct selon que l'on s'intéresse à l'ajustement social ou à la rechute chez la PAS.

Critiques des recherches portant sur le concept de l'émotion exprimée

Le concept de l'émotion exprimée est fortement reconnu mais il est aussi critiqué par plusieurs auteurs. L'une des critiques les plus fréquentes concerne la mesure même du concept et ses mécanismes d'action sur l'évolution de la condition d'une personne déjà vulnérable (Vaughn, 1986). Certains auteurs critiquent l'absence de cadre théorique qui aurait guidé ces études (Hatfield, 1987; King, 1993; King et Rochon, 1995), le fait que l'on conceptualise l'émotion exprimée sous un construit global (Kanter, Lamb et Loeper, 1987; King, 1993; King et Rochon, 1995; Miklowitz, 1994; Vaughn, 1989), et le postulat que ce concept est stable à travers le temps (Hatfield, Spaniol et Zippel, 1987; King et Dixon, 1995; King et Rochon, 1995; Vaughn, 1989).

D'une part, le processus par lequel un bas niveau d'ÉE protège la PAS contre les rechutes et, d'autre part, comment un haut niveau d'ÉE favorise les rechutes par l'exacerbation des symptômes, demeure peu clair (Vaughn, 1986). Une autre critique concerne la direction de l'association suggérant un lien de causalité entre l'émotion exprimée et la rechute chez la PAS (Kanter, Lamb et Loeper, 1987; King et Rochon, 1995; Vaughn, 1989). Une limite de ces études concerne le fait que l'accent est mis sur un modèle unidirectionnel de l'influence des émotions négatives sur les symptômes de la PAS (Bellack et Mueser, 1993); il est sous-entendu que la relation entre les émotions négatives et l'état de la PAS n'est possible que dans une direction, tout en négligeant le fait que la condition de la PAS peut probablement aussi agir sur les émotions des membres de la famille, sur le climat familial et sur la perception du fardeau.

Par ailleurs, certaines autres critiques concernent le fait que la distinction entre un bas et un haut niveau d'ÉE catégorise les familles en tant que "bonnes" ou "mauvaises" (Hatfield, Spaniol et Zippel, 1987; King, 1993; King et Rochon, 1995; Vaughn, 1989). De plus, l'analyse globale des résultats quant aux mères et aux pères

(King, 1993; King et Rochon, 1995) et la conceptualisation simplifiée du pronostic de la maladie sous l'angle de la rechute (King, 1993; King et Rochon, 1995) sont aussi des critiques que les chercheurs ont soulevé.

Enfin, on souligne le fait que les chercheurs créent souvent un biais dans l'interprétation des résultats (Bellack et Mueser, 1993). Les chercheurs semblent plus critiques face aux études parvenant à des résultats n'appuyant pas ou même s'opposant à l'idée que l'émotion exprimée peut prédire les rechutes, comparativement à celles démontrant des liens positifs; ces chercheurs sont peu enthousiastes ou enclins à considérer des interprétations alternatives des résultats (Stirling, Tantam, Thomas, Newby, Montague, Ring et Rowe, 1991).

L'influence de la schizophrénie sur le système familial, plus particulièrement étudié sous l'angle du fardeau subjectif des soignants naturels, a aussi conduit au développement d'un certain nombre de recherches. La section suivante discutera de cette notion de fardeau chez les soignants naturels, et des variables, liées à la PAS et au soignant naturel, susceptibles d'influencer ce fardeau.

FACTEURS ASSOCIÉS AU FARDEAU

Le fardeau familial résultant de la présence d'une maladie mentale chronique dans la famille a été l'objet de recherches depuis le milieu des années 1960 (Grad et Sainsbury, 1968). Peu importe la population étudiée ou le contexte culturel, les études ont démontré sans équivoque que la maladie mentale suscitait un niveau de fardeau significatif pour les membres de la famille et que la maladie mentale est non seulement affligeante pour la personne atteinte, mais aussi pour la famille entière (Maurin et Barmann-Boyd, 1990).

Le concept de fardeau a été étudié sous deux dimensions: objective et subjective. En 1966, Hoenig et Hamilton ont fait la distinction entre les deux aspects. Le fardeau objectif est défini comme étant les effets négatifs concrets de la maladie

sur la famille et les comportements dérangeants de la PAS, tandis que le fardeau subjectif est défini comme étant les sentiments de la famille envers la présence et les comportements de la PAS, et le sentiment général de vivre du fardeau.

Au cours des dernières années, des études factorielles ont permis l'identification de variables associées au fardeau. Ces variables peuvent être divisées en deux classes, soit les variables liées aux caractéristiques de la PAS et celles provenant de certaines caractéristiques du soignant naturel.

Fardeau et variables liées à la personne atteinte

Les variables liées à la personne atteinte sont premièrement les données sociodémographiques, soit: le genre, l'âge, l'état civil, l'origine ethnique et la scolarité, et deuxièmement, celles provenant de la condition psychiatrique de la personne atteinte, soit: le diagnostic, le degré de psychopathologie, la fréquence, le type ou la gravité des comportements perturbateurs et les difficultés de fonctionnement dans les rôles sociaux. D'après certaines études, il semble que ce n'est pas le diagnostic mais plutôt la gravité de la psychopathologie ou des comportements perturbateurs qui prédisent le plus fréquemment le niveau de fardeau (Coyne, Kessler, Tal, Turnbull, Wortman et Greden, 1987; Creer, Sturt et Wykes, 1982; Gibbons, Horn, Powell et Gibbons, 1984; Gubman, Tessler et Willis, 1987; Hirsch, Platt, Knights et Weyman, 1979; Mueser et al., 1996; Noh et Turner, 1987; Potasznick et Nelson, 1984; Ricard et Fortin, 1993; Song et al., 1997; Thompson et Doll, 1982; Winefield et Harvey, 1993).

Par contre, la nature des comportements les plus souvent associés au fardeau n'a pas été clairement identifiée. Également, les comportements perturbateurs générant le plus de stress ou de fardeau, diffèrent beaucoup parmi les diverses études. Les auteurs ignorent encore si c'est le nombre de comportements, leur gravité ou leur fréquence qui influent le plus sur l'intensité du fardeau.

Quelques auteurs (Grad et Sainsbury, 1968; Hoenig et Hamilton, 1966) démontrent que les comportements d'hostilité, d'agressivité ou de dangerosité, suivis par les comportements socialement embarrassants, sont ceux qui dérangent le plus. Par ailleurs, certains autres auteurs (Creer et Wing, 1975; Hatfield, 1978; Lefley, 1987; St-Onge et Lavoie, 1987) citent au premier rang des comportements perturbateurs, le fonctionnement morbide de la personne atteinte dans ses activités quotidiennes, les comportements de retrait ou d'isolement social et les changements de l'humeur. Cette grande variété dans les résultats peut possiblement provenir du fait que les comportements perturbateurs les plus fréquents ne sont pas toujours différenciés de ceux les plus difficiles à gérer, et de ceux générant le plus de fardeau subjectif.

Par ailleurs, l'hypothèse à l'effet que les symptômes positifs de la schizophrénie ou les excès de comportements davantage reliés au processus de la maladie agiraient de façon moins négative sur les conjoints de la PAS que les symptômes négatifs, a été vérifiée (Hooley, Ritchers, Weintraub et Neale, 1987). Ces comportements négatifs seraient plutôt perçus comme provenant d'un manque de volonté ou d'un trouble de caractère de la PAS.

Dans cette perspective, Hooley et al. (1987) soulignent le rôle des facteurs cognitifs dans l'impact de la schizophrénie et expliquent que ce n'est pas les diagnostics ou les symptômes qui sont les plus importants, mais la façon dont ils sont perçus. Par conséquent, les symptômes étant davantage source de fardeau pourraient être totalement différents et pourraient varier selon la perception ou la personnalité du soignant naturel.

De plus, dans certaines études où des questionnaires différents sont utilisés pour mesurer les troubles de comportements et l'intensité du fardeau subjectif généré par ceux-ci, des résultats divergents sont rapportés. Selon certains chercheurs (Herz, Endicott et Spitzer, 1976), les comportements de belligérance, d'attitude déplaisante

et de désorganisation reliés au problème de *testing* de la réalité sont ceux les plus associés au fardeau subjectif et objectif, et expliquent de 32 à 47% de la variance. Dans le même sens, certains autres auteurs (Gibbons et al., 1984; Gubman et al., 1987; Hirsch et al., 1979; McCarthy, Lesage, Brewin, Brugha, Mangen et Wing, 1989) affirment que les troubles de comportements prédisent significativement plus de fardeau subjectif ou objectif que les difficultés dans le fonctionnement dans les rôles sociaux. L'hyperactivité, la violence, les comportements bizarres sont compris parmi les comportements étant davantage source de fardeau subjectif.

Une autre étude de Ricard et Fortin (1993) démontre que les comportements perturbateurs sont les plus fréquents et génèrent le plus de fardeau subjectif, comparativement aux difficultés de fonctionnement social de la PAS et aux effets indésirables de sa présence sur l'entourage. Par contre, les comportements perturbateurs qui sont les plus fréquents ne sont pas nécessairement ceux qui apportent un fardeau subjectif plus élevé. En fait, il semble que les comportements qui dérangent le plus les soignants naturels sont ceux représentant une menace à leur sécurité, ceux qui ont un caractère de déviance, et ceux qui rendent les contacts interpersonnels avec la PAS plus ardu.

Enfin, Ricard, Fortin et Bonin (1995) ont fait une étude sur la période de crise et de rémission chez la PAS. Il a été démontré que le niveau de fardeau n'est pas un concept stable mais en lien avec l'état de la PAS. En situation aiguë (crise), ce ne sont pas les mêmes comportements qu'en période de rémission qui influencent le niveau de fardeau.

Fardeau et variables liées au soignant naturel

En général, les caractéristiques du soignant naturel, soit les caractéristiques sociodémographiques, le contexte résidentiel, le lien avec la personne atteinte et la présence d'événements stressants, ne sont pas clairement et constamment associées au

niveau de fardeau objectif ou subjectif (Gibbons et al., 1984; Thompson et Doll, 1982). Par contre, certaines recherches affirment que les femmes semblent vivre un fardeau subjectif plus élevé que les soignants masculins, et cette relation demeure stable même après avoir pris en compte l'influence de certaines variables sociodémographiques, tels le revenu et la scolarité (Cook, 1988; Noh et Avison, 1988; Noh et Turner, 1987; Ricard et Fortin, 1993). Il semble aussi que pour les hommes, la présence d'autres événements stressants et la nature de la condition psychiatrique de la personne atteinte soient des prédicteurs significatifs du fardeau (Noh et Avison, 1988; Noh et Turner, 1987), tandis que pour les femmes, l'âge avancé, la présence de jeunes enfants à la maison et un sentiment de compétence moins élevé prédisent le fardeau de façon plus importante. Ces auteurs concluent que les soignantes sont davantage vulnérables à l'expérience du fardeau, à cause de leurs rôles multiples.

Le lien de parenté entre la personne atteinte et le soignant naturel ne semble pas non plus produire une influence constante sur la perception du fardeau. Liptzin, Grob et Eisen (1988) ont démontré que les enfants de personnes atteintes de troubles dépressifs et de démence rapportent significativement un plus grand fardeau que les conjoints ou les autres personnes significatives de la personne atteinte. Par ailleurs, certains autres auteurs (Gibbons et al., 1984; Gubman et al., 1987; Ricard et Fortin, 1993) n'ont observé aucune différence significative entre le lien de parenté et le niveau de fardeau ou le type de plaintes rapportées.

Quant au contexte résidentiel du soignant, seulement deux études (Chakrabarti, Kulhara et Verma, 1992; Jacob, Frank, Kupfer et Carpenter, 1987) réalisées auprès de soignants naturels vivant avec une personne atteinte d'un trouble dépressif, rapportent l'impact du contexte résidentiel sur le fardeau. Le fait que le soignant naturel cohabite quotidiennement avec la personne atteinte peut apporter certaines conséquences sur la vie des proches. Ainsi, lorsqu'il y a comparaison entre

les contextes résidentiels, soit les contextes familiaux versus non-familiaux, Gubman et al. (1987) démontrent que les comportements perturbateurs sont ceux qui prédisent de façon satisfaisante le fardeau, pour les deux milieux. Par contre, les difficultés dans le fonctionnement des activités quotidiennes et de socialisation sont une source de fardeau plus élevé dans les contextes familiaux, que dans les contextes non-familiaux. En résumé, il semble que la perception et la nature menaçante des comportements, et le contexte de vie peuvent faire varier le fardeau subjectif des soignants naturels.

Il doit être noté que la relation entre la personnalité du soignant naturel et son niveau de fardeau n'a jamais été examinée. Au plan des stratégies de *coping*, quelques études ont examiné comment les stratégies de *coping* peuvent atténuer le niveau de fardeau, mais on n'a pas examiné l'inverse; comment le fardeau subjectif (la perception du stress) pouvait avoir une influence sur le *coping*.

Fardeau et émotion exprimée

La notion de fardeau objectif ou subjectif vécu par la soignante naturelle est un autre aspect principal des recherches sur la famille, mais il s'avère assez surprenant de voir que si peu d'études ont examiné les relations entre ces deux phénomènes, soit le fardeau et l'émotion exprimée, simultanément. Une étude de Jackson, Smith et McGorry (1990) a examiné la relation entre les dimensions objectives et subjectives du fardeau et l'émotion exprimée chez les soignants naturels. L'échantillon de l'étude était composé de 20 personnes atteintes hospitalisées et de 20 proches de ces dernières; les personnes étaient atteintes soit de schizophrénie ($n = 18$), soit d'un désordre affectif bipolaire avec des éléments psychotiques ($n = 2$). Les sujets étaient atteints de la maladie mentale en moyenne depuis trois ans et demi, et le nombre moyen d'hospitalisations était de trois.

Les proches étaient définis comme les parents, la fratrie et les époux(es) des personnes atteintes ayant demeuré avec ces dernières le mois précédent la dernière hospitalisation. Les sujets étaient informés qu'une entrevue structurée de 60 à 90 minutes se déroulerait pour évaluer leur niveau de fardeau et qu'ensuite, ils devraient parler librement de la relation entre eux-mêmes et la personne atteinte pendant cinq minutes sur vidéo.

L'outil utilisé pour évaluer le niveau de fardeau des familles était le Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS) (Platt, Weyman, Hirsch et Hewett, 1980); cet instrument mesure les dimensions objectives et subjectives du fardeau selon trois sous-échelles, soit les comportements symptomatiques de la personne atteinte, son fonctionnement dans le rôle social et les effets indésirables de sa présence sur son entourage. Le Video Assessment of Expressed Emotion (VEE) (Schweitzer, 1987) fut utilisé pour la mesure de l'index de l'émotion exprimée des familles.

Les résultats démontrent des différences significatives entre les deux sous-groupes de commentaires critiques (haut et bas niveau d'ÉE) pour le fardeau subjectif en regard des comportements symptomatiques de la personne atteinte ($U = 24,50$; $p = 0,05$), et en regard des dysfonctionnements dans le rôle social de la personne atteinte ($U = 18,50$; $p = 0,02$). Ainsi, un niveau élevé de fardeau subjectif est associé à un plus grand nombre de commentaires critiques par les proches de la personne atteinte. Par contre, les différences n'étaient pas significatives pour le fardeau subjectif en regard des effets indésirables de la présence de la personne atteinte sur l'entourage. De plus, peu de résultats significatifs furent observés quant aux trois autres variables des émotions exprimées étudiées en relation avec le fardeau, soit l'hostilité, la surimplication émotionnelle et le niveau global d'émotion exprimée.

Ces résultats sont intéressants malgré la présence de plusieurs limites méthodologiques. La mesure de l'index de l'émotion exprimée, ayant été faite à l'aide

du Video Assessment of Expressed Emotion, d'une durée de 5 minutes, est moins fiable et valide qu'avec une entrevue de 90 minutes (CFI). Par ailleurs, la taille de l'échantillon ($n = 20$) était minimale et les personnes atteintes étaient très hétérogènes au plan des diagnostics psychiatriques. Les proches avaient aussi de différents types de liens (parents, fratrie, époux) avec la personne atteinte. Également, les auteurs ne mentionnent pas le moment où les entrevues se sont déroulées; le niveau de fardeau et d'émotion exprimée des soignants naturels peut varier en fonction de période de crise ou de stabilité de l'état de la personne atteinte.

En 1996, Scazufca et Kuipers ont aussi examiné le lien entre l'émotion exprimée et le fardeau chez les proches de personnes atteintes. Leur échantillon était composé de 50 personnes atteintes, récemment admises à l'hôpital et ayant un diagnostic de schizophrénie ou de désordre schizophréniforme par le DSM-III-R. Leurs proches ont été interviewés avec entre autres, le CFI et le SBAS. Les résultats suggèrent que les proches présentant un haut niveau d'ÉE démontraient des scores significativement plus élevés quant à leur niveau de fardeau que les proches présentant un bas niveau d'ÉE. Ils percevaient aussi plus de déficits dans le fonctionnement social de la personne atteinte que les proches présentant un bas niveau d'ÉE. Cette étude démontre ainsi que l'émotion exprimée et le niveau de fardeau sont liés.

CHAPITRE 3

MÉTHODE

Ce chapitre présente le type d'étude, les définitions des variables, la description des instruments de mesure, la description du milieu et de l'échantillon, le déroulement de l'étude, le plan d'analyse des données, les considérations éthiques et les limites de l'étude.

TYPE D'ÉTUDE

Cette étude transversale, à l'aide d'une analyse de cheminement, a pour but d'une part, de vérifier les effets directs de la personnalité de la mère et de la condition clinique de la PAS sur le fardeau subjectif, et d'autre part, de vérifier les effets directs et indirects de la personnalité de la mère, de la condition clinique de la PAS et du fardeau subjectif sur deux dimensions de l'émotion exprimée, soit les commentaires critiques et la surimplication émotionnelle de mères de PAS.

DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES

DES VARIABLES

Personnalité de la soignante naturelle

La personnalité de la soignante naturelle est définie comme étant "un patron de pensées, sentiments et comportements caractéristiques qui persistent à travers le temps et les situations et qui distinguent une personne d'une autre" (Phares, 1991, p.29). La personnalité de la soignante naturelle est évaluée à l'aide du Revised NEO-Personality Inventory (NEO-PI) (Costa et McCrae, 1985; Costa, McCrae et Dye, 1991), conçu à cet effet.

Condition clinique de la personne atteinte de schizophrénie

La condition clinique de la PAS concerne la sévérité des symptômes de cette dernière déterminée à l'aide d'une échelle de sept symptômes positifs (les délires, les hallucinations, les idées de grandeur, etc.), d'une échelle de sept symptômes négatifs

(le retrait émotionnel, le manque de spontanéité, la difficulté dans la pensée abstraite, etc.), et d'une échelle de psychopathologie générale (16 symptômes incluant l'anxiété, la tension, le contenu inhabituel de la pensée, etc.). La condition clinique de la PAS est évaluée à l'aide du Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay, Fiszbein et Opler, 1987), conçu à cet effet.

Fardeau subjectif de la soignante naturelle

Le fardeau subjectif de la soignante naturelle concerne les divers sentiments de dérangement, de bouleversement, de contrariétés, de peine et d'inquiétudes de cette dernière face à des aspects spécifiques provenant de la condition de la PAS. Ainsi, les sentiments de la soignante naturelle sont évalués face à chacun des comportements symptomatiques de la PAS, de dysfonctionnements dans les rôles sociaux et face aux effets indésirables de sa présence sur la soignante naturelle et sur l'entourage. Le fardeau subjectif de la soignante naturelle est évalué à l'aide du Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS) (Platt, Weyman, Hirsch et Hewett, 1980), conçu à cet effet.

Émotion exprimée de la soignante naturelle

L'émotion exprimée de la soignante naturelle est définie comme étant "une mesure de l'ampleur avec laquelle cette dernière exprime des attitudes critiques, hostiles et/ou de l'implication émotionnelle excessive envers la personne atteinte lorsqu'elle discute de la maladie de la personne atteinte et de la vie familiale à un interviewer" (Koenigsberg et Handley, 1986). Les remarques positives et la chaleur sont aussi évaluées en tant qu'aspects positifs de l'émotion exprimée. L'émotion exprimée de la soignante naturelle est évaluée à l'aide de la version abrégée (Mueser, Bellack et Wade, 1992) du Camberwell Family Interview (CFI) (Rutter et Brown, 1966; Vaughn et Leff, 1976b), conçue à cet effet.

DESCRIPTION DES INSTRUMENTS

DE MESURE

Comme nous venons de les présenter précédemment, quatre outils de mesure et un questionnaire sociodémographique sont utilisés.

Personnalité de la soignante naturelle

Le Revised NEO-PI (Costa et McCrae, 1985; Costa, McCrae et Dye, 1991) est un questionnaire contenant 240 propositions, conçu dans le but d'évaluer la personnalité d'un individu (voir appendice C, p.132). Ce questionnaire est basé sur le modèle de cinq facteurs de la personnalité: le névrotisme (N), l'extraversion (E), l'ouverture à l'expérience (O), l'amabilité (A), et la conscience (C). Les cinq échelles sont de type Likert en cinq points, variant de "fortement en désaccord" à "fortement en accord"; la soignante naturelle doit évaluer où elle se situe par rapport à ces échelles.

Chacun des cinq facteurs a été évalué à l'aide de six sous-échelles différentes, déterminées par des analyses factorielles. Le facteur Névrotisme comprend l'anxiété, l'hostilité, la dépression, la gêne, l'impulsivité et la vulnérabilité. Le facteur Extraversion comprend un ensemble varié de concepts: la chaleur, la sociabilité, l'affirmation de soi, l'activité, la recherche de sensation et les émotions positives. Le facteur Ouverture à l'expérience est associé à la culture, car il est défini par des items comme l'imagination, la sensibilité à l'art et à la beauté, les sentiments, les actions, la curiosité intellectuelle et les valeurs. Le facteur Amabilité comprend les aspects plus humains, soit la confiance, l'honnêteté, l'altruisme, l'acquiescement, la modestie et le *caring*. Enfin, le facteur Conscience implique des aspects de la conscience, soit la compétence, l'ordre, le travail consciencieux, l'effort de réussite, la discipline de soi et la réflexion.

Validité et fidélité de la version originale. Le Revised NEO-PI a été validé selon trois modalités. Les coefficients alpha de Cronbach varient entre 0,86 et 0,95 pour les échelles des cinq facteurs, et entre 0,56 et 0,90 pour les sous-échelles. Les coefficients de stabilité pour les cinq facteurs varient entre 0,51 et 0,83 pour des études longitudinales de trois, six et sept années.

Validité et fidélité de la version traduite. Les données de validité pour la version française ne sont pas disponibles. La version traduite du Revised NEO-PI a été fournie par Jean-Pierre Rolland et Jean-Michel Petot (docteurs en psychologie), de l'université de Paris X-Nanterre, département de psychologie.

Condition clinique de la personne atteinte de schizophrénie

Le Positive And Negative Syndrome Scale (Kay, Fiszbein et Opler, 1987) est utilisé dans le but d'évaluer le niveau de sévérité des symptômes de la PAS, et requiert environ de 40 à 50 minutes pour l'administration (voir appendice D, p.145). Il s'agit d'une entrevue semi-structurée de 30 items, comportant trois échelles en sept points, afin de déterminer les différents niveaux de psychopathologie chez la PAS: absent (1), minimal (2), léger (3), modéré (4), modéré-sévère (5), sévère (6), et extrême (7). Parmi les 30 items du PANSS, sept items forment l'échelle des symptômes positifs, sept items forment l'échelle des symptômes négatifs, et les 16 autres items composent l'échelle de psychopathologie générale. Les scores du PANSS sont déterminés par la somme des cotes pour chacun des items; ainsi, les scores possibles pour les échelles de symptômes positifs et négatifs sont de 7 à 49, et ils sont de 16 à 112 pour l'échelle de psychopathologie générale.

Les scores du PANSS font référence à une période spécifique, généralement à la semaine précédant la rencontre. Une entrevue semi-structurée est conduite avec la PAS et permet l'évaluation des fonctions affectives, motrices, cognitives, perceptuelles, intégratives, interactives et d'attention de cette dernière.

L'entrevue, administrée par un clinicien formé à cet effet, peut être conceptualisée en quatre phases. La première phase consiste en une période de 10 à 15 minutes, où la PAS discute de son histoire, des circonstances entourant son hospitalisation s'il y a lieu, de sa situation courante de vie et de ses symptômes. Le but de cette phase est d'établir une relation de confiance avec la PAS et de faciliter l'expression des préoccupations de la PAS.

Lors de la deuxième phase, qui dure environ de 10 à 15 minutes, l'interviewer examine plus en profondeur les propos de la PAS, à l'aide de questions directes, quant aux thèmes pathologiques apportés par cette dernière. Le but est alors d'évaluer les symptômes présents chez la PAS, la fréquence de ces mêmes symptômes, et l'impact de ces derniers sur sa vie quotidienne.

La troisième phase, durant de 5 à 10 minutes, constitue la partie centrale de l'entrevue. Elle implique une série de questions spécifiques de la part de l'interviewer, afin d'obtenir de l'information sur l'humeur, l'anxiété, l'orientation dans les trois sphères et l'habileté de raisonnement abstrait de la PAS.

Suite à l'obtention de l'information essentielle pour la cotation du PANSS, les dernières 5 à 10 minutes de l'entrevue sont allouées à une exploration plus directive des domaines où la PAS semble présenter plus de difficulté. Cette partie de l'entrevue permet d'observer les diverses réactions de la PAS en situation de stress plus élevé.

Validité et fidélité de la version originale. Les coefficients de consistance interne, en regard des échelles des symptômes positifs et négatifs, sont respectivement de 0,73 et 0,83. Quant à l'échelle de psychopathologie générale, le coefficient de consistance interne est de 0,79. En regard de la validité de construit, une corrélation positive et significative, mais faible, a été démontrée entre les échelles de symptômes positifs et négatifs ($r = 0,27$; $p < 0,01$). Cette corrélation suggère que les deux échelles ne sont pas complètement indépendantes. Par contre,

leur association commune avec la pathologie générale de la schizophrénie suggère que la sévérité de la maladie a un effet médiateur, sur la covariance entre ces deux échelles distinctes.

Validité et fidélité de la version traduite. Bien que fréquemment utilisée en milieu québécois, des données sur la validité de construit et la fidélité de la version francophone ne semblent pas encore publiées.

Fardeau subjectif de la soignante naturelle

Le SBAS (Platt, Weyman, Hirsch et Hewett, 1980) est une entrevue semi-structurée conçue originalement dans le but d'évaluer l'effet de certains traitements sur le comportement et le fonctionnement social de la personne atteinte d'un trouble mental et sa famille (voir appendice E, p.148). La structure originale du questionnaire comprend six sections différentes, tandis que la version utilisée dans la présente recherche n'en comprend que trois afin de réduire le temps d'administration de l'outil à environ 45 minutes. Les auteurs reconnaissent que l'on peut utiliser les différentes sections de façon indépendante selon les buts de l'étude sans modifier la validité du questionnaire. Afin de répondre aux questions de recherche de la présente étude et d'évaluer le fardeau subjectif éprouvé par la soignante naturelle, seules trois sections du SBAS seront utilisées.

Comportements symptomatiques et fardeau subjectif. La première section de l'outil comprend une série de 24 comportements potentiels de la personne atteinte qui sont évalués de façon systématique à partir d'une grille de comportements et qui sont opérationnalisés par des exemples permettant à l'interviewer d'évaluer la présence ou non du comportement et son intensité. Pour chacun des items, deux échelles sont utilisées afin d'évaluer la sévérité du comportement symptomatique et le fardeau subjectif de la soignante naturelle face à ce comportement symptomatique de la personne atteinte.

La sévérité du comportement est évaluée à l'aide d'une échelle objective en trois points qui précise: une absence de perturbation (0), une perturbation modérée (1), ou une perturbation grave (2) du comportement. Chaque échelle est opérationnalisée en ce qui a trait aux comportements observables. La présence de fardeau subjectif est évaluée auprès de la soignante naturelle, seulement lorsqu'il y a évidence d'un comportement symptomatique (1 ou 2 sur l'échelle). Cette échelle évaluant le fardeau subjectif est une échelle en quatre points, définie de la façon suivante: la soignante naturelle n'exprime aucun fardeau (0), la soignante naturelle exprime un niveau modéré de fardeau (1), la soignante naturelle exprime un niveau intense persistant et intolérable de fardeau (2), ou la soignante naturelle ne donne aucune indication de fardeau mais exprime de la résignation (3).

Fonctionnement social et fardeau subjectif. La deuxième section du SBAS comprend une douzaine d'items en regard du fonctionnement social de la personne atteinte; chacun des items est évalué à l'aide de deux échelles qui déterminent le degré de participation ou d'activité dans le rôle social évalué ainsi que le fardeau subjectif de la soignante naturelle face à chaque dysfonctionnement social de la personne atteinte. De façon semblable aux comportements symptomatiques, l'échelle objective de performance sociale est une échelle en trois points, basée sur des critères observables, et qui va de l'absence de performance dans un rôle (2), à une performance partielle (1) ou une performance complète (0). L'échelle de fardeau subjectif en regard de la performance dans les rôles sociaux est identique à celle utilisée dans la deuxième section du SBAS et décrite précédemment.

Effets indésirables de la présence de la personne atteinte et fardeau subjectif. La troisième section du questionnaire comprend 18 items en regard des effets indésirables (fardeau objectif) de la présence de la personne atteinte sur la soignante naturelle, sur les personnes de la maisonnée et sur l'entourage extérieur. Chacun des items est évalué à l'aide de trois échelles, lesquelles mesurent: 1) la présence et

l'intensité de problèmes dans la vie de la soignante naturelle et de son entourage, 2) la relation entre les problèmes rapportés et la maladie du proche (*patient relatedness scale*), et 3) le fardeau subjectif éprouvé par la soignante naturelle. La présence d'effets indésirables quant à la présence de la personne atteinte est évaluée à l'aide d'une échelle définie en trois points selon des critères prédéterminés: aucun problème (0), problème modéré (1), ou problème grave (2). L'échelle *patient relatedness scale* concerne la perception de la soignante naturelle en regard de la relation entre les problèmes identifiés chez la soignante naturelle et l'entourage, et les troubles de la personne atteinte. Cette échelle est cotée de la façon suivante: le problème n'est pas relié à la personne atteinte (0), le problème est possiblement relié à la personne atteinte (1), ou le problème est définitivement relié à la personne atteinte (2). Enfin, l'échelle de fardeau subjectif est identique à celle des sections deux et trois.

Méthode de cotation. Comme décrit précédemment, le calcul des scores totaux, selon les échelles du questionnaire, a été conçu de manière à obtenir six scores qui correspondent aux variables principales, soit un score provenant des comportements symptomatiques de la personne atteinte, de sa performance dans les rôles sociaux, des effets indésirables (fardeau objectif) de sa présence sur la soignante naturelle et l'entourage, et trois scores de fardeau subjectif correspondant à chacune de ces trois dimensions. Les scores de ces différentes échelles sont calculés en effectuant la somme des scores de l'ensemble des items de chaque échelle, et en divisant par le nombre d'items applicables.

Pour les échelles des comportements symptomatiques, de fonctionnement social et des effets indésirables de la présence de la personne atteinte sur la soignante naturelle et l'entourage, les scores varient entre 0,0 et 2,0. Étant donné que la quantité de fardeau subjectif mesurée sera reliée au nombre d'items identifiés comme étant présents, le score de fardeau subjectif est un score ajusté, calculé à partir de la

somme des items, divisée par le nombre d'items applicables. Chaque échelle de fardeau subjectif varie donc entre 0,0 et 2,0.

Propriétés psychométriques de la version originale. Les propriétés de cette échelle ont été vérifiées par différentes techniques lors de l'étude de Platt, Weyman, Hirsch et Hewett (1980). L'accord interjuges a été vérifié par des corrélations intraclasses pour les six échelles principales du SBAS. Ces coefficients variaient de 0,92 à 0,99 entre les quatre juges ayant codifié neuf entrevues sélectionnées au hasard. Aussi, en vue de vérifier l'introduction de biais par les juges, les scores moyens de chacun des juges, pour chaque partie du questionnaire, ont été comparés et n'ont révélé aucune différence significative entre ces juges. La fidélité interjuges entre chacun des items, a aussi été vérifiée par le calcul des Kappa de Cohen ajustés. Les résultats de ces analyses démontrent que pour les échelles de comportements symptomatiques, de fonctionnement social et d'effets indésirables de la présence de la personne atteinte sur la soignante naturelle et l'entourage, 90 à 100% des items obtiennent des valeurs Kappa de Cohen égales ou supérieures à 0,70. Par contre, pour les trois échelles de fardeau subjectif, le désaccord parmi les juges est plus important car seulement 53 à 88% des items obtiennent des valeurs Kappa de Cohen supérieures à 0,70. Ces désaccords indiquent plus particulièrement un manque de compréhension de la part des juges entre la résignation, d'une part, et les divers niveaux de fardeau subjectif, d'autre part.

Par ailleurs, d'autres auteurs (Gibbons, Horn, Powell et Gibbons, 1984) ont aussi procédé à des analyses de fidélité entre deux juges indépendants et ce, sur 30 entrevues enregistrées. Les résultats démontrent des valeurs Kappa de Cohen plus élevées, allant de 0,82 à 0,97, pour les six échelles du SBAS. Ces auteurs notent également une corrélation significative modérément élevée ($r = 0,43$; $p < 0,01$) entre le score total du Present State Examination (PSE) et le score moyen obtenu pour l'échelle des comportements symptomatiques. Ces données suggèrent une

concordance acceptable entre la condition clinique de la personne atteinte mesurée par le PSE et les perceptions de la soignante naturelle, en ce qui a trait aux comportements symptomatiques de la personne atteinte.

Traduction et adaptation québécoise. L'instrument a été traduit selon la méthode parallèle inversée (Ricard et Fortin, 1993). Un travail important d'adaptation a été fait, car la forme originale du questionnaire semblait peu structurée; des problèmes d'utilisation et de fidélité entre les interviewers risquaient d'apparaître. Suite à la modification, l'utilisation de l'outil est devenue plus simple et systématique. Des exemples de comportements ont été clarifiés pour faciliter le jugement des interviewers. Deux items susceptibles d'apporter un certain fardeau subjectif ont également été ajoutés; il s'agit de l'assiduité de la personne atteinte à sa médication et ses habitudes de sommeil. Une précision a aussi été apportée; lorsque le proche n'exprimait aucun fardeau subjectif en regard d'un comportement symptomatique de la personne atteinte, la possibilité de résignation ou d'accoutumance à ce comportement était évaluée. L'outil, sous sa forme adaptée, a aussi été retraduit en anglais par la méthode parallèle inversée. Plusieurs nuances ou précisions ont été apportées au vocabulaire pour l'adapter à la population québécoise. Cet outil a été utilisé auprès de plus de 500 soignants naturels.

Formation des intervieweuses. Afin d'administrer le SBAS, trois intervieweuses, dont l'auteure du présent projet, ont suivi une formation d'environ cinq heures avec la directrice de recherche de cette étude, Dr. Nicole Ricard. La première étape consistait en une familiarisation avec la structure du questionnaire, appuyée d'exemples. En un deuxième temps, une personne expérimentée dans l'administration du SBAS a rencontré les intervieweuses pour partager son expérience avec ces dernières, et procéder à des mises en situations ou jeux de rôles afin de compléter la formation.

Émotion exprimée de la soignante naturelle

Depuis plus de 20 ans, le Camberwell Family Interview (CFI) (Rutter et Brown, 1966; Vaughn et Leff, 1976b) a été l'instrument utilisé pour l'évaluation du concept de l'émotion exprimée chez les proches d'une personne atteinte d'une maladie mentale.

Version originale. La première version a été celle de Rutter et Brown (1966) qui prenait environ de quatre à cinq heures à administrer, et par la suite, celle de Vaughn et Leff (1976b) qui durait environ une heure et demie. Il s'agit d'une entrevue semi-structurée conduite individuellement avec un proche, et sans la présence de la PAS. L'entrevue vise la description du début de la maladie, de la nature des symptômes de la PAS, des problèmes vécus par la famille ayant à composer avec la PAS durant les trois derniers mois, et de la relation interpersonnelle entre le proche et la PAS (voir appendice F, p.151). L'entrevue est enregistrée sur bande audio et codifiée par une personne, autre que l'interviewer, quant au contenu verbal et au style d'élocution (exemple: ton de la voix) en regard de cinq dimensions, dont les commentaires critiques, la surimplication émotionnelle, la chaleur, l'hostilité et les remarques positives.

Lors de la présente étude, seulement deux échelles ont été utilisées, soit celle des commentaires critiques et celle de la surimplication émotionnelle. Les corrélations significatives entre les commentaires critiques et l'hostilité chez la mère nous ont permis d'étudier surtout les commentaires critiques.

Trois échelles globales et deux échelles de fréquence composent le concept de l'émotion exprimée des proches. Le nombre de commentaires critiques (CC) et de remarques positives (PR) sont les deux scores déterminés par le compte des fréquences; les commentaires critiques sont relevés tout au long de l'écoute de l'entrevue et un nombre est attribué à la fin de l'écoute, en tenant compte également des différents tons de voix. Les commentaires critiques sont notés lorsque le proche

critique, fait un commentaire défavorable ou exprime son désaccord quant à un comportement de la PAS.

Les trois échelles globales sont les suivantes: la surimplication émotionnelle (EOI), la chaleur (W) et l'hostilité (HOS). Chaque échelle est divisée en quatre ou six points et exige un jugement global du codificateur à la suite de l'écoute complète de l'entrevue.

L'échelle de surimplication émotionnelle (EOI) est une échelle de type Likert en six points. Ces scores sont basés sur le comportement du proche durant l'entrevue et sur son comportement envers la PAS, tel qu'il le rapporte. Un niveau élevé de surimplication émotionnelle est évalué lorsque le proche décrit un patron de comportements d'abnégation et de dévouement (exemple: dépenser un grand montant d'argent pour satisfaire tous les caprices de la PAS), démontre des réponses émotionnelles exagérées (exemple: pleurer sans arrêt durant l'entrevue), démontre des comportements importuns et indiscrets (exemple: écouter les conversations téléphoniques de la PAS), semble dramatique, manque d'"objectivité" envers la maladie de la personne atteinte, ou remplace le nom de la PAS par "je" lorsqu'il répond aux questions. Une cote de 3 ou plus reflète la présence de surimplication émotionnelle, tandis qu'une cote de 0 reflète un degré "normal" ou "approprié" d'implication émotionnelle envers la PAS (Mueser, Bellack et Wade, 1992).

Validité et fidélité de la version originale. En regard de la fidélité interjuges, Brown et al. (1972) ont obtenu une fidélité variant de 0,80 à 0,90 pour les différentes échelles du CFI, tandis que Vaughn et Leff (1976b) démontrent une fidélité de 0,86 pour le niveau de commentaires critiques du proche.

Version abrégée. En 1992, Mueser, Bellack et Wade ont publié des données concernant une version abrégée du CFI. Ces auteurs ont réduit le temps d'administration de l'entrevue de Vaughn et Leff (1976b) de 90 à 45 minutes, et le

temps moyen de codification de 4 à 2 heures. La version abrégée du CFI est celle utilisée dans la présente recherche.

Validité et fidélité de la version abrégée. Les corrélations entre la version abrégée du CFI (Mueser, Bellack et Wade, 1992) et la version du CFI de Vaughn et Leff (1976b) sont de 0,97 pour les commentaires critiques (CC) et pour la surimplication émotionnelle (EOI), et de 0,92 pour la chaleur (W). Les coefficients des corrélations intraclasse pour la surimplication émotionnelle (EOI) et la chaleur (W) sont respectivement de 0,96 et de 0,91. Les résultats suggèrent que les scores du concept de l'émotion exprimée obtenus à l'aide de la version abrégée du CFI sont équivalents de très près à ceux obtenus à l'aide de la version du CFI de Vaughn et Leff (1976b).

Validité et fidélité de la version traduite. Une version française du CFI a été élaborée par l'équipe de recherche du Dr. Suzanne King (Centre hospitalier Douglas) et a été utilisée dans plusieurs recherches depuis 1990.

Formation des intervieweuses. Trois intervieweuses, dont l'auteure du présent projet, ont été recrutées et formées pour une recherche de plus grande envergure, incluant la présente étude. Elles sont des professionnelles cliniques possédant une expérience de pratique pertinente dans le domaine de la maladie mentale, les habilitant à réaliser ces entrevues.

Afin d'administrer le CFI, elles ont suivi une formation intensive de sept semaines (65 heures) avec une experte du CFI, Mme Christiane Quobion, elle-même formée par Dr. Suzanne King. L'entraînement du Dr. Suzanne King a été réalisé par l'équipe de Christine Vaughn à Londres. La première étape de la formation consistait en l'apprentissage du contenu des cinq différentes échelles du CFI, à l'aide d'un document fourni à cet effet. La seconde étape de la formation avait pour but l'apprentissage de la codification d'entrevues déjà effectuées; les intervieweuses ont codifié une trentaine d'entrevues. La troisième étape exigeait des intervieweuses une

familiarisation avec la structure de l'entrevue à effectuer. Dans une quatrième étape, des mises en situation ou jeux de rôle ont permis aux intervieweuses de vérifier leur compréhension de la structure du questionnaire sur le concept de l'émotion exprimée.

Un suivi continu des intervieweuses a été assuré par Dr. Suzanne King. En regard de la fidélité interjuges, les membres de l'équipe du Dr. Suzanne King ont obtenu une fidélité de 0,80 pour les différentes échelles du CFI.

Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques des sujets incluent celles quant aux PAS, et celles de leur mère (voir appendice G, p.161). En regard des PAS, les données ont été recueillies portant sur l'âge, le nombre d'hospitalisations antérieures, le sexe, la culture, la langue, l'état civil et le niveau d'éducation (en années). En regard des mères, les données ont été recueillies portant sur l'âge, le niveau d'éducation (en années) et la classe socio-économique.

MILIEU ET ÉCHANTILLON

La présente étude a été effectuée dans le cadre d'une recherche de plus grande envergure au Centre de recherche de l'hôpital Douglas. Elle a été dirigée par Dr. Mike Dixon, Dr. Suzanne King, Dr. Emmanuel Stip et Dr. Hugues Cormier, et a été subventionnée par les fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ-CQRS) (Fonds de recherche en santé du Québec - Conseil québécois de recherche sociale). L'échantillon a été recruté des cliniques externes de l'hôpital psychiatrique Douglas, de l'hôpital général juif, de l'hôpital général de Montréal et du Centre de Recherche Fernand-Séguin.

Pour cette recherche, les critères d'inclusion en regard de la PAS sont les suivants:

- être âgé de 19 à 49 ans inclusivement

- demeurer dans la maison parentale avec sa mère
- avoir reçu un diagnostic de schizophrénie sur l'axe I (évalué par un interviewer à l'aide du Structured Clinical Interview for DSM-IV -SCID)
- être considéré "stabilisé" par son thérapeute principal
- s'exprimer en français ou en anglais
- lire couramment le français ou l'anglais
- avoir l'autorisation du médecin traitant
- accepter de participer à l'étude.

Quant aux mères de la PAS, seulement trois critères d'inclusion doivent être rencontrés:

- s'exprimer en français ou en anglais
- lire couramment le français ou l'anglais
- accepter de participer à l'étude.

L'identification des sujets répondant aux critères de sélection a été exécuté. En raison du nombre de variables étudiées, un échantillon de 40 mères a été visé. Un échantillon de convenance composé de 41 mères de PAS ont finalement été recrutées.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

L'étude du Dr. Mike Dixon et Dr. Suzanne King sur l'émotion exprimée a déjà été acceptée par les comités de recherche et d'éthique du Centre hospitalier Douglas et des autres centres hospitaliers où s'est effectué le recrutement. Cependant, en raison de l'ajout de cette étude secondaire sur l'influence des variables contextuelles et du fardeau subjectif sur l'émotion exprimée des mères, une autorisation a été demandée et acceptée par ces comités de recherche et d'éthique.

L'étude s'est déroulée comme suit. Suite à une première étude sur l'émotion exprimée effectuée en 1989, l'équipe du Dr. Suzanne King possédait une liste

disponible de PAS. Les psychiatres et les thérapeutes principaux des PAS ont été contactés par Dr. Suzanne King et son équipe, afin de déterminer s'il existait des contre-indications à ce que ces PAS et leurs mères soient rejointes de nouveau. Ces PAS et leurs mères devaient rencontrer les critères d'inclusion de l'étude décrits précédemment. De plus, des nouvelles PAS, qui n'étaient pas incluses dans l'étude précédente, ont été recrutées par l'équipe du Dr. Suzanne King.

Ensuite, un membre de l'équipe responsable du recrutement contactait ces PAS éligibles par téléphone dans le but de vérifier leur accord à participer à la présente étude. Dans les cas où ces PAS étaient d'accord à participer, il leur a été demandé s'il était possible de rejoindre également leur mère. Le consentement des PAS a été obtenu lors de la première entrevue. Ces PAS ont été rencontrées et évaluées à l'aide du SCID pour vérifier le diagnostic de schizophrénie. En même temps, elles ont été évaluées à l'aide du PANSS par un interviewer formé à cet effet.

Les nouvelles PAS étaient rencontrées à leur visite régulière au département externe; leur thérapeute principal demandait la permission de la PAS d'introduire le chercheur à cette dernière.

Après avoir obtenu le consentement des mères à participer, un rendez-vous était fixé avec ces dernières à leur domicile, ou au Centre hospitalier, selon leur choix. Ce rendez-vous était fixé le plus tôt possible suivant l'entrevue avec la PAS; variant d'environ deux à dix jours, dépendant de l'accessibilité de la mère et des intervieweuses.

Lors de cette rencontre, le but de l'étude était de nouveau expliqué aux mères, et des réponses à leurs questions leur étaient offertes. Les mères étaient alors invitées à remplir un formulaire de consentement indiquant leur accord à participer à l'étude et à l'enregistrement de l'entrevue (voir appendice H, p.164).

Les entrevues avec les mères incluaient la passation de la version abrégée du CFI et du SBAS. Le temps d'administration était d'environ 45 minutes pour le CFI et

d'environ 30 minutes pour le SBAS. Chaque mère était remerciée de sa participation et recevait \$20 pour le temps consacré à la présente étude. Le questionnaire sur la personnalité (NEO-PI) leur était remis afin qu'elles le complètent seule.

Échantillon

Un total de 187 PAS ont été recrutées pour la présente étude. De ces dernières, 119 PAS ont rencontré les critères de sélection. Un total de 34 des 119 PAS (28%) ont refusé de participer à l'étude; ainsi, 85 PAS ont accepté de participer. De ces dernières, 34 PAS ont dû être éliminées lorsque la mère a refusé de participer à l'étude; laissant donc 51 PAS et leur mère. La taille de l'échantillon a finalement été diminuée à 41 mères lorsque dix d'entre elles ont abandonné.

ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données comporte, dans un premier temps, des statistiques descriptives pour les données sociodémographiques et autres outils de mesure (distributions de fréquence, mesures de tendance centrale et de dispersion). Ces statistiques permettent de décrire le profil des mères participant à l'étude. Le programme SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) pour Windows a été utilisé.

Des analyses de corrélations (Pearson's r) ont été réalisées pour vérifier les relations entre les variables antécédentes (personnalité de la mère et condition clinique de la PAS), le fardeau subjectif de la mère et les deux dimensions de l'émotion exprimée. Le fardeau subjectif a été étudié, comparativement au fardeau objectif, car il représentait mieux le concept de l'appréciation cognitive étant inclus dans le cadre théorique utilisé. Les corrélations les plus significatives ont permis de choisir les variables à étudier dans le modèle statistique.

Ensuite, la vérification des effets directs et indirects a été réalisée à l'aide d'analyses de cheminement (*Path Analyses*), avec le programme EQS (Bentler, 1995). Ces analyses de cheminement peuvent constituer une première étape dans la vérification de l'ajustement entre les données et le modèle théorique (*Goodness of Fit*). L'analyse de cheminement estime la variance expliquée de la variable dépendante par les variables indépendantes; cette analyse vérifie aussi les associations dans le modèle qui peuvent être décomposées en divers effets directs et indirects.

La qualité de l'ajustement (*Goodness of Fit*) entre les données et un modèle théorique peut être reflétée à l'aide de diverses statistiques. Premièrement, un χ^2 non-significatif suggère que les coefficients de cheminement ne sont pas différents de la matrice de covariance sous-jacente. Aussi, un index d'ajustement (*Comparative Fit Index - CFI*) supérieur à 0,8 ou 0,9 indique un excellent ajustement entre les données et le modèle. Des critères similaires sont utilisés pour évaluer l'index d'ajustement du LISREL (*Goodness of Fit Index - GFI* et *Adjusted GFI - AGFI*).

Les résultats se rattachant au modèle (*Structural Equation Modeling*) permettent de vérifier jusqu'à quel point la personnalité de la mère et la condition clinique de la PAS influencent les deux composantes de l'émotion exprimée (commentaires critiques et surimplication émotionnelle), directement ou indirectement, par l'effet médiateur du fardeau subjectif. Enfin, des analyses complémentaires sur le fardeau subjectif ont été réalisées pour vérifier quelles variables de la PAS et de la mère contribuent à la variance de ce dernier.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le projet a été présenté et approuvé par les comités d'éthique des hôpitaux où s'est déroulé le recrutement (voir appendice I, p.168). Chaque participant potentiel était libre d'accepter de participer à la présente recherche et aucune pression

n'a été exercée sur ce dernier. Suite à des explications et à une période de questions, un formulaire de consentement a été remis pour signature de la PAS et de la mère. La confidentialité des données recueillies et de l'identité des participants a été assurée. Les personnes ont été identifiées par des numéros et les dossiers ont été gardés sous clefs.

LIMITES DE L'ÉTUDE

La présente recherche comporte certaines limites théoriques. Premièrement, le but principal de l'auteure n'est pas de vérifier la théorie de l'émotion de Lazarus (1991), mais de s'inspirer de cette théorie pour vérifier certains liens entre des éléments du modèle et de les analyser. Aussi, toutes les variables du modèle théorique ne sont pas retenues. Deuxièmement, le processus de l'appréciation cognitive (*Appraisal Process*) est une variable centrale de la théorie de l'émotion de Lazarus (1991) qui n'est pas mesurée comme tel au cours du présent projet; néanmoins, une des résultantes du processus de l'appréciation (*Appraisal Outcome*) l'est sous la forme du fardeau subjectif. Troisièmement, le concept de l'émotion exprimée chez les mères est considéré par l'auteure comme un type de stratégie de *coping* utilisée pour mieux faire face à la vie quotidienne auprès d'une PAS. Le concept de l'émotion exprimée n'est pas clairement une mesure de *coping*; néanmoins, certains auteurs perçoivent aussi le concept de l'émotion exprimée comme une réponse d'adaptation des proches face à la maladie d'un membre de la famille (Jenkins et Karno, 1992). Une dernière limite est liée par la nature transversale de l'étude; une évaluation plus juste des facteurs influençant les mères pourrait être obtenue à l'aide de données recueillies à différents moments dans la trajectoire des mères.

D'autres limites méthodologiques sont aussi présentes. La taille de l'échantillon ne permet pas une généralisation adéquate à la population. De plus, le

nombre élevé de refus (p.54) de la part des mères permet de penser qu'il peut s'être glissé un biais de sélection lors du recrutement de ces dernières. L'homogénéité de l'échantillon de l'étude aidera à apprécier l'expérience des mères de PAS, pour éventuellement les différencier des pères. Cette étude est toutefois limitée à la réponse d'un seul membre de la famille soit celle de la mère, face à la maladie mentale.

Determinants of expressed emotion in
mothers of schizophrenic patients

by Vicky Rochon ^{a.b.}, B.Sc.(N.),

Suzanne King ^{c.}, Ph.D.

and Nicole Ricard ^{b.d.}, Ph.D.

^a Montreal General Hospital, ^b Montreal University,

^c Douglas Hospital Research Centre and McGill University,

^d Centre de recherche Fernand-Séguin

Running title: Determinants of expressed emotion

Submitted to the Journal of Psychiatric Research

March 18, 1999

Acknowledgements

First and foremost we wish to thank the patients and family members who shared their experiences with us. We also thank Isabel Dorion, Marie-Hélène Rogerson, Patricia Dawes and André Faucon for interviewing and other assistance. This work was supported by a grant from the FRSQ-CQRS (Fonds de recherche en santé du Québec- Conseil québécois de recherche sociale), and a research fellowship from the FRSQ to Dr. King.

Abstract

Although expressed emotion (EE) in the family predicts schizophrenic relapse, the origins of EE have been understudied. The objective of this project was to test direct and indirect effects of the ill member's clinical condition and the mother's personality, as mediated by her subjective burden, on two dimensions of EE (critical comments (CC) and emotional overinvolvement (EOI)) in 41 mothers of schizophrenic patients. Lazarus' theory of emotion guided the development of different models which were tested using path analyses. Patients' symptoms were assessed using the PANSS; mothers' personality with the NEO-PI; their sense of burden with the SBAS, and expressed emotion with the CFI. Results indicate that mothers' CCs were directly associated with more severe excitement in the ill member, and with lower levels of neuroticism in the mother; mothers' sense of burden was also positively related to their CCs. More than 50% of the variance in CCs was explained. Meanwhile, mothers' EOI was not shown to be mediated by a sense of burden, but rather was primarily a function of their personality (greater conscientiousness and openness), and more severe depression in the patient. Approximately 35% of the variance in EOI was explained. Better understanding of the determinants of EE will enable practitioners to provide more appropriate interventions to mothers and, by looking at EE as a way of coping, enter into more collaborative relationships with their patients' families.

Key words: Expressed emotion; Burden; Family; Schizophrenia

1. Introduction

The understanding of the cause of schizophrenia has evolved over the last 30 years. Changes in families' involvement with regard to treatment or rehabilitation of schizophrenia has led to investigations. Many studies emphasized the influence of the family on the evolution of the illness while others measure family's burden of mental illnesses.

Family studies have measured the concept of expressed emotion in the family and have demonstrated that the presence in the family of relatives who are highly critical, hostile and/or emotionally overinvolved is associated with a higher relapse rate in the schizophrenic patient (Brown, Birley and Wing, 1972; Brown, Monck, Carstairs and Wing, 1962; Brown and Rutter, 1966; Leff and Vaughn, 1985; Vaughn and Leff, 1976a; Vaughn, Snyder, Jones, Freeman and Falloon, 1984). Even though the trend in research is to favor a better understanding of the influence of the family on the evolution of the illness, this emphasis on an unidirectional model has been criticized (Bellack and Mueser, 1993). Moreover, because expressed emotion is almost always studied as a predictor of relapse in the ill member, we know little about personal and contextual factors that might explain the origins of expressed emotion.

Unlike studies of expressed emotion, studies of family burden emphasized the impact of mental illness on the family. The concept of burden has been studied under two dimensions: objective and subjective (Hoenig and Hamilton, 1966). Objective

burden has been defined as concrete negative effects of the illness and disruptive behaviours of the ill member on the family, whereas subjective burden has been defined as the family's feelings about the presence and behaviours of the ill member, and the general feeling of being burdened.

In studies of factors influencing burden, it has been shown that it is the seriousness of the ill member's dysfunctional behaviours that is a better predictor than the diagnosis *per se*. However, among these behaviours, it is unclear if it is the ill member's positive or negative symptoms that play a more important role with regard to burden. These results can be explained by the fact that few studies have examined separately, with distinct measuring tools, the clinical condition of the ill member and the caregiver's subjective burden. The evaluation of the ill member's clinical condition is often interwoven into the measure of burden or evaluated from the caregiver's perception. Thus, studies do not show consistent patterns regarding other characteristics of the ill member and of the caregiver. Moreover, no study has been concerned with the impact of burden on the family, nor has research addressed the caregiver's personality factors that might influence the perception of stress or subjective burden.

Methodological and conceptual limitations of these studies have led us to examine expressed emotion as an outcome variable within the stress-coping paradigm. The different variables being studied have never been examined simultaneously within Lazarus' (1991) framework of the cognitive-motivational-relational theory of emotion, and expressed emotion has rarely been studied as a

dependent variable.

An overemphasis on the role of expressed emotion in predicting relapse in the ill member, and the assumption that EE is the cause of deterioration, permeates the literature. What is mainly lacking is looking at which factors, either the ill member's clinical condition, the mother's personality or her subjective burden, can predict expressed emotion. In this study, we use Lazarus' theory to guide us in developing a model of how components of expressed emotion may be seen as coping strategies for mothers of schizophrenic patients. Thus, the present study may offer a new perspective and understanding of determinants of emotional responses of mothers, in order to eventually tailor more appropriate professional intervention in response to those reactions. In other respects, by studying the concept of expressed emotion as a coping strategy (Parker, Johnston and Hayward, 1988), and not as a predictor of relapse in the ill member, the tendency to blame mothers could be avoided.

The evolution of the literature on schizophrenia and the family shows that there are pertinent reasons to look more closely at the mother's experience. Because of their traditional role, social expectations and pressures, it is women who most often assume responsibilities related to mental illness and become primary caregivers, carrying the heaviest part of family burden (Chafetz and Barnes, 1989; Cook, 1988; Cousineau, 1989; Coward and Dwyer, 1990; Guberman, Dorvil and Maheu, 1987; Jutras and Lavoie, 1991; Ricard and Fortin, 1993; Ricard, Fortin and Bonin, 1995; St-Onge and Lavoie, 1994, 1997).

The purpose of this study is to verify firstly, direct effects of the mother's

personality and the ill member's clinical condition on subjective burden and secondly, direct and indirect effects of the mother's personality, the ill member's clinical condition, and subjective burden on two dimensions of expressed emotion (critical comments and emotional overinvolvement) in mothers of schizophrenic patients.

2. Review of literature

2.1. The cognitive-motivational-relational theory of emotion

During the 1960s, Lazarus (1966) and his colleagues attempted to develop a phenomenological approach to psychological stress and coping, based on the role of cognitive factors. The concept of cognitive appraisal was then largely used in the study of stress, coping and emotion. But Lazarus (1991) has re-examined the major importance that he had given to the cognitive dimension and recommends a relational perspective to explain the influence of emotions in the process of adaptation. This vision is not wholly endogenous or exogenous, but looks at both internal and external influences. Emotions are seen as resulting from transactions between an individual and the environment, and are in continuous transition.

Lazarus' theory of emotion (1991) contains three different categories of variables. Firstly, "antecedent variables" in this model include environmental conditions of an adaptational encounter and an individual's characteristics, which

interact to produce appraisals of this individual-environment relationship. Environmental variables include demands, resources, and constraints which an individual must face. Certain other formal conditions, such as imminence, uncertainty, and duration, are also included in this category. Personality variables that are the most important and that affect emotion are motives and beliefs about oneself and the world. In the present study, the mother's personality is an integral part of our model, and the clinical condition of the ill member, which reflects environmental demands and constraints on the mother, are also considered as antecedent variables.

Secondly, Lazarus describes three "mediating process variables". The first is cognitive appraisal and is the central construct of the theoretical system; it concerns the evaluation of the significance of what is happening for one's personal well-being, within the individual-environment relationship. It is greatly influenced by antecedents, that is environmental conditions and personality variables. The second mediating variable is the action tendency; it links an emotion with its own physiological response pattern. The third is the coping process, which changes the individual-environment relationship, either in reality or in its appraised meaning. This coping process can act directly or indirectly on the ulterior appraisal made by an individual and thus, influence the emotion retrospectively. In the present study, the mother's subjective burden is part of the appraisal outcome; it is the result of the appraisal process, which cannot be measured directly because of its constant transition. Also, the mother's expressed emotion is conceptualized as one aspect of

the coping process.

Thirdly, “outcome variables” in this model are categorized into short and long-term. Short-term outcomes include immediate response components of emotion, i.e. actions and action tendencies, physiological changes, and subjective states or affects. Long-term outcomes include ultimate effects of recurrent or chronic emotional patterns of individuals on their social functioning, their subjective well-being, and on their somatic health. Outcome variables will not be examined in the present study.

2.2. The concept of expressed emotion (EE)

During the last 30 years, researchers have studied the relationship between the family and the evolution of the illness in schizophrenic patients. Many different studies in various countries and cultures have shown that schizophrenic patients who live in households that are characterized as high in expressed emotion (EE) are more likely to experience a relapse within nine months of hospital discharge than are patients who live in households that are characterized as low in EE. A meta-analysis of 12 such studies was conducted by Parker and Hadzi-Pavlovic (1990) who concluded that high-EE environments are associated with a 3.7-times greater probability of relapse than low-EE ones.

The designation of a household as high in EE indicates that at least one relative living with the schizophrenic patient criticizes the patient excessively and/or

manifests moderate to high levels of emotional overinvolvement in the patient's life during a private interview with a researcher (Brown et al., 1962).

Despite the fact that EE has impressive predictive power and replicability, few studies have looked at potential determinants of EE. Researchers have mainly focused their attention towards the direction of influence from relatives' EE to patients' symptoms. However, a study by King (1998) showed that there exists some effect of patients' symptoms on relatives' EE; she indicated that parents become increasingly critical and emotionally overinvolved when patients' symptoms are more severe, even when controlling for earlier levels of EE.

Concerning the relationship between the mother's personality and her EE, Hooley and Hiller (1994) have shown, with the California Psychological Inventory (CPI) (Gough, 1987), that high-EE relatives have a higher score in norm-favoring and a lower score in realization than their low-EE counterparts. High-EE relatives also have a lower score than their low-EE counterparts with regard to tolerance, empathy, flexibility, psychological-mindedness and accomplishment (Hooley and Hiller, 1994).

Regarding the relationship between the mother's burden and her EE, Jackson, Smith and McGorry (1990) showed that the greater a relative's level of subjective burden (with regard to patients' symptoms and to social role difficulties), the higher the number of critical comments he or she made. In 1996, Scazufca and Kuipers demonstrated that high-EE relatives scored higher for burden of care than their low-EE counterparts, and they also perceived more deficits in the patients' social functioning than their low-EE counterparts.

The concept of EE continues to be controversial. One of the most frequent criticisms has been concerned with the measure of the concept itself and its mechanisms of action on the evolution of a condition in someone who is already vulnerable (Vaughn, 1986). Certain authors criticize the absence of a theoretical framework guiding studies of EE (Hatfield, 1987; King, 1993; King and Rochon, 1995), the fact that EE is conceptualized as a global construct (Kanter, Lamb and Loeper, 1987; King, 1993; King and Rochon, 1995; Miklowitz, 1994; Vaughn, 1989), and the postulate that this concept is stable through time (Hatfield, Spaniol and Zipple, 1987; Kavanagh, 1992; King and Dixon, 1995; King and Rochon, 1995; Vaughn, 1989). Another criticism concerns the assumption of a causal link between EE and relapse in the ill member (Kanter, Lamb and Loeper, 1987; King and Rochon, 1995; Vaughn, 1989). The emphasis on an unidirectional model of the influence of negative emotions on symptoms of the ill member has been criticized (Bellack and Mueser, 1993) for neglecting the possibility that the ill member's clinical condition may act on emotions of other members of the family, on the family climate and on the perception of burden. However, Brown et al. (1972) mentioned it as a possible explanation for his findings, and King (1998) demonstrates that patients' symptoms do affect relatives' EE. Other criticisms have been concerned with the fact that the distinction between a low and a high level of EE categorizes families as "good" or "bad" (Hatfield et al., 1987; King, 1993; King and Rochon, 1995; Vaughn, 1989). The global analysis of results in mothers' and fathers' data (King, 1993; King and Rochon, 1995) and the simplified conceptualization of the illness' outcome in the

form of a relapse (King, 1993; King and Rochon, 1995) are also limitations that researchers have noted.

2.3. The concept of subjective burden

Family burden resulting from the presence of a chronic mental illness in the family has been the focus of studies since the middle of the 1960s (Grad and Sainsbury, 1968). Irrespective of the cultural context studied, researchers have shown that mental illness creates a significant level of burden for family members and that this illness is not only distressing for the schizophrenic patient but also for the whole family (Maurin and Barmann-Boyd, 1990).

According to some studies, it seems that it is not the diagnosis *per se* but rather the severity of the psychopathology or the patient's behavioural disturbances that predict most often the caregiver's level of burden (Coyne, Kessler, Tal, Turnbull, Wortman and Greden, 1987; Creer, Sturt and Wykes, 1982; Gibbons, Horn, Powell and Gibbons, 1984; Gubman, Tessler and Willis, 1987; Hirsch, Platt, Knights and Weyman, 1979; Mueser, Webb, Pfeiffer, Gladis and Levinson, 1996; Noh and Turner, 1987; Potasznick and Nelson, 1984; Ricard and Fortin, 1993; Song, Biegel and Milligan, 1997; Thompson and Doll, 1982; Winefield and Harvey, 1993).

Different studies have examined how the ill member's dysfunctional behaviours may influence the level of burden in caregivers. It is difficult to say which types of behaviours are the most strongly associated with burden, and if it is

the number of behaviours, their severity, or their frequency that are most influential (Ricard et al., 1995). Some authors (Gibbons et al., 1984; Grad and Sainsbury, 1968; Gubman et al., 1987; Herz, Endicott and Spitzer, 1976; Hirsch et al., 1979; Hoenig and Hamilton, 1966; MacCarthy, Lesage, Brewin, Brugha, Mangen and Wing, 1989) have shown that hostility behaviours, belligerence, hyperactivity, and aggressiveness or dangerous behaviours, followed by socially embarrassing behaviours, are the most disturbing to caregivers. Other authors (Creer and Wing, 1975; Hatfield, 1978; Lefley, 1987; St-Onge and Lavoie, 1987) have shown that the ill member's poor functioning in daily activities, withdrawal or social isolation behaviours, and mood changes are the most disturbing.

In a study done by Ricard, Bonin and Ezer (1998), it has been shown that relatives' subjective burden related to patient's behaviour disturbances caused more distress, closely followed by adverse effects of the presence of the ill member on the household. Some of the patients' behaviours are infrequent but generate a very high level of burden in relatives, examples being offensive behaviours, violence or suicide attempts. Other patient behaviours, such as misery, withdrawal, underactivity and irritability, occur very frequently and bring on a moderately high level of burden in relatives.

Among adverse effects of the presence of the ill member on the household, Ricard et al. (1998) found that conflict among family members created the highest level of subjective burden in relatives. Other disturbing aspects were negative consequences on their social lives and on their work.

In general, the caregiver's sociodemographic characteristics are not associated with the level of burden (Gibbons et al., 1984; Thompson and Doll, 1982). However, some studies have shown that women experience more burden than male caregivers, even after having controlled for the influence of sociodemographic variables, such as income and education (Cook, 1988; Noh and Turner, 1987; Noh and Avison, 1988; Ricard and Fortin, 1993).

3. Research questions

This study utilizes Lazarus' theory of emotion to guide the development of causal models that suggest determinants of expressed emotion (see figure 1, p.130). This latter is considered a coping strategy resulting from a combination of contextual demands, personality factors, and appraisal processes. It intends to verify firstly, direct effects of the mother's personality and the ill member's clinical condition on subjective burden and secondly, direct and indirect effects of the mothers' personality, the ill member's clinical condition, and subjective burden on two dimensions of expressed emotion (critical comments and emotional overinvolvement) in mothers of schizophrenic patients.

The following research questions are derived:

- 1) To what extent is the variance in the mother's subjective burden explained by the patient's clinical condition and the mother's personality?

2) To what extent is the variance in the mother's expressed emotion explained by the patient's clinical condition, the mother's personality and her subjective burden?

3) To what extent does the mother's subjective burden play a mediating effect between antecedent variables (clinical condition and personality) and the mother's expressed emotion (critical comments or emotional overinvolvement)?

4. Sample description and methods

4.1. Sample

Subjects were recruited from four out-patient psychiatric clinics in Montreal (Quebec, Canada). Patients were required to meet the following criteria to participate in the study: (1) aged between 19 and 49 years; (2) an out-patient considered stable by a psychiatrist; (3) living with their mother (English or French speaking); and (4) having been diagnosed as schizophrenic (DSM-IV) with no evidence of organicity, significant intellectual handicap, or primary diagnosis of substance abuse.

A total of 119 patients met the above criteria. The interviewer and principal therapist both approached potential subjects during regular outpatient visits. The study was described and patients were asked to sign a consent form (which also gave permission to contact the patient's mother). Thirty-four of the 119 potential subjects

(28%) refused to participate, leaving 85 subjects. Of these, 34 were further eliminated when the patient's mother refused to participate in the study. This left 51 schizophrenic patients and their mother. This sample size was therefore reduced to 41, as ten additional mothers dropped out of the study.

The final sample of schizophrenic patients included 33 men (80.5%) and eight women (19.5%) aged between 19 and 49 years ($M=31.27$ years, $SD=8.07$ years). They were primarily French Canadian (46.3%, $n=19$) and English Canadian (34.1%, $n=14$). Other ethnic origins included three Eastern European, three Haitian and two Italian subjects. Interviews were conducted in either French (53.7%, $n=22$) or English (46.3%, $n=19$). The majority of patients (95.1%, $n=39$) had never been married, however two (4.8%) were currently married. Education ranged from 7 to 17 years ($M=11.02$ years, $SD=2.40$ years). They were previously hospitalized between zero and ten times ($M=2.17$; $SD=1.68$).

The 41 mothers' age ranged from 43 to 81 years ($M=59.83$ years, $SD=10.56$ years). Education ranged from zero to 18 years ($M=10.27$ years, $SD=3.87$ years). According to Hollingshead socioeconomic classification, 20.5% ($n=8$) were the upper and upper-middle (I and II), 56.4% ($n=23$) were the middle and lower-middle (III and IV), and 23.1% ($n=9$) were the lower socioeconomic classes (V).

4.2. Assessment of mothers

Mothers' expressed emotion (EE) was evaluated using the abbreviated

Camberwell Family Interview (CFI) (Mueser, Bellack and Wade, 1992). Abbreviated CFI ratings of EE were previously shown to present similar ratings than Vaughn and Leff's (1976b) longer version. Semi-structured interviews lasted 45 minutes.

Trained interviewers tape recorded and coded each interview. Abbreviated CFI includes probes about the beginning of the patient's illness, problems the family has had to deal with during the preceding three months, and the interpersonal relationship between the patient and his or her mother.

In accordance with the CFI training manual, the Critical Comments (CC) scale is a simple frequency count of comments made by the relative throughout the interview, meeting the criteria as criticism of the patient. It is evaluated by the relative's tone of voice and is counted when the latter criticizes, makes an unfavourable comment, or expresses a disagreement with a patient's behaviour. The Emotional Overinvolvement (EOI) component is evaluated with a Likert-type scale in six points. It is rated on the basis of evidence of self-sacrifice, overprotection, overdramatization, exaggerated emotional response, and intrusiveness by the relative.

With regard to the interrater reliability, Brown et al. (1972) obtained reliability estimates between 0,80 and 0,90 for the different scales of the CFI. Members of Dr. Suzanne King's team also obtained interrater reliabilities of 0,80 or higher.

The subjective burden of each mother was evaluated with the Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS) (Platt, Weyman, Hirsch and Hewett, 1980). Semi-structured interviews were used to elicit the mother's perceptions of the

severity of the patient's symptoms and behaviours, and her subjective and objective burden. In the present study, three of the six sections of the original instrument were used. The three sections deal with: the mother's subjective burden relative to the patient's behaviour disturbances (24 items); her perceptions of the patient's social performance dysfunctions (9 items); and adverse effects of the patient's behaviour on others (8 items).

For each of the three sections of the SBAS, two scores were obtained. The first score, which ranges from 0.0 to 2.0, was based on evaluations of the presence and severity of behaviour disturbances, of social performance deficits, and of adverse effects of the patient's behaviour on the family. The second score reflects the subjective burden created by each difficulty presented by the patient or event in the family. Subjective burden was scored on a three point scale as to whether it was absent (0.0), moderate (1.0) or high (2.0). A mean score for subjective burden, ranging from 0.0 to 2.0, was computed for each of the three sections of the SBAS.

With regard to the interrater reliability, Platt et al. (1980) obtained reliability estimates between 0,92 and 0,99 for the six scales of the SBAS.

Mothers were also administered the Revised NEO-Personality Inventory (NEO-PI) (Costa and McCrae, 1985; Costa, McCrae and Dye, 1991) to assess components of their personalities. This questionnaire, containing 240 items, is based on the five-factor model of personality: neuroticism (N), extraversion (E), openness to experience (O), agreeableness (A) and conscientiousness (C). Each factor includes six specific facets of personality. The self-report instrument uses a Likert-type scale

in five points, ranging from "strongly disagree" to "strongly agree". Mothers with difficulty reading were assisted either by the interviewer or a family member to complete the inventory.

Internal consistency coefficients vary from 0,86 to 0,95 for the five factors' scales, and from 0,56 to 0,90 for sub-scales.

4.3. Assessment of patients

Patients were interviewed with the Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay, Fiszbein and Opler, 1987) to assess the severity of their symptoms. Semi-structured interviews contain 30 items, each reflecting the severity of a particular symptom in the schizophrenic patient; with ratings ranging from absent (1) to extreme (7). Among the 30 items of the PANSS, seven items measure the positive symptom scale, seven other items measure the negative symptom scale, and the last 16 items measure the general psychopathology scale. Thus, possible scores for positive and negative symptom scales range from 7 to 49, and range from 16 to 112 for the general psychopathology scale. An "excitement" factor can also be derived from the PANSS, based on a factor analysis by Kay et al. (1990), by summing ratings for Excitement, Poor Impulse Control, Tension, Hostility, and Uncooperativeness.

Internal consistency coefficients vary from 0,73 to 0,83 for positive and negative symptom scales, and the coefficient is 0,79 for the general psychopathology scale.

4.4. Data analysis

Preliminary analyses including simple correlations (Pearson's r) were used to determine relationships among antecedent variables (mother's personality and patient's clinical condition), the mother's subjective burden and her expressed emotion.

Four models were tested using path analyses (see figure 1, p.130). Path analyses estimate the dependent variable's explained variance by independent variables. They also test associations within causal models which examine direct and indirect effects.

Goodness of fit between causal models and data is tested using several statistical measurements. For example, a nonsignificant χ^2 suggests that path coefficients do not differ from the underlying covariance matrix. In addition, a Comparative Fit Index (CFI) greater than 0,8 indicates an excellent fit between model and data. Similar criteria are used for evaluating the LISREL Goodness of Fit Index (GFI) and Adjusted GFI (AGFI).

5. Results

5.1. Models of mothers' critical comments (CCs)

Two models of CCs were examined in the present study. The first model of

CCs included excitement in the patient (PANSS item P4), neuroticism in the mother, and the mother's subjective burden associated with the patient's behaviours. This first model presented a very good fit to data as seen in the chi-squared and fit indices in table 1 (p.86). Results show that there were direct effects between more severe excitement in ill members and mothers' CCs, and also between low levels of neuroticism in mothers and their CCs. However, neither of these variables contributed to a sense of burden in mothers. This sense of burden in mothers had a direct effect on their level of CCs even controlling for neuroticism and excitement; the more they felt burdened, the more were critical. Thus, 51% of the variance in CCs was explained by this model.

The second model of CCs included excitement in the patient (PANSS item P4), the neuroticism facet of "impulsivity" in the mother, and the mother's subjective burden associated with the patient's behaviours. Results (see table 2, p.87) suggest that this second model presented also a good fit to data. There were direct effects between more severe excitement in ill members and mothers' CCs, and also between low levels of impulsivity in mothers and their CCs. Mothers' low levels of impulsivity also contributed to their sense of burden. This sense of burden in mothers had a direct effect on their level of CCs even controlling for impulsivity and excitement; the more they felt burdened, the more were critical. Thus, 40% of the variance in CCs was explained by this model.

5.2. Models of mothers' emotional overinvolvement (EOI)

Two models of EOI were examined. The first model of EOI included excitement in the patient (PANSS excitement factor), openness and conscientiousness in the mother, and the mother's subjective burden associated with the patient's behaviours. Results (see table 3, p.88) suggest that this first model presented a good fit to data. There were direct effects between increased openness in the mother and her EOI, and also between increased conscientiousness in the mother and her EOI. However, neither of these variables contributed to a sense of burden in mothers. There was no effect of excitement in the patient on EOI. This sense of burden in mothers had no direct effect on their EOI. Thus, 36% of the variance in EOI was explained by this model.

The second model of EOI included depression in the patient (PANSS item G6), openness and conscientiousness in the mother, and the mother's subjective burden associated with the patient's behaviours. Summary statistics (see table 4, p.89) suggest that this second model presented also a good fit to data well. Results show that there were direct effects between more severe depression in the patient and mothers' EOI, between increased conscientiousness in the mother and her EOI, and also between increased openness in the mother and her EOI. More severe depression in the patient contributed to a sense of burden in mothers. However, this sense of burden in mothers had no direct effect on their EOI. Thus, 35% of the variance in EOI was explained by this model.

5.3. Model of mothers' subjective burden

As a supplemental analysis, we considered the role of various types of symptoms, in combination with the mother's personality, in explaining variance in subjective burden. When examining models of mothers' CCs, it was noted that, although burden is a significant predictor of CCs, a good model of burden is not the best model of CCs. Specifically, our model included disorientation (PANSS item G10) and depression (PANSS item G6) in the patient, and the extraversion facet of "assertiveness" in the mother. Technically, this model presented a good fit to data (see table 5, p.90). Results show that there were direct effects between increased disorientation in the patient and mothers' subjective burden, between increased depression in the patient and mothers' subjective burden, and also between low levels of assertiveness in mothers and their subjective burden. Although this model explained 35% of the variance in mothers' subjective burden, it explained only 19% of the variance in mothers' CCs.

6. Discussion

The general purpose of this study was to utilize Lazarus' theory to guide us in developing a model of how components of EE (critical comments and emotional overinvolvement) may be seen as coping strategies for mothers of schizophrenic patients. The model was utilized to test the possibility that EE can be explained by

the patient's clinical condition and by aspects of the mother's personality, and that these factors may have an indirect effect on EE by explaining variance in the mother's sense of burden.

Through path analyses, all four models were found to present a good fit to data. These models demonstrate that significant amounts of variance in mothers' CCs (40%-51%), and in mothers' EOI (35%-36%) are explained. Results show that there are direct effects on EE from patients' clinical condition and from mothers' personality. Results do not show consistent indirect effects of these factors on EE as mediated through burden. In only one of four models did we show an indirect effect. This was from mothers' level of impulsivity, to their sense of burden and in turn, to their CCs.

With regard to mothers' CCs, 40% to 51% of the variance is explained equally by patients' level of excitement, by mothers' level of neuroticism (or impulsivity) and by their sense of burden. Patients' behaviour that explains the most variance in mothers' CCs is their level of excitement: the more severe patients' degree of hostility, uncooperativeness and excitement, the more mothers tend to criticize them. To our knowledge, this association between excitement in the patient and CCs in mothers has not been reported in the literature to date. Failures of previous researchers to find associations between symptom severity and EE may be due to their reliance on global clusters of symptoms rather than on specific ones that relatives find bothersome.

Mothers' personality factor which explains the most variance in their CCs is

their level of neuroticism. Neuroticism is defined as the propensity to experience negative emotions such as anxiety, anger, hostility, depression, self-consciousness, impulsivity, and vulnerability (Costa and Widiger, 1994). The less the mother is neurotic, the more she criticizes the patient. Our second model of CCs suggests that the greater her impulsivity (one facet of neuroticism), the less her tendency to feel burdened and subsequently, to criticize. It can be hypothesized that a mother who is more impulsive may have a higher tolerance for frustration, thus leading her to feeling increasingly burdened and to criticize more; that is, she would wait longer before expressing her frustration leading to more burden, and thus criticism during an interview with the researcher. The failure of openness to experience, which reflects tolerance, to enter our models is inconsistent with those who suggest that high-EE relatives are less tolerant than their low-EE counterparts (Hooley and Hiller, 1994; Vaughn and Leff, 1981).

Mothers' level of burden also explains their CCs; the more mothers felt burdened, the more were critical. Results are consistent with Jackson, Smith and McGorry (1990) who found that a high level of subjective burden is associated with a higher number of CCs made by patients' relatives. Moreover, results are also consistent with Scazufca and Kuipers (1996) who found that high-EE relatives score higher for burden of care than their low-EE counterparts.

Although mothers' level of burden is best explained (35% of the variance) by more severe disorientation and depression in the patient, and by low levels of assertiveness in the mother, these aspects of patients' symptoms and mothers'

personality are not the best predictors of CCs (only 19% of the variance). These results suggest that the role of burden in CCs is not that of a mediator, but as an independent influence on CCs which itself is influenced by other factors. With regard to mothers' EOI, 35% to 36% of the variance is explained equally by patients' level of depression, mothers' level of conscientiousness and openness. Patients' behaviour which explains the most variance in mothers' EOI is their level of depression. The more severe patients' depression, the more mothers show emotional overinvolvement with them. Once again, it may be a specific symptom that elicits a specific component of EE.

Mothers' personality factors which explain the most variance in EOI are their level of conscientiousness and openness. The more the mother is open or conscientious, the more she shows emotional overinvolvement. It can be hypothesized that as a mother is more open to experience and more receptive to one's own and others' inner feelings and emotions, and sees the evaluation of emotion as an important part of life, she can then become more intensely involved with the patient. Also, as she is more conscientious and dutiful, she will want to adhere strictly to her ethical principles and scrupulously fulfill her moral obligations, and thus may be more likely to be self-sacrificing and overprotective, particularly in the face of patients' depression. Results are consistent with Hooley and Hiller (1994) who suggest that high-EE relatives have a higher score in norm-favoring than their low-EE counterparts. On the other hand, while other authors found high-EE relatives to be less tolerant, empathic, flexible, and psychologically-minded (Hooley and

Hiller, 1994), we found high EOI in mothers to be associated with greater levels of these qualities, as reflected in the openness to experience factor.

Mothers' level of burden does not explain their EOI. Results are inconsistent with Scazufca and Kuipers (1996) that suggest that high-EE relatives scored higher for burden of care than their low-EE counterparts; this is when CCs and EOI are combined in a global EE score. The results of our study suggest that the positive association between burden and EE found by Scazufca and Kuipers (1996) may be more a function of CCs than EOI.

The present study has some limitations. We may be missing important variables from Lazarus' theory of emotion but the goal was only to utilize the theory to guide us and not to test it. The appraisal process, which is central to Lazarus' theory of emotion, was not measured directly, but instead we looked at the appraisal outcome (subjective burden). Recommendation for future studies could be to include the appraisal process of Lazarus' theory in analyses, or any other pertinent variable from his model.

Expressed emotion is not widely considered as a coping strategy to face mental illness in the family, but maybe should be based on emerging results of EE as a reaction, not a stressor (King, 1998; Dixon and King, submitted). This study could assist groups aiming to reduce relatives' EE level, to focus more on teaching different coping strategies to deal better with mental illnesses.

A longitudinal study could teach us more than does a more cross-sectional study by examining mothers and patients through time. The generalization of results may

be restricted due to the small sample size. This study is limited to the view of one family member only, the mother.

Our results do shed light on an inconsistency found in the literature. Schreiber, Breier and Pickar (1995) suggested that CCs may be more of a "trait", and EOI a "state" in parents of schizophrenic patients. Other studies looking at the longitudinal stability of EE suggest that, since CCs are more easily modified than EOI, that it is the EOI which is more a "trait", and CCs a "state". By taking direct measurements of personality traits in mothers and clinical condition in patients, we found that both CCs and EOI are best explained by combinations of specific components of personality and clinical condition.

Table 1
Results of the first model of mothers'
critical comments in standardized values

Predetermined variables	Dependent variables			
	Burden	Critical comments		
	DE	DE	IE	TE
Excitement (item)	.026	.498***	.011	.509
Neuroticism	.145	-.353**	.060	-.294
Burden	_____	.410***	_____	.410
R ² =	.02	.51		
$\chi^2(1) = 1.303, p = 0.254$	CFI = .987	GFI (AGFI) = .984 (.842)		
S-B $\chi^2(1) = 1.368, p = 0.242$				

+p<.10; *p<.05; **p<.01; ***p<.001; DE = Direct Effect; IE = Indirect Effect; TE= Total Effect.

Table 2
Results of the second model of mothers'
critical comments in standardized values

Predetermined variables	Dependent variables			
	Burden	Critical comments		
	DE	DE	IE	TE
Excitement (item)	-.062	.443***	-.020	.423
Impulsivity	-.327+	-.259+	-.103	-.362
Burden	_____	.315**	_____	.315
R ² =	.11	.40		
$\chi^2 (1) = 0.426, p = 0.514$	CFI = 1.000	GFI (AGFI) = .994 (.942)		
S-B $\chi^2 (1) = 0.387, p = 0.534$				

+p<.10; *p<.05; **p<.01; ***p<.001; DE = Direct Effect; IE = Indirect Effect;
TE= Total Effect.

Table 3
Results of the first model of mothers'
emotional overinvolvement in standardized values

Predetermined variables	Dependent variables			
	Burden	Emotional overinvolvement		
	DE	DE	IE	TE
Excitement (factor)	-.021	-.128	-.004	-.131
Openness	.025	.262*	.004	.266
Conscientiousness	.095	.473***	.016	.489
Burden	_____	.169	_____	.169
R ² =	.01	.36		
χ^2 (3) = 0.920, p = 0.821	CFI = 1.000	GFI (AGFI) = .991 (.955)		
S-B χ^2 (3) = 0.914, p = 0.822				

+p<.10; *p<.05; **p<.01; ***p<.001; DE = Direct Effect; IE = Indirect Effect; TE= Total Effect.

Table 4
Results of the second model of mothers'
emotional overinvolvement in standardized values

Predetermined variables	Dependent variables			
	Burden	Emotional overinvolvement		
	DE	DE	IE	TE
Depression	.305+	.276*	.030	.306
Openness	-.026	.228+	-.003	.225
Conscientiousness	.024	.441**	.002	.444
Burden	—	.099	—	.099
R ² =	.09	.35		
$\chi^2 (3) = 3.851, p = 0.278$	CFI = .950	GFI (AGFI) = .968 (.838)		
S-B $\chi^2 (3) = 4.392, p = 0.222$				

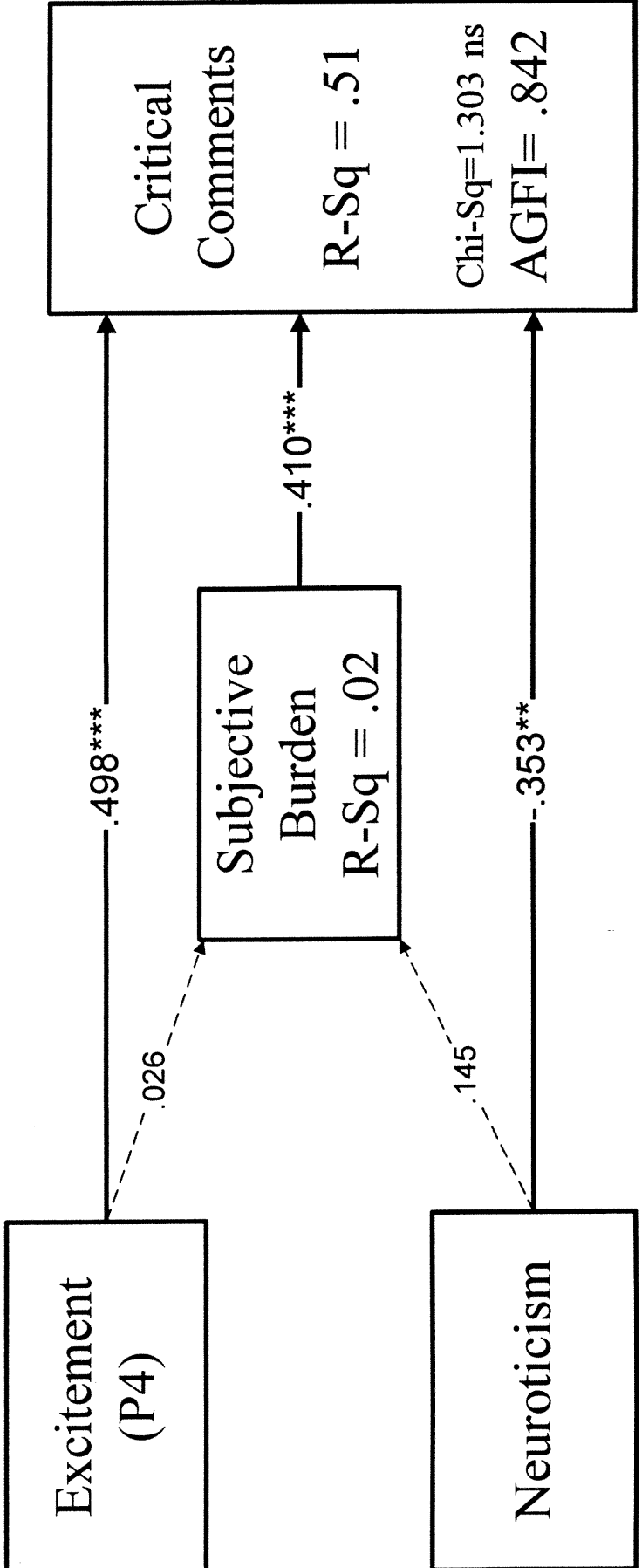
+p<.10; *p<.05; **p<.01; ***p<.001; DE = Direct Effect; IE = Indirect Effect; TE= Total Effect.

Table 5
Results of the model of mothers'
subjective burden in standardized values

Predetermined variables	Dependent variables			
	Burden	Critical comments		
	DE	DE	IE	TE
Disorientation	.348*	.136	.146+	.282
Depression	.277*	-.109	.116	.007
Assertiveness	-.389***	.178	-.163+	.015
Burden	_____	.420**	_____	.420
R ² =	.35	.19		
$\chi^2 (3) = 0.931, p = 0.818$	CFI = 1.000	GFI (AGFI) = .990 (.951)		
S-B $\chi^2 (3) = 0.976, p = 0.807$				

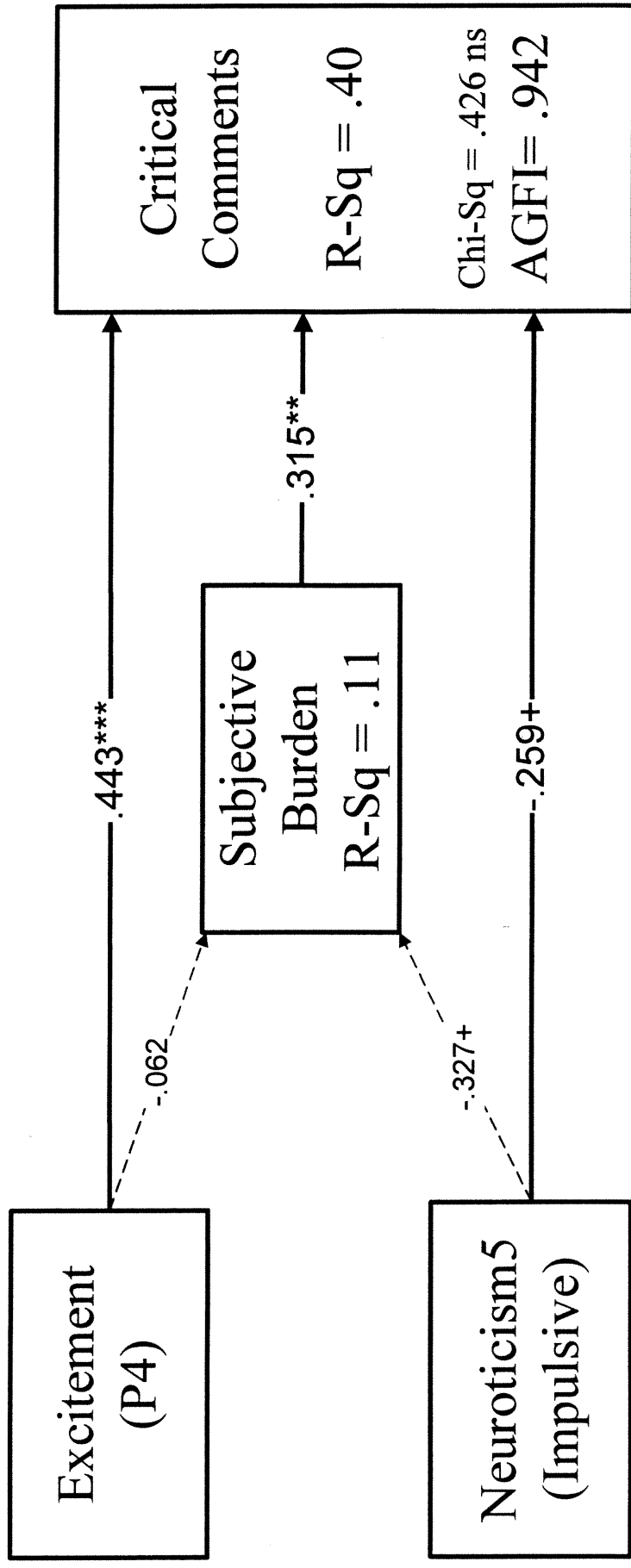
+p<.10; *p<.05; **p<.01; ***p<.001; DE = Direct Effect; IE = Indirect Effect;
TE= Total Effect.

Coping Model of Critical Comments in Mothers of Schizophrenia Patients *CC Model 1*



+ p < .10; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

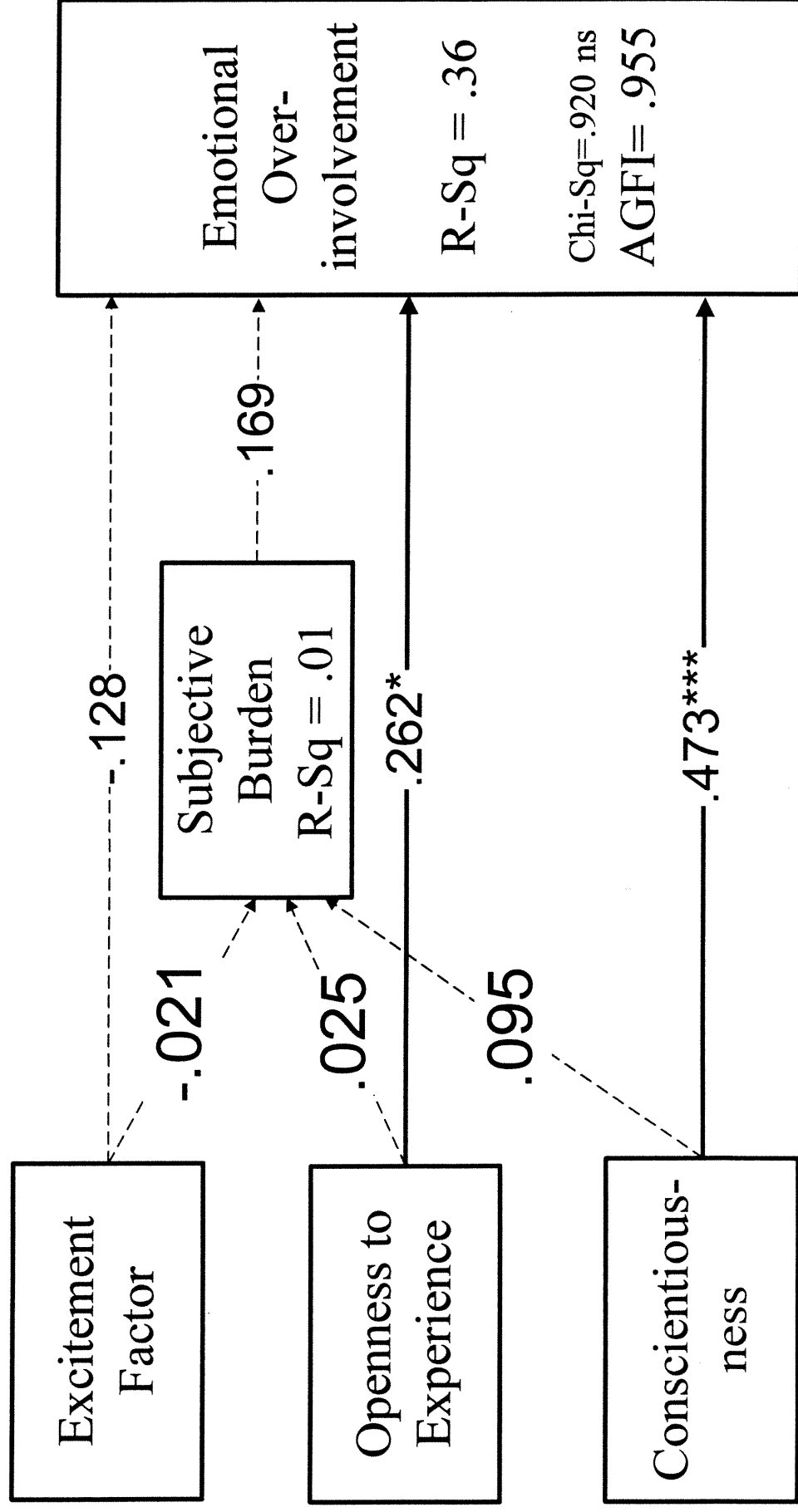
Coping Model of Critical Comments in Mothers of Schizophrenia Patients *CC Model 2*



+ p < .10; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Coping Model of Emotional Overinvolvement in Mothers of Schizophrenia Patients

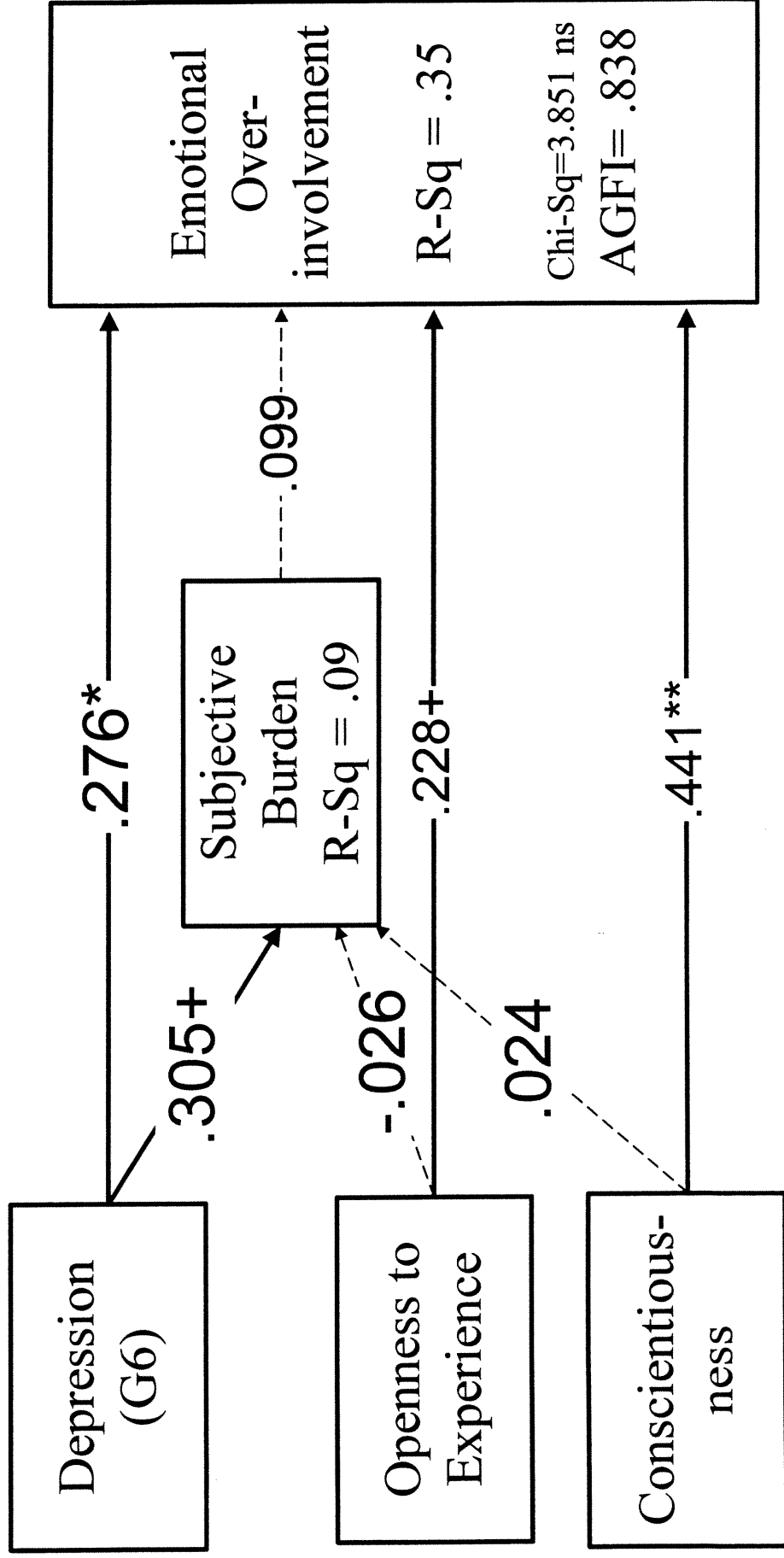
EOI Model 1



+ p < .10; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Coping Model of Emotional Overinvolvement in Mothers of Schizophrenia Patients

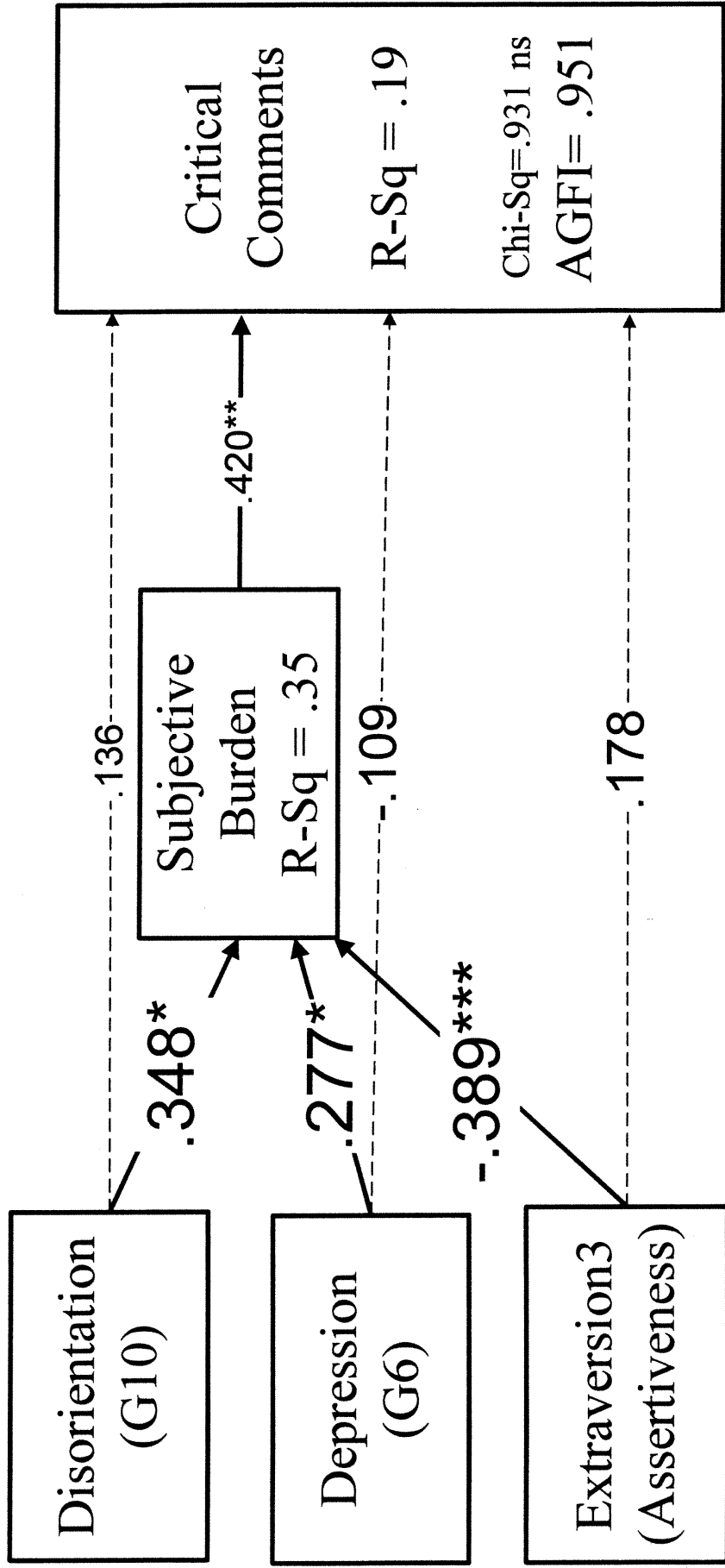
EOI Model 2



+ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Coping Model of Critical Comments in Mothers of Schizophrenia Patients

CC Model 3



+ p < .10; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

References

- Bellack, A. S. and Mueser, K. T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 19 (2), 317-336.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T. and Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. British Journal of Psychiatry, 121, 241-258.
- Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M. and Wing, J. K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. British Journal of Preventive Social Medicine, 16, 55-68.
- Brown, G. W. and Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. Human Relations, 19, 241-263.
- Chafetz, L. and Barnes, L. (1989). Issues in psychiatric caregiving. Archives of Psychiatric Nursing, 3 (2), 61-68.
- Cook, J. A. (1988). Who "mothers" the chronically mentally ill? Family Relations, 37, 42-49.
- Costa, P. T. and McCrae, R. R. (1985). The NEO personality inventory. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., McCrae, R. R. and Dye, D. A. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the NEO personality inventory. Personality and Individual Differences, 12 (9), 887-898.

- Costa, P. T. and Widiger, T. A. (1994). Personality disorders and the five-factor model of personality. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Cousineau, H. (1989). État de santé et réseau de soutien de soignantes naturelles de malades mentaux chroniques. Masters' thesis non published. Montreal: University of Montreal.
- Coward, R. and Dwyer, J. (1990). The association of gender, sibling network composition, and patterns of care by adult children. Research on Aging, 12, 73-82.
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B. and Greden, J. F. (1987). Living with a depressed person. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (3), 347-352.
- Creer, C., Sturt, E. and Wykes, T. (1982). The role of relatives. Psychological Medicine, 12 (2), 29-39.
- Creer, C. and Wing, J. (1975). Living with a schizophrenic patient. British Journal of Hospital Medicine, 14, 73-82.
- Gibbons, J. S., Horn, S. H., Powell, J. M. and Gibbons, J. L. (1984). Schizophrenic patient and their families: A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. British Journal of Psychiatry, 144, 70-77.
- Gough, H. G. (1987). California psychological inventory administrator's guide. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Grad, J. and Sainsbury, P. (1968). The effects that patients have on their families in a community care and a control psychiatric service: A two-year follow-up.

British Journal of Psychiatry, 114, 265-278.

Guberman, N., Dorvil, H. and Maheu, P. (1987). Amour, bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Les publications du Québec.

Gubman, G. D., Tessler, C. and Willis, G. (1987). Living with the mentally ill: Factors affecting household complaints. Schizophrenia Bulletin, 13 (4), 727-736.

Hatfield, A. B. (1978). Psychological costs of schizophrenia to the family. Social Work, 23, 355-359.

Hatfield, A. B. (1987). Coping and adaptation: A conceptual framework for understanding families. In A. B. Hatfield and H. P. Lefley (Eds). Families of the mentally ill: Coping and adaptation (pp. 60-84). New York: The Guilford Press.

Hatfield, A. B., Spaniol, L. and Zipple, A. M. (1987). Expressed emotion: A family perspective. Schizophrenia Bulletin, 13, 221-235.

Herz, M. I., Endicott, J. and Spitzer, R. L. (1976). Brief versus standard hospitalization: The families. American Journal of Psychiatry, 133 (7), 795-801.

Hirsch, S. R., Platt, S., Knights, A. and Weyman, A. (1979). Shortening hospital stay for psychiatric care: Effect on patients and their families. British Medical Journal, 1, 442-446.

Hoening, J. and Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. International Journal of Social Psychiatry, 12, 165-176.

- Hooley, J. M. and Hiller, J. B. (1994). Do high and low expressed emotion relatives differ in personality? Poster presented at the annual meeting of the Society for Research in Psychopathology, Florida.
- Jackson, H. J., Smith, N. and McGorry, P. (1990). Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorders: An exploratory study. Acta Psychiatrica Scandinavia, 82, 243-249.
- Jutras, S. and Lavoie, J. (1991). L'état de santé des corésidents de personnes âgées en perte d'autonomie (Enquête Santé-Québec 1987). Québec: Gouvernement du Québec.
- Kanter, J., Lamb, H. R. and Loeper, C. (1987). Expressed emotion in families: A critical review. Hospital and Community Psychiatry, 38, 374-380.
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 160, 601-620.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. and Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 13 (2), 261-276.
- King, S. (1993). Testing a causal model of functioning in schizophrenic young adults: The influence of expressed emotion and family dynamics. Final report (NHRDP No. 6605-3327-63). Health and Welfare Canada.
- King, S. (1998). Is expressed emotion cause or effect? A longitudinal study. International Clinical Psychopharmacology, 13 (suppl 1), S107-S108.
- King, S. and Dixon, M. J. (1995). Expressed emotion, family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic young adults.

- Schizophrenia Research, 14, 121-132.
- King, S. and Rochon, V. (1995). Le rôle de l'émotion exprimée dans le cours de la schizophrénie. Santé mentale au Québec, 20 (2), 99-118.
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press.
- Leff, J. and Vaughn, C. E. (1985). Expressed emotion in families. New York: Guilford Press.
- Lefley, H. P. (1987). The family's response to mental illness in a relative. New Directions for Mental Health Services, 34, 3-21.
- MacCarthy, B., Lesage, A., Brewin, C. R., Brugha, T. S., Mangen, S. and Wing, J. K. (1989). Needs for care among the relatives of long-term users of day care. Psychological Medicine, 19, 725-736.
- Maurin, J. T. and Barmann-Boyd, C. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. Archives of Psychiatric Nursing, 4 (2), 99-107.
- Miklowitz, D. J. (1994). Family risk indicators in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 20 (1), 137-149.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S. and Wade, J. H. (1992). Validation of a short version of the Camberwell Family Interview. Psychological Assessment, 4 (4), 524-529.
- Mueser, K. T., Webb, C., Pfeiffer, M., Gladis, M. and Levinson, D. F. (1996). Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: Perceptions of relatives and professionals. Psychiatric Services, 47, 507-511.

- Noh, S. and Avison, W. R. (1988). Spouses of discharged psychiatric patients: Factors associated with their experiences of burden. Journal of Marriage and the Family, 50, 377-389.
- Noh, S. and Turner, R. J. (1987). Living with psychiatric patients: Implications for the mental health of family members. Social Science Medicine, 25 (3), 262-271.
- Parker, G. and Hadzi-Pavlovic, D. (1990). Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: An analysis of aggregated data. Psychological Medicine, 20, 961-965.
- Parker, G., Johnston, P. and Hayward, L. (1988). Parental expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse. Archives of General Psychiatry, 45, 806-813.
- Platt, S., Weyman, A., Hirsch, S. and Hewett, S. (1980). The social behaviour assessment schedule (SBAS): Rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. Social Psychiatry, 15, 43-55.
- Potasznik, H. and Nelson, G. (1984). Stress and social support: The burden experienced by the family of a mentally ill person. American Journal of Community Psychology, 12 (5), 589-607.
- Ricard, N., Bonin, J. and Ezer, H. (1998). Factors associated with burden in primary caregivers of mentally ill patients. Submitted for publication.
- Ricard, N. and Fortin, F. (1993). Étude des déterminants du fardeau subjectif et de ses conséquences sur la santé de soignants naturels d'une personne atteinte d'un trouble mental. Research report. Montreal: University of Montreal.
- Ricard, N., Fortin, F. and Bonin, J. (1995). Fardeau subjectif et état de santé

d'aidants naturels de personnes atteintes de troubles mentaux en situation de crise et de rémission. Research report. Montreal: University of Montreal.

St-Onge, M. and Lavoie, F. (1987). Impact de la présence d'une personne atteinte de troubles mentaux chroniques sur les parents membres d'un groupe d'entraide et analyse de leurs stratégies d'adaptation: Étude descriptive. Revue canadienne de santé mentale communautaire, 6 (2), 51-63.

St-Onge, M. and Lavoie, F. (1994). L'aide que des femmes offrent à leur fils ou à leur fille présentant des troubles psychotiques et le réseau de soutien de ces femmes. Revue canadienne de santé mentale communautaire, 13, 73-95.

St-Onge, M. and Lavoie, F. (1997). The experience of caregiving among mothers of adults suffering from psychotic disorders: Factors associated with their psychological distress. American Journal of Community Psychiatry, 25, 73-94.

Scazufca, M. and Kuipers, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 168, 580-587.

Schreiber, J. L., Breier, A. and Pickar, D. (1995). Expressed emotion: Trait or state? British Journal of Psychiatry, 166, 647-649.

Song, L. Y., Biegel, D. E. and Milligan, S. E. (1997). Predictors of depressive symptoms among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. Community Mental Health Journal, 33, 269-286.

Thompson, E. H. and Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: An invisible crisis. Family Relations, 31 (3), 379-388.

- Vaughn, C. E. (1986). Patterns of emotional response in the families of schizophrenic patients. In M. J. Goldstein, I. Hand and K. Hahlweg (Eds). Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention (pp. 97-106). Berlin: Springer-Verlag.
- Vaughn, C. E. (1989). Annotation: Expressed emotion in family relationships. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 30 (1), 13-22.
- Vaughn, C. E. and Leff, J. P. (1976a). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. British Journal of Psychiatry, 129, 125-137.
- Vaughn, C. and Leff, J. (1976b). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. British Journal of Social Clinical Psychology, 15, 157-165.
- Vaughn, C. E. and Leff, J. P. (1981). Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin, 7, 43-44.
- Vaughn, C. E., Snyder, K. S., Jones, S., Freeman, W. B. and Falloon, I. R. H. (1984). Family factors in schizophrenic relapse: Replication in California of British research on expressed emotion. Archives of General Psychiatry, 41, 1169-1177.
- Winefield, H. R. and Harvey, E. J. (1993). Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 19, 619-625.

DISCUSSION ET CONCLUSION

La présente recherche diffère de la majorité des études sur les émotions exprimées qui se sont surtout intéressées au rôle du climat émotionnel familial dans la prédiction de la rechute de PAS. Ainsi, en prenant compte du contexte de stress chronique vécu par les mères qui assurent le soutien quotidien de leur proche atteint de schizophrénie, la présente recherche a voulu étudier les émotions exprimées comme un type de stratégies de *coping* utilisées par ces dernières pour composer avec leur rôle de soignante naturelle. La théorie cognitive-émotionnelle-relationnelle de l'émotion de Lazarus a guidé le choix des variables à l'étude en vue d'identifier la contribution des facteurs susceptibles d'influencer les émotions exprimées de ces mères. L'influence de facteurs contextuels liés à la prise en charge de la PAS comme sa condition clinique, des facteurs individuels tels la personnalité de la mère et des facteurs cognitifs comme le fardeau subjectif a été étudiée en relation avec des dimensions de l'émotion exprimée. Plus précisément, cette étude transversale a vérifié, d'une part, les effets directs de la personnalité de la mère et de la condition clinique de la PAS sur le fardeau subjectif, et d'autre part, les effets directs et indirects de la personnalité de la mère, de la condition clinique de la PAS et du fardeau subjectif sur deux dimensions de l'émotion exprimée, soit les commentaires critiques (CC) et la surimplication émotionnelle (EOI-*Emotional Overinvolvement*) de mères de PAS.

Un échantillon relativement homogène, c'est-à-dire composé uniquement de mères a été recruté à partir de quatre Centres hospitaliers du Montréal métropolitain. Ces mères sont âgées entre 43 et 81 ans, ont complété entre 0 et 18 années de scolarité et sont distribuées parmi les différentes classes socio-économiques.

Les analyses préliminaires entre les variables ont conduit à l'élaboration de quatre modèles de relations entre les variables (voir appendice B, p.130). Les résultats démontrent qu'il existe des effets directs de la condition clinique de la PAS et de la personnalité de la mère sur les deux dimensions de l'émotion exprimée. Par

contre, des effets indirects de ces facteurs sur les émotions exprimées à travers le fardeau subjectif n'ont pu être démontrés de façon consistante, tel que le proposait le modèle théorique. En effet, un seul des quatre modèles indique que l'impulsivité de la mère influence les commentaires critiques à travers l'effet du fardeau subjectif.

Dans le premier modèle explicatif des commentaires critiques, 51% de la variance est expliquée par l'agitation chez la PAS, par le névrotisme chez la mère et par l'intensité du fardeau subjectif provenant des comportements symptomatiques chez la PAS (voir tableau 1, p.86). Plus la PAS est agitée, moins la mère présente des traits névrotiques, plus elle perçoit du fardeau subjectif et plus cette dernière exprimera des commentaires critiques face à la PAS. Par contre, aucune de ces variables ne contribue au fardeau subjectif chez la mère et le fardeau subjectif a un effet direct sur le niveau des commentaires critiques, même lorsque le névrotisme et l'agitation sont contrôlés.

Le deuxième modèle explicatif de commentaires critiques explique 41% de la variance et comprend l'agitation chez la PAS, la facette "impulsivité" du névrotisme chez la mère et le fardeau subjectif associé aux comportements symptomatiques de la PAS (voir tableau 2, p.87). Plus la PAS est agitée, moins la mère est impulsive et plus elle critique la PAS. Le deuxième modèle des commentaires critiques suggère aussi que moins l'impulsivité (facette du névrotisme) de la mère est élevée, plus elle aura tendance à percevoir du fardeau et à critiquer la PAS.

L'association entre l'agitation chez la PAS et le niveau de commentaires critiques ne semble pas avoir été démontrée dans les études précédentes. L'insuccès des chercheurs précédents à démontrer des associations entre la sévérité des symptômes et les émotions exprimées peut être dû en partie à leur utilisation de groupes (*clusters*) globaux de symptômes au lieu d'items mesurant des symptômes spécifiques qui dérangent les proches, comme nous l'avons fait dans la présente étude. L'agitation chez la PAS, étant un symptôme positif et plus "visible", semble

d'émotion exprimée présentent un fardeau plus grand que les proches avec un bas niveau d'émotion exprimée. Par ailleurs, il ne semble pas que la condition clinique de la PAS influence le fardeau subjectif chez la mère; la personnalité de cette dernière semblerait avoir une influence plus importante que la condition clinique de la PAS sur le fardeau subjectif. Cette dernière association peut être expliquée par le fait que les facteurs de personnalité influencent l'appréciation cognitive des sources de stress et conséquemment l'utilisation de stratégie de *coping* comme le propose la théorie de Lazarus; la personnalité de la mère pourrait être un facteur plus pertinent que le facteur contextuel de la condition clinique de la PAS pour expliquer le fardeau subjectif.

Le premier modèle de la surimplication émotionnelle explique 36% de la variance et comprend l'agitation chez la PAS (facteur d'agitation du PANSS), le fardeau subjectif, l'ouverture à l'expérience et le sentiment de devoir chez la mère. Les résultats (voir tableau 3, p.88) démontrent qu'il existe des effets directs entre une plus grande ouverture à l'expérience, un plus grand sentiment de devoir chez la mère et sa surimplication émotionnelle auprès de la PAS. Par contre, il n'existait aucun effet de l'agitation chez la PAS sur la surimplication émotionnelle chez la mère et aucune de ces variables ne contribue au fardeau subjectif chez la mère. Enfin, le fardeau subjectif chez la mère n'avait aucun effet direct sur leur surimplication émotionnelle.

Le deuxième modèle de la surimplication émotionnelle explique 35% de la variance et comprend la dépression chez la PAS (item G6 du PANSS), l'ouverture à l'expérience et le sentiment de devoir chez la mère et son fardeau subjectif associé aux comportements symptomatiques chez la PAS. Les résultats (voir tableau 4, p.89) démontrent qu'il existe des effets directs d'une dépression plus grave chez la PAS, d'un plus grand sentiment de devoir et d'une plus grande ouverture à l'expérience chez la mère sur sa surimplication émotionnelle. Également, une

dépression plus grave chez la PAS contribuait au fardeau subjectif chez la mère. Par contre, ce fardeau subjectif chez la mère n'avait aucun effet direct sur leur surimplication émotionnelle.

Le comportement symptomatique chez la PAS qui explique la plus grande variance dans la surimplication émotionnelle est son niveau de dépression. Une fois de plus, il semble qu'un item mesurant un symptôme spécifique est associé à une composante particulière de l'émotion exprimée. Le fait que la dépression chez la PAS entraîne une surimplication émotionnelle chez la mère provient possiblement du risque d'idées suicidaires, nécessitant une attention toute particulière.

Les facteurs de personnalité chez la mère qui explique la plus grande variance dans sa surimplication émotionnelle sont son sentiment de devoir et d'ouverture à l'expérience. On peut se demander si le fait qu'une mère soit plus ouverte et plus réceptive à ses propres émotions et celles des autres peut la conduire à être surimpliquée envers la PAS. Aussi, comme elle est plus consciencieuse, elle désirera adhérer fermement à ses principes éthiques et remplir scrupuleusement ses obligations morales, la conduisant ainsi à se sacrifier et à devenir protectrice à l'excès, particulièrement face à la dépression chez la PAS.

Ces résultats sont consistants avec ceux de Hooley et Hiller (1994) qui suggèrent que les proches avec un haut niveau d'émotion exprimée possèdent un score plus élevé quant à l'approbation des normes que les proches avec un bas niveau d'émotion exprimée. Par contre, même si certains auteurs (Hooley et Hiller, 1994) ont démontré que les proches avec un haut niveau d'émotion exprimée étaient moins tolérants, moins flexibles, moins orientés vers la psychologie et avaient moins d'empathie, dans notre étude, nous observons qu'une grande surimplication chez les mères est associée à des qualités similaires à l'empathie, telle que l'ouverture à l'expérience.

ainsi causer plus de dérangement et conduit la mère de cette dernière à la critiquer davantage.

Le facteur de personnalité de la mère qui explique le plus de variance quant aux commentaires critiques est son niveau de névrotisme. Ce névrotisme est défini comme étant la tendance naturelle à éprouver des émotions négatives, soit l'anxiété, la colère, l'hostilité, la dépression, la gêne, l'impulsivité et la vulnérabilité (Costa et Widiger, 1994). On peut penser qu'une mère moins impulsive, serait plus tolérante, retarderait davantage l'expression de sa frustration face aux comportements chez la PAS, ce qui l'amènerait à vivre du fardeau subjectif plus élevé, et à exprimer davantage des commentaires critiques lorsqu'une entrevue réalisée par un intervenant lui permet de le faire. De plus, à l'inverse, le facteur "ouverture à l'expérience", qui reflète la tolérance de la mère, n'est pas, dans nos modèles, significativement lié aux commentaires critiques des mères. Ces résultats apparaissent inconsistants avec ceux des études qui suggèrent que les proches avec un haut niveau d'émotion exprimée sont moins tolérants que les proches avec un bas niveau d'émotion exprimée (Hooley et Hiller, 1994; Vaughn et Leff, 1981). Par contre, le contexte de réalisation de ces études était différent car les auteurs Hooley et Hiller (1994) ont administré le Camberwell Family Interview lors de l'hospitalisation de la PAS, et non lorsqu'ils étaient considérés stables, comme nous l'avons fait. De plus, leur échantillon comprenait un nombre presque égal de mères et de pères (25 vs 22), alors que nous nous sommes adressés seulement aux mères.

Par contre, en ce qui a trait aux liens entre le fardeau subjectif et les commentaires critiques, les résultats sont consistants avec ceux de l'étude de Jackson, Smith et McGorry (1990) qui suggèrent qu'un haut niveau de fardeau subjectif est associé avec un plus grand nombre de commentaires critiques faits par les proches de la personne atteinte. De plus, les résultats sont aussi consistants avec ceux de Scazufca et Kuipers (1996) qui suggèrent que les proches avec un haut niveau

Le niveau de fardeau subjectif chez la mère n'explique pas la surimplication émotionnelle. Les résultats sont inconsistants avec ceux de Scazufca et Kuipers (1996) qui suggèrent que les proches avec un haut niveau d'émotion exprimée possèdent un score plus élevé de fardeau que les proches avec un bas niveau d'émotion exprimée. Toutefois, dans l'étude de Scazufca et Kuipers (1996), ces résultats sont rapportés lorsque les commentaires critiques et la surimplication émotionnelle sont regroupés dans un score global d'émotion exprimée. Les résultats de notre étude suggèrent que l'association positive entre le fardeau subjectif et l'émotion exprimée, montrée antérieurement par Scazufca et Kuipers (1996), serait plus en fonction des commentaires critiques que de la surimplication émotionnelle chez les mères.

Des analyses supplémentaires ont été effectuées pour déterminer quel modèle pouvait le mieux expliquer le fardeau subjectif chez la mère. Ce modèle explique 35% de la variance dans le fardeau subjectif et seulement 19% de la variance dans les commentaires critiques chez la mère. Il comprend la désorientation (item G10 du PANSS) et la dépression (item G6 du PANSS) chez la PAS et la facette "affirmation de soi" du facteur extraversion chez la mère. Les résultats (voir tableau 5, p.90) démontrent qu'il existe des effets directs de ces variables sur le fardeau subjectif. Plus la PAS est désorientée et déprimée et moins la mère démontre de l'affirmation de soi, plus le fardeau subjectif est élevé.

Par contre, ces types de symptômes chez la PAS et cet aspect de la personnalité chez la mère ne sont pas les prédicteurs les plus importants des commentaires critiques chez les mères (seulement 19% de la variance). Il ressort donc que même si le fardeau subjectif est un bon prédicteur de commentaires critiques chez la mère, un bon modèle explicatif du fardeau subjectif n'est pas le meilleur modèle de commentaires critiques. Ces résultats suggèrent que le rôle du fardeau subjectif dans les commentaires critiques n'est pas celui d'un médiateur,

comme le suggérait le cadre théorique utilisé (Lazarus, 1991) mais plutôt d'une influence indépendante sur les commentaires critiques, étant eux-mêmes influencés par d'autres facteurs provenant des exigences de soins et de la personnalité de la mère.

Soulignons enfin que Schreiber, Breier et Pickar (1996) ont suggéré que les commentaires critiques correspondraient davantage à un "trait" de personnalité, et que la surimplication émotionnelle représenterait davantage un "état" chez les parents de PAS. Par contre, d'autres études examinant la stabilité longitudinale de l'émotion exprimée suggèrent, qu'en raison d'une plus grande facilité à modifier les commentaires critiques que la surimplication émotionnelle, que la surimplication émotionnelle est plutôt un "trait" qu'un "état". Ces conclusions contradictoires pourraient être expliquées par la méthodologie utilisée et par nos résultats. En effet, nous avons examiné, à l'aide de mesures directes et spécifiques, des traits de personnalité chez la mère et la condition clinique chez la PAS et nous avons observé que les commentaires critiques et la surimplication émotionnelle sont mieux expliqués par des combinaisons de composantes spécifiques de la personnalité chez la mère et de la condition clinique chez la PAS. Il doit aussi être mentionné que, de par leurs associations différentes aux symptômes de la PAS et à la personnalité de la mère, les émotions exprimées semblent être des réalités bien différentes.

Par ailleurs, certaines limites de la présente étude doivent être prises en compte dans l'interprétation de ces résultats. La généralisation des résultats est limitée en raison de la taille relativement petite de l'échantillon (voir p.72 de l'article pour détails de l'échantillon). De plus, cette étude est limitée à la perception d'un seul membre de la famille; donc une perspective restreinte de l'expression émotionnelle dans la famille. Finalement, le biais de sélection qui a pu s'être glissé doit être considéré.

Le but de notre étude n'était pas de vérifier le modèle de Lazarus, mais d'utiliser la théorie pour nous guider dans l'identification de certains déterminants des émotions exprimées. C'est pourquoi certaines variables de la théorie de l'émotion de Lazarus sont absentes du modèle ou n'ont pu être mesurées. Par exemple, le processus d'appréciation cognitive (*Appraisal Process*), étant central à la théorie de Lazarus, n'a pas été mesuré directement, car il est un processus en changement continu; c'est le résultat de l'appréciation cognitive (*Appraisal Outcome*) qui l'a été sous l'angle du fardeau subjectif. L'émotion exprimée n'est pas largement considérée comme une stratégie de *coping* pour faire face à la maladie mentale dans la famille, mais il semble pertinent de l'étudier en tant que réaction face à un stress, plutôt qu'un stressor comme dans la prédiction de la rechute chez la PAS.

Une autre limite est la nature transversale de cette étude qui nous apporte une image fixe dans le temps de l'expression émotionnelle dans l'environnement familial. Une étude longitudinale pourrait nous renseigner plus qu'une étude transversale pour étudier les mères et les PAS à travers le temps. Une étude longitudinale pourrait nous démontrer si les mères de PAS composent toujours de la même façon avec les comportements des PAS ou si elles adoptent parfois d'autres stratégies de *coping*.

Nous avons examiné les items mesurant des symptômes spécifiques chez la PAS et des aspects spécifiques de la personnalité des mères, plutôt que des groupes (*clusters*) globaux de variables. Seulement les mères ont été étudiées, pour éventuellement différencier leur expérience de celle des pères. De plus, les facteurs qui influencent possiblement les commentaires critiques et la surimplication émotionnelle ont été étudiés séparément. Finalement, nous avons trouvé des associations entre les symptômes chez la PAS et l'émotion exprimée chez la mère où d'autres ne l'ont pas fait.

La présente étude apporte une contribution intéressante pour diverses raisons. L'utilisation d'un cadre théorique, soit la théorie cognitive-émotionnelle-relationnelle

RÉFÉRENCES

de l'émotion de Lazarus, nous a permis d'étudier de façon plus systématique les liens entre les différentes variables à l'étude. Il s'agissait aussi d'une nouvelle façon d'examiner l'émotion exprimée, soit en tant qu'une stratégie de *coping* et non en tant que prédicteur de la rechute chez la PAS. Une recommandation pour des recherches futures pourrait être d'inclure le processus d'appréciation cognitive (*Appraisal Process*) de la théorie de Lazarus dans les analyses, ou autre variable pertinente de son modèle.

Par ailleurs, une meilleure compréhension des déterminants de l'émotion exprimée permettra aux professionnels de la santé d'intervenir plus adéquatement auprès des familles et d'établir une meilleure collaboration avec ces dernières. Cette recherche pourrait aider les groupes visant à réduire le niveau d'émotion exprimée des proches de PAS, à mettre davantage l'accent sur l'enseignement de différentes stratégies de *coping* pour mieux composer avec la maladie mentale. Ainsi, le blâme trop souvent attribué aux mères pourrait être questionné.

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e éd.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Azhar, M. Z. et Varma, S. L. (1996). Relationship of expressed emotion with relapse of schizophrenia patients in Kelantan. Singapore Medical Journal, 37 (1), 82-85.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. et Weakland, J. H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science, 1, 251-264.
- Bellack, A. S. et Mueser, K. T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 19 (2), 317-336.
- Bentler, P. M. (1995). EQS Structural Equations. Encino, Californie: Multivariate Software, Inc.
- Bertrando, P., Beltz, J., Bressi, C., Clerici, M., Farma, T., Invernizzi, G. et Cazzullo, C. L. (1992). Expressed emotion and schizophrenia in Italy: A study of an urban population. British Journal of Psychiatry, 161, 223-229.
- Brown, G. W. (1959). Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living group. Millbank Memorial Fund Quarterly, 37, 105-131.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T. et Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. British Journal of Psychiatry, 121, 241-258.
- Brown, G. W., Carstairs, G. M. et Topping, G. (1958). Post hospital adjustment of chronic mental patients. Lancet, ii, 685-689.
- Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M. et Wing, J. K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. British Journal of Preventive Social Medicine, 16, 55-68.

- Brown, G. W. et Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. Human Relations, 19, 241-263.
- Carr, V. (1991). Schizophrenia. In R. J. Kosky, H. S. Eshkevari et V. J. Carr (éds). Mental health and illness: A textbook for students of health sciences (pp. 220-230). Sydney: Butterworth-Heinemann.
- Chafetz, L. et Barnes, L. (1989). Issues in psychiatric caregiving. Archives of Psychiatric Nursing, 3 (2), 61-68.
- Chakrabarti, S., Kulhara, P. et Verma, S. K. (1992). Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, 86 (3), 247-252.
- Cook, J. A. (1988). Who "mothers" the chronically mentally ill? Family Relations, 37, 42-49.
- Costa, P. T. et McCrae, R. R. (1985). The NEO personality inventory. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., McCrae, R. R. et Dye, D. A. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the NEO personality inventory. Personality and Individual Differences, 12 (9), 887-898.
- Cousineau, H. (1989). État de santé et réseau de soutien de soignantes naturelles de malades mentaux chroniques. Mémoire de maîtrise non publié. Montréal: Université de Montréal.
- Coward, R. et Dwyer, J. (1990). The association of gender, sibling network composition, and patterns of care by adult children. Research on Aging, 12, 73-82.

- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B. et Greden, J. F. (1987). Living with a depressed person. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (3), 347-352.
- Creer, C. et Wing, J. (1975). Living with a schizophrenic patient. British Journal of Hospital Medicine, 14, 73-82.
- Creer, C., Sturt, E. et Wykes, T. (1982). The role of relatives. Psychological Medicine, 12 (2), 29-39.
- Dulz, B. et Hand, I. (1986). Short-term relapse in young schizophrenics: Can it be predicted and affected by family (CFI), patient, and treatment variables? An experimental study. In M. J. Goldstein, I. Hand et K. Hahlweg (éds). Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention (pp. 59-77). Berlin: Springer-Verlag.
- Fortin, F., Taggart, E., Kérouac, S. et Normand, S. (1988). Introduction à la recherche: Auto-apprentissage assisté par ordinateur. Montréal: Décarie.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy. Psychiatry, 11, 263-273.
- Gibbons, J. S., Horn, S. H., Powell, J. M. et Gibbons, J. L. (1984). Schizophrenic patient and their families: A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. British Journal of Psychiatry, 144, 70-77.
- Gough, H. G. (1987). California psychological inventory administrator's guide. Palo Alto, Californie: Consulting Psychologist Press.
- Grad, J. et Sainsbury, P. (1968). The effects that patients have on their families in a community care and a control psychiatric service: A two-year follow-up. British Journal of Psychiatry, 114, 265-278.

- Guberman, N., Dorvil, H. et Maheu, P. (1987). Amour, bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Les publications du Québec.
- Gubman, G. D., Tessler, C. et Willis, G. (1987). Living with the mentally ill: Factors affecting household complaints. Schizophrenia Bulletin, 13 (4), 727-736.
- Hatfield, A. B. (1978). Psychological costs of schizophrenia to the family. Social Work, 23, 355-359.
- Hatfield, A. B. (1987). Coping and adaptation: A conceptual framework for understanding families. In A. B. Hatfield et H. P. Lefley (éds). Families of the mentally ill: Coping and adaptation (pp. 60-84). New York: The Guilford Press.
- Hatfield, A. B., Spaniol, L. et Zipple, A. M. (1987). Expressed emotion: A family perspective. Schizophrenia Bulletin, 13, 221-235.
- Herz, M. I., Endicott, J. et Spitzer, R. L. (1976). Brief versus standard hospitalization: The families. American Journal of Psychiatry, 133 (7), 795-801.
- Hirsch, S. R., Platt, S., Knights, A. et Weyman, A. (1979). Shortening hospital stay for psychiatric care: Effect on patients and their families. British Medical Journal, 1, 442-446.
- Hoening, J. et Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. International Journal of Social Psychiatry, 12, 165-176.
- Holmberg, S. K. (1993). Trust-mistrust. In R. P. Rawlins, S. R. Williams et C. K. Beck (éds). Mental health-psychiatric nursing: A holistic life-cycle approach (3e éd.) (pp. 328-356). St. Louis: Mosby Year Book.

- Hooley, J. M. et Hiller, J. B. (1994). Do high and low expressed emotion relatives differ in personality?. Poster presented at the annual meeting of the Society for Research in Psychopathology, Florida.
- Hooley, J. M., Ritchers, J. E., Weintraub, S. et Neale, J. M. (1987). Psychopathology and marital distress: The positive side of positive symptoms. Journal of Abnormal Psychology, 96 (1), 27-37.
- Jackson, H. J., Smith, N. et McGorry, P. (1990). Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorders: An exploratory study. Acta Psychiatrica Scandinavia, 82, 243-249.
- Jacob, M., Frank, E., Kupfer, D. J. et Carpenter, L. L. (1987). Recurrent depression: An assessment of family burden and family attitudes. Journal of Clinical Psychiatry, 48 (10), 395-400.
- Jenkins, J. H. et Karno, M. (1992). The meaning of expressed emotion: Theoretical issues raised by cross-cultural research. American Journal of Psychiatry, 149 (1), 9-21.
- Jutras, S. et Lavoie, J. (1991). L'état de santé des corésidents de personnes âgées en perte d'autonomie (Enquête Santé-Québec 1987). Québec: Gouvernement du Québec.
- Kanter, J., Lamb, H. R. et Loeper, C. (1987). Expressed emotion in families: A critical review. Hospital and Community Psychiatry, 38, 374-380.
- Karno, M., Jenkins, J. H., De La Selva, A. et al. (1987). Expressed emotion and schizophrenic outcome among Mexican-American families. Journal of Nervous and Mental Disease, 15, 143-151.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. et Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 13 (2), 261-276.

- Kendell, R. E. et Di Scipio, W. J. (1968). Eysenck Personality Inventory scores of patients with depressive illness. British Journal of Psychiatry, 114, 767-770.
- King, S. (1993). Testing a causal model of functioning in schizophrenic young adults: The influence of expressed emotion and family dynamics. Final report (NHRDP No. 6605-3327-63). Health and Welfare Canada.
- King, S. (1997). Expressed emotion and psychiatric symptoms: Clues to the causal direction. Second International Conference on Psychological Treatments for Schizophrenia, Oxford, England.
- King, S. et Dixon, M. J. (1995). Expressed emotion, family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic young adults. Schizophrenia Research, 14, 121-132.
- King, S. et Rochon, V. (1995). Le rôle de l'émotion exprimée dans le cours de la schizophrénie. Santé mentale au Québec, 20 (2), 99-118.
- King, S. et Steiger, H. (1994). Personality and expressed emotion in parents of schizophrenic young adults. Research proposal submitted to NHRDP, Verdun.
- Koenigsberg, H. W. et Handley, R. (1986). Expressed emotion: From predictive index to clinical construct. American Journal of Psychiatry, 143, 1361-1373.
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Leff, J. et Vaughn, C. E. (1985). Expressed emotion in families. New York: Guilford Press.

- Lefley, H. P. (1987). The family's response to mental illness in a relative. New Directions for Mental Health Services, 34, 3-21.
- Liberman, R. P. (1991). La prise en charge des affections mentales chroniques: Un cadre pour l'espoir. In R. P. Liberman (éd). Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques (pp. 1-23). Paris: Masson.
- Liem, J. H. (1980). Family studies of schizophrenia: An update and commentary. Schizophrenia Bulletin, 6, 429-455.
- Linszen, D. H., Dingemans, P. M., Nugter, M. A., Van der Does, A. J. W., Scholte, W. F. et Lenior, M. A. (1997). Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychotic relapse. Schizophrenia Bulletin, 23 (1), 119-130.
- Liptzin, B., Grob, M. C. et Eisen, S. V. (1988). Family burden of demented and depressed elderly psychiatric inpatients. The Gerontologist, 28 (3), 397-401.
- MacCarthy, B., Lesage, A., Brewin, C. R., Brugha, T. S., Mangen, S. et Wing, J. K. (1989). Needs for care among the relatives of long-term users of day care. Psychological Medicine, 19, 725-736.
- Maurin, J. T. et Barmann-Boyd, C. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. Archives of Psychiatric Nursing, 4 (2), 99-107.
- Miklowitz, D. J. (1994). Family risk indicators in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 20 (1), 137-149.
- Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J. et Falloon, I. R. H. (1983). Premorbid and symptomatic characteristics of schizophrenics from families with high and low levels of expressed emotion. Journal of Abnormal Psychology, 92 (3), 359-367.
- Mino, Y., Inoue, S., Tanaka, S. et Tsuda, T. (1997). Expressed emotion among families and course of schizophrenia in Japan: A 2-year cohort study. Schizophrenia Research, 24 (3), 333-339.

- Moline, R. A., Singh, S., Morris, A. et al. (1985). Family expressed emotion and relapse in schizophrenia in 24 urban American patients. American Journal of Psychiatry, 142, 1078-1081.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S. et Wade, J. H. (1992). Validation of a short version of the Camberwell Family Interview. Psychological Assessment, 4 (4), 524-529.
- Mueser, K. T., Liberman, R. P. et Glynn, S. M. (1990). Psychosocial interventions in schizophrenia. In A. Kales, C. N. Stefanis et J. A. Talbott (éds). Recent advances in schizophrenia (pp. 213-235). New York: Springer-Verlag.
- Mueser, K. T., Webb, C., Pfeiffer, M., Gladis, M. et Levinson, D. F. (1996). Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: Perceptions of relatives and professionals. Psychiatric Services, 47, 507-511.
- Noh, S. et Avison, W. R. (1988). Spouses of discharged psychiatric patients: Factors associated with their experiences of burden. Journal of Marriage and the Family, 50, 377-389.
- Noh, S. et Turner, R. J. (1987). Living with psychiatric patients: Implications for the mental health of family members. Social Science Medicine, 25 (3), 262-271.
- Overholser, J., Kabakoff, R. et Norman, W. (1989). The assessment of personality characteristics in depressed and dependent psychiatric inpatients. Journal of Personal Assessment, 53 (1), 40.
- Parker, G. et Johnston, P. (1988). Examining for links between expressed emotion and EPI personality variables: Can low EE be faked?, 78, 599-602.
- Parker, G., Johnston, P. et Hayward, L. (1988). Parental expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse. Archives of General Psychiatry, 45, 806-813.
- Phares, E. J. (1991). Introduction to personality (3e éd.). New York: Harper Collins.

- Platt, S., Weyman, A., Hirsch, S. et Hewett, S. (1980). The social behaviour assessment schedule (SBAS): Rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. Social Psychiatry, 15, 43-55.
- Potasznik, H. et Nelson, G. (1984). Stress and social support: The burden experienced by the family of a mentally ill person. American Journal of Community Psychology, 12 (5), 589-607.
- Ricard, N. et Fortin, F. (1993). Étude des déterminants du fardeau subjectif et de ses conséquences sur la santé de soignants naturels d'une personne atteinte d'un trouble mental. Rapport de recherche. Montréal: Université de Montréal.
- Ricard, N., Fortin, F. et Bonin, J. (1995). Fardeau subjectif et état de santé d'aidants naturels de personnes atteintes de troubles mentaux en situation de crise et de rémission. Rapport de recherche. Montréal: Université de Montréal.
- Robins, L. N. et Regier, D. A. (1991). Psychiatric disorders in America. New York: Free Press McMillan.
- Rutter, M. et Brown, G. W. (1966). The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. Social Psychiatry, 1 (1), 38-53.
- St-Onge, M. et Lavoie, F. (1987). Impact de la présence d'une personne atteinte de troubles mentaux chroniques sur les parents membres d'un groupe d'entraide et analyse de leurs stratégies d'adaptation: Étude descriptive. Revue canadienne de santé mentale communautaire, 6 (2), 51-63.
- St-Onge, M. et Lavoie, F. (1994). L'aide que des femmes offrent à leur fils ou à leur fille présentant des troubles psychotiques et le réseau de soutien de ces femmes. Revue canadienne de santé mentale communautaire, 13, 73-95.

- St-Onge, M. et Lavoie, F. (1997). The experience of caregiving among mothers of adults suffering from psychotic disorders: Factors associated with their psychological distress. American Journal of Community Psychiatry, 25, 73-94.
- Scazufca, M. et Kuipers, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 168, 580-587.
- Schweitzer, R. (1987). Draft manual for the administration and scoring of the Video Assessment of Expressed Emotion (VEE). Brisbane: University of Queensland, Department of Psychology.
- Singer, M. T., Wynne, L. C. et Toohey, M. L. (1978). Communication disorders and the families of schizophrenics. In L. C. Wynne, R. L. Cromwell et S. Matthysse (éds). The nature of schizophrenia. New York: Wiley.
- Sluzki, C. et Veron, E. (1971). The double bind as a universal pathogenic situation. Family Process, 10, 397-407.
- Song, L. Y., Biegel, D. E. et Milligan, S. E. (1997). Predictors of depressive symptoms among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. Community Mental Health Journal, 33, 269-286.
- Stirling, J., Tantam, D., Thomas, P., Newby, D., Montague, L., Ring, N. et Rowe, S. (1991). Expressed emotion and early onset schizophrenia: A one-year follow-up. Psychological Medicine, 21, 675-685.
- Thompson, E. H. et Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: An invisible crisis. Family Relations, 31 (3), 379-388.
- Varcarolis, E. M. (1990). Foundations of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: W. B. Saunders Company.

- Vaughn, C. E. (1986). Patterns of emotional response in the families of schizophrenic patients. In M. J. Goldstein, I. Hand et K. Hahlweg (éds). Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention (pp. 97-106). Berlin: Springer-Verlag.
- Vaughn, C. E. (1989). Annotation: Expressed emotion in family relationships. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 30 (1), 13-22.
- Vaughn, C. E. et Leff, J. P. (1976a). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. British Journal of Psychiatry, 129, 125-137.
- Vaughn, C. et Leff, J. (1976b). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. British Journal of Social Clinical Psychology, 15, 157-165.
- Vaughn, C. E. et Leff, J. P. (1981). Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin, 7, 43-44.
- Vaughn, C. E., Snyder, K. S., Jones, S., Freeman, W. B. et Falloon, I. R. H. (1984). Family factors in schizophrenic relapse: Replication in California of British research on expressed emotion. Archives of General Psychiatry, 41, 1169-1177.
- Whitfield, W. et Virgo, N. (1989). Schizophrenia: The family approach. Nursing Times, 85 (44), 40-42.
- Wig, N. N., Menon, D. K., Bedi, H. et al. (1987). Expressed emotion and schizophrenia in North India: I. Cross-cultural transfer of ratings of relatives' expressed emotion. British Journal of Psychiatry, 151, 156-173.

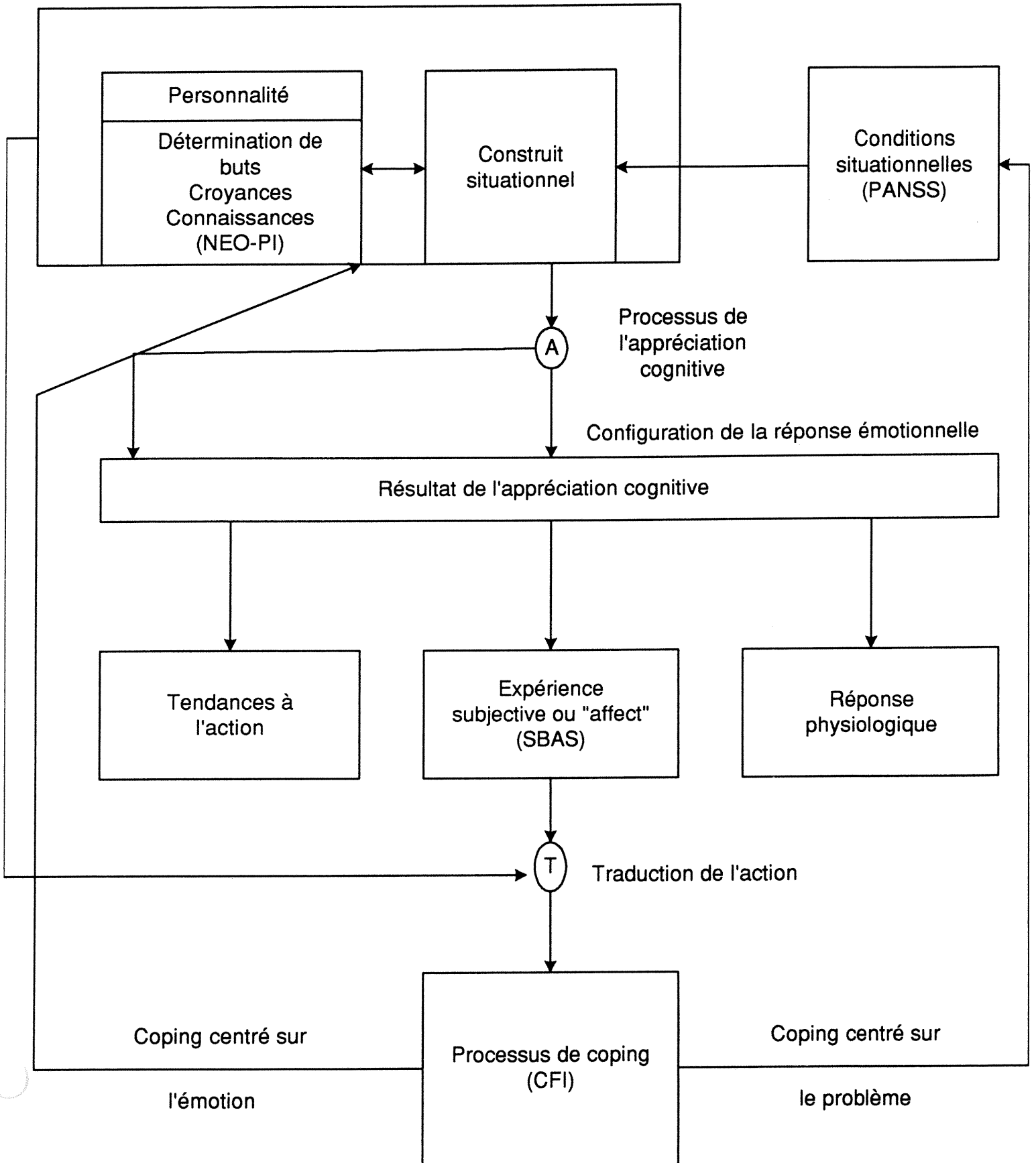
Winefield, H. R. et Harvey, E. J. (1993). Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 19, 619-625.

Wynne, L. C. (1981). Current concepts in family relationships of schizophrenics. Journal of Nervous and Mental Disease, 169, 82-89.

APPENDICES

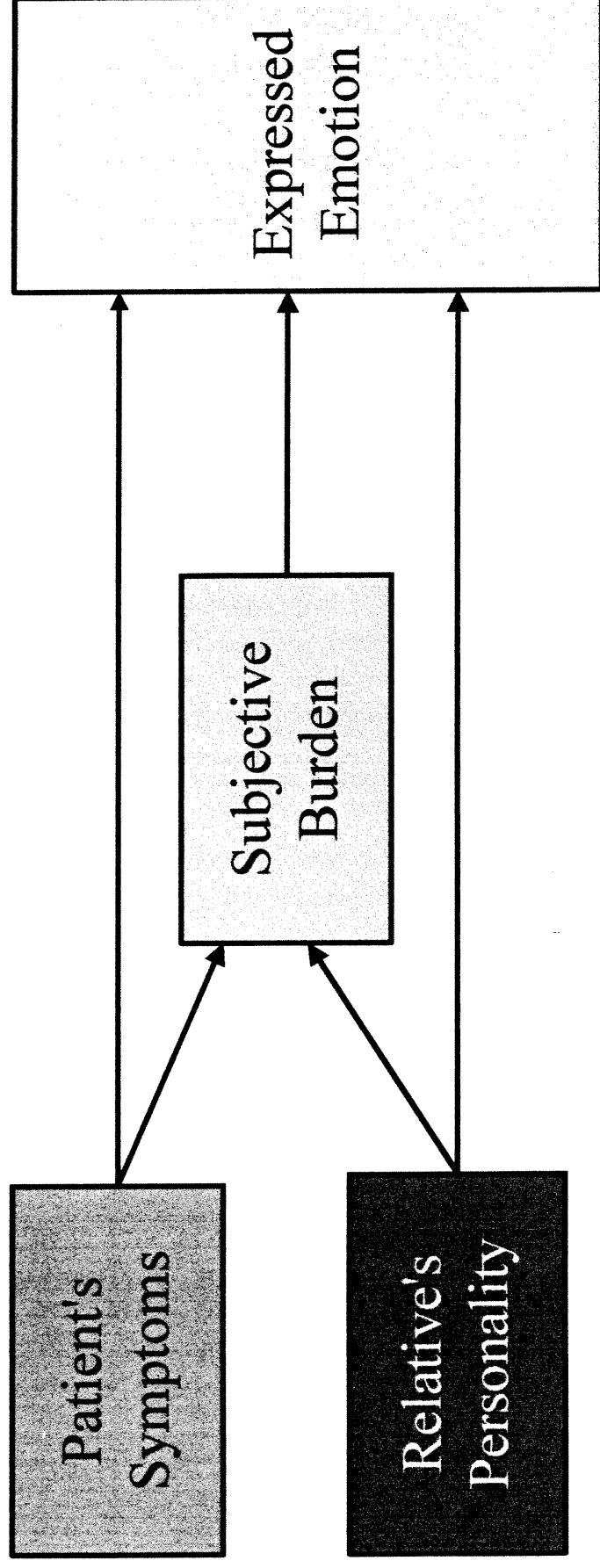
APPENDICE A
MODÈLE ADAPTÉ DE LAZARUS

Modèle adapté de Lazarus (1991)
Traduction libre (Vicky Rochon, 1999)



APPENDICE B
MODÈLE DE BASE
(COPING MODEL)

Coping Model of Expressed Emotion in the Relatives of Schizophrenia Patients



APPENDICE C
REVISED NEO-PERSONALITY INVENTORY

QUESTIONNAIRE DE PERSONNALITÉ NEO PI-R
par Paul T. Costa, Ph.D. et Robert R. McCrae, Ph.D.

Traduction française
par Jean-Pierre Rolland & Jean-Michel Petot
Docteurs en psychologie
Université de Paris X-Nanterre. Département de Psychologie.

Document de travail. Ne pas diffuser.

ID : _____ Groupe : 1 2 R : 1 2 _____ Date (M/J/A) : _____

Consignes pour l'utilisation avec la feuille de réponse à correction manuelle.

Ce questionnaire contient 240 affirmations. Lisez chacune d'elles soigneusement. Pour chaque affirmation, encerclez le choix qui correspond le mieux à votre opinion.

Encerclez le choix FD (fortement en désaccord) si l'affirmation est tout à fait fausse ou si vous êtes fortement en désaccord. (FD) (D) (N) (A) (FA)

Encerclez le choix D (désaccord) si l'affirmation est plutôt fausse ou si vous n'êtes pas d'accord. (FD) (D) (N) (A) (FA)

Encerclez le choix N si l'affirmation est à peu près également vraie ou fausse, ou si vous n'arrivez pas à choisir, ou si vous n'avez pas d'opinion par rapport à cette affirmation. (FD) (D) (N) (A) (FA)

Encerclez le choix A (accord) si l'affirmation est plutôt vraie ou si vous êtes d'accord. (FD) (D) (N) (A) (FA)

Encerclez le choix FA (fortement d'accord) si l'affirmation est tout à fait vraie ou si vous êtes absolument d'accord. (FD) (D) (N) (A) (FA)

Il n'y a pas de «bonnes» ou «mauvaises» réponses et vous n'avez pas besoin d'avoir une compétence particulière pour remplir ce questionnaire. Le but de ce questionnaire sera atteint si vous vous décrivez vous-même et si vous exprimez vos opinions aussi exactement que possible. Donnez une réponse pour chaque phrase.

Adapté et reproduit par autorisation spéciale de l'Éditeur, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, d'après le NEO-PI de Paul Costa, docteur en psychologie, et Robert McCrae, docteur en psychologie, copyright 1978, 1985, 1989, 1992 by Psychological Assessment Resources, Inc. TOUTE REPRODUCTION EST INTERDITE SANS AUTORISATION DE PAR, Inc.

- | | | | | | | |
|-----|---|------|-----|-----|-----|------|
| 1. | Je ne suis pas du genre à me faire du souci. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 2. | J'aime vraiment bien la plupart des gens que je rencontre. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 3. | J'ai une imagination très fertile. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 4. | J'ai tendance à être cynique et sceptique en ce qui concerne les intentions des autres. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 5. | Je suis réputé(e) pour ma prudence et mon bon sens. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 6. | Je me mets souvent en colère à cause de la manière dont les gens me traitent. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 7. | J'essaie d'éviter les foules. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 8. | Les préoccupations esthétiques et artistiques ne sont pas très importantes pour moi. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 9. | Je ne suis ni rusé(e) ni sournois(e). | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 10. | Je préfère me garder une liberté de choix plutôt que tout planifier à l'avance. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 11. | Il est rare que je me sente trop seul(e) ou que j'aie la cafard. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 12. | Je suis autoritaire, énergique et je n'hésite pas à m'affirmer. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 13. | Sans émotions fortes, la vie serait sans intérêt pour moi. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 14. | Certains trouvent que je suis égoïste et que je ne pense qu'à moi. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 15. | J'essaie d'accomplir consciencieusement toutes les tâches qui me sont confiées. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 16. | Quand j'ai à faire à d'autres personnes, je redoute toujours de faire une gaffe. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 17. | J'ai un style décontracté dans le travail et dans le jeu. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 18. | Je suis bien installé(e) dans mes habitudes. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 19. | Je préférerais coopérer avec les autres plutôt que me mettre en compétition avec eux. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 20. | Je suis nonchalant(e) et pas très ambitieux(se). | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 21. | Je fais rarement des excès en quoi que ce soit. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 22. | J'ai souvent une forte envie de quelque chose qui romprait la monotonie. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |

Adapté et reproduit par autorisation spéciale de l'Éditeur, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, d'après le NEO-PI de Paul Costa, docteur en psychologie, et Robert McCrae, docteur en psychologie, copyright 1978, 1985, 1989, 1992 by Psychological Assessment Resources, Inc. TOUTE REPRODUCTION EST INTERDITE SANS AUTORISATION DE PAR, Inc.

- | | | | | | | |
|-----|---|------|-----|-----|-----|------|
| 23. | Je prends souvent plaisir à jouer avec des théories ou des idées abstraites. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 24. | Cela ne me gêne pas de me vanter de mes talents et de ce que j'ai réalisé. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 25. | J'arrive assez bien à m'organiser pour faire les choses à temps. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 26. | Je me sens souvent désespéré(e) et je voudrais que quelqu'un d'autre résolve mes problèmes. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 27. | Je n'ai jamais sauté de joie au sens littéral du terme. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 28. | Je crois que laisser les étudiants écouter des orateurs controversés ne peut que les embrouiller et les égarer. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 29. | Les dirigeants politiques doivent être plus attentifs à l'aspect humain de leur politique. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 30. | Au fil des années, j'ai fait un certain nombre de choses plutôt stupides. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 31. | Il est facile de me faire peur. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 32. | Je n'ai pas beaucoup de plaisir à bavarder avec les gens. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 33. | J'essaie de maintenir toutes mes pensées dans une direction réaliste et d'éviter les envolées de l'imagination. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 34. | Je crois que la plupart des gens sont fondamentalement bien intentionnés. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 35. | Je ne prends pas les devoirs civiques, comme le vote, très au sérieux. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 36. | Je suis une personne d'humeur égale. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 37. | J'aime avoir beaucoup de gens autour de moi. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 38. | Il m'arrive quelquefois de m'absorber complètement dans la musique que j'écoute. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 39. | Si c'est nécessaire, je suis disposé(e) à manipuler les gens pour obtenir ce que je veux. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 40. | Je maintiens mes affaires nettes et propres. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 41. | Quelquefois, je me sens complètement sans valeur. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 42. | Je ne m'affirme pas toujours autant que je le devrais. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |
| 43. | J'éprouve rarement des émotions fortes. | (FD) | (D) | (N) | (A) | (FA) |

Adapté et reproduit par autorisation spéciale de l'Éditeur, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, d'après le NEO-PI de Paul Costa, docteur en psychologie, et Robert McCrae, docteur en psychologie, copyright 1978, 1985, 1989, 1992 by Psychological Assessment Resources, Inc. TOUTE REPRODUCTION EST INTERDITE SANS AUTORISATION DE PAR, Inc.

44. J'essaie d'être poli(e) avec chaque personne que je rencontre. (FD) (D) (N) (A) (FA)
45. Il m'arrive parfois de ne pas tenir mes engagements ou de ne pas assumer mes responsabilités comme je le devrais. (FD) (D) (N) (A) (FA)
46. Je me sens rarement mal à l'aise quand je suis avec des gens. (FD) (D) (N) (A) (FA)
47. Quand je fais quelque chose, je le fais avec énergie. (FD) (D) (N) (A) (FA)
48. Je pense qu'il est intéressant d'apprendre de nouvelles activités de loisir et de s'y perfectionner. (FD) (D) (N) (A) (FA)
49. Je peux être sarcastique et blessant(e) si besoin est. (FD) (D) (N) (A) (FA)
50. J'ai un ensemble bien défini d'objectifs et je travaille pour les atteindre de façon ordonnée. (FD) (D) (N) (A) (FA)
51. J'ai du mal à résister à mes désirs. (FD) (D) (N) (A) (FA)
52. Je n'aimerais pas passer mes vacances à Las Vegas. (FD) (D) (N) (A) (FA)
53. Je trouve les discussions philosophiques ennuyeuses. (FD) (D) (N) (A) (FA)
54. Je préfère ne pas parler de moi-même ni de ce que j'ai accompli. (FD) (D) (N) (A) (FA)
55. Je perds beaucoup de temps avant de me mettre au travail. (FD) (D) (N) (A) (FA)
56. Je me sens capable de faire face à la plupart de mes problèmes. (FD) (D) (N) (A) (FA)
57. J'ai quelquefois éprouvé une joie intense ou de l'extase. (FD) (D) (N) (A) (FA)
58. Je crois que les lois et les politiques sociales devraient changer pour refléter les besoins d'un monde qui change. (FD) (D) (N) (A) (FA)
59. J'ai la tête dure et je ne suis pas sentimental(e) dans mes attitudes. (FD) (D) (N) (A) (FA)
60. J'examine les choses en détail avant d'arriver à une décision. (FD) (D) (N) (A) (FA)
61. Il est rare que je me sente craintif(ve) ou anxieux(se). (FD) (D) (N) (A) (FA)
62. J'ai la réputation d'être une personne chaleureuse et amicale. (FD) (D) (N) (A) (FA)
63. J'ai une vie imaginaire active. (FD) (D) (N) (A) (FA)
64. Je crois que la plupart des gens vont profiter de vous si vous les laissez faire. (FD) (D) (N) (A) (FA)
65. Je me tiens au courant et je prends habituellement des décisions intelligentes. (FD) (D) (N) (A) (FA)
66. J'ai la réputation d'avoir le sang chaud et de me mettre facilement en colère. (FD) (D) (N) (A) (FA)
67. Je préfère habituellement faire les choses seul(e). (FD) (D) (N) (A) (FA)

Adapté et reproduit par autorisation spéciale de l'Éditeur, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, d'après le NEO-PI de Paul Costa, docteur en psychologie, et Robert McCrae, docteur en psychologie, copyright 1978, 1985, 1989, 1992 by Psychological Assessment Resources, Inc. TOUTE REPRODUCTION EST INTERDITE SANS AUTORISATION DE PAR, Inc.

68. Assister à des spectacles de ballet ou de danse moderne m'ennuie. (FD) (D) (N) (A) (FA)
69. Je ne pourrais tromper personne, même si je le voulais. (FD) (D) (N) (A) (FA)
70. Je ne suis pas quelqu'un de très méthodique. (FD) (D) (N) (A) (FA)
71. Je suis rarement triste et déprimé(e). (FD) (D) (N) (A) (FA)
72. J'ai souvent dirigé les groupes auxquels j'ai appartenu. (FD) (D) (N) (A) (FA)
73. La manière dont je sens les choses est importante pour moi. (FD) (D) (N) (A) (FA)
74. Certains me trouvent froid(e) et calculateur(trice). (FD) (D) (N) (A) (FA)
75. Je paie mes dettes rapidement et dans leur totalité. (FD) (D) (N) (A) (FA)
76. Certaines fois, j'ai eu tellement honte que j'aurais voulu me cacher. (FD) (D) (N) (A) (FA)
77. J'ai tendance à travailler lentement mais sûrement. (FD) (D) (N) (A) (FA)
78. Une fois que j'ai trouvé la bonne manière de faire quelque chose, je m'y tiens. (FD) (D) (N) (A) (FA)
79. J'hésite à exprimer ma colère, même quand elle est justifiée. (FD) (D) (N) (A) (FA)
80. Quand je commence un programme d'amélioration personnelle (par exemple : faire de la gymnastique, faire un régime, ou suivre une série de cours, etc.), j'abandonne habituellement au bout de quelques jours. (FD) (D) (N) (A) (FA)
81. J'ai peu de difficulté à résister à la tentation. (FD) (D) (N) (A) (FA)
82. Il m'est arrivé de faire des choses rien que pour l'excitation ou le frisson. (FD) (D) (N) (A) (FA)
83. Je prends plaisir à résoudre des problèmes ou des énigmes. (FD) (D) (N) (A) (FA)
84. Je suis meilleur(e) que la plupart des gens, et je le sais. (FD) (D) (N) (A) (FA)
85. Je suis quelqu'un d'efficace qui vient toujours à bout du travail. (FD) (D) (N) (A) (FA)
86. Quand je suis sous la pression de situations trop difficiles, j'ai quelquefois l'impression que je vais m'effondrer. (FD) (D) (N) (A) (FA)
87. Je ne suis pas un(e) optimiste souriant(e). (FD) (D) (N) (A) (FA)
88. Je crois que nous devrions nous tourner vers nos autorités religieuses pour les décisions concernant les questions morales. (FD) (D) (N) (A) (FA)
89. On n'en fait jamais trop pour les pauvres et les personnes âgées. (FD) (D) (N) (A) (FA)
90. Il m'arrive à l'occasion d'agir d'abord et de réfléchir ensuite. (FD) (D) (N) (A) (FA)

Adapté et reproduit par autorisation spéciale de l'Éditeur, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, d'après le NEO-PI de Paul Costa, docteur en psychologie, et Robert McCrae, docteur en psychologie, copyright 1978, 1985, 1989, 1992 by Psychological Assessment Resources, Inc. TOUTE REPRODUCTION EST INTERDITE SANS AUTORISATION DE PAR, Inc.

91. Je me sens souvent tendu(e) et nerveux(se). (FD) (D) (N) (A) (FA)
92. Beaucoup de gens me trouvent assez froid(e) et distant(e). (FD) (D) (N) (A) (FA)
93. Je n'aime pas perdre mon temps à rêvasser. (FD) (D) (N) (A) (FA)
94. Je pense que la plupart des gens auxquels j'ai à faire sont honnêtes et dignes de confiance. (FD) (D) (N) (A) (FA)
95. Je me mets souvent dans des situations sans y être complètement préparé(e). (FD) (D) (N) (A) (FA)
96. On ne me considère pas comme une personne susceptible et d'humeur instable. (FD) (D) (N) (A) (FA)
97. J'ai vraiment besoin des autres si je reste longtemps seul(e). (FD) (D) (N) (A) (FA)
98. Je suis intrigué(e) par les formes et les motifs que je trouve dans l'art et dans la nature. (FD) (D) (N) (A) (FA)
99. Être parfaitement honnête est une mauvaise façon de faire des affaires. (FD) (D) (N) (A) (FA)
100. J'aime bien garder chaque chose à sa place, comme cela je sais exactement où elle est. (FD) (D) (N) (A) (FA)
101. J'ai quelquefois éprouvé un sentiment profond de culpabilité ou de péché. (FD) (D) (N) (A) (FA)
102. Dans les réunions, je laisse d'habitude les autres parler. (FD) (D) (N) (A) (FA)
103. Il est rare que j'accorde beaucoup d'attention à mes sentiments du moment. (FD) (D) (N) (A) (FA)
104. J'essaie en général d'être attentionné(e) et prévenant(e). (FD) (D) (N) (A) (FA)
105. Il m'arrive de tricher quand je joue seul(e) (par exemple: quand je joue au solitaire). (FD) (D) (N) (A) (FA)
106. Ça ne me gêne pas trop si les gens se moquent de moi ou me taquent. (FD) (D) (N) (A) (FA)
107. J'ai souvent le sentiment de déborder d'énergie. (FD) (D) (N) (A) (FA)
108. J'essaie souvent des plats nouveaux et exotiques. (FD) (D) (N) (A) (FA)
109. Si je n'aime pas les gens, je le leur fais savoir. (FD) (D) (N) (A) (FA)
110. Je travaille dur pour atteindre mes objectifs. (FD) (D) (N) (A) (FA)
111. Quand je suis devant mes plats favoris, j'ai tendance à trop manger. (FD) (D) (N) (A) (FA)

Adapté et reproduit par autorisation spéciale de l'Éditeur, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, d'après le NEO-PI de Paul Costa, docteur en psychologie, et Robert McCrae, docteur en psychologie, copyright 1978, 1985, 1989, 1992 by Psychological Assessment Resources, Inc. TOUTE REPRODUCTION EST INTERDITE SANS AUTORISATION DE PAR, Inc.

112. J'ai tendance à éviter les films choquants ou effrayants. (FD) (D) (N) (A) (FA)
113. Je perds quelquefois tout intérêt quand les gens parlent de sujets très abstraits et théoriques. (FD) (D) (N) (A) (FA)
114. J'essaie d'être modeste. (FD) (D) (N) (A) (FA)
115. J'ai du mal à me forcer à faire ce que je devrais faire. (FD) (D) (N) (A) (FA)
116. Je garde la tête froide dans les situations d'urgence. (FD) (D) (N) (A) (FA)
117. Quelquefois, je déborde de bonheur. (FD) (D) (N) (A) (FA)
118. Je crois que les idées différentes du bon (bien, beau, vrai) et du mauvais (mal, laid, faux) que les gens ont dans d'autres sociétés peuvent être valables pour eux. (FD) (D) (N) (A) (FA)
119. Je n'ai aucune sympathie pour les mendiants. (FD) (D) (N) (A) (FA)
120. Avant d'agir, je réfléchis toujours aux conséquences de mon action. (FD) (D) (N) (A) (FA)
121. Je ressens rarement de l'appréhension au sujet de l'avenir. (FD) (D) (N) (A) (FA)
122. Je prends réellement plaisir à parler avec les gens. (FD) (D) (N) (A) (FA)
123. Je prends plaisir à me concentrer sur une image intérieure ou une rêverie et à explorer toutes ses possibilités en les laissant croître et se développer. (FD) (D) (N) (A) (FA)
124. Je suis méfiant(e) quand quelqu'un fait quelque chose de gentil pour moi. (FD) (D) (N) (A) (FA)
125. Je suis fier de la sûreté de mon jugement. (FD) (D) (N) (A) (FA)
126. J'en arrive souvent à être dégoûté(e) par les gens auxquels je dois avoir à faire. (FD) (D) (N) (A) (FA)
127. Je préfère un travail qui me permet de travailler seul sans être embêté par les autres. (FD) (D) (N) (A) (FA)
128. La poésie a peu ou pas d'effet sur moi. (FD) (D) (N) (A) (FA)
129. Je détesterais qu'on me prenne pour un(e) hypocrite. (FD) (D) (N) (A) (FA)
130. Il me semble que je ne serai jamais capable de m'organiser. (FD) (D) (N) (A) (FA)
131. J'ai tendance à me faire des reproches quand quelque chose va de travers. (FD) (D) (N) (A) (FA)
132. Les autres se tournent souvent vers moi pour prendre des décisions. (FD) (D) (N) (A) (FA)

Adapté et reproduit par autorisation spéciale de l'Éditeur, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, d'après le NEO-PI de Paul Costa, docteur en psychologie, et Robert McCrae, docteur en psychologie, copyright 1978, 1985, 1989, 1992 by Psychological Assessment Resources, Inc. TOUTE REPRODUCTION EST INTERDITE SANS AUTORISATION DE PAR, Inc.

133. J'éprouve une grande variété d'émotions ou de sentiments. (FD) (D) (N) (A) (FA)
134. Je n'ai pas la réputation d'être généreux(se). (FD) (D) (N) (A) (FA)
135. Quand je prends un engagement, on peut toujours compter sur moi pour aller jusqu'au bout. (FD) (D) (N) (A) (FA)
136. Je me sens souvent inférieur(e) aux autres. (FD) (D) (N) (A) (FA)
137. Je ne suis pas aussi rapide et dynamique que les autres. (FD) (D) (N) (A) (FA)
138. Je préfère passer mon temps dans un entourage familial. (FD) (D) (N) (A) (FA)
139. Quand on m'a insulté(e), j'essaie simplement de pardonner et d'oublier. (FD) (D) (N) (A) (FA)
140. Je ne ressens pas un besoin intense de promotion. (FD) (D) (N) (A) (FA)
141. Je m'abandonne rarement à mes impulsions. (FD) (D) (N) (A) (FA)
142. J'aime bien être là où il y a de l'action. (FD) (D) (N) (A) (FA)
143. Je prends plaisir à travailler sur des énigmes du genre "casse-tête" ou "sport cérébral". (FD) (D) (N) (A) (FA)
144. J'ai une très haute opinion de moi-même. (FD) (D) (N) (A) (FA)
145. Une fois que je démarre un projet, je le termine presque toujours. (FD) (D) (N) (A) (FA)
146. Il est souvent difficile pour moi de prendre une décision. (FD) (D) (N) (A) (FA)
147. Je ne me trouve pas particulièrement insouciant(e) et gai(e). (FD) (D) (N) (A) (FA)
148. Je crois que la fidélité à ses propres idéaux et principes est plus importante que l'«ouverture d'esprit». (FD) (D) (N) (A) (FA)
149. Les besoins humains devraient toujours avoir la priorité sur les considérations économiques. (FD) (D) (N) (A) (FA)
150. Je fais souvent des choses sur l'impulsion du moment. (FD) (D) (N) (A) (FA)
151. Je me fais souvent du souci à propos de choses qui pourraient mal tourner. (FD) (D) (N) (A) (FA)
152. Je trouve facile de sourire et d'être agréable avec des inconnus. (FD) (D) (N) (A) (FA)
153. Si je sens que mon esprit commence à dériver vers des rêveries, j'ai l'habitude de m'occuper et de me mettre à me concentrer sur un travail ou une activité. (FD) (D) (N) (A) (FA)
154. Ma première réaction est de faire confiance aux gens. (FD) (D) (N) (A) (FA)

Adapté et reproduit par autorisation spéciale de l'Éditeur, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, d'après le NEO-PI de Paul Costa, docteur en psychologie, et Robert McCrae, docteur en psychologie, copyright 1978, 1985, 1989, 1992 by Psychological Assessment Resources, Inc. TOUTE REPRODUCTION EST INTERDITE SANS AUTORISATION DE PAR, Inc.

155. Je n'ai pas l'impression de réussir complètement en quoi que ce soit. (FD) (D) (N) (A) (FA)
156. Il en faut beaucoup pour me rendre furieux(se). (FD) (D) (N) (A) (FA)
157. Je préférerais des vacances sur une plage à la mode plutôt que dans une cabane isolée dans les bois. (FD) (D) (N) (A) (FA)
158. Certains genres de musique exercent sur moi une fascination sans fin. (FD) (D) (N) (A) (FA)
159. Parfois j'utilise la ruse pour amener les gens à faire ce que je veux. (FD) (D) (N) (A) (FA)
160. J'ai tendance à être quelque peu méticuleux(se) et exigeant(e). (FD) (D) (N) (A) (FA)
161. J'ai une mauvaise opinion de moi-même. (FD) (D) (N) (A) (FA)
162. Je préfère suivre mon propre chemin plutôt que diriger les autres. (FD) (D) (N) (A) (FA)
163. Je remarque rarement les changements d'humeur ou les sentiments que provoquent des environnements différents. (FD) (D) (N) (A) (FA)
164. La plupart des gens que je connais m'aiment bien. (FD) (D) (N) (A) (FA)
165. J'ai des principes moraux et j'y adhère strictement. (FD) (D) (N) (A) (FA)
166. Je me sens à l'aise en présence de mes patrons ou d'autres autorités. (FD) (D) (N) (A) (FA)
167. J'ai habituellement l'impression d'être pressé(e). (FD) (D) (N) (A) (FA)
168. Je fais parfois des changements dans la maison, juste pour essayer quelque chose de différent. (FD) (D) (N) (A) (FA)
169. Si quelqu'un provoque une bagarre, je suis prêt(e) à riposter. (FD) (D) (N) (A) (FA)
170. Je m'efforce de réussir tout ce que je peux. (FD) (D) (N) (A) (FA)
171. Je mange quelquefois à m'en rendre malade. (FD) (D) (N) (A) (FA)
172. J'adore le frisson qu'on ressent sur les montagnes russes. (FD) (D) (N) (A) (FA)
173. J'ai peu d'intérêt pour la réflexion sur la nature de l'univers ou sur la condition humaine. (FD) (D) (N) (A) (FA)
174. Je n'ai pas l'impression d'être meilleur(e) que les autres, quelle que soit leur situation. (FD) (D) (N) (A) (FA)
175. Quand un projet devient trop difficile, j'ai tendance à en démarrer un autre. (FD) (D) (N) (A) (FA)
176. Je me débrouille assez bien dans une situation de crise. (FD) (D) (N) (A) (FA)

Adapté et reproduit par autorisation spéciale de l'Éditeur, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, d'après le NEO-PI de Paul Costa, docteur en psychologie, et Robert McCrae, docteur en psychologie, copyright 1978, 1985, 1989, 1992 by Psychological Assessment Resources, Inc. TOUTE REPRODUCTION EST INTERDITE SANS AUTORISATION DE PAR, Inc.

177. Je suis une personne joyeuse et pleine de bonne humeur. (FD) (D) (N) (A) (FA)
178. Je me trouve large d'esprit et tolérant(e) pour les façons de vivre des autres. (FD) (D) (N) (A) (FA)
179. Je crois que tous les êtres humains sont dignes de respect. (FD) (D) (N) (A) (FA)
180. Il est rare que je prenne des décisions hâtives. (FD) (D) (N) (A) (FA)
181. J'ai moins de peurs que la plupart des gens. (FD) (D) (N) (A) (FA)
182. J'ai des liens affectifs forts avec mes amis. (FD) (D) (N) (A) (FA)
183. Quand j'étais enfant, il était rare que je prenne plaisir à "jouer à faire semblant". (FD) (D) (N) (A) (FA)
184. J'ai tendance à supposer le meilleur chez les gens. (FD) (D) (N) (A) (FA)
185. Je suis quelqu'un de très compétent. (FD) (D) (N) (A) (FA)
186. Il m'est parfois arrivé d'être amer(ère) et plein(e) de ressentiment. (FD) (D) (N) (A) (FA)
187. Habituellement, les réunions qui rassemblent un grand nombre de personnes m'ennuient. (FD) (D) (N) (A) (FA)
188. Quelquefois, quand je lis de la poésie ou quand je regarde une oeuvre d'art, je ressens un frisson ou j'ai la chair de poule. (FD) (D) (N) (A) (FA)
189. Il m'arrive de faire faire aux gens ce que je veux en les menaçant ou en les flattant. (FD) (D) (N) (A) (FA)
190. Je ne suis pas un(e) maniaque du nettoyage. (FD) (D) (N) (A) (FA)
191. Quelquefois, les choses me semblent plutôt mornes et sans espoir. (FD) (D) (N) (A) (FA)
192. Dans les conversations, j'ai tendance à parler plus que les autres. (FD) (D) (N) (A) (FA)
193. Je trouve facile d'avoir de l'empathie, c'est-à-dire de ressentir moi-même ce que les autres ressentent. (FD) (D) (N) (A) (FA)
194. Je me considère comme une personne charitable. (FD) (D) (N) (A) (FA)
195. Ce que je fais, j'essaie de le faire soigneusement, comme ça il n'y a pas à le refaire. (FD) (D) (N) (A) (FA)
196. Si j'ai dit ou fait quelque chose de mal à quelqu'un, je peux à peine supporter de le regarder en face à nouveau. (FD) (D) (N) (A) (FA)
197. Mon rythme de vie est rapide. (FD) (D) (N) (A) (FA)
198. Pour les vacances, je préfère retourner dans un endroit que je connais bien plutôt qu'aller dans un nouvel endroit. (FD) (D) (N) (A) (FA)

Adapté et reproduit par autorisation spéciale de l'Éditeur, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, d'après le NEO-PI de Paul Costa, docteur en psychologie, et Robert McCrae, docteur en psychologie, copyright 1978, 1985, 1989, 1992 by Psychological Assessment Resources, Inc. TOUTE REPRODUCTION EST INTERDITE SANS AUTORISATION DE PAR, Inc.

199. Je suis dur(e) et inflexible. (FD) (D) (N) (A) (FA)
200. Je m'efforce à l'excellence dans tout ce que je fais. (FD) (D) (N) (A) (FA)
201. Quelquefois, je fais sur une impulsion des choses que je regrette par la suite. (FD) (D) (N) (A) (FA)
202. Je suis attiré(e) par les couleurs vives et les styles voyants. (FD) (D) (N) (A) (FA)
203. J'ai beaucoup de curiosité intellectuelle. (FD) (D) (N) (A) (FA)
204. J'aime mieux faire l'éloge des autres plutôt que recevoir moi-même des éloges. (FD) (D) (N) (A) (FA)
205. Il y a tant de petits travaux qu'il faudrait faire que parfois, tout simplement, je les ignore tous. (FD) (D) (N) (A) (FA)
206. Quand tout a l'air d'aller de travers, je reste capable de prendre les bonnes décisions. (FD) (D) (N) (A) (FA)
207. J'emploie rarement des mots tels que «fantastique» ou «sensationnel» pour décrire ce qui m'est arrivé. (FD) (D) (N) (A) (FA)
208. Je pense que si les gens ne savent pas à quoi ils croient quand ils ont vingt-cinq ans, il y a quelque chose qui ne tourne pas rond chez eux. (FD) (D) (N) (A) (FA)
209. J'ai de la compassion pour ceux qui ont moins de chance que moi. (FD) (D) (N) (A) (FA)
210. Quand je pars en voyage, je prépare à l'avance un programme minutieux. (FD) (D) (N) (A) (FA)
211. Des pensées effrayantes s'introduisent quelquefois dans ma tête. (FD) (D) (N) (A) (FA)
212. Je m'intéresse vraiment aux gens avec lesquels je travaille. (FD) (D) (N) (A) (FA)
213. J'aurais du mal à laisser simplement mon esprit vagabonder sans contrôle ni direction. (FD) (D) (N) (A) (FA)
214. J'ai une grande confiance dans la nature humaine. (FD) (D) (N) (A) (FA)
215. Je suis efficace et productif(ve) dans mon travail. (FD) (D) (N) (A) (FA)
216. Pour moi, même des petites contrariétés peuvent être irritantes. (FD) (D) (N) (A) (FA)
217. J'aime les «fêtes» avec plein de gens. (FD) (D) (N) (A) (FA)
218. J'aime lire de la poésie qui met l'accent sur les sentiments et les images plutôt que sur le déroulement de l'histoire. (FD) (D) (N) (A) (FA)
219. Je suis fier(e) de l'habileté avec laquelle je manipule les gens. (FD) (D) (N) (A) (FA)

Adapté et reproduit par autorisation spéciale de l'Éditeur, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, d'après le NEO-PI de Paul Costa, docteur en psychologie, et Robert McCrae, docteur en psychologie, copyright 1978, 1985, 1989, 1992 by Psychological Assessment Resources, Inc. TOUTE REPRODUCTION EST INTERDITE SANS AUTORISATION DE PAR, Inc.

220. Je passe beaucoup de temps à chercher des choses que j'ai mal rangées. (FD) (D) (N) (A) (FA)
221. Trop souvent, quand les choses vont mal, je me décourage et j'ai envie d'abandonner. (FD) (D) (N) (A) (FA)
222. Je ne trouve pas facile de prendre une situation en mains. (FD) (D) (N) (A) (FA)
223. Des choses étranges (comme certains parfums ou des noms d'endroits lointains) peuvent provoquer en moi des émotions puissantes. (FD) (D) (N) (A) (FA)
224. Si je peux, je fais un effort pour aider les autres. (FD) (D) (N) (A) (FA)
225. Il faudrait réellement que je sois malade pour manquer une journée de travail. (FD) (D) (N) (A) (FA)
226. Quand des gens que je connais font des choses idiotes, j'en suis gêné(e) pour eux. (FD) (D) (N) (A) (FA)
227. Je suis une personne très active. (FD) (D) (N) (A) (FA)
228. Je prends toujours le même chemin quand je vais quelque part. (FD) (D) (N) (A) (FA)
229. Je m'engage souvent dans des disputes avec ma famille ou mes collègues de travail. (FD) (D) (N) (A) (FA)
230. Je consacre trop de temps au travail en négligeant la famille, les amis et les loisirs. (FD) (D) (N) (A) (FA)
231. Je suis toujours capable de garder le contrôle de mes sentiments. (FD) (D) (N) (A) (FA)
232. J'aime bien faire partie de la foule dans les manifestations sportives. (FD) (D) (N) (A) (FA)
233. J'ai une grande variété d'intérêts intellectuels. (FD) (D) (N) (A) (FA)
234. Je suis quelqu'un de supérieur. (FD) (D) (N) (A) (FA)
235. J'ai beaucoup d'auto-discipline. (FD) (D) (N) (A) (FA)
236. Je suis assez stable émotionnellement. (FD) (D) (N) (A) (FA)
237. Je ris franchement. (FD) (D) (N) (A) (FA)
238. Je crois que la «nouvelle morale» à base de permissivité n'est pas du tout une morale. (FD) (D) (N) (A) (FA)
239. Je préférerais avoir la réputation de pardonner plutôt que celle d'être juste. (FD) (D) (N) (A) (FA)
240. Avant de répondre à une question, j'y réfléchis à deux fois. (FD) (D) (N) (A) (FA)

Adapté et reproduit par autorisation spéciale de l'Éditeur, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, d'après le NEO-PI de Paul Costa, docteur en psychologie, et Robert McCrae, docteur en psychologie, copyright 1978, 1985, 1989, 1992 by Psychological Assessment Resources, Inc. TOUTE REPRODUCTION EST INTERDITE SANS AUTORISATION DE PAR, Inc.

APPENDICE D
POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE

PANSS 1 FACE SHEET

SUBJECT NO. _____

DATE _____

COMPLETED - Y N

Input the following scores:

conceptual disorganization ____

Hallucinations ____

Unusual thought Content ____

In Remission? Y N

(circle N if any of above scores is >3)

Willingness to do CPT Y N

comments:

Tested by _____

PANSS

Patient ID: _____ Rater: _____ Date : ___/___/___ Time: 1 2 3
DD/MM/YY

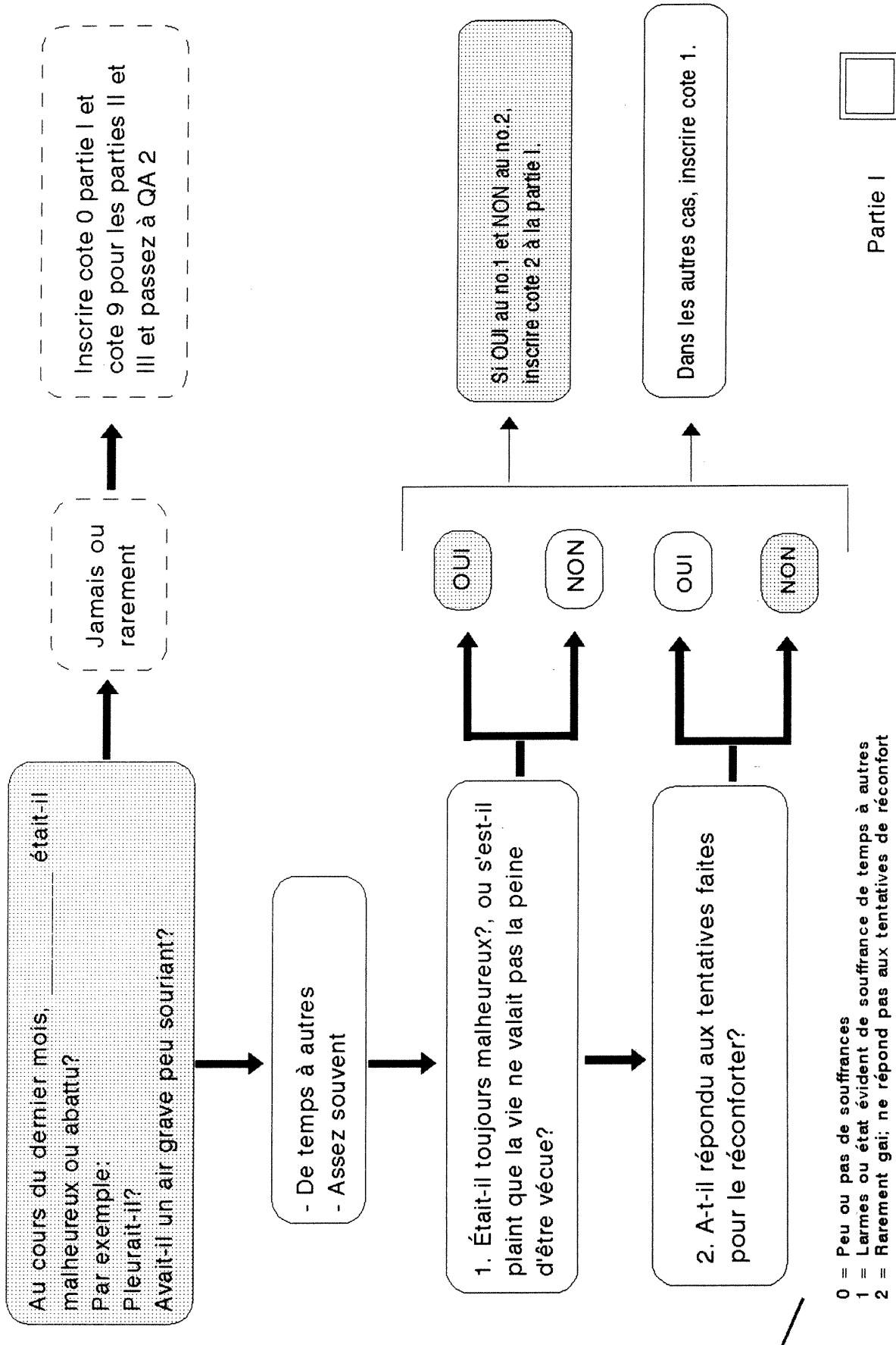
<input type="checkbox"/>	P1.	Delusions _____
<input type="checkbox"/>	P2.	Conceptual disorganization _____
<input type="checkbox"/>	P3.	Hallucinatory behavior _____
<input type="checkbox"/>	P4.	Excitement _____
<input type="checkbox"/>	P5.	Grandiosity _____
<input type="checkbox"/>	P6.	Suspiciousness/persecution _____
<input type="checkbox"/>	P7.	Hostility _____
<input type="checkbox"/>	N1.	Blunted affect _____
<input type="checkbox"/>	N2.	Emotional withdrawal _____
<input type="checkbox"/>	N3.	Poor rapport _____
<input type="checkbox"/>	N4.	Passive/apathetic social withdrawal _____
<input type="checkbox"/>	N5.	Difficulty in abstract thinking _____
<input type="checkbox"/>	N6.	Lack of spontaneity and flow of conversation _____
<input type="checkbox"/>	N7.	Stereotyped thinking _____
<input type="checkbox"/>	G1.	Somatic concerns _____
<input type="checkbox"/>	G2.	Anxiety _____
<input type="checkbox"/>	G3.	Guilt feelings _____
<input type="checkbox"/>	G4.	Tension _____
<input type="checkbox"/>	G5.	Mannerisms and posturing _____
<input type="checkbox"/>	G6.	Depression _____
<input type="checkbox"/>	G7.	Motor retardation _____
<input type="checkbox"/>	G8.	Uncooperativeness _____
<input type="checkbox"/>	G9.	Unusual thought content _____
<input type="checkbox"/>	G10.	Disorientation _____
<input type="checkbox"/>	G11.	Poor attention _____
<input type="checkbox"/>	G12.	Lack of judgment and insight _____
<input type="checkbox"/>	G13.	Disturbance of volition _____
<input type="checkbox"/>	G14.	Poor impulse control _____
<input type="checkbox"/>	G15.	Preoccupation _____
<input type="checkbox"/>	G16.	Active social avoidance _____
<input type="checkbox"/>	S1.	Anger _____
<input type="checkbox"/>	S2.	Difficulty in delaying gratification _____
<input type="checkbox"/>	S3.	Affective lability _____

Use this scale for all items:

1= Absent 2=Minimal 3=Mild 4=Moderate 5=Moderate/Severe 6=Severe 7=Extreme

APPENDICE E
SOCIAL BEHAVIOUR ASSESSMENT SCHEDULE

QA 1. Tristesse



0 = Peu ou pas de souffrances
1 = Larmes ou état évident de souffrance de temps à autres
2 = Rarement gai; ne répond pas aux tentatives de réconfort

Commentaires ou informations pertinentes

APPENDICE F
CAMBERWELL FAMILY INTERVIEW

L'ENTREVUE CFI - COURTE VERSION PSYCHIATRIQUE

COMPOSITION FAMILIALE

- *Qui habite avec vous (âge, sexe, niveau d'instruction, travail - nombre d'heures au travail ou à l'école)?*

RÉPARTITION DU TEMPS DE LA FAMILLE

- *J'aimerais avoir une idée de la façon dont (____) passe sa journée. Je vous rappelle qu'il s'agit des 3 derniers mois.*

Dans une journée habituelle de la semaine:

- *à quelle heure se lève-t-il(elle)?*
- *qui est présent au moment où il(elle) se lève?*
- *est-ce qu'il(elle) mange au déjeuner?*
- *prenez-vous le déjeuner avec lui(elle)?*
- *Et ensuite, que se passe-t-il?*
- *Que fait-il(elle)?*
- *Comment se passe l'heure du lunch?*
- *Est-ce qu'il(elle) mange avec vous?*
- *Comment passe-t-il(elle) l'après-midi?*
- *Comment se passe le moment du retour du travail?*
- *À quelle heure vous et votre époux(se) revenez-vous du travail?*
- *Comment se passent les soirées?*
- *A quelle heure se couche-t-il(elle)? Et vous?*

(Établir le nombre d'heures de contact, la routine du parent et du patient)

- *Et les fins de semaine, comment est-ce que ça se passe?*
- *Ça se passe de la même façon?*

(Répéter les questions)

HISTOIRE PSYCHIATRIQUE

- *D'abord j'aimerais vous demander quand ont commencé les problèmes de (_____).*
- *Quand avez-vous commencé à remarquer des changements chez lui(elle)?*

(Si la réponse n'est pas claire):

- *Quand diriez-vous qu'il(elle) était normal(e)?*
- *Est-ce que ces changements ont été soudains ou graduels?*
- *Quel genre de comportement avait-il(elle) à ce moment-là?*
- *Donnez-moi un exemple de ce qu'il(elle) faisait?*
- *Que s'est-il passé à ce moment-là?*
- *Combien de temps diriez-vous qu'il(elle) a ces comportements?*
- *Comment avez-vous réagi à cela?*

(Négation):

- *Est-ce qu'il(elle) présentait des comportements hors de l'ordinaire?*

(Etablir les dates et la réaction de chaque personne avec des exemples)

ETAT DE CRISE ACTUELLE

- *Comment est-ce que (____) s'est rendu à l'hôpital la dernière fois?*

(Etablir ce qu'il a poussé la famille ou le patient à contacter l'hôpital)

- *À quel moment est-ce que ses problèmes se sont aggravés?*
- *Qu'est-ce que vous avez fait?*
- *Que s'est-il passé à ce moment-là?*
- *Est-ce que ses problèmes sont pires récemment?*
- *Comment est-ce que (____) a réagi à l'idée de venir à l'hôpital?*
- *Comment s'est-il(elle) comporté?*
- *Qui est-ce qui s'est occupé des arrangements à prendre au moment de l'admission?*
- *Comment est-ce que ça s'est déroulé?*

(Etablir si le patient a accepté ou résisté l'hospitalisation)

* * *

- *Les questions que je vais maintenant vous poser se rapportent aux trois derniers mois, c'est à dire, depuis _____*

IRRITABILITE

- *Il arrive souvent que les gens qui vivent des problèmes comme ceux de (____) se montrent plus irritables, qu'ils se fâchent plus facilement...*

(Etablir la présence de l'irritabilité au présent et au passé avec des exemples)

- *Avez-vous noté ceci chez (____)? (Exemple)*
- *L'avez-vous senti plus irritable qu'auparavant?*
- *Combien de fois avez-vous noté ce genre d'irritabilité chez (____)?*

- *Est-ce qu'il y a des gens dans la famille avec qui il(elle) se montre plus souvent irritable?*
- *Pourriez-vous me donner un exemple de la dernière fois où il(elle) vous a semblé irritable?*
- *Pouvez-vous décrire ce qui s'est passé?*

(Explorer comment il/elle se montre irritable)

- *Donnez-moi un exemple de ce qu'il(elle) fait à ce moment-là?*
- *Est-ce qu'il(elle) élève la voix... devient impatient(e)... crie?*
- *Quel est le genre de choses qui le (la) rend irritable?*
- *Combien de fois a-t-il(elle) été irritable avec ... la dernière semaine ... etc.?*
- *Est-ce qu'il y a autre chose qui le (la) rend irritable?*
- *Est-ce qu'il y a des moments où c'est pire?*
- *Est-ce que ça semble se présenter à des moments précis de la journée?*
 - *quand il(elle) se lève?*
 - *aux repas?*
 - *le soir?*
 - *quand il(elle) se couche?*
 - *la fin de semaine?*
- *Qui est là à ce moment-là?*
- *Comment est-ce que... (mère, père, autres) réagissent?*
- *Comment vous débrouillez-vous avec cela?*
- *Est-ce que vous devenez irritable des fois?*

(Négation):

- *Vous n'êtes jamais irritable?*
- *Avez-vous déjà haussé la voix?*
- *Est-ce que cela vous arrive parfois d'être impatient(e)?*

- *Est-ce que vous pouvez penser à un moment au cours de cette année où vous vous êtes emporté(e)?*

(Si oui):

- *Est-ce que cela s'est produit avant ses problèmes?*
- *Pourquoi pensez-vous que cela a changé?*

(Etablir l'irritabilité entre chaque membre de la famille)

DISPUTES - MESENTENTE

- *Dans la plupart des familles, il y a des arguments, des chicanes. À part l'irritabilité dont on vient de parler, est-ce que votre fils(fille) a eu des discussions, des disputes avec vous ou avec d'autres membres de la famille?*
- *Est-ce que cela s'est passé avec vous, avec votre époux(se), avec ses frères, ses soeurs? Pouvez-vous décrire la dernière fois où ça s'est produit?*
- *Est-ce que ça continue au point où vous vous criez des injures?*
- *Est-ce que c'est déjà devenu violent?*
- *Combien de temps peut durer une de ces chicanes/discussions?*
- *Est-ce que ça arrive que vous(ils) ne se parlent plus après l'une de ces chicanes?*
- *Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre fils(fille) quitte la maison après une de ces chicanes, qu'il(elle) fasse ses valises?*

TENSION

-Diriez-vous que les problèmes de (____) créent une atmosphère tendue dans la maison?

-Croyez-vous que des invités chez vous sentiraient cette atmosphère tendue?

(Si marié)

-Est-ce que les problèmes de (____) ont créé des mésententes entre vous et votre époux(se)?

-Pouvez-vous décrire la dernière fois où ça s'est produit?

-Qu'est-ce qui contribue aux mésententes et à la tension?

(Etablir la fréquence des disputes)

TALONNER ET GROGNER

- On a parlé d'irritabilité, est-ce qu'il vous arrive d'être souvent sur son dos?

- Quelles sont les choses pour lesquelles vous êtes sur son dos?

- Donnez-moi un exemple du genre de choses que vous lui dites?

- Combien de fois diriez-vous que ça s'est passé au cours de la dernière semaine par exemple, dans un mois, trois mois?

- Et votre époux(se), est-ce qu'il(elle) est souvent sur son dos?

- Donnez-moi un exemple de ceci?

- Combien de fois?

- En ce qui concerne vous et votre époux(se), vous arrive-t-il souvent d'être sur le dos l'un de l'autre?

(Etablir s'il y a du talonnage entre chaque membre de la famille)

- *Croyez-vous que le niveau d'irritabilité de (____) a changé depuis que ses problèmes ont commencé?*
- *Le sentez-vous plus irritable vis-à-vis de vous depuis que les problèmes ont commencé?*
- *En ce qui vous concerne, est-ce que votre niveau d'irritabilité a changé depuis les problèmes de (____)?*
- *Et avec chaque membre de la famille, votre époux(se), autres enfants?*

ARGENT

- *Est-ce que (____) contribue financièrement aux dépenses de la famille?*
- *Êtes-vous satisfait de cet arrangement?*
- *Y a-t-il eu des changements quant à la somme d'argent qui entre dans la maison depuis le début des problèmes de (____)?*

(Si oui): - *Quel effet est-ce que cela a eu?*

- *Avez-vous dû couper sur certaines choses?*
- *Avez-vous dû retarder le paiement de certaines choses (loyer, hôpital, etc)*
- *Comment réagissez-vous à ces changements?*

RELATION PARENT/ENFANT

- *Pourriez-vous me parler un peu plus de comment vous et (____) vous vous entendez?*
- *Trouvez-vous qu'il(elle) est une personne aimable?*
- *Est-ce qu'il est facile de s'entendre avec lui(elle)?*

- *Diriez-vous que vous êtes près l'un de l'autre?*
- *En quoi aimeriez-vous qu'il(elle) soit différent?*
- *Quelles sont les choses, chez lui(elle), qui vous énervent?*
- *Avez-vous eu tendance à éviter (____) au cours des 3 derniers mois?*

Parent vis-à-vis le patient:

- *Est-ce que vos sentiments vis-à-vis de lui(elle) ont changé depuis le début de ses difficultés?*
- *Est-ce que l'affection que vous avez pour lui(elle) a changé?*
- *Vous êtes-vous comporté différemment vis-à-vis de lui(elle)?*

Patient vis-à-vis le parent:

- *Est-ce que (____) se comporte différemment vis-à-vis de vous depuis qu'il(elle) a des problèmes?*
- *Est-ce que l'affection qu'il(elle) vous démontre a changé, l'intérêt qu'il(elle) a pour vous?*
- *Êtes-vous satisfait de l'affection qu'il(elle) démontre à votre égard?*
- *En quoi est-ce que vous aimeriez que cela diffère de ce que vous vivez actuellement?*

ATTITUDE - MALADIE (SI LE TEMPS LE PERMET)

- *Qu'est ce que vous croyez qui a rendu (____) comme il(elle) est?*
- *Croyez-vous que (____) pourrait mieux contrôler... (Décrire les comportements qu'il(elle) avait à ce moment-là)*

Perception de la maladie:

- *Est-ce que vous croyez que (____) est malade?*

(Si oui):

- *Quelle est la maladie?*

(Si la réponse n'est pas "maladie mentale"):

- *Croyez-vous qu' il/elle a un problème de nerfs?*
- *Croyez-vous que (____) va revenir à son état normal?*

(Si oui):

- *Combien de temps pensez-vous que cela va prendre? (Quelques semaines, mois, plus que 2 ans?)*

Comment vous sentiez-vous quand _____ était malheureux ou abattu?
 Vous sentiez-vous dérangé, bouleversé, contrarié, peiné, inquiet, ou troublé par cela?

NON

OUI

Allez à A, inscrire cote 9 à la partie III

A. Si oui, le soignant naturel exprime de la détresse, demandez:

- Avez-vous senti que vous ne pouviez plus endurer le fait que _____

OUI

NON

Si une des réponses est OUI inscrire cote 2 à la partie II.

Dans les autres cas, inscrire cote 1.

- Avez-vous l'impression que cette situation aurait pu vous rendre malade?

OUI

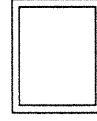
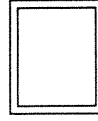
NON

Allez à B, inscrire cote 9 à la partie II

B. Si non, le soignant naturel n'exprime pas de détresse, demandez:
 - Vous semblez peu en souffrir, est-ce parce que:
 0. Vous êtes aucunement affecté par ce comportement
 1. Vous vous êtes résigné parce que vous n'aviez pas le choix
 2. Vous avez trouvé des moyens pour que ce comportement vous dérange moins
 9. Ne s'applique pas

Partie II

Partie III



APPENDICE G
DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Données sociodémographiques des
personnes atteintes de schizophrénie
(ces données proviennent du formulaire CFI)

1. Âge: _____
2. Nombre d'hospitalisations antérieures: _____
3. Genre: _____
4. Culture:
 - Canadien français _____
 - Canadien anglais _____
 - Européen _____
 - Haïtien _____
 - Italien _____
5. Langue:
 - français _____
 - anglais _____
6. État civil:
 - célibataire _____
 - marié _____
7. Niveau de solarité (en années): _____

Données sociodémographiques des mères
(ces données proviennent du formulaire CFI)

1. Âge: _____
2. Niveau de solarité (en années): _____
3. Classe socioéconomique:
 - classe I (*upper*) _____
 - classe II (*upper-middle*) _____
 - classe III (*middle*) _____
 - classe IV (*lower-middle*) _____
 - classe V (*lower*) _____

APPENDICE H
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Feuillet d'information du (des) parent(s)

Monsieur, madame,

Les gouvernements fédéral et provincial ont déjà reconnu l'importance d'aider les familles qui doivent s'acquitter de la tâche exigeante de prendre soin d'un membre de leur famille atteint d'une maladie mentale. C'est pourquoi les professionnels en santé mentale tentent d'aider les familles et les patients à rendre le foyer aussi rassurant que possible, et ce, tant dans l'intérêt du patient que celui de la famille. Malheureusement, nous en savons trop peu sur les familles pour être certains de les assister de la meilleure façon. Afin de mieux comprendre le fonctionnement des familles dont un des membres est atteint de maladie mentale, nous essayons présentement de recueillir de l'information auprès des parents, au sujet de l'organisation générale du foyer.

La manière dont une famille s'adapte à vivre avec un individu malade dépend de certains facteurs, comme par exemple la manière dont la personne atteinte de schizophrénie traite l'information. Les recherches précédentes concernant les capacités de traiter l'information ont été faites dans les hôpitaux ou en laboratoires. On généralisait ensuite ces résultats au comportement qu'on pourrait trouver au foyer. Il est cependant vraisemblable qu'une personne exécute les tests différemment selon qu'elle se trouve en laboratoire ou dans un environnement familial.

Notre programme de recherche comporte deux éléments. Le premier est de découvrir comment les familles dont un membre est bénéficiaire de soins en santé mentale fonctionnent. Le deuxième consiste à estimer correctement les capacités de traitement de l'information de la personne atteinte de maladie mentale en la testant dans le contexte du foyer familial. Nous aimerions donc vous demander votre aide dans la poursuite de ces deux objectifs de recherche.

Nous vous demanderons, ainsi qu'à votre conjoint(e), de participer à une entrevue de 90 minutes qui sera enregistrée, et où vous expliquerez ce que c'est que de vivre avec une personne atteinte de maladie mentale. Certains d'entre vous devront participer à une deuxième séance qui aura lieu environ une semaine plus tard. Le membre de la famille qui est atteint de maladie mentale devra effectuer un test de traitement de l'information, et l'un d'entre vous devra évaluer sa performance. Le test consiste en un simple jeu informatique. Une série de chiffres défilera sur un écran d'ordinateur. Chaque fois que la personne testée verra le chiffre 7 suivant immédiatement le chiffre 3, elle devra presser le bouton. La personne qui évalue presse alors un bouton indiquant si le participant a répondu correctement. La durée totale du test est de 45 minutes. Au cours des 15 premières minutes, l'évaluation de la performance du sujet sera faite par l'expérimentateur de l'hôpital. Pour le deuxième bloc de 15 minutes, on vous demandera de faire l'évaluation, et le chercheur évaluera les dernières 15 minutes. Nous prévoyons que la performance de certains participants sera supérieure lorsqu'ils subiront le test en présence d'une personne qui leur est familière, que quand ils seront testés en présence d'un étranger.

Nous espérons qu'en évaluant la personne chez elle, en présence de membres de sa famille, nous serons en mesure d'estimer de façon plus juste la manière dont elle traite l'information dans son milieu de vie. Nous utiliserons ensuite cette information pour vérifier en quoi les personnes qui ont été atteintes de schizophrénie diffèrent des autres quant à leur manière de traiter l'information. Ces éléments nous aideront à atteindre de notre objectif à long terme: être en mesure de prédire quelles



risque plus élevé de voir ressurgir leurs symptômes de maladie mentale. En connaissant d'avance les personnes courant le risque d'une rechute, nous pourrions agir afin de la prévenir.

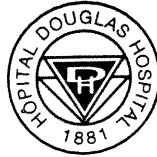
Vous recevrez \$20.00 en compensation après la séance d'entrevue, et le même montant suite au test informatique. Les résultats de cette étude resteront strictement confidentiels. Vos rencontres avec le chercheur seront fixées au moment qui vous convient. Il vous sera possible de vous retirer de l'étude en tout temps ou de refuser de répondre aux questions auxquelles vous ne désirez pas répondre. Nous vous assurons que votre acceptation ou votre refus à participer à cette étude n'affectera en rien le traitement reçu par le membre de votre famille.

Votre collaboration est essentielle à la réussite du projet. Si à un moment ou à un autre vous désirez communiquer avec la chercheuse (Dr. King), veuillez l'appeler au 761-6131, poste 23333.

Je vous invite à signer le formulaire de consentement que vous trouverez ci-joint. Ainsi, nous reconnaissons que vous acceptez de participer à l'étude.

Nous vous prions de croire en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Suzanne King, Ph.D.
Chercheuse, Unité psychosociale.



Formulaire de consentement parental à l'entrevue

1. J'accepte de participer à cette étude sur les caractéristiques des familles comportant un patient psychiatrique vivant au foyer. Cela consiste en une séance de 90 minutes et, possiblement une deuxième rencontre de 45 minutes dans le courant de la semaine qui suivra.
2. J'atteste avoir reçu le feuillet d'information décrivant ma participation à l'étude.
3. J'accepte de répondre aux questions des intervieweurs au meilleur de mes capacités au cours d'une entrevue enregistrée de 90 minutes. Je reconnais par ailleurs que je peux décider à tout moment de mettre un terme à ma participation dans le projet ou refuser de répondre à des questions auxquelles je préférerais ne pas répondre.
4. On m'a assuré que toutes les informations recueillies au cours de cette étude seront traitées dans la plus stricte confidentialité, et qu'elles ne seront divulguées ni au personnel médical, ni aux autres membres de la famille.
5. Je reconnais que mon acceptation ou mon refus à participer n'affectera en rien les traitements reçus par le membre de ma famille.
6. Je reconnais que je recevrai la somme de \$20.00 à la fin de chaque étape de l'étude.

Date: _____

Signature: _____

Nom (en lettres moulées): _____

Chercheur: _____

APPENDICE I
ACCEPTATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

MEMORANDUM

TO : Dr. Suzanne King

FROM : Chairman, Research Ethics Board

DATE : December 7, 1994

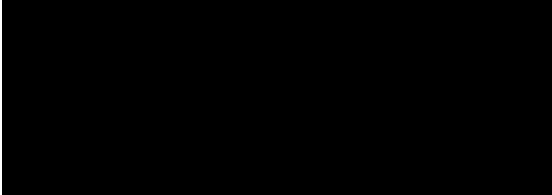
SUBJECT : **Modification to :**

- 1) **Personality and expressed emotion in the parents of schizophrenic young adults.**
- 2) **Toward a better understanding of expressed emotion: A replication study with normal control families.**

I have reviewed the modifications proposed for the two above-mentioned projects and find them, consistent with what has been already approved by the Research Ethics Board. I can therefore extend to these two modifications the previously granted approval by the Research Ethics Board.

As is our usual policy, we would appreciate you sending us a brief summary of the study once completed.

Thanks for your cooperation and good luck.



DAVID BLOOM, M.D.

/lh