

Université de Montréal

**Étude des résultats des traitements psychosociaux auprès de jeunes adultes
présentant un premier épisode psychotique: Influence des traits de personnalité**

par

Marie-Chantal Beauchamp

Département de psychologie

Faculté des Arts et Sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales

en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.)

en psychologie – recherche et intervention

option psychologie clinique

Juin 2010

© Marie-Chantal Beauchamp, 2010

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée:

**Étude des résultats des traitements psychosociaux auprès de jeunes adultes
présentant un premier épisode psychotique: Influence des traits de personnalité**

présentée par

Marie-Chantal Beauchamp

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

John Wright, président-rapporteur

Tania Lecomte, directrice de recherche

Conrad Lecomte, codirecteur

Antonio Zadra, membre du jury

Paul H. Lysaker, examinateur externe

Marie Lacroix, représentante du doyen

Résumé

L'objectif général de cette thèse est d'examiner le lien entre les traits de personnalité évalués selon l'approche des cinq facteurs et les résultats des traitements psychosociaux auprès de jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique. Afin d'atteindre cet objectif, 129 personnes ont été recrutées à participer à une étude expérimentale randomisée. Les participants ont été assignés soit à un groupe de thérapie cognitive-comportementale, soit à un groupe d'entraînement aux habiletés sociales visant la gestion des symptômes, soit à une liste d'attente. Les participants ont complété pré- et post-traitement le Questionnaire bref de personnalité NEO Révisé (Costa & McCrae, 1992), l'Échelle abrégée d'évaluation psychiatrique (Lukoff et al., 1986; Ventura et al., 1993) et l'Échelle d'adaptation cybernétique (Edwards & Baglioni, 1993).

Dans le premier article, les profils de personnalité et la stabilité temporelle des traits de personnalité des jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique ont été étudiés. Les résultats révèlent différents profils de personnalité et une stabilité des traits de personnalité. Dans le second article, les profils de personnalité et la valeur prédictive des traits de personnalité ou des profils sur les résultats thérapeutiques ont été investigués. Les résultats révèlent aussi différents profils de personnalité, aucun spécifiquement lié aux symptômes. Aucun lien n'a pu être rapporté entre les traits de personnalité et l'amélioration symptomatologique. Toutefois, les traits de personnalité et les profils sont liés à l'amélioration des stratégies actives d'adaptation. Dans le dernier article, la valeur prédictive des traits de personnalité sur les résultats thérapeutiques selon le groupe de traitement

spécifique a été étudiée. Les résultats démontrent un lien entre les traits de personnalité et l'amélioration symptomatologique et des stratégies d'adaptation selon le traitement. Les traits de personnalité sont particulièrement liés aux résultats thérapeutiques des stratégies actives d'adaptation.

Cette thèse contribue à l'avancement des connaissances en se penchant sur l'importance des traits de personnalité dans le traitement psychosocial des jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique et en soulignant la nécessité d'étudier davantage les différences individuelles de la personnalité de cette clientèle. Les implications cliniques des résultats et les recommandations pour la recherche sont présentées.

Mots clés: Résultat thérapeutique des stratégies d'adaptation; Premier épisode psychotique; Psychose; NEO-PI-R; Traits de personnalité; Résultat thérapeutique des symptômes psychiatriques.

Abstract

The aim of this thesis was to elucidate the link between personality traits based on the Five Factor Model of personality and therapeutic outcomes of two group treatments for first episode psychosis: cognitive behavior therapy and skills training for symptom management. One hundred and twenty-nine individuals with first episode psychosis were recruited to participate in a randomized controlled trial. Participants were randomized to one of two group treatments or to a wait-list control group. Measures pre- and post-treatment included the shorter version of the Revised NEO personality Inventory (Costa & McCrae, 1992), measures of Brief Psychiatric Rating Scale-Expanded (Lukoff et al., 1986; Ventura et al., 1993) and the shorter version of the Cybernetic Coping Scale coping strategies (Edwards & Baglioni, 1993).

In the first article, personality profiles and stability over time of personality traits of individuals with a first episode of psychosis were investigated. Results showed that individuals with a first episode of psychosis present with different personality profiles. Moreover, personality traits of the first episodes showed stability over time. In the second article, personality profiles and predictive value of personality traits or profiles on therapeutic outcomes of treatments for first episode psychosis were investigated. Results revealed also different personality profiles, none specifically linked to psychotic symptoms. No links could be demonstrated between personality traits and symptom improvements but personality traits and profiles were linked to therapeutic improvements in active coping strategies. In the last article, predictive value of personality traits on therapeutic outcomes accordingly to specific

group treatments for first episode psychosis was investigated. Results showed links between personality traits, symptoms and coping outcome measures, according to specific group treatments. Personality traits were particularly linked to therapeutic improvements in active coping strategies.

In sum, this thesis contributed to the field of personality traits in those with a first episode psychosis by investigating the pertinence of personality traits in the choice of psychosocial treatments and highlighting the need for further study considering individual differences in psychosis. Clinical implications are discussed and recommendations for clinical research offered.

Key Words: Coping Outcome; First-episode Psychosis; Psychosis; NEO-PI-R; Personality traits; Symptoms Outcome.

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	v
Table des matières	vii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Liste des abréviations	xi
Dédicace	xii
Remerciements	xiii
Introduction	1
Dualité prédisposition-environnement dans l'histoire de la psychose.....	3
Modèle vulnérabilité-stress.....	6
Thérapie cognitive-comportementale des psychoses.....	7
Variables explicatives du changement.....	8
Les caractéristiques de la personnalité.....	9
L'approche des cinq facteurs et les théories des traits de personnalité.....	10
Traits de personnalité et intervention psychologique et psychiatrique.....	13
Traits de personnalité et troubles mentaux graves.....	17
Objectifs de la thèse.....	20
Article 1	23
Abstract	24
Method.....	26
Results.....	30

Discussion.....	31
References.....	34
Article 2.....	40
Abstract.....	43
Method.....	47
Results.....	52
Discussion.....	55
References.....	60
Article 3.....	70
Abstract.....	73
Method.....	78
Results.....	84
Discussion.....	87
References.....	92
Conclusion.....	101
Résumé de la thèse.....	101
Implications cliniques.....	105
Limites de la recherche.....	108
Recommandations.....	112
Conclusion.....	115
Bibliographie.....	117
Annexe A.....	xv
Annexe B.....	xliv

Liste des tableaux**Article 1**

Table 1: Descriptive Scores for the First Episode Subjects ($N=79$).....	37
--	----

Article 2

Table 1: Means and Confidence Intervals on Outcome Measures at Pretreatment (T0) and 3 Months (T1).....	65
---	----

Table 2: Linear Regression Analysis of the Main Effects of Personality Traits as Predictor for Outcome Coping Variables.....	67
--	----

Article 3

Table 1: Socioeconomic Data and Diagnostic ($N=129$).....	98
---	----

Table 2: Linear Regression Analysis of the Main Effects of Personality Traits as Predictor for Outcome Coping Variables.....	100
--	-----

Liste des figures**Article 1**

Figure 1: Profiles of the Three Clusters According to the Personality Traits (NEO-PI-R Means)..... 39

Article 2

Figure 1: Profiles of the Three Clusters According to the Personality Traits (NEO-FFI Scores) and Profile of non-clinical control group (Beauchamp et al., 2006)..... 68

Liste des abréviations

BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
CAPE	Community Assessment of Psychic Experiences
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
CCS	Cybernetic Coping Scale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FFM	Five Factor Model
MCMI	Millon Clinical Multiaxial Inventory
NEO-FFI	NEO Five-Factor Inventory
NEO-PI-R	NEO Personality Inventory Revised
PORT	Schizophrenia Patient Outcomes Research Team
RCT	Randomized Controlled Trial
SCID	Structured Clinical Interview for DSM Axe I Disorders
SIPD	Structured Interview for DSM Personality Disorders
SM	Skills Training for Symptom Management
TCC	Thérapie Cognitive-Comportementale
UCLA	University of California, Los Angeles
WISPI	Wisconsin Personality Disorders Inventory

Dédicace

*À ma mère,
Pour m'avoir appris, aidée, accompagnée et soutenue
Avec autant d'amour et de finesse.*

Remerciements

Cette thèse marque la ligne d'arrivée d'une grande course et c'est avec un immense bonheur que j'offre ma reconnaissance à toutes celles et tous ceux qui m'ont appris, aidée, accompagnée et soutenue durant toutes ces années.

Je remercie ma directrice de thèse, Tania Lecomte, pour son encadrement soutenu et son incroyable disponibilité. Par sa contribution, elle m'a permis de vivre diverses expériences positives de la recherche et d'acquérir une solide formation en recherche clinique. Je remercie mon codirecteur de thèse, Conrad Lecomte, pour avoir été le premier à croire que mon désir d'apprendre saurait être garant de la détermination qu'il faut pour mener à terme un tel projet. Par sa contribution, il m'a permis de saisir l'importance de pousser toujours davantage ma réflexion et de maintenir un esprit et une écriture axés sur la rigueur, la clarté et l'essentiel.

Je remercie Claude Leclerc et Marc Corbière pour leur contribution à la rédaction des articles. C'est une vraie chance que d'avoir l'appui des mêmes coauteurs toutes ces années et je l'apprécie.

Je tiens à souligner l'appui financier des Instituts de la recherche en santé du Canada (IRSC) et je remercie toutes les personnes impliquées dans l'étude de Tania Lecomte et Claude Leclerc, notamment les jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique qui ont accepté de participer à l'étude.

Merci à Natali Sanlian avec laquelle j'ai eu le plaisir de travailler à l'Hôpital Saint-Luc. L'enseignement que j'ai reçu et la confiance que j'ai acquise lors de mon internat clinique me servent tous les jours dans l'exercice de ma profession.

Je remercie Annie St-Amant avec laquelle j'ai partagé de bons moments, et ce, bien au-delà du cadre de notre formation commune. Je crois que nos valeurs partagées ont su tisser doucement mais sûrement notre lien.

Merci à mes collègues psychologues que j'ai côtoyés parallèlement à ce projet doctoral. Je remercie du fond du cœur Hélène Paré. C'est un pur bonheur que de

travailler avec toi. Tu m'inspires à donner le meilleur de moi dans mon travail et dans ma vie. Je remercie Roxane Fortier pour avoir été vraiment là pour moi dans des moments plus difficiles. Merci à Stéphane Beaulieu pour ces échanges authentiques, riches et ludiques. Enfin, merci à Christian Forget pour m'avoir poussée au doctorat après la maîtrise. En travaillant avec toi, je me suis découvert des talents et j'y ai cru.

Je remercie mes précieux amis non psys: Isabelle, Stéphane, Martine et Annie.

Merci aux membres de ma famille pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je remercie de tout cœur mes parents, Diane et Richard, d'être ce qu'ils sont et du temps et de la confiance qu'ils m'ont accordés. Merci à mes sœurs, Julie et Catherine, et mes beaux-frères, Daniel et Emmanuel. Je sens que vous êtes réellement derrière moi. Merci aux petits de la famille: ma filleule Victoria, Anne, Charlotte, Clément et Victor. Vous êtes chers à mes yeux et vous y êtes pour beaucoup dans ma persévérance. Un petit clin d'œil à mon neveu Clément de trois ans et demi qui lutte courageusement contre une leucodystrophie.

Enfin, je remercie du fond du cœur mon amoureux, Stéphane, et mes garçons, Édouard et Elliot. Les mots me manquent pour vous exprimer toute ma gratitude. Vous êtes les personnes les plus importantes, sans compter le petit dernier qui est en route, et je me sens bien avec vous. Merci d'avoir été là pour moi tout au long de cette grande course. L'avenir nous appartient et nous serons de plus en plus heureux. Je crois en nous, j'espère en nous et je nous aime.

INTRODUCTION

Les jeunes adultes atteints de schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques vivent inévitablement de la détresse psychologique associée à leurs symptômes et au risque de se voir souvent isolés et perturbés dans leur fonctionnement social et occupationnel. Parmi les difficultés identifiées suite à un premier épisode psychotique, nous retrouvons entre autres: la stigmatisation, l'atteinte à l'estime personnelle, le doute identitaire, l'arrêt du cheminement scolaire ou professionnel, parfois agressivité et problèmes avec la justice (Malla, Norman, & Joobar, 2005). Dans le contexte actuel de la recherche sur les psychoses, beaucoup d'efforts sont consacrés à circonscrire le début de la maladie, à développer et à améliorer les divers traitements tant pharmacologiques que psychologiques et sociaux en vue d'une meilleure gestion des symptômes pour les gens qui en souffrent, certes, mais aussi en vue d'une plus grande satisfaction dans les différentes sphères de leur vie (Cornblatt & Auther, 2005).

Considérant la schizophrénie et les autres troubles psychotiques comme des maladies neurobiologiques, des auteurs s'interrogent sur la pertinence et l'importance de considérer l'influence des traits de personnalité dans le traitement des personnes souffrant de troubles psychotiques, soulignant que la symptomatologie lourde de cette population annulerait l'influence de la personnalité. Ces notions ont contribué à répandre l'idée que les personnes atteintes de schizophrénie ne possédaient pas de traits de personnalité stables. Ce qui explique le peu de recherches effectuées sur la contribution des traits de personnalité au traitement de la schizophrénie et de la psychose. Depuis, quelques auteurs ont commencé à souligner que les traits de

personnalité sont en fait temporairement cachés par les symptômes psychotiques dominants, des évidences cliniques et scientifiques ont su démontrer que les traits de personnalité pouvaient être mesurés avec fiabilité chez les individus ayant des antécédents de troubles psychotiques et qu'ils demeuraient stables dans le temps en dépit de la fluctuation des symptômes psychotiques (Kentros, Smith, & Hull, 1997; Smith, Deutsch, Schwartz, & Terkelsen, 1993).

Cette thèse vise à examiner le lien entre les traits de personnalité et les résultats des traitements psychosociaux auprès de jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique. Afin d'atteindre cet objectif, une revue de littérature s'appuyant sur les recherches et les pratiques cliniques courantes sera d'abord présentée en introduction. À cet effet, la dualité prédisposition-environnement existante au sein de la compréhension des psychoses et le modèle vulnérabilité-stress seront résumés. La pertinence de la thérapie cognitive-comportementale et les composantes du changement seront ensuite présentées. Les traits de personnalité, l'approche des cinq facteurs et les théories des traits suivront. Par la suite, les divers rapprochements entre les traits de personnalité et l'intervention psychologique et psychiatrique seront abordés. Les connaissances actuelles quant aux traits de personnalité chez les personnes atteintes de schizophrénie seront résumées. En clôture du chapitre d'introduction, les objectifs de la thèse et de chacun des trois articles scientifiques seront énumérés et la méthodologie employée dans cette recherche sera abordée.

Les trois articles rédigés dans le cadre de cette recherche suivront l'introduction. Le premier article examinera brièvement si les personnes présentant un premier épisode psychotique diffèrent de la population dite normale quant aux caractéristiques de la personnalité. Le second article examinera le lien entre les traits de personnalité et les résultats des traitements psychosociaux auprès de jeunes adultes ayant un premier épisode psychotique, en particulier au niveau des symptômes psychiatriques et des stratégies adaptatives (coping). Le dernier article examinera si le résultat thérapeutique peut s'expliquer par les traits de personnalité selon le traitement offert (thérapie cognitive-comportementale, gestion des symptômes ou liste d'attente) dans une étude randomisée. La conclusion générale de cette thèse permettra de faire la synthèse des résultats des trois articles et de discuter des implications cliniques de ceux-ci. Les limites de la recherche et les recommandations pour les recherches futures complèteront ce dernier chapitre.

Dualité prédisposition-environnement dans l'histoire de la psychose

Les grands courants théoriques qui visent à comprendre les psychoses ont privilégié, par le passé et encore aujourd'hui, une perspective biologique, en supposant que les délires et autres symptômes psychotiques relevaient tout droit d'une condition médicale cérébrale qui devait être traitée par la médication et ces symptômes ne pouvaient être expliqués selon un point de vue psychologique (Bentall, 2003; Fowler, Garety, & Kuipers, 1999). Avec l'arrivée des premiers neuroleptiques vers 1950 et les avancées pharmacologiques survenues depuis, la prescription de

neuroleptiques et d'antipsychotiques est privilégiée dans le traitement de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques (Stip, 2002). Le plus souvent, lors de la première consultation psychiatrique suivant l'apparition des symptômes positifs, la prescription de médicaments antipsychotiques s'avère le traitement par excellence pour réduire la sévérité des symptômes et prévenir la progression de la maladie (Lehman et al., 2004; McGlashan, Miller, & Woods, 2001; Svedberg et al., 2001; Favre, Huguelet, Vogel, & Gonzalez, 1997).

Or, bien que la pharmacothérapie soit une pratique non seulement très répandue mais aussi recommandée (American Psychiatric Association, 2004; Sheitman, Lee, Strauss, & Lieberman, 1997; McGlashan, 1996) et que, d'ailleurs, bien des personnes ayant un premier épisode psychotique reconnaissent que leur pharmacothérapie les aide à diminuer leurs symptômes psychotiques et qu'ils poursuivent leur traitement (Robinson et al., 2002), celle-ci ne garantit pas une rémission complète et durable pour tous. Premièrement, plus du quart des personnes qui souffrent de schizophrénie présentent une pharmaco-résistance et continuent de présenter des symptômes positifs - hallucinations et délires – (Lindenmayer, 2000; Johnstone & Sandler, 1998; Fowler, Garety, & Kuipers, 1995; Harrow, Carone, & Westermeyer, 1985). Deuxièmement, plus de la moitié présente une rechute à l'intérieur des cinq années qui suivent un premier épisode psychotique malgré le traitement pharmacologique (Svedberg et al., 2001; Robinson et al., 1999; Roth & Fonagy, 1996), dont une proportion importante à l'intérieur de l'année qui suit ce premier épisode psychotique (Verdoux et al., 2000; Robinson et al., 1999; Favre, Huguelet, Vogel, & Gonzalez, 1997). Également, lors d'épisodes subséquents, il

semble que les symptômes des personnes seraient moins bien contrôlés par la médication (Birchwood & Spencer, 2001; Gitlin et al., 2001; Lieberman et al., 2001; Robinson et al., 1999). Troisièmement, plusieurs chercheurs se sont interrogés sur la problématique de la non-observance de la médication de la clientèle atteinte de troubles psychotiques, ce qui représente un obstacle important au traitement pharmacologique (Perkins et al., 2006; Gearin & Mian, 2005; Oehl, Hummer & Fleischhacker, 2000; Olfson et al., 2000; Verdoux et al., 2000; Svelberg, Mesterton, & Cullberg, 2001). Par exemple, parmi les jeunes adultes présentant un premier épisode de schizophrénie, plus du tiers abandonnent leur traitement pharmacologique au cours de l'année (Robinson et al., 2002; Verdoux et al., 2000; Kasper, 1999) et parmi ceux qui poursuivent leur traitement, seulement 58% de la dose prescrite est prise (Cramer & Rosenbeck, 1998), souvent à cause d'effets secondaires désagréables ou parce qu'ils ne perçoivent pas leur traitement comme étant efficace (Perkins et al., 2006; Sheitman, Lee, Strauss, & Lieberman, 1997). D'ailleurs, dans l'ensemble de la clientèle atteinte de troubles psychotiques et lors des premiers épisodes, les effets secondaires désagréables de la médication, l'abus de drogues ou d'alcool, la capacité d'insight, le soutien social et l'alliance thérapeutique avec l'équipe soignante, s'avèrent tous des facteurs étroitement corrélés à l'observance ou la non-observance au traitement (Olfson et al., 2000; Kampman & Lehtinen, 1999; Gearing & Mian, 2005; Robinson et al., 2002).

Modèle vulnérabilité-stress

Vu les résultats partiels et contingents de la pharmacothérapie, le besoin de nouvelles interventions psychologiques existe toujours. De nouvelles interventions ciblent ainsi les symptômes psychotiques persistants, mais aussi tous les facteurs susceptibles d'influencer l'adaptation à la communauté et la qualité de vie d'une personne: par exemples, les déficits cognitifs, l'abus de substances, l'insertion au travail, le soutien social et familial, les habiletés sociales, la gestion du stress. Or, parallèlement à la perspective biologique de la compréhension des psychoses, s'est développé un courant théorique qui explique la problématique de la psychose selon une approche multifactorielle: le modèle vulnérabilité/stress de Zubin et Spring (1977), repris et adapté par d'autres, dont Anthony et Liberman (1986). Brièvement, l'apparition des symptômes psychotiques (hallucinations, délires, incohérence de la pensée et du langage, dévitalisation des relations sociales) s'explique par l'interaction entre une vulnérabilité biologique chez l'individu et les stress sociaux et environnementaux. Certains individus semblent présenter une prédisposition particulière d'une combinaison de gènes, des anomalies cérébrales ou un dysfonctionnement de certains neurotransmetteurs au cerveau, les rendant plus vulnérables au stress (Myin-Germeys & van Os, 2007; Morin, Briand, & Lalonde, 1999). L'approche multifactorielle met en évidence qu'à elle seule la fragilité neurologique ne peut expliquer le développement de la schizophrénie mais suggère une interaction entre la vulnérabilité biologique et un stress subjectivement important pour déclencher la maladie; par exemples, l'abus de drogues ou des événements perçus comme menaçants. Supporté par les recherches épigénétiques, ce modèle tente

donc d'expliquer d'une part, l'étiologie et le développement de la schizophrénie et d'autre part, fournit des indications au sujet des facteurs qui contribuent à protéger la personne atteinte des pertes associées à la maladie. Développer des stratégies adaptatives (coping) et des habiletés sociales, la prise adéquate de la médication et le soutien social s'avèrent des exemples de facteurs de protection.

Thérapie cognitive-comportementale des psychoses

Ce modèle explicatif qui marie facteurs biologiques et environnementaux dans la compréhension des troubles psychotiques, stimule et justifie l'intérêt pour de nouvelles interventions, complémentaires à la pharmacothérapie. À partir de ce cadre théorique, s'est développée une adaptation de la thérapie cognitive-comportementale (TCC), tout comme d'autres interventions psychosociales dont la psychoéducation, la gestion des symptômes, l'intervention familiale de groupe et la thérapie individuelle (Turkington, Kington, & Weiden, 2006). Suite à d'études randomisées démontrant l'efficacité de la TCC basée sur le modèle vulnérabilité/stress dans la diminution des délires (TARRIER et al., 1993; Garety, Kuipers, Fowler, Chamberlain, & Dunn, 1994), des hallucinations (Wykes, Parr, & Landau, 1999; Trower et al., 2004), des symptômes positifs (Trower et al., 2004; Gumley et al., 2003; Pinto, La Pia, Mennella, Giorgio, & DeSimone, 1999; TARRIER et al., 1998), des symptômes négatifs (Trower et al., 2004; Gumley et al., 2003; Sensky et al., 2000; Rector, Seeman, & Segal, 2003; Turkington et al., 2006; Startup, Jackson, & Bendix, 2004; Startup, Jackson, Evans, & Bendix, 2005; Startup, Jackson, & Startup, 2006) et de tous les

symptômes (Pinto, La Pia, Mennella, Giorgio, & DeSimone, 1999; Sensky et al., 2000; Turkington et al., 2006; Durham et al., 2003; Bradshaw, 2000; Kuipers et al., 1997; Turkington, Kington, & Turner, 2002; Turkington et al., 2008) ainsi que dans l'amélioration du fonctionnement social (Gumley et al., 2003; Startup, Jackson, & Bendix, 2004; Granholm et al., 2005; Granholm et al., 2007; Wykes et al., 2005), le groupe «PORT» (Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, Dixon et al., 2010) recommande la TCC pour les personnes atteintes de schizophrénie. La TCC se caractérise particulièrement en centrant l'essentiel des interventions sur l'expérience subjective de la psychose. Brièvement, la TCC agit sur les pensées et croyances non adaptées, questionne les preuves soutenant les croyances délirantes, cible les liens entre les pensées, les comportements et les émotions du client et, encourage l'auto-monitoring des pensées.

Variables explicatives du changement

Or, bien que des psychothérapies telle que la TCC soient reconnues par plusieurs chercheurs et cliniciens comme des traitements potentiellement efficaces et prometteurs pour les gens souffrant de symptômes psychotiques résistants, encore trop peu de recherches se sont intéressés aux facteurs et aux variables pouvant expliquer l'efficacité de ces psychothérapies. À ce propos, Lecomte et Lecomte (1999, 2002) font ressortir cinq points sur lesquels les recherches évaluatives devraient s'orienter: les variables du client, les caractéristiques du thérapeute, l'alliance thérapeutique, les méthodes d'intervention et le cadre thérapeutique. Ce

type de recherches sur les composantes essentielles responsables du changement thérapeutique vise à expliquer, entre autres, pourquoi un traitement psychologique réussit mieux avec certaines personnes, quelles sont les caractéristiques du thérapeute qui sous-tendent une bonne alliance thérapeutique ou pourquoi certaines personnes présentent un problème d'observance de leur plan de traitement (pharmacologique ou psychosocial).

Les caractéristiques de la personnalité

Parmi les caractéristiques des clients, la revue de la littérature permet de conclure que les traits de personnalité ont des implications significatives dans le processus thérapeutique et le rétablissement à long terme des personnes souffrant de troubles psychiatriques (Mulder, 2002; Donat, Geczy, Helmrich, & Lemay, 1992; Donat, 2001; Reich & Green, 1991). Étant des prédispositions tenaces et particulières à percevoir et à réagir aux événements, les traits de personnalité des clients peuvent être utilisés stratégiquement en tant que forces mais peuvent aussi s'avérer des obstacles à l'efficacité du traitement (Donat, 2001).

Le concept de personnalité présume que les styles individuels, incluant les patrons de comportements, les processus cognitifs et les réponses émotionnelles, sont relativement constants à travers le temps et dans différentes situations (McCrae & Costa, 1999, 2003; Linehan, 1993). Ainsi, l'étude de la personnalité s'intéresse aux différences existant entre les individus, particulièrement dans leurs manières d'être, d'agir leur expérience et d'entrer en relation avec le monde extérieur. Ces facteurs

marquent toutes les facettes de l'expérience humaine, sont propres à chacun, et sont profondément enracinées et plutôt stables temporellement.

De nombreuses théories tentent d'expliquer de quoi est composée la personnalité (la structure), comment elle se développe ou se façonne au fil de l'ontogénèse, quelles sont les motivations qui amènent les personnes à se comporter comme elles le font et, comment la psychopathologie peut s'expliquer à partir de la personnalité. Soulignons qu'autant dans les formulations théoriques classiques que contemporaines, des efforts ont été mis à l'avant afin de définir clairement et de façon opérationnelle le concept de personnalité. En ce sens, que ce soit en recherche ou pour l'évaluation et la pratique clinique, différentes classifications sont disponibles aujourd'hui. À titre d'exemples, nommons le Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III; Millon, Davis & Millon, 1997) qui est une mesure générale de la psychopathologie mais aussi une appréciation objective et psychodynamique de la personnalité; le Wisconsin Personality Disorders Inventory (WISPI; Klein et al., 1993) renommé pour sa perspective théorique interpersonnelle et des relations d'objet; et le Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIPD-IV; Pfohl, Blum, & Zimmerman, 1997) respecté pour son approche médicale, descriptive et catégorielle et plusieurs inventaires couramment utilisés également pour évaluer les troubles de personnalité du DSM-IV.

L'approche des cinq facteurs et les théories des traits de personnalité

Parmi les modèles courants, l'approche théorique des cinq facteurs (Five-

Factor Model) mesurée entre autres par le NEO Personality Inventory Revised (NEO-PI-R, Costa & McCrae, 1992), s'avère une taxonomie bien reconnue et établie pour décrire les caractéristiques de la personnalité, les problèmes associés à la personnalité ou les désordres de la personnalité (Costa & Widiger, 2002; Young & Schinka, 2001). À la différence du SIPD-IV, du MCMI-III et du WISPI qui présentent des catégories diagnostiques de la personnalité, le NEO-PI-R a l'avantage de présenter la personnalité en continuums sur lesquels tous les individus peuvent être situés, et permet ainsi d'évaluer les aspects de la personnalité adaptés socialement et flexibles (se trouvant dans le pôle positif) en plus des désordres de la personnalité (se trouvant dans le pôle négatif). Cet outil permet donc une compréhension globale de l'organisation de la personnalité en identifiant les aspects de la personnalité qui pourraient faciliter le traitement (par exemples, les traits Ouverture à l'expérience et Esprit consciencieux) tout comme les aspects mésadaptés socialement (Widiger & Coker, 2000). Selon MacKenzie (2002), cette approche est valorisée pour sa taxonomie descriptive qui se veut neutre et non étiologique, sa capacité à rendre compte de la réalité intérieure d'une personne, sa compréhension du sens de la détresse psychologique selon les aspects de la personnalité, son aide dans le choix de stratégies thérapeutiques, sa capacité à prédire certains aspects de l'alliance thérapeutique et son réalisme quant aux changements espérés en cours de thérapie.

L'approche des cinq facteurs découle des théories des traits. Parmi les théoriciens des traits, nous retrouvons entre autres Gordon Allport (1937, 1961), Cattell (1957, 1965), Eysenck (1981; Eysenck & Eysenk, 1985) et plus récemment, McCrae et Costa (1999, 2003; McCrae et al., 2000). De façon générale, leurs théories

présument que les gens possèdent des prédispositions issues d'une interaction entre le bagage héréditaire transmis génétiquement et l'environnement qui les amènent à répondre d'une façon particulière aux différents événements de la vie. L'approche des cinq facteurs est un cadre pour comprendre les différences entre les personnes et a pour particularité d'évaluer la personnalité selon un point de vue multidimensionnel. Le modèle propose cinq facteurs universels qui s'évaluent sur un continuum et qui ont été validés par des recherches conduites au cours des cinquante dernières années (Morizot & Miranda, 2007). Des méta-analyses sur plusieurs années de recherche confirment la structure des cinq traits suivants: Ouverture à l'expérience, Esprit consciencieux, Extraversion, Amabilité et Névrosisme (Dyce & O'Connor, 1998). Ainsi, chacun peut être situé sur le continuum des échelles des cinq facteurs. Les comportements humains sont compris et expliqués par des motivations associées aux traits de personnalité. La psychopathologie survient seulement lorsque les traits de personnalité sont rigides et mésadaptés au point de créer de la détresse subjective ou d'altérer le fonctionnement social ou occupationnel. Les troubles de la personnalité sont donc vus comme des exagérations problématiques des traits de personnalité et se traduisent par des scores extrêmes aux pôles de chaque échelle des cinq facteurs du NEO-PI-R.

Costa et Widiger (2002) résument les cinq facteurs ou dimensions comme suit: 1) le facteur «Ouverture à l'expérience» (Openness) correspond au degré (en intensité, en fréquence et dans le plus de situations possibles) avec lequel une personne cherche à vivre et à apprécier des expériences par elle-même; 2) le facteur «Esprit consciencieux» (Conscientiousness) désigne le degré avec lequel une

personne s'organise, persévère et se motive par rapport à ses propres buts; 3) le facteur «Extraversion» (Extraversion) renvoie au degré avec lequel une personne privilégie des relations interpersonnelles et des activités, au besoin de stimulations et à la capacité d'avoir du plaisir; 4) le facteur «Amabilité» (Agreeableness) réfère au genre d'interactions qu'une personne favorisera avec autrui, suivant un continuum entre la compassion et l'antagonisme et; 5) le facteur «Névrosisme» (Neuroticism) désigne le degré d'ajustement ou d'instabilité émotionnelle d'une personne.

Traits de personnalité et intervention psychologique et psychiatrique

De façon générale, lorsqu'il s'agit d'évaluer et de soigner une personne souffrante psychologiquement, de dépression ou d'anxiété par exemples, toutes les caractéristiques de la personnalité (pathologiques ou non) permettent une compréhension articulée de la personne et sont identifiées comme étant des variables influençant le choix et le processus d'intervention (Blatt, Quinlan, Pilkonis, & Shea, 1995; Blatt, Zuroff, Quinlan, & Pilkonis, 1996; Beutler, 2000). En effet, les cliniciens et chercheurs peuvent s'éclairer des scores aux échelles du NEO-PI-R par exemple, complétant leurs observations afin de proposer les interventions les plus bénéfiques. Ainsi, une personne consultant pour un trouble anxieux et présentant aussi une importante instabilité émotionnelle pourrait potentiellement bénéficier davantage d'une approche directive qui l'aiderait à développer un certain contrôle de sa réactivité émotionnelle alors qu'une personne consultant pour un trouble dépressif et étant introvertie, pourrait de son côté bénéficier davantage d'une approche interpersonnelle

qui mettrait l'emphase sur l'acceptation de soi et la création de relations interpersonnelles (Mackenzie, 2002). Par ailleurs, la recherche et l'expérience clinique font ressortir combien les caractéristiques de la personnalité affectent le cours du traitement d'un syndrome clinique, tant au niveau pharmacologique que psychothérapeutique, entre autre, en ce qui concerne l'observance de la personne de son traitement (Hylér & Frances, 1985; Silk, 1996; Mulder, 2002). En ce sens, plusieurs chercheurs et cliniciens proposent des stratégies relationnelles thérapeutiques adaptées à la personnalité, qui favorisent le développement de l'alliance thérapeutique et cela, sans perdre de vue le syndrome clinique (Millon, 1999; Beck & Freeman, 1990; Beutler, 2000; Mackenzie, 2002). Plusieurs concluent aussi que les variables individuelles de la personnalité, telles que l'instabilité émotionnelle, sont d'importants prédicteurs de la détresse subjective associée, par exemple, à la dépression ou à l'anxiété (Bagby & Rector, 1998; Sher & Trull, 1994; Widiger & Trull, 1992; Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson & Clarkin, 2002).

Bien que les traits de personnalité soient souvent considérés comme des composantes essentielles dans l'étude et la pratique de la psychothérapie en général, ils ont été moins explorés auprès de la clientèle présentant des troubles psychotiques. La littérature portant sur les interventions psychosociales pour troubles psychotiques s'est à ce jour surtout attardée aux résultats symptomatiques liés à la réadaptation en négligeant l'étude de l'influence des traits de personnalité sur ces résultats thérapeutiques. Pourtant, des auteurs relient de manière déterminante le syndrome clinique et les traits de personnalité (Millon, 1999, Siever & Davis, 1991; Reich & Green, 1991; Cloninger, 1987). Selon Sanderson et Clarkin (2002), les traits de

personnalité sont des facteurs d'influence majeure: la cible thérapeutique, l'alliance et la réponse au traitement sont tous reliés aux facettes de la personnalité. Plusieurs années de recherches en psychothérapie établissent aussi que les variables personnelles du client comme les attentes sont déterminantes dans l'efficacité des thérapies (Lambert & Bergin, 1994; Roth & Fonagy, 2005), et ce même auprès d'individus souffrant de psychose (Lecomte & Lecomte, 2002; Frank & Gunderson, 1990).

La littérature dans le dernier siècle a plutôt tenu à l'écart le rôle possible des traits de personnalité dans le cours de la maladie de la schizophrénie, en décrivant l'expérience de la psychose comme une invasion ou même une destruction de la personnalité. C'est Bleuler (1950/1911) qui a introduit le terme «schizophrénie» qui signifie «esprit divisé», croyant observer chez ses patients une fragmentation et une complète altération de la personnalité. Kraepelin (1971/1919) a par la suite décrit aussi le processus schizophrénique comme impliquant des dommages sévères, voire la destruction des caractéristiques de la personne. Selon Smith et ses collaborateurs (1993), ces notions théoriques ont manifestement contribué à répandre l'idée que les personnes atteintes de schizophrénie ne possédaient pas de traits de personnalité stables, ne pouvaient établir de relations interpersonnelles et, par le fait même, n'étaient pas aptes à la psychothérapie.

Dans la recherche et la pratique contemporaine de la psychiatrie, la contribution des caractéristiques de la personnalité est encore souvent ignorée (Dinzeo & Docherty, 2007; Andreoli, Gressot, Aapro, Tricot, & Gognalons, 1989; Walton, 1986). Le peu d'engouement porté à cette variable lorsqu'il s'agit de

personnes présentant des troubles psychotiques s'expliquerait par cette croyance erronée et toujours tacitement acceptée dans plusieurs équipes soignantes que l'expérience de la psychose efface les traits de personnalité des individus (Dinzeo & Docherty, 2007; Smith et al., 1995; Smith, Deutsch, Schwartz, & Terkelsen, 1993). Dans le même sens, le DSM-IV suggère plusieurs précautions aux professionnels avant de poser un diagnostic de trouble de la personnalité (axe II) aux personnes souffrant de schizophrénie, compte tenu du dit effet de la maladie sur la personnalité (American Psychiatric Association, 1994).

L'échec à considérer adéquatement les traits de personnalité comme coexistant avec les différents troubles mentaux graves semble dû, entre autres, à la difficulté clinique d'évaluer l'interaction et, du même coup, la distinction entre les manifestations des traits de personnalité et celles des symptômes liés aux syndromes cliniques. Widiger et Trull (1992) résumant quatre principales façons par lesquelles ces derniers peuvent interagir: 1) la personnalité peut contribuer au développement du désordre mental, par exemple, des traits obsessionnels-compulsifs peuvent accroître le développement d'une dépression majeure (Hyer & Frances, 1985); 2) la personnalité peut être une complication du désordre mental, par exemple, au cours d'une dépression majeure, la personne peut se présenter d'une manière telle qu'on lui attribue des traits d'évitement ou de dépendance (Hyer & Frances, 1985); 3) la personnalité et le désordre mental peuvent être tous les deux la manifestation d'une même étiologie, par exemple, des traits de personnalité schizoïde ou schizotypique considérés comme une personnalité prémorbide au développement de symptômes négatifs et positifs de la schizophrénie (Cuesta, Peralta, & Caro, 1999); et 4) la

personnalité et le désordre mental peuvent être largement indépendants mais avoir un effet l'un sur l'autre, tant dans le développement, l'évolution ou le traitement, par exemple, chez des personnes atteintes de schizophrénie, des traits obsessionnels semblent nuire au traitement (Donat, Geczy, Helmrich, & Lemay, 1992; Smith, Deutsch, Schwartz, & Terkelsen, 1993) et, à l'inverse, des traits histrioniques semblent améliorer le résultat thérapeutique (Smith, Deutsch, Schwartz, & Terkelsen, 1993). Donc, pour ceux qui veulent bien reconnaître la contribution des traits de personnalité dans le cours de la maladie de la schizophrénie, l'interaction entre la personnalité et la psychose est vécue comme une source de complications et de frustrations dans l'élaboration et l'application des plans de traitements (Pepper & Ryglewicz, 1984).

Traits de personnalité et troubles mentaux graves

Bien que relativement peu d'études aient examiné la contribution des facteurs de la personnalité dans le cours du traitement de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques et en lien avec la croyance erronée que la psychose altère ou détruit la personnalité, différentes observations infirment cette position (Dinzeo & Docherty, 2007). Ainsi, bien que les traits de personnalité puissent apparaître temporairement cachés par les symptômes psychotiques, des évidences cliniques et scientifiques ont su démontrer que les traits de personnalité pouvaient être mesurés avec fiabilité chez les individus ayant des antécédents de troubles psychotiques et qu'ils demeuraient stables dans le temps en dépit de la fluctuation des symptômes

psychotiques (Kentros, Smith, & Hull, 1997; Smith, Deutsch, Schwartz, & Terkelsen, 1993; Smith et al., 1995; Tien, Costa, & Eaton, 1992; Donat, Geczy, Helmrich, & Lemay, 1992; Oldham & Skodol, 1991). L'étude de Kentros et ses collaborateurs (1997) portant sur la stabilité des traits chez les personnes souffrant de schizophrénie, montre qu'à l'exception du facteur «stabilité émotionnelle», les scores obtenus aux autres échelles du NEO-PI se distribuent sensiblement de la même manière que pour des sujets adultes dits «normaux». De leur côté, des cliniciens de différentes approches théoriques témoignent de l'apport de traits durables et présents un peu partout dans les sphères de vie de leurs patients atteints de schizophrénie (Oldham & Skodol, 1991; Smith et al., 1995; Smith, Deutsch, Schwartz & Terkelsen, 1993). Chacun à leur façon, dans leurs notes d'évolution ou leurs présentations cliniques, ces spécialistes révèlent la présence manifeste d'une personnalité distincte chez leurs patients (Smith et al., 1995; Smith, Deutsch, Schwartz, & Terkelsen, 1993).

La recherche actuelle quant au rôle de la personnalité dans le cours de la schizophrénie tente de démontrer que les profils de personnalité sont indépendants des symptômes psychotiques, tout en ayant une haute pertinence clinique (Dinzeo & Docherty, 2007; Kentros, Smith, & Hull, 1997; Smith et al., 1995; Smith, Deutsch, Schwartz, & Terkelsen, 1993; Donat, Geczy, Helmrich, & Lemay, 1992). D'une part, cela signifie qu'en dépit des symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie, les patrons durables de pensées, d'émotions et de comportements demeurent relativement constants et que les individus souffrant de la maladie doivent être considérés comme uniques. D'autre part, les traits de personnalité procurent des informations cliniques essentielles en interagissant, entre autres, avec le cours de la maladie, le processus et

le résultat thérapeutique. Notons que les dimensions de la personnalité Névrosisme et Extraversion sont certes les plus étudiées dans la clientèle atteinte de schizophrénie et semblent influencer notamment la réponse aux stressseurs environnementaux (Horan & Blanchard, 2003; Dinzeo, Cohen, Nienow, & Docherty, 2004), la sévérité des symptômes (Lysaker, Bell, Kaplan, Greig, & Bryson, 1999; Lysaker, Wilt, Plascek-Hallberg, Brenner, & Clements, 2003; Bagby, Bindseil, & Schuller, 1997) et le choix des stratégies adaptatives (coping) utilisées pour faire face à la maladie (Lysaker, Wilt, Plascek-Hallberg, Brenner, & Clements, 2003; Lysaker, Bryson, Marks, Greig, & Bell, 2004). Selon Myin-Germeys et van Os (2007), la sensibilité au stress (vulnérabilité), bien reconnue pour son implication dans le développement de la schizophrénie, pourrait être mesurée par la dimension Névrosisme du NEO-PI.

Or, ces quelques supports à l'argument que les profils stables personnels influencent le processus et le résultat thérapeutique suggèrent l'importance d'étudier ces concepts plus à fond. Plusieurs raisons peuvent être évoquées pour soutenir l'importance d'examiner le rôle des traits de personnalité chez les jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique, en particulier pour mieux comprendre l'impact d'un tel épisode pour tenter de prévenir les rechutes et la chronicité de la maladie. À ce sujet, très peu de chercheurs se sont intéressés à l'étude de ces variables de la personnalité auprès d'une telle clientèle, ou l'ont fait en regard des troubles de la personnalité plutôt que des traits (Hogg, Jackson, Rudd, & Edwards, 1990; Dalkin, Murphy, Glazebrook, Medley, & Harrison, 1994; Cuesta, Gil, Artamendi, Serrano, & Peralta, 2002; Keshavan et al., 2005). Une étude menée par Lecomte et ses collaborateurs (2008) a tenté de cerner l'influence de certains facteurs en comparant

deux approches de thérapies (TCC et entraînement aux habiletés sociales visant la gestion des symptômes) auprès de la clientèle présentant un premier épisode psychotique. C'est dans le cadre de cette vaste étude que ce projet de recherche a été mené, visant à explorer spécifiquement l'influence des traits de personnalité dans ce groupe particulier.

Objectifs de la thèse

Pour conclure l'introduction, les objectifs de cette recherche et de chacun des articles sont présentés. Un aperçu général de la méthodologie utilisée est décrite mais les procédures sont plus détaillées dans le cadre de chacun des articles.

L'objectif général de cette recherche est d'explorer la contribution des traits de personnalité aux résultats des traitements psychosociaux auprès de jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique. Dans le premier article, les objectifs suivants sont étudiés: 1) Les personnes présentant un premier épisode psychotique sont-elles différentes des autres personnes du même groupe d'âge quant aux traits de personnalité tels qu'évalués selon l'approche des cinq facteurs?; 2) Ces personnes se présentent-elles avec des profils similaires de personnalité? et; 3) Les traits de personnalité demeurent-ils stables dans le temps? Dans le deuxième article, nous examinons: 1) les profils NEO de personnalité des personnes présentant un premier épisode psychotique et; 2) la valeur prédictive des traits de personnalité ou des profils sur le résultat thérapeutique de groupes de traitements psychosociaux quant aux variables des symptômes et des stratégies adaptatives (coping). Dans le troisième

article, nous investiguons: 1) le lien entre les traits de personnalité selon l'approche des cinq facteurs et le résultat thérapeutique (symptômes et stratégies adaptatives) selon le groupe spécifique de traitement (thérapie cognitive-comportementale ou entraînement aux habiletés sociales visant la gestion des symptômes) et; 2) est-ce que certains traits de personnalité sont davantage liés à une meilleure réponse aux différents traitements proposés?

En vue d'atteindre ces objectifs, les choix méthodologiques suivants ont été faits: 1) tous formés et rencontrant des critères de fidélité inter-juges, les interviewers ont fait passer les questionnaires pré- et post-intervention en ne sachant pas dans quel groupe les participants étaient assignés; 2) les sujets ayant consenti à participer à cette étude ont été randomisés soit au groupe de TCC, soit au groupe d'entraînement aux habiletés sociales visant la gestion des symptômes, soit à une liste d'attente (groupe contrôle) et tous ont reçu un traitement d'une même durée (24 rencontres sur trois mois) et d'un même format (deux rencontres de groupe par semaine); 3) les traitements offerts étaient tous les deux détaillés dans un manuel et reconnus et adaptés pour des personnes présentant des troubles psychotiques (Lecomte, Leclerc, Wykes, Wallace, & Spidel, 2008); 4) les variables dépendantes sélectionnées ont permis d'investiguer le résultat thérapeutique quant aux aspects symptomatologiques mais aussi psychosociaux et; 5) les cliniciens offrant les groupes de thérapie provenaient du milieu de la santé mentale et avaient tous suivis une courte formation sur le traitement à offrir.

Les questionnaires utilisés dans la présente recherche sont présentés à l'annexe A et le formulaire de consentement complété par les participants est inclus à l'annexe

B. Afin d'éviter les répétitions, les questionnaires ne seront pas décrits ici, mais plutôt dans les sections méthodologiques des articles. De même, la procédure intégrale de la collecte de données et le choix des analyses statistiques seront expliqués à même chacun des articles et donc ne sont pas abordés ici.

La présente recherche contribue à approfondir les connaissances quant aux implications cliniques de l'interaction entre les caractéristiques individuelles de la personnalité et les manifestations de troubles psychotiques, et cela, dans une perspective globale et personnalisée.

Article 1

Do people with a first episode of psychosis differ in personality profiles?

Article bref publié le 5 mai 2006 dans

Schizophrenia Research

Do people with a first episode of psychosis differ in personality profiles?

Marie-Chantal Beauchamp, M.Ps., graduate student, University of Montreal

Tania Lecomte, Ph.D., assistant professor, University of British Columbia

Conrad Lecomte, Ph.D., professor, University of Montreal

Claude Leclerc, Ph.D., professor, Université du Québec à Trois-Rivières

Marc Corbière, Ph.D., assistant professor, University of British Columbia

Abstract

Studies on personality profiles in psychosis typically report certain personality traits as linked to the disorder.

Objectives: To determine if individuals with a first episode of psychosis: 1) differ from a non-clinical group on the five factor model of personality; 2) all present with similar personality profiles; 3) hold stable personality traits over time.

Method: 79 individuals with a first episode of psychosis were recruited.

Results: The first episodes significantly differed from the control group on all five personality dimensions. Results also revealed three personality profiles, one linked to psychotic symptoms. Moreover, personality traits of the first episodes showed stability over time.

Keywords: NEO-PI-R; Personality traits; First episode; Psychosis

Introduction

Until recently, few studies had investigated personality factors in psychosis. This was partly due to a long-standing belief, going all the way back to Bleuler (1911/1950) and Kraepelin's (1919/1989) work, that psychotic symptoms could change or even destroy an individual's personality (Gurrera et al., 2000; Smith et al., 1995). Over the past decade, an increased interest regarding the relationship between personality factors or traits and psychosis has emerged. Many studies have reported that certain personality traits were linked to psychotic disorders (Lysaker et al., 2003a, b; Pillmann et al., 2003; Gurrera et al., 2000, Lysaker et al., 1999). For instance, studies showed that people with schizophrenia differed from mentally healthy controls on at least one dimension of personality (based on the five factor model instruments) -- i.e. neuroticism (Camisa et al., 2005; Lysaker et al., 2003a, b; Pillmann et al., 2003; Gurrera et al., 2000). One longitudinal study also stipulated that neuroticism is not only linked to psychotic symptoms but could even predispose someone to developing symptoms of schizophrenia spectrum disorders (Van Os & Jones, 2001). In contrast, few studies have investigated if personality traits remain stable over time in individuals with psychosis, regardless of fluctuations in psychotic symptoms (Smith et al., 1995; Kentros et al., 1997).

Moreover, few studies appear to have targeted individuals with a first episode of psychosis, or have only done so with regards to personality disorders rather than personality traits (Keshavan et al., 2005; Cuesta et al., 2002; Dalkin et al., 1994; Hogg et al., 1990). According to Reno (2004), younger individuals such as first episodes typically rate as less conscientious and self-disciplined on the five factor

model of personality compared to older individuals with schizophrenia who score higher on traits of adaptivity and moderation. The question of personality traits of young people in the early phases of the disorder is particularly interesting from a developmental perspective. For one, individuals with a first episode of psychosis are learning to cope with the psychotic experience and everything that it entails while, at the same time, developing their own sense of self and personality.

The purpose of this study is to increase our understanding of the relationship between personality traits and psychosis by investigating if individuals with a first episode of psychosis: 1) differ from a non-clinical group on the five factor model of personality; 2) all present with similar personality profiles; 3) hold stable personality traits over time.

Method

Participants

The sample is described in Table 1. In order to be included in the study, participants needed to be able to consent to the study, to have been diagnosed with a first episode of psychosis within the past two years, and to display basic reading and writing skills in French or in English. We did not exclude individuals with a dual disorder of substance abuse. Since this study was part of a larger treatment study --a randomized controlled trial on CBT for psychosis-- individuals also had to struggle (at least occasionally) with positive psychotic symptoms. At the time of their recruitment, participants had experienced the following symptoms in the previous

two weeks: delusions (41%), grandiosity (31%), hallucinations (33%), suspiciousness (38%), bizarre behaviours (18%), and conceptual disorganisation (18%). Though schizophrenia spectrum disorders were preferred, individuals with unclear diagnoses when referred to the study were also accepted and each DSM-IV diagnosis was verified in a semi-structured interview using a computer-assisted SCID-I (First & al., 1995). A significant proportion of individuals (27%) received the temporary diagnosis of psychosis not-otherwise-specified (NOS), mostly because substance induced psychosis could not be ruled out at the time of the interview, and also because some of the interviews took place soon after the first psychotic episode.

A control group matched for mean gender and age, was used for comparisons; the control group was composed of 66 persons, 64% male, aged between 18 and 35 with a mean of age of 26 (S.D.: 4.49). The majority of the sample had completed more than 12 years of education (78%) with a average of 14 years of education, half of them were single (49%), with some individuals married (19%), cohabiting with significant other (30%), and separated (3%). A high percentage of the control sample was White (95%), with some individuals of Asian (2%) or other (3%) descent. In order to be included in the control group, individuals could not present with serious psychotic-like symptoms, as determined by a screening instrument (i.e. the CAPE).

Instruments

The following instruments were used: *Tool-kit* (Arns, 1998). This instrument addresses all the social and demographic data concerning the participant such as age,

number of hospitalizations, occupation, education level, age at first psychiatric consultation, etc. The 24-item *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS; Ventura et al., 1993) was used to assess the frequency and the severity psychiatric symptoms (psychosis, anxiety, depression, etc.) Baseline and follow-up scores are presented in Table 1. Only trained interviewers who met interrater reliability conducted this interview, along with the computer-assisted SCID-I (First et al., 1995). The 60-item version of the well-known *NEO Personality Inventory Revised* (NEO-PI-R, Costa and McCrae, 1992) was used to assess personality traits as classified by the five-factor model: openness to experience, conscientiousness, extraversion, agreeableness, and neuroticism. The short-version of the *NEO-PI-R* takes on average 10 to 20 minutes to answer. Since our interest lay more with personality profiles than with personality pathology, the NEO-PI-R was chosen over other assessments. (See Table 1 for scores.) *The Community Assessment of Psychic Experiences* (CAPE; Stefanis, 2002) is a 42-item self-report instrument that evaluates the frequency of three major groups of symptoms linked to psychosis: positive symptoms, negative symptoms and depressive symptoms. This assessment was only used for the control group, in order to exclude individuals with psychotic symptoms.

Procedure

This study was conducted as part of a larger randomized controlled trial investigating the effects of group cognitive behaviour therapy (CBT) for psychosis in comparison to a skills training approach to symptom management and to a wait-list

control group. All subjects were assessed at baseline measures, i.e. before randomization, as well as three-months later (after having completed the group intervention), six months and one year follow-ups. For the purpose of this study, only the baseline and three-month follow-up results were analyzed and only for those having taken part in a treatment group. Results of the trial will be presented elsewhere.

Analyses

First, t-tests were used to evaluate if first episodes differed from the control group on the five personality dimensions at baseline. Second, in order to identify homogeneous sub-groups within the first episode group, Final cluster centers and Hierarchical cluster analysis was performed. Third, a MANOVA was conducted to determine the potential differences between clusters on psychotic and psychiatric symptoms (as evaluated by the BPRS psychosis subscore and the BPRS total score). A posteriori Tuckey and t-tests between the clusters were conducted in order to determine where the differences lay. Finally, in order to verify if the personality traits of the first episode group held stable over time regardless of changes in symptoms, paired-*t*-tests on the BPRS scores and a MANOVA comparing personality traits of the control and first episode groups were conducted.

Results

Significant differences were found between the first episode group and control group on all five personality dimensions, i.e. the first episode group had higher levels of neuroticism ($t(136) = -4.490, p < 0.001; E.S. = 0.76$); higher levels of openness to experience ($t(136) = -3.178, p < 0.01; E.S.=0.70$); higher levels of agreeableness ($t(136) = -3.902, p < 0.001; E.S.= 0.65$); lower levels of extroversion ($t(136) = 6.059, p < 0.001; E.S.= 1.27$); and lower levels of conscientiousness ($t(136) = 2.878, p < 0.01; E.S.=0.59$).

Personality profiles of first episodes were determined by performing Final cluster centers and Hierarchical cluster analyses. The ANOVA results and the dendrogram suggested three different personality clusters --or profiles-- all significantly different from each other (F -values ranging from $F(2, 76) = 10,875, p < 0.001$ to $F(2, 76) = 40,573, p < 0.001$). Profile 1 grouped 27% of the participants ($N=21$), profile 2 grouped 37% ($N=29$), and profile 3 grouped 37% ($N=29$). As can be seen in Fig. 1, profile 1 has the highest scores on all traits (except for being ex-equo on neuroticism with profile 2); profile 2 has the lowest scores for extraversion, openness, and conscientiousness; whereas profile 3 has the lowest scores on neuroticism and agreeableness, but in-between scores for the other traits.

MANOVAs were executed in order to determine if symptoms (BPRS total score and BPRS psychosis subscore) were linked to the personality profiles for the first episode group. At first, results showed no significant differences between any of the three profiles and the BPRS total score ($F(2, 73) = 1.828, p = 0.168$). However,

significant group differences were found between certain profiles and the BPRS psychosis subscore ($F(2, 73) = 3.693, p < 0.05$). Post Hoc test specified that the difference was between profiles 2 and 3. *T*-tests between those two profiles showed that profile 2 had higher levels of suspiciousness ($t(53) = 2.415, p < 0.05$) and of unusual thought content ($t(53) = 2.071, p < 0.05$) than profile 3.

Regarding first episodes' personality traits' stability over time, results showed significant differences between the baseline and the three-month follow-up scores on the BPRS total score ($t(44) = 3.833, p < 0.001$) and on the BPRS psychosis score ($t(52) = 3.463, p < 0.001$) --suggesting symptom improvement. However, no significant differences on any of the five personality dimensions between the baseline and the three-month follow-up assessments were found for either the first episode or the control group (results ranged from $F(1, 105) = 0.122, p = 0.728$ to $F(1, 105) = 3.044, p = 0.084$).

Discussion

Our results reveal significant differences between the first episode and control groups, as described in other studies (Camisa et al., 2005; Lysaker and Davis, 2004; Lysaker et al., 2003a, b; Pillmann et al., 2003). Since all of the five personality traits were significantly different between the two groups, and not only neuroticism, these differences cannot simply be explained by increased distress levels. Furthermore, our results suggest that there is not one "psychotic personality profile". In fact, as would be expected with a non-clinical population, results show that individuals with a first

episode of psychosis present with different personality profiles (based on the five-factor model). Three different personality profiles were found in this study, which implies that individuals can share similar psychotic symptoms but still remain unique in terms of their personality.

On one hand, results showed that some individuals with a first episode of psychosis (those with profiles 1 and 3 of our sample) present with personality profiles that are not specifically linked to Axis I symptoms. This supports the results of Kentros et al. (1997) where no correlations were found between BPRS positive symptoms and any dimension of the NEO-PI. On the other hand, some of the individuals in our sample (those with profile 2) do present with a personality profile that is linked to higher scores on delusions and suspiciousness.

Moreover, our results suggest that personality traits remain stable over time (three-month follow up) in individuals with a first episode of psychosis regardless of the fluctuations in psychotic symptoms. This corroborates the results from the studies of Smith et al. (1995) and Kentros et al. (1997), which investigated personality in individuals with schizophrenia. However, our study is limited by the fact that we do not have information about the participants' personality traits prior to the onset of psychosis. Other limitations of this study include its small sample size, the diagnostic heterogeneity of the sample, and the short time-span used to determine personality stability. In conclusion, the link between personality traits and psychotic symptoms in individuals with a first episode of psychosis is in fact equivocal. More studies investigating personality styles in psychosis, as well as in first episodes, are warranted.

Acknowledgements

This work is part of a larger study led by Dr. Tania Lecomte of University of British Columbia and Dr. Claude Leclerc of Université du Québec à Trois-Rivières, that was supported by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). We would like to thank the participants who accepted to take part in this study.

References

- Arns, P. (Ed.), 1998. Canadian Version of the PRS Toolkit. Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction programs.
- Camisa, K.M., Bockbrader, M.A., Lysaker, P., Rae, L.L., Brenner, C.A., O'Donnell, B.F., 2005. Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Res.* 133, 23-33.
- Costa, P.T., McCrae, R.R., 1992. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cuesta, M.J., Gil, P., Artamendi, M., Serrano, J.F., Peralta, V., 2002. Premorbid personality and psychopathological dimensions in first-episode psychosis. *Schizophr. Res.* 58, 273-280.
- Dalkin, T., Murphy, P., Glazebrook, C., Medley, I., Harrison, G., 1994. Premorbid personality in first-onset psychosis. *Br. J. Psychiatry.* 164, 202-207.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W., 1995. Structured clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient edition (SCID-I/P, version 2.0). New York State Psychiatric Institute, New York: Biometrics Research Department.
- Gurrera, R.J., Nestor, P.G., O'Donnell, B.F., 2000. Personality traits in schizophrenia: comparison with community sample. *J. Nerv. Ment. Dis.* 188, 31-35.
- Hogg, B., Jackson, H.J., Rudd, R.P., Edwards, J., 1990. Diagnosing personality disorders in recent-onset schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 178, 194-199.
- Kentros, M.D., Smith, T.E., Hull, J., 1997. Stability of personality traits in schizophrenia and schizoaffective disorder: a pilot project. *J. Nerv. Ment. Dis.* 185(9), 549-555.

- Keshavan, M.S., Duggal, H.S., Veeragandham, G., McLaughlin, N.M., Montrose, D.M., Haas, G.L., Schooler, N.R., 2005. Personality dimensions in first-episode psychoses. *Am. J. Psychiatry.* 162, 102-109.
- Lysaker, P.H., Davis, L.W., 2004. Social function in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations with personality, symptoms and neurocognition. *Health Qual. Life Outcomes* 2, 15-21.
- Lysaker, P.H., Bell, M.D., Kaplan, E., Greig, T.C., Bryson, G.J., 1999. Personality and psychopathology in schizophrenia: the association between personality traits and symptoms. *Psychiatry.* 62, 36-48.
- Lysaker, P.H., Wilt, M.A., Plascek-Hallberg, C.D., Brenner, C., Clements, C.A., 2003. The association of personality with symptoms and coping in schizophrenia *J. Nerv. Ment. Dis.* 191, 80-86.
- Lysaker, P.H., Lancaster, R.S., Neess, M., Davis L.W., 2003. Neuroticism and visual memory impairments as predictors of the severity of delusions in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 119(3), 287-292
- Pillmann, F., Blöink, R., Balzuweit, S., Haring, A., Marneros, A., 2003. Personality and social interactions in patients with acute brief psychoses. *J. Nerv. Ment. Dis.* 191, 503-508.
- Reno, R.M., 2004. Personality characterizations of outpatients with schizophrenia, schizophrenia with substance abuse, and primary substance abuse. *J. Nerv. Ment. Dis.* 192, 672-681.
- Smith, T.E., Shea, M.T., Schooler, N.R., Levia, H., Deutsch, A., Grabstein, E., 1995. Studies of schizophrenia: Personality traits in schizophrenia. *Psychiatry.* 58, 99-112.

- Stefanis, N.C., 2002. Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychol. Med.* 32, 347-368.
- Van Os, J., Jones, P.B., 2001. Neuroticism as a risk factor for schizophrenia. *Psychol. Med.* 31, 1129-1134.
- Ventura, J., Green, M.F., Shaner, A., Liberman, R.P., 1993. Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale. *Int. J. Methods Psychiatric Res.* 3, 221-244.

Table 1.

Descriptive scores for the first episode subjects ($N=79$)

Measure	Mean (S.D.) or %
% male	73
Age	24 (4.5)
% White	58
Asian	13
First Nations	4
Latin American	3
African/Caribbean	1
Other	22
Education (years)	13 (2.8)
% single, never married	97
<i>Diagnosis</i>	
% schizophrenia	38.3
% schizoaffective	18.5
% bipolar	4.9
% depression with psychosis	6.2
% schizophreniform	2.5
% brief psychotic disorder	2.5
% psychosis NOS	27.1

BPRS (baseline)

Global score	41.5 (12.0)
Psychosis subscore	12.4 (6.0)

BPRS (3 month follow-up)

Global score	35.0 (9.6)
Psychosis subscore	9.9 (5.4)

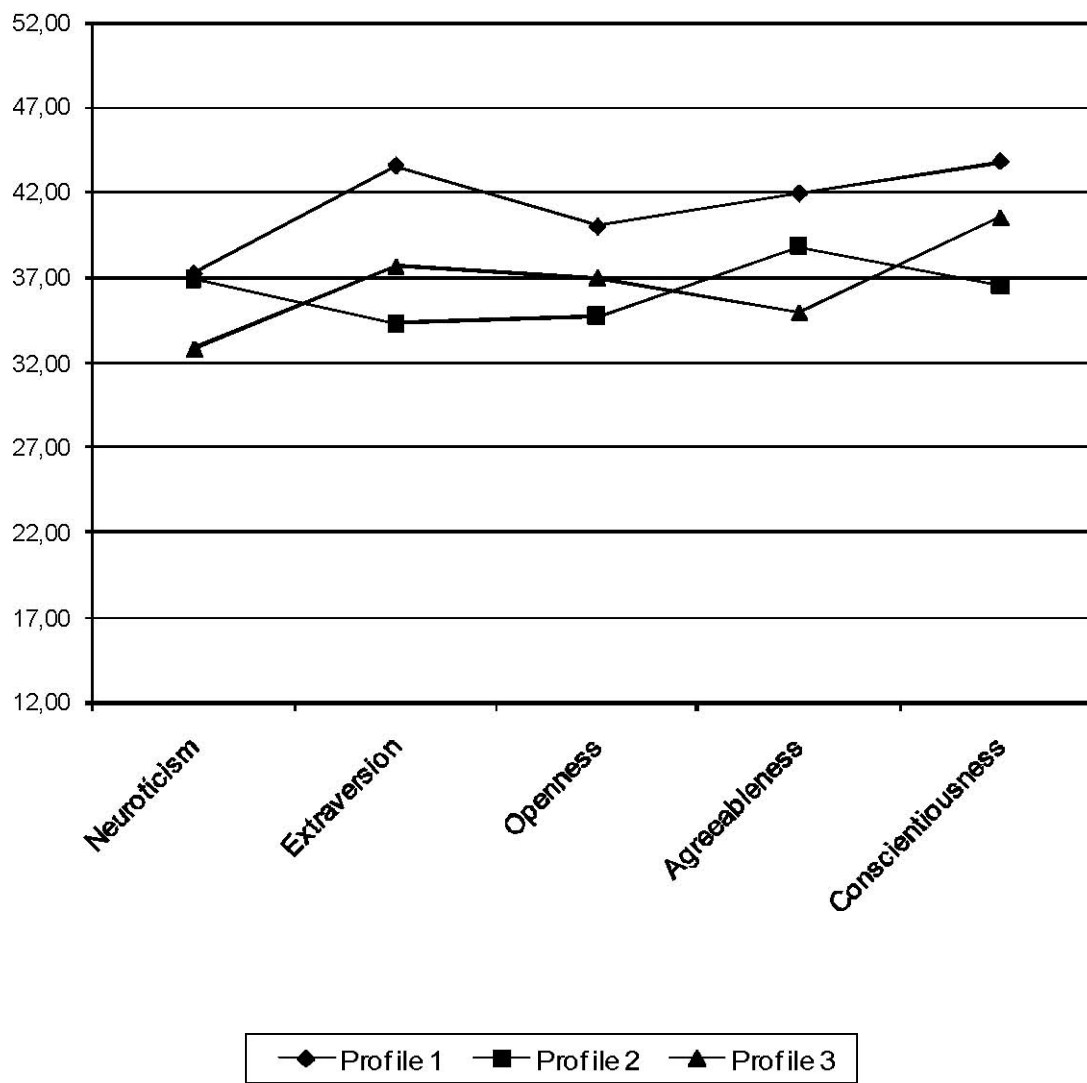
NEO-PI-R (baseline)

Neuroticism	35.1 (4.5)
Extraversion	38.0 (5.5)
Openness	37.7 (4.4)
Agreeableness	38.1 (4.0)
Conscientiousness	39.6 (4.3)

NEO-PI-R (3 month follow-up)

Neuroticism	34.5 (4.4)
Extraversion	38.6 (4.8)
Openness	37.3 (3.3)
Agreeableness	37.4 (4.0)
Conscientiousness	40.0 (3.8)

Figure. 1. Profiles of three clusters according to the personality traits (NEO-PI-R Means



Article 2

**Personality traits in early psychosis: Relationship with Symptom and Coping
Treatment Outcomes**

Article accepté pour publication le 5 juin 2010 dans

Early Intervention in Psychiatry

**Personality traits in early psychosis: Relationship with Symptom and Coping
Treatment Outcomes**

Marie-Chantal Beauchamp, candidate

Department of Psychology, Université de Montréal

Tania Lecomte, Ph. D.

Department of Psychology, Université de Montréal

Conrad Lecomte, Ph. D.

Department of Psychology, Université de Montréal

Claude Leclerc, Ph. D.

Department of Nursing, Université du Québec à Trois-Rivières

Marc Corbière, Ph. D.

Department of Rehabilitation, Université Sherbrooke

Address correspondence to:

Tania Lecomte, Ph. D.

Associate Professor, Department of Psychology

University of Montreal,

Bur C-358, 90 rue Vincent d'Indy,

C.P. 6128, Succ. Centre-Ville,

Montréal, QC, H3C 3J7

Tel: 514-343-6274, Fax: 514-343-2285

Personality Traits in Early Psychosis: Relationship with Symptom and Coping Treatment Outcomes

Abstract

Aims: This study aimed to:(1) determine personality profiles of individuals with early psychosis based on the Five Factor Model of personality; (2) assess the predictive value of personality traits or profiles on therapeutic outcomes of two group treatments for recent onset psychosis: cognitive behavior therapy (CBT) or skills training for symptom management.

Methods: One hundred and twenty-nine individuals with early psychosis were recruited to participate in a randomized controlled trial. Participants were randomized to one of two group treatments or to a wait-list control group. Measures included a personality inventory (NEO-FFI) and outcome measures of symptomatology (BPRS-E) and coping strategies (CCS).

Results: Cluster analyses revealed three different personality profiles (based on the Five Factor Model) -- none specifically linked to psychotic symptoms. No links were revealed between personality traits and symptom change scores. Personality traits were linked to therapeutic improvements in active coping strategies, with Extraversion accounting for 17% of the variance. Neuroticism was linked to increased use of passive coping strategies. Active coping strategies were also predicted by profile 1 (holding the highest Openness score) with 26% of the variance

explained, and by profile 3 (the highest Extraversion score), with 14% of the variance explained.

Conclusions: Individuals with early psychosis can present with distinct personality profiles, as would be expected in a non-clinical population. Personality traits do not appear to influence symptomatic treatment outcomes but are linked to behavioural changes, such as the use of coping strategies.

Key Word: Coping Outcome; First-episode Psychosis; NEO-PI-R; Personality traits; Symptoms Outcome.

INTRODUCTION

In the last decade, there has been a growing interest in «normal» personality characteristics of individuals with schizophrenia. The traditional belief that an individual's personality is altered or even destroyed by the psychotic experience (e.g. Bleuler;¹ Kraepelin²) has been challenged. Studies have shown personality differences among individuals with schizophrenia,^{3, 4} even recent-onset psychosis,^{5, 6} and that these individual differences are stable over time.^{3, 7-10} With the contribution of the Big Five factors of personality – an empirically-derived approach to personality involving five dimensions of personality (i.e. Neuroticism, Extraversion, Openness, Agreeableness, Conscientiousness),¹¹ it is becoming more widely accepted that individuals suffering from psychosis maintain unique personality characteristics. Moreover, these individual differences are believed to influence behaviours over the course of the illness and potentially contribute to outcomes such as social functioning and treatment response.^{10, 12-15}

Personality traits in individuals with psychosis

Various studies have described people with schizophrenia as exhibiting high Neuroticism,^{9, 10, 16-18} low Extraversion,^{8, 18-20} low Openness to experience low Agreeableness,^{18, 21} and low Conscientiousness.^{8, 18} A recent meta-analysis examining personality trait patterns, have found the following across most Axis I disorders: high Neuroticism, low Extraversion, low Agreeableness, and low Conscientiousness.²² Although individuals with schizophrenia differ from non-clinical populations,

individual personality differences are present and could be a potential source of outcomes variability.²³ To date, two personality dimensions have been closely related to clinical outcomes in individuals with schizophrenia: Neuroticism and Extraversion.¹⁴ These dimensions of the Five Factor Model reflect one's typical response style when experiencing emotions, broadly determining one's resiliency when faced with adversity.^{24, 25} For instance, individuals with high Neuroticism and high positive symptoms,^{14, 17} tend to have more affective symptoms and greater emotional distress than individuals with low Neuroticism.^{8, 17, 26, 27} High Neuroticism and low Extraversion also predict a greater tendency to use passive coping strategies and a reduced tendency toward active coping strategies when confronted with stress, whereas high Extraversion are related to more active coping strategies, such as seeking social support.^{10, 14}

Although some studies point to a potential link between personality traits and outcomes in schizophrenia, few have investigated individuals with early psychosis, or have only done so in regards to personality disorders rather than personality traits.^{6, 28-30} One study, conducted by Gleeson et al.,³¹ presented results with Agreeableness and Neuroticism traits as predictors of relapse for individuals with a first episode of psychosis. Overall, there is a paucity of studies regarding personality traits and early psychosis, particularly looking at links with treatment outcomes. The current study aims to further examine the personality profiles of individuals with early psychosis and to determine their influence on treatment outcomes in group therapy.

Aims of the study

Specifically, we aimed to: (1) identify personality profiles in a sample of individuals with early psychosis, according to the Five Factor Model of personality; (2) determine the potential predictive value of personality traits and profiles in response to group therapy, specifically looking at changes in symptoms and coping strategies.

The hypotheses were: (1) as expected within a non-clinical population, individuals with early psychosis will present with different personality profiles; (2) personality traits will be predictive of treatment response, with regard to symptoms as well as to coping strategies. Specifically, we predicted that low Neuroticism and high Extraversion would be linked to better symptomatic outcomes and a higher use of active coping strategies, while high Neuroticism would be linked with increased use of passive coping strategies.

METHODS

Participants

This study was part of a larger study on early psychosis, which examined the effectiveness of a cognitive behaviour therapy group, by comparing its effects to those of a social skills training group and to a wait-list control group.³² The study took place in two Canadian provinces, Quebec and British Columbia. To be included in the study, individuals had to be aged between 18 and 35, currently presenting with

psychotic symptoms, needed to have had their first episode of psychosis within the past two years, and needed to be able to consent, and present basic reading and writing skills in French or in English. Diagnoses were verified with the computer-assisted SCID-I, for DSM-IV.³³

Instruments

Personality traits were assessed with the NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI³⁴). The NEO-FFI is a shorter version of the NEO-PI-R³⁴; both self-report instruments corresponding to the Five Factor Model of personality have been previously used in others studies of personality and schizophrenia.^{8, 9, 14, 21} The NEO-FFI contains 60 statements describing stable and enduring attitudes and behaviours and is rated on a five-point Likert scale, ranging from «strongly disagree = 1» through «strongly agree = 5». Each score for the five scales ranges from 12 to 60. The NEO-FFI assesses the following dimensions: Neuroticism, Extroversion, Openness to experience, Agreeableness, and Conscientiousness. The NEO-FFI has demonstrated satisfactory to excellent construct validity and moderate to good internal reliability.³⁴

35

The results of the randomized controlled trial (RCT) are presented elsewhere.³² Briefly, both treatments resulted in improvements on overall symptoms, positive and negative symptoms, and post-treatment effects on self-esteem, social support, and active coping skills compared with the wait-list control group.³² For this study, we kept only variables hypothesized as linked to personality traits, namely

coping strategies and symptoms. All the instruments have been validated in French and English with people with severe mental illness and have adequate psychometric properties.

The participants' symptoms were assessed with the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale-Expanded (BPRS-E^{36, 37}). This semi-structured interview assesses the frequency and the severity of 24 psychiatric symptoms in the past two weeks, including positive symptoms (items: grandiosity, suspiciousness, hallucinations, unusual thought content, disorientation, and conceptual disorganization) and negative symptoms (items: self-neglect, blunted affect, emotional withdrawal, motor retardation, uncooperativeness) of schizophrenia. Each item is rated on a seven-point scale, ranging from «not present» through «extremely severe»; a higher score indicates more severe symptoms. Only trained graduate level interviewers according to the UCLA gold standard conducted the interviews. The BPRS-E has high levels of interrater reliability and a good internal consistency for individuals with schizophrenia.³⁸

Coping strategies were assessed using the shorter version of the Cybernetic Coping Scale (CCS³⁹). This self-report instrument contains 20 items, describing active (change the situation, accommodation and symptom reduction dimensions) and passive (devaluation and avoidance dimensions) coping strategies. It is rated on a seven-point Likert scale ranging from «never» through «very often»; a high score indicates frequent use of that strategy. This shorter version of the CCS present moderate construct validity and moderate internal reliability⁴⁰

Procedure

Participants were referred by clinicians working at participating Early Psychosis Intervention programs or community mental health clinics, once they had been discharged from the hospital and considered "stabilized" by their psychiatrist. Participants were assessed before randomization, as well as three months later (post-treatment), nine months, and fifteen months. For the purpose of this study, only the baseline and three-month follow-up are presented.

Participants were randomized to a CBT group, a skills training for symptom management (SM) group, or a wait-list control group. The intervention groups lasted 24 sessions, two sessions per week for three months. Two co-therapists conducted the sessions, which were videotaped and rated for quality control. Both group interventions aimed at helping participants cope with their symptoms but used different strategies. CBT tries to bring change by cognitive restructuring and exploring various cognitive and behavioral coping strategies for dealing with stress and symptoms, whereas SM aims at change through learning specific concepts, repetition, role-plays, problem-solving and coping strategies for symptoms (for information on the treatment groups, see Lecomte et al., 2008).³²

Analyses

All analyses were conducted with SPSS version 15.0 for Windows.

Participants and profiles

To ensure that outcomes were not reflecting differences at baseline between groups, ANOVAs were conducted on drop-outs in comparison to participants having completed the study.

The two-stage cluster analysis method described by Hair, Anderson, and Tatham (1998)⁴¹ was used to identify subgroups of individuals with similar personality traits. First, a hierarchical agglomerative method was used to identify the optimum number of clusters (dendogram). Second, a non-hierarchical (iterative) cluster analysis was carried out to achieve optimal assignment of cases to clusters. Between-cluster comparisons (ANOVAs) were also performed in order to determine differences on the studied variables.

Personality effects analysis

First, individual change scores between baseline (T0) and post treatment (T1) were computed for each outcome variable. Second, *t*-tests were conducted to evaluate any significant gender differences on change scores. Third, Pearson's correlations were used to investigate associations between each outcome and personality traits and to target favorable associations for further regression analyses. Fourth, cluster differences on the change scores were determined with ANOVAs -with the treatment group included. When the ANOVAs yielded significant results, Tukey post hoc

comparisons were performed to examine pairwise group differences. Finally, linear regression analyses (using enter and stepwise methods) were carried out to determine which personality traits predicted the most variance of the outcome change scores targeted. These regressions were carried out for the sample as a whole as well as for each profile, the latter as exploratory analyses.

RESULTS

Participants and profiles

Out of 210 individuals referred, 38 refused, 36 withdrew (before randomization), 7 did not fit criteria, leaving a total of 129 participants who were randomized. The average age of participants was 24 (S.D. 5.2), most were male (73%), single (87%), with more than 12 years of education (S.D. 2.0), and of Caucasian (61%), Asian (9%) or Aboriginal (3%) origins. Participants had been diagnosed with a psychotic disorder for an average of 1.2 years (S.D. 0.44) prior to entering the study. Regarding diagnoses, 51% ($N=66$) had a primary diagnosis in the schizophrenia spectrum (schizophrenia, schizophreniform or schizoaffective disorder), 19% ($N=25$) a mood disorder with psychotic features (bipolar disorder, or major depressive disorder) and 30% ($N=38$) were diagnosed with a brief psychotic disorder, or psychosis NOS. The large majority of the participants were prescribed novel antipsychotic medication and as described elsewhere,³² medication changes were not associated with any changes in outcomes.

NEO-FFI mean scores for participants are: Neuroticism: 35.8 (S.D. 4.7);

Extraversion: 37.8 (S.D. 5.1); Openness: 36.9 (S.D. 4.2); Agreeableness: 38.6 (S.D. 5.3); and Conscientiousness: 39.9 (S.D. 4.1). Information about the NEO-FFI mean scores for the non-clinical group ($N=66$), previously matched for gender (64% male) and age (26; S.D. 4.5) (Beauchamp et al., 2006)⁵ are as follows: Neuroticism: 32.0 (S.D. 5.5); Extraversion: 43.4 (S.D. 3.9); Openness: 35.1 (S.D. 3.6); Agreeableness: 35.5 (S.D. 3.8); and Conscientiousness: 41.3 (S.D. 3.2) (see Figure 1).

No differences were found between CBT and SM groups on percentage of recorded sessions attended ($p=0.623$). Outcome measures are reported in Table 1. Regarding personality trait differences between drop-outs and completers, no significant differences were found (P -values ranging from 0.10 to 0.93). No differences on the baseline dependent variables were found either, between the drop-out participants and those who pursued treatment (P -values ranging from 0.148 to 0.944).

Personality profiles were determined with a two-stage cluster analysis method. The dendrogram obtained offers suggestions regarding the number of clusters to retain. The iterative cluster analysis helps to decide the correct number of clusters to keep based on the criteria: useful homogeneous subgroups - the clusters must be meaningfully different from one another, favour balance, and each cluster needs to contain at least 10 individuals. Results suggested three different personality profiles. Profile 1 represented 28% of the participants ($N=35$), profile 2 33% ($N=40$), and profile 3 39% ($N=48$). Profiles are presented in Figure 1. Profile 1 has overall the highest scores on all traits (but similar to profile 2 for Neuroticism and to profile 3 for Openness); profile 2 has the lowest scores for Extraversion, Openness and

Conscientiousness, but in-between score for Neuroticism and is similar to profile 3 for Agreeableness; and profile 3 has the lowest scores for Neuroticism, with in-between scores for Extraversion and Conscientiousness, and is similar to profile 1 for Openness and to profile 2 for Agreeableness. At baseline, no significant difference between personality profiles were found on BPRS symptoms (total, positive or negative symptoms), or on Coping (active or passive scales) (P -values ranging from 0.061 to 0.968).

Personality effects

Change scores between baseline and post-treatment (T1-T0) for symptoms (BPRS total, positive, and negative) and coping were computed. No gender differences were found on any of the variables (P -values ranging from 0.187 to 0.815). Pearson correlations were undertaken to examine the relationship between individual change scores and personality traits. We noted a significant relationship between all traits and the change score for the active coping scale for the entire sample, with higher levels of traits related to greater improvement (Neuroticism: $r = 0.257$, $p < 0.05$; Extraversion: $r = 0.411$, $p < 0.01$; Openness: $r = 0.324$, $p < 0.01$; Agreeableness: $r = 0.275$, $p < 0.05$; Conscientiousness: $r = 0.368$, $p < 0.01$). However, only Neuroticism was significantly associated with the change score for the passive coping scale for the entire sample, with $r = 0.245$, $p < 0.05$.

Results of Cluster differences on change scores, determined with ANOVAs (group \times profile), demonstrate no significant interaction effect between group and

profile on variables (P -values ranging from 0.183 to 0.807). Only improvements on the active coping scale for the entire sample showed a significant difference between cluster profiles ($F(2, 69)=6.528, p=0.003$). Tukey Post Hoc comparisons revealed that the difference was between profiles 1 and 3 – profile 1 presenting higher active coping improvement. Otherwise, for profiles 1 and 2, a trend toward significance was found ($p=0.052$), suggesting better improvement in active coping scores for profile 1.

As can be seen, in Table 2, when using the Enter method for linear regression analyses, 24.2% of the variance linked to changes in active coping was accounted for by personality traits ($R^2 = .242, p < .01$). To determine which trait predicted the most variance, the Stepwise linear regression method was used and revealed that high Extraversion was the best predictor for increases in active coping strategies --16.9% of the variance on the active coping outcome was accounted for by Extraversion ($R^2 = .169, p < .001$). Otherwise, the same linear analyses performed independently for each profile showed that the effect of Openness on active coping outcome in profile 1 was significant ($R^2 = .262, p < .05$), and the effect of Extraversion on active coping outcome in profile 3 was also significant ($R^2 = .141, p < .05$).

DISCUSSION

The current study aimed to examine personality traits in the treatment of individuals with first episode psychosis. Our results suggest that even though personality traits do not appear to be directly linked to symptomatic outcomes in our group treatments, they are linked to the use of coping strategies and might have an

impact in the long-run on how the person deals with daily stressors.

Profiles

These results confirm previous findings from our research team, conducted with a smaller sample,⁵ which also revealed three personality profiles in an early psychosis sample, all significantly different from each other and not linked to BPRS symptoms. They also corroborate in part with the results from other studies^{8, 9} showing personality traits as independent from symptoms of psychosis.

The profile differences found suggest differences in treatment outcomes. For instance, individuals with profile 1 (seemingly more sociable, soft-hearted and organized) improved the most in terms of using more active coping strategies at post-treatment, when compared with the two others. It is the ‘Openness to experience’ personality dimension of profile 1 that seems to explain the greatest part of the variance regarding the active coping outcome. Therefore, individuals in early psychosis who are seemingly flexible and creative appear to benefit more from interventions aiming at teaching them skills to cope with their symptoms, such as the CBT and skills training.

Personality effects

We have speculated that Neuroticism and Extraversion dimensions would play a role in how individuals with a first episode of psychosis respond to their treatment

in term of symptomatic improvements. Lysaker et al.^{13, 14} and Bagby et al.²¹ had found links between Neuroticism and Extraversion and symptomatology in schizophrenia. We did find significant symptomatic improvements for those receiving the group treatments³² but they were not linked to specific personality traits. Further studies are warranted to confirm the absence of links between personality characteristics based on the Five Factor Model in individuals with early psychosis and symptomatic outcomes in specific group treatments.

In terms of coping strategies, coping outcomes were correlated to personality traits. All personality traits were linked to the active coping outcome whereas only Neuroticism was linked to the passive coping outcome. A non-expected correlation was that high Neuroticism was linked with greater improvement in active coping. However, as expected, high Neuroticism was also linked with increased use of passive coping strategies. These results suggest that perhaps those who experience the most distress are prone to use more coping strategies to feel better. Extraversion on the other hand appears more broadly related to improvements in active coping strategies, with high Extraversion predicting a greater improvement. Individuals who are more extraverted might be better at expressing their needs and participating in a group treatment, which might explain their increase in active coping strategies. Results with our sample of first episodes patients are partly in accordance with the studies of Lysaker et al.,^{10, 13, 14} which investigated personality and coping in schizophrenia and linked Neuroticism to active and passive coping outcome and, linked Extraversion and Agreeableness to active coping outcomes.

There are of course limitations to this study. Unfortunately, we did not have information about the participants' personality traits prior to their first episode of psychosis, and personality disorders were not assessed either. Our sample also includes a heterogeneous group of diagnoses, which is often a problem when working with people in early psychosis. The relatively small sample size was also a limitation. The refusal rate was also a limitation. Our sample represents a group of first episode patients willing to participate in a trial. The strengths of this study include the use of a blind design and valid instruments that do not confound personality traits and outcome measures. The selection of outcome variables linked to symptoms as well as coping strategies was also a strength.

CONCLUSION

The findings from this research suggest that young people with a first episode of psychosis present with unique individual characteristics. The finding that specific profiles and traits in individual with a first episode of psychosis are linked to specific treatment outcomes in group-based CBT and skills training opens the door to future studies investigating profiles and traits as linked to treatment adherence or outcomes to specific treatments.

ACKNOWLEDGEMENTS

This work is part of a larger study led by Dr. Tania Lecomte of the Université de Montréal and Dr. Claude Leclerc of the Université du Québec à Trois-Rivières that was supported by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). We would like to thank the participants who took part in this study; as well as the mental health clinicians and research assistants from Montreal, Trois-Rivières, Vancouver and Fraser Health Authorities.

REFERENCES

1. Bleuler E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (Zinkin J, Transl), Oxford, England: International Universities Press, 1950 (original work published in 1911).
2. Kraepelin E. *Dementia Praecox and Paraphrenia* (Barclay RM Transl), NY: Krieger Publishing Company, 1971 (original work published in 1919).
3. Donat DC, Geczy B, Helmrich J, Lemay M. Empirically derived personality subtypes of public psychiatric patients: Effect on self-reported symptoms, coping inclinations and evaluation of expressed emotion in caregivers. *J Pers Assess* 1992; **58**: 36-50.
4. Tien AY, Costa PT, Eaton WW. Covariance of personality, neurocognition and schizophrenia spectrum traits in the community. *Schizophr Res* 1992; **7**:149-158.
5. Beauchamp MC, Lecomte T, Lecomte C, Leclerc C, Corbière M. Do people with a first episode of psychosis differ in personality profiles? *Schizophr Res* 2006; **85**: 162-167.
6. Hogg B, Jackson HJ, Rudd RP, Edwards J. Diagnosing personality disorders in recent-onset schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1990; **178**: 194-199.
7. Smith TE, Shea MT, Schooler NR, Levia H, Deutsch A, Grabstein E. Studies of schizophrenia: Personality traits in schizophrenia. *Psychiatry* 1995; **58**: 99-112.
8. Kentros MD, Smith TE, Hull J. Stability of personality traits in schizophrenia and schizoaffective disorder: a pilot project. *J Nerv Ment Dis* 1997; **185**: 549-555.

9. Gurrera RJ, Nestor PG, O'Donnell BF. Personality traits in schizophrenia: comparison with community sample. *J Nerv Ment Dis* 2000; **188**: 31-35.
10. Lysaker PH, Bryson GJ, Marks KA, Greig T, Bell MD. Coping in schizophrenia: Associations with neurocognitive deficits and personality. *Schizophr Bull* 2004; **30**: 113-121.
11. Costa PT, McCrae RR. *The NEO personality inventory manual*, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1985.
12. Hulbert CA, Jackson HJ, McGorry PD. Relationship between personality and course and outcome in early psychosis: A review of the literature. *Clin Psychol Rev* 1996; **16**: 707-727.
13. Lysaker PH, Bell MD, Kaplan E, Greig TC, Bryson GJ. Personality and psychopathology in schizophrenia: the association between personality traits and symptoms. *Psychiatry* 1999; **62**: 36-48.
14. Lysaker PH, Wilt MA, Plaseck-Hallberg CD, Brenner C, Clements CA. The association of personality with symptoms and coping in schizophrenia *J Nerv Ment Dis* 2003; **191**: 80-86.
15. Couture S, Lecomte T, Leclerc C. Personality Characteristics and Attachment in First Episode Psychosis: Impact on Social Functioning. *J Nerv Ment Dis* 2007; **195**: 631-639.
16. Pillmann F, Blöink R, Balzuweit S, Haring A, Marneros A. Personality and social interactions in patients with acute brief psychoses. *J Nerv Ment Dis* 2003; **191**: 503-508.
17. Lysaker PH, Lancaster RS, Neess M, Davis LW. Neuroticism and visual memory impairments as predictors of the severity of delusions in schizophrenia.

- Psychiatry Res* 2003; **119**: 287-292.
18. Camisa KM, Bockbrader MA, Lysaker PH, Rae LL, Brenner C, O'Donnell BF. Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Res* 2005; **133**: 23-33.
 19. Berenbaum H, Fujita F. Schizophrenia and personality: Exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome. *J Abnorm Psychol* 1994; **103**: 148-158.
 20. Lysaker PH, Bell MD, Kaplan E, Bryson G. Personality and psychosocial dysfunction in schizophrenia: The association of extraversion and neuroticism to deficits in work performance. *Psychiatry Res* 1998; **80**: 61-68.
 21. Bagby RM, Bindseil KD, Schuller DR. Relationship between the five-factor model of personality and unipolar, bipolar and schizophrenic patients. *Psychiatry Res* 1997; **70**: 83-94.
 22. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *J Psychopathol Behav Assess* 2005; **27**: 101-114.
 23. Dinzeo TJ, Docherty NM. Normal Personality Characteristics in Schizophrenia: A Review of the literature Involving the FFM. *J Nerv Ment Dis* 2007; **195**: 421-429.
 24. Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality and the mood and anxiety disorders. *J Abnorm Psychol* 1994; **103**: 103-116.
 25. Diener E, Smith H, Fujita F. The personality structure of affect. *J Pers Soc Psychol* 1995; **69**: 130-141.
 26. Dinzeo TJ, Cohen AS, Nienow, TM, Docherty NM. Stress and arousability in

- schizophrenia. *Schizophr Res* 2004; **71**: 127-135.
27. Horan WP, Subotnik KL, Reise SP, Ventura J, Nuechterlein KH. Stability and clinical correlates of personality characteristics in recent-onset schizophrenia. *Psychol Med* 2005; **35**: 995-1005.
 28. Dalkin T, Murphy P, Glazebrook C, Medley I, Harrison G. Premorbid personality in first-onset psychosis. *Br J Psychiatry* 1994; **164**: 202-207.
 29. Cuesta MJ, Gil P, Artamendi M, Serrano JF, Peralta V. Premorbid personality and psychopathological dimensions in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2002; **58**: 273-280.
 30. Keshavan MS, Duggal HS, Veeragandham G, McLaughlin NM, Montrose DM, Haas GL, Schooler NR. Personality dimensions in first-episode psychoses. *Am J Psychiatry* 2005; **162**: 102-109.
 31. Gleeson JF, Rawlings D, Jackson HJ, McGorry PD. Agreeableness and Neuroticism as Predictors of Relapse After First-Episode Psychosis: A prospective follow-up study. *J Nerv Ment Dis* 2005; **193**: 160-169.
 32. Lecomte T, Leclerc C, Wykes T, Wallace C J, Spidel A. Group cognitive behaviour therapy or social skills training for individuals with a first episode of psychosis? Results of a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis* 2008; **196**: 866-875.
 33. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders*, Patient edn. NY: Biometrics Research Department, 1997.
 34. Costa PT, McCrae RR. *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*, Odessa, FL:

- Psychological Assessment Resources, 1992.
35. Hoekstra HA, Ormel J, de Fruyt F. *Neo Personality questionnaires NEO-PI-R, NEO-FFI manual* (in Dutch), Lisse, The Netherlands: Swet & Zeitlinger B.V., 1996.
 36. Lukoff D, Nuechterlein K, Ventura J. Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Schizophr Bull* 1986; **12**: 578-602.
 37. Ventura J, Green MF, Shaner A, Liberman RP. Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale. *Int J Methods Psychiatr Res* 1993; **3**: 221-44.
 38. Dingemans PMAJ, Linszen DH, Lenior ME, Smeets RMW. Component Structure of the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-E). *Psychopharmacology* 1995, **122**: 263-267.
 39. Edwards JR, Baglioni AJ. The measurement of coping with stress: Construct validity of the Ways of Coping Checklist and the Cybernetic Coping Scale. *Work stress* 1993; **7**: 17-31.
 40. Guppy A, Edwards JA, Brough P, Peters-Bean KM, Sale C, Short E. The psychometric properties of the short version of the Cybernetic Coping Scale: A multigroup confirmatory factor analysis across four samples. *J Occup Organ Psychol* 2004; **77**: 39-62.
 41. Hair Jr JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate Data Analysis*, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1998.

Table 1. Means and Confidence Intervals on Outcome Measures at Pretreatment (T0) and 3 Months (T1)

Variable	Group	T0		T1	
		M	CI	M	CI
BPRS total	CBT	43.11	39.4-46.8	37.03	33.9-40.1
	SM	41.52	37.5-45.6	36.35	32.3-40.4
	Control	40.22	36.5-43.9	37.98	30.4-45.5
BPRS positive ¹	CBT	2.05	1.7-2.3	1.49	1.2-1.7
	SM	2.17	1.8-2.5	1.29	1.0-1.6
	Control	1.95	1.6-2.3	1.21	0.8-1.6
BPRS negative ²	CBT	1.85	1.6-2.1	1.63	1.3-1.9
	SM	1.86	1.4-2.3	1.54	1.2-1.9
	Control	1.49	1.2-1.8	1.32	0.8-1.8
Cybernetic coping active	CBT	42.90	39.5-46.3	50.62	47.2-54.0
	SM	46.19	41.1-51.2	48.67	45.9-51.5
	Control	47.89	42.3-53.5	45.64	40.8-50.5
Cybernetic coping passive	CBT	31.50	27.4-35.6	32.30	29.5-35.1
	SM	33.27	29.1-37.5	30.46	28.0-32.9
	Control	30.84	26.8-34.9	29.40	24.7-34.1

¹Items: grandiosity, suspiciousness, hallucinations, unusual thought content, disorientation, and conceptual disorganization

²Items: self-neglect, blunted affect, emotional withdrawal, motor retardation, and uncooperativeness

Table 2. Linear Regression Analysis of the Main Effects of Personality Traits as Predictor for Outcome Coping Variables

		R^2	F	N	β	t
Enter method						
	Cybernetic coping active	0.242	4.014**	68		
	N				.149	1.208
	E				.240	1.722
	O				.124	.906
	A				.062	.468
	C				.129	.858
Stepwise method						
	Cybernetic coping active	0.169	13.597***	68	.411	3.687***
Stepwise method						
	Profile 1 Cybernetic coping active	0.262	6.050*	18	.512	2.460*
Stepwise method						
	Profile 3 Cybernetic coping active	0.141	4.583*	29	-.375	2.141*

Enter method

Cybernetic coping passive

0.109 1.563 69

N .209 1.581

E -.099 -.672

O -.092 -.624

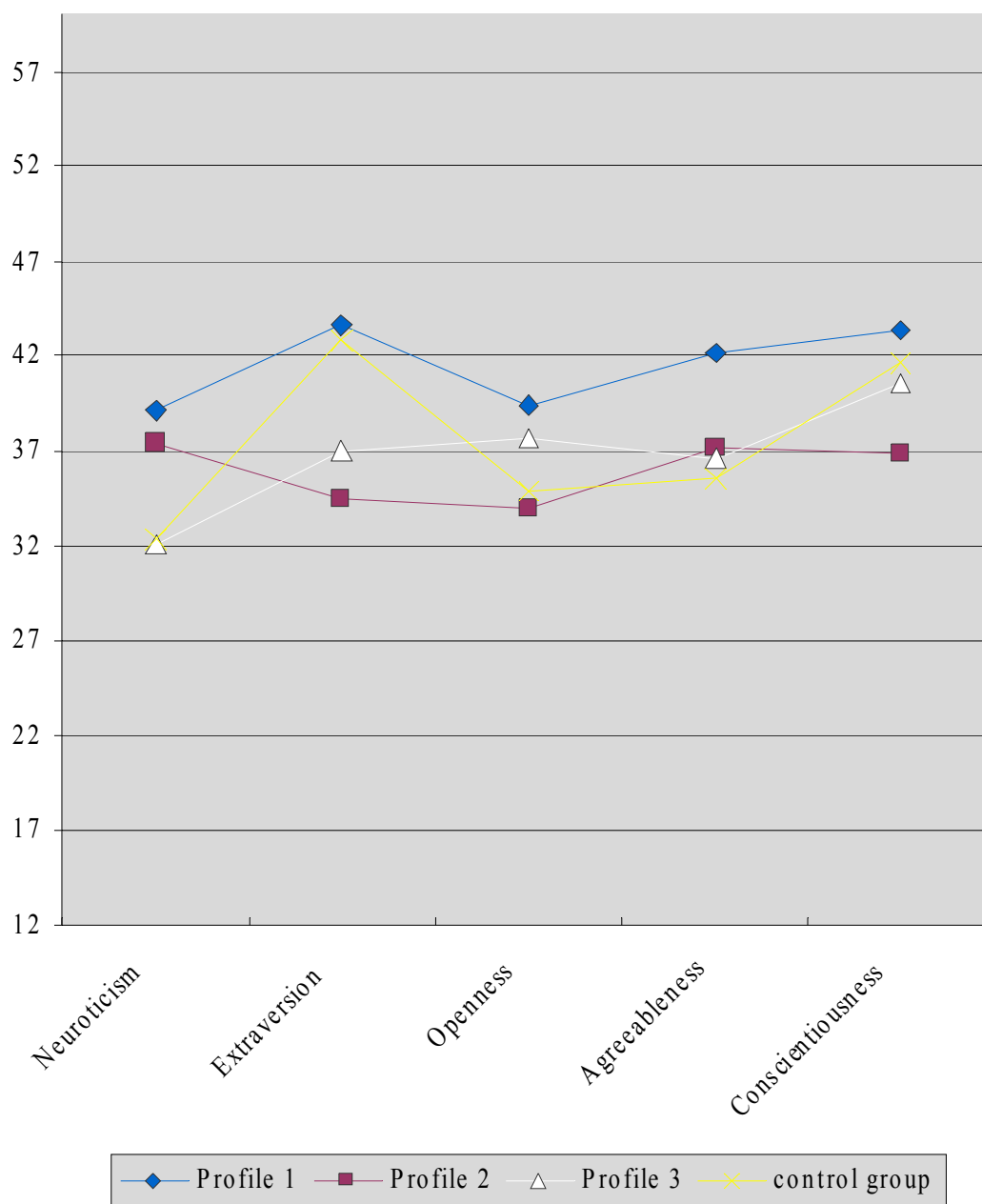
A .081 .567

C .279 1.757

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

N = Neuroticism; E = Extraversion; O = Openness; A = Agreeableness; C =
Conscientiousness

Figure 1. Profiles of the Three Clusters According to the Personality Traits (*NEO-FFI* scores) and Profile of non-clinical control group (Beauchamp et al., 2006)



Article 3

Do personality traits matter when choosing a group therapy for early psychosis?

Article soumis pour publication le 2 juin 2010 dans

Psychology and Psychotherapy

Do personality traits matter when choosing a group therapy for early psychosis?

Marie-Chantal Beauchamp, Ph. D. candidate

Department of Psychology, Université de Montréal

Tania Lecomte, Ph. D.

Department of Psychology, Université de Montréal

Conrad Lecomte, Ph. D.

Department of Psychology, Université de Montréal

Claude Leclerc, Ph. D.

Department of Nursing, Université du Québec à Trois-Rivières

Marc Corbière, Ph. D.

Department of Rehabilitation, Université Sherbrooke

Address correspondence to:

Tania Lecomte, Ph. D.

Associate Professor, Department of Psychology

University of Montreal,

Bur C-358, 90 rue Vincent d'Indy,

C.P. 6128, Succ. Centre-Ville,

Montréal, QC, H3C 3J7

Tel: 514-343-6274, Fax: 514-343-2285

Do personality traits matter when choosing a group therapy for early psychosis?

Abstract

Objectives: This study aimed at determining the predictive value of personality traits, based on the Five Factor Model of personality (FFM), on therapeutic outcomes accordingly to specific group treatments for first episode psychosis: cognitive behavioral therapy (CBT) or skills training for symptom management (SM).

Methods: One hundred and twenty-nine individuals with early psychosis were recruited to participate in a randomized controlled trial (RCT). Participants were randomized to one of two group treatments or to a wait-list control group. Measures included a personality inventory (NEO-FFI) and outcome measures of symptomatology (BPRS-E) and coping strategies (CCS).

Results: Links were found between personality traits, symptoms and coping outcome measures, according to specific group treatments. Personality traits were particularly linked to therapeutic changes in active coping strategies, with Conscientiousness accounting for 14% of the variance in the CBT group, Extraversion accounting for 41% of the variance in the SM group, and Openness to experience accounting for 22% of the variance in the control group.

Conclusions: Individual differences in personality traits for people with early psychosis should be considered when offering psychosocial treatments, since it

appears that those with specific traits might benefit more than others in specific group interventions, particularly for interventions that do not solely aim at improving symptoms.

Key Word: Coping Outcome; First-episode Psychosis; NEO-PI-R; Personality traits; Symptoms Outcome.

INTRODUCTION

Ever since Gordon Paul (1966), there has been a growing interest in psychotherapy research to not only determine what works in terms of treatment, but also what works for whom, i.e. the attempt to match client characteristics to specific treatment approaches. As such, the demand for efficacy studies in psychotherapy has increased markedly in the last decade, particularly for specific clienteles. For instance, the American Psychological Association have developed guidelines for treating specific disorders such as schizophrenia, based on empirically supported therapies (1997, 2005). However, studies and meta-analyses are showing that not everyone with the same diagnosis will respond to the same treatment in a similar manner (Wykes et al., 2008; Tarrier & Wykes, 2004). For example, even if many individuals are helped by psychological therapies for psychosis for instance, different outcomes are observed between those with early psychosis and those with relatively stable persisting symptoms (Garety, 2003; Morisson, 2009), and even between various treatments offered to the same type of clientele (Wykes et al., 2008; Tarrier & Wykes, 2004).

Given the growing consensus that early intervention should be offered for people experiencing their first psychotic episodes (Garety, 2003; Morisson, 2009), more studies are warranted in order to identify which specific psychological or psychosocial treatments work best for which young individuals diagnosed with early psychosis. As is now recognized, psychotherapy involves a complex interaction between two or more persons and many variables need to be taken into account in order to produce positive clinical results (Roth & Fonagy, 2005; Lecomte & Lecomte,

2002). Suffering, insight, the therapeutic approach, the therapist's and client's characteristics and expectations as well as the therapeutic alliance between the two, or the group cohesion at times, are all examples of the multitude of potential variables which need to be considered. Only some of these will be looked at here, namely two therapeutic approaches (what) and some client characteristics (for whom).

What (treatment)

Of the existing psychological treatments for psychosis, there is growing proof that cognitive-behaviour therapy (CBT) is an evidenced-based intervention (Tai & Turkington, 2009; Wykes et al., 2008) for individuals with psychosis. Yet, there are other evidenced-based interventions for individuals with psychosis (Dickerson & Lehman, 2006; Dixon et al., 2009), also focusing on decreasing distress and improving coping strategies with symptoms, such as some of Liberman's social skills training modules - namely the symptom management module (Liberman et al., 1988). Until recently, no randomized controlled trial compared these two evidenced-based interventions with individuals having recently experienced psychosis. This recent trial by our team revealed that both group treatments are effective in diminishing symptoms, that the CBT intervention had stronger effects on self-esteem, coping and social support, and that not everyone benefited in the same way from each group therapy (see Lecomte et al., 2008). This trial offers the unique opportunity to look into the 'what works for whom' question with two recognized treatments using different therapeutic ingredients, with a control comparison group.

Whom (client)

Previous studies in psychotherapy have showed that a number of a priori client variables were often predictive of clinical outcomes. For individuals with delusions, for example, a lower level of conviction in these beliefs before the treatment has been found to be a good predictor of success in CBT for psychosis (Garety et al., 1997; Brabban et al., 2009). The influence of neurocognitive deficits on skill acquisition has been reported as important --even more than psychotic symptoms, for people receiving social skills training (Smith et al., 1999; Mueser et al., 1991). Among the contributions of client variables on therapy outcomes, a 'common sense' view in psychotherapy is that individual differences, such as personality, will influence behavior during the course of the illness and potentially contribute to the treatment's outcomes. As such, personality dispositions derived from the Five-Factor Model (Neuroticism, Extraversion, Openness to experience, Agreeableness and Conscientiousness) are being increasingly studied (Lysaker et al., 2004; Hulbert et al, 1996; Lysaker et al., 1999; Lysaker et al., 2003). For instance, the Neuroticism and Extraversion personality traits have been found to play an important role in explaining the significant variations in the experience of stress across individuals faced with similar stressors (such as a first episode psychosis) (Dinzeo & Docherty, 2007; Clark et al., 1994; Diener et al., 1995).

Although various studies have been published describing personality characteristics in schizophrenia (Gurrera et al., 2000; Lysaker et al., 2004; Pillman et

al., 2003; Lysaker et al., 2003; Camisa et al., 2005; Kentros et al., 1997; Berenbaum et al., 1994; Lysaker et al., 1998; Bagby et al., 1997), to date it appears that no one has examined how personality traits can affect treatment outcomes according to the treatments offered in early psychosis.

Purpose of the study

Our study aims at determining how personality traits are linked to treatment outcomes for two recognized treatments offered to individuals with early psychosis. Specifically, the current study asks the following question: According to the Five Factor Model of personality, are there specific personality traits which contribute to specific group treatment responses, both in regards to symptoms and coping strategies? Previously, our research team has demonstrated that personality traits remain stable overtime, regardless of fluctuations in symptoms (Beauchamp et al., 2006), suggesting that personality traits are more likely to influence coping strategies, given that these are related to individual choices of how one reacts when confronted with stressors, rather than symptomatic outcomes.

METHODS

Participants

This study was part of a larger randomized controlled trial on early psychosis, which examined the effectiveness of a cognitive behaviour therapy group (CBT)

compared to a social skills training group on symptom management (SM) and to a wait-list control group (Lecomte et al., 2008). The study took place in two Canadian provinces, Quebec and British Columbia and included 129 participants. In order to be included in the study, individuals had to be aged between 18 and 35, currently presenting with psychotic symptoms (delusions or hallucinations), and needed to have had their first episode of psychosis within the past two years. Participants also needed to be able to consent to the study, and present basic reading and writing skills in French or in English. A brief yes-no questionnaire covering the essential information regarding the study was administered to verify informed consent. Though schizophrenia spectrum primary diagnoses were preferred, individuals with unclear psychotic-related diagnoses when referred to the study were also accepted: each DSM-IV diagnosis was verified with the computer-assisted SCID-I (First et al., 1997). See Table 1 for socioeconomic information and diagnosis.

Instruments

All the instruments have been validated in French and English with people with severe mental illness and, as described further on, have adequate psychometric properties.

Personality traits were assessed with the NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992). The NEO-FFI is a shorter version of the NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992); both self-report instruments corresponding to the Five Factor Model of personality have been previously used in others studies of

personality and schizophrenia (Kentros et al., 1997; Gurrera et al., 2000; Lysaker et al., 2003; Bagby et al., 1997). The NEO-FFI contains 60 statements (12 for each of the five domains) describing stable and enduring attitudes and behaviours and is rated on a five-point Likert scale, ranging from «strongly disagree = 1» to «strongly agree = 5». Each score for the five scales ranges from 12 to 60. The NEO-FFI assesses the following personality dimensions: Neuroticism (emotional adjustment vs. instability), Extroversion (sociability vs. reserve), Openness to experience (wide interests vs. conventional beliefs and attitudes), Agreeableness (concerned interpersonal style vs. antagonism), and Conscientiousness (sense of organization vs. unreliability). The NEO-FFI has demonstrated satisfactory to excellent construct validity (Costa & McCrae, 1992; Hoekstra et al., 1996) and moderate to good internal reliability (Costa & McCrae, 1992; Hoekstra et al., 1996).

The participants' symptoms were assessed with the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale-Expanded (BPRS-E; Lukoff et al., 1986; Ventura et al., 1993). This widely used semi-structured interview assesses the frequency and the severity of 24 different psychiatric symptoms outcomes in the past two weeks, including positive symptoms (grandiosity, suspiciousness, hallucinations, unusual thought content, disorientation, and conceptual disorganization) and negative symptoms (self-neglect, blunted affect, emotional withdrawal, motor retardation, uncooperativeness) of schizophrenia. Each item is rated on a seven-point scale, ranging from «not present» through «extremely severe»; a higher score indicates more severe symptoms. Only clinically trained graduate level interviewers who met interraters reliability according to the UCLA gold standard conducted the interviews (i.e. consensus rating reached on

six interviews before conducting BPRS interview). The BPRS-E has been reported to have high levels of interrater reliability (Ventura et al., 1993) and good internal consistency with schizophrenia and affective symptoms (Dingemans et al, 1995).

Coping strategies were assessed using the short version of the Cybernetic Coping Scale (CCS; Edwards & Baglioni, 1993). This self-report instrument contains 20 items, describing active (change the situation, accommodation, and symptom reduction dimensions) and passive (devaluation and avoidance dimensions) coping strategies when confronted with stressors. It is rated on a seven-point Likert scale ranging from «never» to «very often»; a high score indicates frequent use of that strategy. The shorter version of the CCS presents adequate construct validity (Edwards and Baglioni, 1993) and internal reliability (Guppy et al., 2004).

Procedure

Participants were referred to the study by clinicians working at participating Early Psychosis Intervention programs or community mental health clinics, once they had been discharged from the hospital and considered "stabilized" by their psychiatrist. Following informed consent, clinical interviews were conducted by graduate-level trained research assistants. At first, diagnoses using the SCID, medical and sociodemographic questions and the BPRS were administered, followed by a series of self-reported scales, including the CCS. All participants were assessed before randomization, as well as three months later (post-treatment), nine months (six months post-treatment), and fifteen months (one year post-treatment). For the purpose

of this study, only the baseline and three-month follow-up are considered, in order to establish immediate effects of personality traits on outcomes. We also only selected to investigate the effects on the BPRS and CCS, given that other studies have suggested links between personality traits and these specific concepts (Lysaker et al., 1999; Lysaker et al., 2003; Bagby et al., 1997; Lysaker et al., 2004).

Participants were randomized to one of three groups: a Cognitive-Behavioral Therapy group (CBT), a Skills training for Symptom Management group (SM), or wait-list control group. All groups also received treatment as usual. The two intervention groups lasted 24 sessions, twice a week for three months. Two trained co-therapists conducted the group sessions, which were videotaped and rated for quality control.

Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)

Prior to conducting the CBT group, therapists were briefly trained on using the CBT manual written by T. Lecomte, C. Leclerc and T. Wykes (Lecomte et al., 2003). The manual was developed for young individuals in early psychosis and contains four sections: 1) Stress: how it affects me; 2) Testing hypotheses and looking for alternatives; 3) Drugs, alcohol and how I feel and; 4) Coping and competence. The manual follows a positive approach, with emphasis on reaching personal goals, while teaching CBT techniques and principles, such as normalization, self-monitoring of thoughts, checking facts, seeking alternatives, and finding coping strategies for stress or symptoms that work for each person.

Skills training for Symptom Management (SM)

In this study, the social skills training group given by therapists was the Symptom Management (SM) module developed by UCLA Psychiatric Rehabilitation Consultants (Lieberman et al., 2008). The manual emphasizes the learning of four skill areas: 1) Identifying warning signs of relapse; 2) Managing warning signs; 3) Coping with persistent symptoms and; 4) Avoiding alcohol and street drugs. Each skill area includes: Introduction to the skill area, Videotape questions and answers, Role-plays, Resource management, Outcome problems, In vivo exercises and, Homework assignments. The therapeutic approach differs from the CBT intervention in that it aims at teaching specific interaction styles and behaviours by using repetition and positive reinforcement. As can be noticed, coping strategies are an important part of this treatment as well.

Analyses

All analyses were conducted with SPSS version 15.0 for Windows.

Participants and Groups

In order to ensure that outcomes were not merely reflecting differences at baseline between groups, one-way ANOVAs were conducted on baseline measures. If

significant results were found, Tuckey' post hoc tests were performed to determine the specific differences. ANOVAs were also conducted on drop-outs in comparison to participants having completed the study.

Personality effects analysis

First, individual change scores between baseline and post treatment (T1-T0) were computed for each of the dependent variables. Second, *t*-tests were examined to evaluate if there were any significant gender difference on change scores. Third, Pearson's correlations were used to investigate associations between each outcome and personality traits in each group, in order to target favourable associations to be included in the regression analyses. Finally, linear regression analyses (using Stepwise method) were carried out for each treatment group in order to determine which personality traits were the strongest predictors of the outcomes targeted.

RESULTS

Participants and Groups

Socioeconomic and diagnostic information for the participants and groups are described in Table 1. Only participants having participated to more than two-thirds (66% of the interventions or 16/ 24 sessions) were included in the analyses. No group differences were found on any of the baseline dependent variables (P-values ranging from 0.078 to 0.863). No group differences on gender distribution ($F(2, 122)=1,383$,

$p=0.255$) or on age ($F(2, 122)=0,102, p<0.903$) were found. In addition, no differences were found between the CBT and SM groups on percentage of recorded sessions attended ($p=0.623$). No differences on any of the baseline dependent variables were found either, between the drop-out participants and those who pursued treatment (P -values ranging from 0.148 to 0.944). Personality trait differences were examined between groups. Except for Neuroticism ($F(2, 128)=4,506, p<0.05$) and Agreeableness ($F(2, 128)=3,691, p<0.05$), no group differences appeared on personality traits (P -values ranging from 0.557 to 0.873). Tukey Post Hoc Tests revealed that the difference was between the CBT group and Control group-- the CBT group presenting lower Neuroticism and Agreeableness compared to the Control group at baseline. Regarding personality trait differences between drop-outs and completers, no significant differences were found (P -values ranging from 0.103 to 0.930).

Personality effects

Change scores between baseline and post-treatment (T1-T0) for symptoms and coping variables were computed. No gender differences were found on any of the variables (P -values ranging from 0.187 to 0.815). Clinical significance was ascertained by comparing the results with pre-established norms and by improvements bringing the individuals close to 'normal functioning' (Jacobson & Truax, 1991). Regarding norms, a drop in BPRS scores of two or more on any BPRS item is indicative of a clinical improvement in that area (Nuechterlein et al., 2006).

Therefore, a drop of ten points on the total score for the CBT group reflects a significant improvement for most participants. A closer look at the data reveals that from baseline (T0) 35% ($N=12$) of the CBT group dropped more than 10 points at T1 on the BPRS total score, compared to 34% ($N=11$) at T1 for the SM group and 20% ($N=3$) at T1 for the control group. The active coping scores were significantly lower at T0 for our sample than the population mean (Edwards & Baglioni, 1993), but similar to those of long-term inpatients with severe mental illness (Lecomte et al., 1999). However, at T1, 51% ($N=23$) of the CBT group, 49% ($N=23$) of the SM group and 36% ($N=10$) of the control group met the general population mean. The coping passive scores for our sample did not meet the population mean at T0 and T1 (Edwards & Baglioni, 1993), but similar to those of long-term inpatients with severe mental illness (Lecomte et al., 1999).

Pearson correlations were undertaken to examine the relationship between change scores and personality traits in subgroups. We noted a significant relationship between Agreeableness and the change score for the BPRS positive symptoms in the CBT group, with lower levels of the trait related to greater improvement (agreeableness: $r = -0.315$, $p < 0.05$); and similarly between lower levels of Openness and greater improvement for the BPRS positive symptoms in the SM group (openness: $r = -0.296$, $p < 0.05$). For the change score for the BPRS negative symptoms, only Conscientiousness was significantly associated and only for the control group, with lower levels of the trait related to greater improvement (conscientiousness: $r = -0.677$, $p < 0.05$). In the CBT group, the change score on the active coping scale was correlated with Conscientiousness, with higher levels of the

trait related to greater improvement ($r = 0.379, p < 0.05$); whereas in the SM group, the change score on the active coping scale was positively correlated with Extraversion ($r = 0.637, p < 0.01$), Openness ($r = 0.452, p < 0.05$), and Agreeableness ($r = 0.486, p < 0.05$). In the Control group, the change score on the active coping scale was correlated with Openness, with higher levels of the trait related to greater improvement ($r = 0.471, p < 0.05$). Only for the SM group, the change score on the passive coping scale was correlated to Openness, with higher levels of the trait related to greater improvement ($r = 0.441, p < 0.05$).

When using the Stepwise method for linear regression analyses, no personality traits remained in the equation when attempting to predict symptomatic change scores. However, as can be seen in Table 2, results show that the Conscientiousness personality trait predicted 14% of the explained variance in active coping for the CBT group ($\beta = .379, p < .05$), whereas the Extraversion personality trait was the strongest predictor of change in active coping for the SM group, with 40% of the explained variance ($\beta = .637, p < .01$), and Openness to experience predicted 22% of the explained variance again in active coping but for the Control group ($\beta = .471, p < .05$).

DISCUSSION

The present study offered the unique opportunity to look into the role of personality dimensions regarding the clinical outcomes of two recognized treatments for early psychosis. Given that individuals do not all benefit equally from the same

treatments (Lecomte et al., 2008), we might be able to improve treatments effects by targeting interventions that are more likely to be effective for specific individuals, given their personality traits. The results presented here support the contributions of individual variables such as personality traits to clinical outcomes, and highlight the importance of avoiding the ‘one-size fits all’ model when treating individuals with early psychosis. Though our results corroborate with those of other studies suggesting that personality traits are linked to symptoms (Lysaker et al., 1999; Lysaker et al., 2003; Bagby et al, 1997); this link was not strong here and did not emerge in the regression analysis suggesting that, at least in early psychosis, personality traits do not strongly predict symptomatic outcomes. However, our results do support other studies suggesting that individual differences in terms of personality traits can affect social competencies (Lysaker et al., 2004, Lysaker et al., 2003), such as one’s use of active coping strategies. Many might not consider coping strategies as a central clinical outcome, but coping strategies when faced with important stressors, or daily stressors, can greatly influence one’s capacity to prevent relapse and to remain active in the community (Ventura et al., 2004).

Whom & What

Characteristics of normal personality have been measured in those with early psychosis and then linked to improvement in terms of symptoms and coping, accordingly to whether individuals were in the CBT, SM or Control groups. Some authors (Morrison, 2009; Saksä et al., 2009) have suggested that individuals with

early psychosis might benefit more from group CBT than from individual CBT. Our results here suggest that specific traits might significantly contribute to one's success in group therapy, but that some might do better in group CBT whereas others might benefit more from group skills training for symptom management. For instance, CBT groups aim to help individuals understand their thoughts and beliefs, linking them with their symptoms, behaviours and emotions, and therefore encourage clients to insight and to self-reflection about themselves in different ways. Interestingly, it is the Conscientiousness personality dimension for individuals in the CBT group that explains part of the variance (14%) regarding the active coping outcome. So, those who present with good self-discipline, a goal-oriented attitude, and who are well-organized could possibly benefit more from CBT. In comparison, the SM group addresses symptom management in a more interactive manner, with individuals often encouraged to conduct role-plays. It is therefore not surprising that the Extraversion personality dimension explains the greatest part of the variance (41%) for the SM group regarding the active coping outcome. So, those who present a certain ability for social interactions and are naturally inclined for seeking social support, seem to benefit more from SM. Moreover, in the control group, it is the Openness to experience personality dimension that seems to explain part of the variance (22%) regarding the active coping outcome. Therefore, individuals in early psychosis who are naturally flexible and creative could possibly develop by themselves skills to cope with their symptoms, without group therapy in addition to treatment as usual.

There are some limitations to this study. Our findings include a heterogeneous group of diagnoses, which is often a problem when working with people in early

psychosis. The relatively small sample size is also a limit. One of the strengths of this study lies in its use of a blind design and valid instruments that do not confound personality traits and outcome measures. The selection of outcome variables linked to symptoms as well as psychosocial aspects was also a strength.

CONCLUSION

The findings of this study support the importance of assessing personality traits prior to offering a group intervention for individuals with early psychosis, especially when considering very interactive and dynamic interventions such as skills training. More studies are warranted in order to investigate links between personality traits and treatment adherence or outcomes for specific treatments. Moreover, these studies should also focus on therapist's and relationship variables, in order to really explain 'what works for whom', and 'under what circumstances'.

ACKNOWLEDGEMENTS

This work is part of a larger study led by Dr. Tania Lecomte of the Université de Montréal and Dr. Claude Leclerc of the Université du Québec à Trois-Rivières that was supported by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). We would like to thank the participants who took part in this study; as well as the mental health clinicians and research assistants from Montreal, Trois-Rivières, Vancouver and Fraser Health Authorities.

REFERENCES

- American Psychiatric Association (APA) (1997). Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *154*(4), 1-63.
- APA–American Psychiatric Workgroup on Schizophrenia (2005). *Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Schizophrenia* (2nd ed).
- Bagby, R. M., Bindseil, K. D., & Schuller, D. R. (1997). Relationship between the five-factor model of personality and unipolar, bipolar and schizophrenic patients. *Psychiatry Research*, *70*(2), 83-94.
- Beauchamp, M. C., Lecomte, T., Lecomte, C., Leclerc, C., & Corbière, M. (2006). Do people with a first episode of psychosis differ in personality profiles? *Schizophrenia Research*, *85*(1-3), 162-167.
- Berenbaum, H., & Fujita, F. (1994). Schizophrenia and personality: Exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(1), 148-158.
- Brabban, A., Tai, S., & Turkington, D. (2009). Predictors of Outcome in Brief Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(5), 859-864.
- Camisa, K. M., Bockbrader, M. A., Lysaker, P. H., Rae, L. L., Brenner, C., & O'Donnell, B. F. (2005). Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Research*, *133*(1), 23-33.
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(1), 103-116.

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Dickerson, F. B., & Lehman, A. F. (2006). Evidence-Based Psychotherapy for Schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *194*(1), 3-9.
- Diener, E., Smith, H., & Fujita, F. (1995). The personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(1), 130-141.
- Dingemans, P. M. A. J., Linszen, D. H., Lenior, M. E., & Smeets, R. M. W. (1995). Component Structure of the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-E). *Psychopharmacology*, *122*(3) 263-267.
- Dinzeo, T. J., & Docherty, N. M. (2007). Normal Personality Characteristics in Schizophrenia: A Review of the Literature Involving the FFM. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*(5) 421-429.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., Lehman, A., Tenhula W. N., Calmes, C., Pasillas, R. M., Peer, J., & Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin*, *36*(1), 48-70.
- Edwards, J. R., & Baglioni, A. J. (1993). The measurement of coping with stress: Construct validity of the Ways of Coping Checklist and the Cybernetic Coping Scale. *Work and Stress*, *7*(1), 17-31.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders*, Patient edn. New York, NY: Biometrics Research Department.
- Garety, P. A. (2003). The future of psychological therapies for psychosis. *World*

- Psychiatry*, 2(3), 147-152.
- Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P. E., Hadley, C., & Jones, S. (1997). London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for psychosis II: predictors of outcome. *British Journal of Psychiatry*, 171(5), 420-426.
- Guppy, A., Edwards, J. A., Brough, P., Peters-Bean, K. M., Sale, C., & Short, E. (2004) The psychometric properties of the short version of the Cybernetic Coping Scale: A multigroup confirmatory factor analysis across four samples. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 77(1), 39-62.
- Gurrera, R. J., Nestor, P. G., & O'Donnell, B. F. (2000). Personality traits in schizophrenia: comparison with community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(1), 31-35.
- Hoekstra, H. A., Ormel, J., & de Fruyt, F. (1996). *Neo Personality questionnaires NEO-PI-R, NEO-FFI manual* (in Dutch), Lisse, The Netherlands: Swet & Zeitlinger B.V.
- Hulbert, C.A., Jackson, H. J., McGorry, P. D. (1996). Relationship between personality and course and outcome in early psychosis: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 16(8), 707-727.
- Jacobson, N. S., & Truax P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Kentros, M. D., Smith, T. E., & Hull, J. (1997). Stability of personality traits in schizophrenia and schizoaffective disorder: a pilot project. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(9), 549-555.

- Lecomte, T., & Lecomte, C. (2002). Towards uncovering robust principles of change inherent to CBT for psychosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 50-57.
- Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T., Wallace, C. J., & Spidel, A. (2008). Group cognitive behaviour therapy or social skills training for individuals with a first episode of psychosis? Results of a randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(12), 866-875.
- Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T., & Lecomte, J. (2003). Group CBT for clients with a first episode of psychosis. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17(4), 375-384.
- Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, A. D., Wilde, J. B., Leclerc, C. & Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with chronic schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 406-413.
- Lieberman, R. P., Wallace, C. J., Eckman, T., & Wirshing, W. (1988). *Symptom Management Module-UCLA Social and Independent Living Skills*, Camarillo (CA): Psychiatric Rehabilitation Consultants.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K., & Ventura, J. (1986). Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 578-602.
- Lysaker, P. H., Bryson, G. J., Marks, K. A., Greig, T., & Bell, M. D. (2004). Coping in schizophrenia: Associations with neurocognitive deficits and personality. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 113-121.
- Lysaker, P. H., Bell, M. D., Kaplan, E., Greig, T. C., & Bryson, G. J. (1999). Personality and psychopathology in schizophrenia: the association between personality traits and symptoms. *Psychiatry*, 62(1), 36-48.

- Lysaker, P. H., Wilt, M. A., Plascsek-Hallberg, C. D., Brenner, C., & Clements, C.A. (2003). The association of personality with symptoms and coping in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(2), 80-86.
- Lysaker, P. H., Lancaster, R.S., Neess, M., & Davis, L.W. (2003). Neuroticism and visual memory impairments as predictors of the severity of delusions in schizophrenia. *Psychiatry Research, 119*(3), 287-292.
- Lysaker, P. H., Bell, M. D, Kaplan, E., & Bryson, G. (1998). Personality and psychosocial dysfunction in schizophrenia: The association of extraversion and neuroticism to deficits in work performance. *Psychiatry Research, 80*(1), 61-68.
- Morrison, A. P. (2009). Cognitive behaviour therapy for first episode psychosis: Good for nothing or fit for purpose? *Psychosis, 1*(2), 103-112.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Douglas, M. S., & Wade, J. H. (1991). Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. *Psychiatry Research, 37*(3), 281-296.
- Nuechterlein, K. H., Miklowitz, D. J., Ventura, J., & Gitlin, M. J. (2006). Classifying episodes in schizophrenia and bipolar disorders: Criteria for relapse and remission applied to recent-onset samples. *Psychiatry Research, 144*(2), 153-166.
- Paul, G. L. (1966). *Insight vs desensitization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Pillmann, F., Blöink, R., Balzuweit, S., Haring, A., & Marneros, A. (2003). Personality and social interactions in patients with acute brief psychoses. *Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(8), 503-508.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research, 2nd ed.* New York, NY: Guilford Press.

- Saksa, J. R., Cohen, S. J., Srihari, V. H., & Woods, S. W. (2009). Cognitive behavior therapy for early psychosis: a comprehensive review of individual vs. group treatment studies. *International Journal of Group Psychotherapy, 59*(3), 357-383.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Romanelli, S., Fertuck, E., & Weiss, K. A. (1999). Symptoms and Neurocognition as Rate Limiters in Skills Training for Psychotic Patients. *American Journal of Psychiatry, 156*(11), 1817-1818.
- Tai, S., & Turkington, D. (2009). The Evolution of Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Current Practice and Recent Developments. *Schizophrenia Bulletin, 35*(5), 865-873.
- Tarrier, N., & Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautions or cautionary tale? *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1377-1401.
- Ventura, J., Green, M. F., Shaner, A., & Liberman, R. P. (1993). Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale. *International Journal of Methods in Psychiatry Research, 3*(4), 221-244.
- Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Green, M. F., & Gitlin, M. J. (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research, 69*(2-3), 343-352.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin, 34*(3), 523-537.

Table 1. Socioeconomic Data and Diagnostic ($N=129$)

Variable	CBT	SM	Control
% male	65.2	75.0	82.8
Mean of Age (SD)	24.0 (4.6)	23.9 (6.2)	23.4 (4.6)
<i>Race (%)</i>			
White	72	71	48
Asian	17	4	8
First Nations	0	6	4
Other	11	19	40
Education (years of school completed)	12.8	12.6	12.5
Marital status (% single)	97.7	95.8	96.0
Age of the first hospitalization (SD)	21.4 (4.8)	21.9 (4.6)	22.4 (3.6)
<i>Diagnostic (%)</i>			
Schizophrenia spectrum ¹	53.6	58.7	54.4
Mood disorder (with psychotic features) ²	21.4	20.8	17.1
Psychotic disorder not otherwise specified	25.0	20.8	28.5
<i>NEO-FFI</i>			
Neuroticism	34.3 (4.0)	36.4 (5.0)	37.3 (5.2)
Extraversion	37.7 (6.0)	38.0 (4.8)	38.9 (4.5)

Openness	36.2 (4.7)	37.4 (3.9)	37.3 (4.2)
Agreeableness	37.4 (4.2)	38.8 (3.7)	39.2 (4.2)
Conscientiousness	40.1 (4.3)	40.4 (4.3)	39.7 (3.8)

¹Schizophrenia, schizophreniform or schizoaffective disorder

²Bipolar disorder, major depressive or dysthymic disorder

Table 2. Linear Regression Analysis of the Main Effects of Personality Traits as Predictor for Outcome Active Coping Variables

		R^2	F	β	t
Stepwise method					
CBT group Cybernetic coping active	C	0.144	4.709*	.379	2.170*
Stepwise method					
SM group Cybernetic coping active	E	0.405	12.270**	.637	3.503**
Stepwise method					
Control group Cybernetic coping active	O	0.222	4.86*	.471	2.204*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

E = extraversion; O = openness; C = conscientiousness

CONCLUSION

Résumé de la thèse

L'objectif général de cette thèse est d'approfondir notre réflexion quand à la relation entre les traits de personnalité et les résultats thérapeutiques de traitements psychosociaux offerts à des jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique. Dans le premier article, nous avons examiné: 1) si les personnes présentant un premier épisode psychotique différaient des autres personnes du même groupe d'âge (et ne présentant pas de symptômes positifs de la psychose) quant aux traits de personnalité; 2) si elles présentaient des profils similaires de personnalité et; 3) si l'on pouvait observer une stabilité temporelle des traits de personnalité dans cette clientèle. Nos résultats ont démontré une différence significative entre les deux échantillons comparés (clinique et non-clinique) quant à toutes les dimensions de la personnalité, confirmant ainsi des différences trouvées aussi dans d'autres études menées auprès d'une clientèle souffrant de la schizophrénie (Camisa et al., 2005; Lysaker & Davis, 2004; Lysaker, Wilt, Plascek-Hallberg, Brenner, & Clements, 2003; Pillmann, Blöink, Balzuweit, Haring, & Marneros, 2003). Ainsi, les jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique obtiennent des scores plus élevés aux échelles Névrosisme, Ouverture à l'expérience et Amabilité, et moindre aux échelles Extraversion et Esprit consciencieux que le groupe contrôle. Toutefois, comme attendu pour une population non-clinique, nos résultats ont révélé que les personnes ayant un premier épisode psychotique présentent différents profils de personnalité (trois dans notre échantillon dont deux qui ne sont pas spécifiquement liés aux symptômes psychotiques) et cela vient corroborer les résultats de Kentros et ses

collaborateurs (1997) et de Gurrera et ses collaborateurs (2000) notant que les traits de personnalité ne sont pas liés étroitement aux symptômes de la schizophrénie et doivent être considérés comme indépendants de ces derniers. De plus, comme mentionné dans d'autres études (Smith et al., 1995; Kentros, Smith, & Hull, 1997), nos résultats ont démontré que les traits de personnalité des jeunes adultes avec un premier épisode psychotique demeurent stables temporellement (à l'intérieur de trois mois), et ce, malgré les fluctuations (amélioration ou détérioration) des symptômes psychotiques. Ces premiers résultats ont ainsi mis de l'avant l'importance de l'unicité d'une personne même si elle partage avec d'autres des symptômes psychotiques tels que ceux de la schizophrénie.

Dans le deuxième article, nous avons exploré l'impact des caractéristiques de la personnalité sur les résultats de traitements psychosociaux en examinant: 1) les profils de personnalité avec un plus grand échantillon de personnes ayant vécu un premier épisode psychotique et 2) la valeur prédictive des traits de personnalité ou des profils sur l'amélioration des symptômes et des stratégies d'adaptation suite à des interventions psychosociales de groupe. Les résultats obtenus précédemment ont été confirmés soit la présence de trois profils de personnalité (dans notre échantillon) significativement distincts entre eux et indépendants des symptômes psychotiques. De plus, bien que nous ayons fait l'hypothèse que les traits de personnalité Névrosisme et Extraversion joueraient un rôle dans la réponse au traitement des jeunes adultes ayant vécu un premier épisode au niveau de leurs symptômes, aucun lien significatif n'a pu être rapporté. Ces résultats soulignent l'importance de mener plus d'études afin de confirmer l'absence de lien entre les caractéristiques de la

personnalité et le résultat symptomatologique dans le contexte de traitements spécifiques. Par ailleurs, les résultats suggèrent que les traits de personnalité et les profils peuvent jouer un rôle dans les résultats thérapeutiques quant à l'amélioration de l'utilisation de stratégies d'adaptation. Plus spécifiquement, les traits de personnalité selon l'approche des cinq facteurs semblent être des variables d'importance lorsqu'il s'agit de développer de nouvelles stratégies d'adaptation suite à la participation à des traitements psychosociaux de groupe tels que la TCC ou l'entraînement aux habiletés sociales visant la gestion des symptômes. En l'occurrence, le trait Extraversion s'est avéré être un facteur prédictif expliquant en partie la variance dans l'amélioration des stratégies actives d'adaptation, confirmant ainsi une hypothèse émise à partir des résultats des recherches de Lysaker et ses collaborateurs (1999, 2003, 2004). De plus, les profils de personnalité retrouvés dans cet échantillon prédisent eux aussi une partie de la variance dans l'amélioration des stratégies actives d'adaptation pour les personnes regroupées dans le profil 1 (sensiblement plus sociables, aimables et organisées) ayant vu une amélioration plus importante comparées aux deux autres profils. Ces résultats, en plus de renforcer l'idée que les jeunes adultes ayant vécu un premier épisode psychotique puissent se présenter avec une personnalité unique à chacun, est venu souligner l'importance d'investiguer le lien entre les traits de personnalité et la réponse à des traitements spécifiques.

Dans le dernier article, nous avons examiné: 1) le lien entre les traits de personnalité et les résultats thérapeutiques portant sur les symptômes et les stratégies d'adaptation comparant les groupes de traitement spécifique (TCC et entraînement

aux habiletés sociales visant la gestion des symptômes) et 2) quel(s) trait(s) de la personnalité permettent le mieux de prévoir quel(s) groupe(s) de traitement serait le plus efficace. Nos résultats ont démontré une relation significative entre certains traits de personnalité et l'amélioration symptomatologique selon le groupe de traitement offert, sans toutefois que ces traits ressortent comme variables prédictives. Par ailleurs, l'hypothèse formulée de trouver un lien entre les traits de personnalité et les résultats thérapeutiques quant aux stratégies d'adaptation, selon le type de traitement offert a été confirmée. Les résultats obtenus ont confirmé les études liant les différences individuelles de la personnalité et les compétences sociales telles que l'utilisation de stratégies actives d'adaptation (Lysaker, Bryson, Marks, Greig, & Bell, 2004; Lysaker, Wilt, Plascsek-Hallberg, Brenner, & Clements, 2003). Par ailleurs, nos résultats suggèrent que certains traits de personnalité contribuent au succès de certains traitements, comme le mentionnent Roth et Fonagy (2005). En l'occurrence, le trait Esprit consciencieux est le plus sollicité par la TCC et il contribue en partie à l'amélioration des stratégies actives d'adaptation. En comparaison, pour le groupe d'entraînement aux habiletés sociales visant la gestion des symptômes, le trait Extraversion explique une partie substantielle de l'amélioration quant aux stratégies actives d'adaptation. De plus, les personnes sur la liste d'attente et ne recevant pas de traitement additionnel (thérapie) sont avantagées partiellement quant aux stratégies actives d'adaptation si elles obtiennent un score élevé au trait Ouverture à l'expérience. Ces derniers résultats obtenus dans le cadre de cette recherche supportent une fois de plus l'importance de considérer les différences individuelles chez les jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique, notamment leurs traits de personnalité, lorsqu'il s'agit d'aider et de choisir le traitement psychosocial le

plus approprié.

Considérés dans leur ensemble, les résultats de ces trois articles indiquent que la recherche sur l'efficacité des traitements offerts à des personnes souffrant de premier épisode psychotique doit s'intéresser aux composantes essentielles responsables du changement, dont les caractéristiques individuelles de la personnalité. Nos résultats indiquent que ces différences individuelles se manifestent clairement de façon stable et distincte de la fluctuation des symptômes de la maladie, tout en ayant une importance dans le cours de la maladie et du traitement des personnes suite à un premier épisode psychotique.

Implications cliniques

Le caractère unique de toute personne qui consulte en psychothérapie est le postulat de base qui nous a conduit à l'étude de la contribution de la personnalité dans le traitement de troubles mentaux graves. Comme nous l'avons vu dans le chapitre d'introduction, ce concept de la personnalité semble évident dans la pratique clinique courante, alors qu'il est considéré comme moindre voire inexistant lorsqu'il s'agit du traitement auprès des personnes souffrant de troubles psychotiques. Le système diagnostique actuel utilisé dans la pratique courante de la psychiatrie présente ses limites, notamment la prédominance accordée aux troubles de l'axe I mais aussi l'évaluation restreinte en ne s'attardant qu'à la maladie même en ce qui concerne l'évaluation de la personnalité. Les résultats présentés dans le premier article supportent ce que certains cliniciens auprès de la clientèle des premiers épisodes

observent soient des différences individuelles et des caractéristiques dites «normales» de la personnalité. Une personne ne peut se résumer qu'à ses symptômes, même lorsque ceux-ci sont lourds et handicapants, et il faut d'autres moyens pour évaluer la personne au-delà de la maladie. Les résultats soulignent l'importance d'évaluer les traits de personnalité afin de retrouver cette perspective de l'aspect unique de chacun, des préférences et des ressources individuelles. En ce sens, l'outil abrégé du NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992), le NEO-FFI, est un questionnaire auto-rapporté qui offre aux thérapeutes une description spécifique des caractéristiques de la personnalité de l'individu qui consulte en thérapie, précisant les émotions, les pensées et les comportements. En ce sens, le DSM-V projette des modifications substantielles quant à l'évaluation diagnostique des traits et des troubles de personnalité, notamment en faisant le passage d'une approche catégorielle à une approche dimensionnelle comme le NEO (American Psychiatric Association, 2010).

Le deuxième article explore l'importance des traits de personnalité comme facteur d'influence lorsqu'il s'agit d'aider (via un traitement psychosocial) une jeune personne qui souffre d'un trouble psychotique. Les résultats suggèrent une importance moindre en ce qui a trait aux symptômes psychiatriques adressés dans nos groupes de traitements (examinés ensemble) et une importance accrue en ce qui a trait aux stratégies d'adaptation. En l'occurrence, suite aux groupes de traitement, les participants plus extravertis utilisent davantage de stratégies actives d'adaptation face aux stressors de la vie quotidienne. Il en découle des implications cliniques pertinentes. Suite à un épisode psychotique, la réadaptation vise à redonner à la personne des moyens qui tiennent compte de ses limites telles que des idées

délirantes persistantes, des déficits neurocognitifs et des comportements mésadaptés mais aussi de ses capacités et ressources individuelles (Lecomte & Leclerc, 2004). Notant que les traits de personnalité nous informent sur comment les personnes perçoivent et font face aux stressors dans leur vie, les résultats obtenus dans cette recherche soulignent l'importance de s'y attarder comme thérapeute lorsqu'on veut comprendre et aider une personne qui présente ses premiers symptômes psychotiques. En ce sens, il est utile de faire la distinction entre les symptômes du trouble psychotique et les réactions individuelles à ce dernier lorsqu'on sait qu'une analyse de la manière dont une personne réagit ou s'adapte à la psychose est au cœur des efforts des traitements comme la TCC. Peut-être pouvons-nous avancer que là où les traits de personnalité et le trouble psychotique se marient, se retrouve la façon dont chaque personne donne un sens à son expérience.

Finalement, dans un contexte où se développent plusieurs programmes de traitement précoce de la schizophrénie pour les adolescents et jeunes adultes en vue de prévenir la chronicité de la maladie, d'une meilleure gestion des symptômes et d'une amélioration subjective de différentes sphères de leur vie, les résultats du dernier article soulignent l'importance d'offrir un traitement efficace et adapté spécifiquement à la personne qui consulte pour un premier épisode psychotique. C'est dans ce même sens que le DSM-V projette d'inclure une nouvelle catégorie des «syndromes à risque» en lien avec la schizophrénie et les autres troubles psychotiques, afin d'aider les cliniciens à identifier les stades précoces des troubles psychotiques dans le but qu'elles soient traitées plus efficacement et rapidement (American Psychiatric Association, 2010). De plus, les choix liés au traitement

doivent tenir compte de la personnalité, surtout en ce qui a trait à l'amélioration des stratégies actives d'adaptation. Comme points saillants, les thérapeutes auprès de la clientèle des premiers épisodes peuvent avoir en tête que les combinaisons suivantes peuvent être bénéfiques quant à l'amélioration des stratégies actives d'adaptation à la psychose: trait Esprit consciencieux et TCC; trait Extraversion et entraînement aux habiletés sociales et; trait Ouverture à l'expérience et groupe sans thérapie.

Pour terminer, il est important de mentionner que les recommandations cliniques présentées précédemment sont issues de résultats obtenus dans le cadre d'une étude effectuée auprès d'un échantillon limité et avec un choix d'instruments et d'analyses qui connaissent aussi leurs limites et, qu'en ce sens, elles doivent être comprises en tenant compte de ces contingences.

Limites de la recherche

Toute recherche présente ses limites et dans le cadre de cette présente thèse, il importe de les énumérer et d'en discuter afin de permettre une interprétation plus juste et pertinente des résultats obtenus.

Participants

D'abord, il est important de souligner que les participants de cette étude ont été recrutés pour un essai clinique randomisé dans certains programmes d'intervention pour premier épisode psychotique et certaines cliniques en santé mentale communautaire de deux provinces canadiennes (Québec et Colombie-Britannique).

Les personnes acceptant de faire partie de ce type d'étude ne sont peut-être pas représentatives des personnes présentant un premier épisode de psychose en général, limitant ainsi la généralisation des résultats.

De plus, une autre limite consiste à l'hétérogénéité des diagnostics psychiatriques présents dans notre échantillon souvent retrouvés lors d'études auprès de la clientèle des premiers épisodes psychotiques. Bien que tous les participants de l'étude présentaient des symptômes positifs de la schizophrénie, certains avaient reçu un diagnostic dans le spectre de la schizophrénie et d'autres, de trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, de trouble psychotique bref ou simplement de trouble psychotique non spécifié (pour cause de durée incertaine, par exemple). Il faut comprendre ici qu'étant donné que les participants présentent un premier épisode psychotique, leur diagnostic est parfois incertain et peut possiblement changer plus tard.

Attrition

Autre limite à cette recherche, la perte d'un certain nombre de participants en cours de route. Des 210 personnes référées à l'étude de Lecomte et ses collaborateurs (2008), 38 ont refusé d'y participer, 36 se sont désistés avant d'entreprendre le traitement et 7 ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. Des 129 participants au total qui ont été randomisés à un des trois groupes, 19 ont abandonné l'étude quoique sans distinction entre les deux groupes de traitement sur le pourcentage de sessions complétées. Bien qu'aucune différence n'ait été trouvée entre ceux qui ont complété leur traitement et ceux qui ont abandonné quant aux traits de personnalité,

aux symptômes et aux stratégies adaptatives mesurés au départ, il demeure une interrogation sur le biais possible qu'entraîne l'attrition sur l'interprétation des résultats.

Mesure de la personnalité

Il est important de souligner l'utilisation d'une mesure unique pour évaluer la variable de la personnalité soit le questionnaire bref de personnalité NEO-PI-R (Personality Inventory Revised, NEO-PI-R, NEO-FFI, Costa & McCrae, 1992). Bien que l'approche des traits soit maintenant une des mesures de la personnalité les plus utilisées en recherche (Morizot & Miranda, 2007), la mesure choisie positionne nécessairement de manière théorique la variable de la personnalité selon l'approche des cinq facteurs. Comme nous l'avons abordé en introduction, il faut se rappeler que d'autres ont réfléchi et articulé autrement de manière théorique les rapports et les enjeux entre les aspects psychotiques et non psychotiques de la personnalité. Il est vrai que traditionnellement et encore aujourd'hui dans la littérature clinique et scientifique plusieurs conçoivent la psychose comme étant comprise dans la personnalité et que certains traits de personnalité soient des indicateurs en soi des symptômes de la psychose. Ils reconnaissent un lien, par exemples entre l'anxiété (qui est un trait sous-jacent au Névrosisme) et les troubles de la personnalité paranoïde et schizotypique et entre la dépression (qui est aussi un trait sous-jacent au Névrosisme) et le trouble de la personnalité schizotypique. Le point de vue adopté dans le cadre de cette présente thèse prend davantage la perspective que différents profils de personnalité peuvent se voir aux prises avec des symptômes psychotiques et que les traits de personnalité puissent être indépendants de la fluctuation des

symptômes psychotiques. Il est important d'en tenir compte dans l'interprétation des résultats quant à l'influence de «la personnalité» dans le traitement des premiers épisodes psychotiques.

De plus, une autre limite à notre étude réside dans le fait que nous n'avons pas d'information concernant les traits de personnalité de nos participants avant qu'arrive leur premier épisode psychotique. La mesure des traits de personnalité est prise lors de l'entrée dans l'étude, alors que les personnes présentent déjà des symptômes positifs de la schizophrénie, on ne peut donc conférer un caractère prospectif à cette étude. Nous ne pouvons dire si la psychose a altéré les traits de personnalité. Par contre, nous avons observé une stabilité des traits devant une fluctuation (amélioration) des symptômes psychotiques. Sur ce dernier point, notons une limite supplémentaire à l'interprétation des résultats, soit le court délai (trois mois) comme mesure de la stabilité des traits de personnalité. D'ailleurs, bien que dans les théories des traits, le postulat suggérant que les traits de personnalité soient relativement «stables» à travers le temps soit reconnu, plusieurs recherches récentes remettent en question ce postulat et débattent autour du terme même de la «stabilité» (Caspi, Roberts, & Shiner, 2005). Morizot et Miranda (2007) suggèrent l'utilisation du terme «continuité» quand il s'agit des traits de personnalité car, selon eux, ce terme s'arrime davantage avec le caractère, par ailleurs, dynamique du développement de la personnalité.

Finalement, il importe de mentionner que les troubles de la personnalité n'ont pas été mesurés dans notre étude. Nous pouvons nous interroger à savoir si certains traits de personnalité ont pu être rigides ou mésadaptés au point d'interférer dans le

traitement de certains participants, par exemple. Nous n'avons pas non plus exploré les sous-dimensions des cinq dimensions de la personnalité. Il aurait été intéressant de préciser sur quelles sous-dimensions se manifestent les différences trouvées dans nos résultats, par exemple pour le trait Névrosisme, ces différences portent-elles sur l'estime de soi, la dépression, l'anxiété, la vulnérabilité, l'hostilité ou l'impulsivité?

Toutefois, malgré ses limites, cette recherche a permis un approfondissement de ce sujet d'étude et ouvre la porte à de nouvelles pistes de recherche.

Recommandations

La présente thèse a utilisé l'approche des cinq facteurs comme cadre de référence afin d'explorer le lien entre les caractéristiques dites «normales» de la personnalité et le résultat thérapeutique de traitements psychosociaux offerts à des jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique. Premièrement, cette recherche souligne la nécessité de mener plus d'études en utilisant aussi le NEO-PI-R qui met en évidence les différents profils de personnalité de cette clientèle, afin de mieux comprendre le rôle des différences individuelles de la personnalité en parallèle avec les profils idiosyncratiques de symptômes et du cours de la maladie observés dans cette clientèle. En 2003, van Os et Delespaul, des chercheurs néerlandais s'intéressant à l'interaction entre la génétique et l'environnement dans la formation des délires et autres symptômes psychotiques, ont mené une étude longitudinale sur trois années auprès de 7000 personnes issues de la population dite normale. Ils ont observé qu'environ 20% d'entre elles présentaient des symptômes positifs de la

schizophrénie, alors qu'on sait que seulement 1% vont développer la maladie. Leur étude a soulevé diverses questions, notamment autour du rôle des attributions, de l'estime de soi et de la réactivité émotionnelle (Névrosisme) dans le développement de la maladie. En lien avec les résultats de notre présente recherche, des études longitudinales pourraient tenter de clarifier, par exemple, si certains traits de personnalité présents avant l'apparition des symptômes exercent une influence sur la symptomatologie du premier épisode et sur la manière dont les personnes vont réagir aux symptômes et par la suite construire leur propre histoire de la maladie.

Deuxièmement, les chercheurs s'intéressant aux liens entre les stressseurs sociaux-environnementaux et les symptômes de la psychose bénéficieraient de s'attarder aux différences individuelles de la personnalité comme variable médiatrice. La littérature suggère que les événements de vie influencent significativement le cours et le pronostic des troubles psychotiques en général. Par exemples, une hausse du nombre d'événements de vie chez des personnes atteintes d'un trouble psychotique semble exacerber la symptomatologie et accroître le taux de rechute (Bebbington et al., 1993, 1996; Malla, Cortese, Shaw, & Ginsberg, 1990); les préoccupations de la vie quotidienne, si minimes peuvent-elle être parfois, ont été identifiées comme des variables prédisant des symptômes psychologiques (anxiété, dépression) dans la population générale (Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981; Monroe, 1983) et de la détresse subjective chez les personnes souffrant de la schizophrénie (Norman & Malla, 1991). Or, bien que certaines études aient examiné l'impact de certains stressseurs ou la vulnérabilité au stress, la relation entre les traits de personnalité et la réponse aux événements de vie demeure relativement peu explorée surtout auprès des

jeunes adultes ayant vécu un premier épisode psychotique. Horan et ses collaborateurs (2005) ont exploré cinq traits de personnalité d'une clientèle présentant un premier épisode de schizophrénie (avec une version abrégée du MMPI; Overall & Gomez-Mont, 1974). Ils ont observé que le trait Névrosisme était étroitement lié à la fréquence à laquelle ces personnes étaient exposées à des événements dits négatifs (pour lesquels elles pouvaient exercer un contrôle). En lien avec les résultats de notre recherche qui démontrent un lien entre les traits de personnalité et la manière dont les personnes s'adaptent aux stressors, des études futures pourraient explorer plus longuement les interactions possibles entre ces derniers dans le cours de la vie des personnes qui font face à un premier épisode de psychose.

Finalement, les résultats de cette recherche ouvrent la porte, d'une part, à d'autres recherches investiguant les profils et les traits de personnalité en lien avec l'observance et les résultats thérapeutiques de traitements spécifiques comme la TCC ou l'entraînement aux habiletés sociales, dans le but de comprendre pourquoi un traitement psychologique réussit mieux avec certaines personnes. Ce qui pourrait nous amener, d'autre part, à faire des choix optimaux dans la pratique clinique de la psychiatrie suite aux premiers épisodes. Mieux comprendre le rôle des différences individuelles de la personnalité peut changer non seulement comment les divers thérapeutes en santé mentale perçoivent les troubles psychotiques, mais comment ces derniers font les choix thérapeutiques pour leurs patients (Dinzeo & Docherty, 2007; Sanderson & Clarkin, 2002). Sanderson et Clarkin (2002) expliquent comment les caractéristiques de la personnalité peuvent aider le thérapeute à bien cibler le traitement qui répondrait le mieux à une personne spécifique, à choisir le cadre

(hospitalisation, hôpital de jour, clinique externe), à choisir le format (thérapie de groupe, de couple, familiale, individuelle), à choisir l'orientation clinique (psychodynamique, cognitive-comportementale, etc.) et à choisir la durée et la fréquence du traitement. Outre les macro-décisions que doit prendre un thérapeute quant aux paramètres du traitement mentionnés, le thérapeute doit prendre également tout un enchaînement de micro-décisions au cours de chaque traitement, en regard de l'ici et maintenant et entre chacun des traitements. Selon Sanderson et Clarkin (2002), ces micro-décisions sont d'une grande importance et doivent être soutenues d'une vision globale de la personne qui consulte en thérapie et, en l'occurrence, de ses traits de personnalité.

Conclusion

Cette thèse a permis d'approfondir notre compréhension des liens entre les traits de personnalité selon l'approche des cinq facteurs et l'issue thérapeutique de traitements psychosociaux offerts à des jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique. D'abord, les résultats ont permis de démontrer que les jeunes adultes avec un premier épisode psychotique se présentent avec différents profils de personnalité, que ces profils distincts sont relativement stables temporellement en dépit de la fluctuation des symptômes de la psychose et, qu'ainsi, ces jeunes adultes doivent être considérés comme ayant des caractéristiques uniques de la personnalité. Ensuite, les résultats ont permis de démontrer que ces différences individuelles de la personnalité jouent un rôle quant aux résultats des traitements en ce qui a trait aux

stratégies actives d'adaptation, sans toutefois démontrer de lien significatif entre les caractéristiques de la personnalité et l'issue thérapeutique en terme de symptômes psychiatriques. Finalement, les résultats ont permis de démontrer que certains traits de personnalité sont des variables prédisant le résultat thérapeutique dans certains traitements spécifiques, notamment quant aux stratégies actives d'adaptation. Nous considérons que cette présente recherche a contribué à l'avancement des connaissances tant en précisant la stabilité du profil de personnalité malgré le développement de symptômes suite à un premier épisode psychotique qu'en associant certains traits de personnalité aux résultats de certains traitements spécifiques.

Bibliographie

- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. Second edition. Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association (2010). *DSM-V: The future of Psychiatric Diagnosis*. Repéré à <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/Default.aspx>.
- Andreoli, A., Gressot, G., Aapro, N., Tricot, L. & Gognalons, M. Y. (1989). Personality disorders as a predictor of outcome. *Journal of Personality Disorders*, 3, 307-320.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.
- Bagby, R. M., & Rector, N. A. (1998). Self-criticism, dependency, and the five-factor model of personality in depression: Assessing construct overlap. *Personality and Individual Differences*, 24, 895-897.
- Bagby, R. M., Bindseil, K. D., & Schuller, D. R. (1997). Relationship between the five-factor model of personality and unipolar, bipolar and schizophrenic patients. *Psychiatry Research*, 70, 83-94.

- Bebbington, P., Wilkins, S., Jones, P., Foerster, A., Murray, R., Toone, B., et al. (1993). Life events and psychosis. Initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *British Journal of Psychiatry*, *162*, 72–79.
- Bebbington, P., Wilkins, S., Sham, P., Jones, P., van Os, J., Murray, R., et al. (1996). Life events before psychotic episodes: Do clinical and social variables affect the relationship? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *31*, 122–128.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Basic Books.
- Bentall, R. P. (2003). *Madness explained*. London: Penguin Books.
- Beutler, L. E. (2000). David and Goliath: When empirical and clinical standards of practice meet. *American Psychologist*, *55*, 997-1007.
- Birchwood, M., & Spencer, E. (2001). Early intervention in psychotic relapse. *Clinical Psychology Review*, *21*, 1211-1226.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 125-132.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Pilkonis, P. A. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 162-171.

- Bleuler, E. (1950). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (Zinkin, J., Transl). New York: International Universities Press (original work published in 1911).
- Bradshaw, W. (2000). Integrating cognitive-behavioral psychotherapy for persons with schizophrenia into a psychiatric rehabilitation program: results of a three year trial. *Community Mental Health Journal*, 36, 491-5000.
- Camisa, K. M., Bockbrader, M. A., Lysaker, P. H., Rae, L. L., Brenner, C., & O'Donnell, B. F. (2005). Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Research*, 133, 23-33.
- Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality Development: Stability and Change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453-484.
- Cattell, R. B. (1957). *Personality and motivation structure and measurement*. New York: Word Book.
- Cattell, R. B. (1965). *The scientific analysis of personality*. London: Penguin Books.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cornblatt, B. A., & Auther, A. M. (2005). Treating early psychosis: Who, what, and when? *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 7, 39-49.
- Costa, P. T., & Widiger, T. A. (2002). *Personality disorders: and the five-factor model of personality* (eds.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Cramer, J., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services, 49*, 196-201.
- Cuesta, M. J., Peralta, V., & Caro, F. (1999). Premorbid personality in psychoses. *Schizophrenia Bulletin, 25*, 801-811.
- Cuesta, M. J., Gil, P., Artamendi, M., Serrano, J. F., & Peralta, V. (2002). Premorbid personality and psychopathological dimensions in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research, 58*, 273-280.
- Dalkin, T., Murphy, P., Glazebrook, C., Medley, I., & Harrison, G. (1994). Premorbid personality in first-onset psychosis. *British Journal of Psychiatry, 164*, 202-207.
- Dinzeo, T. J., & Docherty, N. M. (2007). Normal Personality Characteristics in Schizophrenia: A Review of the Literature Involving the FFM. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 421-429.
- Dinzeo, T. J., Cohen, A. S., Nienow, T. M., & Docherty, N. M. (2004). Stress and arousability in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 71*, 127-135.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., et al. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin, 36*, 48-70.
- Donat, D. C. (2001). Personality and recovery: Integrating personality assessment data to facilitate the recovery process. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 102*, 73-85.
- Donat, D. C., Geczy, B., Helmrich, J., & Lemay, M. (1992). Empirically derived personality subtypes of public psychiatric patients: Effect on self-reported symptoms, coping inclinations and evaluation of expressed emotion in caregivers. *Journal of Personality Assessment, 58*, 36-50.

- Durham, R. C., Guthrie, M., Morton, R.V., Reid, D. A., Treliving, L. R., Fowler, D., & Macdonald, R. R. (2003). Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms. Results to 3-month follow-up. *British Journal of Psychiatry, 182*, 303-311.
- Dyce, J. A, & O'Connor, B. P. (1998). Personality Disorders and the Five-Factor Model: A test of Facet-Level Predictions. *Journal of Personality Disorders, 12*, 31-45.
- Eysenck, H. J. (1981). *A model for personality*. New York: Springer-Verlag.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York: Plenum.
- Favre, S., Huguelet, M. A., Vogel, S., & Gonzalez, M. A. (1997). Neuroleptic compliance in a cohort of first episode schizophrenics: a naturalistic study. *European Journal of Psychiatry, 11*, 35-42.
- Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, E. (1995). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice*. New York: John Wiley.
- Fowler, D., Garety, P. & Kuipers, E. (1999). Thérapie cognitive comportementale des psychoses. *Santé mentale au Québec, XXIV, 1*, 61-88.
- Frank, A. F. & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry, 47*, 228-235.
- Garety, P. A, Kuipers, L., Fowler, D., Chamberlain, F., & Dunn, G. (1994). Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. *British Journal of Medical Psychology, 67*, 259-271.
- Gearin, R. E., & Mian, I. A. (2005). An approach to maximizing treatment adherence

- of children and adolescents with psychotic disorders and major mood disorders. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14, 106-113.
- Gitlin, M., Nuechterlein, K., Subotnik, K. L., Ventura, J., Mintz, J., Fogelson, D. L., et al. (2001). Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1835-1842.
- Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Auslander, L. A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., et al. (2005). A randomised controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162, 520-529.
- Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Link, P. C., Perivoliotis, D., Gottlieb, J. D., et al. (2007). Randomised controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 730-737.
- Gumley, A., O'Grady, M., McNay, L., Reilly, J., Power, K., & Norrie, J. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine*, 33, 419-431.
- Gurrera, R. J., Nestor, P. G., & O'Donnell, B. F. (2000). Personality traits in schizophrenia: comparison with community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 31-35.
- Harrow, M., Carone, B. J., & Westermeyer, J. (1985). The course of psychosis in early phases of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 142, 702-707.
- Hogg, B., Jackson, H. J., Rudd, R. P., & Edwards, J. (1990). Diagnosing personality

- disorders in recent-onset schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 194-199.
- Horan, W. P., & Blanchard, J. J. (2003). Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: The role of individual differences in affective traits and coping. *Schizophrenia Research*, 60, 271-283.
- Horan, W. P., Subotnik, K. L., Reise, S. P., Ventura, J., & Nuechterlein, K. H. (2005). Stability and clinical correlates of personality characteristics in recent-onset schizophrenia. *Psychological Medicine*, 35, 995-1005.
- Hyer, S. E. & Frances, A. E. (1985). Clinical Implications of Axe I-Axe II Interactions. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 345-351.
- Johnstone E. C., & Sandler, R. (1998) Pharmacological treatments in schizophrenia. Dans: K. T. Mueser, & N. Tarrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (chapitre 4). Boston: Allyn and Bacon.
- Kampman, O., & Lehtinen, K. (1999). Compliance in psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 167-175.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Kasper, S. (1999). First-episode schizophrenia: The importance of early intervention and subjective tolerability. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 5-9.
- Kentros, M., Smith, T. E. & Hull, J. (1997). Stability of personality traits in schizophrenia and schizoaffective disorder: a pilot project. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(9), 549-555.

- Keshavan, M. S., Duggal, H. S., Veeragandham, G., McLaughlin, N. M., Montrose, D. M., Haas, G. L., & Schooler, N. R. (2005). Personality dimensions in first-episode psychoses. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 102-109.
- Klein, M. H., Benjamin, L. S., Rosenfeld, R., Treece, C., Husted, J., & Greist, J. H. (1993). The Wisconsin Personality Disorders Inventory: I: Development, reliability, and validity. *Journal of Personality Disorders, Supplement*, 18-33.
- Kraepelin, E. (1971). *Dementia Praecox and Paraphrenia* (Barclay, R. M., Transl). NY: Krieger Publishing Company (original work published in 1919).
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P. & Hadley, C. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy of psychosis: Effects of treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, *171*, 319-327.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. Dans A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Lecomte, T., & Lecomte, C. (1999). Au delà et en deçà des techniques cognitives comportementales dans le traitement des troubles sévères: les facteurs communs. *Santé mentale au Québec*, *24*, 19-36.
- Lecomte, T. & Lecomte, C. (2002). Towards uncovering robust principles of change inherent to cognitive-behavioral therapy for psychosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, *72*, 50-57.
- Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T., Wallace, C. J., & Spidel, A. (2008) Group cognitive behaviour therapy or social skills training for individuals with a first

- episode of psychosis? Results of a randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 866-875.
- Lecomte, T., & Leclerc, C. (2004). *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Québec: Les presses de l'Université du Québec.
- Lehman, A. F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B., Dixon, L. B., Golberg, R., et al. (2004). The schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 193-217.
- Lieberman, J. A., Perdins, D., Belfer, A., Chakos, M., Jarskog, F., Boteca, K., & Gilmore, J. (2001) The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biological Psychiatry*, 50, 884-897.
- Lindenmayer, J-P. (2000). Treatment refractory schizophrenia. *Psychiatry Quarterly*, 71, 373-384.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lysaker, P. H., Bryson, G. J., Marks, K. A., Greig, T., & Bell, M. D. (2004). Coping in schizophrenia: Associations with neurocognitive deficits and personality. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 113-121.
- Lysaker, P. H., Wilt, M. A., Plascek-Hallberg, C. D., Brenner, C., & Clements, C. A. (2003). The association of personality with symptoms and coping in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 80-86.

- Lysaker, P. H., Bell, M. D., Kaplan, E., Greig, T. C., & Bryson, G. J. (1999). Personality and psychopathology in schizophrenia: the association between personality traits and symptoms. *Psychiatry*, *62*, 36-48.
- Mackenzie, K. R. (2002). Using personality measurements in clinical practice. Dans P. T. Costa, & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders: and the five-factor model of personality* (pp.377-390). Washington, DC: American Psychological Association.
- Malla, A., Norman, R. M. G., & Joober, R. (2005). First-episode psychosis, early intervention, and outcome: what have we learned? *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*, 881-891.
- Malla, A. K., Cortese, L., Shaw, T. S., & Ginsberg, B. (1990). Life events and relapse in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *25*, 221-224.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. Dans L.A. Pervin, & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2th ed.). New York: Guilford.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective* (2th ed.). New York: Guilford.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hrebickova, M., Avia, M. D., et al. (2000). Nature over nurture: Temperament, personality, and the life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*, 173-186.
- Mcglashan, T. H. (1996). Early detection and intervention in schizophrenia: Research. *Schizophrenia Bulletin*, *22*, 201-222.

- McGlashan, T. H., Miller, T. J., & Woods, S. W. (2001). Pre-onset detection and intervention research in schizophrenia psychoses: Current estimates of benefit and risk. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 563-570.
- Millon, T., Davis, R. D., & Millon, C. (1997). *MCMI-III manual* (2nd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems
- Millon, T. (1999). *Personality-guided therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Monroe, S. M. (1983). Major and minor life events as predictors of psychological distress: Further issues and findings. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 189–205.
- Morin, C., Briand, C., & Lalonde, P. (1999). De la symptomatologie à la résolution de problèmes: approche intégrée pour les personnes atteintes de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, XXIV, 101-120.
- Morizot, J., & Miranda, D. (2007). Développement des traits de personnalité au cours de la vie: continuité ou changement? *Canadian Psychology*, 48, 156-173.
- Mulder, R. T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *American Journal of Psychiatry*, 159, 359-371.
- Myin-Germeys, I., & van Os, J. (2007). Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27, 409-424.
- Norman, R. M., & Malla, A. K. (1991). Subjective stress in schizophrenic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 212–216.
- Oehl, M., Hummer, M., & Fleischhacher, W. W. (2000). Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 83-86.
- Oldham, J. M., & Skotol, A. E. (1991). Personality disorders in the public sector. *Hospital Community Psychiatry*, 42, 481-487.

- Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C. A., Walkup, J., & Weiden, P. J. (2000). Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services, 51*, 216-222.
- Overall, J. E., & Gomez-Mont, F. (1974). The MMPI-168 for psychiatric screening. *Educational and Psychological Measurement, 34*, 315–319.
- Pepper, B., & Ryglewicz, H. (1984). The young adult chronic patient: A new focus. Dans J. Talbott (Ed.), *The chronic mental patient: Five years later* (pp.33-48). New York: Grune & Stratton.
- Perkins, D. O., Johnson, J. L., Hamer, R. M., Zipursky, R. B., Keefe, R. S., Centorrino, F., et al. (2006). Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode. *Schizophrenia Research, 83*, 53-63.
- Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1997). *Structured interview for DSM-IV personality*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pillmann, F., Blöink, R., Balzuweit, S., Haring, A., & Marneros, A. (2003). Personality and social interactions in patients with acute brief psychoses. *Journal of Nervous and Mental Disease, 191*, 503-508.
- Pinto, A., La Pia, S., Mennella, R., Giorgio, D., & DeSimone, L. (1999). Cognitive-behavioral therapy and clozapine for clients with treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatric Services, 50*, 901-904.
- Rector, N. A., Seeman, M. V., & Segal, Z. V. (2003). Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomised controlled trial. *Schizophrenia Research, 63*, 1-11.

- Reich, J. H., & Green, A. I. (1991). Effect of personality disorders on outcome of treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 74-82.
- Robinson, D. G., Woerner, M. G., Alvir, J. M. J., Bilder, R. M., Hinrichsen, G. A., & Lieberman, J. A. (2002). Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, 57, 209-219.
- Robinson, D. G., Woerner, M. G., Alvir, J. M. J., Bilder, R. M., Goldman, R., Geisler, S., et al. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 241-247.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). Schizophrenia. Dans A. Roth, & P. Fonagy (Eds.), *What Works for Whom? A critical Review of psychotherapy research* (chapitre 10). New York, NY: Guilford Press 1996.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Sanderson, C. & Clarkin, J. F. (2002). Further use of the NEO-PI-R personality dimensions in differential treatment planning. Dans P.T. Costa, & T.A. Widiger (Eds.), *Personality disorders: and the five-factor model of personality* (pp.351-375). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D, Scott, J. L., Scott, J., Siddle, R., et al. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.

- Sheitman, B. B., Lee, H., Strauss, R., & Lieberman, J. A. (1997). The evaluation and treatment of first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *23*, 653-661.
- Sher, K. J., & Trull, T. (1994). Personality and disinhibitory psychopathology: Alcoholism and antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 92-102.
- Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1647-1658.
- Silk, K. R. (1996). Expert commentary. Axis I-Axis II Interactions. *Journal of Psychiatric Research*, *30*, 3-7.
- Smith, T. E., Deutsch, A., Schwartz, F., & Terkelsen, K. G. (1993). The role of personality in the treatment of schizophrenic and schizoaffective disorder inpatients: A pilot study. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *57*, 88-99.
- Smith, T. E., Shea, M. T., Schooler, N. R., Levia, H., Deutsch, A., & Grabstein, E. (1995). Studies of schizophrenia: Personality traits in schizophrenia. *Psychiatry*, *58*, 99-112.
- Startup, M., Jackson, M. C., & Bendix, S. (2004). North Wales randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months. *Psychological Medicine*, *34*, 413-422.
- Startup, M., Jackson, M. C., Evans, K. E., & Bendix, S. (2005). North Wales randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: two-year follow-up and economic evaluation. *Psychological Medicine*, *35*, 1307-1316.

- Startup, M., Jackson, M. C., & Startup, S. (2006). Insight and recovery from acute psychotic episodes: the effects of cognitive behavior therapy and premature termination of treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*, 740-745.
- Stip, E. (2002). Happy birthday neuroleptics! 50 years later: la folie du doute. *European Psychiatry, 17*, 115-119.
- Svelberg, B., Mesterton, A. & Cullberg, J. (2001). First-episode non-affective psychosis in a total urban population: A 5-year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*, 332-337.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., & Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *British Journal of Psychiatry, 162*, 524-532.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., MacCarty, E., Gledhill, A., Haddock, H., & Morris, J. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for chronic schizophrenia. *British Medical Journal, 317*, 303-307.
- Tien, A. Y, Costa, P. T., & Eaton, W. W. (1992). Covariance of personality, neurocognition and schizophrenia spectrum traits in the community. *Schizophrenia Research, 7*, 149-158.
- Trower, P., Birchwood, M., Meaden, A., Byrne, S., Nelson, A., & Ross, K. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 184*, 312-320.
- Turkington, D., Kington, D. G., & Weiden, P. J. (2006). Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 163*, 365-373.

- Turkington, D., Kington, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J., & Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 189*, 36-40.
- Turkington, D., Kington, D., & Turner, T. (2002). Insight into Schizophrenia Research Group. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 180*, 523-527.
- Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T. R. E., Nur, U., Siddle, R., et al. (2008). A randomised controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: a five-year follow-up. *Schizophrenia Research, 98*, 1-7.
- van Os, J., & Delespaul, P. (2003) Psychosis research at Maastricht University, The Netherlands. *British Journal of Psychiatry, 183*, 559-560.
- Verdoux, H., Lengronne, J., Liraud, F., Gonzales, B., Assens, F., Abalan, F. & van Os, J. (2000). Medication adherence in psychosis: Predictors and impact in outcome. A 2-year follow-up on first-admitted subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 203-210.
- Walton, H. J. (1986). The relationship between personality disorder and the psychiatric illness. Dans T. Millon, & G. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology* (pp. 553-570). New York: Guilford.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1992). Personality and psychopathology: An application of the five-factor model. *Journal of Personality, 60*, 363-394.
- Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F., Sanderson, C., & Costa, P. T. (2002). A description of the DSM-III-R personality disorders with the five-factor model of

- personality. Dans P. T. Costa, & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp.46-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T. A., & Coker, L. A. (2000). Assessing Personality Disorders. Dans T. N. Butcher (Ed.), *Clinical Personality Assessment. Practical Approaches* (2th ed.) (chapitre 25). New York: Oxford University Press.
- Wykes, T., Parr, A. M., & Landau, S. (1999). Group treatment of auditory hallucinations. Exploratory study of effectiveness. *British Journal of Psychiatry*, *175*, 180-185.
- Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., Surguladze, S., Fannon, D., & Landau, S. (2005). What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophrenia Research*, *77*, 201-210.
- Young, M. S, & Schinka, J. A. (2001). Research validity scales for the NEO-PI-R: Additional evidence for reliability and validity. *Journal of Personality Assessment*, *76*, 412-420.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability – A new view on schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*, 103-126.

Annexe A

Questionnaires utilisés

Tool-kit (Arns, 1998) – page xvi

NEO-PI-R abrégé (Costa & McCrae, 1992) – page xix

CAPE (Stefanis, 2002) – page xxix

BPRS-E (Lukoff, Nuechterlein, & Ventura, 1986) – page xl

CCS (Edwards & Baglioni, 1993) – page xli

Date de naissance (Jr/Ms/An) / Âge

Genre 1 – Masculin 2 – Féminin

Comment vous décrivez-vous? (Ne noircissez qu'une bulle)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> 1 – Autochtone | <input type="radio"/> 5 – Latino-américain | <input type="radio"/> 9 – Métis |
| <input type="radio"/> 2 – Africain | <input type="radio"/> 6 – Moyen-Orient | <input type="radio"/> 10 – Autre |
| <input type="radio"/> 3 – Caucasien | <input type="radio"/> 7 – Sud-asiatique | <input type="radio"/> 11 – Ne sait pas |
| <input type="radio"/> 4 – Est-asiatique | <input type="radio"/> 8 – Ouest-Asiatique | <input type="radio"/> 12 – Préfère ne pas répondre |

Comment décrivez-vous votre culture? (Ne noircissez qu'une bulle)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> 1 – Premières nations | <input type="radio"/> 8 – Est-asiatique | <input type="radio"/> 15 – Autres |
| <input type="radio"/> 2 – Africaine | <input type="radio"/> 9 – Européenne | <input type="radio"/> 16 – Ne sait pas |
| <input type="radio"/> 3 – Américaine | <input type="radio"/> 10 – Canadienne française | <input type="radio"/> 17 – Préfère ne pas répondre |
| <input type="radio"/> 4 – Australienne/Nouv. Zél. | <input type="radio"/> 11 – Moyen-Orient | |
| <input type="radio"/> 5 – Canadienne | <input type="radio"/> 12 – Sud-américaine | |
| <input type="radio"/> 6 – Caribéen | <input type="radio"/> 13 – Sud-asiatique | |
| <input type="radio"/> 7 – Amérique centrale | <input type="radio"/> 14 – ouest-asiatique ou arabe | |

Citoyenneté

- 1 – Citoyen canadien
 2 – Immigrant reçu
 3 – Réfugié

- 4 – Résident sans papier (si n'est pas né au Canada)
 5 – Autre

Année de Résidence permanente

INFORMATIONS ADDITIONNELLES

État civil

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> 1 – Inconnu | <input type="radio"/> 4 – Séparé | <input type="radio"/> 7 – Conjoint de fait |
| <input type="radio"/> 2 – Célibataire | <input type="radio"/> 5 – Divorcé | <input type="radio"/> 8 – Séparé d'un conjoint de fait |
| <input type="radio"/> 3 – Marié | <input type="radio"/> 6 – Veuf | <input type="radio"/> 9 – Veuf d'un conjoint de fait |

Langue maternelle

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 – Inconnue | <input type="radio"/> 5 – Japonais | <input type="radio"/> 9 – Allemand |
| <input type="radio"/> 2 – Anglais | <input type="radio"/> 6 – Chinois | <input type="radio"/> 10 – Persan |
| <input type="radio"/> 3 – Français | <input type="radio"/> 7 – Italien | <input type="radio"/> 11 – Arabe |
| <input type="radio"/> 4 – Espagnol | <input type="radio"/> 8 – Russe | <input type="radio"/> 12 – Autre |

Langue préférée

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 – Inconnue | <input type="radio"/> 5 – Japonais | <input type="radio"/> 9 – Allemand |
| <input type="radio"/> 2 – Anglais | <input type="radio"/> 6 – Chinois | <input type="radio"/> 10 – Persan |
| <input type="radio"/> 3 – Français | <input type="radio"/> 7 – Italien | <input type="radio"/> 11 – Arabe |
| <input type="radio"/> 4 – Espagnol | <input type="radio"/> 8 – Russe | <input type="radio"/> 12 – Autre |

Plus haut niveau de scolarité

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> 1 – Pas d'éducation formelle | <input type="radio"/> 6 – Collégial partiel | <input type="radio"/> 10 – Maîtrise ou Doctorat |
| <input type="radio"/> 2 – Moins d'une 7 ^{ième} année | <input type="radio"/> 7 – Collégial complété | <input type="radio"/> 11 – Post Doctorat |
| <input type="radio"/> 3 – Entre 7 ^{ième} et 9 ^{ième} année | <input type="radio"/> 8 – Université partielle | <input type="radio"/> 12 – Études commerciales |
| <input type="radio"/> 4 – Secondaire partiel | <input type="radio"/> 9 – Université complétée | <input type="radio"/> 13 – Inconnue |
| <input type="radio"/> 5 – Secondaire complété | | |

Religion

- 1 – Tradition spirituelle - premières nations 9 – Juive
 2 – Agnostique (indécis) 10 – Musulman
 3 – Athée (non-croyant) 11 – Sikh
 4 – Bahaï 12 – Sorcellerie
 5 – Bouddhiste 13 – Zoroastrienne
 6 – Chrétienne (Catholique, Anglicane, etc.) 14 – Autre
 7 – Hindou 15 – Inconnue
 8 – Jaïn 16 – Préfère ne pas répondre

DIAGNOSTIC & AUTRES INFORMATIONS

Avez-vous une incapacité physique? 1 – Oui 2 – Non
Si oui, pouvez-vous spécifier?

Diagnostic concomitant (Santé mentale **et** Abus de substances) 1 – Oui 2 – Non
Double diagnostic (Santé mentale **et** Incapacité développementale) 1 – Oui 2 – Non
 (Exemples d'incapacité développementale : ADD, difficultés d'apprentissage, autisme)

Catégorie du diagnostic principal (sélectionner toutes les cases appropriées)

- 1 – Troubles de l'humeur (bipolaire, dépression, etc.)
 2 – Trouble d'anxiété (OCD, panique, TSPD, etc.)
 3 – Troubles organiques (manie, démence)
 4 – Troubles envahissants du développement (ADD, ADHD, autisme)
 5 – Schizophrénies et troubles psychotiques
 6 – Troubles liés à une substance
 7 – Troubles de personnalité (évitant, borderline, etc.)
 8 – Troubles diagnostiqués à l'enfance/adolescence
 9 – Autre : _____
 10 – Inconnu

Âge lors de la première hospitalisation psychiatrique (en années) (Entrer "98" si NA)

Âge lors du premier épisode de la maladie mentale (en années) (Entrer "98" si NA)

Combien de fois avez-vous été hospitalisé durant la dernière année? (dû à une maladie mentale)?
 (Entrer "98" si NA)

Au cours de la dernière année, avez-vous utilisé ces services de santé mentale? (Sélectionner toutes les cases appropriées)

- 1 – Traitement psychiatrique 6 – Prévention de suicide
 2 – Psychothérapie 7 – Psychothérapie familiale ou pour enfant
 3 – Suivi intensif dans le milieu 8 – Traitement pour abus de substances/ dépendance
 4 – Aide au logement 9 – Groupe de soutien (AA, OA, Al-ANON, etc.)
 5 – Gestion du stress 10- Autre _____

Combien de fois avez-vous utilisé les services mentionnés ci-dessus au cours de la dernière année? (Entrer "98" si NA)

Prenez-vous des médicaments pour un problème de santé mentale? 1 – Oui 2 – Non
Si oui, pouvez-vous indiquer quel est le nom des médicaments que vous prenez? (Lettres moulées)

1 –	3 –
2 –	4 –
5 –	6 –

Avez-vous une aide financière (aide sociale)? 1 – Oui 2 – Non
Si oui, de quel type?

Quel énoncé ci-dessous décrit le mieux votre situation résidentielle?

- 1 – Vit de façon indépendante
- 2 – Reçoit des services de soutien au logement ou de l'aide à domicile
- 3 – Milieu de vie encadré
- 4 – Milieu de vie encadré par un programme
- 5 – Lieu de traitement
- 6 – Sans domicile fixe
- 7 – Milieu correctionnel
- 8 – Inconnu

Avec qui habitez-vous?

- 1 – Conjoint/partenaire
- 2 – Vos Parents
- 3 – Vos Enfants
- 4 – Autre membre de votre famille
- 5 – Autre proche (excepté membre de la famille)
- 6 – Seul
- 7 – Colocataire
- 8 – Autre

QUESTIONNAIRE BREF 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.

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

Ce questionnaire contient 60 affirmations. Lisez chacune d'elles soigneusement. Pour chaque affirmation, encerclez le choix qui correspond le mieux à votre opinion.

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.

- 1 **Je ne suis pas du genre à me faire du souci.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 2 **J'aime avoir beaucoup de gens autour de moi.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 3 **Je n'aime pas perdre mon temps à rêvasser.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 4 **J'essaie d'être poli(e) avec chaque personne que je rencontre.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 5 **Je maintiens mes affaires nettes et propres.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 6 **Je me sens souvent inférieur(e) aux autres.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 7 **Je ris franchement.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |

- 8 **Une fois que j'ai trouvé la bonne manière de faire quelque chose, je m'y tiens.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 9 **Je m'engage souvent dans des disputes avec ma famille ou mes collègues de travail.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 10 **J'arrive assez bien à m'organiser pour faire les choses à temps.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 11 **Quand je suis sous la pression de situations trop difficiles, j'ai quelquefois l'impression que je vais m'effondrer.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 12 **Je ne me trouve pas particulièrement insouciant(e) et gai(e).**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 13 **Je suis intrigué(e) par les formes et les motifs que je trouve dans l'art et dans la nature.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 14 **Certains trouvent que je suis égoïste et que je ne pense qu'à moi.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |

- 15 **Je ne suis pas quelqu'un de très méthodique.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 16 **Il est rare que je me sente trop seul(e) ou que j'aie le cafard.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 17 **Je prends réellement plaisir à parler avec les gens.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 18 **Je crois que laisser les étudiants écouter des orateurs controversés ne peut que les embrouiller et les égarer.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 19 **Je préférerais coopérer avec les autres plutôt que me mettre en compétition avec eux.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 20 **J'essaie d'accomplir consciencieusement toutes les tâches qui me sont confiées.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 21 **Je me sens souvent tendu(e) et nerveux(se).**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |

- 22 **J'aime bien être là où il y a de l'action.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 23 **La poésie a peu ou pas d'effet sur moi.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 24 **J'ai tendance à être cynique et sceptique en ce qui concerne les intentions des autres.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 25 **J'ai un ensemble bien défini d'objectifs et je travaille pour les atteindre de façon ordonnée.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 26 **Quelquefois, je me sens complètement sans valeur.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 27 **Je préfère habituellement faire les choses seul(e).**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 28 **J'essaie souvent des plats nouveaux et exotiques.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |

- 29 **Je crois que la plupart des gens vont profiter de vous si vous les laissez faire.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 30 **Je perds beaucoup de temps avant de me mettre au travail.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 31 **Il est rare que je me sente craintif(ve) ou anxieux(se).**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 32 **J'ai souvent le sentiment de déborder d'énergie.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 33 **Je remarque rarement les changements d'humeur ou les sentiments que provoquent des environnements différents.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 34 **La plupart des gens que je connais m'aiment bien.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 35 **Je travaille dur pour atteindre mes objectifs.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |

- 36 **Je me mets souvent en colère à cause de la manière dont les gens me traitent.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 37 **Je suis une personne joyeuse et pleine de bonne humeur.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 38 **Je crois que nous devrions nous tourner vers nos autorités religieuses pour les décisions concernant les questions morales.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 39 **Certains me trouvent froid(e) et calculateur(trice).**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 40 **Quand je prends un engagement, on peut toujours compter sur moi pour aller jusqu'au bout.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 41 **Trop souvent, quand les choses vont mal, je me décourage et j'ai envie d'abandonner.**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |
- 42 **Je ne suis pas un(e) optimiste souriant(e).**
- | | | | | |
|------------------------|--------------|---------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fortement en désaccord | En désaccord | Pas d'opinion | d'accord | Fortement en accord |

- 43 **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.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

- 44 **J'ai la tête dure et je ne suis pas sentimental(e) dans mes attitudes.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

- 45 **Il m'arrive parfois de ne pas tenir mes engagements ou de ne pas assumer mes responsabilités comme je le devrais.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

- 46 **Je suis rarement triste et déprimé(e).**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

- 47 **Mon rythme de vie est rapide.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

- 48 **J'ai peu d'intérêt pour la réflexion sur la nature de l'univers ou sur la condition humaine.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

- 49 **J'essaie en général d'être attentionné(e) et prévenant(e).**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

50 **Je suis quelqu'un d'efficace qui vient toujours à bout du travail.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

51 **Je me sens souvent désespéré(e) et je voudrais que quelqu'un d'autre résolve mes problèmes.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

52 **Je suis une personne très active.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

53 **J'ai beaucoup de curiosité intellectuelle.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

54 **Si je n'aime pas les gens, je le leur fais savoir.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

55 **Il me semble que je ne serai jamais capable de m'organiser.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

56 **Certaines fois, j'ai eu tellement honte que j'aurais voulu me cacher.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

57 **Je préfère suivre mon propre chemin plutôt que diriger les autres.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

58 **Je prends souvent plaisir à jouer avec des théories ou des idées abstraites.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

59 **Si c'est nécessaire, je suis disposé(e) à manipuler les gens pour obtenir ce que je veux.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

60 **Je m'efforce à l'excellence dans tout ce que je fais.**

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Pas d'opinion	d'accord	Fortement en accord

Date ID

Ce questionnaire a pour but de mieux déterminer la fréquence de certaines idées et phénomènes psychiques. Merci de répondre à toutes les questions suivantes aussi sincèrement que possible. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, et il n'y a pas de question piège. Toutes les réponses que vous donnerez resteront confidentielles.

1. Vous êtes vous déjà senti(e) triste ? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

2. Avez vous déjà eu l'impression que des gens semblaient insinuer des choses à votre sujet ou tenaient des propos avec un double sens? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

3. Avez vous déjà eu le sentiment de n'être pas quelqu'un de très enthousiaste ? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **Jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

4. Avez vous déjà eu le sentiment de n'être pas très bavard lorsque vous discutiez avec d'autres personnes? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, ou souvent, ou tout le temps ou presque** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

5. Avez vous déjà eu l'impression que l'on disait à la télé ou que l'on écrivait dans les journaux des choses spécialement pour vous? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

6. Avez vous déjà eu l'impression que certaines personnes n'étaient pas ce qu'elles semblaient être? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

7. Avez vous déjà eu l'impression que l'on cherchait volontairement à vous nuire ? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

8. Avez vous déjà eu le sentiment de ne pas ressentir d'émotion ou très peu d'émotion lors d'événements importants? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

9. Avez vous déjà eu le sentiment d'être pessimiste à propos de tout? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

10. Avez vous déjà eu l'impression qu'il y avait un complot dirigé contre vous? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

11. Avez vous déjà eu l'impression que vous étiez quelqu'un de très important ou que vous étiez destiné(e) à devenir quelqu'un de très important? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

12. Avez vous déjà eu l'impression qu'il n'y avait pas d'avenir pour vous ? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

13. Avez vous déjà eu l'impression que vous étiez quelqu'un de spécial, hors du commun? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

14. Avez vous déjà eu l'impression de n'avoir plus envie de vivre? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

15. Vous est-il déjà arrivé de penser que les gens peuvent communiquer par télépathie? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

16. Avez vous déjà eu le sentiment que vous n'éprouviez pas d'intérêt à être avec d'autres personnes ? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

17. Avez vous déjà eu l'impression que des appareils électriques, comme des ordinateurs, pouvaient influencer à distance vos pensées? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

18. Avez vous déjà eu le sentiment que vous manquez de motivation pour faire les choses? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

19. Vous est-il déjà arrivé de pleurer pour un rien? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

20. Vous est-il déjà arrivé de croire aux pouvoirs de la sorcellerie, au vaudou, ou aux sciences occultes? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

21. Avez vous déjà eu le sentiment que vous manquez d'énergie? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

22. Avez vous déjà eu l'impression que les gens vous regardaient bizarrement à cause de votre apparence? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

23. Avez vous déjà eu le sentiment d'avoir l'esprit vide? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

24. Avez vous déjà eu l'impression que vos pensées étaient enlevées ou extraites de votre tête? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

25. Avez vous déjà eu le sentiment que vous passiez toutes vos journées à ne rien faire? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

26. Avez vous déjà eu l'impression d'avoir dans votre tête des pensées que vous ne reconnaissiez pas comme les vôtres? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

27. Avez vous déjà eu l'impression que vos sentiments manquent d'intensité ? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

28. Est ce que vos pensées ont déjà été si intenses que vous avez craint que d'autres personnes puissent les entendre? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

29. Avez vous déjà eu le sentiment que vous manquiez de spontanéité? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

30. Avez vous déjà eu l'impression d'entendre vos pensées répétées comme par un écho? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

31. Avez vous déjà eu l'impression d'être sous le contrôle d'une force ou d'un pouvoir extérieur à vous même ? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

32. Avez vous déjà eu le sentiment que vos émotions étaient émoussées ? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

33. Avez vous déjà entendu une ou plusieurs voix alors que vous étiez tout(e) seul(e)? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

34. Avez vous déjà entendu les voix de personnes qui discutaient entre elles alors que vous étiez tout(e) seul(e)? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

35. Avez vous déjà eu le sentiment que vous négligiez votre apparence ou votre hygiène personnelle ? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

36. Avez vous déjà eu le sentiment que vous n'arriviez jamais à terminer ce que vous faisiez ? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

41. Avez vous déjà eu l'impression qu'un sosie avait pris la place d'un membre de la famille, d'un(e) ami(e) ou d'une personne de votre connaissance ? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

42. Vous est-il arrivé de voir des objets, des personnes ou des animaux que les autres personnes ne voyaient pas ? (Cocher la réponse de votre choix)

jamais parfois souvent presque tout le temps

Si vous avez répondu **jamais** => passer à la question suivante

Si **parfois, souvent, ou presque tout le temps** => cocher la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Cela m'angoisse pas du tout un peu assez beaucoup

Merci beaucoup!

ECHELLE DE COTATION PSYCHIATRIQUE BREVE

Nom

Date

Testeur

INSTRUCTIONS : Ce formulaire consiste en 24 symptômes, dont chacun doit être évalué sur une échelle de sévérité de 7 points, allant de "absent" à "extrêmement sévère". Si un symptôme particulier n'est pas évalué, écrire PE pour Pas Evalué. Entourer le numéro qui correspond le mieux au terme décrivant la condition du patient pendant l'interview.

PE : Pas Evalué

3 : Léger

6 : Sévère

1 : Absent

4 : Modéré

7 : Extrêmement sévère

2 : Très léger

5 : Modérément sévère

Temps de référence pour l'évaluation : _____

Questions 1 à 12 basées sur l'auto-observation du patient pendant l'interview. Les questions 12 et 13 sont également évaluées sur le comportement ou langage observés pendant l'interview. Citer des exemples.

1. Préoccupation somatique	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
2. Anxiété	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
3. Dépression	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
4. Tendances suicidaires	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
5. Sentiment de culpabilité	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
6. Hostilité	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
7. Humeur élevée	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
8. Mégalomanie	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
9. Suspicion	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
10. Hallucinations	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
11. Pensées inhabituelles	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
12. Comportement bizarre	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
13. Négligence personnelle	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
14. Désorientation	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____

Questions 15 à 24 basées sur le comportement et le langage du patient observés pendant l'interview.

15. Désorganisation conceptuel.	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
16. Affect émoussé	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
17. Retrait émotionnel	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
18. Ralentissement moteur	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
19. Tension	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
20. Absence de coopération	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
21. Excitation	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
22. Distractibilité	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
23. Hyperactivité motrice	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____
24. Maniérismes et attitudes	PE	1	2	3	4	5	6	7	_____

ADAPTATION CYBERNETIQUE - EDWARDS

Interviewer : _____ Date _____ / _____ / _____

Nom ou # du sujet : _____

LES DERNIÈRES FOIS QUE DES PROBLÈMES SONT SURVENUS DANS VOTRE VIE, AVEZ VOUS UTILISÉ UN DES MOYENS SUIVANTS ?**1- J'ai essayé de laisser sortir la pression.**

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

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

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

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

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

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

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

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

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

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

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

ADAPTATION CYBERNETIQUE - EDWARDS

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

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

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

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

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

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

10- J'ai refusé de penser au problème.

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

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

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

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

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

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

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

ADAPTATION CYBERNETIQUE - EDWARDS

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

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

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

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

16- J'ai travaillé à changer la situation afin d'obtenir ce que je désirais.

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

17- J'ai essayé d'éviter de penser au problème.

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

18- J'ai simplement essayé de relaxer.

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

19- J'ai essayé d'arranger ce qui n'allait pas dans la situation.

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

20- J'ai essayé d'adapter mes propres exigences.

1	2	3	4	5	6	7
jamais	presque jamais	à l'occasion	quelques fois	assez souvent	souvent	très souvent

Annexe B

Formulaire de consentement

Formulaire de consentement à la recherche

Projet de recherche: **Traitement des symptômes psychotiques des jeunes présentant un premier épisode de schizophrénie : comparaison de deux interventions de pointe.**

Vous êtes invité(e) à participer à une recherche conduite par la Division de recherche psychosociale du Centre de recherche de l'hôpital Douglas en collaboration avec l'Université du Québec à Trois-Rivières, le centre de réadaptation de l'hôpital Douglas SPECTRUM et les centres hospitaliers du Centre de la Mauricie (CHCM) et de Trois-Rivières (CHRTR).

Cette recherche est sous la direction de Tania Lecomte, Ph.D., psychologue et chercheure au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas et de Claude Leclerc, Ph.D., infirmier et professeur en sciences de la santé à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette recherche est financée par les Instituts Canadiens de Recherche en Santé (ICRS).

Objectifs de l'étude

Cette étude vise à déterminer, parmi les traitements psychologiques existants, quel serait le meilleur traitement de groupe à offrir aux jeunes personnes (entre 18 et 35 ans) présentant des symptômes psychotiques tels que des hallucinations ou des délires. De façon plus précise, nous voulons comparer l'efficacité de deux interventions de groupe reconnues qui visent la gestion des symptômes psychotiques afin de déterminer laquelle des deux est la plus efficace.

Description de la recherche et de votre rôle

Si vous acceptez de participer à cette recherche, votre nom sera tiré au sort afin de déterminer si vous participerez à l'une des deux interventions de groupe ou si vous recevrez seulement les traitements habituels (avec la possibilité de participer à l'un des groupes dans six mois). Il se peut donc que, malgré votre intention de prendre part à l'un des groupes, vous ne receviez que vos traitements habituels. Chaque intervention de groupe dure 24 rencontres, soit deux rencontres par semaine pendant 3 mois. L'horaire des rencontres de groupe sera décidé en fonction des horaires des participants.

Afin de déterminer l'impact des interventions de groupe, vous serez invité(e) à rencontrer un(e) assistant(e) de recherche quatre fois pour répondre à des questionnaires: au début de l'étude, trois mois plus tard, six mois plus tard et encore six mois plus tard. Les questionnaires permettent d'obtenir de l'information sur les données sociodémographiques (par ex., statut civil, âge, scolarisation, occupation, type de médicament prescrit, etc), les symptômes, les capacités cognitives et certaines caractéristiques personnelles comme l'estime de soi ou l'adaptation sociale. Il y a aussi un test de salive qui implique de cracher dans une fiole de plastique afin de déterminer si le traitement diminue le niveau de stress vécu physiologiquement. La

première entrevue est la plus longue, pour une durée totale d'environ 4 heures (faite en plus d'une rencontre), les entrevues suivantes sont d'une durée moyenne de 2 heures. Afin de vous dédommager pour le transport et votre disponibilité à répondre aux questionnaires, nous offrons 20\$ pour la première entrevue et 10\$ pour les autres entrevues (soit un total de 50\$ pour la durée de l'étude) Nous tenons à vous informer que les rencontres de groupe seront enregistrées sur cassette vidéo. Cette mesure est prise uniquement dans le but d'évaluer la compétence des intervenants et leur respect de la procédure et ne constitue pas une forme d'évaluation des participants. Si vous êtes sélectionné pour participer à l'un ou l'autre des deux groupes, l'on vous demandera, trois fois pendant le groupe, de donner votre opinion à propos des thérapeutes et de votre traitement.

Nous vous demandons donc votre autorisation à participer à cette recherche.

La recherche débutera en septembre 2001 et se terminera en août 2004. Toutefois, votre participation se limitera soit 1) à quatre rencontres pour répondre à des questionnaires et à 24 rencontres de groupe ou 2) seulement à quatre rencontres pour répondre aux questionnaires en 15 mois.

Préjudices possibles

Autant que nous le sachions, votre participation à la recherche ne vous causera aucun préjudice. Il est toutefois possible que vous trouviez les entrevues longues ou que vous trouviez certaines questions trop personnelles. Il est toujours possible de demander des pauses ou d'effectuer les entrevues sur plusieurs jours. Si vous êtes choisi pour participer à l'un des groupes, il se peut que vous trouviez certains thèmes discutés émotionnellement difficiles à aborder. Si cela se produit, vous pouvez en discuter avec le thérapeute ou votre intervenant principal. De plus, vous avez le droit de refuser de répondre aux questions de votre choix. Il se peut qu'il existe d'autres risques dont nous ignorons l'existence pour le moment.

Bienfaits possibles

Il est possible que votre participation à la recherche ne vous soit pas directement bénéfique mais qu'elle aide d'autres clients dans le futur en permettant de cibler les effets des traitements offerts. Il se peut aussi que vous ayez des bienfaits directement liés à ce projet : la diminution de vos symptômes, l'apprentissage de techniques vous permettant de mieux gérer vos symptômes, une perception plus positive de vous-même ou le début de nouvelles amitiés. Les interventions de groupe ont d'ailleurs été choisies en fonction des effets bénéfiques qu'elles peuvent offrir.

Participation et solution de rechange

Votre participation est volontaire et vous pouvez vous retirer en tout temps. Que vous décidiez de participer à la recherche ou non, vous continuerez à bénéficier de tous les services sociaux, communautaires et de santé auxquels vous avez droit. Par ailleurs, si vous décidez de participer mais que vous changez d'idée par la suite, vous pouvez quitter l'étude n'importe quand.

Confidentialité et anonymat

À moins qu'elles ne soient exigées par la loi, toutes les informations que vous fournirez dans les entrevues ou dans les groupes resteront confidentielles et ne seront utilisées que pour cette étude. Les chercheurs ne divulgueront à qui que ce soit aucune information vous concernant. Aucune information révélant votre identité ne sera diffusée ou publiée sans votre consentement préalable. Afin d'assurer la confidentialité, un numéro sera utilisé au lieu de votre nom pour l'entrée des données. La liste des noms liés aux numéros des personnes sera conservée dans un endroit sécuritaire dont seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès. La liste des noms et numéros sera détruite un an après la fin de l'étude. Les cassettes vidéos seront aussi effacées dans l'année suivant la fin de l'étude soit avant le 31 août 2005.

Publication

Lors de la publication des résultats de recherche, votre anonymat sera préservé, seulement des données concernant l'ensemble des participants seront présentées.

Commercialisation et conflits d'intérêts

Les chercheurs ne visent aucune fin commerciale avec cette recherche. Cette étude n'implique aucun conflit d'intérêt.

Consentement

Cette étude vise à déterminer, parmi les traitements psychologiques existants, quel serait le meilleur traitement de groupe à offrir aux jeunes personnes (entre 18 et 35 ans) présentant des symptômes psychotiques tels que des hallucinations ou des délires. De façon plus précise, nous voulons comparer l'efficacité de deux interventions de groupe reconnues qui visent la gestion des symptômes psychotiques afin de déterminer laquelle des deux est la plus efficace.

En signant ci-dessous, vous acceptez de participer à cette étude. Il est important que vous compreniez en quoi consiste cette étude et que toutes vos interrogations aient reçu une réponse que vous jugez satisfaisante. Prenez le temps de répondre aux quelques questions portant sur le projet avant de signer, afin de vous assurer que vous avez bien compris de quoi il s'agit. Si vous avez d'autres questions ou si vous jugez que l'information que l'on vous a transmis n'était pas claire, vous pouvez contacter:

**Tania Lecomte, Ph.D. (chercheur principale) ou
Jocelin Lecomte, coordonnateur de recherche**
Division de recherche psychosociale
Centre de recherche de l'hôpital Douglas
6875 boul. LaSalle
Verdun, Qué
H4H 1R3
tél: (514) 761-6131 ext. 2511

Si vous avez des questions à d'autres moments pendant la recherche, vous pouvez contacter Tania Lecomte ou Jocelin Lecomte aux coordonnées ci-dessus.

Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant(e) à la recherche, vous pouvez téléphoner à l'**ombudsman** de l'hôpital Douglas, madame **Francine Y. Bourassa** au (514) 761-6131 local 3287.

Si vous décidez de participer à cette étude, une copie de ce document vous sera remise.

Votre participation

Je déclare:

- 1) Avoir lu et compris les informations portant sur cette recherche;
- 2) Comprendre que je peux poser des questions à n'importe quel moment dans le futur;
- 3) Consentir librement à participer au projet et j'atteste en signant le formulaire de consentement.

Je donne donc mon autorisation au Dr Tania Lecomte ou à son représentant pour participer à cette recherche et utiliser les résultats aux questionnaires pour des fins de recherche.

Signature du client

Date

Nom du client en lettres moulées

Signature de l'intervieweur

Date

Nom de l'intervieweur en lettres moulées