

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
VANESSA LAJOIE

TRAITS DE PERSONNALITÉ ET STRATÉGIES DE COPING CHEZ DES
INDIVIDUS PRÉSENTANT UNE SCHIZOPHRÉNIE

SEPTEMBRE 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Julie Lefebvre, Ph.D., directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Julie Lefebvre, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Suzanne Léveillé, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Christiane Bergeron-Leclerc, Ph.D.

Université du Québec à Chicoutimi

Sommaire

La schizophrénie est une psychopathologie à forte tendance héréditaire. Or, la contribution de la génétique n'est pas suffisante pour expliquer son développement. Une étiologie multifactorielle (interaction génétique-environnement) est actuellement mise en évidence. Des facteurs psychologiques, tels que la personnalité et les stratégies de coping, semblent également jouer un rôle dans le développement en regard des liens obtenus entre ces variables et le pronostic de la schizophrénie. Cet essai propose d'étudier rétrospectivement la personnalité et les stratégies de coping auprès des individus présentant un diagnostic récent (moins de cinq ans) de schizophrénie et de réfléchir sur la contribution de ces variables. L'échantillon est composé de sept hommes, âgés en moyenne de 25,3 ans, recrutés dans des cliniques externes. Les participants ont répondu à un questionnaire préliminaire (sociodémographique), deux questionnaires auto-rapportés (16 PF et Brief COPE) et une entrevue semi-dirigée (SCID-II) pour évaluer les traits de personnalité (saine et pathologique) et les stratégies de coping. Les résultats de cette étude révèlent la présence de traits pathologiques, principalement des traits schizotypiques, évitants et schizoïdes chez tous les participants. Ensuite, de façon générale, les participants ne présentent pas de traits de personnalité saine qui sont spécifiques sauf pour le raisonnement concret qui tend à être fortement présent. Enfin, ils tendent à utiliser une variété de stratégies de coping, autant adaptées qu'inadaptées, pour faire face aux événements stressants de la vie quotidienne, notamment avant le premier épisode de schizophrénie. À plus grande échelle, cette étude permettrait l'identification de cibles d'intervention dans les traitements psychosociaux.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Contexte théorique	4
La schizophrénie	5
Définition et description de la schizophrénie	6
Développement de la schizophrénie	9
Modèle neurobiologique	10
Modèle bio-psycho-social.....	12
Modèle vulnérabilité-stress.....	12
La personnalité.....	13
Définition générale.....	13
Définition selon le modèle des cinq facteurs.....	14
Définition selon le DSM-5	15
Études portant sur les liens entre la schizophrénie et la personnalité	18
Schizophrénie et personnalité saine.....	18
Schizophrénie et personnalité pathologique	22
Les stratégies de coping	26
Définition du concept.....	26
Types de coping	27

Modèle de Lazarus et Folkman (1984).....	27
Coping centré sur le problème.....	28
Coping centré sur l'émotion	28
Recherche de soutien social.....	29
Modèle d'Endler et Parker (1990)	29
Modèle de Carver, Scheier et Weintraub (1989)	30
Études sur les liens entre les stratégies de coping et la personnalité.....	32
Coping et personnalité saine	32
Coping et personnalité pathologique	34
Études portant sur les liens entre les stratégies de coping et la schizophrénie	35
Coping utilisé face aux symptômes de la schizophrénie	36
Coping utilisé face aux événements stressants de la vie quotidienne.....	37
Forces et limites des études recensées.....	41
Objectif de recherche et pertinence de l'étude.....	45
Méthode	46
Participants.....	47
Instruments de mesure	51
Questionnaire sociodémographique et historique de consultation	51
16 PF	51
SCID-II	55
Brief COPE	56
Déroulement.....	59

Résultats	62
Analyses descriptives	63
Résultats au 16 PF	65
Résultats au SCID-II	68
Résultats au Brief COPE	70
Discussion	73
Traits de personnalité saine	74
Traits de personnalité pathologique	78
Stratégies de coping	81
Réflexions sur les liens entre les traits de personnalité et les stratégies de coping chez les individus présentant une schizophrénie	83
Forces et limites de l'étude	85
Conclusion	88
Références	91
Appendice. Questionnaire sociodémographique et historique de consultation	99

Liste des tableaux

Tableau

1	Principaux critères diagnostiques de la schizophrénie présentés dans le DSM-5 (APA, 2015)	8
2	Description des troubles de la personnalité répertoriés dans le DSM-5 (APA, 2015).....	17
3	Résumé des stratégies de coping classées par modèle	31
4	Résumé des données sociodémographiques.....	50
5	Brève description des facteurs primaires	54
6	Brève description des facteurs globaux.....	55
7	Brève description des échelles du Brief COPE	58
8	Scores des participants aux facteurs primaires du 16 PF	65
9	Scores des participants aux facteurs globaux du 16 PF	67
10	Scores des participants aux groupes de personnalité A et C du SCID-II.....	70

Remerciements

Je voudrais d'abord exprimer des remerciements à ma directrice de recherche, madame Julie Lefebvre, psychologue et professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa précieuse aide et son soutien à chacune des étapes de ce projet de recherche. Merci de m'avoir fait confiance et d'avoir respecté mon rythme à travers ce long processus qui fut très enrichissant. Je voudrais ensuite apporter mes remerciements à madame Julie Bouchard et madame Hortense Allary, ainsi qu'aux divers intervenants des cliniques externes en psychiatrie du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière pour votre collaboration. Vous avez permis, chacun à votre façon, le recrutement des participants, une étape cruciale pour la réalisation de mon essai. Un sincère merci également au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, spécialement au Dr David Olivier et son équipe d'intervenants pour votre importante collaboration. Vous m'avez également permis de poursuivre le recrutement des participants. Je tenais également à souligner la participation du Dr David Olivier pour avoir contribué de manière significative au recrutement des participants. Enfin, je tenais à remercier tous les membres de ma famille, mon conjoint et mes amies pour vos encouragements et votre compréhension pour les nombreuses heures consacrées à la réalisation de ce projet de recherche. Vous avez fait preuve d'un soutien incroyable.

Introduction

La schizophrénie est un trouble mental sévère qui amène des répercussions importantes dans la vie de l'individu ainsi que pour son entourage (Roofeh, Tumuluru, Shilpakar, & Nimgaonkar, 2013). Au Canada, 1 % de la population présente un diagnostic de schizophrénie (Lesage, 2010). Elle se développe généralement au début de l'âge adulte (Akdeniz, Tost, & Meyer-Lindenberg, 2014; Brown & Patterson, 2011) et se manifesterait plus précocement chez les hommes (American Psychiatric Association, APA, 2015). Un développement précoce est souvent associé à un pronostic défavorable; ce qui peut révéler un moins bon fonctionnement chez les hommes durant la maladie. La plupart du temps, ces individus présentant une schizophrénie ne retrouvent pas une rémission complète et nécessitent fréquemment une aide (APA, 2015); ce qui entraîne plusieurs coûts sociaux (Haouzir & Bernoussi, 2005; Lalonde, 1995). Or, selon une recension d'études longitudinales, une évolution favorable et des périodes de rémission chez ces individus est possible au long terme notamment chez ceux qui prennent moins ou ne prennent pas des antipsychotiques, ce qui peut encourager leur rétablissement et l'utilisation de stratégies cliniques (Harrow & Jobe, 2013).

Les causes et les facteurs de risque associés à la schizophrénie sont étudiés depuis plusieurs décennies. Un consensus existe quant à une interaction de facteurs principalement génétiques et environnementaux qui contribuent au développement de la schizophrénie (Akdeniz et al., 2014; Barlow & Durand, 2007; Iyegbe, Campbell, Butler,

Ajnakina, & Sham, 2014; Lalonde, 1995). Or, la personnalité saine et pathologique ainsi que les stratégies de coping peuvent être des facteurs psychologiques importants à considérer. À notre connaissance, aucune étude n'a porté sur ces trois variables chez une population schizophrène. L'objectif de cet essai est d'étudier les traits de personnalité saine et pathologique ainsi que les stratégies de coping chez les individus présentant un diagnostic récent de schizophrénie et de réfléchir sur leur contribution dans le développement de la schizophrénie. Son originalité porte également sur l'évaluation rétrospective de ces facteurs chez les individus ayant récemment vécu un premier épisode de schizophrénie.

Dans un premier chapitre, le contexte théorique fera état des travaux portant sur les différentes variables à l'étude. La schizophrénie, la personnalité (saine et pathologique) et les stratégies de coping seront d'abord définis et expliqués à l'aide de quelques modèles théoriques. Les forces et limites des études recensées, l'objectif de l'étude et sa pertinence de l'étude seront également discutés pour terminer cette section. La méthode (participants à l'étude, instruments de mesure utilisés et déroulement de l'étude) sera ensuite abordée dans un second chapitre. Suivra, dans un troisième chapitre, la présentation des résultats. Puis, la discussion des résultats, une réflexion sur les liens entre les variables à l'étude, les forces et les limites de l'étude, ainsi que la conclusion seront également abordées dans un quatrième et cinquième chapitre.

Contexte théorique

Ce chapitre présente les variables à l'étude, les forces et les limites des études recensées, l'objectif de recherche et la pertinence de celle-ci. Une présentation de la schizophrénie est d'abord réalisée à l'aide de la 5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5, APA, 2015) et de quelques modèles théoriques. La personnalité est ensuite abordée sous l'angle du modèle des cinq facteurs et du DSM-5, suivie d'une recension des liens entre la schizophrénie et la personnalité. Puis, les stratégies de coping sont également présentées et abordées en lien avec la personnalité et la schizophrénie.

La schizophrénie

Cette première section propose une définition et une description de la schizophrénie sous l'angle de la 5^e édition du DSM puisqu'il s'agit de l'une des classifications officiellement reconnues par l'*American Psychiatric Association* (APA) et une des plus largement utilisées pour l'évaluation des troubles mentaux. Cette section présente également deux modèles théoriques pour expliquer le développement de la schizophrénie. Il s'agit du modèle neurobiologique, considérant la composante génétique et le modèle bio-psycho-social (principalement le modèle vulnérabilité-stress) qui intègre toutes les composantes pouvant contribuer au développement. Malgré une forte variance expliquée par une prédisposition génétique (Akdeniz et al., 2014; Roofeh et al.,

2013; Tandon, Keshavan, & Nasrallah, 2008), la majorité des études sur la schizophrénie tendent à conclure que c'est une interaction de facteurs qui influencent son développement (Akdeniz et al., 2014; Barlow & Durand, 2007; Iyegbe et al., 2014; Lalonde, 1995; Tandon et al., 2008). Ces modèles ont été retenus pour illustrer la complexité et l'hétérogénéité de la maladie.

Définition et description de la schizophrénie

La schizophrénie est caractérisée par des symptômes positifs et négatifs, une baisse significative du fonctionnement dans différentes sphères de la vie ainsi que par un déclin cognitif (APA, 2015). Selon le DSM-5, le diagnostic de schizophrénie est émis lorsqu'il y a présence d'au moins deux symptômes positifs et négatifs durant la phase active, c'est-à-dire une période d'environ un mois. Les symptômes positifs font référence à des hallucinations, des délires, un discours ou un comportement désorganisé (APA, 2015; Brown & Patterson, 2011). Durant la phase active, des délires, des hallucinations ou un discours désorganisé doivent toutefois être observés pour émettre le diagnostic. Quant aux symptômes négatifs, ils peuvent être variés et s'apparentent à certains symptômes dépressifs tels qu'une perte de motivation personnelle (aboulie), une perte d'intérêt pour les relations sociales (asociabilité), une perte de plaisir (anhédonie), une diminution de l'expression émotionnelle, une perte du langage, etc. (APA, 2015). Ce sont généralement ces symptômes qui persistent suite à la phase active. De plus, des perturbations émotionnelles, langagières et cognitives peuvent être des exemples de symptômes associés à la schizophrénie (APA, 2015; Barlow & Durand, 2007). Le

Tableau 1 suivant résume les principaux critères diagnostiques de la schizophrénie présentés dans le DSM-5.

Tableau 1

*Principaux critères diagnostiques de la schizophrénie
présentés dans le DSM-5 (APA, 2015)*

A. « Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants [...]. Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent »	B. « [...] Le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble [...] »	C. « Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois, les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois [...] »
<i>Symptômes de la phase active :</i>		
1. « Idées délirantes »		
2. « Hallucinations »		
3. « Discours désorganisé (p.ex. incohérences ou déraillements fréquents) »		
4. « Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique »		
5. « Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle) »		

La schizophrénie peut évoluer lentement, dès l'enfance, avec des symptômes négatifs et se manifester vers le début de l'âge adulte avec un premier épisode psychotique ou elle peut se développer tardivement de façon inattendue. Pour la majorité, elle tend à être progressive (APA, 2015). L'âge du début de la manifestation est généralement associé au sexe de l'individu (APA, 2015; Lalonde, 1995). Chez les

hommes, la schizophrénie se développerait de trois à cinq fois plus tôt que chez les femmes, soit entre 18 et 33 ans (Lalonde, 1995), ce qui équivaut à la fin de la trentaine chez les femmes (APA, 2015). Les hommes ont tendance à présenter plus de symptômes négatifs que les femmes (APA, 2015; Haouzir & Bernoussi, 2005) et auraient un pronostic plus défavorable en raison d'une évolution lente de la pathologie et des symptômes négatifs (APA, 2015). Malgré ces différences entre les sexes, il demeure que la schizophrénie peut se développer et se manifester différemment d'un individu à l'autre, ce qui la rend complexe et hétérogène. De ce point de vue, il s'avère pertinent d'identifier les facteurs en cause dans son développement pour saisir les particularités individuelles.

Développement de la schizophrénie

Actuellement, la contribution génétique au développement de la schizophrénie est bien établie dans la littérature (Akdeniz et al., 2014; APA, 2015; Brown & Patterson, 2011; Iyegbe et al., 2014; Roofeh et al., 2013; Tandon et al., 2008). Bien qu'elle soit estimée à 80 % (Sullivan, Kendler, & Neale, 2003; Tandon et al., 2008), elle n'explique pas l'ensemble du portrait. Plusieurs autres facteurs, notamment environnementaux, interagissent avec la génétique (Brown & Patterson, 2011; Tandon et al., 2008). Les facteurs de risque peuvent être nombreux : l'immigration (Akdeniz et al., 2014; Tandon et al., 2008), l'environnement urbain (APA, 2015; Tandon et al., 2008), les facteurs prénataux, périnataux et postnataux (Akdeniz et al., 2014; Brown & Patterson, 2011; Tandon et al., 2008), l'âge avancé du père (Crystal, Kleinhaus, Perrin, &

Malaspina, 2011), un faible statut économique (Akdeniz et al., 2014; Iyegbe et al., 2014), l'isolement social (Akdeniz et al., 2014), la consommation de cannabis (Akdeniz et al., 2014; Casadio, Di Forti, & Murray, 2011; Tandon et al., 2008), les traumatismes vécus dans l'enfance (Akdeniz et al., 2014), etc. Ces facteurs environnementaux peuvent engendrer un stress et affecter des structures du cerveau qui sont également impliquées dans le développement de la schizophrénie (Akdeniz et al., 2014). Autrement dit, plusieurs facteurs, à contribution différente, interagissent ensemble (Akdeniz et al., 2014; Brown & Patterson, 2011; Lalonde, 1995; Tandon et al., 2008). Or, deux modèles explicatifs sont retenus, soit le modèle neurobiologique pour présenter principalement la contribution génétique et le modèle bio-psycho-social, plus précisément le modèle vulnérabilité-stress, puisqu'il intègre un ensemble de facteurs.

Modèle neurobiologique. Des études réalisées auprès de jumeaux révèlent que l'hérédité expliquerait environ 80 % de la variance (Sullivan et al., 2003; Tandon et al., 2008). Une variété de gènes sont impliqués dans la schizophrénie (Barlow & Durand, 2007; Brown & Patterson, 2011; Tandon et al., 2008), incluant des mutations rares (Karayiorgou, Levy, & Xu, 2011). Ces gènes contribuent à augmenter la vulnérabilité des individus à la schizophrénie (Barlow & Durand, 2007). Des études chez les jumeaux révèlent également que le risque de transmission s'estime à 50 % chez les homozygotes et à 10 % chez les hétérozygotes (Lalonde, 1995). Chez les familles, soit les parents de premier degré, le risque de transmission est de 10 % (Brown & Patterson, 2011; Lalonde, 1995) et de 5 % pour la famille élargie (Lalonde, 1995). En regard des études

sur les jumeaux, les familles et les adoptions, une évidence émerge dans la littérature sur la contribution de la génétique concernant l'étiologie du trouble.

En ce qui concerne les structures cérébrales, les études indiquent que les individus présentant une schizophrénie ont une configuration particulière (Brown & Patterson, 2011; Lalonde, 1995). Des anomalies peuvent être observées chez certains individus. Par exemple, une dilatation des ventricules cérébraux pouvant empêcher d'autres parties du cerveau de se développer normalement (Barlow & Durand, 2007; Lalonde, 1995), un ralentissement dans les lobes préfrontaux (Barlow & Durand, 2007; Lalonde, 1995) et un déficit associé à l'hippocampe, qui est une structure impliquée dans la mémoire à long terme, peuvent être observés (Lalonde, 1995). Des auteurs soulignent également la contribution de neurotransmetteurs dans la schizophrénie. Un dysfonctionnement de la dopamine et de la sérotonine pourrait être en cause (Barlow & Durand, 2007; Margetić, 2009).

Malgré la contribution neurobiologique, plusieurs individus atteints de schizophrénie ne présentent pas d'antécédents familiaux (APA, 2015). L'interaction des gènes et des facteurs environnementaux fait consensus dans la littérature mais demeure incomprise (Brown & Patterson, 2011; Tandon et al., 2008). De plus, des individus présentant une schizophrénie présentent plus de traits de personnalité pathologique comparativement à leur fratrie et à un groupe contrôle (Torti et al., 2013). Selon les

résultats de cette étude, des facteurs psychologiques semblent exister dans l'étiologie du trouble.

Modèle bio-psycho-social. Le modèle vulnérabilité-stress est présenté puisqu'il tient compte à la fois des facteurs génétiques (bio), psychologiques et environnementaux (social) qui interagissent au développement de la schizophrénie.

Modèle vulnérabilité-stress. Le modèle vulnérabilité-stress de Zubin et Spring (1977) et repris par Lalonde (1995) explique comment des individus présentant une vulnérabilité à la schizophrénie et étant soumis à des événements stressants de la vie peuvent développer la maladie. Selon ce modèle, la vulnérabilité peut être innée (neurobiologique) ou acquise, par exemple par des complications périnatales, des expériences traumatiques, des expériences avec la famille et les pairs ou d'autres événements pouvant avoir une influence sur le développement de l'individu (facteurs psychologiques et environnementaux). Celle-ci interagit avec les événements stressants de la vie tels qu'un divorce, un décès, une catastrophe naturelle, etc. Un épisode de schizophrénie (déséquilibre) survient lorsque l'individu, présentant une vulnérabilité, ne parvient plus à faire face au stress en raison d'une situation de stress aigu, d'une accumulation de stress et d'une défaillance dans ses habiletés à s'adapter au stress (coping). Les auteurs proposent de diminuer la vulnérabilité à l'aide de la pharmacologie ou de travailler les compétences à s'adapter au stress afin de diminuer le risque de rechute vers d'autres épisodes de schizophrénie. Bien que la vulnérabilité génétique et

les habiletés à s'adapter au stress (coping) soient importantes dans le développement de la schizophrénie, la personnalité semble avoir également contribué à la vulnérabilité acquise.

La personnalité

Dans cette deuxième section, la notion de personnalité est d'abord définie de façon générale, suivie d'une définition selon le modèle des cinq facteurs qui s'intéresse davantage à la personnalité saine et qui constitue un modèle largement accepté dans la littérature (Barlow & Durand, 2007; Rolland, 2004). Puis, elle est définie en regard du DSM-5 qui la conçoit d'un point de vue pathologique.

Définition générale

La personnalité peut se définir par des modes de réactions habituels et permanents (Debray & Nollet, 2011) sur le plan cognitif, comportemental et affectif (Rolland, 2004). Les traits de personnalité tendent à être cohérents et stables dans le temps ainsi qu'à travers différentes situations (Rolland, 2004). Selon McCrae et Costa (1990), les modes de réactions se développent en interaction avec les exigences de l'environnement (Rolland, 2004). En grandissant, l'individu développe des attitudes, des habiletés sociales et des comportements lui permettant de s'adapter à son environnement. Les traits qu'il développe sont donc des particularités individuelles le distinguant des autres et le rendant en quelque sorte prévisible à travers le temps et les situations. L'expression d'un trait peut toutefois dépendre du contexte. Dépendamment des approches en

psychologie, les traits de personnalité peuvent être considérés comme étant sains ou pathologiques. Pour définir les traits de personnalité saine, c'est-à-dire que l'on retrouve au sein de la population générale, le modèle des cinq facteurs est fréquemment utilisé dans la littérature.

Définition selon le modèle des cinq facteurs

Le modèle des cinq facteurs, également appelé le *Big Five* ou le *Five-Factor Model*, distingue la personnalité en cinq dimensions qui sont présentes chez l'ensemble de la population. Il s'agit du névrosisme, de l'extraversion, de l'ouverture à l'expérience, de l'agréabilité ou l'attrait social et du caractère consciencieux (Barlow & Durand, 2007; Rolland, 2004). Le névrosisme peut signifier la tendance à l'instabilité émotionnelle et à vivre des émotions négatives telles que l'anxiété, la tristesse, la peur et la colère (Barlow & Durand, 2007; Rolland, 2004). Les individus présentant un haut niveau de névrosisme sont plus enclins à la dévalorisation de soi et au pessimisme, sont moins satisfaits de leur vie et présentent une plus grande vulnérabilité au stress (Rolland, 2004). L'extraversion est la tendance à rechercher et s'adapter de façon positive face à l'environnement (Rolland, 2004). Les individus ayant un score élevé sont plus propices à vivre des émotions positives, telles que la joie, sont plus dynamiques, énergiques et généralement plus satisfaits de leur vie (Rolland, 2004). L'ouverture à l'expérience fait référence à la créativité, la curiosité, l'imagination (Barlow & Durand, 2007; Rolland, 2004). Un score élevé peut signifier une préférence pour la nouveauté et une tendance à ne pas être conventionnel (Rolland, 2004). L'agréabilité ou l'attrait social est la tendance à être

chaleureux et compatissant à l'égard des autres (Barlow & Durand, 2007; Rolland, 2004). Les individus présentant un haut niveau à cette dimension peuvent avoir tendance à prioriser les besoins d'autrui au détriment de leurs propres besoins (Rolland, 2004). Enfin, le caractère consciencieux signifie la tendance à l'autodiscipline, l'organisation et la motivation vers l'atteinte d'un but (Barlow & Durand, 2007; Rolland, 2004). Un score élevé peut être associé à une préoccupation pour l'ordre (Rolland, 2004). Les scores obtenus à ces cinq dimensions permettent une évaluation de la personnalité. Des scores très élevés ou très faibles peuvent indiquer des traits de personnalité pathologique (Costa & Widiger, 1994) que l'on peut retrouver notamment dans la classification du DSM-5.

Définition selon le DSM-5

Les traits de personnalité deviennent généralement pathologiques lorsqu'ils tendent à affecter des sphères importantes de la vie ou à entraîner une souffrance émotionnelle chez l'individu (APA, 2015; Barlow & Durand, 2007). Selon la description du DSM-5, les traits de personnalité deviennent un trouble de la personnalité lorsqu'ils sont inadaptés, notamment dans les sphères de l'identité et des cognitions, des émotions et leur gestion, ainsi que dans les relations sociales (APA, 2015). En se basant sur le DSM-5, un nombre minimal de traits pathologiques ou de critères doivent être présents pour émettre un diagnostic de trouble de la personnalité et il est possible d'émettre plus d'un diagnostic. Ceux-ci se dépistent généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et sont durables dans le temps (APA, 2015; Barlow & Durand, 2007). Dix troubles de la personnalité sont répertoriés dans le DSM-5 et sont divisés en trois

groupes; groupe A (paranoïaque, schizoïde, schizotypique), groupe B (borderline, narcissique, antisociale et histrionique) et groupe C (obsessionnelle-compulsive, dépendante et évitante). Le Tableau 2 présente une brève définition des troubles de la personnalité répertoriés dans le DSM-5.

Tableau 2

Description des troubles de la personnalité répertoriés dans le DSM-5 (APA, 2015)

Troubles	Descriptions
Groupe A : « Groupe bizarre-excentrique »	
Personnalité paranoïaque	« Méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes ».
Personnalité schizoïde	« Détachement des relations sociales et une restriction de la variété des expressions émotionnelles ».
Personnalité schizotypique	« Gêne aiguë dans les relations proches, des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques ».
Groupe B : « Groupe théâtral-émotif »	
Personnalité antisociale	« Mépris et une transgression des droits d'autrui ».
Personnalité borderline	« Impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects ».
Personnalité histrionique	« Réponses émotionnelles excessives et une quête d'attention ».
Personnalité narcissique	« Fantaisies ou des comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie ».
Groupe C : « Groupe anxieux-craintif »	
Personnalité évitante	« Inhibition sociale, sentiments de ne pas être à la hauteur et hypersensibilité au jugement négatif d'autrui ».
Personnalité dépendante	« Comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge ».
Personnalité obsessionnelle-compulsive	« Préoccupation pour l'ordre, la perfection et le contrôle ».

L'ensemble des troubles de la personnalité représentent entre 0,5 et 2,5 % de la population générale en Amérique (Barlow & Durand, 2007). Toutefois, selon les données issues du DSM-5, 9,1 % de la population générale des États-Unis présenteraient un trouble de la personnalité (APA, 2015). Ce pourcentage est réparti de la façon suivante : les troubles de la personnalité du groupe A représentent 5,7 %, ceux du groupe B représentent 1,5 % et ceux du groupe C représentent 6 %. Les statistiques démontrent une prévalence plus élevée concernant les personnalités du groupe A et C au sein de la population générale. Certaines différences concernant la prévalence sont relevées selon la culture, le genre et les types de populations, telles que ceux qui consultent en psychiatrie (APA, 2015). Chez les individus présentant une schizophrénie, ceux-ci ont plus tendance à présenter un ou plus d'un trouble de la personnalité comparativement à la population générale (Moore, Green, & Carr, 2012). Une plus forte prévalence de troubles de personnalité s'avère donc présente chez cette population.

Études portant sur les liens entre la schizophrénie et la personnalité

Cette troisième section propose une recension littéraire d'études réalisées sur la personnalité des individus présentant une schizophrénie. La personnalité saine est d'abord abordée, suivie de la personnalité pathologique.

Schizophrénie et personnalité saine

Jusqu'à maintenant, les études ayant porté sur la personnalité saine des individus présentant une schizophrénie tendent à se baser sur le modèle des cinq facteurs. Tout

d'abord, des différences significatives obtenues au *NEO Five-Factor Inventory* et au *NEO Personality Inventory Revised* ont été relevées auprès d'individus présentant un diagnostic de schizophrénie ou schizo-affectif en les comparant à des individus ne présentant aucun trouble de santé mentale (Boyette et al., 2013; Camisa et al., 2005; Gurrera, Nestor, & O'Donnell, 2000; Lysaker, Wilt, Plascak-Hallberg, Brenner, & Clements, 2003; Suslow, Lindner, Kugel, Egloff, & Schmukle, 2014) ainsi qu'à leurs proches (Boyette et al., 2013). Les individus schizophrènes ou schizo-affectifs ont obtenu un score moyen plus élevé au névrosisme que les individus ne présentant aucun diagnostic (Boyette et al., 2013; Camisa et al., 2005; Lysaker et al., 2003; Suslow et al., 2014). Un score plus élevé au névrosisme peut signifier que les individus présentant une schizophrénie tendent à être plus instables émotionnellement, à vivre davantage d'émotions négatives, à être plus pessimistes et plus vulnérables au stress que la population générale. Des scores moyens plus faibles à l'extraversion (Boyette et al., 2013; Lysaker et al., 2003; Suslow et al., 2014) et à l'agréabilité ou à l'attrait social (Boyette et al., 2013; Lysaker et al., 2003), au caractère consciencieux (Gurrera et al., 2000) et à l'ouverture à l'expérience (Camisa et al., 2005) ont également été obtenus comparativement à la population générale. Ces résultats indiquent que les individus présentant une schizophrénie tendent à être plus introvertis, moins chaleureux et emphatiques à l'égard des autres, moins organisés et disciplinés vers l'atteinte d'objectifs, ainsi que plus conventionnels que la population générale. Ces résultats corroborent ceux d'une méta-analyse révélant que les individus schizophrènes sont plus

introvertis et ont un plus haut niveau de névrosisme que la population générale (Berenbaum & Fujita, 1994).

Ensuite, une autre étude a comparé des individus schizophrènes possédant un dossier criminel avec des individus schizophrènes sans dossier criminel (Kumar & Jahan, 2010). Les résultats obtenus au *Sixteen Personality Factor* (16 PF) indiquent un score moyen faible à l'ouverture aux changements ainsi qu'un score moyen élevé à l'appréhension et à la tension pour les individus. Les individus présentant une schizophrénie présenteraient donc une faible ouverture aux changements, seraient inquiets et tendus. Ces résultats obtenus au 16 PF ont une forte similarité au modèle des cinq facteurs (Cattell, 1996).

Pour terminer, des liens entre certains traits de personnalité saine et les symptômes de la schizophrénie mesurés par le *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), qui évalue les symptômes positifs et négatifs, la désorganisation, l'agitation et la détresse émotionnelle, sont obtenus (Boyette et al., 2013; Huber et al., 2012). Le névrosisme est associé positivement à l'ensemble des symptômes mesurés par le PANSS (Huber et al., 2012); ce qui signifie qu'un individu schizophrène présentant un score élevée de névrosisme tend à faire l'expérience plus sévère des symptômes psychotiques. Un faible niveau d'agréabilité ou d'attrait social tend à favoriser la présence de symptômes positifs (Lysaker & Taylor, 2007) et à augmenter le niveau d'agitation (Lysaker et al., 2003) alors qu'inversement, un haut niveau contribuerait à diminuer tous les symptômes

mesurés par le PANSS (Boyette et al., 2013). Enfin, un faible niveau d'extraversion est associé à une plus grande détresse émotionnelle (Lysaker & Taylor, 2007) alors qu'à l'inverse, un haut niveau diminuerait la présence des symptômes négatifs (Boyette et al., 2013) ainsi que le niveau de désorganisation (Huber et al., 2012). Ces résultats révèlent donc que le névrosisme, l'agréabilité ou l'attrait social et l'extraversion ont une incidence soit favorable ou défavorable sur les symptômes de la schizophrénie. Ces traits semblent être des facteurs de risque ou de protection, dépendamment de leur niveau (score élevé ou faible).

Ces liens sont toutefois controversés par quelques auteurs (Beauchamp, Lecomte, Lecomte, Leclerc, & Corbière, 2011; Gurrera et al., 2000). Certains supposent que ce sont les stratégies d'adaptation, influencées par la personnalité, qui auront un impact sur les symptômes (Beauchamp et al., 2011). Or, une étude mesurant l'évolution des symptômes psychotiques à la suite d'un premier épisode chez de jeunes adultes, pour la plupart présentant une schizophrénie, l'agréabilité ou l'attrait social, s'avéraient moins élevée dans le groupe ayant vécu des rechutes même lorsque l'effet de l'adaptation était contrôlé (Glesoon, Rawlings, Jackson, & McGorry, 2005). Ces résultats indiquent que même en contrôlant le niveau d'adaptation, un lien existe entre certains traits de personnalité saine et les symptômes de la schizophrénie.

En somme, un profil de la personnalité chez les individus présentant une schizophrénie semble s'être établi dans la littérature concernant les traits de personnalité

associés au modèle des cinq facteurs. De façon générale, les individus présentant une schizophrénie tendent à présenter un niveau plus élevé de névrosisme et un plus faible niveau d'extraversion, d'ouverture à l'expérience, d'agréabilité ou d'attrait social et de caractère consciencieux comparativement à la population générale. Ce profil semble toutefois être associé à un pronostic moins favorable étant donné l'association de certains traits à une plus grande sévérité des symptômes et à une plus grande détresse psychologique. Des pionniers dans le domaine de la schizophrénie, tels que Kraepelin et Bleuler, prétendaient que la présence de traits de personnalité pathologique pouvaient contribuer au développement de la schizophrénie (Berenbaum & Fujita, 1994; Solano & De Chávez, 2000) et qu'ils s'agissaient de facteurs de risque à la psychose (Schultze-Lutter, Klosterkötter, Michel, Winkler, & Ruhrmann, 2012).

Schizophrénie et personnalité pathologique

D'après une revue de la littérature réalisée en 2008, la prévalence des troubles de la personnalité chez la population canadienne schizophrène est difficile à estimer puisqu'elle peut varier selon les études (échantillons, instruments de mesure utilisés, types d'études et pays) (Newton-Howes, Tyrer, North, & Yang, 2008). Or, quelques études indiquent une fréquence élevée de traits de personnalité pathologique ou de troubles de la personnalité chez les individus présentant une schizophrénie (Keshavan et al., 2005; Moore et al., 2012; Schultze-Lutter et al., 2012; Skokou & Gourzis, 2014; Solano & De Chávez, 2000) comparativement à la population générale (Keshavan et al., 2005; Moore et al., 2012). La présence de traits pathologiques ou de troubles de la

personnalité avant le premier épisode psychotique est également fréquente (Schroeder, Naber, & Huber, 2014; Skokou & Gourzis, 2014; Solano & De Chávez, 2000). Une étude parmi ces dernières révèle que 85 % des individus présentant une schizophrénie présentaient au moins un trouble de la personnalité et celui-ci était présent avant le premier épisode psychotique (Solano & De Chávez, 2000). Les troubles de personnalité évitante (groupe C) et schizoïde (groupe A) sont les plus fréquents. Parmi ceux qui présentent plus d'un trouble de la personnalité, des associations sont obtenues entre le trouble de personnalité évitante et schizoïde, le trouble de personnalité évitante et schizotypique, évitante et dépendante, schizotypique et schizoïde, évitante et paranoïaque, ainsi que paranoïaque et obsessionnelle-compulsive. La présence de plus d'un trouble de la personnalité est associée à un début précoce de la schizophrénie, à un fonctionnement cognitif plus pauvre et à des antécédents suicidaires (Moore et al., 2012); ce qui peut indiquer un pronostic moins favorable.

Les individus présentant une schizophrénie peuvent présenter des traits de personnalité des trois groupes (A, B et C) (Moore et al., 2012). Les résultats d'une étude mettent toutefois en évidence, tels que ceux de Solano et De Chávez (2000), la présence plus élevée des troubles de la personnalité du groupe A et C au sein des individus schizophrènes. Le trouble schizotypique et le trouble évitant sont plus fréquents chez les individus présentant une schizophrénie comparativement aux individus ayant vécu un premier épisode psychotique et n'ayant pas développé la schizophrénie (Keshavan et al., 2005). Inversement, le trouble borderline et autres troubles du groupe B sont plus

fréquents chez les individus ayant vécu un premier épisode psychotique mais n'ayant pas développé la schizophrénie. Selon les résultats de cette étude, les troubles du groupe A et C semblent associés au développement de la schizophrénie alors que les troubles du groupe B semblent protéger l'individu vers l'évolution de la schizophrénie. Dans le même ordre d'idée, les résultats d'une autre étude révèlent que la présence de traits schizoïdes prédiraient, dans un rapport faible, le développement de la schizophrénie après un premier épisode psychotique (Schultze-Lutter et al., 2012).

Ensuite, une étude portant sur la période avant le premier épisode de schizophrénie rapporte des distinctions concernant la personnalité chez les individus ayant développé tôt la schizophrénie, soit entre 12 et 29 ans, comparativement à ceux l'ayant développée tardivement, soit entre 35 et 57 ans (Skokou & Gourzis, 2014). Ceux-ci sont majoritairement des hommes qui présentent plus de traits évitants, moins de traits passifs-agressifs, sont plus souvent célibataires et ont grandi dans un milieu urbain. Les troubles de la personnalité du groupe A sont également plus fréquemment observés chez les individus plus jeunes alors que chez les plus âgés, les troubles de la personnalité du groupe B sont plus fréquents (Skokou & Gourzis, 2014). Ces résultats indiquent un lien entre les traits de personnalité du groupe A, les traits évitants et une évolution lente et précoce de la schizophrénie. Autrement dit, les individus présentant des traits de personnalité du groupe A ou des traits évitants sont plus à risque de développer tôt la schizophrénie et de présenter un pronostic moins favorable. De plus, les résultats

indiquent que ces individus présentaient des difficultés d'adaptation au stress avant la manifestation de la schizophrénie (Skokou & Gourzis, 2014).

Les troubles de la personnalité influencent le fonctionnement et la sévérité des symptômes de la schizophrénie (Newton-Howes et al., 2008). Des liens existent entre les troubles de la personnalité et les symptômes de la schizophrénie mesurés par le PANSS. Les personnalités du groupe A sont généralement associées, dans des proportions différentes, aux symptômes positifs tels que les hallucinations et les délires (Schroeder et al., 2012). Les traits schizotypiques sont associés à une augmentation des symptômes positifs (Schroeder et al., 2012, 2014) signifiant une phase active plus sévère. Les traits schizoïdes (Schroeder et al., 2012) et les traits évitants (Huber et al., 2012; Schroeder et al., 2012) sont, quant à eux, associés à une augmentation des symptômes négatifs; ce qui peut indiquer une évolution plus défavorable de la schizophrénie.

Pour résumer, les traits de personnalité pathologique ou les troubles de la personnalité sont généralement fréquents au sein de la population présentant une schizophrénie. Malgré le peu d'études sur le sujet, les traits de personnalité (ou troubles) du groupe A et C, principalement les traits schizotypiques, schizoïdes et évitants, semblent être les plus fréquemment observés et sont associés à une évolution moins favorable de la schizophrénie. Les individus développant tôt la schizophrénie sont plus souvent des hommes célibataires présentant des traits du groupe A et/ou des traits évitants ainsi que des difficultés d'adaptation au stress (Skokou & Gourzis, 2014). Les

stratégies d'adaptation (coping) au stress semblent donc être une autre variable associée au développement de la schizophrénie.

Les stratégies de coping

Dans cette quatrième section, le concept de stratégie de coping est défini ainsi que différents types de stratégies issus de quelques modèles théoriques fréquemment cités dans la littérature.

Définition du concept

Le terme coping, qui peut être conservé dans la langue française, fait référence aux stratégies de faire face (Mariage & Schmitt-Fournier, 2006). Les stratégies de coping existent également sous plusieurs appellations telles que les stratégies d'adaptation et de maîtrise (Mariage & Schmitt-Fournier, 2006), d'ajustement (Chabrol & Callahan, 2004; Mariage & Schmitt-Fournier, 2006) et les styles de coping (Chabrol & Callahan, 2004). En général, elles désignent des stratégies conscientes utilisées par un individu en réaction à une situation de stress (Chabrol & Callahan, 2004; Nicchi & Le Scanff, 2005). Il existe plusieurs modèles théoriques dont les appellations diffèrent selon les auteurs. Le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984) est l'un des plus influents. Il définit les stratégies de coping comme étant les efforts cognitifs et comportementaux accomplis par un individu afin de gérer les demandes externes et internes d'une situation stressante ou qui excède ses ressources (Bijttebier & Vertommen, 1999; Leclerc, 1992; Nicchi & Le Scanff, 2005). Ces efforts déployés pour s'adapter à un stress peuvent être

variés et nombreux. Toutefois, selon la conception de Lazarus (1993), certains types sont plus ou moins adaptés par rapport au contexte (Mariage & Schmitt-Fournier, 2006).

Types de coping

D'entrée de jeu, le coping se qualifie généralement d'actif, d'évitant ou de passif (Chabrol & Callahan, 2004). Selon la définition de ces auteurs, un coping actif signifie de faire directement face au problème, par exemple en recherchant du soutien social ou en élaborant un plan d'action. Un coping évitant fait référence aux moyens utilisés pour détourner le problème et fuir la détresse émotionnelle. S'adonner à des activités positives, telles que la pratique d'un sport ou un loisir, à des activités négatives, telles que fumer ou boire de l'alcool, en sont des exemples. Puis, il est passif lorsqu'aucun moyen n'est utilisé ouvertement pour régler la situation. Cette inactivité face à un stressor est souvent liée à un état émotionnel négatif, tel que la dépression, ainsi qu'à une attitude de déni (Chabrol & Callahan, 2004). Les stratégies de coping peuvent également être regroupées selon différents modèles théoriques régulièrement cités dans la littérature.

Modèle de Lazarus et Folkman (1984). Ce modèle qui est le plus influent de la littérature divise les stratégies en deux grandes catégories : centrées sur le problème et centrées sur l'émotion (Chabrol & Callahan, 2004; Delelis, Christophe, Berjot, & Desombre, 2011; Nicchi & Le Scanff, 2005). Un troisième type de coping est ajouté plus tard par Bruchon-Schweitzer, Cousson, Quintard, Nuissier et Rascle (1996) pour

compléter ce modèle : la recherche de soutien social (Delelis et al., 2011). Ces trois catégories peuvent se mesurer par des questionnaires tels que le *Ways of Coping Checklist* (WCC) (Delelis et al., 2011) et le *Coping Strategies Inventory* (CSI), une version adaptée du WCC (Connor-Smith & Flachsbart, 2007).

Coping centré sur le problème. Le coping centré sur le problème, qui est généralement considéré comme adapté et actif (Lee et al., 2011), fait référence aux actions entreprises par l'individu dirigées vers la source du problème et visant à réduire le stress. Deux sous-types d'actions peuvent être entrepris : actions directes et indirectes. Les actions directes sont plus agressives et dirigées vers la source du problème alors que les actions indirectes sont plus préventives tels que prévoir un plan d'action ou rechercher de l'information (Delelis et al., 2011; Nicchi & Le Scanff, 2005). Ce type de stratégie peut être aidant lorsque l'évènement est perçu comme contrôlable. Toutefois, il tend à augmenter l'anxiété lorsque l'évènement n'est pas contrôlable (Chabrol & Callahan, 2004).

Coping centré sur l'émotion. Les stratégies de coping centrées sur l'émotion sont les actions qui régulent les émotions pour réduire le stress et la détresse psychologique sans toutefois modifier l'environnement. Des actions cognitives ou comportementales peuvent être utilisées, telles que tenter de changer sa perception du problème ou pratiquer des techniques de relaxation (Delelis et al., 2011; Nicchi & Le Scanff, 2005). L'individu tente donc de modifier des éléments de soi plutôt que de tenter de changer la

situation elle-même. Ce type de stratégie s'avère efficace pour soulager l'anxiété et il est souvent utilisé pour s'ajuster aux événements incontrôlables (Chabrol & Callahan, 2004). Il est généralement considéré comme étant passif et inadapté (Lee et al., 2011).

Recherche de soutien social. Ce type de stratégies de coping a pour objectif d'obtenir l'aide d'autrui que ce soit pour résoudre directement le problème et/ou pour soulager ou changer l'état émotionnel (Delelis et al., 2011). L'individu peut rechercher des conseils pour régler la situation ou il peut en discuter pour avoir plus d'informations sur la situation. Il peut également se confier à quelqu'un sur ses sentiments afin d'obtenir la compréhension et l'empathie de l'autre et de ne pas s'isoler. Ce type de coping est généralement considéré comme un coping adapté et actif (Lee et al., 2011).

Modèle d'Endler et Parker (1990). Endler et Parker (1990) divisent les stratégies de coping en trois styles principaux : stratégies orientées vers la tâche, vers l'émotion ou l'évitement (Ritsner et al., 2006). Les deux premiers styles de coping sont similaires aux deux principales catégories de coping de Lazarus et Folkman (1984). Endler et Parker différencient toutefois l'évitement comme stratégie visant à se dégager du problème (Nicchi & Le Scanff, 2005), comme par exemple l'utilisation de diversions sociales (Ritsner et al., 2006). De façon générale, le coping orienté vers la tâche est plus adapté que le coping orienté vers l'émotion et l'évitement (Ritsner et al., 2006). Le *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS; Phillips, Francey, Edwards, & McMurray, 2009) est un questionnaire mesurant ces trois types de coping.

Modèle de Carver, Scheier et Weintraub (1989). Carver et ses collègues (1989) soulèvent la complexité des deux principaux types de coping issus du modèle initial de Lazarus et Folkman (1984), soit le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion (Hudek-Knezevic, Kardum, & Vukmirovic, 1999). Ils extraient donc, à travers leur instrument de mesure nommé *COPE* et de leur version abrégée nommée *Brief COPE*, une variété de types de stratégies pouvant mesurer ces deux principales catégories, telles que (1) le coping actif (prendre des actions, faire des efforts pour diminuer le stress); (2) la planification; (3) l'utilisation d'un support émotionnel (obtenir sympathie) ou (4) instrumental (ex : conseil, information); (5) la réinterprétation positive; (6) l'acceptation; (7) la religion; (8) l'humour; (9) la ventilation; (10) le déni (rejeter réalité); (11) l'utilisation de substances; (12) le désengagement comportemental; (13) l'auto-distraktion; et (14) l'auto-blâme (Hudek-Knezevic et al., 1999; Meyer, 2001). Les huit premières stratégies sont considérées comme étant adaptées alors que les six autres sont des stratégies inadaptées selon ces auteurs. Le Tableau 3 résume les différents types de stratégies présentés ci-haut.

Tableau 3

Résumé des stratégies de coping classées par modèle

Modèles	Types et qualification	Qualification des types	Instruments de mesure
Lazarus et Folkman (1984)	<ul style="list-style-type: none"> – Centré sur le problème – Centré sur l'émotion – Recherche de soutien social 	<ul style="list-style-type: none"> – Adapté et actif – Inadapté et passif – Adapté et actif 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Ways of Coping Checklist</i>, – <i>Coping Strategies Inventory</i>
Endler et Parker (1990)	<ul style="list-style-type: none"> – Orienté vers la tâche – Orienté vers l'émotion – Évitement 	<ul style="list-style-type: none"> – Adapté – Inadapté – Inadapté 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Coping Inventory For Stressful Situations</i>
Carver, Scheier et Weintraub (1989)	<ul style="list-style-type: none"> – Coping actif, planification, utilisation d'un support émotionnel, utilisation d'un support instrumental, réinterprétation positive, acceptation, religion, humour – Ventilation, déni, utilisation de substances, désengagement comportemental, auto-distracted, auto-blâme 	<ul style="list-style-type: none"> – Adapté – Inadapté 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>COPE</i>, – <i>Brief COPE</i>

Dans l'ensemble, les stratégies se qualifient d'adaptées (positives, fonctionnelles) à inadaptées (négatives, dysfonctionnelles). Bien qu'il existe une variété de coping, les individus tendent généralement à utiliser un style plutôt qu'un autre puisque ces stratégies tendent à demeurer stables dans le temps (Chabrol & Callahan, 2004). Le style

de coping principalement utilisé peut être influencé par plusieurs facteurs, notamment les traits de personnalité (Chabrol & Callahan, 2004; Mariage & Schmitt-Fournier, 2006).

Études sur les liens entre les stratégies de coping et la personnalité

Cette cinquième section présente les différentes études ayant établi des liens entre les stratégies de coping et la personnalité saine et pathologique.

Coping et personnalité saine. Une relation existe entre les stratégies de coping et les traits de personnalité du modèle des cinq facteurs (Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Panayiotou, Kokkinos, & Kapsou, 2014; Roesch, Wee, & Vaughn, 2006). Le névrosisme est généralement associé à l'utilisation de stratégies inadaptées (Panayiotou et al., 2014), notamment celles centrées vers l'émotion (Chabrol & Callahan, 2004; Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Roesch et al., 2006). Il obtient également une association positive avec les stratégies d'évitement (inadaptées) mesurées par le Brief COPE, tels que l'abus de substances, le désengagement comportemental, la ventilation et l'auto-blâme, ainsi qu'avec la recherche de support social (adaptée) (Roesch et al., 2006). Puis, le névrosisme est associé à la recherche de support social qui est une stratégie active et positive (Connor-Smith & Flachsbart, 2007). Dans l'ensemble, les individus présentant un haut niveau de névrosisme tendent à utiliser des stratégies principalement négatives et inadaptées, mais peuvent également en utiliser des positives et des plus adaptées.

Quant à eux, l'extraversion et le caractère consciencieux tendent à être en lien avec des stratégies adaptées (Panayiotou et al., 2014), c'est-à-dire celles centrées sur le problème (Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Roesch et al., 2006) telles que l'utilisation du coping actif et la planification (Roesch et al., 2006). L'ouverture à l'expérience obtient également une association avec ces types de stratégies (Roesch et al., 2006). De plus, l'extraversion, le caractère consciencieux ainsi que l'ouverture à l'expérience sont des traits de personnalité associés à des stratégies mesurées par le Brief COPE telles que l'utilisation de la réinterprétation positive, à l'humour et à l'acceptation qui sont adaptées (Roesch et al., 2006). Enfin, l'agréabilité ou l'attrait social démontre une association positive avec le coping actif et l'humour au Brief COPE (Roesch et al., 2006). De façon générale, les individus présentant un haut niveau d'extraversion, un caractère consciencieux, une ouverture à l'expérience et une agréabilité ou un attrait social tendent à utiliser un style de coping majoritairement positif et adapté comparativement aux individus présentant un haut niveau de névrosisme.

En somme, les études portant sur les liens entre le coping et les traits de personnalité saine, c'est-à-dire les traits issus du modèle à cinq facteurs, rendent compte d'associations précises. Certaines divergences dans les résultats peuvent parfois être observées selon les instruments de mesure utilisés puisqu'ils peuvent être basés sur des modèles théoriques différents. Malgré ces divergences, le lien entre la personnalité saine et le coping est bien établi dans la littérature. Des auteurs soutiennent toutefois qu'il peut être influencé par d'autres facteurs tels qu'un événement stressant, le tempérament

acquis dès l'enfance, l'âge, le sexe, la culture, etc. (Connor-Smith & Flachsbart, 2007). Il semble donc que ce lien ne soit pas étanche. Les études portant sur les traits de personnalité pathologique et le coping tendent à aller dans ce sens et certains auteurs remettent même en question la direction du lien.

Coping et personnalité pathologique. Dans l'ensemble, les recherches sur les traits de personnalité pathologique et les stratégies de coping sont très peu nombreuses (Chabrol & Callahan, 2004; van Wijk-Herbrink, Andrea, & Verheul, 2011). Certains auteurs, tels que Millon (1981) et Vaillant (1994), sous-tendent que le coping pourrait être à la fois la cause et la conséquence des troubles de personnalité alors que d'autres, tels que Vollrath, Alnaes et Torgersen (1995), supposent que le coping pourrait être un facteur contribuant au développement d'un trouble de la personnalité (Bijttebier & Vertommen, 1999). Un lien existerait entre les troubles de la personnalité et les stratégies de coping inadaptées et dysfonctionnelles (van Wijk-Herbrink et al., 2011).

Les résultats d'une étude ont révélé une association qui est considérable entre les stratégies de coping et les troubles de la personnalité du DSM-IV auprès d'une population présentant un trouble de santé mentale (Bijttebier & Vertommen, 1999). L'ensemble des troubles de la personnalité sont corrélés négativement à la recherche de support social, particulièrement la personnalité schizoïde, paranoïaque, schizotypique, évitante et la personnalité passive-agressive. À l'inverse, tous les troubles de la personnalité ont été positivement corrélés à l'évitement, notamment la personnalité

évitante et borderline. Le trouble de personnalité narcissique est le seul à obtenir un lien positif significatif avec la stratégie de résolution de problèmes (Bijttebier & Vertommen, 1999). Ainsi, cette étude indique que les individus présentant un trouble de la personnalité ont tendance à avoir recours à des stratégies inadaptées et dysfonctionnelles.

Une étude plus récente obtient des résultats similaires en comparant 1435 individus présentant un trouble de la personnalité avec la population générale (van Wijk-Herbrink et al., 2011). Une différence significative est obtenue entre les deux échantillons concernant les stratégies positives (adaptées) ou négatives (inadaptées) qu'ils tendent à utiliser. Tel qu'attendu, les individus ayant un trouble de la personnalité tendent à utiliser davantage des stratégies inadaptées comparativement à la population générale. De plus, les résultats indiquent que plus les individus présentent un trouble sévère de la personnalité, plus les scores sont élevés au niveau des stratégies inadaptées et faibles aux stratégies adaptées (van Wijk-Herbrink et al., 2011).

Pour résumer, la plupart des études sur le coping et la personnalité portent sur les traits de personnalité saine tels que ceux issus du modèle des cinq facteurs. Les études portant sur les traits de personnalité pathologique et les troubles de la personnalité sont, quant à elles, limitées. Bien que la relation soit existante, d'autres études devraient être réalisées sur le coping et la personnalité afin d'explorer et de préciser le sens de la relation, particulièrement concernant la personnalité pathologique. Le lien entre le

coping et les troubles de santé mentale de l'axe I, tels que la schizophrénie, a été largement étudié.

Études portant sur les liens entre les stratégies de coping et la schizophrénie

Dans cette sixième section, les liens entre les stratégies de coping et la schizophrénie sont présentés. Le coping utilisé face aux symptômes de la schizophrénie et face aux événements stressants de la vie quotidienne sont abordés.

Coping utilisé face aux symptômes de la schizophrénie. Les études portant sur les individus présentant une schizophrénie et leurs habiletés à faire face à leurs symptômes sont vastes (Jalbrzikowski et al., 2014; Leclerc, 1992; Lee et al., 2011; Meyer, 2001; Rollins, Bond, Lysaker, McGrew, & Salyers, 2010; Sheshtawy, 2011). Environ 86 % des individus présentant une schizophrénie rapportent avoir modifié leurs stratégies de coping lors de l'apparition des symptômes positifs, tels que les hallucinations et les délires (Leclerc, 1992). Ces symptômes tendent souvent à être perçus comme étant plus stressants que les symptômes négatifs (Rollins et al., 2010). Les stratégies comportementales, centrées sur les émotions et les stratégies évitantes sont les plus rapportées pour faire face aux symptômes positifs. Ces stratégies sont généralement classifiées d'inadaptées par les auteurs (Moos, 1993) à l'exception des stratégies comportementales qui sont positives (Meyer, 2001). L'utilisation de stratégies inadaptées demeure les plus fréquentes (Rollins et al., 2010). Des études plus récentes ont également mis en évidence l'utilisation plus fréquente de ces stratégies chez la

population présentant un diagnostic de schizophrénie et chez ceux ayant vécu un premier épisode (Lee et al., 2011) ou à risque de développer des symptômes psychotiques (Jalbrzikowski et al., 2014) comparativement à la population générale.

Il semble que plus les symptômes de la schizophrénie soient sévères, moins les individus qui en sont atteints tendent à utiliser des stratégies adaptées (Meyer, 2001). Or, l'utilisation de stratégies adaptées est associée à un meilleur fonctionnement social et à une meilleure santé psychologique (Meyer, 2001) alors que les stratégies inadaptées sont associées à une augmentation de la sévérité des symptômes (Jalbrzikowski et al., 2014; Lee et al., 2011). Les individus présentant une schizophrénie ayant utilisé du coping adapté présentent des symptômes moins sévères à travers le temps, soit six semaines plus tard (Meyer, 2001) et jusqu'à un an plus tard (Jalbrzikowski et al., 2014). Ces résultats peuvent donc signifier que l'utilisation des stratégies de coping adaptées améliore le pronostic et qu'inversement, l'utilisation des stratégies de coping inadaptées rend le pronostic moins favorable. Bien que les résultats convergent entre eux, il est toutefois possible que les symptômes de la schizophrénie influencent également l'utilisation d'un coping inadapté, amenant par exemple une difficulté à se mobiliser (Lee et al., 2011). Le sens de la relation entre le coping et la schizophrénie demeure à explorer malgré l'étendue des études sur le sujet.

Coping utilisé face aux événements stressants de la vie quotidienne. Alors que les recherches tendent à se concentrer sur le coping utilisé pour faire face aux

symptômes de la schizophrénie (Delawalla, 2010; Sheshtawy, 2011), l'adaptation envers les événements stressants de la vie quotidienne l'est moins (Phillips et al., 2009; Sheshtawy, 2011). Pourtant, le stress vécu en lien avec des événements négatifs stressants peut augmenter la sévérité des symptômes psychotiques et engendrer de la détresse psychologique (Horan et al., 2005, 2007; Ritsner et al., 2006).

Chez les individus présentant une schizophrénie, les résultats d'une étude indiquent une utilisation plus fréquente du coping orienté vers l'émotion (inadaptée), une plus faible utilisation du coping orienté vers la tâche (adaptée), un plus haut niveau de détresse émotionnelle, une moins bonne satisfaction de la qualité de vie, une perception plus faible de support social et une plus faible perception de leur efficacité et compétence envers les situations stressantes comparativement à la population générale (Ritsner et al., 2006). Aucune différence n'est obtenue pour l'utilisation de stratégies d'évitement. Bien qu'une tendance se soit dégagée pour l'utilisation des stratégies centrées sur les émotions (inadaptées), les trois sortes de coping sont utilisées par les individus présentant une schizophrénie. Une conclusion similaire est obtenue dans l'étude quant à la diversité des stratégies pouvant être utilisées par ces individus envers les événements stressants de la vie quotidienne (Sheshtawy, 2011). Ceux-ci utilisent en moyenne douze stratégies pour faire face au stress des événements quotidiens (Sheshtawy, 2011). Toutefois, les plus fréquemment employées sont l'acceptation (adaptée) et l'auto-distraktion (inadaptée); ce qui n'indique pas un style de coping particulier.

Les individus présentant un diagnostic récent de schizophrénie tendent à percevoir moins de contrôle envers les événements stressants de leur vie et à moins bien y faire face comparativement à la population générale (Horan et al., 2005). De façon générale, ceux qui perçoivent positivement les événements stressants tendent à utiliser plusieurs stratégies de coping puisqu'ils ont l'impression d'avoir un contrôle sur l'événement alors que ceux qui les perçoivent négativement en utilisent moins, possiblement en raison d'un sentiment d'impuissance (Leclerc, 1992). Ces résultats peuvent signifier que les individus ayant un diagnostic récent utiliseraient moins de stratégies pour s'adapter au stress et qu'elles tendent à être inadaptées comparativement à la population générale.

Concernant l'ensemble des études sur la schizophrénie et le coping envers les événements stressants de la vie quotidienne, une critique est formulée à l'égard de la difficulté de comparer les individus entre eux puisqu'ils ne vivent pas les mêmes événements et n'ont pas la même perception du stress (Delawalla, 2010). Pour réfuter cette critique, une étude a été réalisée sur les stratégies de coping utilisées par les individus schizophrènes face à un même événement stressant (catastrophe naturelle) comparativement à des individus bipolaires et des individus sans diagnostic (Horan et al., 2007). Un mois suivant la catastrophe naturelle, les individus schizophrènes ont eu moins tendance à avoir recours aux stratégies d'approches comparativement aux deux autres groupes. Selon la conception de Moos (1993), les stratégies d'approche sont des stratégies cognitives (p.ex. : analyse logique et réinterprétation positive) et des stratégies comportementales (p.ex. : recherche de support et conseils et résolution de problèmes)

(Horan et al., 2007). Les stratégies adaptées sont donc moins fréquentes chez les individus présentant une schizophrénie. De plus, ces individus présentent une plus faible estime de soi et moins de support social que les individus des autres groupes laissant présager que ces deux variables aient pu influencer le style de coping utilisé.

En somme, ce qui tend à ressortir des études sur le coping chez les individus présentant une schizophrénie est la diversité des stratégies pouvant être utilisées, que ce soit pour faire face aux symptômes ou aux événements stressants de la vie. L'utilisation de stratégies inadaptées semble toutefois plus fréquente chez cette population malgré une différence avec les résultats obtenus par Sheshtawy (2011). De plus, les individus présentant un diagnostic récent de schizophrénie ont moins tendance à avoir recours à des stratégies de coping en raison d'une perception plus négative de la situation. Il est donc difficile d'établir un style de coping propre aux individus schizophrènes étant donné l'éventail de stratégies pouvant être utilisées. De plus, une prudence est de mise dans l'interprétation des résultats présentée puisque le style de coping peut être influencé par plusieurs autres facteurs comme le manque de ressources sociales, le manque d'habiletés pour gérer les situations (Delawalla, 2010), la perception de contrôle, la perception du stress (Leclerc, 1992), la personnalité, les habiletés cognitives, l'influence de la famille, l'âge, le sexe et la culture (Meyer, 2001).

Forces et limites des études recensées

Généralement, les études portant sur la personnalité des individus présentant une schizophrénie se réfèrent au modèle des cinq facteurs (*Big Five ou Five-Factor Model*). Les instruments de mesure souvent utilisés sont le NEO Five-Factor Inventory et le NEO Personality Inventory Revised. De plus, l'échantillon d'individus présentant une schizophrénie n'est souvent pas homogène dans ces études puisqu'il peut inclure d'autres diagnostics, tels que le trouble schizo-affectif et d'autres troubles du spectre de la schizophrénie. Les résultats obtenus dans la littérature ne sont donc pas nécessairement représentatifs de la population présentant une schizophrénie. Jusqu'à maintenant, un profil semble se dégager chez ces individus qui présentent un haut niveau de névrosisme et des plus faibles niveaux d'extraversion, d'ouverture à l'expérience, d'agréabilité ou d'attrait social et de caractère consciencieux comparativement à la population générale. Les études mettent en évidence que certains traits, notamment lorsqu'il s'agit de scores très élevés ou très faibles, peuvent influencer le pronostic de la schizophrénie. Par exemple, certains d'entre eux sont associés à des répercussions défavorables sur la maladie, tels qu'une augmentation de la sévérité des symptômes, du niveau d'agitation, de désorganisation et de la détresse émotionnelle, alors que d'autres traits diminueraient l'intensité des symptômes ainsi que le risque de rechute. L'étude des traits de personnalité saine chez les individus présentant une schizophrénie s'avère pertinente considérant que des traits semblent agir comme facteurs de vulnérabilité alors que d'autres semblent agir comme facteurs de protection.

Quant à elles, les études portant sur les traits de personnalité pathologique auprès des individus présentant une schizophrénie sont limitées et très diversifiées. Certaines ne présentent pas de groupe contrôle, alors que d'autres en présentent un ou deux. Les échantillons sont fréquemment hétérogènes puisqu'ils incluent d'autres troubles du spectre de la schizophrénie et parfois le trouble dépressif majeur et le trouble bipolaire, ce qui constitue une limite importante. Parmi les études qui présentent un groupe contrôle, elles rapportent généralement une fréquence élevée de troubles de la personnalité (ou traits pathologiques) chez les individus présentant une schizophrénie comparativement à la population générale. D'autres études sont rétrospectives et soulignent également la présence de troubles de la personnalité (ou traits pathologiques) avant le début du premier épisode de schizophrénie (hallucinations, délires), appuyant l'hypothèse qu'ils puissent contribuer au développement de la schizophrénie. Parmi les études présentées, tous les groupes de personnalité tendent à être évalués (A, B et C) ce qui peut donner un portrait général de la personnalité pathologique chez les individus présentant une schizophrénie. Les troubles de la personnalité du groupe A et C tendent à être prédominants comparativement à ceux du groupe B qui semblent être présents chez les individus ayant développé plus tardivement la schizophrénie et chez les individus ayant fait une psychose mais n'ayant pas développé la schizophrénie. Puis, quelques études se sont également intéressées aux liens entre la personnalité pathologique et les symptômes de la schizophrénie, ce qui peut enrichir l'analyse. Certains traits pathologiques ou troubles de la personnalité, notamment du groupe A et C, sont associés à une augmentation de la sévérité des symptômes de la schizophrénie alors que les

troubles de la personnalité du groupe B semblent plutôt protéger les individus au développement de la schizophrénie. Il est donc possible de penser que certains traits ou troubles de la personnalité influencent le pronostic. En somme, l'importance de considérer la personnalité dans son ensemble est sans équivoque chez les individus présentant une schizophrénie, notamment avant le premier épisode. Il est justifiable de penser que d'évaluer la personnalité permettrait à la fois d'identifier des facteurs de vulnérabilité et de protection à la schizophrénie et ainsi de contribuer à la prévention. De plus, à notre connaissance, rares sont les études ayant à la fois étudié rétrospectivement les traits de personnalité saine et pathologique chez cette population.

Malgré que des études soulèvent un lien entre la personnalité et des symptômes de la schizophrénie, une difficulté réside dans l'absence de consensus concernant ce lien. Certains auteurs proposent qu'il soit modulé par d'autres facteurs, tels que le niveau d'adaptation au stress, ou qu'il soit même inexistant. Pour contrer une partie de cette difficulté, la présente étude s'intéresse également aux stratégies de coping chez les individus présentant une schizophrénie. Un lien existe entre le coping et la personnalité, mais celui-ci peut également être influencé par d'autres facteurs, par exemple de nature sociodémographique. De plus, la majorité des études portant sur le coping et la personnalité se sont centrées sur les traits de personnalité saine alors que peu d'études ont été réalisées sur les traits de personnalité pathologique ou les troubles de la personnalité.

Concernant les stratégies de coping utilisées par les individus présentant une schizophrénie, celles-ci peuvent être très variables. Bien que plusieurs études rapportent l'utilisation de stratégies principalement inadaptées chez cette population comparativement à la population générale, il demeure difficile de déterminer un style de coping précis. De plus, considérant que l'utilisation de stratégies de coping inadaptées peut être associée à une détresse émotionnelle, à une plus faible qualité de la vie, ainsi qu'à l'augmentation de la sévérité des symptômes de la schizophrénie, l'étude des stratégies de coping chez la population schizophrène devient importante pour favoriser le pronostic. Les études consultées jusqu'à maintenant présentent certaines forces et limites méthodologiques notamment sur la taille de l'échantillon, la présence ou l'absence d'un groupe contrôle et sur l'homogénéité de leur échantillon. L'étude de Ritsner et ses collègues (2006) semble présenter plusieurs forces sur ces aspects ce qui peut augmenter la validité des résultats. Quelques études se démarquent également en ayant évalué d'autres variables telles que les symptômes de la schizophrénie, le fonctionnement social et le niveau de détresse psychologique. Toutefois, jusqu'à présent, les études tendent à porter sur le coping utilisé pour faire face aux symptômes de la schizophrénie comparativement au coping utilisé pour faire face aux événements stressants de la vie qui sont indépendants de la maladie. Ainsi, la présente étude porte sur les stratégies de coping qui tendent à être utilisées face aux événements stressants de la vie quotidienne, particulièrement avant le premier épisode schizophrénique. De type rétrospective, elle vise ainsi à identifier un style de coping ayant été plus fréquemment

utilisé avant les premiers symptômes de la maladie et peut permettre de comprendre l'adaptation aux événements de vie stressants.

Objectif de recherche et pertinence de l'étude

La présente étude a pour principal objectif d'étudier rétrospectivement les traits de personnalité saine et pathologique ainsi que les stratégies de coping chez des individus présentant un diagnostic récent de schizophrénie. Ce travail permettra ainsi de réfléchir sur la contribution de ces variables dans le développement de la schizophrénie considérant qu'elles semblent jouer un rôle selon les études consultées. Cette étude est donc de type exploratoire puisqu'elle vise, à partir d'une analyse de quelques cas cliniques, à déterminer la pertinence de réaliser une étude à plus grande envergure. Compte tenu que les individus présentant une schizophrénie peuvent vivre des périodes de rémission et une évolution favorable au long court et que l'effet des antipsychotiques diminue à long terme (Harrow & Jobe, 2013), il s'avère important d'étudier les facteurs psychologiques qui favorisent le pronostic. Ainsi, les résultats obtenus dans une éventuelle recherche pourraient contribuer au développement de cibles d'intervention sur le plan de la clinique pour viser le rétablissement chez cette population.

Méthode

Ce deuxième chapitre présente les caractéristiques des participants recrutés à l'étude, les instruments de mesure utilisés, les différentes étapes du déroulement.

Participants

Les participants à l'étude ont été recrutés sur une base volontaire en collaboration avec les intervenants du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSSL) ainsi qu'avec la collaboration des intervenants du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ). L'objectif visé dans le recrutement était que les individus soient stabilisés, c'est-à-dire que leur condition psychologique ne soit pas en train de se détériorer au point d'être hospitalisés, et qu'ils soient relativement fonctionnels pour permettre la participation à une entrevue de recherche. Les critères d'inclusion ont été définis ainsi : accepter librement de participer à l'étude, être un homme âgé entre 18 et 40 ans inclusivement, avoir reçu un diagnostic de schizophrénie (excluant les autres troubles psychotiques) par un médecin ou psychiatre depuis au moins six mois et ne dépassant pas une période de cinq ans, avoir une médication prescrite, résider sur le territoire québécois, s'exprimer en français et le lire couramment. Les critères d'exclusion suivants ont été retenus : ne pas présenter une déficience intellectuelle (modérée à sévère) qui pourrait nuire à la passation des instruments de mesure et ne pas être déclaré inapte sous régime de

protection. Cette étude est réalisée auprès d'hommes puisque le diagnostic de schizophrénie tend à être posé plus tôt dans la vie, soit en début d'âge adulte, comparativement aux femmes (Lalonde, 1995) et que leur pronostic tend à être plus défavorable (APA, 2015).

L'échantillon est composé au total de sept participants hommes francophones présentant un diagnostic récent de schizophrénie. Considérant que l'accessibilité à cette clientèle est souvent difficile et que ce sont les intervenants du réseau de la santé qui ont procédé au recrutement afin d'assurer la confidentialité des informations, il n'est pas possible d'estimer la taille de la population au moment de l'étude. Trois individus ont toutefois abandonné le projet en ne se présentant pas à l'entrevue de recherche malgré une tentative de rappel. La méthode d'échantillonnage était un échantillon de volontaires parmi ceux qui ont été sélectionnés par les intervenants. Ce choix a été retenu pour s'assurer de l'intérêt et du sérieux des participants à compléter les évaluations. La moyenne d'âge des participants est de 25,3 ans ($ET = 3,66$). Un résumé des données sociodémographiques est présenté dans le Tableau 4.

Parmi les raisons ayant mené à une hospitalisation, trois participants rapportent des hallucinations auditives et un seul a rapporté des hallucinations visuelles. Ensuite, deux participants évoquent avoir fait une psychose sous l'effet de drogues. Enfin, un participant rapporte également avoir été hospitalisé puisqu'il ne prenait plus ses médicaments et venait de vivre un événement stressant. Parmi les cinq participants ayant

été hospitalisés pour des symptômes de schizophrénie, trois d'entre eux ont vécu un seul épisode de la phase active et ont ensuite été stabilisés à l'aide d'un traitement pharmacologique. Concernant les premiers symptômes de la schizophrénie rapportés, cinq participants sur sept décrivent des hallucinations auditives. Parmi ceux-ci, un évoque également un manque de motivation et une grande fatigue. Parmi les deux autres ne rapportant pas d'hallucinations auditives, un d'entre eux évoque ne plus s'en souvenir car il était intoxiqué à la drogue et un autre évoque de l'insomnie et une hallucination visuelle. En moyenne, le dernier épisode de schizophrénie rapporté date de 2,2 ans ($ET = 1,98$) et d'une semaine pour un des participants.

Tableau 4

Résumé des données sociodémographiques

Variables sociodémographiques	Nombre de participants
Statut marital	
Célibataire	5
En couple	2
Marié	0
Conjoint de fait	0
Séparé/divorcé	0
Veuf	0
Enfant(s) et âge des enfants s'il y a lieu	0
Habite	
Seul	2
En colocation	1
Avec des membres de la famille	4
Niveau d'éducation	
Études secondaires	5
Études collégiales	2
Diplômes d'études professionnelles	1
Occupation actuelle	
Emploi	1
Sans emploi	6
Antécédents psychiatriques en lien avec la schizophrénie	
Aucune hospitalisation	2
Hospitalisation	5
Un seul épisode	3
Plus d'un épisode	2

Instruments de mesure

Les instruments de mesure utilisés pour évaluer les variables à l'étude sont le 16 PF (traits de personnalité saine), le SCID-II (traits de personnalité pathologique) et le Brief COPE (stratégies de coping). De plus, un questionnaire sociodémographique et portant sur l'historique de consultation a été développé pour l'étude et utilisé au début des entrevues (voir Appendice).

Questionnaire sociodémographique et historique de consultation

Les participants à l'étude ont été invités à répondre verbalement à un questionnaire préliminaire. Des questions d'ordre sociodémographique et portant sur l'historique de consultation ont été posées par la responsable de la recherche afin d'obtenir un portrait général de leur situation personnelle ainsi que sur leur premier épisode de schizophrénie. Des questions telles que « Quel est votre statut marital? », « Quel est votre niveau d'éducation complété? », « Quelle est votre occupation? », « Avez-vous déjà été hospitalisé en psychiatrie? Si oui, quand et pourquoi? », « Pouvez-vous décrire les premiers symptômes de la schizophrénie que vous avez vécus? » et « À quand remonte votre dernier épisode de schizophrénie et quels étaient vos symptômes? » leur ont été adressées. Ce questionnaire est présenté en Appendice.

16 PF

Pour évaluer les traits de personnalité saine, c'est-à-dire pouvant être présents dans la population générale, la 5^e édition canadienne (version française) du 16 PF de

Raymond Cattell, Karen, S. Cattell et Heather E.P. Cattell (cités dans Russell & Karol, 2002) a été administrée aux participants. Cet instrument donne un portrait général de la personnalité et est simple à administrer. Les traits qu'il mesure se rapprochent significativement des dimensions mesurées par le modèle des cinq facteurs communément appelé le *Big Five* ou le *Five-Factor Model* qui mesure la personnalité en cinq dimensions : névrosisme, extraversion, ouverture à l'expérience, agréabilité ou attrait social et caractère consciencieux (Cattell, 1996; Rolland, 2004; Barlow & Durand, 2007). Ce modèle est souvent utilisé dans la littérature pour décrire la personnalité chez les individus présentant une schizophrénie. Jusqu'à maintenant, d'autres instruments de mesure, tels que le NEO Five-Factor Inventory et le NEO Personality Inventory Revised, ont été plus souvent utilisés dans les recherches portant sur la schizophrénie comparativement au 16 PF. Cet instrument est pourtant fréquemment utilisé en clinique et en recherche dans d'autres domaines (Camisa et al., 2005; McCrae & Costa, 1990). Il présente une bonne cohérence interne (α de Cronbach = 0,76) et un coefficient de fidélité test-retest ($r = 0,80$) pour les facteurs primaires à deux semaines d'intervalle et ($r = 0,70$) pour les facteurs primaires à deux mois d'intervalle (Russell & Karol, 2002). Le coefficient de fidélité test-retest pour les facteurs globaux est plus élevé ($r = 0,87$) pour deux semaines d'intervalle et pour deux mois d'intervalle ($r = 0,78$) (Russell & Karol, 2002).

Les participants ont donc répondu à un questionnaire auto-rapporté de 185 questions et avaient trois choix de réponses (a, b ou c), dont la réponse (b) est toujours marqué d'un « ? » (Russell & Karol, 2002). Des scores sont calculés pour 16 facteurs primaires (le niveau de chaleur, le raisonnement, la stabilité émotionnelle, la dominance, la vivacité, le conformisme, l'audace en société, la sensibilité, la vigilance, le niveau d'abstraction, l'intimité, l'appréhension, l'ouverture aux changements, l'autonomie, le perfectionnisme et la tension [traduction libre]) et pour cinq facteurs globaux (l'extraversion, l'anxiété, la fermeture d'esprit, l'indépendance et le contrôle de soi [traduction libre]) (Russell & Karol, 2002). À l'aide d'une clé de correction, des scores sont attribués pour chaque facteur primaire et global et sont convertis selon les normes américaines vu l'absence de normes canadiennes (Russell & Karol, 2002). Par exemple, un score élevé à l'échelle sur le niveau de chaleur indique que l'individu est extraverti alors qu'un score plus faible indique qu'il est plus réservé et distant (Russell & Karol, 2002). Une brève description des facteurs primaires est présentée dans le Tableau 5 et celle des facteurs globaux apparaît dans le Tableau 6.

Tableau 5

Brève description des facteurs primaires

Facteurs primaires (16)	Score 1 à 5	Score 6 à 10
1. Niveau de chaleur	Réservé, froid, distant	Chaleureux, extraverti
2. Raisonnement	Concret	Abstrait
3. Stabilité émotionnelle	Réactif, instable émotionnellement	Stable émotionnellement, mature
4. Dominance	Respectueux, coopératif, évitement des conflits	Dominant, assurance
5. Vivacité	Sérieux, contenu, prudent	Vif, animé, spontané
6. Conformisme	Désobéissant	Obéissant, consciencieux
7. Audace en société	Gêné, timide	Entreprenant
8. Sensibilité	Utilitaire	Sentimental, sensible
9. Vigilance	Faire confiance	Méfiant, suspicieux
10. Niveau d'abstraction	Pratique, orienté vers les solutions	Abstrait, imaginatif
11. Intimité	Direct, authentique	Discret, privé
12. Appréhension	Complaisant, assurance, confiant	Appréhende, doute, inquiet
13. Ouverture aux changements	Traditionnel, familial	Ouvert aux changements, expérimente
14. Autonomie	S'associer aux autres, dépendance	Autonome, solitaire et individualiste
15. Perfectionnisme	Flexible, tolère désordre et inexactitude	Perfectionniste, organisé, discipliné
16. Tension	Tranquille, patient	Impatient, tendu, haut niveau d'énergie

Note. Traduction libre tirée de Russell & Karol (2002).

Tableau 6

Brève description des facteurs globaux

Facteurs globaux (5)	Score 1 à 5	Score 6 à 10
1. Extraversion	Introverti, inhibé	Extraverti, sociable
2. Anxiété	Faible anxiété	Anxiété élevée
3. Fermeture d'esprit	Réceptif, ouvert d'esprit	Fermeture d'esprit, indifférent
4. Indépendance	Agréable, accommodant	Indépendant, persuasif
5. Contrôle de soi	Suit ses envies, non restrictif	Autocontrôle, contient ses envies

Note. Traduction libre tirée de Russell & Karol (2002).

SCID-II

La version française et adaptée pour le Québec du *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II) a été utilisée pour évaluer la présence de traits de personnalité pathologique chez les participants. Il s'agit d'une entrevue semi-directive pour diagnostiquer la présence de troubles de la personnalité du DSM-IV (Groupes A, B et C) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Smith Benjamin, 1997). Il permet à l'évaluateur d'identifier l'absence (1), une tendance (2) ou une forte tendance (3) de traits pathologiques ou d'un ou des troubles de la personnalité (First et al., 1997). Lorsque le seuil minimum de critères indiqués pour chaque trouble de la personnalité est atteint, un diagnostic peut être porté. Lorsque ce seuil n'est pas atteint, les critères présents demeurent des traits de personnalité pathologique. Les participants à l'étude ont répondu verbalement aux sections évaluant les personnalités du groupe A (personnalité paranoïaque, schizotypique et schizoïde) et celles du groupe C (personnalité évitante,

dépendante et obsessionnelle-compulsive). Les sections des personnalités du groupe A et C ont été retenues puisque les traits de ces groupes tendent à être plus prédominants chez les individus présentant une schizophrénie dans les études rapportées comparativement à ceux du groupe B. À titre de rappel, ces troubles de la personnalité sont décrits dans le Tableau 2. Par ailleurs, le choix d'administrer le SCID-II était de ne pas alourdir la tâche d'évaluation aux participants considérant que ceux-ci répondaient déjà à un questionnaire auto-rapporté de 185 questions (16 PF) ainsi qu'à un autre questionnaire auto-rapporté (Brief COPE) décrit ultérieurement dans cette section. De plus, il permet une mesure plus objective puisque c'est la responsable de recherche, formée à cet égard, qui doit évaluer comparativement aux autres instruments utilisés où c'est la perception uniquement du participant. Une évaluation inter juge peut parfois être nécessaire. La fidélité du SCID-II basé sur le DSM-IV varie à travers les études (First et al., 1997). Or, celle du SCID-II basé sur le DSM-III-R est raisonnable (First et al., 1997). Sa validité a également été démontrée (First et al., 1997), notamment auprès d'une population schizophrène (Huber et al., 2012; Schroeder et al., 2012).

Brief COPE

Pour mesurer les stratégies de coping utilisées envers les événements stressants de la vie quotidienne, la version française canadienne du Brief COPE traduite par Fillion, Kovacs, Gagnon et Endler (2002), un questionnaire auto-rapporté de 28 items, a été administrée. Le Brief COPE développé par Carver (1997) est une version abrégée du COPE de Carver et al. (1989) et il est basé sur le modèle du stress de Lazarus et

Folkman (1984). Cet instrument a été choisi notamment pour sa version abrégée qui demeure valide et qui permet de rendre la durée de la passation relativement courte (environ 20 minutes). Le Brief COPE possède 14 échelles (auto-distraktion, coping actif, déni, substance, support émotionnel, support instrumental, désengagement comportemental, ventilation, recadrage positif, planification, humour, acceptation, religion et auto-blâme [traduction libre]) qui sont présentés dans le Tableau 7. Chacune de ces échelles comprend deux items qui mesurent différentes stratégies d'adaptation dont certaines sont considérées comme adaptatives et d'autres sont plus problématiques et moins adaptées (Carver, 1997; Meyer, 2001). Les réponses sont calculées selon une échelle de type Likert allant de *Pas du tout* (1) à *Toujours* (4). Le format dispositionnel a été utilisé pour mesurer l'adaptation aux événements stressants de vie généraux. De plus, sa validité auprès de diverses populations, notamment la population française et dans différentes langues, a été démontrée (Muller & Spitz, 2003).

Tableau 7

Brève description des échelles du Brief COPE

Échelles (14)	Description	Adaptée ou inadaptée
1. Auto-distraktion	Se changer les idées en faisant des activités	Inadaptée
2. Coping actif	Tenter de résoudre le problème	Adaptée
3. Dén	Ne pas voir la réalité de la situation	Inadaptée
4. Substances	Consommer des substances (ex. : alcool, drogues)	Inadaptée
5. Support émotionnel	Rechercher le soutien d'autrui	Adaptée
6. Support instrumental	Rechercher l'aide ou les conseils d'autrui	Adaptée
7. Désengagement comportemental	Renoncer à essayer de résoudre la situation	Inadaptée
8. Ventilation	Évacuer les sentiments négatifs	Inadaptée
9. Recadrage positif	Voir la situation positivement	Adaptée
10. Planification	Réfléchir à comment faire face à la situation stressante et planifier les efforts à mettre	Adaptée
11. Humour	Prendre la situation avec humour	Adaptée
12. Acceptation	Accepter la réalité de la situation	Adaptée
13. Religion	Pratiquer sa religion	Adaptée
14. Auto-blâme	Se reprocher les choses qui arrivent	Inadaptée

Note. Référence tirée de la traduction française du Brief COPE de Fillion, Kovacs, Gagnon et Endler (2002).

Déroulement

Le protocole de ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique auprès des êtres humains, recevant l'assentiment de l'Université du Québec à Trois-Rivières et des comités d'éthique du CISSSL et du CIUSSS MCQ. Le CISSSL a été contacté en premier lieu par la responsable de la recherche. Deux participants ont été recrutés dans ce milieu par les intervenants travaillant auprès de la clientèle ciblée. Par l'intermédiaire de la chef de programme en psychiatrie externe, des intervenants ont été rencontrés par la responsable de la recherche afin de leur présenter brièvement le projet ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion. Un document résumant les éléments importants a été remis aux intervenants rencontrés.

Le CIUSSS MCQ a été ensuite contacté. Le psychiatre du milieu a été rencontré par la responsable pour la présentation du projet de recherche et ce dernier s'est chargé de le présenter aux autres intervenants de son équipe. Un document explicatif et résumé leur a également été remis afin de faciliter le processus de recrutement. Cinq participants ont été recrutés par l'intermédiaire de ce psychiatre et son équipe.

Dans les deux milieux de recrutement, les intervenants ont introduit brièvement le projet de recherche aux individus répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion et devaient valider au préalable avec le médecin traitant leur aptitude à participer. L'idée était de s'assurer que les participants à l'étude soient aptes à consentir de façon libre et éclairée à ce projet de recherche et que leur condition psychologique soit relativement

stable. Un formulaire de consentement d'appel téléphonique a été présenté par les intervenants et signé par les individus intéressés à participer. Ce formulaire autorisait la responsable de la recherche à les contacter.

Au fil du recrutement, la responsable de la recherche a communiqué par téléphone les individus intéressés à participer et ayant au préalable signé le formulaire de consentement d'appel téléphonique. Lors du contact téléphonique, le projet de recherche a été présenté de manière plus détaillée en fournissant des explications sur les différentes implications, les avantages et les inconvénients pouvant être associés à l'étude et la confidentialité afin que le participant consente de façon libre et éclairée. Une rencontre a été proposée aux participants acceptant librement de participer.

Les rencontres ont eu lieu dans les locaux des milieux. Chaque participant a été rencontré à une seule reprise par la responsable de la recherche formée pour l'administration des instruments de mesure. La durée approximative de la rencontre était de deux heures. Les participants ont d'abord été invités à lire la lettre d'information du formulaire de consentement à la recherche, à poser leurs questions et à signer le formulaire de consentement s'ils étaient toujours intéressés à participer. Les participants de recherche étaient libres de retirer leur consentement en tout temps et de cesser la rencontre. Ils ont ensuite répondu verbalement à un très court questionnaire préliminaire portant sur des questions sociodémographiques et sur leur historique de consultation (voir Appendice). Trois instruments de mesure leur ont également été administrés en

leur demandant de se référer à la période avant le premier épisode de schizophrénie puisqu'il s'agit d'une étude rétrospective. Environ 40 minutes (ou plus) étaient allouées à la passation du 16 PF. Les participants avaient comme consigne de répondre par eux-mêmes en lisant le questionnaire et d'indiquer leur choix de réponse sur la feuille de réponses prévue à cet effet. Lire les questions avec eux leur a également été proposé par la responsable de la recherche s'ils préféraient. Environ 45 minutes étaient attribuées pour la passation du SCID-II, soit des sections du groupe A et C. Les participants devaient répondre verbalement aux questions posées par la responsable de la recherche. À noter que seule la passation du SCID-II était enregistrée sur magnétophone pour s'assurer d'avoir bien identifié la présence de traits ou troubles de la personnalité. Les participants avaient au préalable consenti dans le formulaire de consentement. Environ 20 minutes étaient enfin allouées à la passation du Brief COPE. Les participants répondaient eux-mêmes aux questions en indiquant leur réponse sur la feuille prévue à cet effet. Des dispositions étaient prévues dans chaque milieu advenant qu'un participant vit un inconfort durant la rencontre.

Résultats

Ce troisième chapitre présente les résultats des analyses descriptives. Celles-ci visent l'étude des traits de personnalité saine et pathologique ainsi que des stratégies de coping chez les individus présentant une schizophrénie.

Analyses descriptives

Cette section présente les scores obtenus des sept participants aux différentes variables à l'étude, soit les traits de personnalité saine, les traits de personnalité pathologique et les stratégies de coping. Étant donné que cette étude s'appuie sur l'étude de quelques cas, les données recueillies pour chaque variable à l'étude ont été analysées de manière descriptives, c'est-à-dire essentiellement par des moyennes et des écarts-types. Certains résultats, lorsque significatifs, sont également décrits individuellement. Les tableaux présentés dans cette section indiquent les scores obtenus par les participants pour chacune des variables. La moyenne et l'écart-type apparaissent dans la dernière colonne de chaque tableau afin d'obtenir une analyse globale. Les réponses obtenues sont rétrospectives, c'est-à-dire que les participants se réfèrent à la période avant leur premier épisode de schizophrénie.

Résultats au 16 PF

Le Tableau 8 expose les scores des participants aux facteurs primaires du 16 PF qui mesure les traits de personnalité saine. Les scores peuvent varier entre 1 et 10. Un score de 1 indique l'absence du trait de personnalité chez le participant alors qu'un score de 10 indique une présence élevée du trait. Un score obtenu entre 4 et 7 indique une tendance à

présenter le trait de personnalité. Dans l'ensemble, les résultats moyens obtenus aux facteurs primaires se situent entre 4 et 7, ce qui indique seulement une tendance à présenter les traits de personnalité, à l'exception du raisonnement. Le score moyen obtenu au raisonnement est de 3,43 ($ET = 1,50$), ce qui signifie une faible présence d'un raisonnement abstrait et donc, par conséquent, une présence plus élevée d'un raisonnement concret. Ensuite, lorsqu'ils sont analysés individuellement, les scores obtenus indiquent l'absence de l'intimité chez un des participants, la très faible présence d'un raisonnement abstrait chez trois des participants, la très faible présence de vigilance chez un des participants, ainsi que la présence élevée de ce même trait chez un autre participant.

Tableau 8
Scores des participants aux facteurs primaires du 16 PF

Participant	Score des participants (1 à 10)							Moyenne (Écart-type)
Niveau de chaleur	5	5	5	6	3	4	4	4,57 (0,90)
Raisonnement	6	2	3	2	4	2	5	3,43 (1,50)
Stabilité émotionnelle	5	5	5	5	3	5	4	4,57 (0,73)
Dominance	3	5	5	5	3	6	5	4,57 (1,05)
Vivacité	5	5	8	8	5	5	6	6,00 (1,31)
Conformisme	4	5	6	5	4	5	5	4,86 (0,64)
Audace en société	4	4	5	5	5	5	4	4,57 (0,39)
Sensibilité	8	6	7	3	6	4	7	5,86 (1,64)
Vigilance	5	5	6	7	2	8	10	6,14 (2,36)
Niveau d'abstraction	6	7	7	8	7	7	8	7,14 (0,64)
Intimité	5	5	6	6	1	6	4	4,71 (1,67)
Appréhension	5	5	6	5	6	6	8	5,86 (0,99)
Ouverture aux changements	8	7	7	4	4	6	5	5,86 (1,46)
Autonomie	7	7	7	6	8	5	6	6,57 (0,90)
Perfectionnisme	8	4	5	5	4	8	8	6,00 (1,77)
Tension	3	4	5	5	4	5	6	4,57 (0,90)

^a Un score de 1 indique l'absence de ce trait de personnalité alors qu'un score de 10 indique la présence élevée du trait.

Le Tableau 9 présente les scores des participants aux cinq facteurs globaux du 16 PF. Les résultats obtenus indiquent seulement une tendance à présenter les cinq

traits de personnalité puisque les scores moyens se situent entre 4 et 7. Analysés individuellement, un des participants obtient un score de 9 à l'extraversion ce qui révèle une très forte tendance à présenter ce trait.

Tableau 9
Scores des participants aux facteurs globaux du 16 PF

Participant	Score des participants (1 à 10)							Moyenne (Écart-type)
Extraversion	5	5	9	6	5	5	5	5,71 (1,39)
Anxiété	4	5	6	6	5	6	8	5,71 (1,16)
Fermeture d'esprit	3	4	4	7	6	6	5	5,00 (1,31)
Indépendance	4	5	7	5	3	6	6	5,14 (1,25)
Contrôle de soi	6	4	5	4	4	6	5	4,86 (0,83)

^a Un score de 1 indique l'absence de ce trait de personnalité alors qu'un score de 10 indique la présence élevée du trait.

Dans l'ensemble, les résultats au 16 PF sont à interpréter avec une certaine prudence en regard de certains indices de validité et quelques protocoles (1, 3, 4 et 7). Le participant 1 cote un peu plus élevé au niveau de l'indice de désirabilité sociale ($IM = 22 \leq 20$). Ce résultat peut indiquer la présence de désirabilité sociale et avoir influencé ces résultats. Concernant la tendance à ne pas se dévoiler, tous les protocoles sont valides. Les participants n'ont pas donné de réponses rares, ce qui signifie qu'ils se sont dévoilés, qu'ils n'ont pas eu tendance à répondre au hasard et qu'ils ont bien compris les questions. Puis, concernant la tendance à l'acquiescement qui est un troisième indice de validité, le protocole 4 obtient une forte tendance à l'acquiescement ($90 < 71$), ce qui peut influencer la validité des résultats. Les protocoles 3 ($79 < 71$) et 7 ($76 < 71$) sont également à interpréter avec une certaine réserve. Ils peuvent

indiquer une difficulté dans l'auto-évaluation, une image de soi pas claire, des réponses indécises et une possible tendance à l'acquiescement.

Résultats au SCID-II

Le Tableau 10 révèle les scores des participants obtenus au SCID-II, une entrevue semi-directive évaluant la présence ou l'absence de traits pathologiques et de troubles de personnalité. À titre de rappel, les sections A (personnalité paranoïaque, schizotypique et schizoïde) et C (personnalité évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive) ont été administrées.

De façon générale, les résultats indiquent que les participants à l'étude ne tendent pas à présenter un trouble de la personnalité puisqu'il n'y a aucun score moyen de 3. Cependant, les résultats individuels indiquent qu'un des participants présentait un trouble de personnalité schizotypique, un autre présentait un trouble de personnalité schizoïde et un autre présentait un trouble de personnalité évitante avant le début des premiers symptômes de schizophrénie.

Ensuite, selon les scores moyens obtenus aux différents types de personnalité, la présence de traits pathologiques est significative pour toutes les personnalités, à l'exception de la personnalité paranoïaque avec un score de 1,43. Toutefois, parmi les résultats individuels obtenus, trois participants présentaient des traits paranoïaques avant le début des premières manifestations de la schizophrénie. Chaque participant présentait

des traits pathologiques. Un plus haut score moyen et équivalent est obtenu aux traits de personnalité schizotypique et évitante chez l'ensemble des participants. Enfin, les traits de personnalité les plus fréquents sont les traits évitants, schizotypiques et schizoïdes.

Tableau 10

Scores des participants aux groupes de personnalité A et C du SCID-II

Participant	Score des participants (1 à 3)							Moyenne (Écart-type)
Groupe A :								
Personnalité paranoïaque	1	1	2	2	1	1	2	1,43 (0,50)
Personnalité schizotypique	2	2	2	2	1	3	2	2,00 (0,54)
Personnalité schizoïde	2	3	2	1	2	2	1	1,86 (0,64)
Groupe C :								
Personnalité évitante	2	2	1	3	2	2	2	2,00 (0,54)
Personnalité dépendante	1	2	2	2	1	2	2	1,71 (0,45)
Personnalité obsessionnelle- compulsive	1	1	2	2	1	2	2	1,57 (0,50)

^a Un score de 1 indique l'absence d'un trouble de la personnalité. Un score de 2 indique une tendance chez l'individu (traits pathologiques). Un score de 3 indique une forte tendance ou la présence d'un trouble de la personnalité.

Résultats au Brief COPE

Enfin, le Tableau 11 présente les scores des participants aux échelles du Brief COPE. Autrement dit, les résultats présentés sont les stratégies de coping que les participants ont eu tendance à utiliser face aux événements stressants de la vie avant leur premier épisode de schizophrénie. Un score de 1 signifie *Pas du tout*, un score de 2 signifie *De temps en temps*, un score de 3 signifie *Souvent* et un score de 4 signifie *Toujours*. En moyenne, les stratégies les plus souvent utilisées sont l'auto-distraktion (3,29), l'acceptation (3,29), l'auto-blâme (3,14), l'utilisation de substances (2,86), le

recadrage positif (2,86), le coping actif (2,71) et le support instrumental (2,57). De plus, les stratégies suivantes ont, en moyenne, été utilisées de temps en temps : le support émotionnel (2,43), la ventilation (2,43), la religion (2,29), la planification (2,14), l'humour (2,00), le désengagement comportemental (1,86) et le déni (1,71). Aucun score moyen ne correspond à un score de 1 *Pas du tout* ou de 4 *Toujours*. Sur un total de 14 stratégies, les participants ont eu recours en moyenne à 12 ($ÉT = 2$) stratégies différentes face à des événements stressants de la vie quotidienne.

Tableau 11

Scores des participants aux échelles du Brief COPE

Participant	Score des participants (1 à 4)							Moyenne (Écart-type)
Auto-distraktion	2	3	4	4	4	3	3	3,29 (0,70)
Coping actif	2	1	4	4	2	3	3	2,71 (1,03)
Déni	1	2	2	1	1	2	3	1,71 (0,70)
Substances	1	1	4	4	4	3	3	2,86 (1,25)
Support émotionnel	1	2	3	4	2	2	3	2,43 (0,90)
Support instrumental	2	2	3	3	2	3	3	2,57 (0,50)
Désengagement comportemental	1	2	2	2	3	1	2	1,86 (0,64)
Ventilation	2	3	2	4	2	2	2	2,43 (0,73)
Recadrage positif	3	2	4	4	2	3	2	2,86 (0,83)
Planification	1	2	3	3	2	2	2	2,14 (0,64)
Humour	1	1	2	4	1	2	3	2,00 (1,07)
Acceptation	3	4	3	4	3	3	3	3,29 (0,45)
Religion	2	3	2	3	1	2	3	2,29 (0,70)
Auto-blâme	2	3	3	3	4	3	4	3,14 (0,64)

^a Un score de 1 signifie *Pas du tout*, un score de 2 signifie *De temps en temps*, un score de 3 signifie *Souvent* et un score de 4 signifie *Toujours*.

Discussion

Dans ce quatrième chapitre, les résultats obtenus aux analyses descriptives sont discutés pour chaque variable à l'étude, soit les traits de personnalité saine, les traits de personnalité pathologique et les stratégies de coping. Des réflexions sur les liens entre ces variables chez les individus présentant une schizophrénie et les forces et limites de l'étude sont également abordées.

Traits de personnalité saine

Les traits de personnalité saine sont mesurés par le 16 PF. Cet instrument évalue l'absence ou la présence d'un trait de personnalité selon un score de 1 à 10. Un score obtenu entre 4 et 7 indique une tendance. D'abord, les résultats moyens obtenus aux facteurs primaires dans le cadre de cette étude se situent entre 3,43 et 7,14. À titre de rappel, le Tableau 5 présente une description de ces facteurs primaires. Ces scores signifient qu'ils sont dans la moyenne à l'exception du raisonnement qui obtient un score plus faible. Ce résultat qui se démarque de la moyenne indique que les participants à l'étude présentent une tendance élevée au raisonnement concret. En ce qui concerne les autres résultats qui sont dans la moyenne, ceux-ci indiquent une tendance chez les participants à l'étude à présenter l'ensemble des autres traits. Les scores les plus élevés sont présentés jusqu'aux plus faibles. Ainsi, les participants à l'étude tendent à être autonomes, perfectionnistes, ouverts aux changements, sensibles, tranquilles, respectueux et coopératifs. En revanche, ils tendent également à présenter un niveau

d'abstraction orienté vers l'imaginatif plutôt qu'orienté vers les solutions, à être vigilants, vifs, appréhensifs, à désobéir aux normes, à être directs plutôt qu'intimes, réservés, instables émotionnellement et gênés. De plus, lorsqu'ils sont analysés individuellement, certains traits tels que la vigilance, l'intimité et le raisonnement, obtiennent des scores qui se démarquent de la moyenne. En effet, un des participants présente une très faible présence de vigilance contrairement à un autre qui présente de façon importante ce trait de personnalité. Concernant l'intimité, un des participants est très direct. Puis, un des participants obtient un résultat très faible au raisonnement abstrait.

Les résultats obtenus aux facteurs primaires du 16 PF sont relativement similaires à ceux obtenus dans l'étude de Kumar et Jahan (2010). Celle-ci, à notre connaissance, est l'une des seules études récentes ayant utilisé le 16 PF auprès de la population schizophrène. La majorité des scores moyens obtenus dans leur étude se situent dans la moyenne sauf pour l'ouverture aux changements (score moyen plus faible), l'appréhension et la tension (scores moyens plus élevés). Or, les résultats obtenus dans la présente étude se situent également dans la moyenne à l'exception du raisonnement. Les participants à l'étude tendent toutefois à être plus ouverts aux changements, moins appréhensifs, moins tendus et présentent un raisonnement plus concret comparativement à ceux dans l'étude de Kumar et Jahan (2010). Dans l'ensemble, ces différences semblent révéler un fonctionnement plus positif et adapté chez les participants à l'étude. Le milieu de recrutement, les critères de sélection des participants (p.ex. : stabilisation

de leur condition psychologique) peuvent peut-être expliquer la présence d'un meilleur fonctionnement chez ceux à l'étude. De plus, certains participants à l'étude présentent des caractéristiques sociodémographiques qui peuvent peut-être indiquer un bon fonctionnement, telles que le fait d'être en couple, d'avoir entrepris des études collégiales ou professionnelles ou de vivre chez des proches.

Ensuite, les résultats moyens obtenus aux facteurs globaux du 16 PF varient entre 4,86 et 5,71; ce qui signifie qu'ils sont très similaires entre eux et dans la moyenne tel que la majorité des facteurs primaires. À titre de rappel, le Tableau 6 présente une description des facteurs globaux. Les scores moyens obtenus indiquent une tendance chez les participants à l'extraversion, à l'anxiété, à l'ouverture d'esprit, à l'agréabilité et à un plus faible contrôle de soi. Ils n'indiquent donc pas de présence ou d'absence d'un de ces traits de personnalité chez les participants à l'étude. Par contre, analysés individuellement, un des participants présente une très forte tendance à l'extraversion. De plus, ce même participant obtient le score le plus élevé à l'agréabilité. Actuellement, aucune étude parmi celles relevées dans la littérature ne permet de comparer directement les résultats obtenus de la présente étude, ce qui augmente leur pertinence. Seule l'étude de Kumar et Jahan (2010) avait utilisé le 16 PF et seuls les scores aux facteurs primaires étaient accessibles. Ces résultats sont donc certainement à prendre en considération et contribuent à l'avancement des connaissances dans le domaine.

Les cinq facteurs globaux s'apparentent fortement aux traits de personnalité mesurés dans le modèle des cinq facteurs qui est souvent cité dans la littérature (*Big Five* ou *Five-Factor Model*) (Cattell, 1996). À titre de rappel, ceux-ci font référence au névrosisme, l'extraversion, l'attrait social ou l'agréabilité, l'ouverture aux expériences et le caractère consciencieux. Chez les individus présentant une schizophrénie, le score moyen généralement obtenu au névrosisme est significativement élevé comparativement à la population générale alors que les scores moyens obtenus aux autres traits tendent à être plus faibles (Boyette et al. 2013; Camisa et al., 2005; Gurrera et al., 2000; Lysaker et al., 2003; Suslow et al., 2014). Les résultats obtenus dans la présente étude corroborent en partie ceux de la littérature. Les participants présentent une tendance à l'anxiété (névrosisme) et une faible tendance au contrôle de soi (caractère consciencieux). Ces scores demeurent toutefois dans la moyenne et ne sont pas très élevés ou très faibles. De plus, le score moyen obtenu à l'anxiété ne se démarque pas significativement des autres traits puisque les participants ont obtenu un score équivalent à l'extraversion. Par ailleurs, dans la littérature, les individus présentant une schizophrénie sont généralement plus introvertis que la population générale. Or, les résultats obtenus indiquent plutôt une tendance à l'extraversion. Puis, les résultats obtenus à la fermeture d'esprit (ouverture aux changements) et à l'indépendance (agréabilité ou attrait social) diffèrent de la littérature. Les recherches mettent en évidence une faible tendance à l'ouverture aux expériences alors que les participants à l'étude présentent une tendance à être ouverts d'esprit et réceptifs, notamment aux nouvelles expériences. De plus, les participants à l'étude indiquent une tendance à être

agréables alors que les recherches antérieures obtiennent plutôt des résultats qui sont faibles concernant l'attrait social et l'agréabilité. En somme, les résultats obtenus dans la présente étude semblent indiquer des traits de personnalité plus saine et plus fonctionnelle aux cinq facteurs globaux comparativement au portrait qui se dégage dans la littérature.

De façon générale, un certain écart est obtenu entre les résultats au 16 PF (facteurs primaires et globaux) et ceux des études recensées. Les participants à l'étude semblent s'être présentés sous un angle plus fonctionnel, positif et donc moins pathologique. Tel que mentionné précédemment, le milieu de recrutement, les critères de sélection et certaines caractéristiques sociodémographiques peuvent peut-être expliquer que les participants à l'étude soient plus fonctionnels et adaptés. Il est également possible que les données obtenues au 16 PF soient biaisées par la désirabilité sociale et la tendance à l'acquiescement puisque quatre protocoles sur sept présentaient des scores élevés à ces indices de validité. Quelques participants semblent avoir soit tenté de répondre selon ce qui pouvait les mettre en valeur ou bien soit qu'ils étaient indécis dans leurs réponses en raison d'une difficulté à s'autoévaluer et à avoir une image claire de soi.

Traits de personnalité pathologique

Selon les résultats moyens obtenus par les participants à l'étude, ceux-ci ne présentent pas de trouble de la personnalité clair, ce qui diffère de la littérature. En effet, des études mettent en évidence une fréquence élevée de trouble de la personnalité chez

la population présentant une schizophrénie comparativement à la population générale (Keshavan et al., 2005; Moore et al., 2012). La majorité des études révèlent que les individus schizophrènes tendent à présenter un trouble de la personnalité (Keshavan et al., 2005; Moore et al., 2012; Schultze-Lutter et al., 2012; Skokou & Gourzis, 2014; Solano & De Chávez, 2000). Les plus fréquemment rapportés sont les troubles de la personnalité schizotypique, évitant (Keshavan et al., 2005; Solano & De Chávez, 2000) et schizoïde (Solano & De Chávez, 2000). À titre de rappel, une description des troubles de la personnalité répertoriés dans le DSM-5 est présentée dans le Tableau 2. Des études observent également la présence d'un trouble de la personnalité ou de traits pathologiques avant le premier épisode psychotique (Schroeder et al., 2014; Skokou et Gourzis, 2014; Solano De Chávez, 2000). Selon les résultats analysés individuellement, trois participants à l'étude cotent toutefois positivement aux critères diagnostiques d'au moins un trouble de la personnalité. Les troubles de la personnalité schizotypique, schizoïde et évitant figurent parmi ceux ayant répondu aux critères diagnostiques tel qu'il est obtenu dans la littérature.

De plus, en moyenne, tous les participants présentent des traits de personnalité pathologique. Les traits schizotypiques et évitants sont ceux qui sont les plus fréquents (même score), suivi des traits schizoïdes. Les résultats obtenus sont très similaires à ceux obtenus par l'étude de Keshavan et ses collègues (2005) concernant la fréquence des traits de personnalité schizotypique et évitante. Cette similitude peut possiblement s'expliquer par l'homogénéité des échantillons. Les participants à l'étude ont été

recrutés principalement sur la base de leur diagnostic de schizophrénie, excluant tous les autres troubles tels que ceux de Keshavan et ses collègues. Dans l'ensemble des études rapportées, les échantillons sont souvent composés d'individus qui présentent d'autres troubles psychotiques ou d'autres troubles du spectre de la schizophrénie, ce qui crée une disparité entre les individus. Les résultats obtenus sont également similaires à ceux de Solano et De Chávez (2000) et Skokou et Gourzis (2014) concernant les traits évitants et schizoïdes chez les individus présentant une schizophrénie, ainsi qu'à ceux de Schultze-Lutter et ses collègues (2012) qui appuient la présence élevée de traits schizoïdes chez ces individus. Dans la littérature, les traits schizotypiques, schizoïdes, évitants sont associés à des symptômes plus sévères de la schizophrénie (Huber et al., 2012; Schroeder et al., 2012, 2014). Or, considérant que les participants à l'étude présentent également ces traits de personnalité, il est possible de penser que le pronostic associé à leur maladie soit moins favorable et qu'il présente un moins bon fonctionnement. Par contre, comme ces traits ne sont pas suffisamment importants de façon générale pour répondre aux critères d'un trouble de la personnalité, il est également possible que les participants à l'étude soient plus fonctionnels comparativement à ceux présentés dans les études. Le milieu de recrutement, les critères de sélection et certaines caractéristiques sociodémographiques des participants, tels qu'ils avaient été évoqués pour les traits de personnalité saine, semblent expliquer un meilleur fonctionnement comparativement à celui décrit dans la littérature.

Enfin, les participants à l'étude présentent également des traits de personnalité dépendante et obsessionnelle-compulsive. Le score moyen obtenu à la personnalité dépendante est toutefois supérieur à celui de la personnalité obsessionnelle-compulsive. Les traits pathologiques du groupe C peuvent donc être également présents chez des individus présentant une schizophrénie. Les comorbidités entre les traits du groupe A et C sont fréquentes chez les participants à l'étude. Des traits de personnalité dépendante sont présents chez les trois participants à l'étude qui présentent un trouble de la personnalité. Ces résultats convergent principalement avec ceux de Solano et De Chávez (2000) qui obtenaient plusieurs comorbidités entre le groupe A et le groupe C chez les individus présentant plus d'un trouble de la personnalité.

Stratégies de coping

Les résultats obtenus concernant les stratégies de coping se rapprochent des résultats de Sheshtawy (2011) quant à la diversité et les types de stratégies utilisées. En examinant les scores de 2 et plus au Brief COPE, les participants à l'étude ont eu recours, en moyenne, à 12 stratégies différentes face aux événements stressants de la vie quotidienne, ce qui est identique aux résultats de Sheshtawy (2011). De plus, parmi les stratégies les plus souvent utilisées par les participants à l'étude, l'auto-distraktion (inadaptée), l'acceptation (adaptée), l'auto-blâme (inadaptée), l'utilisation de substances (inadaptée), le recadrage positif (adaptée), le coping actif (adaptée) et la recherche de support instrumental (adaptée) sont les plus fréquentes. L'auto-distraktion et l'acceptation sont également les stratégies les plus utilisées selon les résultats obtenus

par Sheshtawy. La similitude des résultats peut possiblement s'expliquer par l'utilisation du même instrument de mesure (Brief COPE) et par la similarité des participants qui présentent tous un diagnostic de schizophrénie.

Selon les résultats obtenus dans la présente étude, les participants tendent à utiliser autant de stratégies adaptées qu'inadaptées. Bien que ces résultats soient similaires à ceux de Sheshtawy (2011), ils divergent de plusieurs études ayant mis en évidence un style de coping majoritairement inadapté chez les individus présentant une schizophrénie comparativement à la population générale (Horan et al., 2005, 2007; Ritsner et al., 2006; Rollins et al., 2010). Cette divergence peut d'abord s'expliquer par la diversité des définitions du coping et des cadres théoriques portant sur le coping. Elle peut ensuite s'expliquer par le milieu de provenance des participants et les critères de sélection qui ont été établis pour recruter des participants relativement stables et fonctionnels (p.ex. : prise régulière de la médication). En ce sens, les participants à l'étude présentent possiblement un meilleur fonctionnement social et font moins l'expérience de symptômes sévères comparativement aux participants des autres études, ce qui justifierait l'utilisation de stratégies autant adaptées qu'inadaptées. Il est établi dans la littérature que le coping adapté est associé à un meilleur fonctionnement social (Jalbrzikowski et al., 2014; Meyer, 2001), à une bonne santé psychologique (Meyer, 2001) et à une diminution de la sévérité des symptômes (Jalbrzikowski et al., 2014).

Réflexions sur les liens entre les traits de personnalité et les stratégies de coping chez les individus présentant une schizophrénie

Les résultats obtenus en lien avec la personnalité saine, pathologique et les stratégies de coping semblent globalement cohérents entre eux malgré un certain écart observé entre les résultats au 16 PF et au SCID-II. Selon le portrait révélé jusqu'à maintenant concernant la personnalité pathologique (présence de traits pathologiques chez tous les participants et présence d'un trouble de la personnalité chez trois des participants), celui-ci laisse présager une certaine difficulté dans le fonctionnement. En ce sens, les scores obtenus au 16 PF auraient possiblement dû être un peu plus élevés ou un peu plus faibles pour assurer cette cohérence. Au 16 PF, des scores très élevés ou très faibles peuvent révéler la présence de traits pathologiques (Costa & Widiger, 1994). Les indices de validité de certains protocoles au 16 PF semblent expliquer cet écart (désirabilité sociale et tendance à l'acquiescement).

Les résultats obtenus en lien avec la personnalité saine semblent toutefois cohérents à ceux obtenus au Brief COPE (utilisation de coping adapté et inadapté). Selon les connaissances actuelles, le névrosisme est associé à du coping inadapté alors que l'extraversion, le caractère consciencieux (Panayiotou et al., 2014), l'agréabilité et l'ouverture aux expériences sont plutôt associés à du coping adapté (Roesch et al., 2006). Les participants à l'étude présentent une tendance à l'anxiété (névrosisme) et un faible contrôle de soi (caractère consciencieux) qui révéleraient un style de coping inadapté selon les recherches. En revanche, ils présentent une tendance à l'extraversion,

à l'agréabilité et à l'ouverture d'esprit qui révéleraient plutôt un style de coping adapté, ce qui semble expliquer un certain équilibre.

Puis, les résultats au SCID-II semblent également cohérents avec ceux du Brief COPE. Des liens sont établis entre la présence d'un trouble de la personnalité et du coping inadapté (van Wijk-Herbrink et al., 2011). De plus, selon les connaissances actuelles, le coping inadapté est généralement associé à un moins bon pronostic. Par exemple, les individus utilisant généralement un style de coping inadapté s'exposent à un plus grand risque de vivre de la détresse émotionnelle, présentent un moins bon fonctionnement social ainsi qu'une moins bonne santé psychologique. Comme les participants à l'étude ne présentent pas pour la plupart de trouble de la personnalité mais des traits pathologiques, cela semble justifier l'utilisation proportionnelle de stratégies adaptées et inadaptées, ainsi que justifier leur niveau de fonctionnement.

En regard des résultats obtenus, des liens semblent donc exister entre la personnalité saine, pathologique et les stratégies de coping. De plus, en analysant les résultats en individuel, aucune particularité ne semble ressortir pour un ou des participants à l'étude pour toutes les variables simultanément. Un profil de la personnalité et un style de coping pourrait probablement se dégager, advenant une étude de plus grande envergure. Ainsi, il serait également possible d'explorer plus précisément la relation entre ces variables et la contribution de chacune dans le développement de la schizophrénie afin d'identifier des cibles d'intervention.

Forces et limites de l'étude

Plusieurs facteurs ont pu influencer les résultats obtenus. Une des principales limites est la taille de l'échantillon qui n'a pas pu permettre de mener des analyses statistiques plus approfondies, ainsi que de généraliser les résultats. Toutefois, le choix de mener cette étude rigoureusement afin d'assurer une bonne validité interne a été priorisé au détriment de la validité externe. D'ailleurs, une des principales forces de cette étude se situe dans la ressemblance des participants. Plusieurs études ayant été menées à plus grande échelle présentent toutefois un échantillon qui n'est pas homogène et qui affecte finalement autant la validité interne qu'externe.

Ensuite, le type d'étude choisi (rétrospectif) peut également être une limite importante puisque les participants à l'étude ont peut-être répondu en fonction de l'actuel puisqu'ils avaient de la difficulté à se souvenir de la période avant les premiers symptômes actifs de la schizophrénie. Des mesures ont toutefois été prises pour diminuer le biais de la mémoire, notamment dans les critères d'inclusion et d'exclusion des participants (diagnostic récent de schizophrénie : au moins depuis six mois et ne dépassant pas plus de cinq ans), ainsi que lors de la passation des instruments de mesure (la responsable de la recherche a rappelé la consigne de se référer à la période avant le premier épisode de schizophrénie pour chaque instrument). Néanmoins, il est possible que les participants aient présenté une difficulté à répondre de manière rétrospective considérant l'impact de leurs symptômes et/ou de la médication sur leurs fonctions cérébrales.

Une autre limite est l'absence d'un groupe contrôle. En ce sens, il est difficile de comparer les résultats obtenus aux connaissances actuelles et de pouvoir émettre des interprétations justes. D'autres facteurs tels que la validité de certains protocoles au 16 PF constitue une limite à cette étude puisque ces résultats doivent être considérés avec une certaine réserve.

Le choix de ne pas avoir examiné le groupe B de la personnalité peut également être une limite. Or, considérant que les traits de personnalité du groupe B soient plus fréquents chez les individus n'ayant pas développé la schizophrénie suite à un premier épisode (Keshavan et al., 2005) et qu'ils soient plus fréquents chez les individus plus âgés, soit entre 35 et 57 ans (Skokou & Gourzsis, 2014), la pertinence d'examiner ces traits chez les participants à l'étude présentant tous un diagnostic et dont l'âge moyen se situe à 25 ans est moins présente.

Puis, une autre limite potentielle est le processus de recrutement. Les intervenants ont dû procéder à une sélection des individus en fonction des critères de sélection de l'étude. De plus, les intervenants devaient s'assurer que la condition psychologique des participants soient stables et qu'ils soient relativement fonctionnels. Il est donc possible que cette sélection puisse influencer les résultats.

En ce qui a trait aux forces de l'étude, son originalité et la pertinence des retombées possibles sur le plan de la clinique et de la recherche constituent les plus importantes. D'emblée, il existe peu d'études ayant porté à la fois sur les traits de personnalité saine et pathologique chez les individus présentant une schizophrénie et très peu d'études ayant utilisé le 16 PF pour mesurer les traits de personnalité saine chez ces individus. De plus, peu d'études ont porté sur le coping et la personnalité pathologique, ainsi que sur le coping utilisé envers les événements stressants de la vie quotidienne chez les individus présentant une schizophrénie. Enfin, aucune étude, à notre connaissance, n'a étudié à la fois la personnalité saine, pathologique et les stratégies de coping chez cette population, ce qui la rend certainement novatrice dans le domaine. De plus, comme elle s'intéresse à la période précédant le premier épisode, la contribution de ces variables dans le développement de la schizophrénie peut également être étudiée.

Conclusion

En conclusion, cette étude a permis d'étudier rétrospectivement les traits de personnalité saine et pathologique, ainsi que les stratégies de coping chez les individus présentant un diagnostic récent de schizophrénie. Aucune étude, à notre connaissance, n'a étudié le rôle de ces trois variables dans le développement de la schizophrénie. Pourtant, les connaissances actuelles ont mis en évidence des liens entre chacune de ces variables et un pronostic plus faible chez les individus présentant une schizophrénie. Malgré la faible taille de l'échantillon qui demeure l'une des principales limites, cette étude a été menée rigoureusement, notamment concernant les critères d'inclusion et d'exclusion des participants. Elle a permis de mettre en évidence la présence de traits pathologiques principalement schizotypiques, évitants et schizoïdes chez tous les participants. Concernant les traits de personnalité pouvant être présents dans la population générale, aucun trait de personnalité spécifique ne se démarque chez les individus présentant une schizophrénie, à l'exception d'un raisonnement concret (forte tendance). De plus, cette étude a permis d'examiner rétrospectivement le style de coping utilisé envers les événements stressants de la vie quotidienne qui tend à être très varié (stratégies autant adaptées qu'inadaptées).

Une future étude, à plus grande échelle, s'avérerait pertinente afin de tracer un portrait plus juste de la personnalité et du type de coping utilisé chez les individus présentant une schizophrénie et préciser la contribution de ces variables dans le

développement de ce trouble mental. Bien que la composante génétique soit dominante, la schizophrénie s'explique par l'interaction de multiples facteurs. Une étude plus approfondie de ces facteurs, notamment psychologiques, demeure importante pour cibler ceux qui sont associés à des conséquences négatives et à une évolution plus défavorable de la schizophrénie. De plus, les étudier rétrospectivement permettrait de les identifier plus rapidement chez ces individus à risque et d'intervenir plus tôt dans une optique de prévention.

Références

- American Psychiatric Association. (APA, 2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par J. D. Guelfi et al.. Paris, France : Masson.
- Akdeniz, C., Tost, H., & Meyer-Lindenberg, A. (2014). The neurobiology of social environmental risk for schizophrenia: An evolving research field. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 507-517.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2007). *Psychopathologie*. Bruxelles : De Boeck.
- Beauchamp, M.-C., Lecomte, T., Lecomte, C., Leclerc, C., & Corbière, M. (2011). Personality traits in early psychosis: Relationship with symptom and coping treatment outcomes. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 33-40.
- Berenbaum, H., & Fujita, F. (1994). Schizophrenia and personality: Exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 148-158.
- Bijttebier, P., & Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 26, 847-856.
- Boyette, L.-L., Korver-Nieberg, N., Verweij, K., Meijer, C., Dingemans, P., Cahn, W., & Haan, L. (2013). Associations between the five-factor model personality traits and psychotic experiences in patients with psychotic disorders, their siblings and controls. *Psychiatry Research*, 210, 491-497.
- Brown, A. S., & Patterson, P. H. (2011). *The origins of schizophrenia*. New York: Columbia University Press.
- Bruchon-Schweitzer, M., Cousson, F., Quintard, B., Nuissier, J., & Rascle, N. (1996). French adaptation of the ways of coping checklist. *Perceptual and Motor Skills*, 83, 104-106.
- Camisa, M. K., Bockbrader, A. M., Lysaker, P., Rae, L. L., Brenner, A. C., & O'Donnell, F. B. (2005). Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Research*, 133, 23-33.
- Carver, S. C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.

- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Casadio, P., Di Forti, M., & Murray, R. M. (2011). Cannabis use as a component cause of schizophrenia. Dans A. S. Brown & P. H. Patterson (Éds), *The origins of schizophrenia* (pp. 156-172). New York: Columbia University Press.
- Cattell, H. E. P. (1996). The original Big Five: A historical perspective. *Revue Européenne de psychologie appliquée*, 46(1), 5-14.
- Chabrol, H., & Callahan, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris : Dunod.
- Connor-Smith, K. J., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080-1107.
- Costa, P. T. Jr., & Widiger, T. A. (1994). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Crystal, S., Kleinhaus, K., Perrin, M., & Malaspina, D. (2011). Advancing paternal age and the risk of schizophrenia. Dans A. S. Brown & P. H. Patterson (Éds), *The origins of schizophrenia* (pp. 140-155). New York: Columbia University Press.
- Debray, Q., & Nollet, D. (2011). *Les personnalités pathologiques : approche cognitive et thérapeutique*. Paris : Elsevier Masson.
- Delawalla, Z. (2010). *Stress reactivity, stress appraisal and coping responses in schizophrenia* (Thèse de doctorat inédite). Washington University, St-Louis, USA.
- Delelis, G., Christophe, V., Berjot, S., & Desombre, C. (2011). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens? *Groupe d'études de psychologie*, 5(515), 471-479.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Fillion, L., Kovacs, A. H., Gagnon, P., & Endler, N. S. (2002). Validation of the shortened cope for use with breast cancer patients undergoing validation therapy. *Current Psychology*, 21, 17-34.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Smith Benjamin, L. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV AXIS II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Glesoon, F. J., Rawlings, D., Jackson, J. H., & McGorry, D. P. (2005). Agreeableness and neuroticism as predictors of relapse after first-episode psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(3), 160-169.
- Gurrera, J. R., Nestor, G. P., & O'Donnell, F. B. (2000). Personality traits in schizophrenia: Comparison with a community sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(1), 31-35.
- Haouzir, S., & Bernoussi, A. (2005). *Les schizophrénies*. Paris : Colin.
- Harrow, M., Jobe, H. T. (2013). Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medication facilitate recovery? *Schizophrenia Bulletin*, 39 (5), 962-965.
- Horan, W. P., Ventura, J., Mintz, J., Kopelowicz, A., Wirshing, D., Christian-Herman, J., ... Liberman, R. P. (2007). Stress and coping responses to a natural disaster in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 151, 77-86.
- Horan, W. P., Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Hwang, S. S., & Mintz, J. (2005). Stressful life events in recent-onset schizophrenia: Reduced frequencies and altered subjective appraisals. *Schizophrenia Research*, 75, 363-374.
- Huber, G. C., Hoppe, A., Agorastos, B., Andresen, D., Naber, D., & Schroeder, K. (2012). Are ratings on the positive and negative syndrome scale for schizophrenia biased by personality traits? *Pharmacopsychiatry*, 45, 156-161.
- Hudek-Knezevic, J., Kardum, I., & Vukmirovic, Z. (1999). The structure of coping styles: A comparative study of croatian sample. *European Journal of Personality*, 13, 149-161.
- Iyegbe, C., Campbell, D., Butler, A., Ajnakina, O., & Sham, P. (2014). The emerging molecular architecture of schizophrenia, polygenic risk scores and the clinical implications for GxE research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 169-182.
- Jalbrzikowski, M., Sugar, C. S., Zinberg, J., Bachman, P., Cannon, T. D., & Bearden, C. E. (2014). Coping styles of individuals at clinical high risk for developing psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 8, 68-76.
- Karayorgou, M., Levy, R. J., & Xu, B. (2011). Genetic architecture of schizophrenia: The contribution of copy number variation. Dans A. S. Brown & P. H. Patterson (Éds), *The origins of schizophrenia* (pp. 210-226). New York: Columbia University Press.

- Keshavan, S. H., Duggal, S. H., Veeragandham, G., McLaughlin, M. N., Montrose, M. D., Haas, L. G., & Schooler, R. N. (2005). Personality dimensions in first-episode psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 162, 102-109.
- Kumar, R., & Jahan, M. (2010). 16 profile of schizophrenia with and without criminal record. *Psychological Studies*, 55(4), 351-357.
- Lalonde, P. (1995). *Démystifier les maladies mentales : la schizophrénie*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Leclerc, C. (1992). *Soutien social, perception du stress et stratégies de coping de jeunes schizophrènes* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Lee, S. Y., Kim, K. R., Park, J. Y., Park, J. S., Kim, B., Kang, J. I., ... Kwon, J. S. (2011). Coping strategies and their relationship to psychopathologies in people at ultra high-risk for psychosis and with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(2), 106-110.
- Lesage, D. A. (2010). The contribution of psychiatric epidemiology to the study of the adult severely mentally ill. Dans J. Carney & D. L. Streiner (Éds), *Mental disorder in Canada: An epidemiological perspective* (pp. 140-170). Toronto: University of Toronto Press.
- Lysaker, P. H., & Taylor, C. A. (2007). Personality dimensions in schizophrenia: Associations with symptoms and coping concurrently and 12 months later. *Psychopathology*, 40, 338-344.
- Lysaker, P. H., Wilt, M. A., Plascak-Hallberg, C. D., Brenner, C. A., & Clements, C. A. (2003). Personality dimensions in schizophrenia: Associations with symptoms and coping. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(2), 80-86.
- Mariage, A., & Schmitt-Fournier, F. (2006). Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping. *Presses universitaires de France*, 69, 1-24.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1990). *Personality in adulthood*. New York: Guilford Press.

- Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: Relations of the brief cope with symptoms, functioning, and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 265-277.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality DSM-III Axis II*. New York: Wiley.
- Moore, E. A., Green, M. J., & Carr, V. J. (2012). Comorbid personality traits in schizophrenia: Prevalence and clinical characteristics. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 353-359.
- Moos, R. H. (1993). *Coping responses inventory: Adult form manual*. Odessa, FL: Psychological assessment resources.
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: Validation of the brief cope among french population. *Encephale*, 29(6), 507-518.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., North, B., & Yang, M. (2008). The prevalence of personality disorder in schizophrenia and psychotic disorders: Systematic review of rates and explanatory modelling. *Psychological Medicine*, 38, 1075-1082.
- Nicchi, S., & Le Scanff, C. (2005). Les stratégies de faire face. *Groupe d'études de psychologie*, 475, 97-100.
- Panayiotou, G., Kokkinos, C. M., & Kapsou, M. (2014). Indirect and direct association between personality and psychological distress mediated by dispositional coping. *The Journal of Psychology*, 148(5), 549-567.
- Phillips, J. L., Francey, M. S., Edwards, J., & McMurray, N. (2009). Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: A systematic review. *Anxiety, Stress and Coping*, 22(4), 371-410.
- Ritsner, M. S., Gibel, A., Ponizovsky, A. M., Shinkarenko, E., Ratner, Y., & Kurs, R. (2006). Coping patterns as a valid presentation of the diversity of coping responses in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 144, 139-152.
- Roesch, S. C., Wee, C., & Vaughn, A. A. (2006). Relations between the big five personality traits and dispositional coping in korean americans: Acculturation as a moderating factor. *International Journal of Psychology*, 41(2), 85-96.
- Rolland, J.-P. (2004). *L'évaluation de la personnalité : le modèle en cinq facteurs*. Liège : Mardaga.

- Rollins, L. A., Bond, R. G., Lysaker, H. P., McGrew, H. J., & Salyers, P. M. (2010). Coping with positive and negative symptoms of schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 13*, 208-223.
- Roofeh, D., Tumuluru, D., Shilpakar, S., & Nimgaonkar, V. L. (2013). Genetics of schizophrenia: Where has the heritability gone? *International Journal of Mental Health, 42*(1), 5-22.
- Russell, M., & Karol, D. (2002). *16 PF administrator's manual with updated norms*. United States of America: Institute for Personality and Ability Testing Inc.
- Schroeder, K., Hoppe, A., Andresen, B., Naber, D., Lammers, C.-H., & Huber, G. C. (2012). Considering DSM-5: Personality diagnostics in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry, 75*(2), 120-134.
- Schroeder, K., Naber, D., & Huber, G. C. (2014). Maladaptive personality traits increase subjectively during the course of schizophrenia spectrum disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 202*(4), 319-323.
- Schultze-Lutter, F., Klosterkötter, J., Michel, C., Winkler, K., & Ruhrmann, S. (2012). Personality disorders and accentuations in at-risk persons with and without conversion to first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry, 6*, 389-398.
- Sheshtawy, E. (2011). Coping with stress and quality of life in schizophrenic patients. *Asian Journal of Psychiatry, 4*, 51-54.
- Skokou, M., & Gourzis, P. (2014). Demographic features and premorbid personality disorder traits in relation to age of onset and sex in paranoid schizophrenia. *Psychiatry Research, 215*, 554-559.
- Solano, R. J. J., & De Chávez, G. M. (2000). Premorbid personality disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 44*, 137-144.
- Sullivan, P. F., Kendler, K. S., & Neale, M. C. (2003). Schizophrenia as a complex trait: Evidence from a meta-analysis of twins studies. *Archives of General Psychiatry, 60*(12), 1187-1192.
- Suslow, T., Lindner, C., Kugel, H., Egloff, B., & Schmukle, S. C. (2014). Using implicit association tests for the assessment of implicit personality self-concepts of extraversion and neuroticism in schizophrenia. *Psychiatry Research, 218*, 272-276.
- Tandon, R., Keshavan, M. S., & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research, 102* (1-18).

- Torti, C. M., Buzzanca, A., Squarcione, C., Salerno, C., Mirigliani, A., Di Fabio, F., & Biondi, M. (2013). Schizotypy and personality profiles of cluster A in group of schizophrenic patients and their siblings. *BMC Psychiatry, 13*, 245-254.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 44-50.
- van Wijk-Herbrink, M., Andrea, H., & Verheul, R. (2011). Cognitive coping and defense styles in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 25*(5), 634-644.
- Vollrath, M., Alnaes, R., & Torgersen, S. (1995). Coping styles predict change in personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 9*(4), 371-385.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 86*(2), 103-126.

Appendice

Questionnaire sociodémographique et historique de consultation

Questionnaire sociodémographique et historique de consultation

Code recherche : _____

Date : _____

1. Sexe :

Masculin _____

Féminin _____

2. Date de naissance et âge : _____

3. Statut marital :

Marié(e) : _____

Conjoint(e) de fait : _____ Depuis quand ? : _____

En couple : _____

Célibataire : _____

Séparé(e)/divorcé(e) : _____

Veuf(ve) : _____

4. Enfant(s) et âge des enfants :

5. Habitez-vous seul, avec un(e) conjoint(e), un ou des membres de votre famille, un(e) ami(e) etc. ?

6. Niveau d'éducation complété :

7. Occupation actuelle :

8. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) en psychiatrie? Si oui, quand et pourquoi?

9. Pouvez-vous décrire les premiers symptômes de la schizophrénie que vous avez vécus?

10. À quand remonte votre dernier épisode de schizophrénie et quels étaient vos symptômes?
