

La pertinence du paradigme stress-coping dans l'élaboration d'un modèle de gestion du stress pour personnes atteintes de schizophrénie

Relevance of the stress-coping paradigm in the elaboration of a stress management model for schizophrenics

Claude Leclerc, Alain Lesage et Nicole Ricard

Volume 22, numéro 2, automne 1997

Le rôle des hôpitaux psychiatriques

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032424ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032424ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Leclerc, C., Lesage, A. & Ricard, N. (1997). La pertinence du paradigme stress-coping dans l'élaboration d'un modèle de gestion du stress pour personnes atteintes de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 233-256. <https://doi.org/10.7202/032424ar>

Résumé de l'article

Les études qui ont utilisé pour cadre conceptuel le modèle vulnérabilité-stress de la schizophrénie mettent en évidence, mais selon différentes perspectives, la contribution du stress à l'apparition de la symptomatologie et des détériorations associées à ce trouble mental. Pour sa part, le paradigme stress-coping fournit une explication des effets du stress sur la santé selon une approche contextuelle, précisant comment le processus de coping permet de diminuer les effets néfastes du stress et favorise l'adaptation en présence de situations difficiles ou problématiques. Cet essai propose l'intégration conceptuelle de ces deux courants de pensée dominants et présente un Modèle de la gestion du stress des personnes atteintes de schizophrénie. Ce nouveau modèle favorise la compréhension du processus de réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie et le développement d'interventions de réadaptation.



La pertinence du paradigme stress-coping dans l'élaboration d'un modèle de gestion du stress pour personnes atteintes de schizophrénie

Claude Leclerc*

Alain Lesage**

Nicole Ricard***

Les études qui ont utilisé pour cadre conceptuel le modèle vulnérabilité-stress de la schizophrénie mettent en évidence, mais selon différentes perspectives, la contribution du stress à l'apparition de la symptomatologie et des détériorations associées à ce trouble mental. Pour sa part, le paradigme stress-coping fournit une explication des effets du stress sur la santé selon une approche contextuelle, précisant comment le processus de coping permet de diminuer les effets néfastes du stress et favorise l'adaptation en présence de situations difficiles ou problématiques. Cet essai propose l'intégration conceptuelle de ces deux courants de pensée dominants et présente un Modèle de la gestion du stress des personnes atteintes de schizophrénie. Ce nouveau modèle favorise la compréhension du processus de réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie et le développement d'interventions de réadaptation.

Différents modèles théoriques proposent une définition du stress biopsychosocial et précisent la contribution de divers concepts à la compréhension du processus de l'adaptation au stress. Les chercheurs préoccupés par la schizophrénie et son évolution, ainsi que par la réadaptation des personnes qui en sont atteintes, ont de plus en plus recours au modèle *vulnérabilité-stress* afin d'orienter leurs études. Ce modèle a également été utilisé pour quelques expériences cliniques. Il a l'avantage de synthétiser certaines informations actuellement admises

* Claude Leclerc, inf. M. Sc. Ph.D. (cand) sciences biomédicales, professeur au Département des sciences de la santé, à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ce travail est appuyé par une bourse d'études doctorales du Conseil de la Recherche médicale du Canada.

** Alain Lesage, psychiatre, chercheur national de la santé au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine.

*** Nicole Ricard, inf. Ph.D., professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheure au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine.

par une grande part de la communauté scientifique s'intéressant à la schizophrénie. Tour à tour des auteurs importants tels Zubin et Spring (1977), Anthony et Liberman (1986), Nicholson et Neufeld (1992), ont contribué à l'évolution des connaissances en forgeant le modèle vulnérabilité-stress de la schizophrénie.

Pour sa part, le paradigme *stress-coping*, bien qu'il ne s'intéresse pas directement à la schizophrénie, fournit — selon une approche contextuelle — une explication des effets du stress sur la santé. Il insiste sur le rôle de facteurs modérant l'impact du stress sur la santé et précise leurs mécanismes d'action chez l'être humain. Pour une maladie comme la schizophrénie, il est possible de se demander si les mêmes concepts entrent en jeu et si les relations entre eux sont les mêmes. Selon ce paradigme, le processus de coping permet de diminuer les effets néfastes du stress et favorise l'adaptation en présence de situations difficiles ou problématiques (Folkman et al., 1991). Ce paradigme a guidé l'élaboration de différentes expériences de réadaptation cognitive, notamment pour des personnes atteintes de traumatismes crâniens (Green, 1993) ou infectées par le VIH (Folkman et al., 1991). Plusieurs indices permettent de croire à la pertinence de son application auprès de personnes atteintes de schizophrénie.

Nous proposons un modèle dont l'originalité réside dans l'intégration de deux courants de pensée dominants, soit le modèle vulnérabilité-stress de la schizophrénie et le paradigme *stress-coping*. Ce nouveau modèle présente les mécanismes humains de la gestion du stress appliqués auprès d'une population de personnes atteintes de schizophrénie. Étant donné que dans sa formulation récente (Folkman et al., 1991), le paradigme *stress-coping* favorise la transposition de la théorie en intervention, le nouveau modèle précise les concepts sur lesquels il apparaît possible d'intervenir afin de favoriser la gestion du stress des personnes atteintes de schizophrénie. Cette possibilité de transposition en modèle d'intervention favorise le développement de modules d'activités ou de nouvelles interventions pouvant être intégrés aux programmes de réadaptation destinés à cette population. Appuyé par des données empiriques, le modèle devrait favoriser la compréhension du processus de réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie. Cet essai décrit l'évolution du concept de stress, présente les courants de pensée nommés précédemment et discute les enjeux du nouveau modèle.

L'évolution du concept de « stress »

Lorsque Selye (1956) s'est intéressé à la notion de stress, ce fut principalement dans la perspective des réactions physiologiques liées à

un événement stressant. Dans l'énoncé du syndrome général d'adaptation, le stress est alors décrit comme une réponse adaptative non spécifique à un stressor et comprenant trois phases : la réaction d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement. L'identification de réactions neuroendocriniennes liées au stress a conduit à de nombreuses recherches visant les relations entre les événements stressants et l'apparition de maladies, notamment les maladies cardiovasculaires (Magni et al., 1989). Les événements stressants ont été définis comme des événements majeurs de la vie, associés à des changements et nécessitant des adaptations (Holmes et Rahe, 1967 ; Sarason et al., 1978). Puis, vient la notion des *daily hassles*, des ennuis quotidiens et des situations difficiles qui se prolongent dans le temps (Dohrenwend et al., 1978). Ces ennuis font également partie de la catégorie des événements stressants. Selon cette conception du stress, l'occurrence d'événements stressants de la vie produit divers symptômes physiologiques ou émotionnels, pouvant conduire à l'apparition de problèmes de santé, dont les maladies cardiaques, les déficiences du système immunitaire, la leucémie, l'asthme, ou encore la dépression et les tentatives de suicide (Lin et al., 1979). À cette époque, le questionnaire de Holmes et Rahe (1967) est largement utilisé par les chercheurs intéressés au concept. Cet instrument permet de mesurer l'intensité du stress d'un individu, à partir d'une liste d'événements stressants possibles, attribuant des valeurs numériques distinctes selon les événements relevés, durant une période de temps donné. Selon cette perspective, un événement vécu fournit un score déterminé selon la cotation fournie par les auteurs, sans égard aux particularités individuelles (Brown et Harris, 1989).

Cette conception du stress associée à l'occurrence des événements de vie donne alors lieu à une multitude de recherches qui mettent en évidence des résultats inconsistants ou contradictoires, soulevant ainsi la question de la variabilité des réponses individuelles face au stress (Miller, 1989). Dès lors, les chercheurs préoccupés par les liens entre le stress et la maladie sont confrontés à des questionnements particulièrement intéressants quant à la contribution de facteurs personnels (Byrne, 1989) ou contextuels (Brown et Harris, 1989) aux conséquences du stress sur la santé. On tente donc d'expliquer pourquoi, exposés aux mêmes événements, certains individus développent des maladies et d'autres pas. Trois axes de recherche concernant le stress et ses conséquences sur l'état de santé émergent : 1) l'un s'intéresse à la **nature** même de l'événement et à ses liens avec des pathologies particulières ; 2) un autre considère le **contexte** de l'événement, tentant de découvrir les effets différents des événements récents et des événements lointains,

et étudiant les liens entre les événements éloignés et rapprochés, tout en tenant compte de facteurs individuels et environnementaux ; et enfin 3) un dernier axe cible la **perception** individuelle de l'événement et son rôle dans l'adaptation au stress.

Miller (1989) a recensé plusieurs études qui s'intéressent aux relations entre la **nature** des événements de vie occasionnant du stress et de nombreuses maladies. Il conclut que ces études ne permettent pas d'associer la nature d'un événement particulier à une pathologie spécifique. Il cite en exemple les études de Rahe (Rahe, 1980 ; in Miller, 1989) s'intéressant à l'association entre un événement de vie particulier et la dépression, et qui indiquent qu'un changement survient la plupart du temps dans la vie de la personne avant l'apparition de la dépression. Par contre, la plupart des personnes vivant ce même changement ne développent pas de dépression (Miller, 1989). Byrne (1989) explique ces résultats en introduisant la notion de facteurs de vulnérabilité individuelle à la maladie. Il suggère de s'intéresser à d'autres dimensions du stress, plutôt que de se concentrer sur la nature même de l'événement, si l'on désire expliquer l'apparition de la maladie.

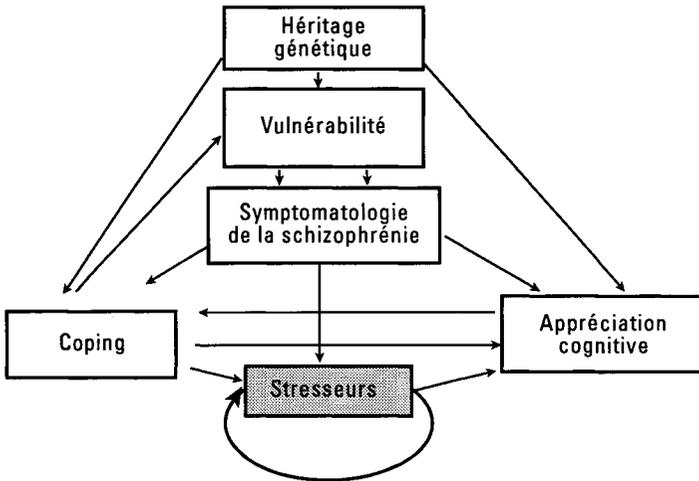
Pour leur part, Brown et Harris (1989), à partir d'une recension des recherches s'intéressant aux liens entre le stress causé par les événements de la vie et la maladie, proposent de tenir compte du **contexte** de l'événement stressant et de la personne qui l'affronte. Selon ces auteurs, il faut prendre en compte l'histoire de vie d'un individu, incluant des facteurs internes (attentes, craintes, émotions, etc.) et externes (problèmes familiaux, adversité, etc.) qui influencent le stress occasionné par ces événements. La classe sociale, l'âge, le milieu de vie, la culture, le rôle social et le sexe contribuent à influencer la relation entre le stress et la maladie, et peuvent ainsi constituer des facteurs de vulnérabilité liés au contexte. De plus, selon la conception du stress tenant compte du contexte, les événements rapprochés (p. ex. dans le dernier mois) et les événements lointains (p. ex. dans l'enfance) auront un poids spécifique à leur impact dans l'étiologie de la pathologie. Pour la dépression, Brown et Harris (1989) rapportent les résultats d'une de leurs études mettant en évidence des liens significatifs entre une faible estime de soi depuis l'enfance (facteur interne) et des difficultés récentes dans la relation de couple (facteur externe) chez des femmes dépressives. Selon Brown et Harris (1989), le contexte dans lequel se produit l'événement stressant attribuera un poids spécifique à l'étiologie de la pathologie. Cette conception contextuelle du stress implique qu'il faut considérer différents facteurs de vulnérabilité, internes et externes, avant de conclure aux effets spécifiques d'un événement stressant sur la santé.

Ces deux axes de recherche ont permis de constater que les événements stressants constituent des prédicteurs faibles de l'apparition des symptômes. Les résultats obtenus de ces deux axes ont alors favorisé l'émergence d'une approche plus cognitive, soulignant le rôle tenu par la **perception** individuelle de l'événement stressant (Billings et Moos, 1984; Cohen et Wills, 1985; Heller et Swindle, 1983; Lazarus et Folkman, 1984). Selon ces auteurs, ce n'est pas l'événement qui génère du stress, mais bien la perception qu'en a un individu. La perception d'un même événement pourrait donc être positive pour un individu et négative pour un autre, selon qu'il ressent un inconfort ou un bien-être (Sarason et al., 1978). Lazarus et Folkman (1984) ont proposé la théorie cognitive-perceptuelle du stress, qui tient compte, en plus de la perception de l'événement stressant, du rôle joué par d'autres facteurs cognitifs (croyances, valeurs, contexte...) dans la réponse aux événements stressants. Cette conception du stress liée à la perception individuelle de l'événement et aux mécanismes d'adaptation individuels au stress, sera décrite plus loin, à la section présentant le paradigme stress-coping.

Les modèles vulnérabilité-stress de la schizophrénie

Le modèle vulnérabilité-stress de Zubin et Spring (1977), et plus particulièrement sa reformulation par Nicholson et Neufeld (1992), présente dans une perspective dynamique les relations entre les composantes primaires de la vulnérabilité au stress et à la schizophrénie (voir figure 1). Ce modèle attribue à l'hérédité une certaine contribution à la vulnérabilité qui rend une personne susceptible de présenter les symptômes de la schizophrénie. L'hérédité, tout comme la symptomatologie de la maladie, influence les capacités individuelles d'apprécier cognitivement une situation et de recourir à des stratégies adaptatives (coping). La capacité d'utiliser efficacement le coping peut moduler les effets de la vulnérabilité à la schizophrénie, prévenant ainsi l'apparition des symptômes. Ces derniers, lorsqu'ils demeurent présents ou s'accroissent, deviennent de nouveaux stressors. Le processus de coping n'aura donc pas été efficace et devra être poursuivi. En présence de stressors, une personne atteinte de schizophrénie effectuera une appréciation cognitive du stressor et aura recours à des stratégies adaptatives afin de se protéger des effets du stress, pouvant ainsi prévenir l'apparition des symptômes de sa maladie.

Figure 1
 Perspective dynamique de la vulnérabilité au stress
 et à la schizophrénie : relations entre les composantes primaires
 (Nicholson et Neufeld, 1992).



Traduction libre : Claude Leclerc, 1997

Anthony et Liberman (1986), ont proposé un modèle vulnérabilité-stress qui souligne l'action conjointe du stress environnemental et de la vulnérabilité biopsychologique dans le processus de réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie. Ces auteurs soutiennent que le stress a la possibilité d'augmenter les détériorations, les déficits et les handicaps associés à cette maladie. Les détériorations sont, selon eux, les désordres de la pensée, l'incohérence du langage, les délires, les hallucinations, l'anxiété, la dépression, les pertes de mémoire et de concentration. Les déficits sont les conséquences des détériorations au niveau de la performance sociale, soit dans l'exercice d'un rôle social soit dans de tâches attendues d'un individu dans un environnement social déterminé. Enfin, les handicaps sont les désavantages sociaux qui affectent un individu par rapport aux autres membres de sa communauté. Les principaux handicaps dont peuvent souffrir les personnes atteintes de schizophrénie sont la stigmatisation, la discrimination ainsi que l'absence de ressources adaptées à leur état. Ils apparaissent parce que la société ne leur fournit pas de ressources permettant de compenser les détériorations et les déficits et de s'adapter socialement.

Selon Anthony et Liberman (1986), certains facteurs de protection favorisent un coping efficace. Ces facteurs sont les médicaments psychotropes, l'augmentation des habiletés sociales et de communication, les programmes de transition et le soutien social. Le coping efficace permettrait de moduler les effets du stress de la personne atteinte, compte tenu de la vulnérabilité biopsychologique, et influencerait l'importance des détériorations, des déficits et des handicaps, ainsi que les résultantes de réadaptation.

Alors que Kendler et Eaves (1986) proposent l'existence chez l'individu atteint de schizophrénie d'un degré de sensibilité aux effets prédisposants et protecteurs de l'environnement, Nuechterlein et Dawson (1984) ont proposé plus spécifiquement une vulnérabilité à la schizophrénie. Ces auteurs la définissent comme une caractéristique individuelle particulièrement permanente qui provient en partie d'un héritage génétique et qui est mise en évidence par le stress de l'environnement. Cette vulnérabilité est latente, encore impossible à mesurer directement, compte tenu de l'absence de marqueur (*marker*) formel de la maladie (McGue et Gottesman, 1989), mais possible à évaluer indirectement par la sévérité des symptômes psychotiques et non-psychotiques (Nicholson et Neufeld, 1992). La vulnérabilité à la schizophrénie pourrait être atténuée par la présence de facteurs de protection (Nuechterlein et Dawson, 1984). Certains auteurs (Perry et Braff, 1994) associent également cette vulnérabilité à des aspects neurologiques, comme les altérations du processus de traitement de l'information. Les troubles perceptuels, de même que les déficits cognitifs, peuvent constituer en eux-mêmes de nouveaux stressseurs qui mèneront à l'apparition des symptômes. Si le stress semble contribuer à l'apparition d'épisodes schizophréniques chez les personnes déjà atteintes par la maladie, le processus de coping pourrait avoir un effet modérateur sur l'apparition des symptômes (Dohrenwend et Egri, 1989).

Le modèle de Nicholson et Neufeld (1992) soutient que l'impact de la vulnérabilité peut être modulé par le coping. Ce dernier est influencé à la fois par l'héritage génétique, les apprentissages individuels, le contexte socio-culturel, la symptomatologie psychiatrique et l'appréciation cognitive. Une personne sévèrement atteinte pourrait éprouver des difficultés à recourir à ce processus, compte-tenu de ses difficultés à traiter l'information. Par contre, si le coping est efficace, il lui permettra d'agir sur le stress et également sur la vulnérabilité à la schizophrénie, produisant une diminution de la symptomatologie. Toutes les versions du modèle vulnérabilité-stress considèrent le coping et le stress comme des concepts centraux. Elles ne précisent toutefois pas comment les

personnes atteintes de schizophrénie pourraient mieux utiliser le coping. L'explication fournie par le paradigme stress-coping permet d'explorer davantage les relations entre le stress, son appréciation cognitive et le coping.

Le paradigme stress-coping

Selon Pearlin et Schooler (1978), la personne confrontée à un événement stressant mobilise ses ressources psychologiques et sociales, afin de développer une variété de stratégies adaptatives (coping). Au moyen de ces stratégies, les membres d'une société cherchent à réduire les conséquences sur leur vie et à se protéger des blessures psychologiques consécutives à une expérience sociale difficile ou problématique. Le sentiment de maîtrise sur sa vie est recherché au moyen de comportements de protection, soit les stratégies adaptatives (Pearlin et Schooler, 1978). Ces auteurs ont également proposé que les stratégies adaptatives efficaces sont distribuées inégalement dans la société, selon les caractéristiques individuelles et sociales des personnes.

Les émotions produites par la perception d'événements stressants peuvent être très intenses et sont le produit de transactions adaptatives complexes entre une personne et son environnement (Lazarus et Folkman, 1984). Selon ces auteurs, les gens utilisent continuellement des stratégies adaptatives pour influencer la qualité et l'intensité de leurs émotions, ainsi que pour s'adapter aux transactions avec l'environnement. Les humains cherchent ainsi à contrôler les effets des événements de leur environnement, et évaluent les résultats de ces transactions selon leurs objectifs personnels. Dans le contexte du modèle de Lazarus et Folkman (1984), le stress est défini par une transaction entre une personne et son environnement : lorsqu'un événement met à l'épreuve ou excède les ressources de l'individu, son bien-être est menacé.

Le processus de coping s'effectue en plusieurs étapes interactives : l'appréciation cognitive primaire, le recours aux stratégies adaptatives et l'appréciation cognitive secondaire (Lazarus et Folkman, 1984). L'appréciation cognitive primaire vise à évaluer la contribution d'un événement au bien-être d'un individu et permet également d'identifier les ressources disponibles en regard de la situation. Elle permet ainsi d'identifier les possibilités de coping et de mettre à contribution son efficacité personnelle (Peacock et Wong, 1990). La confrontation à l'événement peut être appréciée cognitivement comme étant sans signification, bénigne, bénéfique, ou encore stressante, produisant un inconfort biopsychosocial. Trois catégories d'appréciation du stress lié à

l'événement sont identifiées par la théorie cognitive-perceptuelle : on peut évaluer que l'événement induit 1) un dommage ou une perte, 2) une menace, ou 3) un défi. Une appréciation de dommage ou de perte sera associée à un événement qui s'est déjà produit, alors qu'une appréciation de menace ou de défi est plus souvent associée à un événement anticipé (Peacock et Wong, 1990).

Le processus de coping est déterminé par l'appréciation cognitive primaire. Il s'intéresse à ce que la personne pense, à ce qu'elle fait, et à ce qu'elle modifie dans ses pensées et actions, durant le développement de la situation. Selon Billings et Moos (1984), une stratégie adaptative est la réponse à un événement perçu comme étant stressant, utilisée pour prévenir, éviter et contrôler la détresse émotionnelle liée à cette situation.

Pour leur part, Folkman et al. (1991) précisent les relations entre l'appréciation cognitive primaire, le coping et l'appréciation cognitive secondaire. Ils définissent le coping en termes d'efforts destinés à contrôler la situation plutôt qu'en terme de résultats de ces efforts sur la situation. Afin de qualifier l'efficacité des stratégies adaptatives, il faudrait prendre en compte la cessation de l'inconfort lié à une situation indésirable plutôt que la maîtrise de la situation. Ainsi, lors de l'appréciation cognitive secondaire, si l'individu ne perçoit plus la situation comme dépassant ses capacités d'adaptation, le processus de coping est alors efficace, même si la situation elle-même n'est pas maîtrisée (Folkman et al., 1991). Le stress résulte donc, selon ces auteurs, d'une transaction entre la source de stress et la personne.

Les personnes atteintes de schizophrénie et le stress

Depuis plusieurs années, des études ont porté sur les liens entre le stress et la schizophrénie. Les études de Bebbington (1980; 1986) s'intéressaient à la **nature** des événements de vie susceptibles de provoquer un épisode aigu de schizophrénie. Cet auteur explique qu'un ensemble de conditions contribuerait à l'apparition de ces épisodes aigus, et non un seul événement. L'impact de certains événements pourrait être modulé par divers facteurs, dont le soutien social et le climat familial. Bien que les chercheurs aient démontré l'existence de relations significatives entre des événements stressants de la vie et la détérioration de l'état de santé de personnes atteintes de schizophrénie, aucun événement spécifique ne constitue un facteur susceptible de déclencher un épisode de schizophrénie chez des personnes qui n'en sont pas atteintes (Dohrenwend et Egri, 1989).

Quant à l'axe de recherche qui cible le **contexte** de l'événement, Brown et al. (1973) concluent qu'aucun événement stressant, qu'il soit éloigné ou rapproché, ne constitue une condition suffisante à l'apparition de la schizophrénie. En effet, même si plusieurs auteurs, dont Fromm (1947), ont soutenu qu'une mère schizophrénogène est une condition contribuant au déclenchement d'un épisode de schizophrénie, ces théories suscitent de moins en moins l'intérêt puisqu'aucune étude n'est parvenue à les appuyer. Par contre, certains événements rapprochés non spécifiques pourraient contribuer à l'apparition du premier épisode de schizophrénie ou à une rechute chez une personne vulnérable à la maladie (Dohrenwend et Egri, 1989). Les recherches d'Anthony et de Liberman (1986) indiquent qu'en présence d'événements stressants, les personnes atteintes de schizophrénie présentent des désordres de la pensée et du langage, des délires, des hallucinations, de l'anxiété, de la dépression, des pertes de concentration ou de mémoire, de l'apathie et de la distraction. Le contexte contribuerait donc aux détériorations.

L'identification des stresseurs à cibler selon cette approche contextuelle s'avère difficile pour les personnes atteintes de schizophrénie, puisque des situations courantes de la vie peuvent susciter un stress important (Hicks, 1989). En effet, des situations comme rencontrer des gens et développer de nouvelles relations, être témoin d'un conflit ou y être impliqué, et même n'avoir que de simples échanges verbaux, peuvent prendre pour ces personnes les proportions d'une crise et susciter un stress important (Brown et Harris, 1989). Comme l'indiquent ces auteurs, il faut considérer différents facteurs de vulnérabilité, internes et externes, avant de conclure aux effets spécifiques d'un événement stressant sur la santé.

Les études concernant les émotions exprimées (ÉE) (Brown et al., 1962) ont tenté de prédire les épisodes aigus de schizophrénie en mesurant le climat familial (commentaires critiques, surimplication émotive, rejet). Des résultats récents forcent à mettre en doute l'hypothèse selon laquelle un degré d'ÉE élevé provoque une détérioration clinique chez des personnes atteintes de schizophrénie (King et Rochon, 1995) et évoquent plutôt une interaction entre l'état clinique de l'individu, le contexte et la réaction de la famille.

Plusieurs arguments incitent à croire que la **perception** des événements stressants offre des possibilités de recherche cruciales dans le domaine de la schizophrénie. Alors que MacCarthy et al. (1986) décrivent la perception du stress des personnes atteintes de schizophrénie comme étant souvent adéquate, d'autres auteurs (Liberman, 1988; Van den Bosh et al., 1992) suggèrent que leurs troubles perceptuels compliquent

leur appréciation cognitive d'un événement stressant et compromettent en partie leurs capacités adaptatives. Une étude descriptive portant sur les événements stressants, menée auprès de 844 usagers de services communautaires psychiatriques, a permis d'identifier par ordre d'importance les stressseurs suivants : changement dans l'organisation de la journée, déménagement, modification de l'état physique, modification de la condition financière, hospitalisation, changement dans les relations familiales et interpersonnelles (Baker et al., 1985). Une recension des recherches concernant le stress des personnes schizophrènes a mis en lumière que leurs rechutes étaient précédées, trois ou quatre semaines avant, d'événements de la vie quotidienne perçus comme stressants (Lukoff et al., 1984).

Bien que certains auteurs mettent en question l'adéquation de l'appréciation cognitive des personnes atteintes de schizophrénie, plusieurs autres (Bellack et Mueser, 1993; Falloon et al., 1984; Liberman, 1988; Mandarino et Bzdek, 1989; Maurin, 1989; Nicholson et Neufeld, 1992; O'Connor, 1991; Plante, 1989; Tarell, 1989; Tarrier et al., 1990) reconnaissent l'importance pour ces personnes d'utiliser des stratégies adaptatives afin de diminuer l'impact du stress dans leur vie. Il faut se demander comment ces personnes pourront recourir au coping si leur appréciation cognitive n'est pas toujours adéquate. L'appréciation cognitive (*appraisal*) constitue l'étape initiale du processus de coping et elle est essentielle. Leur appréciation cognitive est-elle aussi problématique que ce que proposent certains auteurs? Différents résultats de recherche fournissent des informations pertinentes concernant les stratégies adaptatives des personnes atteintes de schizophrénie.

Les stratégies adaptatives des personnes atteintes de schizophrénie

Vu l'importance du stress vécu par les personnes atteintes de schizophrénie, elles devraient avoir recours fréquemment à des stratégies adaptatives. Cela se vérifie auprès de certaines d'entre elles, et plus particulièrement auprès des jeunes adultes qui utilisent un nombre important de stratégies (Leclerc, 1992). Leur vulnérabilité au stress les oblige probablement à recourir fréquemment au coping afin de prévenir l'apparition des symptômes et l'augmentation des déficits. L'étude de Leclerc (1992) souligne que des jeunes schizophrènes vivant dans la communauté (N = 60) utilisent plus fréquemment des stratégies adaptatives (centrées sur le problème ou sur les émotions) que des individus issus de la population générale. Parmi l'échantillon considéré, ceux qui rapportent moins de stress vécu sont également ceux qui utilisent davantage de stratégies adaptatives, ceux qui perçoivent davantage de soutien social

disponible et ceux qui se déclarent satisfaits du soutien social dont ils bénéficient. Il semble possible de croire qu'ils ont découvert des moyens pour contrôler l'impact de leur vulnérabilité. Ces jeunes vivaient dans la communauté depuis au moins un an, sans réhospitalisation et rapportaient un nombre important d'événements stressants durant les dernier six mois.

Dittman et Schuttler (1990) rapportent qu'en présence des symptômes positifs de leur maladie, les personnes schizophrènes ont recours à des stratégies adaptatives, comme l'augmentation des échanges interpersonnels (recherche de soutien social), l'isolement, la minimisation de l'importance de l'événement, ainsi qu'une demande d'ajustement de leurs médicaments. Hatfield (1989) ajoute que ces personnes doivent utiliser de nombreuses stratégies pour lutter contre leurs peurs intérieures, de même que pour affronter la réalité extérieure, afin de maintenir leur équilibre émotionnel et leur fonctionnement social. Par contre, d'autres personnes atteintes semblent avoir abdiqué devant les situations stressantes de la vie quotidienne, ou du moins, elles s'y adaptent difficilement. À ce sujet, l'étude de MacCarthy et al. (1986), menée auprès de personnes psychotiques vivant dans la communauté avec un haut degré de soutien, indique que si la personne apprécie une situation comme étant importante et qu'elle se sente compétente pour agir, elle aura recours à des stratégies adaptatives. Par contre, si la personne considère que la situation n'est pas très importante ou qu'elle se sent incapable d'agir efficacement, elle ne sera pas motivée à agir et n'utilisera pas de stratégies adaptatives actives, utilisant la minimisation de l'importance de la situation (MacCarthy et al., 1986). Malgré l'apathie observable chez plusieurs personnes souffrant de psychoses depuis longtemps, la recherche de MacCarthy et al. (1986) démontre que la motivation à agir est présente quand ces dernières considèrent la situation comme importante pour elles. De plus, malgré la présence de certains troubles perceptuels, leur appréciation cognitive du stress est souvent adéquate. Les motivations à agir seraient déterminantes du recours au coping. En milieu institutionnel, les ressources individuelles des personnes schizophrènes sont moins sollicitées que dans la communauté (Davidson et al., 1995). Ceci pourrait expliquer les difficultés d'adaptation au stress des personnes atteintes de schizophrénie et hospitalisées depuis longtemps. De plus, le sentiment d'échec associé à une hospitalisation prolongée ou à de multiples hospitalisations pourrait avoir diminué leur estime de soi ainsi que la motivation à agir sur un problème pourtant jugé important (MacCarthy et al., 1986).

Chez plusieurs personnes schizophrènes hospitalisées depuis longtemps, on observe une symptomatologie prononcée, sans qu'il soit possible d'identifier un événement stressant important. Pour ces personnes, un événement banal peut être associé à un stress important et provoquer une augmentation spectaculaire de la symptomatologie. Il est possible de croire que le stress en milieu institutionnel est davantage contrôlé, ou du moins assez similaire et constant au fil des jours, et par le fait même, plus prévisible que dans la communauté. La symptomatologie serait donc résistante aux traitements disponibles. Cette situation est observable chez plusieurs personnes schizophrènes institutionnalisées. Elle suggère à la fois une vulnérabilité plus prononcée et des difficultés à recourir à des stratégies adaptatives efficaces. L'usage de ces stratégies dépend, selon Van Den Bosch et al., (1992), des habiletés cognitives, de la flexibilité et des capacités individuelles d'adaptation. Cette dernière étude démontre que pour ces personnes les stratégies sont fréquemment inefficaces et que l'utilisation de stratégies centrées sur le problème est limitée. Les déficits cognitifs associés à la maladie rendraient difficile la prédiction du type de stratégies adaptatives utilisées en regard d'un événement stressant particulier (Van Den Bosch et al., 1992). Par contre, Strauss (1989) obtient des résultats qui indiquent que les stratégies adaptatives parviennent parfois à bien compenser certaines manifestations de la maladie, et même à masquer certains symptômes positifs. Les stratégies atténuent alors la sévérité apparente de la maladie, et rendent difficile l'identification de la cible thérapeutique. Certains délires, ou encore des hallucinations auditives, peuvent disparaître même quand le stress demeure présent (Strauss, 1989 ; Wiedl et Schottner, 1991)).

Le modèle *vulnérabilité-stress* souligne le rôle déterminant que tient le coping dans l'évolution de la schizophrénie et dans la réadaptation des personnes atteintes par cette maladie. Les études citées précédemment fournissent les indices d'une grande variabilité du recours aux stratégies et de l'efficacité de ces dernières. De plus, elles se questionnent au sujet de l'adéquation de l'appréciation cognitive des personnes atteintes de schizophrénie. Le modèle présenté vise à améliorer la compréhension du processus de gestion du stress des personnes atteintes de schizophrénie.

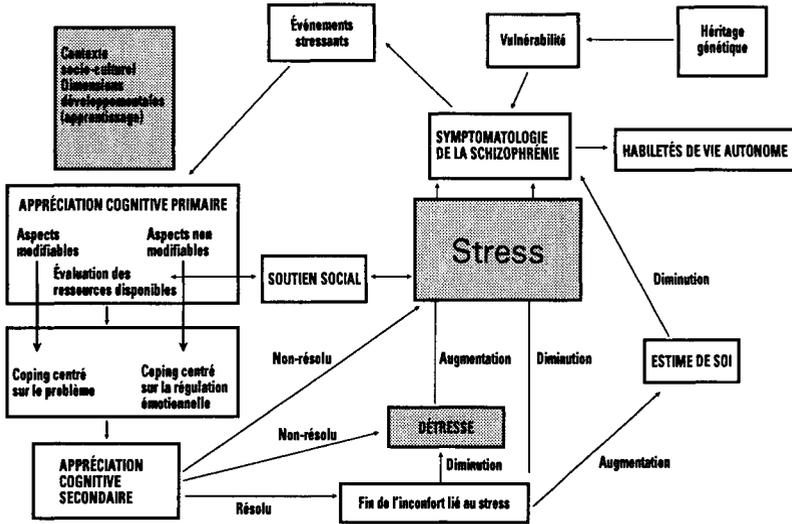
Modèle de gestion du stress des personnes atteintes de schizophrénie

Actuellement, le paradigme stress-coping, malgré tout ce qu'il comporte d'inconnu, est assez fort en lui-même pour se maintenir dans le domaine scientifique et pour être au centre d'un nombre grandissant

de recherches. Il offre la possibilité d'examiner plus attentivement les différentes interactions entre les concepts de la gestion du stress. Ce paradigme a été utilisé pour plusieurs études auprès de personnes souffrant de troubles liés à l'anxiété, mais rarement appliqué à des personnes atteintes de schizophrénie. Conséquemment, les relations entre les variables d'intérêt de ce paradigme (stress, appréciation cognitive primaire, stratégies adaptatives centrées sur le problème, stratégies adaptatives centrées sur l'émotion, appréciation cognitive secondaire) demeurent moins bien connues pour cette population. Des auteurs (Bellack et Mueser, 1993; Liberman, 1988; Nicholson et Neufeld, 1992) proposent qu'une personne schizophrène ayant recours à des stratégies adaptatives pourrait non seulement atténuer les effets du stress dans sa vie, mais également prévenir l'apparition des symptômes de sa maladie. En tenant compte de la contribution du paradigme stress-coping et du modèle vulnérabilité-stress, de même que des résultats d'études pertinentes, un nouveau modèle a été développé : le modèle de la Gestion du stress des personnes atteintes de schizophrénie. Il vise à identifier un processus de gestion du stress des personnes souffrant de schizophrénie et à mettre en évidence les cibles d'interventions possibles pour la réadaptation de ces personnes.

Dans ce nouveau modèle (voir figure 2), tout comme dans le modèle vulnérabilité-stress, l'héritage génétique individuel a des effets sur la vulnérabilité de la personne. Toutefois, l'héritage génétique, la vulnérabilité, le contexte socio-culturel et les dimensions développementales sont, sur la figure, présentés en zone ombragée pour deux raisons : pour signifier leur contribution au processus, et afin de rappeler que ces concepts ne constituent pas des cibles d'intervention du modèle. L'héritage génétique, tout comme dans le modèle vulnérabilité-stress, pourrait influencer l'appréciation cognitive primaire et le coping. Les interventions ciblant le processus de coping devront tenir compte des ressources et déficits particuliers de chaque individu.

Figure 2
Modèle de la gestion du stress des personnes atteintes de schizophrénie



Claude Leclerc, 1997

La vulnérabilité individuelle influencera, de concert avec le stress vécu, l'importance de la symptomatologie. Toutefois, les ressources de l'individu pourront moduler cette vulnérabilité et, par le fait même, la symptomatologie. Ces ressources sont, tout comme le propose le paradigme stress-coping, les capacités à apprécier cognitivement le stress et à recourir aux stratégies adaptatives appropriées. Lors de l'appréciation cognitive primaire, l'individu tente de mieux comprendre l'événement stressant et ses conséquences, et il mobilise ses ressources afin de raffiner cette appréciation ainsi que son évaluation des moyens dont il dispose pour agir. Selon le nouveau modèle, avoir recours au soutien social disponible fait partie de l'appréciation cognitive et constitue une stratégie adaptative s'il y a recours au soutien.

Lors de l'appréciation cognitive, un événement stressant pourra être identifié comme étant soit modifiable soit non modifiable. Lorsqu'il est identifié comme étant modifiable (il est possible d'agir sur l'événement et l'individu se reconnaît les capacités d'agir ainsi que les ressources pour le faire), il utilisera une ou des stratégies adaptatives centrées sur le problème. Par contre, si l'événement est perçu comme étant impossible à modifier (il est impossible d'agir sur l'événement, ou

l'individu ne se sent pas capable d'agir ou encore ne possède pas les ressources nécessaires), il utilisera une ou des stratégies adaptatives centrées sur la régulation émotionnelle. Suite à l'appréciation cognitive de l'événement, il sélectionne une ou des stratégies adaptatives, faisant à nouveau appel à ses ressources qui lui permettront d'agir ou de ne pas agir. Survient alors l'appréciation cognitive secondaire. L'individu évalue les effets de ses stratégies adaptatives au moyen de l'évaluation de son bien-être. Si l'inconfort lié au stress persiste, il évaluera que la situation n'est pas résolue. Le stress vécu peut avoir un effet sur la symptomatologie associée à la schizophrénie, qui peut devenir plus prononcée. Le processus sera à poursuivre, et l'individu devrait procéder à nouveau à une appréciation cognitive primaire. Cependant, si l'inconfort lié au stress est disparu, la personne considérera la situation résolue même si l'événement stressant d'origine n'est pas nécessairement réglé ou disparu. Elle n'accordera plus d'attention à une situation qui ne lui occasionne plus d'inconfort, comme le propose le paradigme stress-coping.

La personne qui solutionne un problème ou qui contrôle ses émotions en regard d'une situation importante, se reconnaît une compétence à agir, et pourra prendre conscience de sa valeur. Cette reconnaissance de compétence peut ainsi augmenter l'estime de soi (Bednar et al., 1989). Comme le mentionnent MacCarthy et al. (1986), la personne atteinte de schizophrénie agira en regard d'une situation stressante uniquement si elle se reconnaît la compétence pour agir. La capacité de gérer le stress devrait donc être associée à la compétence, composante essentielle de l'estime de soi. Plusieurs auteurs soulignent que les personnes atteintes de schizophrénie éprouvent des difficultés à se réadapter en raison d'une estime de soi faible et de difficultés à recourir au processus de coping (Lieberman et al., 1986; Bellack et Mueser, 1993; Bellack et al., 1989; van den Bosch et al., 1992). Il semble donc que l'estime de soi et le coping soient des concepts liés.

Lorsque la gestion du stress favorise une diminution de l'inconfort lié au stress, la personne devrait se sentir davantage compétente et présenter moins de symptômes. Par contre, si elle ne réussit pas à gérer son stress, sa symptomatologie devrait augmenter. Ces symptômes, à leur tour, constitueraient des événements stressants additionnels. Le processus est alors à poursuivre.

Modèle de Gestion du stress et réadaptation

Cnaan et al. (1988) définissent la réadaptation comme un processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Depuis 30 ans, plusieurs

programmes de réadaptation destinés à des personnes atteintes de schizophrénie ont été élaborés. Ces programmes sont composés de différents modules, soit des interventions structurées favorisant la réadaptation. Il est possible de les regrouper en trois catégories principales : modules d'acquisition d'habiletés, interventions familiales et rémediation cognitive. Selon Bellack et Mueser (1993), les modules se distinguent par la cible de leur interventions : le développement d'habiletés spécifiques et la compréhension et l'application d'un processus.

Plusieurs auteurs préconisent des modules de réadaptation visant l'acquisition d'habiletés spécifiques, et conçus afin de contrer les déficits associés à la maladie mentale chronique (Falloon et al., 1984 ; Liberman, 1988 ; Mandarino et Bzdek, 1989 ; Maurin, 1989 ; O'Connor, 1991 ; Plante, 1989 ; Tarell, 1989 ; Tarrier et al., 1990). Appuyés par les approches psycho-éducative et comportementale, ils proposent — au moyen de répétitions fréquentes de comportements — l'acquisition de certaines habiletés : les habiletés sociales, les habiletés de communication, les habiletés de solution de problème, les habiletés de gestion de la médication et des symptômes de la maladie. Ces modules comprennent diverses étapes dont le succès est mesuré par l'exécution d'un comportement attendu. Ils ciblent ainsi une résultante, soit le comportement sélectionné par les auteurs du module. Dispensés auprès d'individus ou de groupes de personnes atteintes par la maladie, ils ont fait l'objet de plusieurs interventions cliniques et de recherches évaluatives, sans toutefois démontrer que ces apprentissages de comportements soient généralisables à d'autres situations ou encore durables (Bellack et Mueser, 1993). Parmi ces modules de réadaptation, bien que certains proposent le coping comme cible d'intervention, aucun ne s'intéresse au processus. Ils ciblent l'acquisition d'habiletés spécifiques.

Le présent Modèle de la Gestion du stress des personnes atteintes de schizophrénie explique un processus et identifie les cibles d'intervention possibles pour de nouveaux modules : l'appréciation cognitive et l'évaluation des ressources (dont le soutien social), le recours aux stratégies adaptatives, l'appréciation cognitive secondaire et l'estime de soi. En ciblant le processus, il devient possible d'envisager différemment la réadaptation. Sa résultante ne serait pas un comportement attendu, mais bien le développement de la compétence à utiliser un processus.

Un module élaboré selon le nouveau modèle ne peut déterminer au préalable un comportement à développer, ni identifier une situation stressante pour le participant. En agissant ainsi, il est fort probable que le problème ciblé ou encore la solution proposée ne soit pas toujours ce qui convient le mieux à la personne atteinte. En développant un module

selon le Modèle de la gestion du stress, il est possible de tenir compte de la réalité propre de chaque participant et des événements qui suscitent réellement du stress dans sa vie. L'événement peut être une situation majeure ou une activité courante, puisque son importance est déterminée par l'individu. La perception individuelle évalue le stress suscité par un événement en considérant l'importance de l'inconfort ressenti. La personne prend conscience de l'importance d'agir. Cette conception contraste avec la tendance qui consiste à s'intéresser à des problèmes qui semblent socialement importants. Cette préoccupation nous vient d'un résultat de recherche (Leclerc, 1992) surprenant à prime abord. La perte d'un emploi est perçue socialement comme un stresser important aux conséquences tragiques. Des jeunes atteints de schizophrénie qui avaient perdu leur emploi ont identifié que cet événement était important pour eux, mais qu'il était à la fois très positif, équivalant à un grand soulagement (Leclerc, 1992).

En ciblant la gestion du stress, plutôt que le développement d'habiletés pré-déterminées pour s'adapter à l'événement stressant, le modèle rejoint une tendance actuelle en réadaptation qui propose de se centrer sur les besoins exprimés par le client (Shepherd, 1990). Cette tendance oblige à croire que les personnes atteintes de schizophrénie sont capables d'identifier leurs besoins individuels prioritaires et de développer des stratégies pour y répondre. Ces besoins prioritaires, provenant du point de vue de la personne, deviennent les cibles choisies de l'intervention concertée du thérapeute et du client. Ce modèle propose qu'il est possible d'augmenter la compétence des personnes atteintes de schizophrénie et d'augmenter l'efficacité de leurs stratégies adaptatives.

MacCarthy et al. (1986) apportent une contribution importante à ce nouveau modèle en insistant sur la compétence individuelle en regard de la situation stressante. La personne doit développer sa compétence afin d'effectuer une appréciation cognitive adéquate et d'utiliser les stratégies adaptatives appropriées. Les modules doivent donc permettre de partager l'appréciation cognitive, de la discuter, de la valider et de choisir une stratégie appropriée. Cette stratégie adaptative, tout en tenant compte des ressources évaluées lors de l'appréciation cognitive, sera moins exigeante pour la personne que la situation ne l'est elle-même. La personne tentera de diminuer l'inconfort lié au stress. Elle sera donc motivée à agir, utilisera une stratégie qui lui convient et pourra augmenter sa compétence. L'inconfort lié au stress diminuant, elle se reconnaît comme responsable de l'amélioration de sa compétence. Se sentant compétente, elle pourra utiliser différentes stratégies adaptatives.

Différents éléments requis pour l'élaboration de modules et qui tiennent compte de ces dimensions personnelles ont déjà fait l'objet d'expérimentations cliniques, même si un tel module n'est pas encore disponible. Les résultats des études recensées appuient le nouveau modèle. Ils permettent de postuler que les personnes schizophrènes sont capables 1) d'acquérir de nouvelles stratégies adaptatives (Lieberman, 1988), 2) de développer et de maintenir des relations de soutien (Crotty, 1983), 3) de participer à des activités éducatives dans le cadre de groupes restreints (Kanas, 1996; Leclerc, 1994), 4) d'identifier les effets du stress sur leur vie (Bellack et al., 1990); 5) de cibler les sources de leur stress (Dittman et Schutler, 1990), et 6) d'utiliser des stratégies adaptatives quand elles identifient que le problème est important pour elles-mêmes (Hatfield, 1989; MacCarthy et al., 1986). Puisqu'elles utilisent des stratégies, elles doivent donc avoir procédé à une certaine forme d'appréciation cognitive, même si cette appréciation peut parfois être laborieuse. Selon Bellack et Mueser (1993), les interventions psychosociales pourraient avoir un rôle déterminant sur la réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie et s'avérer des éléments essentiels, en autant que le but visé consiste en une amélioration du fonctionnement global de la personne et de sa qualité de la vie (efficacité du processus de coping) et non en une rémission complète.

Conclusion

Notre Modèle de la gestion du stress des personnes atteintes de schizophrénie suggère d'intervenir sur ce qui demeure fonctionnel chez la personne atteinte de schizophrénie, en ayant recours à ses ressources et en lui permettant de prioriser elle-même ce qu'elle considère important. Il permet d'élaborer des modules de réadaptation destinées à ces personnes qui pourraient alors être intégrés dans la plupart des programmes de réadaptation existants ou en développement. Il faudrait toutefois que ces programmes de réadaptation reconnaissent concrètement l'existence des ressources individuelles de ces personnes et leur permettent d'exprimer leurs besoins et de choisir.

RÉFÉRENCES

- ANTHONY, W. A., LIBERMAN, R. P., 1986, The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 4; 542-559.
- BAKER, F., BURNS, T. F., LIBBY, M., INTAGLIATA, J., 1985, The Impact of Life Events on Chronic Mental Patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 3; 299-301.

- BEBBINGTON, P. E., 1980, Causal Models and logical inference in epidemiology and psychiatry, *British Journal of Psychiatry*, 136, 317-325.
- BEBBINGTON, P. E., 1986, Psychosocial etiology of schizophrenia and affective disorders, in Michels, R., éd., *Psychiatry*, vol.1, chapitre 63, Philadelphia, Lippincott.
- BEDNAR, R. L., WELLS, M. G., PETERSON, S. R., 1989, *Self-esteem: Paradoxes and Innovations in Clinical Theory and Practice*, Washington, American Psychological Association.
- BELLACK, A. S., MORRISON, R. L., WIXTED, J. T., MUESER, K. T., 1990, An analysis of social competence in schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 156, 809-818.
- BELLACK, A. S., MUESER, K. T., 1993, Psychosocial treatment of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 19, 2, 317-336.
- BILLINGS, A. G., MOOS, R. H., 1984, Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- BROWN, G. W., MONK, E. M., CARSTAIRS, G. M., WING, J. K., 1962, Influence of family life on the course of schizophrenic illness, *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68.
- BROWN, G. W., HARRIS, T. O., 1989, *Life Events and Illness*, New York, The Guilford Press.
- BROWN, G. W., HARRIS, T. O., PETO, J., 1973, Life Events and Psychiatric Disorders, II: Some methodological issues. *Psychological Medicine*, 3, 159-176.
- BYRNE, D. G., 1989, Personal determinants of life-event stress and myocardial infarction, in Miller, T.W., éd., *Stressful Life Events*, Madison (Ct), International Universities Press, 223-235.
- CNAAN, R. A., BLANHERTZ, L., MESSINGER, K. W., GARDNER, J. R., 1988, Psychosocial Rehabilitation: Toward a Definition, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 4, 61-77.
- COHEN, S., WILLS, T. A., 1985, Stress, social support and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin*, 98, 2, 310-357.
- CROTTY, P., 1983, *How Schizophrenics and their Significant Others Perceive their Social Support Network*, Thèse, Chicago, University of Illinois.
- DAVIDSON, L., HOGE, M. A., MERRILL, M. E., RAKFELDT, J., GRIFFITH, E. H., 1995, The Experience of long-stay inpatients returning to the community, *Psychiatry*, 58, 5, 122-132.
- DITTMAN, J., SCHUTTLER, R., 1990, Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychosis, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 4, 318-322.

- DOHRENWEND, B. S., EGRI, A., 1989, Recent stressful events and episodes of schizophrenia, in Miller, T.W., éd., *Stressful Life Events*, Madison (Ct), International Universities Press, 351-375.
- DOHRENWEND, B. S., KRASNOFF, L., ASKENASY, A. R., DOHRENWEND, B. P., 1978, Exemplification of a method for scaling life events, *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 6, 205-229.
- ECKMAN, T. A., WIRSHING, W. C., MARDER, S. R., LIBERMAN, R. P., JOHNSTON-CRONK, K., ZIMMERMAN, K., MINTZ, J., 1992, Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: A controlled trial, *American Journal of Psychiatry*, 149, 11, 1549-1555.
- FALLOON, I. R. H., BOYD, J. L., MCGILL, C. W., 1984, *Family Care of Schizophrenia: A Problem Solving Approach to the Treatment of Mental Illness*, New York, Guilford Press, 52-92.
- FOLKMAN, S., CHESNEY, M., MCKUSICK, L., IRONSON, G., JOHNSON, D. S., COATES, T. J., 1991, Translating Coping theory into an intervention, in John Eckenrode, éd., *The Social Context of Coping*, NY, Penum Press, 239-260.
- FROMM, E., 1947, *Man from Himself*, New York, Holt, Rinehart and Wilson.
- GREEN, M. F., 1993, Cognitive remediation in schizophrenia: is it time yet?, *American Journal of Psychiatry*, 150, 178-187,
- HATFIELD, A. B., 1989, Patient's accounts of stress and coping in schizophrenia, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 11, 1141-1145.
- HELLER, K., SWINDLE, R. W., 1983, Social Networks, Perceived Social Support, and Coping With Stress, Felner, R.D. et al., éd., *Preventive Psychology Theory, Research and Practice*, Elmsford, NY, Pergamon Press, 87-103.
- HICKS, B. M., 1989, Circumstances, reactions, and relapse, in Maurin, J. T., éd., *Chronic Mental Illness: Coping Strategies*, Throrofare (NJ), Slack-Journal of Psychosocial Nursing Book Club, 31-62.
- HOLMES, T. H., RAHE, R. H., 1967, The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- KANAS, N., 1996, *Group Therapy for Schizophrenic Patients*, Washington, DC, American Psychiatric Press Inc.
- KENDLER, K. S., EAVES, L. J., 1986, Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness, *American Journal of Psychiatry*, 143, 279-289.
- KING, S., ROCHON, V., 1995, Le rôle de l'émotion exprimée dans le cours de la schizophrénie, *Santé mentale au Québec*, 20, 2, 99-118.
- LAZARUS, R. S., FOLKMAN, S., 1984, *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer Pub. Co.

- LECLERC, C., 1992, *Soutien social, perception du stress et stratégies de coping de jeunes schizophrènes*, Mémoire de maîtrise, non publié, Montréal, Université de Montréal.
- LECLERC, C., 1994, Schizophrénie: Élargir les modes d'intervention, *L'infirmière du Québec*, 2, 2, 42-49.
- LIBERMAN, R. P., 1988, Coping with chronic mental disorders: A framework for hope, in Liberman, R. P., éd., *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1-28.
- LIN, N., ENSEL, W. M., SIMEONE, R. S., KUO, W., 1979, Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test, *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 6, 108-119.
- LUKOFF, D., SNYDER, K., VENTURA, J., NUECHTERLEIN, K. H., 1984, Life events, familial stress, and coping in the developmental course of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 10, 2, 258-292.
- MACCARTHY, B., BENSON, J., BREWIN, C. R., 1986, Task motivation and problem-appraisal in long-term psychiatric patients, *Psychological Medicine*, 16, 431-438.
- MAGNI, G., CORFINI, A., BERTO, F., RIZZARDO, R., BOMBARDELLI, S., MIRAGLIA, G., 1989, Life events stress and myocardial infarction, in Miller, T.W., éd., *Stressful Life Events*, Madison (Ct), International Universities Press, 215-222.
- MANDARINO, M. A., BZDEK, V. M., 1989, Social-skill building with chronic clients, in Maurin, J. T., éd., *Chronic Mental Illness: Coping Strategies*, Thorofare (NJ), Journal of Psychosocial Nursing Book Club, 187-195.
- MAURIN, J. T., 1989, *Chronic Mental Illness: Coping Strategies*, Thorofare (NJ), Journal of Psychosocial Nursing Book Club.
- MCGUE, M., GOTTESMAN, I. I., 1989, Genetic linkage in schizophrenia: Perspectives from genetic epidemiology, *Schizophrenia Bulletin*, 15, 3, 453-464.
- MILLER, T. W., 1989, *Stressful Life Events*, Madison (Ct), International Universities Press.
- NICHOLSON, I. R., NEUFELD, W. J., 1992, A dynamic vulnerability perspective on stress and schizophrenia, *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 1, 117-130.
- NUERCHTERLEIN, K., DAWSON, M., 1984, A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenic episodes, *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- O'CONNOR, F. W., 1991, Symptom monitoring for relapse prevention in schizophrenia, *Archives of Psychiatric Nursing*, 5, 4, 193-201.

- PEACOCK, E. J., WONG, P.T., 1990, The stress appraisal measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal, *Stress Medicine*, 6, 227-236.
- PEARLIN, L. I., SCHOOLER, C., 1978, The structure of coping, *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 3, 2-21.
- PERRY, W., BRAFF, D. L., 1994, Information-processing deficits and thought disorder in schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 151, 3, 363-367.
- PLANTE, T. G., 1989, Social skills training, *Journal of Psychosocial Nursing*, 27, 3, 7-10.
- SARASON, I. G., JOHNSON, J. H., SIEGEL, J. M., 1978, Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 5, 932-946.
- SELYE, H., 1956, *The Stress of Life*, Toronto, McGraw-Hill.
- SHEPHERD, G., 1990, A criterion-oriented approach to skills training, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 11-13.
- STRAUSS, J. R., 1989, Mediating processes in schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 155, suppl.5, 22-28.
- TARELL, J. D., 1989, Self-regulation of symptoms in schizophrenia: Psychoeducational interventions for clients and families, in Maurin, J. T., éd., *Chronic Mental Illness: Coping Strategies*, Thorofare (NJ), Journal of Psychosocial Nursing Book Club, 196-217.
- TARRIER, N., BECKETT, R., HARWOOD, S., BAKER, A., YUSOFF, L., UGAREBURU, I., 1993, A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients, I: Outcome, *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.
- TARRIER, N., HARWOOD, S., YUSOFF, L., BECKETT, R., 1990, Coping strategy enhancement: A method of treating residual schizophrenic symptoms, *Behavioural Psychotherapy*, 18, 4, 283- 293.
- VAN DEN BOSH, R. J., VAN ASMA, M. J., ROMBOOTS, R., LOUWERENS, J. W., 1992, Coping style and cognitive dysfunction in schizophrenic patients, *British Journal of Psychiatry*, 161, suppl. 18, 123-128.
- VAUGHN, C. E., LEFF, J. P., 1976, The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients, *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- WIEDL, K. H., SCHOTTNER, B., 1991, Coping with symptoms related to schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 17, 3, 525-538.
- ZUBIN J., SPRING, B., 1977, Vulnerability: A new view of schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

ABSTRACT**Relevance of the stress-coping paradigm in the elaboration of a stress management model for schizophrenics**

Studies having used the stress-vulnerability model of schizophrenia as a conceptual framework demonstrate from different perspectives the contribution of stress when symptoms and deteriorations associated with this illness appear. The stress-coping paradigm provides an explanation of the effects of stress on health according to a contextual approach underlining how the coping process allows to diminish the negative effects of stress and favour adaptation in difficult or conflicting situations. This article proposes the integration of these two dominant currents and presents the Stress management model for schizophrenics. This new model provides the opportunity to favour the comprehension of the process of rehabilitation for schizophrenics and the development of new methods of intervention in rehabilitation.