



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira Bejaia
FACULTE DES Sciences humaines et sociales
Département d'orthophonie et psychologie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention de diplôme de master en psychologie

Opinion : psychologie clinique

Thème

***L'ESTIME DE SOI CHEZ LES PERSONNES ATTEINTE DE LA
SCHIZOPHRENIE***

***ETUDE DE CINQUE CAS CLINIQUES AU SERVICE DE PSYCHIATRIE (EHS) DE
OUED GHIR .***

Réaliser par :

TOUATI Massinissa

SLIMANI Dyhia

Encadré par :

MR.GHOUAS YACINE

Année universitaire : 2023/2024

Remerciements

Réaliser un mémoire est un travail long et parfois difficile donc je tiens avant tout à exprimer ma gratitude envers dieu le tout puissant, le clément le très miséricordieux, pour nous avoir donné la vie, le courage et les capacités nécessaires à l'accomplissement de ce travail

Je tiens aussi à exprimer ma profonde gratitude à notre promoteur, M. Ghouas Yacine, pour son encadrement tout au long de la réalisation de ce travail. Sa patience, sa confiance, ses recherches, ses précieux conseils, son expérience et son soutien inébranlable ont été d'une aide inestimable pour la réussite de ce projet.

Je remercie également l'université et le département pour la qualité de leur enseignement et les connaissances qu'ils m'ont transmises.

Un grand merci à tout le personnel du service de psychiatrie de (EHS) de oued ghir , un grand merci pour la psychologue **tukfa** et le psychologue **yazid**

Nous pensons aussi à tous les patients du service de psychiatrie :

nous souhaitons exprimer notre profonde gratitude l'un envers l'autre pour notre collaboration et notre soutien mutuel tout au long de la réalisation de ce mémoire notre travail conjoint , marqué par l'engagement et l'esprit d'équipe , a été essentiel à la réussite de ce projet .

merci pour cette coopération fructueuse et déterminante

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance aux membres du jury pour leur temps et leur évaluation de mon travail.

Slimani dyhia.

Massinissa touati

Dedicaces

I dedicate this modeste work to **myself**.

To my parents: With profonds affection, I thank You for your unwavering support and encouragement. This work Is party the fruit of your endless packing.

To my sisters : Slimani Wardia, Slimani Tinhinane, Slimani Nermine, and my dear brother Slimani Messipssa.

To an unknown person, **Idir:** I wish you happiness always.

To my grand Mother and my grandfather

To my freinds: djedjiga zarourri , hannane sekhario, lyna lekhdhari , et sara et nassima ets

To my partner: Massinissa Touati.

SLIMANI DYHIA

**Citation : "I'd rather be hated for who I am, than loved for who I am not."
— Kurt Cobain (nirvana)**

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

Ma chère mère, Naima, et tout le soutien qu'elle m'a donné. Reconnaître son importance et l'amour qu'elle m'a donné tout au long de ma vie et de mes études est vraiment spécial. Exprimer ma gratitude envers nos proches est essentiel, même si parfois les mots ne suffisent pas à exprimer toute cette reconnaissance.

Ma mère doit vraiment compter beaucoup pour moi

À mon **père**, qui m'a souvent accompagné et encouragé.

Et je vais dédicacés ma **grande mère "dawya"** qui prie chaque jour pour moi, qu'Allah t'accueille dans son vaste paradis, et merci pour tous les encouragements et le soutien que vous m'avez donné.

À mes frères et mes sœurs : **Touati Missipssa Touati Ania**.

À toute ma famille, et mes proches, et mes cousins et cousines.

À ma binôme **Slimani Dyhia**.

À tous mes amis

Massinssa Touati

Sommaire

Remerciements

Dedicace

Introduction

La première partie : la partie théorique	5
Chapitre 1 : cadre méthodologique de la problématique.....	5
1 raison du choix du thème :	5
2 Les objectifs de la recherche	5
3. La problématique :	6
4 les hypothèses :.....	7
5 Définition des concepts de clés :	8
Synthèse :	8
Chapitre 2 : la schizophrénie	9
Préambule :.....	10
1. Histoire de l'évolution du concept schizophrénie :.....	10
2. Les définitions du concept de la schizophrénie :.....	11
3. L'étiologie de la schizophrénie :	12
3.1. Facteur psycho dynamique :.....	13
3.2. Le facteur social :	13
3.3. Le facteur biochimique :	14
3.4. Le facteur environnemental :.....	14
4. Les caractéristiques de la schizophrénie :	15
5. Les formes cliniques de la schizophrénie :.....	16
6. Le traitement de la schizophrénie :	18
Chapitre 3 : L'estime de soi chez les personnes atteintes de la schizophrénie	21
Préambule.....	22
1. Origine est historique de l'estime de soi :.....	23
2. Définition de l'estime de soi :	23
3. Les types de l'estime de soi chez les personnes atteintes de la schizophrénie :.....	24
4. L'importance de l'estime de soi chez les personnes qui atteinte de la schizophrénie :	25
5. Instrument est échelle utiliser pour évaluer l'estime de soi chez une personne atteinte de la schizophrénie :.....	25

6. Facteur influençant positivement et négativement sur l'estime de soi :	26
7. La prise en charge de l'évaluation de l'estime de soi chez les personnes atteintes de la schizophrénie :.....	27
Synthés.....	29
la deuxième partie : la partie pratique	
Chapitre 4 : La présentation, l'analyse et la discussion des données	31
Axe 01	32
1.Stratégie de recherche : Pré-enquêtes.....	32
2. Présentation de lieu de recherche :	32
3. La population Méré et l'échantillonnage :	35
4. La méthode de la recherche :.....	35
5. Les techniques de la recherche :	39
Axe 02 :	45
1. La présentation et l'analyse des données :.....	45
2.La discussion des hypothèses :.....	55
Conclusion générale	57

Introduction

Introduction

La psychose, un état mental grave, se caractérise par la perte de contact avec la réalité, accompagnée d'hallucinations, de délires, de désorganisation de la pensée et du comportement. Influencée par des facteurs génétiques et environnementaux, son traitement combine médicaments et thérapie. L'histoire de la psychose a connu une évolution marquée, passant de la stigmatisation à une meilleure compréhension scientifique et à des traitements plus efficaces, avec un accent contemporain sur la sensibilisation, la réhabilitation et la lutte contre la discrimination.

La schizophrénie est un trouble présent dans toutes les cultures et régions du monde, probablement depuis des milliers d'années. Touchant environ 1% de la population, hommes et femmes confondus, elle est spécifique à l'espèce humaine. Son identification scientifique remonte aux dernières décennies du XIXe siècle, à partir desquelles des recherches sur ses origines et ses traitements ont été amorcées. Les causes de la schizophrénie demeurent largement incomprises, mais il est établi qu'elle résulte de l'interaction complexe de différents facteurs, incluant des éléments biologiques, psychologiques et sociaux.

Elle affecte l'estime de soi de manière multiple et négative. Les symptômes positifs, tels que les hallucinations et les délires, ainsi que les symptômes négatifs, comme l'apathie, l'aboulie, l'anhédonie, la pauvreté du discours et la diminution des émotions, exercent une pression considérable sur l'estime de soi des personnes atteintes. En outre, les conséquences de la maladie sur la vie quotidienne aggravent encore cette situation, contribuant à une diminution notable de la perception de leur propre valeur afin de confirmer ou d'infirmer notre thème de recherche qui porte sur l'estime de soi chez les personnes atteintes de la schizophrénie.

Notre travail est divisé en deux parties principales : une partie théorique et une partie pratique.

La première partie théorique contient trois chapitres. Le premier chapitre présente le cadre méthodologique de la problématique, incluant la problématique elle-même, les objectifs de cette recherche, les raisons pour lesquelles nous avons choisi ce thème, et se termine par une synthèse succincte. Après avoir exposé ce premier chapitre méthodologique, nous abordons le deuxième chapitre qui traite de la schizophrénie, une maladie affectant la manière de penser, de ressentir et de se comporter. La personne atteinte éprouve des difficultés à penser clairement, à distinguer ce qui est réel de ce qui ne l'est pas, à contrôler ses émotions et à entretenir des relations avec autrui. Ce chapitre fournit un aperçu historique, explore les notions de signes

psychotiques doux, caractérise la schizophrénie, décrit ses facteurs et évolutions, ainsi que ses différentes formes et la prise en charge thérapeutique.

Le troisième chapitre se concentre sur l'estime de soi chez une personne atteinte de schizophrénie. Nous y abordons la définition de l'estime de soi, son historique, ses types et ses facteurs, ainsi que les instruments et échelles utilisés pour son évaluation. Nous discutons également de l'importance de cette évaluation et de la prise en charge de l'estime de soi.

La deuxième partie de notre travail est pratique et comprend un seul chapitre, dédié à la présentation, à l'analyse et à la discussion des données. Cette partie est divisée en deux axes. Le premier axe traite des pré-enquêtes, de la présentation du lieu de recherche, de la population mère et de l'échantillonnage, ainsi que de la méthode utilisée pour mener cette recherche et des techniques de recherche employées. Le second axe est consacré à la présentation et à l'analyse des données, ainsi qu'à la discussion des hypothèses, et se termine par une conclusion générale.

Chapitre I

Le cadre méthodologique de la recherche

La première partie : la partie théorique

Chapitre 1 : cadre méthodologique de la problématique

1 raison du choix du thème :

Dans notre recherche on a choisi la schizophrénie comme un choix du thème pour faire un mémoire de la fin du cycle, Parce que c'est intéressant elle a touché tous les catégories de l'âge et aussi même les deux sexes.

La schizophrénie est un trouble mental grave qui peut affecter la pensée, le comportement et les émotions. Elle peut rendre difficile la distinction entre la réalité et l'imagination et peut entraîner des difficultés à maintenir des relations et à fonctionner au quotidien.

2 Les objectifs de la recherche

La recherche sur l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie est importante car elle peut nous aider à

- Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cette maladie. Une meilleure estime de soi peut conduire à une plus grande satisfaction de la vie, à des relations plus saines et à une meilleure observance du traitement.
- Réduire le risque de rechute. Une faible estime de soi est un facteur de risque de rechute chez les personnes atteintes de schizophrénie.
- Lutter contre la stigmatisation. En comprenant mieux les défis liés à l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie, nous pouvons contribuer à réduire la stigmatisation associée à cette maladie.

3. La problématique :

Dans notre société actuelle, nous constatons une augmentation notable de troubles psychosomatiques, tels que le diabète et l'hypertension, ainsi que des problèmes de santé mentale, y compris l'échec scolaire et la schizophrénie. En tant qu'étudiants en psychologie clinique, nous nous intéressons particulièrement à la schizophrénie, est un trouble de santé mentale peut être fréquente découlante d'une interaction complexe entre divers facteurs sociaux et psychologiques et biologique, n'importe qui peut souffrir indépendamment de son statut social économique ou de son degré apparent de réussite dans la vie.

La schizophrénie est un facteur négatif d'un événement traumatique qui peut nuire à l'estime de soi au bien-être et aussi à la santé mentale des personnes qui fragilise les relations qui existent avec les autres, le problème de l'estime de soi négative est un signe de faiblesse ou de manque de volonté, implique de ressentir des sentiments d'insécurité d'incapacité de peur.

Un schizophrénique avec une faible estime de soi a tendance à se plaindre et à tout critiquer car ils ressentent une grande insatisfaction quand les choses ne se déroulent pas comme il le souhaiterait, cette attitude peut provoquer un rejet de leur entourage ils sentent donc incompris et peu valorisés par les autres pour compenser et cacher leurs insécurités et leurs peurs, ces sujets peuvent se comporter d'une façon agressive provocatrice et inappropriée en d'autres termes, ils ont l'habitude d'être sur la défensive devant les autres cela les amène donc à avoir des interactions sociales peu saines.

Ils recherchent continuellement la reconnaissance et la valorisation des autres ceci est dû à la présence d'un manque de confiance, la peur d'affronter leur propre sentiment.

Bon nombre d'éléments peuvent contribuer à prévenir l'apparition des problèmes de santé le renforcement de l'estime de soi comme les compétences sociales et émotionnelles, l'obtention d'une aide précoce, la présence d'un cercle familial solidaire et bienveillant l'existence d'un climat positif et l'adoption de bonnes habitudes de sommeil sont autant de facteurs de protection qui permettent de surmonter les épreuves.

À partir de ces informations présentées ci-dessus on doit proposer cette question suivante : **es ce que la schizophrénie a un effet sur l'estime de soi ?**

4 les hypothèses :

La nature de l'estime de soi chez une personne atteinte de la schizophrénie ça se différer d'une personne a une autre selon plusieurs facteur .

5 Définition des concepts de clés :

- **La schizophrénie** : La schizophrénie est un spectre de troubles mentaux plus ou moins sévères, chroniques, dans le groupe des troubles psychotiques.

- **Estime de soi** : L'estime de soi, c'est le regard que l'on porte sur soi-même et l'appréciation qu'on fait de sa valeur ou de sa propre importance.

Synthèse :

En conclusion, la recherche sur l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie est un domaine important qui peut avoir un impact positif sur la vie de nombreuses personnes

Chapitre II

La schizophrénie

Chapitre 2 : la schizophrénie

Préambule :

Notre santé mentale est aussi essentielle à notre bien-être que notre santé physique. Elle a une influence déterminante sur nos pensées, nos émotions et nos comportements. Lorsqu'elle est compromise, cela peut perturber notre quotidien et nos interactions avec le monde qui nous entoure. Une altération de la santé mentale indique un dysfonctionnement dans le fonctionnement habituel de notre esprit et de nos émotions. Cela se manifeste par des changements dans notre manière de penser, de ressentir ou d'agir, tels que la confusion, une tristesse persistante, une anxiété intense ou des pensées désorganisées.

L'histoire de la psychose est longue et complexe, évoluant au fil des époques et des cultures. De l'Antiquité, où elle était perçue comme une possession démoniaque, au Moyen Âge, où elle était associée à la sorcellerie, jusqu'à la Renaissance, où elle a commencé à être vue comme une maladie mentale, la compréhension de la psychose a considérablement changé. Au 18e siècle, Philippe Pinel a plaidé pour un traitement humain, tandis qu'au 19e siècle, des figures comme Jean-Martin Charcot et Sigmund Freud ont contribué à son étude. Le 20e siècle a vu des progrès avec les antipsychotiques et la psychothérapie. Aujourd'hui, la recherche continue de progresser pour mieux comprendre et traiter les psychoses.

- La schizophrénie est définie comme un trouble psychiatrique chronique qui affecte la pensée, les émotions et le comportement d'une personne. Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent avoir des hallucinations, des délires, une pensée désorganisée et un discours désorganisé. Elles peuvent également avoir des difficultés à maintenir des relations, à travailler et à prendre soin d'elles-mêmes. (J.L . MONESTES . 2008. p.13.16)

1. Histoire de l'évolution du concept schizophrénie :

Les psychoses, connues depuis l'Antiquité sous des termes tels que démence et folie, étaient souvent à leurs formes aiguës. Les formes chroniques étaient fréquemment confondues avec un affaiblissement intellectuel. Les aliénistes se sont d'abord concentrés sur le contenu des troubles mentaux, comme les idées délirantes, avant de s'intéresser à leur structure, incluant les troubles de la pensée, du langage, ainsi que les impacts affectifs et relationnel.

Le terme « psychose » a été introduit par Ernst von Feuchtersleben en 1845. Avant la fin du XIXe siècle, les descriptions de la schizophrénie étaient fragmentaires et souvent regroupées sous des termes génériques comme folie ou démence. Le terme de schizophrénie a été introduit

à la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, bien que les symptômes aient été observés depuis bien plus longtemps pathologie était diagnostiquée la première fois par le médecin français Philippe PINEL 1809, C'est le psychiatre allemand Emil Kraepelin qui, entre 1896 et 1899, a jeté les bases de la conceptualisation moderne de la maladie, qu'il a nommée démence précoce. Kraepelin a observé que certains patients présentaient un ensemble distinct de symptômes, incluant une détérioration cognitive, des troubles émotionnels et un retrait social. Il a distingué cette maladie d'autres troubles mentaux comme la psychose maniaco-dépressive (aujourd'hui trouble bipolaire) et a suggéré qu'elle avait un cours progressif.

En 1911, le psychiatre suisse Eugen Bleuler a poursuivi les travaux de Kraepelin et a proposé le terme de schizophrénie. Ce terme mettait l'accent sur la fragmentation des pensées et du comportement observé chez les patients, qu'il considérait comme une caractéristique centrale de la maladie. Bleuler a également élargi les critères diagnostiques de la schizophrénie en y incluant des symptômes tels que les hallucinations, les délires et l'anhédonie (l'incapacité à ressentir du plaisir). Sa description de la maladie a jeté les bases de la classification moderne de la schizophrénie. Au cours du XX^e siècle, la compréhension de la schizophrénie a continué d'évoluer, influencée par différentes écoles de pensée en psychiatrie et l'émergence de nouvelles thérapies. La psychanalyse a mis en avant les conflits inconscients et les expériences infantiles comme causes de la maladie, tandis que les approches biologiques ont exploré le rôle de la génétique, de la neurochimie et du cerveau dans le développement de la schizophrénie. Le développement des antipsychotiques dans les années 1950 a révolutionné le traitement de la maladie, permettant de réduire la gravité des symptômes et d'améliorer la qualité de vie des patients. Aujourd'hui, la schizophrénie est considérée comme une maladie complexe aux causes multiples. (sadeq haouzir et amal bernoussi 2005.p.11,16)

2. Les définitions du concept de la schizophrénie :

- **Étymologie :**

Le mot "schizophrénie" est dérivé de deux mots grecs : "Skhizein" signifie "diviser" ou "couper". Il fait référence à l'idée que la schizophrénie fragmente la pensée et la personnalité de la personne. "Phren" signifie "esprit" ou "âme". Il fait référence à la partie de la psyché qui est affectée par la maladie. Le terme "schizophrénie" a été choisi par Bleuler pour souligner ce qu'il considérait comme le symptôme central de la maladie : la division de la pensée et de la personnalité. Il pensait que cette division était causée par une rupture dans les liens entre les différentes parties du cerveau (AZOULAY.C.CHABERT . C, 2005, p53,54)

Définition selon le dsm IV:

La schizophrénie est une maladie mentale chronique caractérisée par une perturbation de la pensée, de l'humeur et du comportement. Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent avoir des difficultés à distinguer la réalité de l'imagination, ce qui peut conduire à des hallucinations (entendre ou voir des choses qui ne sont pas réelles) et des délires (avoir des fausses croyances irrationnelles). Elles peuvent également avoir des problèmes de pensée et de langage désorganisés, et un retrait social et émotionnel. **(DSM-5), 5ème édition, 2013 (page 297).**

Définition psychologique :

La schizophrénie est un état pathologique caractérisé par une perte de contact avec la réalité et un repli sur soi, accompagné d'une pensée autistique. Ce terme regroupe divers troubles tels que les idées délirantes (comme le vol de la pensée), les hallucinations auditives (entendre une voix commenter ses pensées), un raisonnement illogique, une indifférence affective, un isolement social et des comportements étranges (comme accumuler des ordures chez soi ou se parler en public). La schizophrénie est une maladie présente dans toutes les cultures, avec une fréquence constante d'un à deux cas pour 10 000 personnes. **[Larousse]2004. pp.239.**

3. L'étiologie de la schizophrénie :

Facteur génétique : La schizophrénie présente une composante héréditaire significative. Les parents, frères, sœurs et enfants des personnes atteintes de schizophrénie ont un risque accru de développer la maladie, avec un facteur de risque (λ) supérieur à 1. Les études sur les jumeaux et les familles montrent une concordance plus élevée chez les jumeaux monozygotes par rapport aux jumeaux dizygotes, soulignant l'influence génétique. Cependant, l'hérédité de la schizophrénie est complexe, impliquant plusieurs gènes et des interactions gène-gène complexes. De nombreux gènes candidats potentiellement liés à la schizophrénie ont été identifiés, mais la répliation des résultats reste difficile, suggérant une hétérogénéité génétique. Les approches récentes incluent des études à grande échelle et des analyses de séquençage du génome entier pour mieux comprendre cette complexité. Les gènes identifiés augmentent le risque de développer la schizophrénie sans en être la cause directe ; des interactions avec des facteurs environnementaux sont nécessaires pour déclencher la maladie. **(Torrey, E. S., & Tsuang, M. T. (2006). (P, 21-54)**

3.1. Facteur psycho dynamique :

Il est probable qu'il existe une prédisposition ou une vulnérabilité spécifique, qu'elle soit innée ou acquise, de l'organisme. Cependant, l'apparition des manifestations psychotiques s'explique par des facteurs étroitement liés à la maturation affective, pouvant perturber son développement

La schizophrénie peut être vue comme une réaction spécifique à une anxiété extrêmement sévère, dont les racines remontent à l'enfance mais qui réapparaît plus tard dans la vie lorsque la tension devient si intense qu'aucune autre adaptation n'est possible. Ces théories sont de plus en plus confirmées par les données issues des psychothérapies menées auprès des schizophrènes. Mettre en cause l'équilibre affectif de l'enfance implique de questionner les relations parentales.

Voici les principales conclusions des nombreuses études sur les familles de schizophrènes :

a. La schizophrénie est fréquente dans les familles désunies (parents séparés ou vivant ensemble dans l'hostilité), bien qu'elle puisse aussi se manifester en l'absence de ce facteur.

b. L'ambivalence de la mère dans ses relations avec l'enfant, surtout durant les premiers temps de sa vie, est un facteur crucial. Cette ambivalence se traduit par une relation oscillant constamment entre une surprotection excessive, parfois abandonnante, et une agressivité exagérée. Ainsi, deux types de mères de schizophrènes ont été décrits : les mères hyperprotectrices et les mères rejettent : **(Hanus Michèle 1981.p71)**

3.2. Le facteur social :

Les relations familiales dysfonctionnelles, marquées par des conflits, des abus ou de la négligence, augmentent le risque de développer une schizophrénie. De plus, les interactions familiales critiques ou hostiles peuvent aggraver les symptômes de la maladie, tandis que le soutien social et émotionnel de la famille peut avoir un effet protecteur contre les impacts négatifs de la schizophrénie. **(Hanus Michèle p.21-42)**

Les personnes atteintes de schizophrénie subissent souvent discrimination et stigmatisation, affectant négativement leur estime de soi et leur bien-être psychologique. Cette discrimination limite leurs opportunités d'emploi, d'éducation et de logement, tandis que la stigmatisation conduit souvent à l'isolement social et à l'exclusion. **(Hanus Michèle .2016.P.43-62)**

Les difficultés d'interaction sociale sont courantes chez les personnes atteintes de schizophrénie, qui peuvent avoir du mal à comprendre et à répondre aux signaux sociaux non verbaux, ainsi qu'à maintenir des conversations. Ces difficultés conduisent fréquemment à l'isolement social et à la solitude. Cependant, des interventions sociales et interpersonnelles

peuvent aider à améliorer leurs compétences sociales et à développer des relations saines. (HANUS MICHELLE .P.63-84)

3.3. Le facteur biochimique :

Les anomalies des neurotransmetteurs jouent un rôle clé dans la schizophrénie. La dysfonction dopaminergique, largement étudiée, révèle une hyperactivité dopaminergique dans les voies mésocorticolimbiques, associée aux symptômes positifs tels que les hallucinations et les délires. À l'inverse, une hypoactivité dopaminergique dans les voies nigrostriatales est liée aux symptômes négatifs comme l'apathie et l'anhédonie. Le glutamate, principal neurotransmetteur excitateur du cerveau, présente des perturbations dans le système glutaminergique, notamment une hyperactivité dans certaines régions cérébrales, pouvant contribuer aux symptômes cognitifs et à la désorganisation de la pensée. Le GABA, principal neurotransmetteur inhibiteur, montre un hypofonctionnement du système GABAergique, impliqué dans l'apparition des symptômes positifs et négatifs. D'autres neurotransmetteurs comme la sérotonine, la noradrénaline et l'acétylcholine pourraient également être impliqués, bien que leur rôle soit moins clair.

Sur le plan génétique, des études montrent une forte composante héréditaire dans la schizophrénie, avec un risque environ 10 fois plus élevé chez les personnes ayant un parent schizophrène. La génétique moléculaire a identifié de nombreux gènes de susceptibilité, mais ceux-ci n'expliquent qu'une partie du risque. L'interaction complexe entre ces gènes et des facteurs environnementaux est cruciale dans l'apparition de la schizophrénie.

L'imagerie cérébrale, à travers des techniques comme l'IRM et la TEP, a permis d'observer des anomalies structurelles et fonctionnelles dans le cerveau des personnes atteintes de schizophrénie. Parmi les anomalies structurelles, on observe une réduction du volume de régions cérébrales telles que le lobe temporal et l'hippocampe. Les anomalies fonctionnelles incluent une hyperactivité dans certaines régions cérébrales et une hypoactivité dans d'autres, pouvant expliquer certains symptômes de la maladie. (hanus, Michèle. , P.13.20)

3.4. Le facteur environnemental :

Les expositions prénatales à des virus, des toxines ou à un stress maternel important peuvent augmenter le risque de schizophrénie. Les complications obstétricales, comme un accouchement prématuré ou un faible poids à la naissance, sont également des facteurs de risque. De plus, les difficultés socio-économiques et psychosociales, ainsi que l'exposition à des événements stressants ou traumatisants durant l'enfance, peuvent accroître le risque de

développer la maladie. Enfin, l'usage de substances psychoactives, en particulier le cannabis, chez les adolescents, est lié à une augmentation du risque de schizophrénie.(**michele Hanus** .pages 32-55)

4. Les caractéristiques de la schizophrénie :

La schizophrénie se caractérise par une diversité de symptômes qui se répartissent en deux grandes catégories : les symptômes positifs et les symptômes négatifs.

Symptômes positifs

Les symptômes positifs de la schizophrénie sont ceux qui ajoutent des éléments à la perception ou au comportement normaux de la personne. Ils comprennent :

1. Hallucinations : Ce sont des perceptions sensorielles sans stimuli externes réels. Les hallucinations peuvent être auditives (entendre des voix), visuelles (voir des choses qui n'existent pas), tactiles (sentir des sensations physiques sans cause), olfactives (sentir des odeurs inexistantes) ou gustatives (goûter des saveurs inexistantes).

2. Délires : Ce sont des croyances fausses et persistantes qui ne sont pas basées sur la réalité, malgré des preuves évidentes du contraire. Les délires peuvent prendre diverses formes, comme les délires de persécution (croire qu'on est harcelé ou menacé), les délires de grandeur (se croire doté de pouvoirs ou d'une importance exceptionnelle), ou les délires de référence (penser que des événements ou des objets banals ont une signification particulière et personnelle).

3. Désorganisation de la pensée et du discours : Les personnes affectées peuvent avoir du mal à organiser leurs pensées de manière cohérente, ce qui se traduit par un discours confus et désorganisé. Elles peuvent passer d'un sujet à l'autre sans lien logique, produire des phrases incohérentes ou incompréhensibles.

4. Comportement désorganisé : Ce terme englobe un large éventail de comportements inappropriés ou bizarres. Cela peut inclure une négligence de l'hygiène personnelle, des actes sans but apparent, une agitation incontrôlable, ou au contraire, une apathie et une inertie extrêmes.

Symptômes négatifs

Les symptômes négatifs de la schizophrénie se manifestent par une diminution ou une absence de capacités ou de comportements normaux. Ils comprennent :

1. Aplatissement affectif : Cela se traduit par une réduction notable de l'expression émotionnelle. Les personnes peuvent avoir un visage inexpressif, un regard vide, et ne pas réagir de manière émotionnelle aux situations normalement stimulantes.

2. Alogie: C'est une réduction significative de la production de discours. Les réponses aux questions peuvent être brèves, monosyllabiques et peu informatives.

3. Abulie : Il s'agit d'une perte de motivation et d'initiative. Les personnes peuvent montrer une indifférence notable envers des activités autrefois appréciées et éprouver des difficultés à engager ou à maintenir des actions.

4. Anhédonie : C'est l'incapacité à ressentir du plaisir. Les activités et les expériences qui étaient auparavant agréables peuvent devenir insipides et sans intérêt.

Remarques importantes

- Tous les individus atteints de schizophrénie ne présentent pas tous ces symptômes.
 - La gravité et la manifestation des symptômes peuvent varier considérablement d'une personne à l'autre et au fil du temps.
 - Les symptômes de la schizophrénie peuvent parfois être confondus avec ceux d'autres troubles mentaux, comme les troubles bipolaires ou la paranoïa, rendant le diagnostic complexe
- (.Monestès, J.-L. (2008). Dunod . P.30.35

5. Les formes cliniques de la schizophrénie :

5.1. Schizophrénie paranoïde :

Cette forme de schizophrénie est principalement marquée par des délires paranoïaques ou des hallucinations auditives fréquentes. Les personnes atteintes peuvent souvent maintenir leur capacité cognitive et leur fonctionnement social. Les délires paranoïaques impliquent généralement des croyances erronées et persistantes de persécution ou de grandeur. Les hallucinations auditives se manifestent par des voix perçues sans stimulus externe, souvent donnant des ordres ou commentant les actions de la personne.

5.2. Schizophrénie désorganisée :

Les individus atteints de schizophrénie désorganisée présentent des troubles de la pensée et du comportement significatifs, accompagnés d'une expression émotionnelle inappropriée ou

plate. Leur discours peut être incohérent, avec des sauts d'idées qui ne suivent pas une séquence logique. Ils peuvent également avoir du mal à effectuer des tâches quotidiennes simples, en raison de leur désorganisation cognitive et comportementale.

5.3. Schizophrénie catatonique :

Cette forme se distingue par des comportements moteurs inhabituels. Les symptômes peuvent inclure une rigidité musculaire, une immobilité excessive, ou des mouvements moteurs agités et sans but. Les personnes atteintes de schizophrénie catatonique peuvent aussi montrer des fluctuations rapides entre des phases d'hyperactivité et des périodes d'immobilité totale. D'autres symptômes catatoniques peuvent inclure des comportements répétitifs, une résistance à toute tentative de mouvement ou une posture figée.

5.4. Schizophrénie indifférenciée :

Cette catégorie est utilisée pour les cas où les symptômes ne correspondent pas clairement à une forme spécifique de schizophrénie. Les personnes présentant une schizophrénie indifférenciée peuvent montrer une combinaison variée de symptômes, tels que des hallucinations, des délires, des troubles de la pensée, et des comportements désorganisés. Cette forme est un diagnostic par défaut lorsque les critères des autres types ne sont pas entièrement remplis.

5.5. Schizophrénie résiduelle:

La schizophrénie résiduelle décrit les cas où les symptômes ont diminué en intensité mais où des signes persistants de la maladie subsistent. Les individus peuvent ne plus présenter de délires ou d'hallucinations prononcés, mais ils continuent à éprouver des troubles de la pensée ou des émotions aplaties. Les symptômes résiduels peuvent inclure un manque de motivation, une diminution de la capacité à exprimer des émotions, et des difficultés cognitives.

Chaque forme de schizophrénie peut varier en termes de gravité et de combinaison des symptômes présentés par chaque individu. Il est essentiel de reconnaître cette diversité pour une prise en charge appropriée et personnalisée des patients atteints de schizophrénie.

(sadeq haouzir .amal barnoussi 2007.p. 37.42)

6. Le traitement de la schizophrénie :

6.1. La psychanalyse :

En psychanalyse, le traitement de la schizophrénie s'adapte aux besoins spécifiques du patient en appliquant des règles différentes de celles utilisées pour les patients névrotiques. Plutôt que de se concentrer sur la découverte de l'inconscient, il est préférable de fournir un soutien au patient schizophrène. Les investigations approfondies ne sont pas recommandées, et il est important de renforcer les mécanismes de défense du patient. Dans le cadre de la thérapie, ni la confirmation ni le déni des idées délirantes ne sont encouragés ; au lieu de cela, l'accent est mis sur l'aide apportée au patient pour résoudre ses problèmes relationnels.

6.2. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC):

La TCC est une approche psychologique axée sur l'identification et la modification des schémas de pensée et de comportement négatifs qui peuvent contribuer aux symptômes de la schizophrénie. Elle repose sur l'idée que nos pensées, nos sentiments et nos comportements sont interconnectés, et que nous pouvons apprendre à modifier nos schémas de pensée dysfonctionnels pour améliorer notre bien-être émotionnel et comportemental.

Dans le cadre de la schizophrénie, la TCC peut cibler un large éventail de difficultés, telles que :

Hallucinations et délires : Aider les personnes à comprendre la nature de leurs hallucinations et délires, et à développer des stratégies pour les gérer et les réduire.

Pensée désorganisée : Enseigner des techniques pour améliorer la concentration, l'organisation et la mémoire.

Symptômes négatifs : Motiver les personnes à s'engager dans des activités et des interactions sociales, et à améliorer leur gestion des émotions.

La TCC se déroule généralement en sessions individuelles avec un thérapeute formé. Les séances impliquent généralement des discussions, des exercices et des tâches à domicile. La TCC est une thérapie structurée et collaborative, et les thérapeutes travaillent en étroite collaboration avec les patients pour établir des objectifs et suivre leurs progrès.

6.3. Thérapie familiale :

La thérapie familiale implique les membres de la famille dans le processus de traitement de la schizophrénie. Elle vise à :

Éduquer la famille sur la schizophrénie : Expliquer la nature de la maladie, ses symptômes, son traitement et son impact sur la vie de la personne atteinte.

Améliorer la communication et la dynamique familiale : Aider les membres de la famille à communiquer plus efficacement entre eux et à mieux comprendre les besoins et les défis de la personne atteinte de schizophrénie.

Développer des stratégies d'adaptation : Enseigner aux familles des techniques pour gérer le stress, résoudre les conflits et soutenir leur proche atteint de schizophrénie.

La thérapie familiale peut se dérouler en séances individuelles ou en groupe. Elle peut impliquer des membres de la famille immédiate, tels que les parents, les frères et sœurs et le conjoint, ainsi que des membres de la famille élargie. La thérapie familiale est souvent bénéfique pour l'ensemble de la famille, car elle permet d'améliorer la compréhension, le soutien et la communication.

6.4. Thérapies social et professionnel :

La thérapie sociale et professionnelle (TSP) vise à aider les personnes atteintes de schizophrénie à développer les compétences nécessaires pour vivre de manière indépendante et productive dans la communauté. Elle peut porter sur un large éventail de domaines, tels que :

Recherche d'emploi : Développer des CV, rédiger des lettres de motivation, se préparer aux entretiens d'embauche et acquérir des compétences professionnelles.

Gestion de l'argent : Établir un budget, gérer un compte bancaire, payer des factures et éviter les dettes.

Compétences de vie quotidienne : Cuisiner, faire le ménage, gérer son temps et prendre soin de soi.

Interactions sociales : Développer des compétences en communication et en résolution de conflits, et établir et maintenir des relations saines.

La TSP se déroule généralement en séances individuelles ou en groupe avec un thérapeute formé. Les séances impliquent généralement des discussions, des exercices, des jeux de rôle et des sorties dans la communauté. La TSP est une thérapie axée sur les objectifs et les résultats, et les thérapeutes travaillent en étroite collaboration avec les patients pour identifier leurs besoins et leurs objectifs spécifiques.

6.5. Psychoéducation :

La psychoéducation est un processus d'information et d'éducation qui vise à fournir aux personnes atteintes de schizophrénie et à leurs familles des connaissances et des compétences sur la maladie, le traitement et les stratégies d'adaptation. Elle peut inclure des présentations, des discussions en groupe, des brochures et d'autres supports d'information.

6.6. La psychothérapie du soutien :

La psychothérapie de soutien vise à établir la confiance du patient et à obtenir son accord sur le plan médicamenteux, en proposant éventuellement un traitement retardé si nécessaire. Elle implique également de discuter des effets secondaires des médicaments de manière rassurante. En tant que thérapeute, il est important d'être stable et disponible pour le patient. De plus, gagner la confiance de l'entourage du patient est également un aspect essentiel de cette approche thérapeutique.

6.7. Les neuroleptiques :

Le choix des neuroleptiques dépend des symptômes présentés. Par exemple, pour un délire intense, on utilise des neuroleptiques antidélirants tels que haldol, le largactil, le loxapac, ou le solian. En cas d'angoisse psychotique ou d'agitation, des neuroleptiques sédatifs comme le tercian, le loxapac, ou le nozinan sont recommandés. Pour un patient hébéphrène, des neuroleptiques désinhibiteurs à faible dose comme haldol, ou le solian sont appropriés. Les traitements retard se font par injection intramusculaire toutes les 2, 3 ou 4 semaines(**Sadeq Haouzir ,Amal Bernoussi 2007.p,107.111**) .

Chapitre III

L'estime de soi chez les personnes atteintes de la schizophrénie

Chapitre 3 : L'estime de soi chez les personnes atteintes de la schizophrénie

Préambule

La bonne santé mentale repose sur la connaissance de soi, incluant la compréhension de nos forces, faiblesses, difficultés et limites, permettant ainsi une perception réaliste de nous-mêmes. L'estime de soi, quant à elle, reflète nos perceptions, valeurs et croyances internes à notre sujet, influençant nos émotions suite à nos auto-évaluations.

L'estime de soi peut varier chez les personnes atteintes de schizophrénie. Certaines peuvent maintenir une estime de soi relativement stable, tandis que d'autres peuvent lutter avec des sentiments d'insécurité, de dévalorisation ou de désespoir. Les symptômes tels que les hallucinations, les délires et les pensées désorganisées peuvent également avoir un impact sur l'estime de soi. Cependant, le soutien social, les interventions thérapeutiques et la gestion efficace des symptômes peuvent aider à promouvoir une estime de soi positive chez les personnes atteintes de schizophrénie.

1. Origine est historique de l'estime de soi :

Dans le langage courant, l'estime de soi est définie comme la valeur que nous nous accordons. Cependant, les chercheurs en psychologie la présentent comme une notion beaucoup plus complexe.

Dès 1890, W. James s'intéressait à comparer l'intelligence de l'homme à celle de l'animal et fut le premier à décrire l'estime de soi comme le rapport entre réussite et aspirations, ainsi qu'entre résultats et échecs. Il appelait cela « la conscience de la valeur de soi ». Pour lui, il s'agit donc d'un rapport entre les aspirations et les réussites effectives, où l'écart entre l'objectif et le résultat détermine le niveau d'estime de soi

L'histoire de l'estime de soi puise ses racines dans la Grèce antique, où Socrate préconisait l'introspection et la connaissance de soi-même, tandis que Platon développait une vision de l'âme en harmonie. Au Moyen Âge et à la Renaissance, l'estime de soi était largement influencée par la spiritualité et la religion, souvent associée à la valeur morale et à la relation avec le divin. Cependant, des penseurs comme Montaigne ont commencé à mettre en avant l'idée d'auto-acceptation et d'individualité. L'avènement de la psychologie moderne au 19^{ème} siècle a donné un nouvel élan à l'étude de l'estime de soi, avec des figures telles que William James, Carl Rogers et Abraham Maslow. James la définissait comme la somme totale de l'estime de soi, tandis que Rogers mettait l'accent sur l'acceptation de soi et la congruence entre le soi réel et le soi idéal, et Maslow l'intégrait dans sa pyramide des besoins humains. Aujourd'hui, l'estime de soi est largement reconnue comme un pilier du bien-être psychologique, influençant nos relations interpersonnelles, notre réussite éducative et professionnelle, ainsi que notre santé mentale. Les recherches actuelles explorent ses liens avec des problèmes tels que la dépression, l'anxiété et les troubles alimentaires. De plus, la diversité culturelle offre des perspectives multiples sur cette notion fondamentale, reflétant les différentes interprétations et valeurs associées à l'estime de soi à travers le monde. **(Emiline bardou et nathalie rousel, 2014, p,104)**

2. Définition de l'estime de soi :

L'estime de soi est la fusion de deux sentiments intimement liés : l'efficacité personnelle et le mérite personnel. C'est un équilibre subtil entre la confiance en soi et le respect de soi, une certitude d'être compétent pour affronter la vie et mériter le bonheur. C'est la conviction

L'estime de soi chez les personnes atteintes de la schizophrénie

profonde d'être capable de relever les défis majeurs de l'existence et d'être digne de vivre pleinement. (branden. Ibid. PP.79-80)

Définition de l'estime de soi chez une personne qui atteinte de la schizophrénie :

L'estime de soi chez une personne schizophrène est définie comme la **perception subjective de sa propre valeur**, en tenant compte de ses forces, faiblesses, compétences et limites. Cette perception est influencée par les expériences personnelles, les interactions sociales, les symptômes de la maladie et l'environnement social.(Koenig-Flahaut, M., Castillo, et all...2008.p. 281)

3. Les types de l'estime de soi chez les personnes atteintes de la schizophrénie :

- Estime de soi basse :

- C'est le type d'estime de soi le plus fréquent chez les personnes atteintes de schizophrénie. Elle se caractérise par des sentiments de dévalorisation, d'inutilité et d'incapacité. Les personnes ayant une faible estime de soi peuvent avoir des difficultés à se fixer des objectifs, à prendre des décisions et à assumer des responsabilités. Elles peuvent également être plus susceptibles de se replier sur elles-mêmes et d'éviter les interactions sociales.

- Estime de soi contingente :

- Ce type d'estime de soi est basée sur l'évaluation des opinions et des approbations des autres. Les personnes ayant une estime de soi contingente ont besoin de l'approbation constante des autres pour se sentir bien dans leur peau. Elles peuvent avoir du mal à affirmer leurs opinions et à défendre leurs intérêts par crainte de décevoir les autres.

- Estime de soi grandiose :

- Ce type d'estime de soi se caractérise par des sentiments exagérés d'importance et de supériorité. Les personnes ayant une estime de soi grandiose peuvent être arrogantes, hautaines et condescendantes. Elles peuvent également avoir des difficultés à admettre leurs erreurs et à assumer la responsabilité de leurs actes.

- Estime de soi fragile :

- Ce type d'estime de soi est instable et sujette à des fluctuations importantes. Les personnes ayant une estime de soi fragile peuvent passer d'un sentiment de grande confiance en soi à un sentiment de dévalorisation totale en un court laps de temps. Elles

L'estime de soi chez les personnes atteintes de la schizophrénie

peuvent être très sensibles aux critiques et aux échecs. (**Schizophrènes selon le Dr Muriel Deboutte (2019)**)

4. L'importance de l'estime de soi chez les personnes qui atteinte de la schizophrénie :

Cependant, je peux vous dire que l'estime de soi joue un rôle crucial dans la gestion de la schizophrénie, comme le souligne le Dr Lieberman dans son livre "Guérir la schizophrénie : Rétablir le cerveau et la vie".

Une faible estime de soi peut aggraver les symptômes de la schizophrénie, tels que les hallucinations, les délires et la désorganisation de la pensée.

Une haute estime de soi peut aider les personnes atteintes de schizophrénie à mieux gérer leurs symptômes et à s'engager dans le processus de rétablissement.

- **L'estime de soi peut influencer la motivation et la participation au traitement.** Les personnes ayant une estime de soi positive sont plus susceptibles d'adhérer à leur plan de traitement, ce qui est essentiel pour une gestion efficace de la maladie.

- **L'estime de soi peut affecter les relations interpersonnelles.** Une faible estime de soi peut mener à l'isolement social et à des difficultés à nouer et à maintenir des relations. Cultiver une estime de soi positive peut aider les personnes atteintes de schizophrénie à se sentir plus confiantes et à interagir plus facilement avec les autres.

- **L'estime de soi peut contribuer au bien-être émotionnel général.** La schizophrénie est souvent associée à la dépression, l'anxiété et la solitude. Une forte estime de soi peut contribuer à atténuer ces émotions négatives et à améliorer le bien-être émotionnel général. (**prod homme 2003p.28**)

5. Instrument est échelle utiliser pour évaluer l'estime de soi chez une personne atteinte de la schizophrénie :

Il existe plusieurs instruments différents utilisés pour évaluer l'estime de soi, mais l'un des plus connus et des plus utilisés est l'**échelle d'estime de soi de Rosenberg**.

Développée en 1965 par Morris Rosenberg, cette échelle est un questionnaire simple à choix multiples qui mesure l'estime de soi globale d'une personne. Elle comprend 10 affirmations sur lesquelles les individus doivent se noter en fonction de leur degré d'accord.

L'estime de soi chez les personnes atteintes de la schizophrénie

Les scores totaux sont ensuite interprétés pour indiquer un niveau d'estime de soi faible, moyen ou élevé. L'échelle de Rosenberg a été validée dans de nombreuses cultures et s'est avérée être un outil fiable et précis pour mesurer l'estime de soi.

Voici quelques autres instruments couramment utilisés pour évaluer l'estime de soi :

- **L'échelle d'estime de soi de Cooper Smith**
- **L'inventaire multidimensionnel de l'estime de soi de Piers-Harris**
- **L'échelle d'affirmation de soi de Rathus**

Le choix de l'instrument le plus approprié pour évaluer l'estime de soi dépendra de divers facteurs, tels que l'âge de la population cible, le contexte spécifique d'évaluation et les objectifs de l'évaluation. L'estime de soi est un concept complexe et multidimensionnel qui ne peut être mesuré par un seul instrument. Par conséquent, l'utilisation de plusieurs instruments et sources d'information est souvent recommandée pour obtenir une évaluation complète de l'estime de soi d'une personne.

6. Facteur influençant positivement et négativement sur l'estime de soi :

6.1. Facteur négative :

Symptômes de la maladie : Les symptômes de la schizophrénie, tels que les hallucinations, les délires et la désorganisation de la pensée, peuvent avoir un impact significatif sur l'estime de soi. Ces symptômes peuvent amener les personnes à se sentir différentes, bizarres ou même inférieures aux autres.

6.2. Stigmatisation :

La schizophrénie est souvent associée à des stéréotypes négatifs et à une stigmatisation, ce qui peut amener les personnes atteintes de la maladie à se sentir honteuses, embarrassées ou indignes.

Difficultés sociales et professionnelles : La schizophrénie peut entraîner des difficultés dans les relations sociales et professionnelles, ce qui peut encore plus nuire à l'estime de soi.

Manque de soutien social : Le manque de soutien social de la part de la famille et des amis peut également avoir un impact négatif sur l'estime de soi.

Effets secondaires des médicaments : Certains médicaments antipsychotiques peuvent avoir des effets secondaires qui affectent l'humeur et l'estime de soi.

6.2. Facteur positive :

L'estime de soi chez les personnes atteintes de la schizophrénie

- **Gestion efficace de la maladie :** Le fait de gérer efficacement la maladie avec des médicaments, une thérapie et d'autres stratégies d'adaptation peut améliorer considérablement l'estime de soi.
- **Soutien social :** Un soutien social positif de la part de la famille, des amis et des groupes de soutien peut également avoir un impact positif sur l'estime de soi.
- **Réalisations et expériences positives :** Se concentrer sur les réalisations et les expériences positives, aussi petites soient-elles, peut aider à renforcer l'estime de soi.
- **Reconnaissance des forces et des qualités :** Prendre conscience et apprécier ses propres forces et qualités peut contribuer à une meilleure image de soi.
- **Espoir et optimisme :** Cultiver l'espoir et l'optimisme pour l'avenir peut également avoir un impact positif sur l'estime de soi.

Il est important de noter que l'estime de soi est un concept complexe et individuel. Ce qui affecte négativement l'estime de soi d'une personne peut ne pas avoir le même effet sur une autre. De plus, l'estime de soi peut fluctuer au fil du temps en fonction de divers facteurs de l'estime de soi (Schizophrenia & Mental Illness Alliance of NA)

7. La prise en charge de l'évaluation de l'estime de soi chez les personnes atteintes de la schizophrénie :

L'estime de soi est un élément crucial de la santé mentale et du bien-être général, et les personnes atteintes de schizophrénie sont particulièrement exposées à des risques qui peuvent affecter négativement leur image de soi. Heureusement, il existe plusieurs approches thérapeutiques qui peuvent s'avérer efficaces pour améliorer l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie.

Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) : La TCC vise à identifier et à modifier les schémas de pensée et de comportement négatifs qui contribuent à une faible estime de soi. Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent apprendre des compétences en TCC pour gérer leurs symptômes, améliorer leurs relations et développer une vision plus positive d'elles-mêmes.

Thérapies interpersonnelles : Ces thérapies se concentrent sur l'amélioration des compétences sociales et interpersonnelles, ce qui peut aider à réduire l'isolement social et à améliorer l'estime de soi. Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent apprendre à communiquer plus efficacement, à résoudre des conflits et à établir des relations saines.

L'estime de soi chez les personnes atteintes de la schizophrénie

Thérapies basées sur la pleine conscience : La pleine conscience peut aider les personnes atteintes de schizophrénie à se concentrer sur le moment présent et à accepter leurs pensées et leurs sentiments sans jugement. Cela peut conduire à une réduction du stress, une augmentation de l'auto-compassion et une amélioration de l'estime de soi.

Groupes de soutien : Les groupes de soutien peuvent offrir aux personnes atteintes de schizophrénie un espace sûr pour partager leurs expériences, se connecter avec d'autres personnes qui comprennent ce qu'elles vivent et se soutenir mutuellement. Cela peut contribuer à réduire la stigmatisation, à promouvoir l'espoir et à améliorer l'estime de soi (**Schizophrenia & Mental Illness Alliance of New York (SMIANY)**)

Synthèse

L'estime de soi est un élément fondamental du bien-être mental et émotionnel, et les personnes atteintes de schizophrénie sont particulièrement exposées à des risques qui peuvent affecter négativement leur image de soi. Les symptômes de la maladie, la stigmatisation, les difficultés sociales et professionnelles, le manque de soutien social et les effets secondaires des médicaments peuvent tous contribuer à une faible estime de soi chez cette population.

Cependant, il est important de souligner que l'estime de soi n'est pas une notion statique et qu'elle peut être améliorée de manière significative grâce à des interventions et des stratégies appropriées. La gestion efficace de la maladie, le soutien social, la reconnaissance des forces individuelles, l'espoir et l'optimisme pour l'avenir jouent tous un rôle crucial dans la promotion d'une meilleure estime de soi.

Diverses approches thérapeutiques, telles que les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies interpersonnelles, les thérapies basées sur la pleine conscience et les groupes de soutien, ont montré leur efficacité dans l'amélioration de l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie. Il est essentiel de souligner que la prise en charge doit être individualisée et adaptée aux besoins spécifiques de chaque individu.

En plus des interventions thérapeutiques, des mesures telles que la célébration des réussites, la promotion de l'auto-compassion et la lutte contre la stigmatisation peuvent également contribuer positivement à l'estime de soi.

Aider les personnes atteintes de schizophrénie à développer une meilleure estime de soi est un objectif crucial pour améliorer leur qualité de vie et leur permettre de vivre une vie pleine d'espoir et de sens. Des efforts continus de recherche, de sensibilisation et développement de programmes d'intervention spécialisés sont nécessaires pour relever ce défi complexe mais surmontable.

En conclusion, l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie est un sujet complexe et multidimensionnel qui requiert une attention et une action concertées. En comprenant les facteurs qui influencent l'estime de soi, en mettant en œuvre des interventions efficaces et en promouvant un environnement de soutien et d'espoir, il est possible d'aider les personnes atteintes de schizophrénie à développer une image d'elles-mêmes plus et plus affirmée, leur permettant ainsi de s'épanouir pleinement.

Partie pratique

Chapitre 4 : La présentation, l'analyse est la discussion des données

Préambule :

Pour finaliser notre parcours d'étude et mettre en pratique nos connaissances, nous avons effectué un stage au sein de l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie d'Oued Ghir (EHS), qui prend en charge des enfants, des adolescents et des adultes grâce à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire. Ce stage a marqué le début de notre expérience dans le domaine de la psychologie, en particulier dans le service de psychiatrie adulte.

Ce mémoire se compose de deux parties principales. La première partie est théorique et contient trois chapitres. Le premier chapitre traite de la méthodologie de recherche, expliquant les raisons du choix du thème de l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie, les objectifs de la recherche, la problématique, ainsi que les hypothèses formulées.

Le deuxième chapitre porte sur la schizophrénie, une maladie mentale qui affecte la manière de penser, de ressentir, de percevoir et de se comporter. La personne atteinte de schizophrénie perd souvent le contact avec la réalité. Ce chapitre explore l'historique de la schizophrénie à travers des signes psychotiques, ses caractéristiques, l'étiologie, les formes cliniques et les traitements disponibles.

Le troisième chapitre aborde l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie. L'estime de soi est définie comme un ensemble d'attitudes et d'opinions que l'individu exprime dans ses relations avec le monde extérieur. C'est l'appréciation que l'individu a de ses propres aptitudes, de son importance, de sa réussite et de sa valeur (Coopersmith, 1984). Ce chapitre examine l'importance de l'estime de soi et les facteurs qui l'influencent positivement et négativement chez une personne atteinte de schizophrénie, et conclut par des suggestions pour la prise en charge.

La deuxième partie, qui est pratique, contient un seul chapitre consacré à la collecte des données. Nous y avons introduit la pré-enquête, présenté brièvement le lieu de notre stage à Oued Ghir, décrit l'échantillon de la population étudiée et utilisé une méthode descriptive. Nous avons détaillé notre méthodologie, présenté des études de cas et les techniques de recherche employées, terminant par le questionnaire et l'échelle de Coopersmith.

Axe 01

1. Stratégie de recherche : Pré-enquêtes

Afin de valider notre question de départ et de répondre à notre problématique de recherche, nous avons réalisé notre pré-enquête en menant deux entretiens avec deux malades souffrant de la schizophrénie on a pu les interroger

Le premier patient, Amine, est un homme de 38 ans, de taille moyenne et de corpulence maigre. En 2019, il est revenu de France en raison de problèmes professionnels. À son retour, il a été hospitalisé après une altercation avec ses parents à la maison. Amine présente des idées de persécution, croyant que ses parents ont déchiré son passeport et ses papiers pour l'empêcher de retourner en France. Lors de l'entretien, il parlait en regardant le sol.

Le deuxième patient, Karim, est un homme de 44 ans, marié et père de deux enfants, de taille moyenne. Il en est à sa deuxième hospitalisation, la première ayant eu lieu à l'hôpital France Fanon. Karim a quitté son domicile sans donner de raison précise, affirmant simplement être fatigué de son entourage. Lors de l'entretien, il a parlé de "Sixième", une personne rencontrée via les réseaux sociaux, et il est convaincu d'être un prophète. Karim présente également des délires de persécution. Délires mystiques.

2. Présentation de lieu de recherche :

L'Établissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie (Hôpital Psychiatrique de Oued Ghir) se trouve à Oued Ghir, dans la wilaya de Bejaïa, sur un terrain d'environ quatre hectares.

Cet établissement assure la prise en charge, la surveillance, l'assistance, et les soins nécessaires à une catégorie de malades psychiatriques aux besoins spécifiques. Ses services visent à atteindre les objectifs de guérison et de réinsertion de ces patients dans la vie quotidienne, grâce à une intervention pluridisciplinaire. L'équipe de l'EHS comprend des médecins, infirmiers, psychologues, orthophonistes, et diététiciens, qui assurent une prise en charge optimale des patients.

Activité principale

L'EHS d'Oued Ghir offre diverses prestations à la population, telles que :

- Consultations d'urgence
- Hospitalisations

- Ergothérapie (réhabilitation)

- Enseignement et formation (pour médecins, résidents, paramédicaux, psychologues, orthophonistes)

L'hôpital dispose de deux principaux services :

Psychiatrie adulte avec une capacité d'accueil de 100 lits, divisée en quatre unités, à savoir

Unité d'hospitalisation

Hospitalisation homme

Hospitalisation femme

Urgence psychiatrique est Conclusion

Pédopsychiatrie : les agences est les consultations Pédopsychiatrique

Déroulement du stage :

Au cours de notre stage, qui s'est déroulé du, nous avons eu l'opportunité de découvrir l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir dans son ensemble, en explorant les différents services et leurs prestations. Durant ce stage, diverses activités nous ont été confiées.

Dans un premier temps, nous avons bénéficié d'une visite guidée des services de l'hôpital, notamment le service de pédopsychiatrie et le service de psychiatrie adulte. Cette visite nous a permis de nous familiariser avec les lieux, d'observer les patients, de reconnaître et de comprendre les différents types de troubles et de maladies psychiatriques dont ils souffrent, et de les distinguer les uns des autres.

Accompagnés de notre maître de stage, nous avons visité le service de psychiatrie adulte, y compris les unités pour hommes et femmes en cure libre, où s'est déroulée notre étude. Au cours de cette visite, nous avons rencontré les patients dans leurs chambres, participé à des groupes de parole avec eux, et accompagné les psychologues du service lors des sorties habituelles au jardin dont bénéficient les patients hospitalisés.

Cela nous a permis d'observer, sous la supervision du psychologue clinicien, les cas de schizophrénie qui ont constitué notre groupe d'étude. Notre objectif était d'évaluer l'estime de soi chez des personnes atteintes de schizophrénie.

À la fin de notre rotation, nous avons entamé la phase concrète de notre étude, en mettant en œuvre la partie pratique. Nous avons sélectionné cinq cas, dont quatre hommes adultes et une

femme adulte, diagnostiqués comme ayant une faible estime de soi en raison de leur schizophrénie. Pour ce faire, nous avons élaboré un questionnaire destiné à nos cinq cas pour recueillir un maximum d'informations sur eux, afin d'obtenir une vision globale

Observation :

Au cours de notre stage qui s'est déroulé de [date de début] à [date de fin], nous avons eu l'opportunité de découvrir l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir dans son ensemble, en explorant les différents services et leurs prestations.

Suite à ce stage, diverses activités nous ont été confiées. Dans un premier temps, nous avons bénéficié d'une visite guidée des services de l'hôpital, notamment le service de pédopsychiatrie et le service de psychiatrie adulte. Cette visite nous a permis de nous familiariser avec les lieux, d'observer les patients, de reconnaître et de comprendre les différents types de troubles et de maladies psychiatriques dont ils souffrent, et de les distinguer les uns des autres.

Accompagnées de notre maître de stage, nous avons visité le service de psychiatrie adulte, où hommes et femmes sont en cure libre, lieu où s'est déroulée notre étude. Après cette tournée, nous avons rencontré les patients dans leurs chambres, participé à des groupes de parole avec eux, et accompagné les psychologues du service lors des sorties habituelles au jardin, dont bénéficient les patients hospitalisés.

Cela nous a permis, sous la supervision du psychologue clinicien, d'observer des cas de schizophrénie présentant différentes estimations de soi, formant ainsi notre groupe d'étude dont le but était l'évaluation de l'estime de soi chez les patients schizophrènes. À la fin de notre rotation, nous avons entamé la phase pratique de notre étude. Nous avons sélectionné cinq cas (quatre hommes adultes et une femme adulte) diagnostiqués avec une estime de soi faible chez les schizophrènes.

Pour cela, nous avons élaboré un questionnaire destiné à nos cinq cas afin de recueillir un maximum d'informations sur eux et d'obtenir une vue d'ensemble sur l'histoire de leur maladie selon leurs propres perspectives

PS : Notre stage a été exclusivement réalisé au service de psychiatrie adulte. Nous avons constaté un manque de psychologues au centre, compte tenu du nombre de patients présents à l'hôpital.

3. La population Méré et l'échantillonnage :

Notre population d'étude se compose de cinq cas, sélectionnés de manière anonyme. Ces cas ont été choisis après une pré-enquête réalisée auprès des personnes hospitalisées à l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir, dans la wilaya de Bejaia, pour des problèmes liés à l'estime de soi. Les participants ont été sélectionnés parmi les patients schizophrènes présents au centre médical pour des problèmes différents. De plus, cette population a été choisie selon certains critères de sélection spécifiques, à savoir :

La tranche d'âge comprise entre 20 et 40 ans.

Le sexe : masculin et féminin.

Situation matrimoniale : célibataire, marié ou divorcé.

Activité professionnelle : chômeur ou employé.

Niveau d'études : variant selon l'année d'étude.

Situations socio-économique (niveau de vie) : élevé, moyen,

4. La méthode de la recherche :

Méthode descriptive :

La méthode clinique est principalement destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants, en se concentrant sur le cas individuel sans pour autant s'y limiter. Elle s'inscrit dans une activité pratique visant à reconnaître et nommer certains états, aptitudes, et comportements, afin de proposer une intervention thérapeutique (comme la psychothérapie), une mesure sociale ou éducative, ou une forme de conseil pour aider l'individu et favoriser une modification positive. Sa spécificité réside dans le refus d'isoler ces informations, en cherchant plutôt à les regrouper dans une dynamique individuelle.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires. Le premier niveau utilise des techniques telles que des tests, des échelles, et des entretiens pour recueillir des informations in vivo, en minimisant leur isolation du contexte naturel de leur collecte. Le second niveau se consacre à une étude approfondie et exhaustive du cas. La distinction entre ces niveaux réside dans leurs objectifs et résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, tandis que le second cherche à comprendre le sujet, ce qui n'est pas toujours requis, notamment dans la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation.

Le recueil des informations au premier niveau nécessite la présence du sujet et son interaction avec le psychologue, ainsi que la liberté d'organiser le matériel proposé selon certaines

techniques (tests projectifs, jeux, dessins...). Ces techniques incluent l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'analyse de textes écrits, et l'observation. Lorsque ces méthodes s'appuient sur un matériel standardisé visant une objectivation (tests, échelles, observations standardisées...), on parle de « clinique armée », tandis que la « clinique naturaliste » est parfois appelée « clinique à mains nues ».

Le second niveau de la méthode clinique repose sur trois postulats : la dynamique, la genèse et la totalité. Chaque être humain est en conflit avec le monde extérieur, les autres et lui-même, cherchant à résoudre ces conflits et se situant toujours en équilibre fragile. Tout individu est une totalité inachevée en constante évolution, et ses comportements s'expliquent par son histoire. La méthode clinique, issue de la démarche médicale, a ainsi évolué de manière autonome, en maintenant à la fois la rigueur de l'approche et la restitution de l'individualité. Elle permet au psychologue d'évaluer le problème présenté par le sujet et de mener une intervention efficace.

Enfin, la psychologie clinique, en tant que domaine de connaissance, implique la production d'un savoir et des activités de recherche pour établir un corpus de connaissances au-delà des informations empiriques tirées de l'expérience des praticiens. La méthode clinique vise à recueillir des informations fiables sur l'évaluation, le diagnostic, et le traitement de la souffrance psychique ou des difficultés d'adaptation, en les référant à la dimension individuelle. Elle se compose de techniques utilisées dans la pratique et la production de connaissances, certaines visant à recueillir le matériel (entretien, par exemple) et d'autres à traiter l'information recueillie (analyse de contenu, par exemple). Ces techniques ont pour objet d'enrichir la connaissance d'un individu (activité pratique) ou des problèmes qui l'affectent (production de théories). (Lydie Fernández et all . 2006. N84. P 41)

La Description :

Au cours de nos observations, nous avons constaté que l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie varie considérablement en fonction de plusieurs facteurs contextuels et personnels. Les interactions sociales observées dans les groupes de soutien montrent que certains participants manifestent une estime de soi relativement élevée, exprimée par leur engagement actif dans les discussions et leur capacité à partager leurs expériences personnelles

La présentation, l'analyse est la discussion des données

de manière ouverte. Ces individus semblent bénéficier d'un réseau de soutien solide et d'une participation régulière à des activités thérapeutiques structurées.

En revanche, d'autres participants présentent des signes d'estime de soi plus basse, caractérisés par une réticence à interagir avec les autres et une tendance à se retirer lors des activités de groupe. Ces comportements sont souvent accompagnés de verbalisation négative de soi-même, où les participants expriment des doutes sur leur valeur personnelle et leurs compétences. Nos entretiens semi-structurés ont révélé que ces sentiments négatifs sont souvent exacerbés par les symptômes de la schizophrénie, tels que les hallucinations et les délires, ainsi que par des expériences passées de stigmatisation et d'isolement social.

Les résultats des questionnaires montrent également une large gamme de scores sur l'échelle de l'estime de soi de Coopersmith, soulignant cette variabilité individuelle. Les participants qui rapportent une estime de soi plus élevée évoquent souvent des stratégies de coping efficaces et un soutien social fort, tandis que ceux avec une estime de soi plus faible mentionnent fréquemment des expériences de rejet et de discrimination.

En résumé, nos observations descriptives indiquent que l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie est influencée par un mélange complexe de facteurs individuels et environnementaux. Cette diversité souligne l'importance d'approches personnalisées dans le soutien psychologique et social pour cette population.

L'étude de cas :

Est une approche qualitative de recherche qui implique une analyse détaillée d'un cas individuel ou d'un petit échantillon de cas pour en saisir les spécificités et en déduire des leçons générales. Les caractéristiques principales de cette méthode comprennent la focalisation sur un cas unique ou restreint, l'utilisation d'approches qualitatives de collecte de données telles que les entretiens et les observations, une visée compréhensive visant à explorer tous les aspects du cas, ainsi que la production de connaissances contextuelles qui nécessitent une prise en compte des particularités du contexte pour toute application à d'autres situations. (**Chahraoui .2007 .pp. 31-32**)

La description :

Dans notre recherche, nous avons jugé plus pertinent de choisir la méthode de l'étude de cas pour explorer la nature de l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie. Décortiquer la nature de l'estime de soi chez ces patients est une tâche complexe. Nous avons utilisé une méthode descriptive et observé que les patients présentent un enchaînement désorganisé des idées, rendant les entretiens difficiles et les idées des patients parfois incohérentes. Cela représente un véritable défi à relever : essayer de comprendre leur trouble et leur mode de fonctionnement.

Cette méthode nous a semblé adéquate pour plusieurs raisons : le recrutement d'un échantillon moyen est très laborieux et les outils de recherche que nous utilisons sont mieux adaptés pour cette approche. Dans notre étude, la variable dépendante est l'estime de soi, affectée par la schizophrénie. L'estime de soi est le résultat ou l'effet que nous mesurons, influencé par la présence de la schizophrénie. Pour toutes ces raisons, nous avons opté pour cette méthode.

L'étude de cas nous a permis d'avoir des entretiens avec nos patients. Nous avons réalisé des entretiens structurés grâce à un guide d'entretien préétabli, selon des axes bien spécifiques. Dans le cadre de l'évaluation, l'entretien clinique est un moyen d'accéder à des informations sur les troubles actuels et éventuellement passés d'un individu, sur sa personnalité et sur son mode de fonctionnement psychologique.

5. Les technique de la recherche :

5.1. Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien se révèle être un outil essentiel pour conduire efficacement des entretiens qualitatifs en sciences sociales. Il offre une structure flexible, permettant de diriger la conversation tout en laissant la place à la spontanéité et à l'approfondissement de sujets émergents. (Romy sauvyer 2021. P 29À 60).

Divisé en deux axes, chaque axe comprend plusieurs questions, primaires ou secondaires, visant à recueillir un maximum d'informations. Les questions, directrices ou semi-directives, sont adaptées à la langue maternelle et au niveau d'instruction des personnes interrogées, pouvant être posées en français, en arabe ou en kabyle. La durée des entretiens était de 30 à 40 minutes. Dans le cadre de notre recherche, un guide d'entretien a été utilisé, structuré autour de deux axes thématique :

Axe 1 : renseignements personnels

Axe 02 : l'histoire de la maladie est les traitements médicamenteux.

Axe 01 : informations personnelles sur le patient

Date de passation : [À remplir]

Duré de l'entretien : [À remplir]

- 1- Nom : [À remplir] (Prénom non renseigné)
- 2- Sexe : [À remplir]
- 3- Date de naissance : [À remplir]
- 4- État matrimonial : [À remplir]
- 5- Nombre d'enfants : [À remplir]
- 6- Niveau d'études : [À remplir]
- 7- Diplômes professionnels ou techniques : [À remplir]
- 8- Type de diplôme : [À remplir]
- 9- Profession : [À remplir]

Axe 02 : Histoire de la maladie est les traitements médicamenteux

10. Depuis quand vos symptômes ont commencée ?
11. Etes-vous au courant de la maladie dont on vous a diagnostiqué ?
12. Depuis quand êtes-vous hospitaliser ?

13. Est-elle votre première hospitalisation ? Oui. Non
14. Comment vivez-vous votre hospitalisation ? Mal O Bien Indifférent
15. Qui vous a amené à L'Hôpital ?
16. En quelle année avez-vous commencé la prise de médicaments ?
17. Combien de médicaments votre psychiatre vous-a-t-il prescrit
18. Connaissez-vous le nom de vos médicaments ?
19. Combien de fois par jours pensez-vous vos médicaments ?
20. Etes-vous régulier dans leur prise ? Oui Non
21. Vous souvenez-vous des moments de leur prise ou faut-il qu'une autre personne Vienne vous les donner ?
22. Ressentez-vous une amélioration de votre état de santé avec votre traitement actuel Ce format facilite la collecte systématique des informations nécessaires lors de l'entretien.

L'entretien clinique :

L'entretien clinique est une forme spécifique d'entretien qui se distingue par son contexte et ses objectifs professionnels. En général, un entretien est une relation directe entre deux ou plusieurs individus dans un cadre professionnel, ce qui le différencie des conversations amicales. On retrouve des entretiens dans divers domaines tels que le travail, l'orientation, les institutions éducatives, et les services bancaires ou sociaux. Dans un entretien clinique, le psychologue clinicien a pour fonction d'aider psychologiquement la personne qui le consulte. Cette fonction est déterminée par le contexte social et institutionnel, et le clinicien doit exercer son rôle professionnel sans s'y soustraire. Ainsi, bien que l'entretien clinique partage des caractéristiques communes avec d'autres formes d'entretiens, il se distingue par sa spécificité de cadre et de fonction visant à fournir un soutien psychologique. (**Cyrille Bouvet .2018 p.5 à 40**)

5.2. L'entretien semi-directif :

Nous avons choisi d'adopter un cadre semi-directif dans notre recherche.

Est une méthode qualitative de collecte d'informations qui offre aux participants une certaine liberté dans leur discours. L'interviewer suit un guide d'entretien préparé à l'avance, abordant différents thèmes tout en permettant à l'individu interrogé de s'exprimer librement. Bien que l'interviewer pose des questions selon un protocole établi, il encourage l'expression authentique de l'interviewé et veille à éviter toute sensation de blocage. C'est une approche qui allie la

Chapitre V

La présentation, l'analyse et la discussion des données

structure nécessaire pour obtenir des informations précises tout en laissant place à l'expression individuelle. (KH. Chahraoui, H. Bénony, 2003, p125)

Entretien standardisé:

Composé de 22 questions et est divisé en deux parties distinctes.

Première partie (Axe 01) : Informations personnelles

Cette section comprend 9 questions visant à recueillir des informations personnelles. Les questions commencent par des éléments de base, comme le sexe, avec des options pour "féminin" et "masculin". La dernière question de cette section concerne la profession du répondant.

Deuxième partie (Axe 02) : Histoire de la maladie et traitement médicamenteux

Cette section contient 13 questions qui explorent l'historique médical du patient et les traitements qu'il suit. La numérotation commence à 10, avec des questions telles que "Depuis quand avez-vous commencé à présenter des symptômes ?". La dernière question de cette partie, numérotée 22, porte sur les détails spécifiques du traitement médicamenteux en cours.

Ce questionnaire est conçu pour recueillir des données complètes et structurées, à la fois sur les caractéristiques personnelles des répondants et sur leur état de santé, afin de faciliter l'analyse dans le cadre d'un mémoire.

Les échelles d'évaluation :

Les échelles ont été conçues pour répondre à un besoin spécifique d'évaluation comportementale ou psychopathologique. Par exemple, en médecine ou en psychologie, le clinicien peut être amené à évaluer la symptomatologie spécifique de la boulimie et de l'anorexie ou la consommation de boissons alcoolisées. D'autres échelles évaluent l'agoraphobie et les crises de panique, l'anxiété, les phobies sociales et les troubles sexuels, les événements vitaux, l'estime de soi, pour n'en citer que quelques-unes.

L'échelle de Coopersmith :

L'Inventaire de Coopersmith ou SEI (1981, France 1984) existe en deux versions :

- Forme scolaire (S) : pour les sujets âgés de 8 à 25 ans en situation de scolarité.

Chapitre V

La présentation, l'analyse est la discussion des données

- **Forme adultes (A)** : pour les sujets âgés de 17 à 66 ans en situation professionnelle.

Il se compose de 58 items sous forme de questions fermées avec une réponse binaire, où l'on coche soit la case « me ressemble », soit la case « ne me ressemble pas », obligeant ainsi le répondant à choisir entre les deux options.

Le sujet est invité à se déterminer franchement sur quatre champs de mesure de l'estime de soi, en deux registres :

1. **L'estime générale (G)** ou intrinsèque, qui dépend, selon nous, davantage de l'histoire du sujet qu'à la situation présente.

2. **L'estime extrinsèque**, plus en rapport avec la situation présente, s'exprime selon trois champs différents et complémentaires :

- **L'estime sociale (Soc)** : mesure l'image de soi renvoyée par les pairs.

- **L'estime familiale (Fam)** : mesure l'image de soi renvoyée par la famille (surtout parentale).

- **L'estime scolaire (Sco)** : mesure l'image de soi renvoyée par l'école.

Un indice de mensonge (Def) exprime le positionnement défensif du sujet au test.

L'estime totale (T) est la somme des scores dans les différents champs (hors indice de défense).

Le temps de passation :

Le temps de passation dure environ dix minutes.

-L'analyse et cotation de l'échelle de l'estime de soi :

Le SEI se corrige rapidement à l'aide d'une grille de correction en compte un (1) par

Croix apparaisse à travers les réponses.

Les quatre notes ainsi obtenu : général, familiale, social, professionnel, seront inscrit

Sur la feuille de réponses.

La note totale maximum est de (26) pour l'échelle générale, (08) pour les autres

Échelles, elle est de (50) pour la note totale de l'estime de soi (Coopersmith, 1984, p. 1).

La note de l'échelle de mensonge sera notée à partielle peut d'indiquer une attitude

La présentation, l'analyse est la discussion des données

Défensive vis-à-vis du test ou un désir manifeste de donner une bonne estime de soi.

L'interprétation de la note de l'estime de soi devra donc être modulée selon les résultats

Obtenus à l'échelle de mensonge. (Coopersmith, 1984, p. 19).

Après la cotation les réponses obtenues on aura la note totale de l'estime de soi ainsi

Que les notes de ses différentes composantes théoriques aussi la note de l'échelle de

Mensonge.

Tableau : présente la cotation de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte :

Composante	Items	Numéro items	Réponse	Note
Estime de soi général	Positif	1-4-19-27-38-39-43-47	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	
	Négatif	3-7-10-12-13-15-18-24-25-30-31-34-35-48-51-55-56-57	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi social	Positif	5-8-14-28	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	21-40-49-52	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi familiale	Positif	9-20-29	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	6-11-16-22-44	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi professionnel	Positif	33-37-48	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	2-17-23-46-54	Me ressemble	0

Chapitre V

La présentation, l'analyse et la discussion des données

			Ne me ressemble pas	1
L'échelle de mensonge	Positif	26-32-41-50-53-58	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	36_45	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1

Tableau n : présente les items positifs et les items négatifs de l'échelle de l'estime de soi de

Cooper Smith forme adulte

Items Positif	1-4-5-8-9-14-19-20-26-27-28-29-32-33-37-38-39-41-42-43-47-50-53-58
Items négatif	2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23-24-25-30-31 -34-35-36-40-44-45-46-48-49-51 -52-54-55-56-57

Source : inventaire d'estime de soi Coopersmith

Tableau n 3 : présente les sous échelles de l'estime de soi

Échelle générale	1 -3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25-27-30-31 -34-35-38-39-43,47-48-51-55-56-57
Échelle social	5-8-14-21-28-40-49-52
Échelle familiale	6-9-11-16-20-22-29-44
Échelle professionnelle	2-17-23-33-37-42-46-54
Échelle de mensonge	26-32-63-41-45-50-50-53-58

Source : Coopersmith, 1984, p.

Axe 02 :

1. La présentation est l'analyse des données :

Présentation de 1 er cas

a) Présentation et analyse des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient :

Rachid âge 39 ans, origine et demeurant de Bejaïa, célibataire, d'une taille moyenne, court barbe, il travaille comme un aide cuisinier, il a arrêté son travail en 2020 à cause de COVID-19.

Pour ces antécédents familiaux sa mère âgée de 72 ans elle suit un traitement médical de stress, son père âgé 75 ans il souffre d'aucune maladie, Monsieur Rachid est l'aîné d'une fratrie composé d'Un garçon et quatre filles, ces derniers ne présentent aucun antécédent psychiatrique. sa première hospitalisation était à l'âge 32 ans pour un stress élevé, Il consomme de l'alcool et du tabac.

Début de ces troubles à l'âge 30 ans suite à une séparation avec sa fiancée qui elle a mariée avec un autre homme au Paris. Hospitalisé à multiple reprises (04 fois) Frantz Fanon (03) fois et une fois à l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir.

A l'âge 34 ans le patient ramené par son frère d'après une rechute et arrêt thérapeutique, dont il est resté plusieurs mois sous l'observation. Ramené dans un état catastrophique, ongles longs, Gross barbe, yeux cernés, Mis sous traitement à l'hôpital .il commençait à s'améliorer petit à petit, après sa sortie il continue le suivi de la consultation et d'après son dossier le patient est toujours accompagné par son frère a ses rendez-vous et ils ont noté qu'il y a une bonne amélioration.

Rachid est complètement instable c'était impossible de faire avec lui un entretien, en lui posant des questions sur sa maladie, il nous regarde et il nous parle sur sa fiancée et il nous dit «dayn tezewje tejay» puis il rigole a une grande voix et il chante. Mais il n'était pas agressif

Dans l'entretien on a pas reçu plus d'informations, on a constaté que le patient et dans le délire, il vivait dans son monde, il ne répond pas au question poser.

Chapitre V

La présentation, l'analyse est la discussion des données

Présentation de l'échelle du cas RACHID

Résultats du test	Général	Social	Famille	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime De soi
Cas du Rachid	12	2	3	5	22	6	Très basse (<33)

Conformément aux résultats de l'échelle de « Cooper Smith », nous avons noté que le sujet a obtenu la note totale de 22 points ce qui témoigne un estime de soi très bas .

A l'échelle générale, il obtient la note de 12 sur 26 et cela reflète un manque d'équilibre notable dans sa vie en général, il répond alors à la case «me ressemble » < les autres ne me font pas souvent confiance> et a la case«< me ressemble pas >> « Quand j'ai quelque chose à dire, je le dis.»

A l'échelle sociale il obtient la note 02 sur 08 cette note ne montre que Rachid n'est pas sociable il évite tout les relations avec les gens il a répondu à la case 5 «on s'amuse bien en ma compagnie » que elle ne me ressemble pas.

A l'échelle familiale , il obtient la note 03 sur 08 c'est une reflète de soi pas bien avec sa famille et il a pas trouvé le soutien familial et d'après ces réponses sur les questions de ça famille il nous répondre à la question 6 de l'échelle de coopersmith (je suis souvent contrarié par ma famille).

L'échelle professionnel, il obtient 05 sur 08 d'après ce résultat nous constatons que Rachid il aime de ça professions,et déjà il nous répondre à la question 17 (je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail) que me ressemble pas.

Synthèse des données de l'analyse du cas Rachid :

D'après les souffrances du Rachid malgré son jeune âge il a combates avec sa maladie, mais les arrêts répétitifs de prise de traitement le mettaient face à plusieurs rechutes, trois fois a l'hôpital Frantz Fanon et une fois a l'hôpital psychiatrie d'Oued Ghir.

il demeure tout le temps délirant, instable, Discours incohérent, des troubles de comportement

Présentation de 2^{ème} cas

a)Présentation et analyse des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient:

Omar âge 41ans, origine et demeurant de Béjaïa, marie, d'une taille moyenne, barbe bien rasé, il travaille d'une pâtisserie comme un pâtissier, il a arrêté son travaille a cause il a quitté le pays son papier

Pour ces antécédents familiaux sa mère âgée de 76ans elle suit un traitement de diabétique son père est décès a l'âge de 77ans, Monsieur Rachid est l'ainé d'une fratrie composé de 3 garc et deux filles, ces derniers ne présentent aucun antécédent psychiatrique. sa première hospitalisation était a l'âge 32 ans pour un trouble de comportement, il consomme de l'alcool et du cannabis .

Début de ces troubles a l'âge 27 ans suite à un décès de son père et le retour expulsé au l'Algérie , Hospitalisé à multiple reprises (06fois) Frantz Fanon (04) fois et une fois a l'hôpital (oued aissi) Tizi ouzou et l'hôpital psychiatrique de Oued ghir.

A l'âge 32 ans le patient ramené par ses frère d'après une rechute après une dépression et il crée des problème avec les voisins, dont il est resté plusieurs mois sous l'observation. ramené dans un état catastrophique, ongles longs, gross barbe, yeux cernés, Mis sous traitement a l'hôpital il commençait a s'améliorer petit a petit, après sa sortie il continue le suivi de la consultation et d'après son dossier le patient est toujours accompagné par son frère a ses rendez-vous et ils ont noté qu'il ya une bonne amélioration.

Omar est stable ,il répond a les questions de l'entretien, en lui posant des questions sur sa ça situation il nous regarde et il nous dit il faut que je reviens a Marseille Parce que j'ai laisser ma femme seule, il n'était pas agressif.

La présentation, l'analyse est la discussion des données

Dans l'entretien le patient il nous donne plusieurs d'informations on a constaté que le patient et des fois dans le délire et des fois il est stable, il répond au question poser,mais des fois il ignore quelque question il nous dit que ma femme elle sait. Omar se manifeste par des pensées négatives constantes sur soi-même, la peur de l'échec, les difficultés à prendre des décisions, le besoin d'approbation des autres pour se sentir valable, et la tendance à se comparer négativement aux autres.

Présentation de l'échelle du cas Omar :

Résultats Du test	Général	Société	Famille	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime De soi
Cas du Omar	10	03	02	03	18	03	Très basse (<33)

Tableau n 02 : représentant les résultats de l'échelle de coopersmith du cas 2

Suite aux résultats de l'échelle de « coopersmith ». Nous remarquons qu'il présente une très faible estime de soi, en effet la note totale obtenus est de 18 témoigne.

A l'échelle générale il a obtenu 10 sur 26 ce qui montre son mal être dans sa vie globale et son existence en général, ça par rapport à ça réponses aux questions (13) « Tout est confus et embrouillé dans ma vie », il a dit que me ressemble.

L'échelle social il a obtenu 03 sur 08 ça nous démontre que ces relations sociales est médiocre ,et son cercle d'échange et restreint. et il nous répondre a une case (14) « j'ai généralement de l'influence sur les autres » il nous dit me ressemble pas.

L'échelle de la famille , il a obtenu 02 sur un total de 08 ce qui signifie que son estime de soi très bas ,et d'après son entretien on a constaté que les relations et la communication avec sa famille est rarement ,et le manque de l'écoute de la part de ses proches, et il préfère la solitude et l'isolement .

Chapitre V

La présentation, l'analyse est la discussion des données

A l'échelle professionnelle il a obtenu la note 03 sur 08 attestant que dans son domaine de travail son estime de soi est toujours faible .

Pour ce cas, il apparait que les résultats des sous échelles sont très faible ce qui traduit que son estime de soi est très bas.

Synthèse des données de l'analyse du cas Omar :

D'après les souffrances du Omar il a combattu avec sa maladie, mais les arrêts répétitifs de prise de traitement le mettait face à plusieurs rechutes, et aussi il a pas arrêté la consommation de l'alcool .

il est tout le temps stable, Discours cohérent, des comportements stable Mais des fois il a des délire.

Présentation de 3 eme cas :

a) Présentation et analyse des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient:

Smail âgé 57ans, origine et demeurant d'Alger, marié, d'une grande taille, il a un grand moustache, il travaille dans un garage de mécanique , il a arrêté son travail à d'une accident de travail.

Pour ces antécédents familiaux sa mère est décédée de l'âge 80ans, et son père et aussi décédé à l'âge 83, Smail est l'aîné d'une fratrie composée de cinq garçons et trois filles, ces derniers ne présentent aucun antécédent psychiatrique, sauf il a un frère qui souffre d'un stress élevé. sa première hospitalisation était à l'âge 45 ans pour il crée des bagarres avec sa femme et ses frères, il consomme de l'alcool .

Début de ces troubles à l'âge 43 ans suite à un accident de travail dans son garage , Hospitalisé à multiple reprises (03fois) une fois à Tizi ouzou (oued aissi) et une fois à Frantz Fanon et une fois à l'hôpital psychiatrique de Oued ghir.

le patient ramené par ses frères d'après une rechute après une dépression et il crée des problèmes avec sa femme, dont il est resté plusieurs mois sous l'observation. ramené dans un état catastrophique, Mis sous traitement à l'hôpital il commençait à s'améliorer petit à petit.

Chapitre V

La présentation, l'analyse et la discussion des données

Smail n'est pas stable, il ne répond pas aux questions de l'entretien, en lui posant des questions sur sa situation il nous regarde longtemps et il nous dit «asseha thamchomte» il n'était pas agressif.

Dans l'entretien le patient nous donne pas plusieurs d'informations on a constaté que le patient et des fois dans le délire et des fois il perd la réalité, il ne répond pas à la question posée, et des fois il ignore quelque question.

Il a des indices d'une faible estime de soi incluant des pensées négatives constantes sur soi-même, la peur de l'échec, la difficulté à prendre des décisions, le besoin de validation externe pour se sentir valable, et la tendance à se comparer défavorablement aux autres.

Présentation de l'échelle du cas Smail :

Résultats du test	Général	Social	Famille	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime De soi
Cas du Smail	15	05	05	03	28	06	Très basse (<33)

Tableau n 03 : Tableau représentant les résultats de l'échelle de Coopersmith du cas 3 :

D'après les résultats de l'échelle de « Cooper Smith » nous remarquons qu'il présente une très faible estime de soi en effet la note totale obtenue est de 28 témoignages.

A l'échelle générale il a obtenu 15 sur un total de 26 ce qui montre son mal être dans sa vie en générale.

L'échelle sociale, Il semble qu'il soit bien intégré socialement avec une note de 05 sur 08, mais il lutte toujours avec des complexes et des difficultés, notamment une méfiance envers les autres et une tendance à mal interpréter leurs jugements dans ses pensées intérieures.

L'échelle Familiale il obtient 05 sur 08, Il semble qu'il a une relation solide avec sa famille, trouvant du réconfort et du soutien en eux, surtout après des épreuves difficiles comme son accident de travail C'est précieux d'avoir un refuge familial dans les moments difficiles.

Chapitre V

La présentation, l'analyse et la discussion des données

L'échelle professionnelle , il a obtenu un 03 sur 08 on va constater que dans son domaine de travail son estime de soi est faible ce qui reflète son manque d'investissement au travail.

D'après tous les résultats, nous constatons que son estime de soi est très faible et basse.

Synthèse des données de l'analyse du cas Smail :

D'après les souffrances du Smail ,il souffre avec sa maladie, à cause des arrêts répétés de prise de traitement le mettait face à plusieurs rechutes.

il est tout le temps pas stable, Discours incohérent, des comportements pas stables et aussi il a des délire.

Présentation de 4 eme cas :

a Présentation et analyse des données recueillies du guide d'entretien destiné au patiente:

Fatiha âgée 43ans, origine et demeurant de Béjaïa, mariée, d'une taille moyenne, elle est femme au foyer, elle a 3 enfants 2 garçons et une fille.

Pour ces antécédents familiaux sa mère âgée 75ans elle suit un traitement de diabétique, son père âgé 77ans il suit un traitement psychiatrique , est l'aîné d'une fratrie composée de trois garçons et trois filles, ces derniers ne présentent aucun antécédent psychiatrique,sa première hospitalisation était à l'âge 39 ans pour un trouble de comportement.et elle parle sur des idées irrationnelles.

Début de ces troubles à l'âge 37 ans suite à des problèmes répétitifs avec son mari et avec la mère de son mari. Hospitalisée à multiples reprises (03fois) à l'hôpital Frantz Fanon (02) fois et une fois à l'hôpital psychiatrique de Oued ghir.

À l'âge 39 ans la patiente ramenée par ses frères d'après une dépression, elle crée des problèmes avec la famille de son mari,dont il est resté plusieurs mois sous l'observation. ramené dans un état catastrophique, ongles longs, yeux cernés, Mis sous traitement à l'hôpital il commençait à s'améliorer petit à petit.

Fatiha est stable , elle répond aux questions de l'entretien, en lui posant des questions sur sa situation il nous regarde et il nous dit« laisser moi seule,personne ne m'aime » . Elle n'est pas agressive.

Chapitre V

La présentation, l'analyse est la discussion des données

Dans l'entretien la patiente il nous donne plusieurs d'informations on a constaté que la patiente des fois dans le délire et des fois elle est stable, elle répond au question poser,mais des fois elle ignore quelque question .

Ses pensées négatives constantes sur soi-même, elle a un sentiment de ne pas être à la hauteur, elle l'évite de défis par peur de l'échec, le besoin excessif d'approbation des autres pour se sentir bien.

Présentation de l'échelle du cas Fatiha :

Résultats du test	Général	Société	Famille	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime De soi
Cas du Fatiha	09	02	03	01	15	06	Très Basse (<33)

Tableau n 04 : Tableau représentant les résultats de l'échelle de cooper smith du cas 04 :

Suite aux résultats de l'échelle cooper smith. Nous remarquons qu'il présente une très faible estime de soi.en effet la note obtenus est de 15 témoignage de sa mauvaise estimation de elle même .

L'échelle générale, elle a obtenu 09 sur 26 une note assez basse, ce qui peut indiquer un mal-être et de la frustration dans sa vie en général.

L'échelle sociale, elle a obtenu une note 02 sur 08 ce qui démontre que ses relations sociales est très restreint et que la nature de ses interactions est médiocre

L'échelle familiale, elle a obtenu 03 sur 08 , c'est très bas,cela signifie le manque de communication avec les proche de sa famille ,et elle préfère de l'isoler Loin de ses proches.

L'échelle professionnel : elle a obtenu la note 01 sur 08 parce que elle travaille pas, elle est femme au foyer, elle s'occupe de ces enfants .

Pour ce cas, après les résultats des sous échelles sont très très faible, ce qui traduit un estime de soi très bas.

Synthèse des données de l'analyse du cas fatiha:

D'après les souffrances du Fatiha a combattre avec sa maladie, mais les arrêts répétitifs de prise de traitement le mettait face à plusieurs rechutes.

Elle est tout le temps stable, Discours cohérent, des comportements stable Mais des fois elle a des délire.

Présentation de 5 eme cas :

a) Présentation et analyse des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient:

Yacine âge 35ans, origine et demeurant Béjaïa, marié, d'une petite taille, il a une grand barbe,il travaille dans un bus de transport comm Un chauffeur, il a arrêté son travaille a cause il a fait une accident ,et après il a choqué et decidera de quitter ce métier et arrêter définitivement le travail

Pour ces antécédents familiaux sa mère âgée 65ans, et son père âgé 69, Yacine est l'ainé d'une fratrie composé d'un frère et trois filles, ces derniers ne présentent aucun antécédent psychiatrique,sa première hospitalisation était a l'âge 32 ans pour il crée des bagarres avec sa femme et ses frères, et aussi les voisins,il consomme de l'alcool et du tabac,et le cannabis.

Début de ces troubles a l'âge 30 ans suite à une accident de travail avec le bus, Hospitalisé à multiple reprises (02fois)une fois a Frantz Fanon et une fois a et l'hôpital psychiatrique de Oued ghir.

le patient ramené par son frère et son père d'après une rechute après une dépression et il crée des problème avec sa femme,dont il est resté plusieurs mois sous l'observation. ramené dans un état catastrophique, Mis sous traitement a l'hôpital il commençait a s'améliorer petit a petit.

Yacine est n'est pas stable ,il répond pas aux questions de l'entretien, en lui posant des questions sur sa ça situation il nous regarde même pas et il repond pas exactement aux questions il balance des phrases rien avoir avec les questions, il n'était pas agressif.

Dans l'entretien le patient il nous donne pas plus d'informations on a constaté que le patient est dans le délire, il répond pas au question poser,et des fois il ignore quelque question.

Chapitre V

La présentation, l'analyse est la discussion des données

Il a des pensées négatives constantes sur soi-même, la peur de l'échec, la difficulté à prendre des décisions, la tendance à se comparer négativement aux autres, et après ça on a constaté que son estime de soi est faible.

Présentation de l'échelle du cas Yacine :

Résultats Du test	Général	Social	Famille	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime De soi
Cas du Yacine	15	04	02	04	25	03	Très basse (< 33)

Tableau n 5 : Tableau représentant les résultats de l'échelle de coopersmith du cas 05 :

Conformément aux résultats de l'échelle de coopersmith, nous avons noté que Yacine obtenu la note totale 25 point sur 50 ce qui manifeste un estime de soi très faible.

L'échelle générale il a obtenu la note 15 sur 26 ce qui montre le mal à l'aise dans sa vie en générale, ce résultat indique le manque de l'équilibre dans sa vie quotidienne.

L'échelle social il a obtenu 04 sur le total de 08 ce qui démontre la nature de ses relation sociale est limité et il profond pas dans ses relations avec les personnes étrangères,il évite tout les nouveaux contact.

L'échelle familiale il a obtenu 02 sur 08 ce résultat indique et signifie que la relation avec ça famille il manque la communication et l'entretien et le manque d'écoute,et après il a formé un fossé considérable entre lui et sa famille,et utilise l'isolement avec ses proches.

A l'échelle professionnel il obtenu la note 04 sur 08 ce résultat nous démontre

Que il a trouvé des obstacles dans leur poste de travail et surtout après l'accident de travail,il a choqué et il a quitté son poste de travail.

Nous constatons chez yacin l'estime de soi est très faible et bas et surtout par rapport à la famille il a un estime de soi très bas.

Synthèse des données de l'analyse du cas yacine:

D'après les souffrances du Yacine ,il souffre avec sa maladie, a cause les arrêts répétitifs de prise de traitement le mettait face à plusieurs rechutes,et aussi il a pas quitté définitivement l'alcool et Le cannabis,il revient a chaque fois qu'il se Sens ça va pas.

il es tout le temps pas stable, Discours incohérent, des comportements pas stable et aussi il a des délire.

2.La discussion des hypothèses :

Le niveau d'estime de soi chez Les personnes atteintes de la schizophrénie :

Il semble que nous données recueillies ainsi que les cas observés et l'utilisation de l'échelle de Coopersmith confirment que les personnes atteintes de schizophrénie ont généralement une estime de soi faible et basse. Cela est cohérent avec les observations qui renforce l'idée que la schizophrénie peut avoir un impact significatif sur la perception de soi des individus concernés.

“L'hypothèse de cette étude postule que l'estime de soi chez les personnes souffrant de schizophrénie est significativement inférieure à celle des individus non touchés par ce trouble mental. Cette différence est attribuée à plusieurs facteurs interdépendants. Tout d'abord, les symptômes intrinsèques de la schizophrénie, tels que les hallucinations, les idées délirantes et les perturbations cognitives, sont susceptibles de compromettre la perception de soi et d'engendrer une image négative de ses propres capacités. De plus, les individus atteints de schizophrénie sont souvent confrontés à des défis sociaux, tels que la stigmatisation et la marginalisation, qui peuvent contribuer à une faible estime de soi. En outre, le manque de soutien social et le sentiment d'isolement peuvent aggraver ce phénomène. En conséquence, cette recherche vise à explorer en profondeur les mécanismes sous-jacents à la faible estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie, en mettant en lumière l'interaction complexe entre les symptômes de la maladie, les facteurs sociaux et les perceptions individuelles.”

en effet les personnes qui ont une faible estime de soi peuvent souffrir de plusieurs conséquences négatives dans leur vie quotidienne. Voici quelques-unes des difficultés auxquelles elles peuvent être confrontées :

- **Déséquilibre dans la vie quotidienne** : Une faible estime de soi peut entraîner un manque de motivation et d'énergie pour accomplir les tâches quotidiennes, ce qui peut perturber leur routine et leur bien-être général.
- **Évitement social et familial** : Les individus avec une faible estime de soi peuvent se retirer socialement et éviter les interactions avec les autres par peur du jugement ou de la critique. Cela peut conduire à un isolement social et à une détérioration des relations familiales et amicales.
- **Perte de confiance en soi** : Une faible estime de soi peut entraîner une perte de confiance en soi et une remise en question constante de ses propres capacités et de sa valeur en tant qu'individu. Cela peut inhiber leur capacité à relever de nouveaux défis et à atteindre leurs objectifs.

Donc d'après tout ça on conclut que l'estime de soi Chez les personnes atteintes de la schizophrénie est bas.

Conclusion générale

Conclusion générale

Dans cette étude sur l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie, notre exploration a révélé la complexité de ce concept au sein de cette population. En analysant les cas cliniques au sein du service de psychiatrie d'Oued Ghir, nous avons noté que travailler avec ces individus demande une profonde réflexion et une précision analytique particulière face à leur pathologie. Ainsi, cette expérience nous a permis de mieux comprendre l'importance de reconnaître et de soutenir l'estime de soi chez les patients schizophrènes, soulignant ainsi la nécessité d'approches thérapeutiques holistiques et centrées sur la personne pour améliorer leur qualité de vie et leur bien-être psychosocial.

Référence bibliographique

Reference bibliographique

Ouvrage :

-André Christophe et coll.,1999, « l'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres », Paris, odile Jacob.

-Anne-Victoire Rousselet Juin 2022 Mieux vivre avec la schizophrénie (3ème Psychologue clinicienne et psychothérapeute

-azoulay .c.c.chabert , processus de la schizophrénie , paris dunod ,2005

-branden. (Ibid)

-Chahraoui, K. (2007). 15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme. Dunod. **15 Cas Cliniques en Psychopathologie du Développement de l'Enfant et de l'Adolescent**), écrit par Khadija

-Cooper Smith, (1984), « l'inventaire d'estime de soi » Paris, Centre de psycho9. In L. G. Rosenberg & R. S. Kaplan (Eds.), Social psychology: Quantitative and qualitative perspectives .

Dr Jeffrey A. Lieberman 2009 Guérir la schizophrénie : Rétablir le cerveau et la vie

English books:

-hanus michele 1981, psychiatrie integree de letudiant , paris LIBRAIRIE MALONE, 5eme edition

-Koenig-Flahaut, ET ALL (2008). Le rétablissement du soi dans la schizophrénie. Information Psychiatrique)nathan

-Lydia Fernández Jean Luis pedinielli 2005,La recherche en psychologie clinique , Nathan

-Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM-5), 5ème édition, American Psychiatric Association, 2013

-Michèle Hanus,2016 La Schizophrénie : Comprendre et Aider . psychiatre et psychothérapeute française

monestes, J,-L (2008). la schizophrénie mieux comprendre la maladie et mieux aider la personne

-Monestès, J.-L. (2008). La schizophrénie: Mieux comprendre la maladie et mieux aider la personne

prod homme G, (2003)s'affirmer son simposer . paris . Dunod

-sadeq haouzir et amal bernoussi 2005,LES SCHIZOPHRENIES, 2eme edition en france

schizophrènes selon le Dr Muriel Deboutte (2019)

--Selon [Larousse]2004

Torrey, E. S., & Tsuang, M. T. 2006 schizophrenia .

Dictionnaire :

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), 5ème édition, American Psychiatric Association, 2013

Selon [Larousse]2004

Site électroniques :

[https://www.msdmanuals.com/professional/psychiatric-](https://www.msdmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/schizophrenia)

disorders/schizophrenia-and-related-disorders/schizophrenia À23hr

<https://www.nami.org/Home>

<https://www.samhsa.gov/>

<https://naminys.org/contact/>

ANNEXE

annexe : guide d'entretien

Axe 01 : informations personnelles sur le patient

Date de passation : [À remplir]

Durée de l'entretien : [À remplir]

01.Nom : [À remplir] (Prénom non renseigné)

02.Sexe :[À remplir]

03.Date de naissance :[À remplir]

04.État matrimonial : [À remplir]

05.Nombre d'enfants : [À remplir]

06.Niveau d'études : [À remplir]

07.Diplômes professionnels ou techniques : [À remplir]

08.Type de diplôme : [À remplir]

09.Profession : [À remplir]

Axe 02 : Histoire de la maladie et les traitements médicamenteux

02. histoire de la maladie et traitements médicamenteux

10. Depuis quand vos symptômes ont commencée ?

11. Etes-vous au courant de la maladie dont on vous a diagnostiqué ?

12. Depuis quand êtes-vous hospitaliser ?

13. Est-elle votre première hospitalisations ?Oui . Non

14. Comment vivez-vous votre hospitalisation ? Mal O Bien Indifférent

15. Qui vous a amené à L'Hôpital ?

16. En quelle année avez-vous commencé la prise de médicaments ?

17. Combien de médicaments votre psychiatre vous-a-t-il prescrit

18. Connaissez-vous le nom de vos médicaments ?

19. Combien de fois par jours prenez-vous vos médicaments?

20. Etes-vous régulier dans leur prise ? Oui Non

21. Vous souvenez-vous des moments de leur prise ou faut-il qu'une autre personne

Vienne vous les donner ?

22. Ressentez-vous une amélioration de votre état de santé avec votre traitement actuel Ce format facilite la collecte systématique des informations nécessaires lors de l'entretien.

Annexe N° 2 : Inventaire d'estime Cooper Smith (Forme adulte)

S .E.I

NOM..... PRENOM.....

AGE:.....

SEXE :.....

NIVEAU D'ETUDE :.....

PRPFSSION

INVONTRAIRE DE COOPER SMITH FORM ADULTE :

CONSIGNES

- LISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REPONDRE
- Dans les pages qui suivantes, vous trouvez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Vous lisez attentivement chacune de ces phrases.
- Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulée « Me ressemble ». Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « Ne me ressemble pas ».
- Efforcez-vous de répondre à toutes les phrases, même si certain choix vous paraissent difficiles.

Résumé

L'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie est souvent fragilisée par l'impact des symptômes, qu'ils soient négatifs (comme l'apathie et l'isolement social) ou positifs (comme les hallucinations et les délires), ainsi. Ces facteurs contribuent à une diminution de l'image de soi, limitant la qualité de vie, la participation sociale et l'adhésion aux traitements. Cependant, des interventions ciblées, telles que la thérapie cognitivo-comportementale et la réhabilitation psychosociale, peuvent renforcer l'estime de soi en aidant les patients à mieux gérer leurs symptômes et à retrouver confiance en leurs capacités. Ainsi, intégrer l'estime de soi dans la prise en charge thérapeutique est essentiel pour favoriser un rétablissement durable et une meilleure réinsertion sociale.