

Étude sur l'expérience des relations amoureuses des jeunes hommes ayant vécu un premier épisode psychotique

Anouk Latour-Desjardins, Tania Lecomte, Amal Abdel-Baki, Vickie Auclair et Carole-Ann Collins
Université de Montréal

RÉSUMÉ

Cette étude qualitative s'intéresse aux facteurs pouvant expliquer les difficultés rencontrées par les jeunes hommes (18–35 ans) ayant vécu un premier épisode psychotique à établir et maintenir des relations amoureuses. Douze participants ont pris part à une entrevue semi-structurée d'environ 60 minutes. Quatre thèmes principaux sont ressortis de l'analyse des données, soit la Gestion de la proximité, la Conception de l'intimité, l'Identité et le Processus de rétablissement. Les difficultés rencontrées seraient liées à des expériences relationnelles antérieures et à des difficultés métacognitives et de régulation émotionnelle suite à un épisode psychotique, mais des études supplémentaires sont requises.

Mots clés : premier épisode psychotique, relations amoureuses, rétablissement, métacognition, régulation émotionnelle

ABSTRACT

This qualitative study aims at understanding the factors underlying the difficulties young men (18–35 years old) who had a first episode of psychosis have in initiating and maintaining intimate relationships. Twelve participants took part in semi-structured 60-minute interviews. Four main themes were identified following the data analysis: Coping with proximity, Conception of intimacy, Identity, and Recovery process. Results suggest that difficulties faced by this population could be related to previous relational

Anouk Latour-Desjardins, Candidate au Doctorat en psychologie clinique, D.Psy, Université de Montréal. Tania Lecomte, Ph.D., Chercheure, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Professeure titulaire, Département de psychologie, Université de Montréal. Amal Abdel-Baki, M.D., Chercheur investigateur, Professeure agrégée de clinique, Département de psychiatrie, Université de Montréal, Chef, Service de troubles psychotiques, CHUM, Psychiatre, CHUM. Vickie Auclair, Candidate au Doctorat en psychologie clinique, D.Psy, Université de Montréal. Carole-Ann Collins, B.A. psychologie, Université de Montréal.

La correspondance concernant cet article devrait être acheminée à Anouk Latour-Desjardins. Courriel : anouk.latour-desjardins@umontreal.ca

experiences and to metacognitive and emotional regulation deficits that appeared after the first episode, but more research is needed.

Keywords: first-episode psychosis, intimate relationships, recovery, metacognition, emotional regulation

CONTEXTE THÉORIQUE

De plus en plus d'auteurs dénoncent le peu d'attention accordée aux relations sociosexuelles dans le contexte du rétablissement de personnes avec un trouble mental sévère (Lysaker et Buck, 2008; Silverstein et Bellack, 2008). Le fonctionnement sociosexuel est défini non seulement par l'engagement dans des relations sexuelles et interpersonnelles, mais surtout par le maintien de relations caractérisées par une intimité, un engagement et un attachement à un partenaire sexuel (Stewart, Lysaker et Davis, 2013). Le domaine des relations interpersonnelles, en particulier les relations amoureuses, est un de ceux qui génère le plus d'insatisfaction chez les personnes souffrant de schizophrénie (Angell et Test, 2002; Korkeila, Heikkilä, Aalto, Sourander et Karlsson, 2001).

De plus, les relations amoureuses ont un impact significatif sur le développement de l'identité ainsi que de l'indépendance et de l'autonomie (Collins et Sroufe, 1999; Erikson, 1968; Furman, Ho et Low, 2007). Les personnes souffrant de psychose rapportent fréquemment de l'isolement social, une difficulté à maintenir et à initier des relations intimes (Jablensky *et al.*, 1992, Redmond, Larkin et Harrop, 2010), sans compter des taux de mariage ou de vie en couple beaucoup plus faibles que la population générale (Lane *et al.*, 1995; Thara et Srinivasan, 1997; Walker, Bettes, Kain et Harvey, 1985). Andresen, Oades et Caputi (2003) proposent une définition plus inclusive du rétablissement consistant en l'établissement d'une vie satisfaisante et significative, ainsi qu'une identité positive fondée sur l'espoir et l'autodétermination. Par ailleurs, la rareté des contacts sociaux a été associée à une faible réponse au traitement, des déficits au niveau des habiletés sociales et un faible ajustement sociosexuel (Gureje et Bamidele, 1999), alors que le soutien social peut diminuer, voire annuler dans certains cas, les effets du stress sur la santé mentale (Cohen et Wills, 1985; Zubin et Spring, 1977). Enfin, malgré des difficultés dans les interactions sociales, les personnes atteintes de psychose désirent davantage de contacts sociaux et des relations interpersonnelles de meilleure qualité (Harrop et Trower, 2003; Jablensky *et al.*, 1999).

Outre le soutien provenant d'un partenaire amoureux, l'intimité vécue avec cette personne, définie comme un sentiment de proximité et de connexion interpersonnelle (Laurenceau, Barrett et Rovine, 2005), bénéficie à plusieurs égards aux partenaires. L'intimité constitue un type particulier d'interaction sociale dans lequel un partenaire exprime des sentiments (dévoilement émotionnel) et des informations personnelles (dévoilement factuel), et où, en réaction à la réceptivité et au regard positif du partenaire, l'individu se sent compris, validé et « pris en considération » (Morton, 1978; Prager, 1997; Prager et Roberts, 2004; Reis et Patrick, 1996; Reis et Shaver, 1988).

Obstacles potentiels

Les bienfaits potentiels d'une relation amoureuse impliquant un soutien et une intimité apparaissent donc comme des facteurs clés du rétablissement qui demeurent toutefois peu étudiés à ce jour. Une exploration approfondie des différentes variables favorisant et nuisant au développement de relations amoureuses permettrait d'améliorer les traitements disponibles pour les personnes avec un trouble psychotique, et ce, dès le premier épisode psychotique (PÉP). Cette revue de littérature a permis l'identification de plusieurs obstacles potentiels au développement des relations amoureuses dans cette population, soit l'impact de l'âge et du genre, la stigmatisation, l'expérience de traumatismes, les déficits de régulation émotionnelle et les déficits métacognitifs.

Impacts de l'âge et du genre. Le déclenchement des troubles psychotiques au début de l'âge adulte (16–30 ans) (Riecher-Rössler et Häfner, 2000) peut interrompre la transition dans les tâches sociales inhérentes à cette période du développement, comme trouver un partenaire, terminer ses études, trouver un emploi et devenir indépendant (Seltzer, Greenberg, Krauss et Hong, 1997). Pour les personnes développant un trouble psychotique tel que la schizophrénie, l'adolescence est bien souvent perturbée par le prodrome, dont un des éléments caractéristiques est le retrait social (MacDonald, Piquero, Valois et Zullig, 2005; Yung et McGorry, 1996), ou encore par une succession d'épisodes psychotiques. Comme les hommes présentent souvent des symptômes plus tôt que les femmes, le développement de leurs compétences sociales s'en voit plus atteint (Thorup, Waltoft, Pedersen, Mortensen et Nordentoft, 2007) et ils sont davantage célibataires et pour de plus longues périodes que les femmes présentant un trouble similaire (Salokangas, Honkonen, Stengård et Koivisto, 2001).

Stigmatisation et autostigmatisation. Les individus souffrant de troubles psychotiques, et en particulier de la schizophrénie, sont très fortement marginalisés dans de nombreuses sociétés (Birchwood *et al.*, 2006). Pour plusieurs, la stigmatisation est internalisée (autostigmatisation), les amenant à se dévaluer et à éviter les contacts sociosexuels (Angell, 2003; Birchwood, Iqbal, Chadwick et Trower, 2000; Birchwood, Mason, MacMillan et Healey, 1993; Stewart *et al.*, 2013). La stigmatisation ou l'autostigmatisation pourrait ainsi avoir pour conséquences un soutien social plus limité et une faible satisfaction associée à l'intégration sociale (Farone, 2006).

Difficultés liées à l'intimité. Les expériences stressantes et traumatisantes avec les figures d'attachement au cours du développement auraient un impact sur les capacités d'attachement, qui à leur tour modulent les capacités d'intimité des individus et rendraient difficile l'établissement de relations amoureuses. Des études empiriques suggèrent que des expériences traumatiques dans l'enfance menant au développement d'un attachement insécure seraient associées à l'apparition de symptômes psychotiques à l'âge adulte (Sitko, Bentall, Shevlin, O'Sullivan et Sellwood, 2014). Les personnes avec un trouble psychotique sont 2,72 fois plus à risque d'avoir été victime de traumatismes infantiles que la population générale (Varese *et al.*, 2012), expliquant en partie leur difficulté à établir des relations amoureuses (Neria, Bromet, Sievers, Lavelle et Fochtmann, 2002). De surcroît, une proportion importante des personnes avec un PÉP présentent un attachement ambivalent ou un attachement insécure, caractérisé par la préoccupation d'être aimé et l'inconfort avec l'intimité, ainsi qu'un plus grand besoin d'approbation comparativement à la population générale (Couture, Lecomte et Leclerc, 2007).

Régulation émotionnelle. La régulation émotionnelle est définie comme un processus par lequel les individus reconnaissent et gèrent positivement leurs émotions (Gross, 1998). Une mauvaise régulation émotionnelle serait liée à des difficultés sociales (Cole, Michel et Teti, 1994), serait présente avant le développement d'une psychose (Freeman et Garety, 2003) et serait impliquée dans les rechutes (Neale, Blanchard, Kerr, Kring et Smith, 1998). Les personnes ayant un style d'attachement insécure, fréquent chez les personnes atteintes de psychose (Couture *et al.*, 2007), auraient plus de difficultés à réguler les réponses affectives dans des situations interpersonnelles stressantes (Bateman et Fonagy, 2004) et auraient aussi des déficits métacognitifs, et ce, qu'elles aient ou non un trouble psychotique. Comme les systèmes de régulation affective sont surtout orientés vers la régulation interne dans la psychose, et non vers la régulation sociale (Schore, 2003), les relations intimes sont d'autant plus difficiles à établir.

Déficits métacognitifs. Plusieurs des déficits sociaux observés chez les individus présentant des troubles psychotiques sont associés aux difficultés métacognitives. La métacognition réfère aux processus de synthèse par lesquels une personne crée une représentation complexe et intégrée de ses idées d'elle-même et des autres, les situe dans le monde social et les utilise pour répondre aux défis psychologiques et sociaux (Dimaggio et Lysaker, 2010). Une des composantes de la métacognition, la théorie de l'esprit, réfère à la capacité à attribuer des états mentaux tels que des désirs, des croyances et des intentions aux autres (Leslie, 1987). Des déficits en théorie de l'esprit mènent à des difficultés dans la communication, des perceptions et des interprétations erronées, provoquant des effets négatifs dans plusieurs domaines sociaux (Kosmidis, Giannakou, Garyfallos, Kiosseoglou et Bozikas, 2011). Une méta-analyse récente d'une trentaine d'études soutient que les personnes atteintes de schizophrénie ont des déficits au niveau de la théorie de l'esprit (Sprong, Schothorst, Vos, Hox et Van Engeland, 2007), tant en phase aiguë qu'en rémission (Herold, Tényi, Lénárd et Trixler, 2002).

Quoique les informations trouvées dans cette revue de littérature soient pertinentes, elles demeurent insuffisantes pour dresser un portrait des obstacles et difficultés rencontrées par les jeunes hommes avec un trouble psychotique dans leurs relations sociosexuelles. Cette étude cherche donc : (a) à identifier les obstacles au développement de relations amoureuses chez les jeunes hommes ayant vécu un premier épisode psychotique selon leur perspective et (b) à mieux comprendre comment l'intimité est perçue/vécue dans le contexte d'une relation amoureuse chez les jeunes hommes ayant vécu un premier épisode psychotique.

MÉTHODOLOGIE

Approche et objectifs de recherche

Étant donné la pauvreté de la littérature scientifique sur le sujet, une approche qualitative, plus spécifiquement l'approche *descriptive interprétative*, a été choisie afin d'explorer ce phénomène en profondeur. L'approche descriptive interprétative est une démarche inductive qui permet de décrire le phénomène à l'étude, ses propriétés et ses composantes, et ce, de manière détaillée et holistique (Creswell, 2013; Gallagher, 2014). Cette approche a donc permis de décrire les relations amoureuses de la population à l'étude, les obstacles et les facteurs facilitants le développement de celles-ci, en tenant compte du vécu de ces jeunes hommes souffrant d'un PÉP, ainsi que leur perspective depuis le déclenchement de la maladie (Gallagher, 2014).

Échantillon, procédure et collecte des données

Douze hommes de 18 à 35 ans, hétérosexuels, ayant été minimalement en relation une fois dans leur vie, ont été recrutés entre mai et novembre 2015 à la Clinique JAP (clinique d'intervention précoce pour la psychose du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)). Les critères d'exclusion étaient la présence d'un déficit intellectuel, une psychose induite par l'abus de substance et le fait de ne pas vouloir être en couple. L'échantillonnage est de type intentionnel à variation maximale, ce qui signifie que les participants ont été sélectionnés avec l'aide des cliniciens et cliniciennes de l'équipe traitante pour leurs caractéristiques (Gallagher, 2014; Thorne, 2008), assurant une variabilité au niveau de l'âge, du niveau de scolarité, du statut occupationnel (emploi, études, sans occupation), du statut marital (célibataire, en couple), du nombre et de la durée des relations amoureuses, et du diagnostic (maladie affective bipolaire psychotique, trouble schizo-affectif, schizophrénie, etc). Une saturation empirique (i.e., que de nouvelles informations ne soient plus obtenues en cours d'entrevues) a été atteinte (Gallagher, 2014; Morrow, 2005).

L'entrevue individuelle semi-structurée d'une durée de 60–90 minutes était constitué de six grandes sections : (a) récit de la vie amoureuse, (b) facteurs favorisant relations amoureuses, (c) satisfaction face à la vie amoureuse, (d) obstacles et difficultés à la vie amoureuse, (e) impacts de la maladie sur la vie amoureuse et (f) définition personnelle et rapport à l'intimité dans les relations amoureuses. Le canevas d'entrevue a été développé à la lumière de la revue de littérature sur les facteurs pouvant nuire au développement de relations amoureuses chez cette population effectuée préalablement (Miles, Huberman et Saldaña, 2013). Les entrevues ont été enregistrées puis transcrites par deux assistants de recherche. Avant de faire l'entrevue, les participants ont rempli un questionnaire sociodémographique.

Le projet a reçu l'approbation du comité d'éthique du Centre de recherche du CHUM. Le consentement éclairé des participants a été obtenu par écrit et un dédommagement de 20\$ était offert.

Analyse des données

L'analyse thématique a été utilisée comme méthode pour l'analyse des données. Les textes de Miles et Huberman (2003), Miles *et al.* (2013), Karsenti et Savoie-Zajc (2004) et Paillé et Mucchielli (2005) ont été consultés pour guider ce processus (voir tableau 1).

Tableau 1
Analyse thématique

Étapes	Actions
1	Lecture préliminaire des entrevues (enregistrement audio et verbatims)
2	Dégagement des thèmes principaux
3	Identification des thèmes et sous-thèmes
4	Organisation des thèmes (hiérarchisation, regroupements) sous forme d'arbre thématique
5	Raffinement des thèmes et itérations avec le matériel brut pour assurer la clarté et pertinence de ceux-ci.
6	Réorganisation de l'arbre thématique autour des thèmes les plus centraux (fréquences, répétition et interprétation des chercheurs)

Le logiciel QDA Miner a été utilisé pour la cotation initiale des entrevues, puis la contre-cotation du tiers du matériel a été faite sur papier. Le logiciel Easy Mind a servi à l'élaboration de segments de l'arbre thématique. Toutes les étapes ont été réalisées par la première auteure. Au terme de l'analyse thématique, les résultats préliminaires ont été mis en relation avec des concepts et théories existantes et ont été discutés avec les co-auteurs (Tania Lecomte et Amal Abdel-Baki)

Quatre critères de validité ont été utilisés pour assurer la validité de l'étude, soit la fiabilité (tenue d'un journal réflexif et de fiches synthèses pour chaque entrevue, contre-cotation du tiers du matériel), la crédibilité (ancrage dans la littérature, retours réflexifs avec les co-auteurs, consultation des pairs experts en recherche qualitative), la transférabilité (échantillon représentatif, description de l'échantillon) et la saturation empirique (arrêt du recrutement lorsqu'une redondance est observée) (Drapeau, 2004; Gallagher, 2014; Karsenti et Savoie-Zajc, 2004; Morrow, 2005; Mucchielli, 2009).

RÉSULTATS

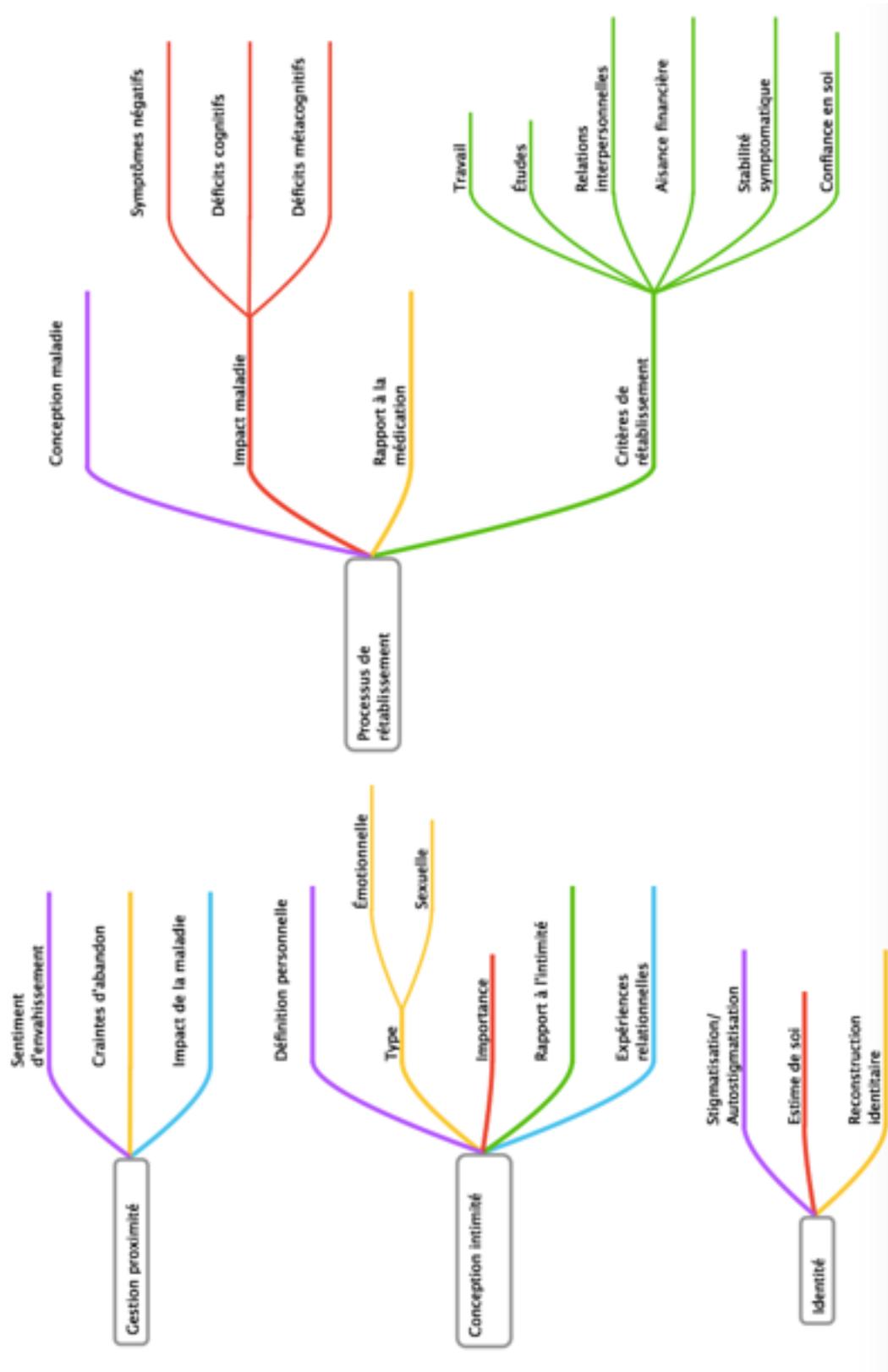
Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau 2.

L'analyse des données a permis d'identifier quatre thèmes principaux qui expliquent les difficultés à être en relation amoureuse chez les participants, soit : (a) la Gestion de la proximité, (b) la Conception de l'intimité, (c) l'Identité et (d) le Processus de rétablissement (voir arbre thématique figure 1).

Tableau 2
Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Partici- pant	Âge	Communauté d'origine	Années de scolarité	Occupation	Diagnostic	Nbr relations amoureuses	Statut matri- monial
1	28	Canadienne	11	Aucune	Schizophrénie	3	Célibataire
2	31	Canadienne	18	Emploi	Bipolarité	7	En couple
3	35	Canadienne	17	Emploi	Schizophrénie	2	Célibataire
4	32	Africaine	16	Emploi	Bipolarité	3	Célibataire
5	24	Canadienne	13	Études	Schizo-affectif	2	Célibataire
6	26	Latino-améri- caine	10	Emploi	Schizophrénie	3	Célibataire
7	23	Canadienne	17	Emploi/Études	Bipolarité	1	Célibataire
8	18	Africaine	10	Emploi/Études	Schizophrénie	2	Célibataire
9	28	Africaine	13	Emploi/Études	Schizophrénie	2	Célibataire
10	26	Canadienne	11	Emploi	Schizo-affectif	3	Célibataire
11	25	Latino-améri- caine	13	Emploi	Bipolarité	4	En couple
12	22	Canadienne	16	Études	Bipolarité	1	Célibataire

Figure 1
Arbre thématique



Gestion de la proximité

La majorité des participants insistent sur leur difficulté à vivre la proximité relationnelle qu'impliquent les relations amoureuses en général, mais surtout depuis leur épisode psychotique. Ils disent qu'ils se sentent fragiles et que la présence de l'autre peut être perturbante :

Je n'allais pas bien à ce moment-là, comme s'il y avait quelque chose de détruit en moi, [. . .] D'avoir une personne aussi proche . . . c'était perturbant. (P3)

Il y avait eu un rapprochement qui s'était fait, je n'étais pas bien [. . .] puis ça m'avait fait décoller, délirer finalement. Je pense qu'elle a fait partie de mon délire, de mon espèce d'épisode psychotique, c'était trop proche. (P7)

Plusieurs décrivent également avoir de la difficulté à maintenir des limites avec leur partenaire et devenir proche trop vite, ce qui favorise le développement de sentiments d'intrusion et d'envahissement. La proximité est vécue comme fusionnelle, mais inconfortable car ils devenaient trop proches malgré eux. Certains participants ont fait le lien entre leur difficulté avec la proximité émotionnelle et un attachement insécurité. En effet, ils mentionnent craindre de s'ouvrir par peur d'être rejeté par l'autre :

En fait, je pense que c'est un peu fusionnel. Déjà pour moi à la base c'est dur de m'ouvrir, d'un côté je suis très sensible, je m'attache vite, je laisse les gens entrer rapidement. [. . .] C'est arrivé une seule fois. Ça a tellement fait mal que je ne laisse plus ça arriver (P4)

Je ne suis pas quelqu'un qui m'ouvre beaucoup. [. . .] Je ne le fais pas souvent, mais quand je le fais, je déballe un peu tout sans le vouloir. Et j'ai peur du rejet énormément. Je pense que c'est pour ça que je n'arrive pas à parler aux filles en général, parce que j'ai peur. (P8)

Enfin, pour certains participants, l'épisode psychotique a été suivi d'une rupture amoureuse, car la conjointe a fui pour différentes raisons (préjugés face à la santé mentale, crainte pour sa sécurité, etc). Or, le fait d'avoir été si vulnérable et d'avoir été abandonné a été traumatisant et les a rendus méfiants et très réticents à l'idée de s'investir à nouveau dans une relation amoureuse :

Personnellement dans ma vie, j'ai plus de la misère avec l'intimité émotionnelle, [. . .] J'ai de la misère à vivre mes émotions pis toute là, j'ai de la misère à en parler aussi. [. . .] Tu vas avoir l'air faible, quelque chose du genre. C'est peut-être un peu pour ça . . . la peur du jugement, la peur d'avoir l'air pas fort. Ça a fait tellement mal quand elle est partie. Je veux plus être proche de même, je veux plus. (P5)

Conception de l'intimité

Quoique la Gestion de la proximité soit aussi liée à l'intimité, le thème Conception de l'intimité aborde un aspect différent, soit la compréhension du concept d'intimité. Certains participants comprenaient mal le concept d'intimité et n'arrivaient pas à le définir ou à donner des exemples. Cette difficulté était surtout observable chez les participants plus symptomatiques, qui avaient vécu moins d'expériences amoureuses dans leur développement et qui, au cours de l'entrevue, tenaient peu compte de la perspective de l'autre, avaient du mal à identifier leurs émotions (déficits métacognitifs), étaient plus retirés socialement, disaient être démotivés et présentaient un affect plat (symptômes négatifs) :

Ben il y a la pudeur corporelle là. C'est plus ça pour moi de l'intimité. (P3)

L'intimité? Euh . . . secret, confiance . . . c'est quoi déjà le mot? l'intimité? Je ne connais pas ce mot-là. (P9)

Par ailleurs, certains participants considèrent avoir des difficultés à vivre l'intimité amoureuse et font des liens avec des traumatismes vécus.

Je pense que j'ai un peu dévalorisé . . . démystifié, tout ce qui est intime, sexuel, pour que ça n'ait pas de sens, pour que ça n'ait pas de poids pour moi suite aux abus que j'ai eu. [. . .] Je pense que je n'ai pas d'intimité. (P4)

Enfin, bien que les participants aient défini l'intimité de différentes façons et reconnaissent rencontrer des difficultés dans l'expérience de celle-ci, tous s'entendaient sur son importance dans une relation amoureuse :

C'est dans ces moments-là où il y a juste toi et l'autre personne, il n'y a personne d'autre, c'est ces moments-là qui sont super importants, je pense, et qui construisent le couple. (P11)

L'intimité c'est quand tu es avec quelqu'un pis que tu as l'impression qu'il n'y a plus rien autour, tu oublies tout le reste. Tout ce qui compte c'est la satisfaction de l'autre puis la tienne. C'est ça, et puis sentir que l'autre te fait confiance et que tu lui fais confiance. C'est la complicité ultime là. (P2)

Identité

Le concept de l'Identité est divisé en deux sous-thèmes, soit la stigmatisation/autostigmatisation et l'estime de soi.

La majorité des participants rapportent avoir une identité peu définie ou fragile suite à l'épisode psychotique. Depuis la psychose, plusieurs rapportent être particulièrement préoccupés par ce sentiment d'identité floue. Certains reconnaissent que cette instabilité identitaire les freine dans l'établissement de relations amoureuses, car se connaissant peu ou plus, ils trouvent particulièrement difficile d'identifier leurs émotions envers l'autre et d'aller à sa rencontre :

C'est comme si le flou dans le passé me rendait instable si on veut, ou insécure. C'est comme tu as les pieds dans vase et là ça bouge, tu ne sais pas ta fondation c'est quoi. (P7)

C'est comme si à cause de la psychose toutes mes passions étaient passées dans le tordeur, mes forces que j'avais qui me rendaient confiant. [. . .] C'est ça, c'est difficile d'être en relation quand toi-même tu ne sais même pas qui tu es, ce que tu veux . . . Mais j'aimerais ça, mais pas tout de suite. (P8)

Bon nombre mentionnent être en période de « reconstruction identitaire » et certains soulignent que leur épisode psychotique les a aidés à mieux se définir. À l'opposé, certains sont découragés par l'ampleur du flou identitaire qu'ils ressentent et sont peu motivés à l'idée de se définir davantage. Ils craignent que ces efforts soient vains s'ils refaisaient un épisode psychotique; tout serait alors à recommencer :

D'avoir vécu une expérience que tu perds la raison, c'est déstabilisant. Tu te dis à quoi ça sert de me reconstruire une conscience si ça se peut que ça glisse et que ça parte encore. (P7)

C'est comme si quelque part je trouvais futile de se définir. [. . .] Je n'ai même pas le goût de me développer en tant que personne. Avec une fille c'est dur de lui dire qui je suis. Ça rend cela difficile de se mettre avec quelqu'un quand c'est pas clair qui tu es. (P10)

L'identité des participants semble fragilisée par deux facteurs que nous avons développés comme des sous-thèmes : l'estime de soi et la stigmatisation/autostigmatisation. L'estime de soi des participants serait chancelante depuis l'épisode psychotique. De plus, la psychose ou le traitement ont entraîné des troubles cognitifs et des pertes de mémoire, ce qui mine leur estime de soi et leur sentiment d'identité (sens de soi) :

La psychose, je sens que ça a surtout joué avec mes souvenirs et mes perceptions du temps comme tout ce qui s'est passé avant la psychose, on dirait que c'est loin et que c'est tout mélangé. [. . .] J'ai de la misère à mettre les faits l'un avant l'autre. C'est surtout à cause de la psychose. Comme si je savais plus qui je suis. Cela fait que j'ai moins confiance. (P7)

Avec la fille que je fréquente présentement, je me demande souvent pourquoi, parce que je me mets à sa place et je ne m'aimerais pas. J'ai une mauvaise perception de moi maintenant. (P12)

Je n'ai comme pas le gout. C'est peut-être en partie parce que moi je me dis : « bon qu'est-ce que j'ai à leur offrir ». C'est plus là que ça bloque. (P9)

Je n'ai pas confiance en moi, et je ne me vois pas comme une personne stable, alors avant de m'embarquer dans une relation amoureuse sérieuse, je me dis qu'il faudrait que j'attende un peu d'aller mieux. (P6)

Les participants rapportent craindre les préjugés véhiculés par la société quant aux troubles mentaux, d'autant plus que bon nombre d'entre eux ont adhéré à ces préjugés. Ils vivent donc le diagnostic comme un aspect étranger de leur identité, créant une incohérence :

J'ai peur du jugement beaucoup, parce que moi-même avant je jugeais ça la maladie mentale . . . il y a beaucoup de préjugés par rapport à ça . . . la médication que le monde vont dire que ça rend soucoupe [. . .] avant je pensais de même, mais je ne pense plus que c'est vrai. (P5)

Processus de rétablissement

Suite à leur épisode psychotique, la majorité des participants mentionnent ne pas avoir été intéressé par les relations amoureuses. En effet, la psychose ayant été très déstabilisante cognitivement et sur le plan identitaire, ils soulignent avoir eu besoin de temps pour se reconstruire avant d'envisager d'endosser à nouveau des rôles sociaux, comme être un conjoint :

Je ne voulais plus de relations amoureuses. Je l'ai vraiment senti, je voulais comme laisser du temps pour moi, laisser digérer tout ça . . . (P3)

De manière générale, les participants rapportent plusieurs symptômes négatifs tels que de l'amotivation, des affects plats, de l'apathie, de l'anhédonie et un retrait social. Ceux-ci interfèrent notamment avec leur capacité à développer et entretenir des relations amoureuses :

C'est un peu comme si tu portais des lunettes fumées tout le temps [. . .] tu finis par l'oublier. Mais c'est que tu es là : voyons, ça gosse, qu'est-ce que j'ai? [. . .] Ça t'empêche d'apprécier la vie. (P12)

Je me sentais vraiment neutre, dépressif. C'est ça, tu as de la misère à dire comment tu te sens tout court. C'est dur d'arriver devant une fille et dire si tu l'aimes ou pas, tu ne le sais pas toi-même. C'est juste des flous d'émotions, des parcelles ici et là. (P7)

J'étais complètement neutre, sûrement à cause des médicaments aussi, j'étais sous médication. Ça c'est quelque chose qui est un facteur important aussi que si je me sens blasé ou neutre, je ne sais pas si c'est moi vraiment ou c'est en partie à cause des médicaments. (P5)

Avant j'étais beaucoup plus sociable . . . beaucoup moins gêné, j'étais beaucoup moins dans ma bulle. (P8)

Certains participants rapportent des difficultés au niveau de la métacognition, et pour certains, depuis bien avant le premier épisode psychotique :

Moi à la base, j'ai de la misère à savoir comment je me sens, définir ça. Je n'ai pas tendance à demander à elle comment elle se sent aussi. C'est flou [. . .] je n'ai comme pas envie de lui demander. [. . .] C'est peut-être aussi que je n'ai juste pas envie de me mettre dans une situation où je peux devenir plus émotif. (P5)

Environ la moitié de l'échantillon rapportent une amélioration des symptômes avec le temps et considèrent que l'épisode psychotique a contribué à des changements positifs au niveau de leurs relations interpersonnelles, leurs capacités de régulation émotionnelle et leurs habiletés métacognitives :

Tu voyais qu'elle souffrait, mais on dirait que c'était comme nouveau pour moi que je comprenais un peu plus ces choses-là, bref un peu plus la psychologie. [. . .] J'avais l'impression que j'étais distant des gens tout le temps avant, puis là je voulais plus me rapprocher, comprendre. (P2)

Il y a des trucs qui ont changé, il y a des trucs qui se sont améliorés et tout. Je ne laisse plus les autres tout prendre comme avant. Je dois me protéger, mettre des limites parce que je pense que ça a joué ça dans ma psychose. (P4)

Enfin, la majorité des participants insistent sur la nécessité d'aller mieux avant de s'investir dans une relation amoureuse. Les relations amoureuses apparaissent comme l'accomplissement ultime de leur rétablissement, hautement désiré mais terriblement craint :

Je commence un nouveau bac, et puis après ça une job stable. [. . .] Tu sais je veux vraiment que les choses se placent avant d'avoir une blonde. (P8)

Avant, j'étais plus capable d'être avec des filles, mais maintenant sous médicament [. . .] je me dis que ça va être quoi devant une fille, je ne parle presque pas pour le moment. C'est ça je ne suis pas encore prêt. [. . .] Peut-être dans 2-3 ans, je me dis que je vais avoir ma blonde. (P6)

Je ne suis pas encore prêt à être en relation vraiment sérieuse. [. . .] Ce n'est pas encore le bon moment, il faut que je travaille, il faut que je m'achète mes affaires, il faut que je sois prêt dans ma vie avant de chercher quelque chose de sérieux. (P5)

Après l'épisode j'avais comme plus aucune confiance en moi genre j'avais l'impression de ne plus être la même personne. Ça m'a pris un bon 2 ans avant de pouvoir vraiment recommencer à penser à avoir une relation sérieuse. [. . .] J'avais beaucoup de choses à travailler sur moi-même. Il fallait que je m'habitue à ma nouvelle situation, ma médication. [. . .] Puis j'ai repris un regain de confiance, je me sentais plus moi-même. [. . .] J'ai rencontré une fille puis on s'est fréquenté un peu, [. . .] ça m'a beaucoup aidé à me rappeler un peu c'était quoi être en relation avec une fille. Même si on s'est fréquenté pendant seulement 2 mois, j'ai beaucoup appris. (P12)

La plupart des participants mentionnent que leurs symptômes psychotiques ou affectifs ont eu par le passé un impact négatif sur leurs relations amoureuses :

Si je n'avais pas été malade, ma relation avec elle aurait peut-être été différente, on serait peut-être encore ensemble. [. . .] Je suis pas mal sûr que ma maladie y a été vraiment pour beaucoup. (P2)

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif d'explorer et de mieux comprendre les facteurs qui nuisent au développement et au maintien des relations amoureuses des jeunes hommes ayant vécu un PÉP. Les analyses ont montré que la gestion de la proximité, le concept d'intimité, l'identité et le processus de rétablissement sont les principaux facteurs pouvant expliquer ces difficultés. Alors que les difficultés au niveau des habiletés sociales sont généralement ciblées par plusieurs auteurs afin d'expliquer le faible soutien social des personnes souffrant de troubles psychotiques (Favrod et Barrelet, 1993; Halford et Hayes, 1995; Kopelowicz, Liberman et Zarate, 2006), les obstacles aux relations amoureuses recensés dans la présente étude semblent s'expliquer davantage par des difficultés au niveau de la métacognition et de la régulation émotionnelle, ce qui concorde avec ce que proposent MacBeth, Gumley, Schwannauer et Fisher (2011), suggérant que les troubles psychotiques soient liés à ces dernières.

En effet, les quatre thèmes principaux relèvent de déficits métacognitifs et d'une dysrégulation émotionnelle. De manière générale, les participants rapportent subjectivement (et de manière concordante aux observations objectives du chercheur) des difficultés à identifier leurs états internes, et une certaine limitation de leurs affects suite au PÉP, ce qui rend difficile l'interprétation des états affectifs des autres. Bien que dans la littérature scientifique actuelle les difficultés métacognitives n'aient pas été associées spécifiquement aux difficultés à établir et maintenir des relations amoureuses chez les individus souffrant de psychose, elles ont été démontrées comme étant très fréquentes chez ceux-ci (Dimaggio et Lysaker, 2010; Sprong *et al.*, 2007) et comme pouvant avoir un impact sur le fonctionnement social ou les relations interpersonnelles (MacBeth *et al.*, 2011).

Les difficultés mentionnées dans les thèmes de Gestion de la proximité reflètent des craintes de rejet et de fusion liées à l'intimité amoureuse—ce qui corrobore les résultats de l'étude de Couture *et al.* (2007) mentionnant un attachement insécuré chez plusieurs—ainsi que certaines expériences de traumatismes dans l'enfance (Neria *et al.*, 2002). La conception de l'intimité semble aussi vraiment dépendre des capacités métacognitives de la personne. Vanheule, Inslegers, Meganck, Ooms et Desmet (2010) proposent que la tendance à maintenir une distance dans les relations interpersonnelles peut être liée aux déficits métacognitifs, en particulier des difficultés à reconnaître leurs émotions et pensées et à avoir une théorie de l'esprit des affects et pensées de l'autre. Ainsi, comme les autres sont indéchiffrables, la distance est préférable. Une connexion plus intime demandée par le partenaire peut être vécue comme déstabilisante et entraîner un éloignement, voire une rupture relationnelle (Dimaggio et Lysaker, 2010).

Concernant le thème de l'Identité, des fragilités au niveau de l'estime de soi et de la stigmatisation perçue sont ressorties dans notre étude, ce qui est cohérent avec des résultats rapportés ailleurs (Pillay, Lecomte et Abdel-Baki, 2018). L'estime de soi serait fluctuante chez les personnes présentant des troubles psychotiques, et ces fluctuations seraient liées aux variations des symptômes (Thewissen, Bentall, Lecomte, van Os et Myin-Germeys, 2008). Les personnes paraissant plus avancées dans leur rétablissement (retour au[x] études/travail, stabilité symptomatique, réinvestissement des relations interpersonnelles) dans notre étude semblaient en grande partie avoir plus de confiance en elles que les autres participants. L'identité se voit souvent fragilisée pendant l'épisode psychotique, telle que mentionné par plusieurs participants, car la personne ne se reconnaît plus et n'arrive plus à encoder des événements chargés affectivement et à

s'autoréguler émotivement (MacBeth *et al.*, 2011). En effet, les capacités métacognitives sont cruciales pour développer un sens de soi cohérent (Dimaggio et Lysaker, 2010). Il semblerait toutefois que pour certains, une fois un sens de soi en parti retrouvé, une relation amoureuse (même brève) était vécue comme positive et enrichissante (P12).

Les études de Sarisoy *et al.* (2013), Segalovich, Doron, Behrbalk, Kurs et Romem (2013) et Redmond *et al.* (2010) ont montré que l'autostigmatisation est un facteur important pouvant expliquer la difficulté des personnes ayant un diagnostic de trouble mental sévère à établir des relations amoureuses. Cette conclusion concorde avec nos résultats, du moins de manière temporaire pour certains dans notre étude qui mentionnent une diminution de leurs attitudes de stigmatisation au cours de leur progression dans leur rétablissement. Cependant, comme les études de Sarisoy *et al.* (2013) et Segalovich *et al.* (2013) s'intéressaient à une population ayant un cours chronique de maladie (18 ans et plus), il est probable que la stigmatisation soit davantage ressortie comme une contrainte à l'établissement de relations amoureuses, comparativement à des jeunes qui ont espoir d'être en rémission et qui sont suivis dans une clinique de PÉP mettant l'emphasis sur le rétablissement et l'atteinte d'objectifs de vie « normale ».

Selon l'étude de Mueller *et al.* (2006), la présence d'un bon soutien social et familial reçu suite à une première psychose prédirait l'absence d'attitude d'autostigmatisation chez la personne soignée, et ce, même un an plus tard. Ceci suggérerait que malgré qu'une nouvelle relation amoureuse ne soit pas envisageable en début de psychose, une relation préexistante et offrant un soutien positif protégerait de l'autostigmatisation à long-terme.

Le quatrième thème fait écho aux Processus de rétablissement, tant au niveau de la rémission des symptômes que de la reconstruction de soi. En effet, bon nombre de participants mentionnent être en période de « reconstruction identitaire » et certains soulignent que leur épisode psychotique les a aidés à mieux se définir. Ceux qui se disent disposés et intéressés à être en relation amoureuse perçoivent la psychose comme un événement les ayant aidés à mieux se définir sur le plan identitaire, semblent plus avancés dans leur rétablissement (plus de temps écoulé depuis leur dernier épisode psychotique, moins de symptômes) et recommencent à endosser des rôles sociaux.

Les résultats de notre étude concordent avec le modèle de rétablissement des troubles psychotiques proposé par Andresen *et al.* (2003). Ils identifient quatre déterminants (l'espoir, la responsabilité, l'identité et la signification) qui évoluent au cours des cinq phases du rétablissement (moratoire, prise de conscience, préparation, reconstruction, croissance). Les auteurs ne parlent pas clairement des relations amoureuses dans leur modèle, mais ils proposent que de manière générale, le réinvestissement dans des buts professionnels et des relations interpersonnelles dépendrait d'une certaine progression dans les stades de rétablissement, car la personne se définit moins par son diagnostic au fur et à mesure qu'elle formule de nouveaux objectifs de vie suite au PÉP. L'état des connaissances actuelles ne permet pas de postuler des liens clairs entre le rétablissement (espoir quant aux perspectives d'avenir, impression d'un certain contrôle [responsabilité] face à la santé mentale, développement d'un sens de soi plus cohérent, buts signifiants) et la capacité à être en relation amoureuse, mais il serait intéressant d'examiner ces liens plus spécifiquement dans la recherche future.

Limites de l'étude

Certaines décisions méthodologiques limitent la portée des résultats de l'étude. D'abord, l'échantillon, bien qu'il ait été sélectionné selon des critères, ne comprend que des hommes hétérosexuels dont les enjeux peuvent différer de ceux des femmes ou de personnes de la communauté LGBT. De plus, nous avons choisi de nous concentrer sur un échantillon d'hommes ayant déjà été en relation amoureuse et souhaitant l'être à nouveau. Or, les personnes n'ayant aucune expérience amoureuse ou ne souhaitant pas établir de relation de ce type ont certainement une perspective différente. Par ailleurs, cette étude présente des résultats fondés sur des participants ayant accepté de prendre part à une entrevue exploratoire, ce qui signifie qu'ils sont nécessairement plus introspectifs et articulés et—malgré des déficits évidents—possèdent de meilleures capacités métacognitives que bon nombre de patientes et patients suivis dans les cliniques PÉP. D'autre part, bien que nous ayons observé une variété culturelle dans l'échantillon (origines latine, africaine, maghrébine, québécoise), nous n'avons pas exploré l'impact de cette composante. Enfin, il aurait été pertinent de faire remplir des questionnaires sur le type d'attachement des participants si l'échantillon avait été plus grand, afin de tester l'impact de celui-ci sur les difficultés répertoriées. Ces critères d'échantillonnage limitent donc la généralisation des résultats.

Cette étude a permis d'identifier que les hommes ayant vécu un premier épisode de psychose rencontrent plusieurs obstacles au niveau de leurs relations amoureuses. Ceux-ci sont à la fois liés à des expériences relationnelles antérieures et des difficultés métacognitives et de régulation émotionnelle suite à un épisode psychotique. Le processus de rétablissement de la personne pourrait également être un facteur à considérer dans la recherche future.

CONCLUSION

Plusieurs personnes avec un trouble psychotique souhaiteraient être en relation amoureuse mais n'y arrivent pas. À la lumière des résultats de cette étude, une intervention visant le développement et le maintien de relations amoureuses chez cette population pourrait être développée et devrait tenir compte d'enjeux qui leurs sont propres, telles que les difficultés métacognitives et la régulation émotionnelle, tout en portant une attention spécifique aux difficultés liées à la stigmatisation, à l'estime de soi et aux processus de rétablissement (stades et facteurs d'influence). Une intervention favorisant le réengagement dans des activités sociosexuelles et le développement d'habiletés relationnelles spécifiques aux relations intimes permettrait aux personnes ayant vécu un PÉP, et qui se sentent prêtes à être en relation, de bénéficier d'un soutien social puissant ainsi que d'améliorer leur qualité de vie.

RÉFÉRENCES

- Andresen, R., Oades, L. et Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586–594.
- Angell, B. (2003). Contexts of social relationship development among assertive community treatment clients. *Mental Health Services Research*, 5, 13–25.
- Angell, B. et Test, M. A. (2002). The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 259–271.
- Bateman, A. W. et Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18, 36–51.

- Birchwood, M., Iqbal, Z., Chadwick, P. et Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. 1. Ontogeny of post-psychotic depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 516–521.
- Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F. et Healey, J. (1993). Depression, demoralisation and control over psychotic illnesses: A comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23, 387–395.
- Birchwood, M., Trower, P., Bruneta, K., Gilbert, P., Iqbal, Z. et Jackson, C. (2006). Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1025–1037.
- Cohen, S. et Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychology Bulletin*, 98, 310–357.
- Cole, P. M., Michel, M. K. et Teti, L. O. D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 73–102.
- Collins, W. A. et Sroufe, L. A. (1999). Capacity for intimate relationships: A developmental construction. Dans W. Furman, B. Brown et C. Feiring (dir.), *The development of romantic relationships in adolescence* (p. 125–147). Cambridge, Angleterre : Cambridge University Press.
- Couture, S., Lecomte, T. et Leclerc, C. (2007). Personality characteristics and attachment in first episode psychosis: Impact on social functioning. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 631–639.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Dimaggio, G. et Lysaker, P. H. (dir.). (2010). *Metacognition and severe adult mental disorders: From research to treatment*. Hove, Angleterre : Routledge.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10, 79–86.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York, NY : W. W. Norton.
- Farone, D. W. (2006). Schizophrenia, community integration, and recovery: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health*, 4, 21–36.
- Favrod, J. et Barrelet, L. (1993). Efficacité de l'entraînement des habiletés sociales avec les personnes atteintes de schizophrénie. *Thérapie comportementale et cognitive*, 3, 84–94.
- Freeman, D. et Garety, P. A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: The direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 923–947.
- Furman, W., Ho, M. J. et Low, S. M. (2007). The rocky road of adolescent romantic experience: Dating and adjustment. Dans R. C. M. E. Engels, M. Kerr et H. Stattin (dir.), *Friends, lovers and groups: Key relationships in adolescence* (p. 61–80). Chichester, Angleterre : Wiley.
- Gallagher, F. (2014). *La recherche descriptive interprétative*. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (p. 5–27). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Gureje, O. et Bamidele, R. (1999). Thirteen-year social outcome among Nigerian outpatients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 147–151.
- Halford, W. K. et Hayes, R. L. (1995). Social skills in schizophrenia: Assessing the relationship between social skills, psychopathology and community functioning. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 14–19.
- Harrop, C. et Trower, P. (2003). *Why does schizophrenia develop at late adolescence?* New York, NY : Wiley.
- Herold, R., Tényi, T., Lénárd, K. et Trixler, M. (2002). Theory of mind deficit in people with schizophrenia during remission. *Psychological Medicine*, 32, 1125–1129.
- Jablensky, A., McGrath, J., Herrman, H., Castle, D., Gureje, O., Morgan, V. et Korten, A. (1999). *People living with psychotic illness: An Australian study 1997–98: An overview*. Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing, bulletin 1. Canberra : Commonwealth of Australia.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E., [...] Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph Supplement*, 20, 1–97.
- Karsenti, T. et Savoie-Zajc, L. (2004). *La recherche en éducation : étapes et approches*. Sherbrooke, QC : Éditions du CRP.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P. et Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S12–S23.

- Korkeila, J. J. A., Heikkilä, J., Aalto, S., Sourander, A. et Karlsson, H. (2001). Needs, social relations and quality of life among schizophrenic outpatients. *Psychiatria Fennica*, *32*, 29–43.
- Kosmidis, M. K., Giannakou, M., Garyfallos, G., Kiosseoglou, G. et Bozidakis, V. P. (2011). The impact of impaired “theory of mind” on social interactions in schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *17*, 511–521.
- Lane, A., Byrne, M., Mulvany, F., Kinsella, A., Waddington, J. L., Walsh, D., [. . .] O’Callaghan, E. (1995). Reproductive behaviour in schizophrenia relative to other mental disorders: Evidence for increased fertility in men despite decreased marital rate. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *91*, 222–228.
- Laurenceau, J. P., Barrett, L. F. et Rovine, M. J. (2005). The interpersonal process model of intimacy in marriage: A daily-diary and multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology*, *19*, 314–323.
- Leslie, A. M. (1987). Pretence and representation: The origins of “theory of mind.” *Psychological Review*, *94*, 412–426.
- Lysaker, P. H. et Buck, K. D. (2008). Is recovery from schizophrenia possible? An overview of concepts, evidence, and clinical implications. *Primary Psychiatry*, *15*(6), 60–65.
- MacBeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M. et Fisher, R. (2011). Attachment states of mind, mentalization, and their correlates in a first-episode psychosis sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *84*, 42–57.
- MacDonald, J. M., Piquero, A. R., Valois, R. F. et Zullig, K. J. (2005). The relationship between life satisfaction, risk-taking behaviors, and youth violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *20*, 1495–1518.
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2013). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3^e éd). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, *52*, 250–260.
- Morton, T. L. (1978). Intimacy and reciprocity of exchange: A comparison of spouses and strangers. *Journal of Personality and Social Psychology*, *36*, 72–81.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris, France : Armand Colin.
- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P. C. et Roessler, W. (2006). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: A longitudinal approach. *Social Science & Medicine*, *62*, 39–49.
- Neale, J. M., Blanchard, J. J., Kerr, S., Kring, A. M. et Smith, D. A. (1998). Flat affect in schizophrenia. Dans W. F. J. Flack et J. D. Laird (dir.), *Emotions in psychopathology: Theory and research* (p. 353–364). Oxford, Angleterre : Oxford University Press.
- Neria, Y., Bromet, E. J., Sievers, S., Lavelle, J. et Fochtmann, L. J. (2002). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: Findings from a first-admission cohort. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 246–251.
- Pailé, P. et Mucchielli, A. (2005). *L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Pillay, R., Lecomte, T. et Abdel-Baki, A. (2018). Factors limiting romantic relationship formation for individuals with early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, *12*(4), 645–651.
- Prager, K. J. (1997). *The psychology of intimacy*. New York, NY : Guilford Press.
- Prager, K. J. et Roberts, L. J. (2004). Deep intimate connection: Self and intimacy in couple relationships. Dans D. J. Mashek et A. Aron (dir.), *Handbook of closeness and intimacy* (p. 43–60). Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Redmond, C., Larkin, M. et Harrop, C. (2010). The personal meaning of romantic relationships for young people with psychosis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *15*(2), 151–170.
- Reis, H. T. et Patrick, B. C. (1996). Attachment and intimacy: Component processes. Dans E. T. Higgins et A. W. Kruglanski (dir.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (p. 523–563). New York, NY : Guilford Press.
- Reis, H. T. et Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. *Handbook of Personal Relationships*, *24*, 367–389.
- Riecher-Rössler, A. et Häfner, H. (2000). Gender aspects in schizophrenia: Bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*, 58–62.
- Salokangas, R. K. R., Honkonen, T., Stengård, E. et Koivisto, A. M. (2001). To be or not to be married—that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *36*, 381–390.

- Sarısoy, G., Kaçar, Ö. F., Pazvantoğlu, O., Korkmaz, I. Z., Öztürk, A., Akkaya, D., [. . .] Sahin, A. R. (2013). Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: A comparative study. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 665–672.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York, NY : W. W. Norton.
- Segalovich, J., Doron, A., Behrbalk, P., Kurs, R. et Romem, P. (2013). Internalization of stigma and self-esteem as it affects the capacity for intimacy among patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27, 231–234.
- Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Krauss, M. W. et Hong, J. (1997). Predictors and outcomes of the end of co-resident caregiving in aging families of adults with mental retardation or mental illness. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 46(1), 13–22.
- Silverstein, S. M. et Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28, 1108–1124.
- Sitko, K., Bentall, R. P., Shevlin, M., O’Sullivan, N. et Sellwood, W. (2014). Associations between specific psychotic symptoms and specific childhood adversities are mediated by attachment styles: An analysis of the National Comorbidity Survey. *Psychiatry Research*, 217, 202–209.
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J. et Van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 191, 5–13.
- Stewart, C. J., Lysaker, P. H. et Davis, L. W. (2013). Relationships of social-sexual function with stigma and narrative quality among persons with schizophrenia spectrum disorders over one year. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16, 198–212.
- Thara, R. et Srinivasan, T. N. (1997). Outcome of marriage in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 416–420.
- Thewissen, V., Bentall, R. P., Lecomte, T., van Os, J. et Myin-Germeys, I. (2008). Fluctuations in self-esteem and paranoia in the context of daily life. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 143–153.
- Thorne, S. (2008). *Interpretive description*. Walnut Creek, CA : Left Coast Press.
- Thorup, A., Waltoft, B. L., Pedersen, C. B., Mortensen, P. B. et Nordentoft, M. (2007). Young males have a higher risk of developing schizophrenia: A Danish register study. *Psychological Medicine*, 37, 479–484.
- Vanheule, S., Inslegers, R., Meganck, R., Ooms, E. et Desmet, M. (2010). Interpersonal problems in alexithymia: A review. Dans G. Dimaggio et P. H. Lysaker (dir.), *Metacognition and severe adult mental disorders: From research to treatment*. (p. 161–176). Hove, Angleterre : Routledge.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., [. . .] Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 661–671.
- Walker, E., Bettes, B. A., Kain, E. et Harvey, P. (1985). Relationship of gender and marital status with symptomatology in psychotic patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 42–50.
- Yung, A. R. et McGorry, P. D. (1996). The initial prodrome in psychosis: Descriptive and qualitative aspects. *Australasian Psychiatry*, 30, 587–599.
- Zubin, J. et Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.