

Mémoire de Maîtrise en médecine No 5515

# Étude des répercussions de l'auto-stigmatisation et de ses dimensions sur la qualité de vie des patients psychiatriques

## **Etudiant**

Dubi Guillaume

## **Tuteur**

Bonsack Charles  
Dpt de Psychiatrie

## **Co-tuteur**

Golay Philippe  
Dpt de Psychiatrie

## **Expert**

Conus Laurent  
Dpt de Psychiatrie

Lausanne, 14.02.2019

<b>1.</b>	<b>Résumé.....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>4</b>
2.1	<i>Définitions.....</i>	4
2.1.1	Acceptation.....	4
2.1.2	Juste colère.....	5
2.1.3	Démission.....	6
2.1.4	Dévoilement circonstancié.....	6
2.2	<i>État actuel des connaissances.....</i>	6
2.3	<i>Projet de recherche.....</i>	7
<b>3.</b>	<b>Méthode.....</b>	<b>8</b>
3.1	<i>Contexte et recrutement.....</i>	8
3.2	<i>Participants.....</i>	9
3.3	<i>Mesures.....</i>	9
3.3.1	Questionnaire sur l’auto-stigmatisation (ASQ).....	9
3.3.2	Questionnaire sur l’espoir – version française de la Hopelessness Scale (Beck).....	10
3.3.3	Échelle d’estime de soi – version française de l’échelle de l’estime de soi (Rosenberg).....	10
3.3.4	Échelle d’auto-efficacité – version française de la General Self-Efficacy Scale (GSE).....	10
3.3.5	Questionnaire de qualité de vie – version française du WHOQOL BREF.....	11
3.4	<i>Procédure et hypothèses de recherches.....</i>	11
3.5	<i>Analyses statistiques.....</i>	13
<b>4.</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>14</b>
4.1	<i>Corrélations entre les variables.....</i>	14
4.2	<i>Modèle de médiation avec le désespoir.....</i>	15
4.3	<i>Modèle de médiation avec l’estime de soi.....</i>	16

4.4	<i>Modèle de médiation avec l'auto-efficacité</i> .....	17
4.5	<i>Modèle de confrontation des trois médiateurs – désespoir, estime de soi et auto-efficacité</i> .....	19
<b>5.</b>	<b>Discussion</b> .....	<b>21</b>
5.1	<i>Juste colère et « stigma resistance »</i> .....	21
5.2	<i>Démision et « why-try effect”</i> .....	22
5.3	<i>Estime de soi, auto-efficacité et désespoir</i> .....	23
5.4	<i>Perspectives</i> .....	24
5.5	<i>Limitations</i> .....	24
<b>6.</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>25</b>
<b>7.</b>	<b>Bibliographie</b> .....	<b>26</b>

## 1. Résumé

Les maladies mentales sont la cible d'idées reçues et de discrimination dans notre société. Face à cette stigmatisation exercée à leur égard, il arrive que les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique internalisent ces préjugés et se convainquent de leur véracité, exerçant alors de leur propre chef une attitude discriminante envers eux-mêmes : c'est cela que l'on nomme l'auto-stigmatisation. Lorsque l'on cherche à mesurer ce phénomène, on s'appuie sur les dimensions qui la composent, c'est-à-dire les différentes facettes qui caractérisent ce concept. Il s'agit de l'acceptation, la juste colère, la démission et du dévoilement circonstancié. L'auto-stigmatisation étant connue pour affecter l'estime de soi, l'espoir, l'auto-efficacité et la qualité de vie de ceux qui en souffrent, nous avons étudié ici les liens entre ces variables et les dimensions de l'auto-stigmatisation, afin de mieux comprendre cette notion complexe et les conséquences négatives qui en résultent.

Des questionnaires d'auto-évaluation de l'auto-stigmatisation, de l'estime de soi, de l'espoir, de l'auto-efficacité et qualité de vie ont été administrés à un échantillon de 96 patients psychiatriques ambulatoires. Des modèles de médiation du lien entre dimensions d'auto-stigmatisation et qualité de vie via l'estime de soi, l'espoir et l'auto-efficacité ont été testés.

Nos résultats nous ont tout d'abord permis d'établir la corrélation négative entre les dimensions d'auto-stigmatisation et la qualité de vie. Ensuite, nous avons pu montrer que l'estime de soi, l'espoir et l'auto-efficacité médiatisent le lien entre la démission et la qualité de vie. Le rôle médiateur de l'estime de soi et l'auto-efficacité était supérieur à celui de l'espoir dans cette relation. Les autres dimensions ne montraient pas de médiation significative.

Ces résultats suggèrent l'importance du sentiment et des attitudes de démission chez les patients qui s'auto-stigmatisent au vu des répercussions sur l'estime de soi, l'auto-efficacité et dans une moindre mesure l'espoir qui y sont associées. En vue de maintenir leur qualité de vie, il importe de cibler ces aspects dans la prise en charge des patients atteints d'auto-stigmatisation.

## 2. Introduction

### 2.1 Définitions

En psychiatrie communautaire, l'insertion sociale des patients représente un objectif majeur. La stigmatisation fréquemment associée aux maladies psychiatriques représente dès lors un obstacle important à la mission d'inclusion au sein de la société que s'est fixée la psychiatrie communautaire. La notion de stigma est ainsi couramment rencontrée en psychiatrie communautaire. Face aux préjugés et attitudes négatives à leur égard qu'ils perçoivent, il arrive que les patients atteints d'une maladie psychiatrique internalisent ces attitudes discriminatoires et se convainquent de leur véracité. C'est ce qu'on appelle l'auto-stigmatisation. Ceux qui en sont atteints représentent alors à leur tour un obstacle significatif pour leur rétablissement (1–3).

L'auto-stigmatisation, comme tout phénomène psycho-pathologique, représente nécessairement une notion complexe et multifacettée. Afin d'approcher au mieux le concept, les recherches effectuées dans ce domaine s'appuient notamment sur des modèles décomposant l'auto-stigmatisation en différentes dimensions, que l'on peut considérer comme des catégories regroupant par similitudes les différents symptômes, schémas de pensée et attitudes que sont susceptibles de présenter les patients atteints d'auto-stigmatisation. Ces dimensions sont également utilisées dans les outils de mesure de l'auto-stigmatisation, la combinaison de plusieurs dimensions aboutissant à un score d'auto-stigmatisation.

#### 2.1.1 Acceptation

Parmi les dimensions de l'auto-stigmatisation, on peut d'abord mentionner le phénomène d'acceptation, qui décrit l'approbation des préjugés négatifs sur leur condition mentale survenant chez certains patients psychiatriques lorsqu'ils y sont confrontés dans la société. Dans les modèles de survenue de l'auto-stigmatisation, comme celui de Corrigan & Watson (4) (**figure 1**), l'acceptation (« *stereotype agreement* ») est considérée comme une étape initiale dans le processus d'apparition

de l'auto-stigmatisation.

L'acceptation des idées reçues sur les maladies mentales est généralement précédée par la prise de conscience de

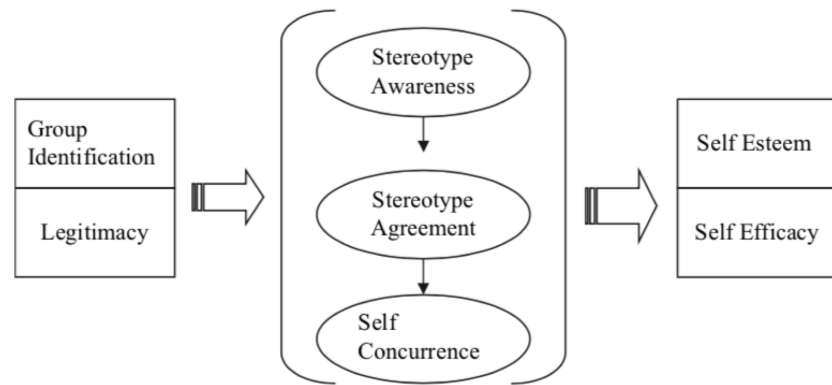


Figure 1 – Modèle théorique de survenue de l'auto-stigmatisation (d'après Watson et al, 2007)

celle-ci (« *stereotype awareness* »), ceci pouvant également survenir avant même d'être diagnostiqué d'un trouble mental, un préjugé étant par définition une croyance largement répandue au sein d'une population. L'acceptation du stigma entrainera alors une auto-stigmatisation à proprement parler dès lors que la personne approuvant les idées reçues auxquelles elle a été confrontée se met à se les appliquer à elle-même (« *self concurrence* »), se considérant par exemple incapable d'exercer correctement un métier en raison de ses troubles mentaux. Cette dernière étape est alors accompagnée d'une estime de soi et d'une auto-efficacité personnelle amoindries. Enfin, ce modèle suggère également que la réponse au stigma va être modulée d'une part par le sentiment d'appartenance à un groupe social constitué par les personnes atteintes de trouble psychiatrique (« *group identification* »), ce sentiment pouvant favoriser ou entraver la survenue de l'auto-stigmatisation selon la façon dont se manifeste, et d'autre part par la légitimité qu'accorde la personne aux idées stigmatisantes associées son trouble mental (« *legitimacy* »), l'impression que ces dernières sont justifiées favorisant la survenue de l'auto-stigmatisation.

### 2.1.2 Juste colère

De façon opposée, il existe également des personnes que les attitudes discriminantes dont elles sont victimes révoltent, et chez qui l'internalisation du stigma sera par conséquent freinée : c'est ce qu'on appelle la juste colère. Il s'agit néanmoins d'une dimension de l'auto-stigmatisation aux contours moins définis que les autres. Si certains modèles (5) considèrent la juste colère comme le

reflet d'une résistance à l'auto-stigmatisation, et que les outils de mesure s'en servent généralement comme une composante négative du score (c'est-à-dire diminuant le score total d'auto-stigmatisation), la juste colère semble également constituer une réaction délétère dans le processus d'appréhension des stigmas associés aux maladies mentales. C'est avec cette dernière position que nous abordons la juste colère dans ce travail.

### *2.1.3 Démission*

Lorsqu'un individu est atteint d'auto-stigmatisation, les conséquences peuvent en être particulièrement néfastes. On parle en particulier de démission lorsque s'installent une résignation face aux discriminations que subissent les patients psychiatriques, et le renoncement aux efforts pour les combattre. On décrit en particulier une « impression de futilité », ou « why-try effect » (6) chez certaines personnes s'auto-stigmatisant associée à l'absence de tentative d'accomplir le moindre objectif dans leur existence, car elles sont convaincues que cela est voué à l'échec.

### *2.1.4 Dévoilement circonstancié*

Enfin, les personnes atteintes par l'auto-stigmatisation vont avoir tendance, dans un réflexe de protection, à cacher leur condition mentale, et ne la dévoiler que lorsqu'elles sentent que la révélation de leur diagnostic ne leur portera pas préjudice (7). C'est ce que l'on peut nommer le dévoilement circonstancié, illustrant la réticence des patients psychiatriques de parler de leurs troubles compte tenu des idées reçues qui y sont associées dans la population générale

## *2.2 État actuel des connaissances*

Au cours des dernières années, l'auto-stigmatisation a progressivement fait l'objet de recherches de plus en plus nombreuses visant à mieux comprendre ce phénomène au fur et au mesure que l'on réalisait son importance dans la prise en charge des maladies psychiatriques (8).

Un aspect bien établi de l'auto-stigmatisation est la répercussion sur l'estime de soi et l'auto-efficacité personnelle de ceux qui la subissent (4). La baisse d'estime de soi résultante en particulier a

été identifiée comme médiateur (cf infra 3.4 *Procédure et hypothèses de recherche* pour une explication plus détaillée des principes d'une médiation) de l'impact négatif de l'auto-stigmatisation sur le rétablissement (1,9) ou la qualité de vie (10).

L'espoir, ou plutôt la baisse d'espoir et de confiance en son avenir a également été identifiée comme une conséquence négative de l'auto-stigmatisation, impactant de même le rétablissement (1,9), la qualité de vie (11) et le fonctionnement social général (12).

### ***2.3 Projet de recherche***

Si la recherche actuelle dans le domaine de l'auto-stigmatisation s'oriente en majeure partie sur l'évaluation des interventions les plus efficaces permettant de la contrer (13), les associations entre l'auto-stigmatisation et des variables psychologiques fréquemment associées comme l'estime de soi et l'auto-efficacité ne sont pas encore parfaitement élucidées, comme l'énonce la méta-analyse de 2010 par Livingston et al. sur le sujet également citée précédemment (8). Étudier les liens entre ces variables et l'auto-stigmatisation serait ainsi susceptible d'apporter une meilleure compréhension de ce phénomène aux mécanismes complexes.

Toutefois, malgré l'usage répandu des dimensions de l'auto-stigmatisation (cf. supra) pour l'élaboration d'outils de mesure de l'auto-stigmatisation et de manière générale dans les modèles de compréhension de l'auto-stigmatisation, on ne retrouve pas dans la littérature actuelle de recherches étudiant spécifiquement les relations entre ces dimensions et les variables associées à l'auto-stigmatisation, comme l'estime de soi, l'auto-efficacité ou la notion d'espoir. En résumé, nous nous proposons d'étudier plus en profondeur certains fondements théoriques de l'auto-stigmatisation.

Une meilleure connaissance de ces aspects serait susceptible d'améliorer notre compréhension des différents mécanismes et facettes de l'auto-stigmatisation. Cela permettrait en particulier d'enrichir la lecture et l'analyse des scores d'auto-stigmatisation se basant sur les dimensions de l'auto-stigmatisation. La plus-value finale serait de pouvoir incorporer par la suite ces notions dans la



prise en charge des patients psychiatriques et orienter cette dernière de façon à combattre le plus efficacement les répercussions négatives de l'auto-stigmatisation.

### ***3. Méthode***

#### ***3.1 Contexte et recrutement***

La présente étude et ses données sont issues d'un projet de recherche visant à valider un nouvel outil d'évaluation de l'auto-stigmatisation chez les patients souffrant d'une maladie psychiatrique en langue française (Questionnaire sur l'Auto-Stigmatisation (ASQ), cf. infra). Il n'existe en effet à l'heure actuelle aucune échelle de ce type ayant été élaborée initialement en français.

A ce titre, l'ASQ a été administrée aux participants de l'étude avec d'autres outils psychométriques réunis dans un cahier de passation. Ce dernier comprenait, en plus de l'ASQ, un relevé des informations sociodémographiques, la version française de la Self-Stigma Short Version (SSS) (14), la version française de la General Self-Efficacy Scale (GSE) (15), la version française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg (16), la version française de la Hopelessness Scale de Beck (17), la version française de la Stigma Scale de King (18) et la version française du WHOQOL BREF (19). Seules l'ASQ, la GSE, l'échelle de Rosenberg, l'échelle de Beck, la WHOQOL ainsi que les informations sociodémographiques ont été utilisés pour le présent travail parmi l'ensemble des données récoltées.

Les données ont été récoltées au sein des ateliers et de l'hôpital de jour de l'unité de réhabilitation de l'hôpital de Cery d'une part, et à l'Hôpital psychiatrique de Marsens (Fribourg) de l'autre. Le reste des passations proviennent d'associations de patients (GRAAP) et de foyers accueillant une population atteinte de troubles psycho-sociaux. Le recrutement s'est effectué par contact direct avec les responsables d'unités de patients ou d'associations.

Les cahiers de passation ont été remplis en présence d'un membre de l'équipe de recherche, afin de répondre aux éventuelles questions de compréhension des formulaires de la part des participants,

et dépister les questionnaires remplis de façon incohérente (p. ex. en suivant un schéma graphique répétitif). La séance de passation commençait par l'information aux participants des buts de l'étude et l'obtention de leur consentement. L'administrateur du questionnaire relevait les données sociodémographiques, et les participants remplissaient ensuite d'eux-mêmes les différents formulaires susmentionnés. Le tout durait en moyenne 50 minutes.

L'ASQ ayant été conçu dans le but de pouvoir être adressé à plusieurs populations cibles, les critères d'inclusion étaient larges. Il suffisait en effet d'être âgé de 18 ans et 65 ans, de maîtriser suffisamment le français oral et écrit pour remplir le cahier de questionnaires, et avoir un diagnostic établi d'un trouble psychiatrique.

### ***3.2 Participants***

L'étude s'est effectuée sur un échantillon de 96 participants âgés en moyenne de 42.5 ans (écart-type = 14.06), composé en majorité d'hommes (58.3%). Il s'agissait pour la plupart de personnes célibataires (52.0%) ou divorcées (22.0%), habitant le plus souvent seules (40.6%). Les diagnostics classifiés d'après la CIM 10 les plus représentés étaient la dépression (F3 – D, 35.4%), la schizophrénie (F2, 29.2%) et les troubles de la personnalité (F6, 13.5%).

### ***3.3 Mesures***

#### ***3.3.1 Questionnaire sur l'auto-stigmatisation (ASQ)***

Il s'agit d'un nouveau questionnaire en cours de validation nouvellement élaboré en français en s'inspirant des outils en anglais existants et visant à quantifier l'auto-stigmatisation que ressentent les patients atteints d'une maladie psychiatrique. Les items qui le composent ont dans un premier temps été générés en s'inspirant des outils en anglais existants, ainsi que par le biais de focus groups incluant des membres d'associations de patients et des pairs praticiens. Ceci a abouti à une première version du questionnaire, comprenant 72 items. Sur la base des données récoltées et des analyses préliminaires de ces dernières, une deuxième version à 32 items a été proposée et est en cours de

validation. C'est cette dernière version qui a été utilisée pour ce travail. Dans celle-ci, le participant note chaque item sur une échelle de Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord) avec une option « neutre ». Il est composé de quatre dimensions, précédemment présentées dans l'introduction de ce travail (cf. 2.1 Définitions) qui constituent l'objet de recherche central de ce travail : acceptation, juste colère, démission et dévoilement circonstancié. Les scores individuels de chaque dimension sont ensuite additionnés pour aboutir à une valeur globale d'auto-stigmatisation, un score élevé révélant un degré plus fort d'auto-stigmatisation.

### *3.3.2 Questionnaire sur l'espoir – version française de la Hopelessness Scale (Beck)*

Il s'agit d'une échelle de 20 items proposant des visions de l'avenir optimistes ou pas, auxquels le participant peut consentir ou pas par oui ou par non. Selon la réponse et la tournure de l'item, 1 point ou 0 peut être attribué, un score plus élevé reflétant une appréhension négative du futur, le nombre de points maximum étant 20. Nous nous sommes servis d'une traduction française (17) de l'échelle originale.

### *3.3.3 Échelle d'estime de soi – version française de l'échelle de l'estime de soi (Rosenberg)*

Il s'agit d'une échelle comprenant 10 items notés sur une échelle de Likert de 1 (tout à fait en désaccord) à 4 (tout à fait d'accord). Un score élevé indique une estime de soi haute. Nous nous sommes servis d'une traduction française (16) de l'échelle originale.

### *3.3.4 Échelle d'auto-efficacité – version française de la General Self-Efficacy Scale (GSE)*

Il s'agit d'une échelle en 10 items pour lesquels le participant note son approbation sur une échelle de Likert de 4 points allant de 1 (pas du tout vrai) à 4 (totalement vrai). Les réponses sont additionnées pour donner le score final, un score élevé indiquant une forte confiance du participant dans ses capacités à surmonter les difficultés qu'ils rencontrent. Nous utilisons ici une traduction française de l'échelle originale (15).

### *3.3.5 Questionnaire de qualité de vie – version française du WHOQOL BREF*

Il s'agit d'un questionnaire validé pour diverses affections de santé – y compris les maladies mentales – permettant de mettre en évidence la satisfaction du participant par rapport à sa qualité de vie au cours des deux dernières semaines. Il se compose de 26 items subdivisés en 4 dimensions (qualités de vie physique, psychologique, sociale et environnementale) qui sont notés sur une échelle de Likert à 5 points de 1 (pas du tout satisfait) à 5 (très satisfait). Les réponses sont ensuite additionnées à l'exception de 3 items formulés négativement (items 3,4 et 26) pour aboutir à un score final de qualité de vie, un score élevé reflétant une satisfaction forte par rapport à son bien-être général au quotidien. Une version française (19) a été utilisée pour ce travail.

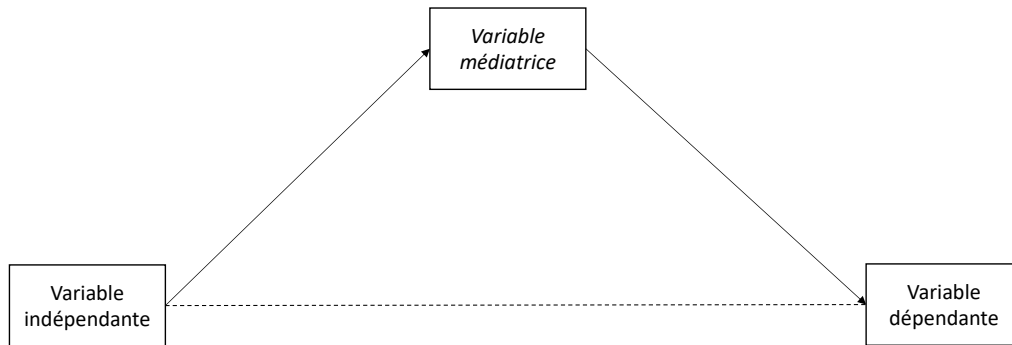
### *3.4 Procédure et hypothèses de recherches*

Pour rappel, nous nous sommes fixés comme objectif pour ce travail de mieux comprendre les associations entre dimensions de l'auto-stigmatisation et certaines variables psychologiques, et leur impact sur les patients (cf. 2.3 *Projet de recherche*).

Pour cela, nous avons tout d'abord convenu de la qualité de vie comme issue de recherche finale. On trouve en effet de multiples travaux mettant en évidence les répercussions de l'auto-stigmatisation sur la qualité de vie de ceux qui la subissent (8,10,11). De plus, dans l'étude de l'impact des maladies chroniques, l'estimation subjective de la qualité de vie revêt de manière générale une place de premier plan. En psychiatrie communautaire en particulier, elle occupe une place importante dans le concept du rétablissement.

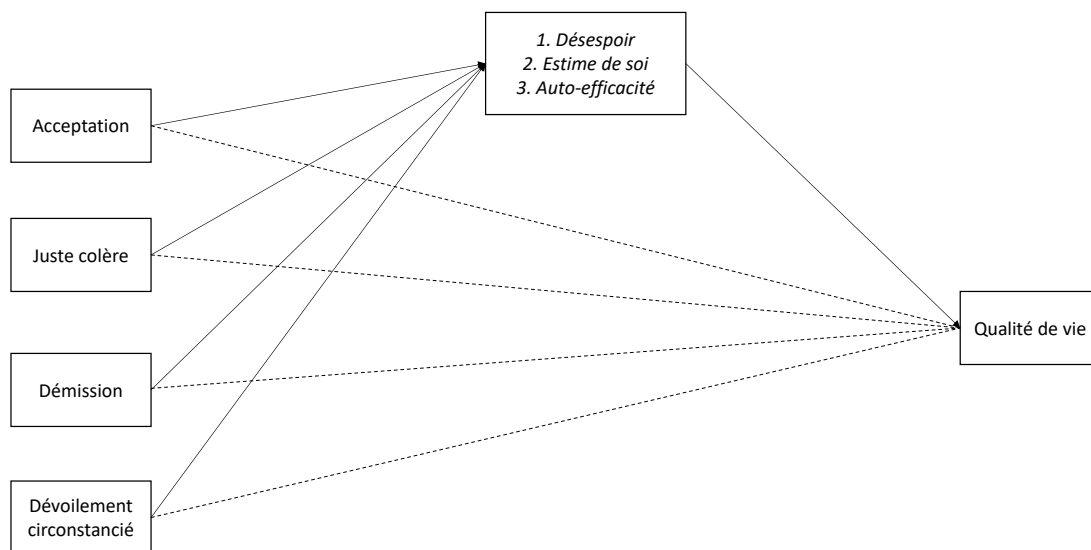
Ensuite, afin d'investiguer les relations et rôles respectifs des variables étudiées, nous avons choisi de nous servir de modèles de médiation (**figure 2**). Dans ceux-ci, la variable dépendante représente la variable d'intérêt, dont nous cherchons à élucider les déterminants. Les variables indépendante et médiatrice sont des variables identifiées comme susceptible d'influencer la variable dépendante. L'intérêt final d'un modèle de médiation est de mettre en évidence si la variable indépendante agit de

façon directe sur la variable dépendante, ou si cette influence s'effectue parallèlement voir exclusivement de façon indirecte, par l'intermédiaire de la variable médiatrice.



**Figure 2** – Modèle de médiation simple  
 ➤ - - - : relation directe  
 ➤ — : relation indirecte (médiation)

Au sein du présent travail, cela abouti au modèle générique de recherche suivant (figure 3) :



**Figure 3** – modèles de médiation – hypothèses de recherche  
 ➤ - - - : relation directe  
 ➤ — : relation indirecte (médiation)

Les dimensions de l'auto-stigmatisation (acceptation, juste colère, démission et dévoilement circonstancié) ont été sélectionnées comme variables indépendantes. La variable médiatrice était tour

à tour le désespoir, l'estime de soi et l'auto-efficacité, constituant ainsi trois modèles de médiation distincts successifs. Enfin, la qualité de vie demeurait la variable dépendante dans chaque modèle.

Découlant de ces modèles, les hypothèses de recherche que nous nous sommes fixées pour ce travail étaient 1) que les dimensions d'auto-stigmatisation (acceptation, juste colère, démission, dévoilement circonstancié) sont négativement corrélées à la qualité de vie, 2) que les dimensions d'auto-stigmatisation sont positivement corrélées au désespoir et négativement corrélées à l'estime de soi et à l'auto-efficacité, 3) que l'estime de soi et l'auto-efficacité sont positivement corrélées à la qualité de vie et le désespoir négativement corrélé à la qualité de vie et 4) que l'estime de soi, le désespoir et l'auto-efficacité médiatisent la relation entre les dimensions d'auto-stigmatisation et la qualité de vie.

### *3.5 Analyses statistiques*

Dans un premier temps, nous avons étudié les analyses descriptives de l'échantillon au niveau des caractéristiques sociodémographiques et cliniques (diagnostiques) des participants. Les relations entre toutes les variables utilisées (les 4 dimensions de l'ASQ, le désespoir selon l'échelle de Beck, l'estime de soi selon l'échelle de Rosenberg, le sentiment d'auto-efficacité selon l'échelle GSE et la qualité de vie selon le WHOQOL-BREF) ont ensuite été examinées au moyen de corrélations bivariées de Pearson. Ces analyses ont été réalisées au moyen du logiciel SPSS (Version 25).

Les modèles de médiation décrits à la section précédente (cf. 3.4 *Procédures et hypothèses de recherche*) ont ensuite été estimés au moyen du logiciel MPlus 8.0 en utilisant une estimation de type bootstrap des erreurs standards (5000 échantillons) pour la significativité des effets indirects.

Au vu des résultats positifs des médiations comprenant la démission comme variable indépendante dans les trois modèles décrits précédemment, un modèle de médiation supplémentaire a été testé (cf. 4.5 – *Modèle de confrontation des trois médiateurs*). Dans celui-ci, la démission était l'unique variable indépendante, le désespoir, l'estime de soi et l'auto-efficacités étaient simultanément les variables médiatrices, et la qualité de vie demeurait la variable dépendante. Cette

dernière étape nous a permis de comparer les effets médiateurs respectifs du désespoir, de l'estime de soi et de l'auto-efficacité sur la relation entre la démission et la qualité de vie.

## 4. Résultats

### 4.1 Corrélations entre les variables

Dans un premier temps, nous avons analysé les relations entre les variables utilisées pour les modèles de médiation au moyen de corrélations de Pearson (**tableau 1**). Toutes les corrélations se sont révélées significatives, à l'exception de la juste colère. Celle-ci n'a montré aucun lien significatif avec les variables dont nous voulions rechercher le rôle médiateur dans la relation à la qualité de vie (désespoir, estime de soi et auto-efficacité).

Toutes les variables utilisées corrélaient négativement avec la qualité de vie, sauf l'auto-efficacité qui corrélait positivement. Des quatre dimensions de l'auto-stigmatisation explorées, la démission est celle qui démontrait les corrélations les plus fortes et les plus significatives avec le désespoir, l'estime de soi, l'auto-efficacité et la qualité de vie.

**Tableau 1** - Corrélations entre les variables (N=96).

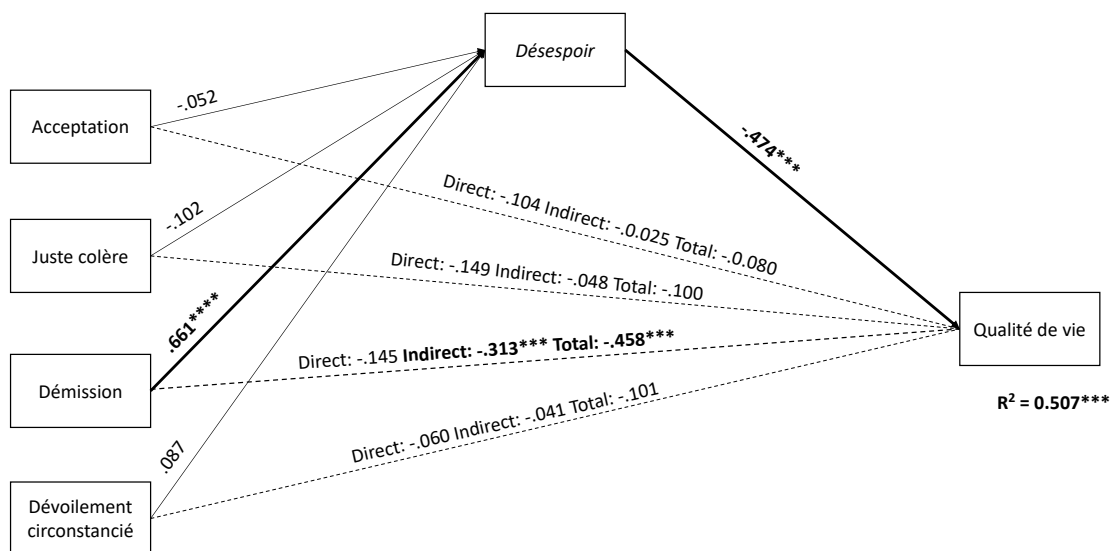
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. ASQ - Acceptation							
2. ASQ - Juste colère	0.300**						
3. ASQ - Démission	0.545***	0.408***					
4. ASQ - Dévoilement circonstancié	0.325**	0.369***	0.479***				
5. Désespoir	0.306**	0.184	0.632***	0.348**			
6. Estime de soi	-0.234*	-0.180	-0.554***	-0.347**	-0.700***		
7. Auto-efficacité	-0.315**	-0.172	-0.535***	-0.289**	-0.674***	0.696***	
8. Qualité de vie	-0.392***	-0.348**	-0.590***	-0.383***	-0.645***	0.683***	0.658***

\* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001.

## 4.2 Modèle de médiation avec le désespoir

Après nous être assuré du lien entre les différentes variables utilisées pour les modèles de médiation, nous avons pu estimer ces derniers.

Le premier modèle testé est celui comportant le désespoir comme variable médiatrice (**figure 3**).



**Figure 3** – Modèle de médiation avec le désespoir. (\* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001)

➤ ---- : relation directe

➤ — : relation indirecte (médiation)

Dans celui-ci, on constate tout d’abord que la démission est la seule parmi les variables indépendantes à exhiber un lien significatif avec l’espoir (0.661,  $p<0.001$ ). On retrouve ensuite une corrélation négative significative entre le désespoir et la qualité de vie (-0.474,  $p<0.001$ ). Aucune des relations directes entre les variables indépendantes (les dimensions d’auto-stigmatisation) et la qualité de vie n’étaient significative, y compris pour la démission.

La relation indirecte entre la démission et la qualité de vie, soit la relation médiatisée par le désespoir s’est par contre avérée significative (-0.313,  $p<0.001$ ). La relation directe entre démission et qualité de vie n’étant pas significative comme mentionné précédemment, ces résultats indiquent une relation de médiation complète entre la démission et la qualité de vie par le désespoir. Cela signifie que l’impact qu’a la démission sur la qualité de vie passe vraisemblablement par une atteinte

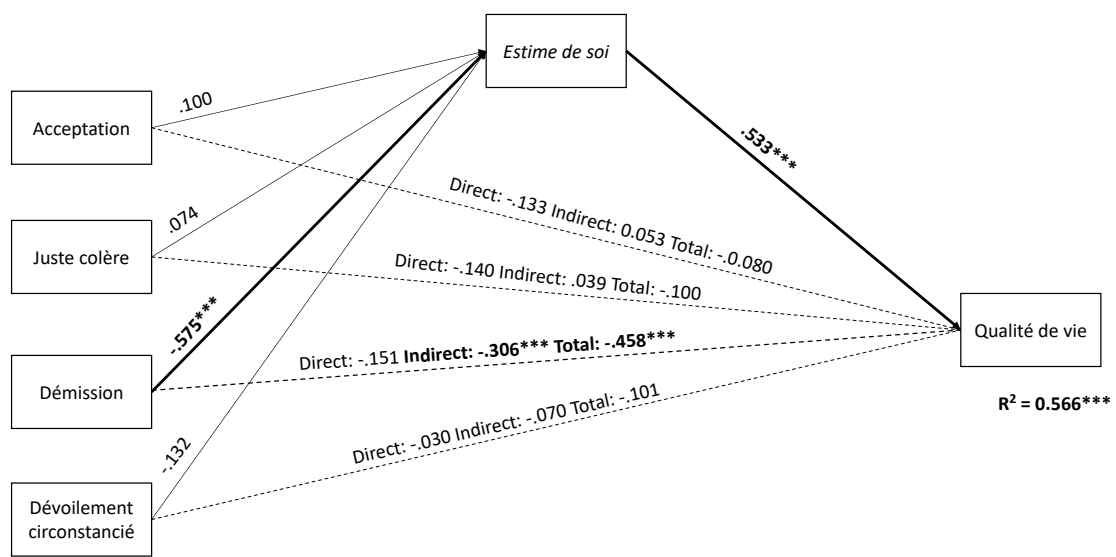


sous-jacente du sentiment de désespoir. De plus, le coefficient de détermination ( $R^2$ ) de la qualité de vie expliquée par cette relation valant 0.507 ( $p < 0.001$ ), cela signifie que plus de la moitié des variations des valeurs de qualité de vie observées dans notre échantillon peuvent être attribuées aux fluctuations des valeurs de démission et de désespoir, et ce parmi l'infinité des facteurs susceptibles d'influencer la qualité de vie.

Les autres variables indépendantes de ce modèle – acceptation, juste colère et dévoilement circonstancié – n'ont par contre démontré aucun lien indirect avec la qualité de vie dans ce modèle.

#### 4.3 Modèle de médiation avec l'estime de soi

Nous avons ensuite estimé le modèle comportant l'estime de soi comme variable médiatrice (figure 4).



**Figure 4** – Modèle de médiation avec l'estime de soi. (\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$ )

- ---- : relation directe
- — : relation indirecte (médiation)

Tout comme pour le modèle précédent, il apparaît en premier que la démission est la seule parmi les variables indépendantes à exhiber un lien significatif avec la variable médiatrice, c'est-à-dire l'estime de soi dans ce modèle (-0.575,  $p < 0.001$ ). On retrouve ensuite une corrélation positive significative entre le désespoir et la qualité de vie (0.533,  $p < 0.001$ ). Aucune des relations directes

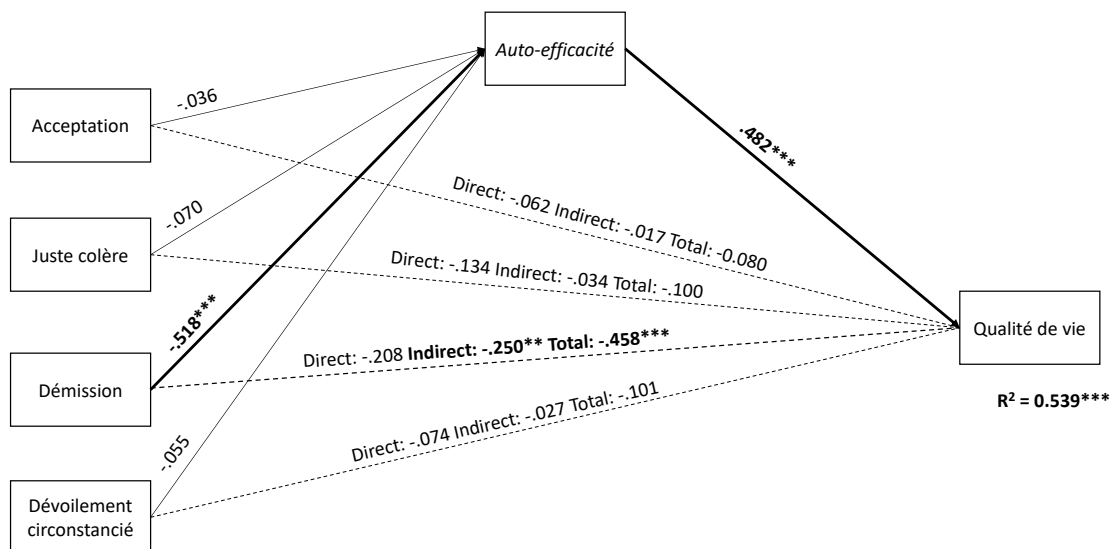
entre les variables indépendantes (les dimensions d'auto-stigmatisation) et la qualité de vie n'étaient significative, y compris pour la démission.

La relation indirecte entre la démission et la qualité de vie, soit la relation médiatisée par l'estime de soi s'est par contre à nouveau avérée significative (-0.306,  $p < 0.001$ ). La relation directe entre démission et qualité de vie n'étant pas significative comme mentionné précédemment, ces résultats indiquent une relation de médiation complète entre la démission et la qualité de vie par l'estime de soi. Cela signifie que l'impact qu'a la démission sur la qualité de vie passe vraisemblablement par une atteinte sous-jacente de l'estime de soi. De plus, le coefficient de détermination ( $R^2$ ) de la qualité de vie expliquée par cette relation valant 0.566 ( $p < 0.001$ ), cela signifie, tout comme pour le désespoir, que plus de la moitié des variations des valeurs de qualité de vie observées dans notre échantillon peuvent être attribuées aux fluctuations des valeurs de démission et de l'estime de soi, et ce parmi l'infinité des facteurs susceptibles d'influencer la qualité de vie.

Les autres variables indépendantes de ce modèle – acceptation, juste colère et dévoilement circonstancié – n'ont démontré aucun lien indirect avec la qualité de vie dans ce modèle.

#### *4.4 Modèle de médiation avec l'auto-efficacité*

Nous avons ensuite estimé le troisième modèle comportant l'auto-efficacité comme variable médiatrice (**figure 5**).



**Figure 5** – Modèle de médiation avec l’auto-efficacité. (\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$ )  
 ➤ - - - - : relation directe  
 ➤ — : relation indirecte (médiation)

De façon analogue aux deux premiers modèles testés, nous trouvons à nouveau que la démission est la seule parmi les variables indépendantes à exhiber un lien significatif avec la variable médiatrice, c’est-à-dire l’auto-efficacité dans ce modèle (-0.518,  $p < 0.001$ ). On retrouve ensuite une corrélation positive significative entre l’auto-efficacité et la qualité de vie (0.482,  $p < 0.001$ ). Aucune des relations directes entre les variables indépendantes (les dimensions d’auto-stigmatisation) et la qualité de vie n’étaient significative, y compris pour la démission.

La relation indirecte entre la démission et la qualité de vie, soit la relation médiatisée par l’auto-efficacité s’est une fois de plus révélée significative (-0.250,  $p < 0.001$ ). La relation directe entre démission et qualité de vie n’étant pas significative comme mentionné précédemment, ces résultats indiquent une relation de médiation complète entre la démission et la qualité de vie par l’auto-efficacité. Cela signifie que l’impact qu’a la démission sur la qualité de vie passe vraisemblablement par une atteinte sous-jacente de l’estime de soi. De plus, le coefficient de détermination ( $R^2$ ) de la qualité de vie expliquée par cette relation valant 0.539 ( $p < 0.001$ ), cela signifie, tout comme pour les deux modèles précédents, que plus de la moitié des variations des valeurs de qualité de vie observées

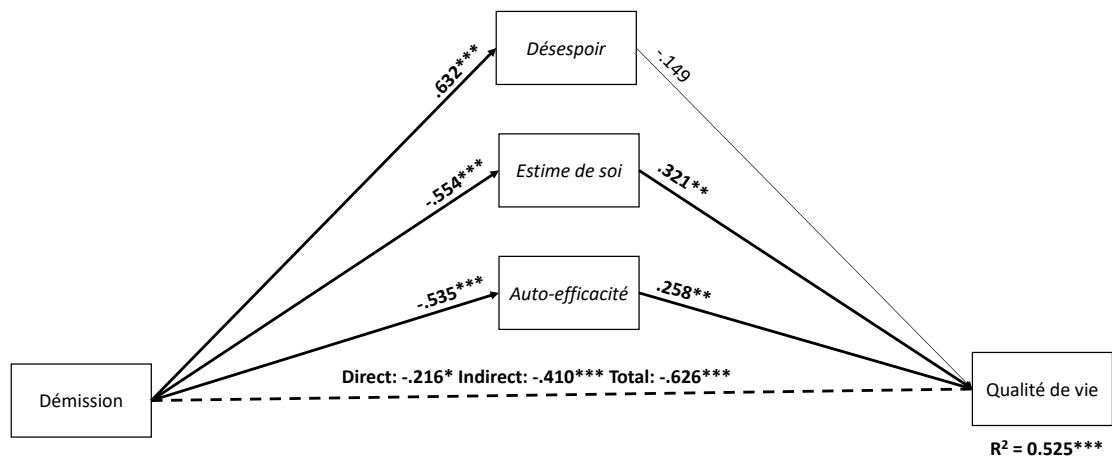
dans notre échantillon peuvent être attribuées aux fluctuations des valeurs de démission et de l'estime de soi, et ce parmi l'infinité des facteurs susceptibles d'influencer la qualité de vie.

Les autres variables indépendantes de ce modèle – acceptation, juste colère et dévoilement circonstancié – n'ont à nouveau démontré aucun lien indirect avec la qualité de vie dans ce modèle.

#### *4.5 Modèle final avec les trois médiateurs – désespoir, estime de soi et auto-efficacité*

Les trois modèles de médiation testés jusqu'ici ont tout d'abord mis en évidence que la démission a un impact significatif sur la qualité de vie. De plus, nos résultats suggèrent que cet impact s'effectue par l'intermédiaire de médiateurs, parmi lesquels nous avons pu identifier le désespoir, l'estime de soi et l'auto-efficacité. Face à ces résultats, nous nous sommes interrogés de l'importance relative de ces médiateurs, et nous avons voulu rechercher si certains exerçaient un rôle plus fort que les autres dans la relation entre démission et qualité de vie.

Pour cela, nous avons testé un modèle additionnel où la démission était l'unique variable indépendante et où le désespoir, l'estime de soi et l'auto-efficacité exerçaient simultanément le rôle de variable médiatrice, la qualité de vie demeurant la variable dépendante comme dans les précédents modèles (**figure 6**).



**Figure 5** – Modèle de médiation final. (\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$ )

- - - - - : relation directe
- — : relation indirecte (médiation)

Dans ce modèle, on retrouve de façon superposable aux modèles précédemment testés des corrélations significatives entre la démission et les variables médiatrices : ces corrélations sont négatives pour l'estime de soi ( $-0.554$ ,  $p < 0.001$ ) et pour l'auto-efficacité ( $-0.535$ ,  $p < 0.001$ ), et positive pour le désespoir ( $0.632$ ,  $p < 0.001$ ). Par contre, il n'y a que l'estime de soi et l'auto-efficacité qui exhibent un lien significatif avec la qualité de vie, de respectivement  $0.321$  ( $p < 0.01$ ) et  $0.258$  ( $p < 0.01$ ), la corrélation entre désespoir et qualité de vie n'étant pas significative ( $p > 0.05$ ).

Cette fois-ci, on constate un lien direct significatif entre la démission et la qualité de vie ( $-0.216$ ,  $p < 0.05$ ). Enfin, la relation indirecte entre la démission et la qualité de vie est estimée à significative à  $-0.410$  ( $p < 0.001$ ). En sommant les effets direct et indirect entre la démission et la qualité de vie, on trouve ainsi un effet total de  $-0.626$  ( $p < 0.001$ ) pour la relation entre démission et qualité de vie dans ce modèle.

L'effet direct et l'effet indirect entre la démission et la qualité de vie étant tous deux significatifs dans ce modèle, cela nous indique un modèle de médiation partielle entre la démission et la qualité de vie, cette médiation étant effectuée par l'estime de soi et l'auto-efficacité. On peut donc en conclure que si la démission influence directement la qualité de vie, une partie de la corrélation

observée entre ces deux variables s'effectue par l'intermédiaire de l'estime de soi et de l'auto-efficacité. Enfin, le coefficient de détermination  $R^2$  de la qualité de vie dans ce modèle étant estimé à 0.525 ( $p < 0.001$ ), on peut en conclure que les relations mises en évidence entre démission, estime de soi, auto-efficacité et qualité de vie sont à l'origine d'un peu plus de la moitié de la variance de la qualité de vie.

## 5. Discussion

Les buts de ce travail étaient d'explorer les liens entre l'auto-stigmatisation chez les patients psychiatriques et ses répercussions sur la qualité de vie de ces derniers, ainsi que le rôle joué par d'autres variables psychologiques comme l'estime de soi, le désespoir et l'auto-efficacité dans cette relation. En particulier, nous avons voulu étudier plus en détail le rôle respectif des dimensions de l'auto-stigmatisation – acceptation, juste colère, démission, dévoilement circonstancié – au sein de ces relations, et le poids individuel qu'elles exercent sur la dégradation de la qualité de vie chez les patients qui s'auto-stigmatisent.

### 5.1 Juste colère et « stigma resistance »

En premier lieu, nous avons pu établir que les quatre dimensions d'auto-stigmatisation étudiées dans ce travail sont associées à une qualité de vie diminuée (cf. 4.1 *Corrélations entre les variables*). Une baisse de l'estime de soi, le sentiment de désespoir et une diminution de l'auto-efficacité personnelle étaient également positivement corrélés à une qualité de vie inférieure. Toutefois, là où l'acceptation, la démission et le dévoilement circonstancié exhibaient une corrélation avec l'estime de soi, le désespoir et l'auto-efficacité, la dimension de la juste colère n'a pas montré d'association significative avec ces variables dont nous souhaitons tester le rôle médiateur dans la relation à la qualité de vie, invalidant ainsi en amont tout modèle de médiation de ce type. La juste colère demeurant néanmoins corrélée à une diminution de la qualité de vie, cela suggère que cette dimension de l'auto-stigmatisation affecte l'existence des patients psychiatriques via des mécanismes

différents que pour l'acceptation, la démission et le dévoilement circonstancié. Ce résultat corrobore d'autres études mettant en évidence un comportement divergent de la juste colère par rapport aux autres dimensions de l'auto-stigmatisation. En effet, les études utilisant l'Internalised Stigma of Mental Illness scale (ISMI), un outil de mesure en anglais de l'auto-stigmatisation comprenant également une composante de juste colère (« righteous angry ») (20) font fréquemment abstraction de cette composante de juste colère dans leurs analyses, ses performances statistiques et sa corrélation avec le reste de l'échelle étant fréquemment considérées comme insuffisantes (11,12,20,21). Néanmoins, cette composante de juste colère est alors généralement associée à une meilleure qualité de vie, et plutôt considérée comme le reflet d'une attitude de « stigma resistance », une composante de l'empowerment (22). On peut également rappeler dans ce contexte les modèles de Corrigan (5,13) , qui émettent l'hypothèse qu'une attitude de juste colère serait le reflet d'une estime de soi préservée, agissant ainsi comme facteur protecteur contre l'auto-stigmatisation. Comme nous ne retrouvons pas ces résultats ici, la juste colère ne corrélant pas avec l'estime de soi et étant associée à une qualité de vie diminuée comme toutes les autres dimensions de l'auto-stigmatisation, il semble que les notions de juste colère et de « stigma resistance » sont des concepts qui mériteraient d'être investigués plus en profondeur. On retrouve justement dans la littérature un regain d'intérêt ces dernières années pour ce sujet, avec quelques études récentes concentrant leurs recherches sur ce phénomène en particulier. (23,24).

## *5.2 Démission et « why-try effect »*

En deuxième lieu, nos hypothèses de médiation ne se sont que partiellement vérifiées. Nous avons émis la proposition que l'estime de soi, le désespoir et l'auto-efficacité agiraient comme médiateurs du lien constaté entre les dimensions de l'auto-stigmatisation – acceptation, juste colère, démission et dévoilement circonstancié – et la qualité de vie. Or, cette hypothèse s'est uniquement confirmée pour la dimension de la démission. En effet, les trois autres dimensions, une fois considérées au sein des modèles de médiation (cf. **figures 3,4,5**) ne montraient plus de relation avec

la qualité de vie, que ce soit de façon directe (sans médiateur) ou indirecte, via l'interposition de l'estime de soi, du désespoir ou de l'auto-efficacité personnelle. Pour la démission, ce lien s'est néanmoins avéré très fort compte tenu de l'identification d'un modèle de médiation complète, suggérant une importance centrale de l'estime de soi, du désespoir et de l'auto-efficacité vis-à-vis des répercussions qu'entraîne le sentiment de démission sur la qualité de vie des patients psychiatriques. Ces résultats peuvent être mis en lien avec le concept du « why-try effect » de Corrigan (6,25) . Ce modèle, conceptualisé comme l'aboutissement du processus d'auto-stigmatisation, se caractérise par une baisse de l'estime de soi associée au renoncement à entreprendre à combattre la stigmatisation associée à sa condition, par exemple en renonçant à rechercher un emploi. La démission représente bien ce phénomène, et les fortes associations que nous avons trouvées avec une baisse de l'estime de soi et de l'auto-efficacité corroborent le modèle du « why-try effect » ainsi que les études similaires sur le sujet (11). Les études étudiant le rôle de l'espoir dans le lien entre auto-stigmatisation et qualité sont plus rares, mais l'association que nous avons trouvée est également superposable aux résultats des quelques travaux existants qui y sont consacrés (10,11).

### *5.3 Estime de soi, auto-efficacité et désespoir*

Enfin, la dernière étape de nos analyses a consisté à confronter l'importance relative des trois variables que nous avons identifiées comme médiateurs de la relation entre la démission et la qualité de vie (**figure 6**). Il s'agit d'une étape de recherche supplémentaire que nous avons effectuée au vu de la forte significativité des relations de médiation découvertes. Nous avons alors testé un modèle où nous observions simultanément l'effet médiateur de l'estime de soi, du désespoir et de l'auto-efficacité sur la relation entre la dimension de la démission uniquement et la qualité de vie. Nous avons alors pu constater que l'estime de soi et l'auto-efficacité exerçaient rôle de variable médiatrice sur la relation entre démission et qualité de vie, mais que l'espoir ne jouait plus de rôle dans cette relation. La démission conservait un lien direct significatif sur la qualité de vie dans ce modèle, ce qui indique un modèle de médiation partielle de l'estime de soi et de l'auto-efficacité sur la relation entre



démission et qualité de vie. Ceci correspond avec la littérature et les modèles existants, qui démontrent une baisse de l'estime de soi et de l'auto-efficacité chez les patients qui s'auto-stigmatisent, tout comme ceux en proie à des phénomènes de démission, cet impact sur l'estime de soi et l'auto-efficacité étant par ailleurs au cœur des conséquences négatives qu'entraîne l'auto-stigmatisation. Quant à l'absence de significativité de l'espoir dans ce modèle, on peut supputer que le modèle de médiation direct observé précédemment dans ce travail (**figure 3**) était à mettre sur le compte de la probable superposition de la mesure de l'espoir avec celles de l'estime de soi et de l'auto-efficacité. En effet, ces notions étant au final voisines, il est probable que les scores qui se proposent de les mesurer ne soient pas parfaitement spécifiques.

#### *5.4 Perspectives*

Ces résultats mettent en avant l'importance des phénomènes de démission, de baisse de l'estime de soi et de dégradation de l'auto-efficacité associés à l'auto-stigmatisation, ainsi que leur impact majeur sur la qualité de vie des patients psychiatriques. Il s'agit donc là de cibles d'intervention pertinentes à considérer dans la prise en charge de patients, lorsque l'on suspecte des comportements d'auto-stigmatisation. A cet effet, les thérapies de type cognitivo-comportementale visant à éradiquer les schémas de pensée menant à la démission ou la baisse d'estime de soi semblent prometteurs (13). Les thérapies de groupe avec une approche similaire ont également montré des résultats intéressants (26). Il faut toutefois garder à l'esprit que les phénomènes de stigmatisation et leurs conséquences faisant l'objet de ce travail sont la résultante de mécanismes infondés exercés par la société à l'égard de ses membres, et que des interventions à échelle sociétale de dé-stigmatisation des pathologies psychiatriques doivent également être entreprises.

#### *5.5 Limitations*

La principale limitation que l'on peut objectiver à cette étude est que, bien que mettant en évidence des corrélations entre l'auto-stigmatisation, des variables psychologiques associées et leurs répercussions, des études longitudinales seraient nécessaires pour valider les modèles théoriques

proposés vis-à-vis de la survenue de l'auto-stigmatisation et de ses conséquences. C'est également ce que met en évidence une méta-analyse de Livingston (8) sur le sujet. Malgré cela, il persiste à l'heure actuelle un manque d'études étudiant des liens de causalité à l'origine de l'auto-stigmatisation avec un suivi au cours du temps pour vérifier ces hypothèses. On peut également relever une taille d'échantillon relativement modeste. Toutefois, malgré une puissance statistique réduite, de nombreuses associations ont malgré tout pu être mises en évidence.

## *6. Conclusion*

Le but de ce travail était d'étudier les relations entre l'auto-stigmatisation, des variables psychologiques associées et les conséquences négatives qui en résultent, afin de mieux comprendre la survenue des mécanismes complexes qui l'entourent, et ainsi améliorer la prise en charge des patients psychiatriques souffrant des stigmates associés à leur condition mentale. Les analyses effectuées corroborent la littérature existant dans ce domaine sur certains points, insistant ainsi sur l'importance de la baisse d'estime de soi et d'auto-efficacité associées à l'auto-stigmatisation. L'exploration des différentes dimensions connues de l'auto-stigmatisation a permis de révéler l'importance du phénomène de démission, et son association forte aux conséquences néfastes de l'auto-stigmatisation. Nous suggérons qu'un score élevé dans la dimension de la démission lors de dépistage de l'auto-stigmatisation chez les patients psychiatriques devrait donc être considéré comme un facteur de gravité, et que la prise en charge devrait également chercher à remédier à ce phénomène, compte tenu des conséquences négatives qui y sont associées.

## 7. Bibliographie

1. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv. United States*; 2008 Dec;59(12):1437–42.
2. Drapalski AL, Lucksted A, Perrin PB, Aakre JM, Brown CH, DeForge BR, et al. A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatr Serv. United States*; 2013 Mar;64(3):264–9.
3. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res. Ireland*; 2004 Dec;129(3):257–65.
4. Watson AC, Corrigan P, Jonathon E. Self-Stigma in People With Mental Illness. 2007;33(6):1312–8.
5. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol Sci Pract.* Corrigan, Patrick W.: University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation, 7230 Arbor Drive, Tinley Park, IL, US, 60477, p-corrigan@uchicago.edu: Blackwell Publishing; 2002;9(1):35:53-35:53.
6. Corrigan PW, Bink AB, Schmidt A, Jones N, Rusch N. What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *J Ment Health. England*; 2016;25(1):10–5.
7. Corrigan PW, Michaels PJ, Powell K, Bink A, Sheehan L, Schmidt A, et al. Who Comes Out With Their Mental Illness and How Does It Help? *J Nerv Ment Dis. United States*; 2016 Mar;204(3):163–8.
8. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness : A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med [Internet]. Elsevier*

Ltd; 2010;71(12):2150–61. Available from:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>

9. Vass V, Morrison AP, Law H, Dudley J, Taylor P, Bennett KM, et al. How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatry Res. Ireland*; 2015 Dec;230(2):487–95.
10. Oliveira SEH, Carvalho H, Esteves F. Internalized stigma and quality of life domains among people with mental illness: the mediating role of self-esteem. *J Ment Health. England*; 2016;25(1):55–61.
11. Mashiach-Eizenberg M, Hasson-Ohayon I, Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: the mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Res. Ireland*; 2013 Jun;208(1):15–20.
12. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull. United States*; 2007 Jan;33(1):192–9.
13. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry. United States*; 2012 Aug;57(8):464–9.
14. Mak WWS, Cheung RYM. Self-Stigma Among Concealable Minorities in Hong Kong: Conceptualization and Unified Measurement. 2010;80(2):267–81.
15. Dumont M, Schwarzer R, Jerusalem M. French Adaptation of the General Self-Efficacy Scale- Auto-efficacité Généralisée [Internet]. Available from: [userpage.fuberlin.de/~health/french.htm](http://userpage.fuberlin.de/~health/french.htm), 2000

16. Vallieres EF, Vallerand RJ. Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *Int J Psychol.* 1990;25(2):305–16.
17. Bouvard, M. et al. Étude de l'échelle de désespoir de Beck (Hopelessness Scale). *Encephale.* 1992;18:237–40.
18. Morandi S. Mesurer la stigmatisation perçue chez les personnes souffrant de troubles psychiques : traduction française, validation et adaptation de la Stigma Scale. 2013;
19. Leplege A. Psychometric properties of a new instrument for evaluating quality of life, the WHOQOL-26, in a population of patients with neuromuscular diseases. *Encephale.* 1999;26(5):13–22.
20. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res. Ireland;* 2003 Nov;121(1):31–49.
21. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma , prejudice and discrimination : a review of measures. 2010;
22. Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv. United States;* 1997 Aug;48(8):1042–7.
23. O'Connor LK, Yanos PT, Firmin RL. Correlates and moderators of stigma resistance among people with severe mental illness. *Psychiatry Res. Ireland;* 2018 Dec;270:198–204.
24. Firmin RL, Luther L, Lysaker PH, Minor KS, Salyers MP. Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Schizophr Res. Netherlands;* 2016 Aug;175(1–3):118–28.
25. Corrigan PW, Larson JE, Rusch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and

evidence-based practices. *World Psychiatry*. Italy; 2009 Jun;8(2):75–81.

26. Lucksted A, Drapalski A, Calmes C, Forbes C, DeForge B, Boyd J. Ending self-stigma: pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatr Rehabil J*. United States; 2011;35(1):51–4.