

Estime de soi et troubles psychiatriques à l'adolescence

Marie-Sa Guillon¹, Marc-Antoine Crocq², Franz Bartholomé³, Jean-Paul-Macher⁴, Marc Anseau⁵

^{1,2} Médecin psychiatre, praticien hospitalier ff, unité des adolescents, CHS Rouffach

³ Chef de service, CH Saint-Joseph, Liège

⁴ Chef de service, secteur VIII, CHS Rouffach

⁵ Professeur de psychiatrie et psychologie médicale et chef de service, CHU Sart-Tilman, Université de Liège

KEYWORDS: Self-Esteem, Adolescence, Psychiatric disorder

ABSTRACT

Self-esteem refers to the individual's perception of his and her competence, value, and worthiness of respect.

The early years are critical in forming a base of self-esteem; it develops as a result of positive or negative experiences during childhood.

Self-esteem has been identified as an important parameter of adolescent development.

This suggest the importance of considering self-esteem in adolescence. This study examined the different data on self-esteem of well adolescents and psychiatric adolescents.

The results are discussed.

Introduction

L'adolescence est une période de changement, de mouvement, un passage oblige : il faut passer de l'état de dépendance à l'état d'indépendance, devenir autonome : se séparer, s'individualiser, se libérer de l'emprise parentale, s'adapter au monde extérieur, s'investir dans de nouvelles relations. C'est un processus psychologique évolutif. Si nous nous référons à l'étymologie du mot *adolescence*, *adolescere* en latin signifie grandir. Globalement, l'adolescent doit choisir de nouveaux centres d'intérêt et de respect (Marcelli et Braconnier, 1995).

Progressivement, il prend conscience de soi, et devient capable de mieux se percevoir. Dans une approche analytique, l'adolescence est considérée soit comme un phénomène de crise, avec un aspect de bouleversement, soit comme un deuxième processus de séparation-individualisation (Marcelli et Braconnier, 1995). Le déroulement de l'adolescence est marqué par des sentiments d'insécurité, de vulnérabilité, de doute, et de violence. «Grandir est par nature un acte agressif.» (Winicott). Dans une approche sociologique, l'adolescence est considérée soit comme une période de transition qui permet l'insertion dans la vie sociale, soit comme un groupe social avec ses caractéristiques socioculturelles propres, ses difficultés différentes en fonction du genre et de l'époque (Harper et Marshall, 1991). Globalement, on subdivise l'adolescence en trois périodes : le début de l'adolescence de 12 à 14 ans caractérise par le début de la puberté ; le milieu de l'adolescence de 15 à 17 ans, considéré par certains auteurs comme une période de stress important (Harper et Marshall, 1991) et la fin de l'adolescence.

L'estime de soi est définie comme étant l'opinion que tout individu a de lui-même et qu'il maintient. C'est l'expression d'une satisfaction ou insatisfaction personnelle. La définition de l'estime de soi a progressivement évolué en fonction des auteurs : Rosenberg en 1965 démontre l'importance des performances sociales, du mérite personnel, et de l'apparence physique ; en 1967, S. Coopersmith insiste sur le sentiment de compétence, de pouvoir, et Beck sur l'importance de l'interprétation personnelle des événements de vie ; la définition de P. Robson (1989) nous apparaît intéressante à citer : «the sense of contentment and self acceptance that results from a person's appraisal of his own worth significance attractiveness competence and ability to satisfy his aspiration». D'après S. Coopersmith, tous les aspects de la vie peuvent être affectés par le niveau d'estime de soi. Il existe une relation entre estime de soi et capacité d'adaptation au changement ; une faible estime de soi peut affecter profondément la capacité à s'adapter au changement (Modrcin) ; une haute estime de soi est liée à une bonne intégration sociale, scolaire ou professionnelle. Un individu qui a une haute estime de soi, face à une situation difficile, développera plus facilement un comportement adapté, et il tendra à présenter une image positive de lui-même (Alaphilippe et al., 1997) ; celui qui a une faible estime de soi adoptera un comportement inadapté, reconnu comme tel par son entourage, ce qui pourra renforcer son sentiment d'incapacité, sa faible estime de soi, et induire une tendance au retrait social. Ainsi, certains auteurs distinguent une psychologie propre aux individus à haute estime de soi ou faible estime de soi. Ceux qui ont une faible estime de soi sont affectés par l'échec et ceux qui ont une haute estime de soi, tentent de dévaloriser la dimension sur laquelle ils ont échoué. L'estime de soi détermine donc la capacité que nous avons à croire en notre réussite, en nos compétences, et à nous adapter à de nouvelles situations, en facilitant ou inhibant notre engagement dans certaines stratégies.

Alaphilippe suggère que l'estime de soi constitue l'aboutissement d'un processus adaptatif.

Les premières années de vie sont importantes et critiques pour construire la base de l'estime de soi (Litt, 1996). Elle se développe progressivement à partir d'expériences vécues positives ou négatives. Durant l'adolescence, l'estime de soi et le sentiment de continuité sont menacés en raison de l'émergence pubertaire. La confrontation entre les objectifs idéaux, les désirs et la réalité de la vie, provoque ainsi une diminution de l'estime de soi (Bomba, 1988). L'adolescent tente de se maîtriser en s'appuyant sur ses ressources internes et sur ses relations sociales et familiales.

D'après les différentes études réalisées, les adolescents sains ont une estime de soi plus élevée que les adolescents fréquentant un centre de santé mentale, quel que soit l'âge ou le sexe (Mordcin). Il existe une relation entre l'estime de soi et le sexe, en fonction de la tranche d'âge étudiée : les filles âgées de 12 à 14 ans ont une estime de soi plus élevée ($m = 80,4/100$) que les garçons ($m = 68,5/100$) et les garçons âgés de 17 à 19 ans ont une estime de soi plus élevée ($m = 73,3/100$) que les filles ($m = 63,1/100$) (Mordcin). De plus, les adolescents qui pratiquent une activité sportive régulière présentent une estime de soi plus élevée que les adolescents ne pratiquant aucun sport (Modrcin). Thornton et Ryckman, (1991) soulignent qu'il existe une relation entre l'estime de soi et l'apparence physique, quel que soit le sexe et la période de l'adolescence. D'après Ferrari (1989), le rapport que les jeunes patients entretiennent avec leur image du corps peut être à l'origine d'une blessure narcissique, d'une baisse de l'estime de soi.

Les étudiants de dernière année, en orientation technique, «in a vocational-technical curriculum» qui ont un projet professionnel fiable, ont une plus haute estime d'eux-mêmes comparativement aux étudiants de première années (Scott et al., 1989) ; ils ont confiance en leur avenir. Par contre, les étudiants de dernière année d'un enseignement normal «in college-oriented curriculum», sans projet professionnel, ont une estime de soi plus faible que les premières années. L'estime de soi serait un facteur déterminant dans la poursuite ou l'abandon des études supérieures. Les étudiantes âgées de 14 à 16 ans rapportent globalement plus de problèmes concernant les divers domaines de leur vie, et une plus faible estime d'elles-mêmes que les étudiants de la même tranche d'âge (Harper et Marshall, 1991). Il existe une relation entre le nombre croissant d'évènements de vie négatifs et la diminution de l'estime de soi (Youngs et al., 1990).

Les adolescentes enceintes ont une estime de soi soit plus haute, soit plus basse, soit comparable à celle de leur paires (Bolden et Williams, 1995 ; Connelly, 1998 ; Kellinger, 1985 ; Matsuhashi et Felice, 1991 ; Robinson et Franck, 1994).

Dans le contexte clinique, l'estime de soi est un concept étudié en psychiatrie adulte, et en psychiatrie de l'enfant ou de l'adolescent. Les données épidémiologiques concernant l'adolescence indiquent actuellement une augmentation de la prévalence des troubles dépressifs, du nombre de tentatives de suicide, et une diminution de la moyenne d'âge du début d'apparition d'un trouble dépressif ou des conduites à risque. Globalement, la prévalence des troubles psychiatriques a été estimée à 15-20 %. Des auteurs objectivent une relation entre l'estime de soi et les tentatives de suicide (Overholser et al. 1995, Pinto et Whisman, 1996) ou l'estime de soi et la dépression (Battle et al. 1988 ; Biby, 1998 ; Bomba, 1988 ; Brage et al., 1995 ; Brage et Meredith, 1994 ; Dori et Overholser, 1999 ; Modrcin, Orvaschel et al., 1997 ; Overholser et al. 1995, Workman et Beer, 1989) ou l'estime de soi et les troubles anxieux (Battle et al., 1988

; Banos et Guillem 2000, Coopersmith, 1984) ou l'estime de soi et les troubles des conduites alimentaires (Button et al., 1997).

Le but de notre étude est premièrement de comparer le niveau d'estime de soi d'une population d'adolescents hospitalisés en unité psychiatrique à celle d'une population contrôle saine, deuxièmement d'évaluer le niveau d'estime de soi au travers de différentes entités diagnostiques, et troisièmement d'étudier au sein de la population clinique, les inter-relations entre l'estime de soi et différentes variables (antécédents personnels, absentéisme scolaire...).

Méthode

POPULATION CONTRÔLE

Notre population contrôle était composée de 119 adolescents (55,4 % de filles ; n = 66) (54,6 % de garçons ; n = 53), dont la moyenne d'âge est de 16,02 ans (12 à 20 ans), de nationalité française ou belge, toutes classes socio-économiques confondues, scolarisés, et ne présentant, au moment de l'étude, aucun trouble psychiatrique et aucun antécédent de tentative de suicide. Ils ont été recrutés soit en milieu scolaire, soit dans le cadre de leurs activités extrascolaires, en différentes régions de France ou de Belgique. Ils ont été informés oralement qu'ils participaient à une étude.

POPULATION CLINIQUE

Notre population clinique était composée de 131 adolescents (62,5 % de filles ; n = 82) (37,5 de garçons ; n = 49), dont la moyenne d'âge de 16,3 ans (12 à 20 ans) de nationalité française et belge, toutes classes socio-économiques confondues, hospitalisés au cours des années académiques 1999-2000 et 2000-2001, en primo-admission au sein d'une unité pour adolescents. Pour être inclus dans l'étude, le jeune devait présenter un diagnostic défini selon les critères diagnostiques spécifiques du DSM₄ ; l'hypothèse diagnostique était posée après une évaluation de deux psychiatres. Les antécédents familiaux psychiatriques et les capacités d'adaptation dans les différents domaines (familial, scolaire, social, affectif) de la vie étaient systématiquement évalués. Les troubles mentaux considérés furent les épisodes dépressifs majeurs (n = 22), les troubles anxieux (n = 25) (états de stress post traumatiques, les états de stress aigus ou trouble panique), les troubles psychotiques (n = 28, 16,5 % présentaient une symptomatologie productive, 53,5 % une symptomatologie déficitaire) (hypothèse diagnostique de schizophrénie ou trouble schizophréniforme), les troubles des conduites alimentaires (anorexie type restrictive) (n = 6 filles), les troubles des conduites (n = 4 garçons). Quarante-six adolescents présentaient des difficultés parents-enfants.

On notait, des antécédents de tentatives de suicide uniques ou répétitives dans 0,5 %, de traumatismes sexuels uniques ou répétitifs durant l'enfance ou début de l'adolescence dans 11 %. Cinquante pour cent des adolescents consommaient des substances psycho-actives, 39 % présentaient une rupture scolaire, 36,5 % une rupture sociale, et 62 % n'avaient pas de petit(e) ami(e). En ce qui concerne les facteurs environnementaux, on notait dans 41 % des cas, un éclatement de la cellule familiale.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons choisi le test de l'estime de soi de Coopersmith S., forme scolaire, traduit en français (S.E.I.), comme instrument de mesure de l'estime de soi. Ce test a fréquemment été utilisé dans le cadre de différentes recherches et dans la pratique clinique individuelle ou en groupe. La fiabilité et la validité ont été démontrées. Il comprend 58 items clairs, donnant lieu à deux types de réponses (« me ressemble » et « ne me ressemble pas »), décrivant les sentiments, les opinions et les réactions individuelles, en recouvrant les différents domaines d'activités habituelles de l'adolescent scolarisé. Il est donc composé d'une sous-échelle générale de 26 items, et de 3 sous échelles familiale, sociale, et scolaire (8 items chacune).

Les valeurs obtenues permettent d'apprécier dans quel domaine l'adolescent a une image positive ou négative de lui-même. Le score total (somme des 4 sous échelles) varie entre 0 et 50 ; la valeur 18/50 est considérée comme valeur limite en deçà de laquelle l'estime de soi est très basse. Une échelle de mensonge évalue l'attitude défensive à l'égard du test. Nous avons uniquement utilisé la forme scolaire de ce test : notre méthodologie diffère donc de celle de Modrain Talbott et al. (1998a, 1998b), qui utilisa dans son étude les formes scolaires et adultes du test de l'estime de soi en fonction de la tranche d'âge étudiée (12-16 ans et 17-20 ans). Pour l'analyse des résultats, nous avons uniquement utilisé le score total.

Les adolescents de la population contrôle ont rempli le S.E.I., soit en milieu scolaire, soit dans le cadre de leurs activités extrascolaires. Tous les adolescents hospitalisés ont répondu au test, au terme de l'entretien d'admission.

Pour les statistiques, nous avons utilisé le programme S.P.S.S. La moyenne totale du score total du S.E.I. a été comparée entre les deux populations étudiées, utilisant le test T de Student, quand deux groupes étaient comparés, ou Anova, quand trois groupes ou plus, étaient comparés. Le seuil de significativité était fixé à $p = 0.05$.

Résultats

POPULATION CONTRÔLE ET CLINIQUE

La moyenne totale du score atteint par la population contrôle, indépendamment de l'âge et du sexe, était élevée (moyenne +/- sd = 36,83 +/- 5,68). Les filles et les garçons avaient une moyenne des scores similaire (36,80 +/- 6,03 et 36,87 +/- 5,28, respectivement).

Le score total au S.E.I. obtenu par la population clinique était significativement plus faible que celui obtenu par la population contrôle (moyenne +/- sd = 21,37 +/- 9,05) ($p = 0,000$; T test) (cf. figure 1 - Annexe). Le score obtenu par les adolescentes était inférieur à celui obtenu par les adolescents (moyenne +/- sd = 19,86 +/- 8,33 et moyenne +/- sd = 23,86 +/- 9,70 respectivement pour les filles et les garçons).

Tableau 1a
Représentation des pathologies

Pathologies %	Troubles Anxieux	Troubles Dépressifs	Troubles psychotiques	Troubles des conduites alimentaires	Troubles Difficultés relationnelles	Troubles des conduites
100	19	17	21	5	35	3

Tableau 1b
Comorbidité associée toute pathologie confondue

Comorbidité	%
Antécédents de passages à l'acte	40,5
Abus de substances psycho-actives	34,5
Traumatismes sexuels durant l'enfance	11

Tableau 1d
Environnement scolaire, social, affectif

Situation	%
Rupture familiale	41,1
Rupture scolaire	39
Rupture sociale	36,5
Pas de petit(e) ami(e)	62

Tableau 2
Score total en fonction des pathologies

Score Diagnostic	Moyenne	Standard deviation
Troubles Anxieux	20,56	9,37
Troubles Psychotiques	21,93	9,75
Troubles de la Personnalité	19,78	7,37
Troubles Dépressifs	20,00	6,44
Troubles des conduites alimentaires	29,00	14,77
Troubles des conduites	37,00	9,35

Tableau 3
Score total des troubles psychotiques

Score total T.P.	Moyenne	Standard deviation
Symptomatologie productive (n = 11)	27,92	8,53
Symptomatologie déficitaire (n = 11)	16,36	7,31

DIAGNOSTIC

Dans la population clinique, nous n'avons pas obtenu de différence du niveau d'estime de soi entre les adolescents qui présentaient un épisode dépressif majeur (moyenne + /- sd = 20,00 + /- 6,44) ou ceux qui présentaient un trouble anxieux (moyenne + /- 20,56 + /- 9,37) ou un trouble psychotique, (symptomatologie déficitaire ou productive) (moyenne + /- = 21,93 + /- 9,75) ou des difficultés relationnelles parents-enfants (moyenne + /- = 19,78 + /- 7,37). Les adolescents qui présentaient un trouble des conduites alimentaires ou un trouble des conduites (moyenne + /- sd = 29,00 + /- 14,67 et moyenne + /- sd = 37,00 + /- 5,35 respectivement) avaient un score total plus élevé que celui obtenu par la population contrôle.

Cependant, le nombre des patients de ces deux sous-groupes était limité ; les résultats obtenus ne sont donc pas représentatifs.

En ce qui concerne les troubles psychotiques, les scores totaux diffèrent en fonction du tableau clinique initial : les adolescents psychotiques présentant une symptomatologie productive prédominante ($n = 11$) ont un score total plus élevé que les adolescents psychotiques présentant une symptomatologie déficitaire ($n = 11$) (moyenne \pm sd = 27,92 \pm 8,53 ; moyenne \pm sd = 16,36 \pm 7,31 respectivement).

HISTOIRE

Dans notre population clinique, quel que soit le diagnostic, les adolescents qui ont des antécédents personnels de tentatives de suicide ont un score total d'estime de soi significativement plus bas que les adolescents sans antécédents (moyenne \pm sd = 19,5 \pm 8,02 et moyenne \pm sd = 22,8 \pm 9,5 respectivement ; $p = 0,032$; t-test). Ceux qui ont des antécédents de traumatismes sexuels uniques ou répétitifs, ont un score SEI faible, mais non significatif, par rapport aux adolescents sans antécédent de traumatisme (moyenne \pm sd = 19,07 \pm 5,23 et moyenne = 21,69 \pm 9,41 respectivement ; $p = 0,125$).

Les adolescents qui présentaient un absentéisme scolaire tendaient à avoir un score d'estime de soi plus faible que les autres (moyenne \pm sd = 19,35 \pm 8,97 et moyenne \pm sd = 22,96 \pm 8,99 respectivement ; $p = 0,028$). Enfin, le score de l'estime de soi diminuait en fonction du degré du repli sur soi (réseau social investi : 23,30 \pm 1,04 ; repli modéré : 19,69 \pm 1,37 ; rupture sociale : 18,50 \pm 2,68 respectivement).

Nous n'avons pas trouvé de différence du score total du SEI entre les adolescents qui n'avaient pas de petit(e) ami(e) et les autres (moyenne \pm sd = 21 \pm 9,3 et moyenne \pm sd = 22 \pm 8,7 respectivement). Nous n'avons pas trouvé de relation significative entre le niveau d'estime de soi et la consommation de substances psycho-actives, ou les antécédents psychiatriques familiaux ou l'éclatement de la cellule familiale.

Discussion

Les valeurs du niveau de l'estime de soi de notre population contrôle est supérieure à celles de notre population clinique. Dans notre étude, la moyenne du score total des adolescents contrôles est de 36,83 \pm 5,68 sur 50 ; ces résultats correspondent à ceux des études antérieures (Modrcin). Ainsi, les adolescents sains possèdent une image positive d'eux-mêmes ; ils ont le sentiment de maîtriser les événements de leur vie, et d'avoir les capacités à faire face aux exigences actuelles et futures (Claes, 1991). D'après la littérature, il existe des différences significatives du niveau d'estime de soi en fonction de la tranche d'âge étudiée, et de l'investissement des adolescents dans leurs activités sportives (Modrcin). Nos résultats suggèrent une relation négative entre l'estime de soi et la psychopathologie : les adolescents dépressifs, anxieux, psychotiques ou présentant des traits des difficultés relationnelles parents-enfant avaient une faible estime de soi, comparativement aux adolescents sains. Les adolescents présentant un trouble des conduites alimentaires ou un trouble des conduites avaient un score plus élevé que les adolescents contrôles ; mais ces résultats peuvent être largement controversés, étant donné le nombre limite de notre échantillon.

Les adolescents dépressifs de notre étude avaient une faible estime d'eux-mêmes, associée à une perte d'espoir, une perception négative concernant le futur, un sentiment d'impuissance et de vulnérabilité au stress ; nos résultats correspondent aux données de la littérature (Brage et al., 1995 ; Dori et Overholser, 1999 ; Modrcin, Orvaschel et al., 1997 ; Workman et Beer, 1989). Dori et Overholser (1999), comparant les adolescents dépressifs avec ou sans antécédents de tentatives de suicides uniques ou répétitives, n'objectivent pas de différence du niveau d'estime de soi entre les différents groupes étudiés.

Pinto et Whisman (1996) rapportent que les adolescents aux antécédents de tentatives de suicides uniques ou répétitives ont une estime de soi plus faible que les adolescents sans antécédent de passage à l'acte. La faible estime de soi serait un bon facteur discriminatif pour évaluer les risques de tentatives de suicide. Une estime de soi élevée est considérée par certains auteurs comme un facteur protecteur contre un comportement suicidaire (Overholser et al., 1995). Globalement, on rapporte une relation étroite entre la perte d'espoir et la dépression, ce qui peut contribuer aux tendances suicidaires à l'adolescence. En ce qui concerne, le rôle potentiel de l'estime de soi dans l'étiologie de la dépression, le débat reste ouvert (Orvaschel et al., 1997) : est-ce que la faible estime de soi prédispose à la dépression, ou est-ce que la dépression est simplement corrélée aux affects dépressifs ? Notre étude n'apporte pas d'éléments nouveaux de discussion. De toute façon, il semble important de prendre en considération ce trait dans la compréhension du trouble dépressif, à l'adolescence et du risque suicidaire (Dori et Overholser, 1999).

Les adolescents anxieux de notre étude avaient une faible estime d'eux-mêmes ; ce qui correspond aux résultats des études antérieures (Battle et al. 1988 ; Biby, 1998 ; Banos et Guillem 2000).

Les adolescents psychotiques avaient soit une estime de soi relativement bonne, avec une symptomatologie productive, une richesse imaginative retrouvée dans leur délire, une activité hallucinatoire, un sentiment de bien-être, un réseau social investi, soit relativement basse en lien avec une symptomatologie déficitaire prédominante, avec une froideur du contact, un sentiment d'incurabilité, et un retrait social. D'après Steinberg, cite par Basquin et al. (1992), la faible estime de soi peut être considérée comme un signe précurseur de la schizophrénie, tout autant que l'émoussement affectif, la diminution de la motivation ou l'isolement.

Les adolescents présentant des difficultés relationnelles parents-enfant avaient une faible estime d'eux-mêmes.

Quarante pour cent des adolescents de notre étude, toute pathologie confondue, présentaient des antécédents de comportements suicidaires. Ils avaient un score d'estime de soi très faible.

Onze pour cent des adolescents de notre étude avaient des antécédents de traumatismes sexuels uniques ou répétitifs durant l'enfance ou l'adolescence. Il est reconnu que les enfants qui ont été physiquement ou émotionnellement abusés ont un plus grand risque de développer une faible estime de soi (Litt, 1996). Les adolescents abusés présentent une très faible estime de soi, une symptomatologie dépressive marquée, associée à des pensées intrusives (Feiring et al., 1999).

Nous ne pouvons à ce jour confronter nos résultats concernant les troubles des conduites alimentaires et les troubles des conduites, étant donné le nombre limite de notre échantillon.

Nous n'avons trouvé aucune relation significative entre estime de soi et éclatement de la cellule familiale, contrairement aux résultats de Mc Cormick et Kennedy (2000), qui rapportent que les étudiants dont les parents, ont divorcés, ont un faible score au test S.E.I.

Dans le cadre d'une prise en charge d'adolescents, les auteurs insistent sur l'intérêt d'une approche psychothérapeutique centrée sur l'estime de soi (Dori et Overholser, 1999, Haney et Durlak, 1998, Robson, 1989). Ce devrait être un des problèmes clés. Ils recommandent de se concentrer spécifiquement sur l'estime de soi, plutôt que d'espérer que le rapport estime de soi sur concept de soi soit indirectement modifié par l'approche thérapeutique habituelle (Haney et Durlak, 1998). Ainsi, ils considèrent que l'augmentation de l'estime de soi est un élément important dans le processus thérapeutique. Notre étude ne nous permet pas d'apporter des éléments nouveaux de réflexion dans ce domaine ; mais cela pourrait être l'objet d'une prochaine étude, par exemple en re-testant les mêmes sujets après un an d'évolution.

Conclusion

L'estime de soi est le résultat d'expériences vécues durant l'enfance, et continue à se développer durant toute la vie. Une haute estime de soi permet une bonne intégration scolaire, professionnelle, sociale, et familiale. Il existe une relation significative entre l'estime de soi et la psychopathologie. Sur le plan psychothérapeutique, il apparaît particulièrement intéressant de restituer l'estime de soi dans la compréhension de la sévérité ou de la fréquence de certains troubles psychiatriques ou comportements à risque, à l'adolescence ; ce qui permet des interventions thérapeutiques plus spécifiques. Il est possible, que nous n'explorions pas suffisamment, dans la pratique clinique, l'opinion, que l'adolescent a de lui-même. Cette dimension devrait probablement attirer plus notre attention quand nous évaluons et traitons les adolescents. Dans le cadre de notre étude, re-tester après un an ou deux ces mêmes adolescents de nos populations clinique et contrôle nous apparaît utile et intéressant pour apporter d'autres éléments de réflexion concernant la relation entre l'estime de soi et la psychopathologie.

Résumé

L'estime de soi est définie comme étant l'opinion que tout individu a de lui-même. Les premières années de vie sont importantes pour construire la base de l'estime de soi. Elle se développe progressivement à partir d'expériences positives ou négatives. Durant l'adolescence, l'estime de soi est menacée.

References

- Alaphilippe D., Bernard C., Otton S. (1997). Estime de soi, locus de contrôle et exclusion, *Bulletin de Psychologie*, Tome L, n° 429, pp. 331-337.
- Banos R.M., Guillem V. (2000). Psychometric characteristic in a normal and a social phobic sample for a Spanish version of Rosenberg self esteem scale. *Psychol Report*, 87, 269-74.
- Basquin M., Martinot-Paillere M.L., Ouvry O. (1992). *Psychose à l'adolescence*. Editions Techniques ; EMC. 37-215-8-30.
- Battle J., Jarratt L., Smit S., Precht D. (1988). Relations among self-esteem, depression and Anxiety of Children. *Psychol Rep*, 62, 999-1005.
- Biby El. (1998). The relation ship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatisation and obsessive- compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 54, 489-499.
- Bolden L., Williams B.G. (1995). A measurement of self-esteem in pregnant teenagers. *Clin Nurs Res*, 4, 223-231.
- Bomba J. (1988). La dépression chez l'adolescent, étude psychologique et épidémiologique. *Confrontations Psychiatriques, Aspects de la Psychopathologie à l'Adolescence*, n°29.
- Brage D., Campbell-Grossman C., Dunkel J. (1995). Psychological correlates of adolescent depression. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 8, 23-30.
- Brage D., Meredith W. (1994). A causal model of adolescent depression. *J Psychol*. 128, 455-468.
- Button E.J., Loan P., Davies J., Sonuga-Barke E.J.S. (1997). Self-esteem, eating problems and psychological well being in a cohort of schoolgirls aged 15-16: a questionnaire and interview study. *J Int Eat Disord*, 21, 39-47.
- Claes M. (1991) La perception de l'adolescence normale par les spécialistes travaillant auprès d'adolescents. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 39, 393-389.
- Coopersmith S. (1984). *Manuel de l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith S. SEI*, traduction française - éditions du centre de psychologie appliquée, Paris.
- Coopersmith S. (1967). *Self-esteem Inventories*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Connelly C.D. (1998). Hopefulness, self-esteem, and perceived social support among pregnant and nonpregnant adolescents. *Western J Nurs Res*. 20, 195-209.
- Dori G.A., Overholser J.C. (1999). Winter depression, hopelessness and self-esteem : accounting for suicidality in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29 (4) 309-18.
- DSM-IV (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4eme édition, version internationale, traduction française, Guelfi J.D., Masson, Paris.
- Feiring C., Taska L., Lewis M. (1999). Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 23, 115-128.
- Ferrari P. (1989). Réactions psychologiques dans les maladies chroniques de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*. 37, 415-419.
- Haney P., Durlak J.A. (1998). Changing self-esteem in children an adolescents: a meta analytic review. *J Clin Child Psychol*, 27, 423-433.

- Harper J.F., Marshall E. (1991). Winter- adolescents' problems and their relationship to self-esteem. *Adolescence*, 26, 799-808.
- Kellinger K.G. (1985). Factors in adolescent contraceptive use. *Nurse Pract*, 10, 55-62.
- Litt J.F. (1996). Through the looking glass: self-esteem in adolescent. *J Adol Health*, 19, 1.
- Marcelli D., Braconnier A. (1995). *Adolescence et Psychopathologie*. 4 édition. Masson.
- Matsushashi Y., Felice M.E. (1991). Adolescent body image during pregnancy. *J Adolesc Health*, 12, 4, 313-315.
- McCormick C.B., Kennedy J.H. (2000). Father-child separation retrospective and current views of attachment relationship with father, and self-esteem in late adolescence. *Psychol Rep*, 86, 827-834.
- Modrain-Talbott M.A., Pullen L., Ehrenberger H., Zandstra K., Muenchen B. (1998a). Self-esteem in adolescents treated in and outpatient mental health setting. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 21, 159-171.
- Modrain-Talbott M.A., Pullen L., Zandstra K., Ehrenberger H., Muenchen B. (1998b). A study of self-esteem among well adolescents : seeking a new direction. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 21, 229-241.
- Orvaschel H., Beeferman D., Kabacoff R. (1997). Depression, self-esteem, sex and age in a child and adolescent clinical sample. *J Clin Child Psychol*, 26, 3, 285-289.
- Overholser J.C., Adams D.M., Lehnert K.L., Brinkman D.C. (1995). Self-esteem deficit and suicidal tendencies among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34, 919-928.
- Pinto A., Whisman M.A. (1996). Negative affect and cognitive biases in suicidal and nonsuicidal hospitalised adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, 158-16.
- Robinson R.B., Frank D.I. (1994). The relation between self-esteem, sexual activity, and pregnancy. *Adolescence*, 29, 27-35.
- Robson P. (1989). Development of a new self-report questionnaire to measure self-esteem. *Psychol Med*, 19, 513-518.
- Scott J., Cienki and Charles I. Brooks. (1989). Self-esteem of high school students as a fonction of sexe grade, and curriculum orientation. *Psychol Rep*. 64, 191-194.
- Thornton B., Ryckman R.M. (1991). Relationship between physical attractiveness, physical effectiveness, and self-esteem: a cross-sectional analysis among adolescents. *J Adolesc*, 14, 85-98.
- Workman M., Beer J. (1989). Self-esteem, depression, and alcohol dependency among high School students. *Psychol Rep*, 65, 451-455.
- Youngs G.A. Jr, Rathge R., Mullis R., Mullis A. (1990). Adolescent stress and self-esteem. *Adolescence* ; 25, 333-341.