

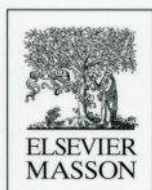
Se rétablir de la **schizophrénie**

GUIDE PRATIQUE
pour les professionnels

Préfaces
Charles Bonsack
et Jean Cottraux

2^e édition

JÉRÔME FAVROD
AGNÈS MAIRE
SHYHRETE REXHAJ
ALEXANDRA NGUYEN



Chez le même éditeur

Activités thérapeutiques à médiation. Rôle infirmier et soin en santé mentale,
par J. Merklings. 2010, 264 pages.

Les contes au cœur de la thérapie infirmière. Psychiatrie et conte thérapeutique,
par S. Langenfeld-Serranelli. 2008, 208 pages.

Se rétablir de la schizophrénie

Guide pratique pour les professionnels

Jérôme Favrod

Agnès Maire

Shyhrete Rexhaj

Alexandra Nguyen

Préfaces de Charles Bonsack
et de Jean Cottraux

2^e édition



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Première de couverture : Mariage à la vénitienne, d'Aloïse Corbaz. Un buste de femme circonscrit d'hermine occupe les trois quarts droits de la composition. Son crâne est enserré dans un casque étroit fait d'arabesques rouge, rose et vert ; il est placé au-dessous de son énorme perruque brune. La femme élève son bras blanc voluptueux, et rassemble ses deux mains devant le profil d'un homme blond qui apparaît à l'angle supérieur gauche. Jacqueline Porret-Forel, <http://aloise-corbaz.ch>

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2015, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-74457-0

e-ISBN : 978-2-294-74687-1

LES AUTEURS

Jérôme Favrod, infirmier spécialiste clinique, professeur HES de soins infirmiers en psychiatrie communautaire à l'Institut et Haute École de la Santé, La Source, Lausanne (Haute école spécialisée de Suisse occidentale). Infirmier spécialiste clinique, service de psychiatrie communautaire, département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire Vaudois, Lausanne.

Agnès Maire, infirmière, diplômée d'un master en sciences infirmières, professeure HES à l'Institut et Haute école de la Santé, La Source, Lausanne (Haute école spécialisée de Suisse occidentale).

Shyhrete Rexhaj, infirmière, diplômée d'un master en sciences infirmières, étudiantes en doctorat, professeure HES à l'Institut et Haute École de la Santé, La Source, Lausanne (Haute école spécialisée de Suisse occidentale). Infirmière clinicienne spécialisée, service de psychiatrie communautaire, département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire Vaudois, Lausanne.

Alexandra Nguyen, infirmière, diplômée d'un master en sciences de l'éducation, mention Recherches et interventions, professeure HES à l'Institut et Haute École de la Santé, La Source, Lausanne (Haute école spécialisée de Suisse occidentale).

PRÉFACE

On ne peut réellement convaincre, sans être convaincu soi-même ; car la conviction réelle est la suite de l'évidence.

Jean le Rond d'Alembert

Se rétablir de la schizophrénie apparaissait comme une idée iconoclaste il y a peu d'années encore. Une lubie d'irresponsables qui ne connaissaient pas la gravité de la maladie et l'impact dévastateur de celle-ci sur les personnes qui en souffrent. Pourtant, le créateur lui-même du terme de schizophrénie, Eugen Bleuler, constatait déjà la diversité d'évolution de ces troubles et l'absence d'une évolution inéluctable vers une démence précoce. Pour que cette idée fasse vraiment son chemin, il a fallu d'abord entendre les témoignages directs de récits de rétablissement de la schizophrénie. À la première personne.

Cette capacité de dire, de revendiquer, des personnes qui souffrent de schizophrénie est une évolution récente. Elle témoigne de la prise de pouvoir sur leur existence de personnes auparavant gravement stigmatisées par leurs troubles et pour lesquelles le diagnostic de schizophrénie équivalait à être privées de leurs droits sociaux. Dans cette évolution, les compétences et la capacité d'autodétermination des professionnels de première ligne sont essentielles et c'est la raison d'être de ce livre.

En effet, la schizophrénie reste une maladie complexe, qui mérite qu'on la combatte avec autant de sérieux qu'on peut le faire pour d'autres maladies potentiellement graves telles que le cancer. Les barrières à l'accès au soin restent importantes, qu'elles tiennent à la désorganisation et la méfiance liées aux troubles ou au manque d'accessibilité des services. L'impact social et relationnel de la maladie est souvent plus difficile à gérer que la maladie elle-même. Dans cette complexité, les personnes souffrant de schizophrénie ont besoin d'un plan – le rétablissement – et d'un guide proche – le professionnel de première ligne. Ainsi, ils peuvent contribuer à véhiculer l'espoir, à faciliter l'accès aux soins, à guider les personnes vers les soins adéquats et à augmenter leur capacité d'autodétermination. Pour cela, patients et professionnels doivent sortir de l'autostigmatisation – cette capacité à endosser des défauts faussement attribués par un miroir social déformant.

Dans cette perspective, le savoir est essentiel. Non pas un savoir mystérieux réservé à une élite, mais un savoir qui nous ancre dans la réalité d'actions concrètes. Les auteurs de ce livre ont ce talent merveilleux de nous prendre par la main pour arriver à nous faire comprendre des notions complexes, fondées scientifiquement, de façon à ce qu'elles nous apparaissent plus simples et plus

aisément applicables que jamais auparavant. Ce faisant, ils augmentent notre capacité d'autodétermination, notre espoir, et par contamination, l'espoir et l'autodétermination des personnes souffrant de schizophrénie que nous accompagnerons dorénavant.

Charles Bonsack

Professeur, médecin-chef, section de psychiatrie sociale, service
de psychiatrie communautaire du département de psychiatrie
du CHUV, site de Cery, 1008 Prilly, Suisse

PRÉFACE

C'est un grand plaisir pour moi de préfacer l'ouvrage de Jérôme Favrod, Agnès Maire, Shyhrete Rexhaj, Alexandra Nguyen dont l'optimisme se manifeste dès le titre et qui témoigne de l'intérêt des auteurs pour les psychothérapies efficaces. Il faut en effet beaucoup d'optimisme et de persévérance pour aider les patients qui souffrent de cette maladie qui peut, trop souvent, se révéler invalidante et dont nous connaissons mal les origines exactes.

L'étiologie de la schizophrénie est multifactorielle, puisque l'on invoque aussi bien des facteurs génétiques, périnataux, post-nataux, que socio environnementaux (Mc Grath et Lawlor, 2011). De plus des travaux de génétique ([Lichtenstein et al., 2009](#)) pourraient suggérer une prédisposition commune à la schizophrénie et à l'autre grand groupe de psychoses : le trouble bipolaire. Plus récemment les relations entre la schizophrénie et le trouble du spectre autistique ont été explorées. Des études de cohortes ont montré que la schizophrénie pouvait être précédée dans 30 à 50 % des cas par un trouble envahissant du développement, qui est actuellement classé par le DM-5 dans le spectre de l'autisme. Ces données posent le problème de l'existence de variations génétiques communes entre le TSA et la schizophrénie, au moins dans certaines formes des deux maladies ([Rapoport et al., 2009](#)). De plus, une étude familiale suggère qu'il pourrait exister une prédisposition génétique commune au trouble bipolaire, la schizophrénie et le trouble du spectre autistique ([Sullivan et al., 2012](#)). De toute évidence, ces travaux montrent que nos classifications, même si elles sont meilleures, restent liées à la culture, et sont encore loin de se fonder sur la nature.

Ce qui est certain, c'est que la schizophrénie est un trouble neuro-développemental qui se manifeste par des troubles de l'agentivité autrement la conscience d'être l'agent de ses propres actions. Les personnes souffrant de schizophrénie ont du mal à distinguer leurs actions de celles des autres. Elles ne reconnaissent pas la source de leurs gestes, de leurs paroles, de leurs monologues intérieurs ou de leurs propres subvocalisations. Ce qui les conduit à la sensation d'être contrôlé physiquement ou qu'une voix extérieure leur parle. Cette anomalie du traitement de l'information contextuelle trouve sa traduction dans les travaux d'imagerie cérébrale qui montrent, chez ces patients, une diminution de l'activité des aires dorso-latérales préfrontales, aires qui sont en charge de l'appréciation du contexte où ils évoluent ([Barbalat et al., 2009](#)). Un tel dysfonctionnement cognitif pourrait expliquer les hallucinations qui représentent plus un trouble de la conscience de l'action, qu'une anomalie de la perception. Malgré ce tableau franchement neuropsychologique, les Thérapies Comportementales et Cognitives sous diverses formes, et associées aux neuroleptiques,

sont efficaces et régulièrement validées avec un grade A (efficacité prouvée) par les agences d'évaluation (Inserm, 2004). Les travaux pionniers de mon ami Robert Paul Liberman (1991), effectués à l'Université de Californie à Los Angeles, ont été suivis de l'émergence de plusieurs méthodes qui ont, progressivement, fait leurs preuves. Les premières méthodes comportementales consistaient en des économies de jetons ou des systèmes de crédit motivationnel qui ont modifié la passivité asilaire, en réintroduisant les flux économiques mobilisateurs dans un univers figé. Puis sont venues les méthodes de développement des habiletés sociales qui visent à la réintégration du patient dans la société. En effet, l'apprentissage de meilleures compétences sociales diminuent le rejet, la stigmatisation et de ce fait préviennent les rechutes. Les thérapies familiales centrées sur la psychoéducation et la résolution de problèmes ont été combinées à cette approche sociale de la schizophrénie. La thérapie familiale permet au patient et à sa famille de conserver espoir parce qu'ils comprennent mieux le trouble et deviennent plus aptes à résoudre ensemble les problèmes de la vie quotidienne ce qui favorise le maintien du patient dans la cité. Plus récemment, la thérapie cognitive a montré qu'il était possible de modifier les interprétations dysfonctionnelles de la réalité.

La méthode la plus récente est la remédiation cognitive qui se sert de programmes composites intégrant les approches antérieures. Elle a cependant comme particularité de porter une attention particulière portée aux processus dysfonctionnels de la pensée logique. Elle fait travailler les patients sur la « mémoire de la source ». Cette mémoire permet de savoir qui est l'auteur d'une action et permet de rappeler l'origine d'une information verbale, visuelle, sonore ou textuelle. Ainsi malgré les incertitudes sur l'étiologie de la schizophrénie, les altérations neuropsychologiques, les déficits cognitifs et les handicaps sociaux peuvent être compensées par une attitude thérapeutique résolument pragmatique. La remédiation cognitive a, maintenant, fait ses preuves, ce dont témoignent deux méta analyses positives (Mc Gurk et al., 2007 ; Wykes et al., 2011).

Dans cet ouvrage très vivant et clair, Jérôme Favrod et Agnès Maire présentent tout ce qu'il est important de connaître pour les thérapeutes qui voudraient se lancer dans l'entreprise passionnante de la réhabilitation des personnes souffrant de schizophrénie.

Références

- Barbalat G, Chambon V, Franck N, Koechlin E, Farrer C. Organization of Cognitive Control Within the Lateral Prefrontal Cortex in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 2009;66(4):377-86.
- INSERM, 2004 *Psychothérapie : trois approches évaluées*. Expertise collective. (Canceil O., Cottraux J., Falissard B., Flament M., Miermont J., Swendsen J., Teherani M., Thurin J.-M.) INSERM : 553synthèse en ligne à l'adresse suivante www.inserm.fr/content/download/1420/13020/file/psychotherapie_synthese.

-
- Liberman RP. *Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques*. Paris: Masson; 1991. (traduction française de F. Lelord).
- Lichtenstein P, Yip BH, Björk C, Pawitan Y, Cannon TD, Sullivan PF, Hultman CM. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families : a population-based study. *Lancet* 2009;373:234–9.
- Mc Gurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007;164:1791–802.
- Rapoport J, Chavez A, Greenstein D, Addington A, Gogtay N. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia : clinical and biological contributions to a relation revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009 Jan;48(1):10–8.
- Sullivan PF, Magnusson C, Reichenberg A, Boman M, Dalman C, Davidson M, Fruchter E, Hultman CM, Lundberg M, Langstrom N, Weiser M, Svensson AC, Lichtenstein P. Family History of Schizophrenia and Bipolar Disorder as Risk Factors for Autism. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(11):1099–103. Published online July 2, 2012. doi :10.1001/archgenpsychiatry.2012.730.
- Wykes T, Huddy V, Cellard C, Mc Gurk SR, Czobor P. A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia : Methodology and Effect Sizes. *Am J Psychiatry* 2011;168:472–85.

Dr Jean Cottraux

Psychiatre honoraire des hôpitaux, ancien chargé de cours à l'Université Lyon 1.
Membre fondateur de l'Académie de Thérapie Cognitive de Philadelphie, Directeur
scientifique de l'Ifforthecc :
<http://www.ifforthecc.org/>

REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier en premier lieu les patients qui nous ont appris notre métier.

Jérôme Favrod voudrait remercier tout particulièrement Alba Viotto, qui lui a appris à penser et à être responsable, Gayla Blackwell, qui lui a appris à penser avec méthode et humour, Françoise Maillard Strüby et Isabelle Lambert, qui lui ont appris à penser avec le cœur et les tripes : quatre infirmières hors du commun. Il aimerait également exprimer sa reconnaissance envers les docteurs Lucien Barrelet, Philippe Conus, Jean Cottraux, Charly Cungi, Guy Deleu, François Grasset et Charles Bonsack, des médecins qui lui ont apporté un soutien indéfectible. Il désire aussi manifester sa gratitude à l'égard du Dr Alexander Engelhorn, généreux mécène de ses travaux.

Agnès Maire aimerait tout spécialement remercier les docteurs Philippe Conus, Charles Bonsack, Andrea Polari et Florence Macheret Christe pour leur confiance et leurs apports au niveau de sa pratique professionnelle. Elle souhaite aussi exprimer sa gratitude envers ses autres collègues, notamment pour tous les moments d'entraide et de partage vécus ensemble. Un grand merci également aux divers collaborateurs intervenant dans des domaines distincts de la psychiatrie pour leur contribution à l'élargissement de ses perspectives, en particulier Marie-Pierre Beck Krähenbühl et Bernard Vuignier.

Shyhrete Rexhaj aimerait remercier tout particulièrement Jérôme Favrod pour sa confiance et son leadership sans failles et les membres de l'association l'Ilot pour leur confiance et les moments de partage. Elle souhaite remercier les différents collègues qui ont contribué à l'enrichissement de son parcours professionnel et à l'élargissement de ses perspectives, en particulier les docteurs Charles Bonsack, Philippe Conus, Gerrit Weber, Carla Garcia, et les professeurs Diane Morin et Claude Leclerc. Un grand merci aussi à ses collègues Pascale Ferrari, Alexandra Nguyen et Agnès Maire.

Alexandra Nguyen remercie en première intention Louise Rast, Françoise Lebigre et Jérôme Favrod qui lui ont appris à devenir une infirmière à la pensée libre et à transformer les obstacles en opportunités, Yves François et Laurent Frobert qui sont des modèles dans le domaine de la créativité en thérapie et en pédagogie. Elle témoigne une reconnaissance particulière à Pascale Deroche, Alexandra Dubra et Melia Van Tuinen qui, dans de grands projets pédagogiques, ont su l'accompagner de leurs compétences professionnelles et de leur soutien inconditionnel.

En outre, nous remercions Joëlle-Pascale Ulrich, qui a relu le manuscrit, Jacques Chapuis, directeur de la Haute École de la Santé, La Source, qui nous permet de partager ce que nous avons appris.

Notre reconnaissance va enfin à nos familles et à nos amis qui nous ont portés et stimulés tout au long de la rédaction de cet ouvrage.

AVERTISSEMENT

Cet ouvrage a été conçu d'abord pour les intervenants en psychiatrie communautaire qui travaillent en première ligne avec des personnes qui souffrent de schizophrénie, c'est-à-dire, les infirmiers, les éducateurs, les travailleurs sociaux et/ou les ergothérapeutes ; les professionnels de seconde ligne sont généralement les psychiatres et parfois les psychologues. Nous avons essayé de partager et de résumer nos nombreuses années de travail dans les soins psychiatriques communautaires. Notre expérience s'est développée dans des services de consultations ambulatoires, des équipes mobiles, des équipes de soins à domicile, des foyers, des hôpitaux de jours. La psychiatrie communautaire ne peut exister qu'à travers l'interdisciplinarité entre les différents professionnels qui œuvrent dans ce domaine. En Europe, la « désinstitutionalisation » des années 1970 et 1980 a permis aux personnes atteintes de schizophrénie de quitter l'hôpital. Dans un premier temps, elles ont été accompagnées dans la communauté par leurs psychiatres et leurs infirmiers. Dans les années 1990, la disparition de la formation spécifique en soins infirmiers psychiatriques dans les pays d'Europe francophone a conduit à un second mouvement de « dépsychiatisation ». En effet, les personnes atteintes de schizophrénie sont maintenant suivies dans la communauté par des professionnels qui n'ont plus de formation spécifique en psychiatrie. Le développement promis de formations post-graduées en psychiatrie pour les professionnels de première ligne a pris beaucoup de retard, et il devient urgent de combler cette lacune. Cet ouvrage vise également à offrir un support pour notre enseignement et nos interventions dans le domaine de la psychiatrie de liaison avec les équipes de terrain. L'ouvrage est, certes, très influencé par nos formations en soins infirmiers et en thérapie cognitive et comportementale. Toutefois, nous avons essayé de rendre son propos le plus large possible, afin de réduire les « clivages ». L'ouvrage s'adresse donc aux professionnels de la santé et du social. L'interdisciplinarité est possible lorsqu'on est le spécialiste de sa discipline et que l'on connaît bien celle de l'autre. C'est pourquoi nous n'avons pas pu faire abstraction de notre spécificité infirmière, cela se remarquera au travers de l'usage de terme comme soignant et des modèles de base qui sous-tendent cet ouvrage.

Nous espérons aussi que ce livre sera accessible aux patients et à leur entourage. Nous avons dans la mesure du possible décrit des interventions qui sont validées par des preuves scientifiques. Pourtant, lorsque celles-ci n'existent pas, nous avons proposé les stratégies qui nous semblaient avoir le meilleur rapport bénéfices/coût, ou celles que nous avons spontanément développées pour faire face aux problèmes rencontrés. Cet ouvrage ne couvre bien sûr pas l'ensemble des connaissances pour intervenir avec les personnes atteintes de schizophrénie.

Nous vous souhaitons une agréable lecture.

ABRÉVIATIONS

ACT	<i>Acceptation and Commitment Therapy</i> ou thérapie d'acceptation et d'engagement
AIPSS	<i>Assessment of Interpersonal Problem-Solving Skills</i>
BPRS	<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>
DA	Directive anticipée
DSMI-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV</i>
EE	Émotion exprimée
ELADEB	Échelles lausannoises d'auto-évaluation des difficultés et des besoins
ESPT	État de stress post-traumatique
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> ou Classification internationale des maladies
ILSS	<i>Independant Living Skills Survey</i>
IPS	<i>Individual Placement and Support</i>
LIS	Lecture intentionnelle en situation
LSD	<i>Lyserge saüre diäthylamid</i> ou diéthylamide de l'acide lysergique
LSP	<i>Life Skills Profile</i>
NAA	N-acétyl-aspartate
NMDA	N-méthyl-D-aspartate ou acide N-méthyl-D-aspartique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PANSS	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>
PCP	N-(1-phénylcyclohexyl)-pipéridine ou phénylcyclidine
PEPS	Programme d'émotions positives pour la schizophrénie
PSYRATS	<i>Psychotic Symptom Rating Scales</i>

CHAPITRE 1

Introduction

La schizophrénie

La schizophrénie est une maladie très hétérogène qui se manifeste de diverses façons ([tableau 1.1](#)). Il s'agit d'un trouble du traitement et de l'intégration de l'information. La personne qui en souffre peut présenter des symptômes de distorsion de la réalité qui s'expriment par des idées délirantes et des hallucinations. Elle peut aussi se manifester par une réduction des capacités d'expression, une difficulté à accomplir des actes de la vie quotidienne et un retrait social. Ces derniers symptômes sont généralement plus stables et plus persistants que les autres signes de la maladie. Ils se confondent facilement avec la dépression ou certains effets secondaires des médicaments. Finalement, la maladie peut se révéler par une désorganisation dans la façon de s'exprimer sur les plans verbal et comportemental. Ces différentes manifestations peuvent être présentes simultanément ou non, avec différentes intensités. D'un point de vue temporel, la maladie passe généralement inaperçue jusqu'à la fin de l'adolescence. Elle est généralement très active dans la décennie qui suit son apparition puis a tendance à s'atténuer par la suite. Elle débute souvent par un épisode psychotique, caractérisé par des symptômes de distorsion de la réalité et de désorganisation. Les neuroleptiques agissent sur les symptômes psychotiques et permettent de réduire le risque de nouveaux épisodes. Comme pour le diabète, la personne doit apprendre à connaître la maladie afin de pouvoir participer activement au traitement, notamment pour trouver la dose optimale de médicament et prévenir les rechutes. Contrairement au diabète, il n'existe pas d'examens sanguins qui

TABEAU 1.1. Symptômes de la schizophrénie.

Symptômes psychotiques ou positifs	Symptômes déficitaires ou négatifs
<ul style="list-style-type: none">– Hallucinations (distorsion des perceptions)– Idées délirantes (réinterprétation de la réalité)– Désorganisation (pensée et comportement)	<ul style="list-style-type: none">– Réduction de l'expression verbale et non verbale– Avolition, altération des processus cognitifs qui permettent de planifier et suivre un plan d'action– Anhédonie, difficulté d'anticiper le plaisir– Retrait social– Troubles de l'attention
Réduction du fonctionnement dans le domaine des relations sociales, professionnelles et des soins personnels	

permettent de déterminer le degré de la maladie. Le patient doit donc pouvoir décrire les symptômes qu'il éprouve à son médecin, pour que celui-ci prescrive la dose efficace avec le moins d'effets secondaires possible. En ce qui concerne les altérations du fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne, il n'existe pas de traitement médicamenteux direct, sauf quand ces altérations sont liées à d'autres causes, comme la dépression ou un retrait social consécutif à des symptômes psychotiques. Le traitement consiste alors à réentraîner les capacités de la personne pour qu'elle puisse reprendre en main ses activités quotidiennes et sociales ; cela correspond à la physiothérapie après une fracture. L'entraînement peut être entrepris au niveau comportemental, mais aussi au niveau cognitif. Les déficits du fonctionnement quotidien sont associés à des déficits des capacités cognitives comme la mémoire, l'attention, la planification, etc. Le réentraînement sur le plan comportemental s'appelle « entraînement des habiletés sociales ». Sur le plan cognitif, on l'appelle « remédiation cognitive ». Quant aux hallucinations ou aux idées délirantes, les neuroleptiques ne sont pas toujours efficaces, et ces symptômes peuvent persister. Il est alors important d'offrir des traitements psychologiques pour les traiter. La maladie est fréquemment accompagnée d'anxiété et de dépression qui doivent également être traitées sur le plan psychologique et médicamenteux. Ces thérapies psychologiques sont connues sous le nom de thérapie cognitive et comportementale. Les phases aiguës sont traitées le plus souvent à l'hôpital qui permet d'instaurer le traitement médicamenteux. Le reste du traitement s'effectue dans la communauté. Comme la maladie touche le fonctionnement dans la vie de tous les jours, il faut éviter les hospitalisations longues qui ont tendance à aggraver la maladie.

Les faits sur la schizophrénie

Une bonne théorie de la schizophrénie doit s'appuyer sur des faits. Le concept de schizophrénie a été créé par Eugen Bleuler en 1908. Depuis, la recherche a produit une multitude de connaissances. Il s'agit ici de passer en revue les faits concernant la maladie. En 2008, Rajiv Tandon, Matcheri S. Keshavan et Henry A. Nasrallah ont profité du vingtième anniversaire de la revue *Schizophrenia Research* pour lister les faits scientifiquement acceptés sur la schizophrénie. Nous résumons ici les données les mieux validées [1, 2]. Cette liste est très similaire à celle publiée par Angus W. MacDonald et S. Charles Schulz dans *Schizophrenia Bulletin* en 2009 [3]. La liste ci-après est une combinaison de ces deux listes de faits.

Les faits très bien démontrés

Il s'agit ici des faits démontrés par de nombreuses études indépendantes, répétées de façon constante sans résultats contradictoires.

- L'incidence annuelle, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas dans la population observée durant une année, est de 8 à 40 cas sur 100 000. Cette incidence est similaire sur les différents continents.
- La prévalence à un moment donné, c'est-à-dire le nombre de cas dans la population à un moment choisi, oscille entre 2 et 10 pour 1 000.

- La prévalence est plus élevée dans les classes sociales moins favorisées.
- Les facteurs génétiques sont en grande partie responsables de la maladie.
- Plusieurs facteurs environnementaux peuvent contribuer à une augmentation du risque de développer la schizophrénie comme l'abus de cannabis, les naissances en hiver et au printemps, les infections prénatales et la famine durant la grossesse, les complications obstétriques et périnatales, le stress social, un âge parental élevé, etc.
- Le volume total du cerveau est légèrement réduit et les espaces des ventricules latéraux et des troisièmes ventricules sont plus grands.
- Les agonistes de la dopamine exacerbent les symptômes de la schizophrénie, les antagonistes de la dopamine 2 les réduisent.
- Les frontières nosologiques entre la schizophrénie et d'autres troubles psychiatriques sont indistinctes.
- Bien que des symptômes caractéristiques et l'évolution soient décrits, aucun de ceux-ci n'est pathognomonique, c'est-à-dire caractéristique uniquement de la schizophrénie. Le diagnostic est fondé sur un profil de symptômes et d'évolution.
- Il existe une hétérogénéité dans la neurobiologie, les manifestations cliniques, l'évolution et la réponse au traitement parmi les patients.
- La schizophrénie est caractérisée par un mélange de symptômes positifs, négatifs, cognitifs, affectifs et de désorganisation.
- La sévérité des différents symptômes varie entre les patients et durant l'évolution de la maladie.
- La schizophrénie est accompagnée d'une occurrence plus élevée d'obésité et de troubles cardiovasculaires.
- La schizophrénie est liée à une prévalence augmentée de consommation de tabac et d'autres substances.
- Le risque suicidaire est majoré.
- Les premiers symptômes apparaissent généralement durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte. La maladie se manifeste rarement avant l'adolescence et après la quarantaine.
- Les hommes tombent malades plus jeunes que les femmes.
- Il existe des altérations prémorbides chez une proportion substantielle de patients.
- Le risque de mortalité standardisé sur l'âge est presque doublé.
- Les antagonistes de la dopamine 2 (neuroleptiques) sont le seul médicament efficace.
- Les neuroleptiques varient beaucoup dans leurs profils d'effets secondaires.

Les faits bien démontrés

Il s'agit ici des faits validés par un nombre considérable d'études avec des réplifications homogènes, ou beaucoup d'études comportant passablement des réplifications similaires.

- Une incidence plus élevée est associée à l'urbanité. L'urbanité est une mesure d'urbanisation ou de densité de résidentielle calculée par le nombre d'adresses au km².

- Une incidence plus élevée est associée à la migration.
- La prévalence à vie est de 0,7 %.
- Le risque sur l'ensemble de la vie est plus grand chez les hommes mais égal au début et à la fin de la période de risque.
- Les descriptions de la maladie sont homogènes sur l'ensemble du siècle passé.
- Les anormalités structurelles du cerveau sont présentes au début de la maladie.
- Certaines anormalités structurelles du cerveau sont présentes à un degré plus léger parmi les membres non affectés de la famille.
- On observe une réduction de l'activité du cortex préfrontal au repos et lors d'activités cognitives (« hypofrontalité »).
- Les études d'imagerie cérébrale fonctionnelle montrent des activations anormales dans plusieurs régions du cerveau durant une variété de tâches cognitives.
- Il existe une réduction du N-acétyl-aspartate (NAA) dans le cortex frontal et temporal.
- Il existe des altérations dans l'architecture du sommeil comme des déficits du sommeil long profond et un raccourcissement de la latence du sommeil paradoxal.
- Il y a anormalité de poursuite visuelle continue chez les patients, et à un moindre degré chez les proches non affectés.
- Les antagonistes NMDA comme la phénylcyclidine (PCP) induisent des symptômes similaires à la schizophrénie.
- Il existe des anormalités dans plusieurs systèmes de neurotransmetteurs.
- La schizophrénie est un trouble récidivant avec généralement des rémissions incomplètes.
- Il y a des déficits neuropsychologiques spécifiques comme les fonctions exécutives, la mémoire, la vitesse psychomotrice, l'attention et la cognition sociale et les performances intellectuelles. La sévérité de ces déficits cognitifs prédit le fonctionnement professionnel, social et personnel davantage que les symptômes.
- Ces altérations cognitives sont présentes avant l'apparition de la maladie et persistent au cours de la maladie.
- Il existe une prévalence augmentée d'anormalités neurologiques incluant des troubles des mouvements et des signes neurologiques discrets.
- Il y a une incidence réduite de l'arthrite rhumatoïde.
- Un mauvais pronostic est prédit par le genre masculin, un âge précoce de début, une période prolongée de maladie non traitée et la sévérité des symptômes négatifs et des déficits neuropsychologiques.
- La clozapine est plus efficace que les autres neuroleptiques pour les symptômes positifs et le risque suicidaire.
- Tous les autres neuroleptiques disponibles sont similairement efficaces pour les symptômes positifs.
- Les neuroleptiques ont une efficacité limitée sur les symptômes négatifs et les déficits cognitifs.

- Les effets secondaires extrapyramidaux ne sont pas nécessaires pour avoir un effet antipsychotique, et ils compromettent les bénéfices sur les symptômes cognitifs, négatifs et affectifs.
- Les antidépresseurs sont efficaces pour traiter les symptômes dépressifs.
- La psychoéducation familiale et individuelle réduit le taux de rechute.
- La thérapie cognitive et comportementale réduit les symptômes psychotiques.
- L'entraînement des habiletés sociales améliore l'évolution.
- Le suivi intensif dans le milieu réduit les hospitalisations.
- Les interventions précoces durant le premier épisode de psychose améliorent l'évolution.

Réunir l'ensemble de ces faits dans une théorie explicative cohérente est un défi majeur. D'une part, l'hétérogénéité de la maladie rend difficile l'étude de phénomènes spécifiques et d'autre part, la complexité des mécanismes impliqués qu'ils soient neurobiologiques, environnementaux, cliniques ou thérapeutiques rend le contrôle des variables parasites très difficile. Le modèle neurodéveloppemental a l'avantage d'expliquer plusieurs faits que les théories précédentes ne prenaient pas en compte, comme le fait que la maladie passe inaperçue jusqu'à la fin de l'adolescence ou les raisons pour lesquelles les hommes tombent malades plus tôt que les femmes. Ce modèle explique l'apparition de plusieurs troubles psychiatriques dans le cadre du développement normal du système nerveux [4]. Plus précisément, selon l'hypothèse neurodéveloppementale, l'étiologie de la schizophrénie pourrait impliquer des processus pathologiques causés à la fois par des facteurs génétiques et environnementaux qui débuteraient avant que le cerveau n'atteigne sa maturité adulte. Les anomalies neurodéveloppementales pourraient se développer pendant la grossesse déjà et activeraient plus tard chez le jeune adulte des circuits neuronaux pathologiques [5]. Autrement, dit, les signes de la maladie apparaissent lorsque ces circuits neuronaux nerveux associés à ces signes parviennent à maturité. Le système nerveux se développant plus rapidement chez l'homme que chez la femme, cela explique pourquoi les hommes tombent malades plus tôt que les femmes. Toutefois, on peut imaginer que les liens entre certains des différents faits listés ont également d'autres explications.

Le modèle du stress et de la vulnérabilité explique, quant à lui, l'apparition de la maladie et son évolution par l'interaction complexe de facteurs psychobiologiques et environnementaux [6]. Ce modèle montre que la vulnérabilité biologique pourrait être exacerbée par le stress et expliquer l'apparition de symptômes de la maladie. L'intérêt de ce modèle réside dans le fait qu'il prédit également que la personne peut revêtir un rôle actif pour compenser une partie de cette vulnérabilité avec le traitement neuroleptique, réduire ou limiter l'impact personnel des situations stressantes ou augmenter ses compétences pour faire face au stress. Ce modèle peut intégrer le modèle neurodéveloppemental pour expliquer la vulnérabilité biologique.

Le modèle pourrait être résumé de la façon suivante ([tableau 1.2](#)).

TABLEAU 1.2. Vulnérabilité – Compétence – Stress.

Vulnérabilité biologique	Facteurs personnels et psychologiques	Stresseurs environnementaux
<ul style="list-style-type: none"> – Facteurs génétiques – Dysfonctions neurodéveloppementales – Déficits neuropsychologiques 	<ul style="list-style-type: none"> – Niveau de fonctionnement prémorbide – Compétence sociale – Capacités adaptatives 	<ul style="list-style-type: none"> – Stress sociaux – Urbanicité – Migration – Drogues (cannabis, hallucinogènes)

Ces différents facteurs sont en constante interaction. Ainsi, par exemple, le niveau de compétence sociale pourrait réduire ou augmenter l'impact des stresseurs sociaux. Les déficits neuropsychologiques pourraient diminuer les capacités adaptatives. Les interventions thérapeutiques cherchent à moduler ces différents facteurs, notamment en améliorant le soutien social et familial, en réduisant les manifestations symptomatiques associées aux dysfonctionnements cérébraux, en améliorant la compétence sociale et les capacités adaptatives, en prévenant la consommation de drogues, etc.

Modèles théoriques de la croissance et des réactions humaines

Cet ouvrage se base sur différents modèles théoriques de la personne. Tout d'abord, il est construit sur l'idée que les personnes atteintes de schizophrénie, comme n'importe qui, désirent avoir un espace personnel, des contacts sociaux et exercer des rôles gratifiants [7]. L'ouvrage va donc appréhender les patients comme des personnes qui luttent avec la schizophrénie. Ces modèles ne sont pas spécifiques à la schizophrénie mais décrivent comment les personnes normales font leur vie et réagissent au fait de tomber malade. L'impact de la maladie sur le cycle de vie ainsi que l'influence des réactions humaines au fait d'avoir une maladie seront néanmoins discutés.

Étapes du cycle de vie

La majorité des gens vont, durant leur existence, passer à travers les différentes étapes du cycle de vie décrit ci-dessous. Chacune de ces étapes nécessite la maîtrise de certaines tâches de croissance. La première étape du cycle de vie, quitter la famille d'origine, est cruciale dans la schizophrénie, car elle concorde avec l'entrée dans la maladie. La schizophrénie passe généralement inaperçue jusqu'à la fin de l'adolescence. La personne risque de tomber malade, alors qu'elle doit gérer de concert les tâches de croissance ardues qui caractérisent cette étape. L'entrée dans la maladie va bouleverser les projets de la personne et contrecarrer ses efforts pour devenir une personne autonome. Le fait d'avoir une schizophrénie peut conduire à la discrimination sociale et au rejet. Les symptômes psychotiques risquent d'interférer dans la relation avec les amis. Le

retrait social ou la baisse de la motivation va interférer avec la formation ou la professionnalisation.

Le cycle de vie et les tâches de croissance sont des concepts essentiels ; ils vont donner une direction au travail clinique. Il est légitime, pour un patient de 23 ans, de dire qu'il aimerait vivre dans un appartement et avoir un travail. Parfois, les professionnels de la santé ont de la peine à écouter ces demandes, parce qu'elles peuvent ne pas tenir compte des déficits fonctionnels ou de l'état clinique du patient. Le but ultime de nos interventions est justement de permettre aux patients d'accomplir leur vie et de poursuivre leur croissance malgré la maladie. Le cycle de vie est utile dans l'ensemble des interventions de soins qui concernent la schizophrénie. On aidera un jeune homme de 21 ans à développer des stratégies pour apprendre à courtiser. Mais on aidera une femme de 69 ans qui vit dans une pension pour patients âgés à envoyer des cartes postales à ses neveux, afin qu'elle ne soit pas oubliée durant les fêtes de fin d'année. Comme les hommes tombent malades plus tôt que les femmes, ils doivent le plus souvent régler les tâches de croissance autour de l'étape qui consiste à quitter leur famille. Les femmes tombent malades un peu plus tardivement, ce qui leur procure un meilleur pronostic car elles ont souvent déjà quitté la maison. Elles seront confrontées aux stades de croissance suivants comme la formation du couple ou la naissance du premier enfant. Elles pourront rencontrer des difficultés à trouver sa place en tant que personne dans la famille de son conjoint. Les symptômes peuvent également interférer avec les rôles parentaux et l'éducation des enfants. Le [tableau 1.3](#) expose les étapes du cycle de vie et les tâches de croissance à maîtriser. Il n'est pas possible d'évaluer le fonctionnement social d'une personne dans la communauté sans tenir compte de l'étape du cycle de vie qu'elle cherche à maîtriser. La maladie peut ralentir le cycle de vie et il arrive que l'on doive aider un patient à maîtriser les tâches de croissance liées au fait de quitter la famille d'origine durant la quarantaine.

Bien sûr, tout le monde ne passe pas par l'ensemble de ces étapes, et on peut faire des choix de vie différents que celui d'avoir des enfants. Toutefois, certaines étapes sont quasiment inévitables, comme quitter les personnes qui nous ont élevés. Si l'on décide de ne pas vivre maritalement, on peut malgré tout devenir oncle ou tante. Quoi qu'il arrive, nous vieillissons et nos parents aussi : il faudra donc s'adapter à leur déclin et au nôtre.

Le rétablissement comme un processus

Le second modèle essentiel pour guider nos interventions est le modèle du rétablissement [8], vu ici comme un processus. Il s'agit également d'un modèle général. Ce modèle psychologique veut offrir une réponse compatible avec le système de croyances des personnes en ce qui concerne la santé. Le rétablissement psychologique se réfère à l'établissement d'une vie pleine et significative, d'une identité positive fondée sur l'espoir et l'autodétermination. C'est un peu comme si la personne se rétablissait de la « catastrophe psychologique » de la

TABLEAU 1.3. Cycle de vie.

Étapes	Tâches de croissance
Quitter la famille d'origine	<ul style="list-style-type: none"> – Développer un nouveau réseau de soutien – Développer des relations sentimentales – Acquérir l'indépendance financière (formation, professionnalisation) et personnelle (logement, entretien des effets personnels, etc.)
Formation du couple	<ul style="list-style-type: none"> – Négocier de nouvelles valeurs et des règles au sein du couple (compromis entre les deux familles d'origine) – Faire la place à l'autre dans sa propre famille d'origine
Naissance du premier enfant	<ul style="list-style-type: none"> – Réajuster les nouveaux rôles dans le couple et la famille élargie (parents, grands-parents, oncles, tantes, etc.) – Se partager les tâches éducatives, d'entretien du domicile et de l'obtention des ressources financières
Départ des enfants	<ul style="list-style-type: none"> – Réorganiser le fonctionnement conjugal – Développer des relations d'adulte à adulte avec les enfants – Développer de nouveaux intérêts pour la personne qui s'est consacrée aux enfants – S'adapter aux maladies et au décès de ses propres parents
Retraite	<ul style="list-style-type: none"> – Maintenir le fonctionnement du couple et des conjoints en dépit du déclin physiologique – Développer le rôle de grands-parents – S'adapter à la perte du conjoint, des pairs et à l'idée de sa propre mort

maladie. Le modèle du rétablissement est construit sur l'étude des témoignages des personnes qui se sont rétablies de maladies psychiatriques sévères [9]. Il reste silencieux sur le fait de savoir si la maladie est toujours active ou non. Il n'est pas lié à une théorie causale de la maladie mentale. Il n'est pas spécifique de la schizophrénie, mais il considère les patients comme des personnes normales se débattant avec une maladie sévère.

Les personnes qui se décrivent comme rétablies d'une schizophrénie affirment qu'elles se sentent différentes de ce qu'elles étaient avant de tomber malades. La plupart des personnes rétablies se sentent grandies par l'expérience de la maladie et du rétablissement, même si elles ont un statut social inférieur à celui qu'elles avaient avant de tomber malades. Toujours d'après les témoignages de personnes rétablies, il apparaît que le retour aux anciens rôles sociaux n'est pas un critère du rétablissement. Il semble également qu'une minorité de personnes interrogées considèrent le rétablissement comme l'absence de symptômes de la maladie.

Il existe quatre ingrédients essentiels au processus rétablissement qui sont :

- *l'espoir* : un ingrédient majeur, démontré comme fondamental dans l'ensemble des témoignages de rétablissements existants. L'espoir est le catalyseur du rétablissement. C'est la perfusion qui va permettre au processus de se mettre en route. La résignation et le désespoir empêchent de se projeter dans l'avenir et de croire en soi et en son potentiel ;
- *la redéfinition de l'identité* : un travail qui va permettre de distinguer ce qui fait partie de la maladie de ce qui fait partie de la personne. Les symptômes de

la schizophrénie peuvent interférer avec la conception de soi. Par exemple : « Je suis téléguidé par une force extérieure » ; « Une voix surnaturelle m'oblige à agir contre mon gré » ; « Je ne parviens plus à faire ce que je faisais avant d'être malade. Je suis devenu paresseux » ; « Je n'arrive plus à penser clairement les problèmes ». Le fait d'être redéfini comme un « malade » peut aussi conduire à ne plus se concevoir comme une personne à part entière. La perte de l'identité (aliénation) ou la non-prise en compte de la personne (discrimination) est l'un des impacts négatifs fréquemment associés à la maladie mentale. Le patient peut y réagir en refusant de s'identifier avec la maladie et en la niant. Toutefois, la maladie peut être intégrée de différentes façons : être acceptée comme une partie de soi dans un esprit de croissance ou conçue comme quelque chose d'extérieur à soi avec lequel il faut vivre ;

- la *découverte d'un sens à la vie* : une conception de nouveaux buts et de nouvelles valeurs. Les projets qui existaient avant de tomber malade sont sans doute remis en question par la maladie. Elle peut empêcher l'achèvement de la formation professionnelle, conduire à la perte de l'emploi, remettre en question une relation de couple. La personne devra reconstruire de nouveaux projets, voire endosser de nouveaux rôles sociaux. Cette recherche d'un nouveau sens à la vie peut conduire la personne, par exemple, à découvrir ce qui rend la vie précieuse et enrichissante. Une autre va se réaliser dans une activité créatrice ou s'engager dans le soutien aux pairs ; une autre encore développera une nouvelle vision du monde sur le plan spirituel ou philosophique. Souvent un nouveau projet de vie est à reconstruire ;
- la *responsabilité du rétablissement* : une décision de gérer sa santé et son traitement, de faire ses propres choix de vie et prendre des risques mesurés. La responsabilité implique la gestion de sa propre santé et de son traitement, l'autonomie dans ses choix de vie et la volonté de prendre des risques mesurés dans le but de poursuivre sa croissance. Certains professionnels de la santé ont la fâcheuse tendance de prendre les patients en charge en sachant ce qui est bon pour eux et de leur parler comme à des personnes diminuées par la maladie. Ce type d'attitude peut conduire le patient à échapper au contrôle, au risque de ne pas recevoir les traitements appropriés ou de s'y soumettre en renonçant à l'autodétermination.

La recherche a mis en évidence que le rétablissement est un processus qui évolue en différentes étapes :

- le **moratoire** : cette étape est caractérisée par le déni, la confusion, le désespoir, le repli et la révolte ;
- la **conscience** : la personne a une première lueur d'espoir en une vie meilleure et une possibilité de rétablissement. Cela peut venir de la personne, elle-même, ou être déclenché par un clinicien, une autre personne significative ou un patient modèle. La personne peut endosser un autre rôle que celui de malade ;
- la **préparation** : cette étape implique de faire l'inventaire de sa partie saine, de ses valeurs, de ses forces et de ses faiblesses. Cela nécessite d'apprendre à gérer la maladie, à faire appel aux services disponibles, à s'impliquer dans des groupes de pairs ;
- la **reconstruction** : c'est lors de cette étape que le dur travail du rétablissement se met en place. La personne travaille à se forger une identité positive. Elle

établit et avance vers des buts personnels importants. C'est une prise de responsabilité dans la gestion de la maladie et une prise de contrôle sur sa vie. Il y a une prise de risques, des échecs et des essais ;

- la **croissance** : la personne n'est pas forcément libre de symptômes mais sait comment gérer la maladie et rester bien ; elle a confiance en ses capacités et maintient une vision positive ; elle est tournée vers le futur. Elle se sent transformée positivement par l'expérience de la maladie, comme si cette dernière lui avait appris quelque chose sur elle-même.

Le [tableau 1.4](#) met en lien les étapes du rétablissement et ses ingrédients.

TABEAU 1.4. Étapes du processus de rétablissement.

Étapes	Trouver et maintenir de l'espoir	Rétablir une identité positive	Trouver un sens à la vie	Prendre la responsabilité de sa vie
Moratoire	Pas d'espoir dans le futur et le rétablissement	Perte de l'identité	Perte du sens de la vie	Impuissance, désespoir, sentiment d'être dépassé
Conscience	Espoir en une amélioration ; conscience que d'autres ont pu s'améliorer	Acceptation de la maladie ; distinction entre la maladie et soi	Donner un sens à la maladie	Désir de prendre soin de soi ; envie de faire face
Préparation	Espoir dans la capacité propre de pouvoir se rétablir	Reconnaissance de ses forces et de ses faiblesses	Établissement de buts pour le futur ; redécouverte de valeurs personnelles	Utilisation des ressources existantes, construction de la confiance en soi ; apprentissage de stratégies pour faire face
Reconstruction	Efforts pour améliorer sa santé. Confiance dans la capacité à se remettre sur les rails	Acceptation de la maladie comme une partie de soi ; découverte de nouveaux aspects de soi ; développement d'une nouvelle identité	La maladie nous apprend quelque chose sur la vie ; engagement dans la vie	Volonté de prendre des risques ; confiance dans la capacité de gérer la maladie ; sentiment d'être responsable de sa vie
Croissance	Bien-être et optimisme envers le futur	Identité différente mais améliorée ; bonheur d'être soi ; sentiment d'accomplissement	Acquisition de nouvelles valeurs dans la vie ; engagement dans de nouveaux projets	Disposition à affronter de nouveaux défis ; capacité à bien gérer la maladie ; sentiment d'être en contrôle de sa vie

L'intérêt de ce modèle est de pouvoir déterminer à quelle étape du processus de rétablissement se trouvent les patients et d'appliquer les interventions spécifiques qui permettront de passer d'une étape à l'autre. Il est en effet probablement inutile de proposer d'entraîner quelqu'un à négocier les problèmes liés au traitement quand une personne est juste en train de nier qu'elle est malade. Le [tableau 1.5](#) propose un canevas pour décider quand appliquer quelle intervention.

Le rétablissement comme un résultat

En termes médicaux conventionnels, le rétablissement signifie ne plus avoir de signes et de symptômes de la maladie ni de conséquences de celle-ci sur le fonctionnement, et de ne plus présenter de rechute de la maladie. La recherche montre que 42 à 68 % des personnes atteintes de schizophrénie présentent un rétablissement complet ou améliorent leur vie de façon substantielle. Robert Liberman et ses collègues [10] ont défini des critères de rétablissement de la schizophrénie comme :

- ne plus avoir de symptômes durant les deux dernières années ;
- être employé au moins à 50 % durant les deux dernières années ;
- vivre de façon indépendante ;
- être capable de gérer son argent, ses courses, la préparation des repas et son hygiène personnelle ;
- avoir des interactions régulières avec des amis, des connaissances ou son conjoint (n'inclut pas la famille d'origine).

Les dix facteurs décrits dans le [tableau 1.6](#) sont reliés au rétablissement comme un résultat. Cela ne signifie pas que, pour se rétablir de la schizophrénie,

TABEAU 1.5. Interventions en fonction des étapes du processus de rétablissement.

Étapes	Interventions principales
Moratoire	<ul style="list-style-type: none"> – Engagement dans la relation et les soins – Normalisation des symptômes psychotiques – Suivi intensif dans le milieu
Conscience	<ul style="list-style-type: none"> – Psychoéducation individuelle et/ou familiale – Thérapie cognitive et comportementale des symptômes psychotiques
Préparation	<ul style="list-style-type: none"> – Thérapie cognitive et comportementale des symptômes psychotiques – Remédiation cognitive – Entraînement des habiletés sociales dans le domaine de la vie domestique, des loisirs, des relations sociales et sentimentales
Reconstruction	<ul style="list-style-type: none"> – Soutien à l'emploi ou à la formation – Emplois transitionnels, stages professionnels – Engagement dans de nouveaux rôles sociaux et de nouvelles activités.
Croissance	

TABLEAU 1.6. Facteurs liés au rétablissement de la schizophrénie en tant que résultat.

Facteurs	Relation au rétablissement
Relations familiales	Peu de stress au niveau de la communication au sein de la famille et un soutien élevé des membres de l'entourage facilitent le rétablissement
Durée de la psychose non traitée	Les personnes rétablies ont accédé plus rapidement à un traitement dès l'apparition des premiers symptômes psychotiques
Réponse initiale aux médicaments	Les personnes rétablies ont répondu plus favorablement à la première prescription de neuroleptiques
Adhésion au traitement	Les personnes qui prennent leurs médicaments et adhèrent aux recommandations thérapeutiques ont plus de chances de se rétablir
Relation thérapeutique aidante	Le rétablissement est lié au fait d'avoir des relations positives et aidantes avec les professionnels de la santé
Capacités cognitives	Les personnes qui se rétablissent ont un bon fonctionnement cognitif en ce qui concerne l'attention, la concentration, la mémoire et la capacité de résoudre des problèmes
Habiletés sociales	Les personnes rétablies ont de meilleures habiletés interpersonnelles
Fonctionnement prémorbide	Les personnes qui se rétablissent présentent un meilleur fonctionnement avant de développer la schizophrénie dans les domaines des relations sociales, de la formation et du travail
Accès aux soins	Le rétablissement est associé à un meilleur accès à des soins continus comme le traitement médicamenteux, la thérapie psychologique, l'entraînement des habiletés sociales, la psychoéducation familiale, la réhabilitation professionnelle et les groupes de soutien

il faut nécessairement ces dix facteurs, mais que chacun de ces facteurs cumulés augmente les chances de rétablissement. Les traitements psychosociaux de la schizophrénie cherchent également à aider les patients à améliorer ces facteurs. Par exemple, la remédiation cognitive vise à améliorer les performances cognitives, l'entraînement des habiletés sociales à rétablir le fonctionnement interpersonnel, les thérapies des symptômes psychotiques à réduire les symptômes persistants, etc.

CHAPITRE 2

Engager le patient dans les soins

Cas cliniques

- Thibaud a 27 ans ; il a déjà été hospitalisé plusieurs fois en hôpital psychiatrique pour des épisodes psychotiques. Il habite une chambre dans une pension. Comme il ne prend pas son traitement régulièrement, son psychiatre lui a prescrit un traitement qui consiste en injections d'un neuroleptique retard tous les quinze jours. Lorsqu'il est assis, il présente des mouvements incessants des jambes. Ses mains ont un léger tremblement. Souvent, il parle seul dans la rue à des êtres invisibles et peut crier « laissez-moi tranquille ! ». Parfois, il donne des coups de pied dans la carrosserie des voitures. Ce comportement fait peur aux gens. Thibaud a déjà été arrêté plusieurs fois par la police et relâché. Les factures de carrosserie ont été adressées à son tuteur qui doit prélever sur son argent de poche pour les payer. Quand on demande à Thibaud s'il entend des voix, il répond que non, qu'il n'en a jamais entendu.
 - Colette a 19 ans ; depuis cinq mois, elle a cessé sa formation professionnelle. Elle reste enfermée à la maison où elle passe la plupart du temps allongée sur son lit à écouter de la musique ou à regarder la télévision. Elle se couche tard dans la nuit et se lève rarement avant 14 heures. Sa mère, qui vit seule avec elle, est très inquiète. Elle a fait appel au père de sa fille pour l'aider, mais finalement les efforts des parents pour faire sortir leur fille se sont avérés vains et ils se sont résignés. Les parents ne comprennent pas ce qui se passe et ne parviennent pas à obtenir d'explication de leur fille.
 - Clément n'établit pas de contact visuel. Souvent, dans la discussion, il grimace et marmonne. Quand on lui demande ce qui se passe, il dit qu'il ne se passe rien de particulier. Parfois, il se fige et ne dit plus rien.
 - Viviane est hospitalisée très régulièrement avec un discours incohérent. Dans ce discours, elle dit qu'elle ferait mieux de mourir. Souvent, elle est hospitalisée après une consommation excessive de cocaïne et de cannabis.
-

Il peut être très difficile pour les patients de s'engager dans les soins, soit parce qu'ils sont désespérés, soit parce que la nature des symptômes psychotiques les rend difficiles à exprimer, soit parce qu'ils ont peur des conséquences des informations qu'ils pourraient partager. Ils ont peut-être aussi des raisons normales de ne pas s'engager dans une relation thérapeutique : la crainte de parler de problèmes personnels, être confrontés à la nécessité de changer. Ils ont pu également avoir eu des contacts thérapeutiques désagréables ou négatifs par le passé.

Durant la phase d'engagement, l'intervenant va chercher à développer une alliance avec la personne. La construction de l'alliance thérapeutique consiste à :

- rencontrer le patient comme une personne à part entière dans une relation de collaboration à travers laquelle on recherche ensemble des solutions aux problèmes posés ;
- utiliser l'écoute active et une attitude empathique centrée sur ce que vit le patient ;
- se montrer chaleureux et intéressé à rencontrer le patient ;
- rester soi-même ou être authentique, c'est-à-dire être à l'aise avec le patient et les émotions qu'il génère en nous ;
- demeurer professionnel, c'est-à-dire dans une relation où l'intervenant a un statut professionnel, à savoir un cadre codifié par des lois, des règlements et une éthique et qui offre des services et des compétences dans une relation contractuelle tacite ou explicite contre un financement.

Le modèle du processus de rétablissement présenté ci-dessus a également des implications sur la relation thérapeutique, notamment :

- donner de l'espoir au patient sur la possibilité de se rétablir ;
- aider la personne à identifier ses ressources en tant que personne, ses points forts et ses faiblesses ; permettre au patient de distinguer ce qui fait partie de la maladie de ce qui fait partie d'elle ;
- favoriser l'autodétermination et les choix personnels ;
- identifier des buts à long terme de la personne et les étapes intermédiaires pour les atteindre ; fixer des objectifs intermédiaires réalisables.

Pourtant, l'alliance thérapeutique avec les personnes en phase de moratoire ou durant un épisode psychotique pose un certain nombre de difficultés particulières : le patient peut ne pas reconnaître qu'il est malade, qu'il a besoin de soins ou que certains symptômes fassent partie de la maladie ; le patient peut ne pas considérer comme problématiques certains comportements dérangeants pour l'entourage. Ces difficultés représentent un défi pour la construction de l'alliance thérapeutique :

- le patient bloque les tentatives de rentrer en contact avec lui, car il n'en voit pas la nécessité ;
- le soignant éprouve un malaise en étant face à des problèmes qui le dérangent ou lui font peur ;
- le patient peut accepter la relation mais n'exprime pas de demande d'aide ;
- le patient exprime des problèmes ou des difficultés mais ne parvient pas à s'engager dans une relation thérapeutique ;
- le patient s'engage dans une relation thérapeutique en refusant de considérer certains symptômes comme faisant partie de la maladie ou comme pouvant aggraver sa santé mentale ou physique (ex. : sous-alimentation liée aux craintes d'empoisonnement).

Dans ce contexte, le professionnel doit être clair avec les limites de ses actions. Le patient peut être dangereux pour lui-même ou pour autrui et, dans ce cas, la législation de la plupart des pays démocratiques prévoit l'hospitalisation non volontaire dans une unité psychiatrique. Il est alors important de se reporter à la législation en vigueur. Toutefois, il faut savoir que l'hospitalisation non

volontaire reste une expérience douloureuse pour le patient ; elle nuira peut-être à la suite de la relation thérapeutique. Il s'agit toujours d'une décision difficile qu'il faut parfois prendre rapidement en sopesant les avantages et les inconvénients. La meilleure alternative étant de rencontrer le patient en amont de la décision, quand il reste de la marge pour intervenir.

Le *case-management*

Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent nécessiter une intervention intensive de type *case-management*, notamment dans les premières phases du processus de rétablissement [11-13]. Par la suite, par exemple dans la phase de reconstruction, le *case-management* reste important mais, le plus souvent, requiert moins d'intensité. Le *case-manager* est la personne qui a la responsabilité du suivi à long terme du patient.

Il doit pouvoir assurer un certain nombre de fonctions essentielles comme :

- l'accès et l'engagement dans les soins ;
- l'établissement d'une relation thérapeutique et d'un suivi à long terme ;
- l'évaluation de la personne ;
- la planification des soins et des services nécessaires ;
- la coordination des soins et services ;
- la vérification que les services ont été fournis ;
- l'évaluation des progrès ;
- le plaidoyer pour l'amélioration des services ;
- les interventions de crise.

Le *case-manager* est généralement un professionnel du monde sanitaire ou social. Il peut être infirmier, travailleur social, éducateur, ergothérapeute, psychologue ou médecin. Il travaille généralement dans une équipe interdisciplinaire ou est bien implanté dans un réseau de soins. Selon la taille du service et le nombre de médecins disponibles, ceux-ci peuvent n'avoir qu'un rôle de seconde ligne et n'intervenir que lorsque les professionnels de première ligne en ont besoin.

Le *case-manager* doit être accessible. Le patient et sa famille savent qu'ils peuvent le contacter si une crise survient. Il doit être flexible. Le *case-manager* va s'adapter aux besoins changeants du patient et de sa famille plutôt qu'appliquer des règles de manière dogmatique. Il doit savoir maintenir l'optimisme, promouvoir l'espoir et considérer le patient comme un partenaire activement impliqué dans le processus de rétablissement. Il doit posséder les compétences nécessaires aux fonctions décrites ci-dessus et être capable de travailler dans une équipe interdisciplinaire. Souvent, dans une équipe qui utilise le modèle *case-management*, les différents professionnels assument différents rôles, surtout si on se réfère au modèle de *case-management clinique* [14]. Ils auront un rôle de *case-manager*, un rôle professionnel et un rôle de spécialiste. Le rôle de *case-manager* est de remplir les différentes fonctions décrites ci-dessus, qui seront revues en détail dans cet ouvrage. Le professionnel dépend de la profession à laquelle il appartient. La prescription de médicaments ne peut être assurée que par un médecin. Le *case-manager* psychologue pourra faire appel

à un assistant social pour résoudre un problème de dette. C'est l'infirmier ou le médecin qui s'occupera d'une injection intramusculaire. Le rôle de spécialiste va dépendre des compétences spécifiques de chaque professionnel. Certains membres de l'équipe auront plus de compétences dans le domaine du traitement des hallucinations et d'autres sauront animer des groupes motivationnels pour les problèmes d'abus de substances. Certains seront plus habiles pour l'animation de groupes de patients et d'autres plus à l'aise dans le suivi d'un groupe de familles. Les responsables de l'équipe chercheront à avoir la palette des compétences nécessaires pour garantir les prestations qui permettent le rétablissement.

Case-management clinique

Phase initiale

- Engagement.
- Évaluation.
- Planification.

Interventions environnementales

- Lien avec les ressources de la communauté.
- Consultation avec les familles et les autres « aidants naturels ».
- Maintien et élargissement du réseau social.
- Collaboration avec les médecins et les hôpitaux.

Interventions sur le patient

- Thérapie individuelle intermittente en fonction des besoins.
- Enseignement des habiletés pour vivre de façon indépendante.

Interventions sur le patient et l'environnement

- Interventions de crise.
- Évaluation continue.

L'entretien de motivation

Comment gérer les difficultés particulières à la construction de l'alliance thérapeutique listées ci-dessus ? Une stratégie de base est d'utiliser une approche motivationnelle. L'entretien de motivation ou entretien motivationnel cherche à créer une relation thérapeutique centrée sur le patient dont le but est de l'aider à explorer et à résoudre l'ambivalence par rapport à un changement de comportement et le préparer au changement. Les principes de l'approche sont :

- exprimer de l'empathie ;
- éviter la confrontation ;
- gérer les résistances ;
- élargir les contradictions ;
- soutenir la confiance en soi et l'autodétermination.

L'entretien de motivation est fondé sur le modèle intégratif du changement proposé par Prochaska et DiClemente [15-17]. Ce modèle précise que les gens

changent par étapes et que chaque étape du changement requiert des interventions différentes adaptées au stade de changement. Il est important de reconnaître les différentes étapes du processus de changement et de fournir l'intervention appropriée pour aider la personne à passer d'une étape à l'autre au sein de ce processus. Le [tableau 2.1](#) présente les différentes étapes du changement et les interventions associées.

Phase de pré-considération

Durant cette étape, la personne ne voit pas la nécessité de changer. Elle ne pense pas que son comportement pose problème ou ne fait pas le lien entre son comportement et ses conséquences. Elle peut être si découragée qu'elle ne croit pas que son problème ait une solution. Elle n'est pas prête à s'engager dans un processus de changement, et il est important de la préparer à pouvoir envisager les avantages et les inconvénients du processus de changement. L'intervention-clé, dans cette étape, est d'établir la relation et de fournir de l'information. Créer une relation positive avec la personne et la rencontrer, là où elle est, sera un premier pas décisif. Parfois, la création de ce lien peut prendre du temps. Le soignant devra se montrer persistant et constant, même s'il y a de nombreux rendez-vous manqués. La création de ce lien peut impliquer que le professionnel rencontre le patient chez lui, dans la rue, dans un squat, dans un café. Durant cette étape, le professionnel va chercher à comprendre la position du patient tout en évaluant la situation, c'est-à-dire la symptomatologie, les conditions de vie et l'environnement social, les problèmes exprimés et observés. La création de l'alliance thérapeutique est capitale pour préparer les patients à accepter des soins. Ce n'est qu'une fois que le patient est prêt à écouter le professionnel que celui-ci va commencer à donner de l'information. Toutefois, la personne peut ne pas être prête à recevoir de l'information. Il est donc nécessaire de commencer par vérifier ou susciter l'intérêt.

TABEAU 2.1. Processus de changement.

Étapes de changement	Interventions
Pré-considération Ne pas voir la nécessité de changer	Engager la relation, fournir des informations, normaliser les symptômes psychotiques pour favoriser l'acceptation de la maladie
Considération Être ambivalent par rapport au changement	Effectuer une balance décisionnelle pour connaître les facteurs de résistance, réduire les facteurs de résistance
Préparation Développer la confiance dans les capacités à changer	Donner de l'espoir dans le succès. Soutenir le sentiment d'efficacité personnelle
Détermination, action Changer	Confirmer et s'engager dans la thérapie assure des succès dans les premières étapes
Maintien et prévention rechute	Réduire les vulnérabilités personnelles et augmenter les capacités de faire face au stress. Réduire l'impact des rechutes et travailler sur la capacité à faire face aux facteurs déclenchants

Fournir de l'information

Vérifier l'intérêt

- Seriez-vous intéressé à connaître... ?
- Que savez-vous au sujet... ?

Exemples : Seriez-vous intéressé à en savoir plus sur les possibilités de se rétablir de la schizophrénie ? Connaissez-vous les effets du cannabis sur la maladie ? Connaissez-vous des gens qui se sont rétablis de cette maladie ? Que savez-vous au sujet de l'efficacité des traitements ?

Présenter l'information de façon neutre

- Décrivez les faits et pas l'interprétation de ceux-ci.
- Exemples : la recherche montre que la moitié des personnes atteintes de schizophrénie peuvent présenter un rétablissement complet ou améliorer leur vie de façon substantielle [10]. Les études indiquent que chez les personnes atteintes de schizophrénie, qui prennent régulièrement leur traitement médicamenteux et qui consomment du cannabis, le risque de rechute à un an est de 40 % contre 20 % chez ceux qui ne consomment pas de cannabis [18].

Demander au patient d'interpréter les faits

- Que faites-vous de cela ?
- Qu'est-ce que cela signifie pour votre avenir ?

Phase de considération

La caractéristique principale de la phase de considération est l'ambivalence. La personne hésite, oscille entre l'envie de changer et celle de ne pas changer. L'intervention de base vise à élargir les contradictions et à résoudre le conflit lié à l'ambivalence. L'une des stratégies possibles est d'établir avec la personne ce qu'on appelle une balance décisionnelle, c'est-à-dire un bilan des pour et des contre du changement et du non-changement (tableau 2.2). L'intervention consiste à fournir une structure pour examiner le pour et le contre, écouter et

TABLEAU 2.2. Balance décisionnelle.

Si le problème persiste (définir le problème) :	
Avantages	Inconvénients
Si le problème s'améliore (définir l'amélioration) :	
Avantages	Inconvénients

conduire le patient à s'exprimer, à résumer les éléments conflictuels et à évaluer si la balance penche du côté des avantages ou des inconvénients.

La balance décisionnelle peut évoluer dans le temps ; c'est un outil utile à la prise de décision et destiné au patient. Ce qui importe, ce sont les décisions du patient et la façon dont il s'autodétermine. Si les avantages ou les inconvénients ne penchent pas en direction du changement, il est utile d'aider le patient à maîtriser les facteurs qui empêchent le changement ou de développer les compétences nécessaires pour pouvoir réduire les facteurs qui bloquent le changement.

Cas cliniques

- Viviane dit que le cannabis l'aide à se détendre et à se couper de ses soucis. Elle dit également que sa consommation régulière de cannabis l'empêche de réaliser ses projets et peut la rendre « parano ». Toutefois, elle voit plus d'avantages à consommer qu'à ne pas consommer. Lorsqu'on discute avec Viviane des autres stratégies à sa disposition pour se détendre et se couper de ses soucis, elle se montre très démunie. Il peut être utile de lui enseigner une méthode de relaxation avant d'aller plus loin dans le processus de changement.
- Thibaud dit que les voix le persécutent sans raison, mais il craint, si ces voix disparaissent, de se retrouver seul au monde. C'est cet argument qui l'empêche de s'engager dans une intervention pour réduire l'impact des voix sur son comportement. Il peut alors être utile d'aider Thibaud à rencontrer d'autres personnes à qui se lier avant de l'inviter à modifier sa relation avec ses hallucinations auditives.

Phase de préparation

Durant la phase de préparation, le patient doit développer sa confiance en sa capacité à s'engager dans un processus de changement, le rôle de l'intervenant étant de donner de l'espoir dans le succès et de soutenir le sentiment d'efficacité personnelle. Autrement dit, il s'agit de susciter l'expression de propos automotivants. Les propos automotivants peuvent être la reconnaissance du besoin de changer, l'expression d'une préoccupation envers la maladie, l'expression de l'intention de changer ou l'expression d'optimisme autour du changement.

Susciter des propos automotivants

Reconnaissance du problème

- Qu'est-ce qui vous fait penser que c'est un problème ?
- Quelles difficultés cela vous a-t-il causé ?

Préoccupations concernant le problème

- Cela vous préoccupe-t-il ? Comment, à quels niveaux ?
- D'autres personnes se font-elles du souci pour vous ? Qui et pourquoi ?

Intentions de changer

- Si tout allait bien pour vous, qu'est-ce qui serait différent ?
- Qu'est-ce qui vous fait penser que ce serait le moment de changer ?

Optimisme au sujet du changement

- Qu'est-ce qui vous incite à croire que vous pouvez changer les choses, si vous le voulez ?
- Si vous décidez de changer, qu'est-ce qui pourrait marcher pour y parvenir ?

Durant la phase de préparation, l'intervenant va également discuter avec le patient des conséquences du changement et comment s'y préparer. Par exemple, si Thibaud s'engage dans une intervention pour changer sa relation avec ses voix, il devra s'organiser pour se rendre à ses rendez-vous et donc s'acheter un agenda et des tickets de bus, et il devra apprendre à utiliser un agenda. Si Viviane veut réduire sa consommation de cannabis, il lui faudra peut-être rencontrer d'autres copains pour sortir.

L'utilisation de l'entretien de motivation oblige de développer des compétences dans la gestion des résistances au changement. La résistance est un comportement observable, fluctuant, qui ne fait pas partie de la pathologie mais qui est influencé par le comportement de l'intervenant. C'est surtout un signal pour changer de stratégie. Une résistance est un comportement non coopératif qui indique que la personne ne parvient pas à coopérer dans les conditions actuelles.

Gérer les résistances

Écoute réflexive

- Montrer de la compréhension pour la difficulté à changer. « Arrêter de fumer du cannabis, cela semble très difficile pour vous. »
- Exagérer la compréhension de la difficulté à changer. « S'engager à suivre un traitement efficace est vraiment trop dur, trop pénible pour vous, voire impossible. »
- Montrer de la compréhension pour l'ambivalence. « Vous avez de bonnes raisons de continuer à fumer, mais vous en avez d'aussi bonnes pour arrêter. »

Temporisation, réassurance

- Changer de sujet, parler d'autre chose.
- Souligner le contrôle personnel : « C'est vous qui décidez ».
- Accepter que le patient ne change pas sur ce point et voir si l'on peut parler d'un autre problème.

Élargir la signification

- Accord avec rotation. « Vous dites que le cannabis n'a pas d'effet sur la maladie, mais vous êtes souvent à l'hôpital. »
- Recadrage. Le recadrage consiste à changer le sens de la résistance ou à élargir celui-ci, par exemple en redéfinissant la résistance comme un comportement coopératif.

Gestion des problèmes liés à la conscience du trouble

L'étude pilote internationale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) identifie le manque de conscience du trouble comme le symptôme qui permet le mieux de discriminer la schizophrénie des troubles de l'humeur [19]. Dans cette étude, le manque de conscience du trouble était présent chez 85 % des patients. Néanmoins, ce symptôme n'est pas un critère diagnostique formel

dans les classifications diagnostiques actuelles, bien qu'il reste le critère définitif de la psychose dans la plupart des dictionnaires français.

David [20] conçoit la conscience du trouble comme un concept multidimensionnel qui comprend la reconnaissance de la maladie, la reconnaissance du besoin de traitement et l'attribution des symptômes à la maladie (fig. 2.1). Ces différentes dimensions de la conscience du trouble peuvent interagir avec une certaine indépendance. Une personne peut nier qu'elle souffre de schizophrénie mais accepter de prendre son traitement. Une autre peut accepter l'idée d'être malade mais refuser son traitement. Une troisième peut accepter l'idée d'avoir une maladie, prendre son traitement mais demander que l'on intervienne pour aller dire à ses voisins d'arrêter de l'insulter à longueur de journée, en leur attribuant le contenu de ses hallucinations auditives.

Il est probable que ces différentes dimensions requièrent des interventions différenciées. En effet, il est difficile d'accepter l'idée de souffrir d'une schizophrénie, surtout en connaissant l'image de cette maladie telle qu'elle est véhiculée par les médias. La schizophrénie est généralement perçue comme étant une maladie chronique, sans possibilité de guérison. Les personnes qui en souffrent sont vues comme dangereuses, imprévisibles, incompréhensibles, étranges ou repliées sur elles. Ces images sont transmises avec les moyens démesurés des grands groupes de presse, des télévisions ou des compagnies de production hollywoodiennes. Il est alors très difficile pour le simple clinicien de pouvoir contrer ces messages et fournir une information objective et réelle de la maladie. En ce qui concerne l'acceptation du traitement, il est essentiel de réduire au maximum l'aspect parfois traumatique des soins psychiatriques. C'est un fait que, la privation de liberté, le traitement forcé, le recours à la contrainte, l'attachement ou l'enfermement lors des périodes aiguës peuvent conduire à des réactions post-traumatiques dont la conséquence la plus dérangeante pour le traitement sera l'évitement des lieux de soins et le refus de traitement. Le problème majeur des hôpitaux psychiatriques est que le plus souvent, ils ne sont pas dotés de

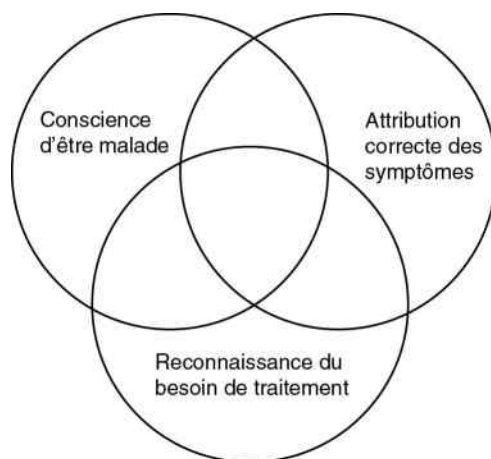


FIGURE 2.1. Concept multidimensionnel.

services de soins intensifs avec les effectifs infirmiers comparables aux unités de soins somatiques. Les soins aigus sont ainsi souvent réalisés au sein même des unités de soins, sans que les dotations soient adaptées aux problèmes présentés par les patients. Il est également essentiel d'éviter au maximum les effets secondaires désagréables des traitements médicamenteux et d'offrir des lieux de soins agréables et conviviaux. Cette dernière idée est souvent critiquée de peur que les patients s'institutionnalisent. Cette critique était probablement recevable à l'époque où la psychiatrie n'avait pas d'autre alternative que de fournir l'asile à des personnes exclues de la société. La disponibilité de nombreux traitements psychosociaux validés, les résultats démontrés et l'espoir dans le rétablissement ont complètement changé cette perspective.

La conscience du trouble a été beaucoup étudiée, soit en lien avec des variables psychosociales ou des variables neuropsychologiques, mais rarement avec des variables combinées. Des études ont montré que la conscience du trouble est associée à l'estime de soi, par exemple, ou aux déficits neuropsychologiques. Cependant très peu d'études ont comparé l'impact pondéré ou relatif de ces différentes variables. Si la conscience du trouble est associée à des déficits neuropsychologiques [21] et à des biais cognitifs qui empêchent l'intégration de l'expérience, l'intervention ne sera pas la même que si la conscience du trouble est associée à des stratégies psychologiques [22,23] pour préserver son estime personnelle ou maintenir une conception positive de soi. Il devient urgent de développer des modèles de compréhension qui intègrent le modèle neuropsychologique et le modèle psychologique. Il est possible d'imaginer que le fonctionnement neuropsychologique et le fonctionnement psychologique interagissent pour déterminer la conscience du trouble. Green et al. [24] estiment que le bon fonctionnement neuropsychologique prédit d'abord une bonne conscience du trouble, notamment pour reconnaître que les symptômes font partie de la maladie. Ce qui n'empêcherait pas les patients ayant un bon fonctionnement neuropsychologique d'utiliser le déni pour faire face à leurs difficultés et ainsi démontrer une mauvaise conscience du trouble. Une telle formulation suppose que les personnes ayant de faibles performances sur le plan neuropsychologique vont présenter une pauvre conscience du trouble. Des études confirment que les patients avec des déficits neuropsychologiques présentent une conscience du trouble faible ou modérée, alors que ceux qui n'ont pas de déficits neuropsychologiques présentent soit une très bonne, soit une très mauvaise conscience du trouble [25, 26]. Les patients avec peu de déficits neuropsychologiques peuvent ou bien montrer une bonne conscience du trouble, ou bien nier la maladie pour des raisons plus psychologiques.

- **Déficits neuropsychologiques** : réduction de l'efficacité des fonctions psychologiques de base comme l'attention, la mémoire, la planification. Dans la schizophrénie, ces déficits apparaissent chez 50 % des patients. Ils existent avant l'apparition de la maladie et ont une influence sur les altérations du fonctionnement social, professionnel et personnel.
- **Biais cognitifs** : erreurs de raisonnement, tendance à interpréter les événements de façon partielle ou déformée. Les biais de raisonnement sont, quant à eux, associés aux idées délirantes.

Cas clinique

Clément reconnaît qu'il a une schizophrénie et prend régulièrement ses médicaments. Pourtant, il a de la peine à expliquer ses comportements étranges comme marmonner ou éviter le contact visuel. Il fait souvent référence à des contacts avec un parent. Toutefois, selon l'anamnèse, ce parent serait décédé depuis plusieurs années. De temps à autre, il dit aussi que les gens contrôlent son regard et lui donnent des indications avec le doigt. Mais, lorsqu'on essaie d'en savoir plus, il fait comme si l'interlocuteur était au courant de la situation.

En ce qui concerne l'acceptation de la maladie, les professionnels apprécient souvent que les patients acceptent leur maladie en disant « je suis schizophrène » ou « je suis psychotique ». Cette manière d'intégrer la maladie est dangereuse pour plusieurs raisons : premièrement, les maladies « qu'on est » sont définitives. « On *est* cardiaque » mais « on *a* un infarctus ». Deuxièmement, lorsqu'on est une maladie, c'est probablement plus difficile de se rétablir, car on se confond avec la maladie et cela empêche de distinguer ce qui fait partie de soi de ce qui fait partie de la maladie et donc de s'appuyer sur sa partie saine. Troisièmement, cette confusion risque d'augmenter le risque de dépendance avec le système de soins. Elle réduit les possibilités de s'autodéterminer et de prendre la responsabilité du processus de rétablissement. Souvent, pour les professionnels, il est difficile de traiter les personnes qui nient leur maladie en disant « je ne suis pas schizophrène » ou « je ne suis pas psychotique ». Là, le problème se pose de clarifier s'il s'agit d'une conséquence de déficits neuropsychologiques ou d'un problème de déni psychologique de la maladie. Dans ce second cas, la non-acceptation de la maladie peut être une tentative de préserver l'estime de soi ; les stratégies de *normalisation des symptômes psychotiques* peuvent être utiles. Dans le cas de déficits neuropsychologiques, il est important que le patient puisse reconnaître ses déficits neuropsychologiques ou ses biais de raisonnement. C'est alors que l'entraînement métacognitif apparaît comme une intervention utile. Les stratégies de normalisation des symptômes psychotiques et d'entraînement métacognitif seront présentées plus loin dans l'ouvrage. Il semble que le modèle « je souffre d'une » ou « j'ai une schizophrénie » soit la meilleure façon d'intégrer la maladie [27].

Gestion de la dépression

La dépression est généralement sous-estimée dans la schizophrénie [28-32]. La maladie est elle-même déprimante, puisque capable de conduire à une remise en question importante du projet de vie. La dépression peut affecter le pronostic, notamment par le risque plus élevé de recourir à des substances [29] ou au risque suicidaire [33, 34]. Parfois, il peut être difficile de distinguer la dépression des symptômes négatifs comme l'émoussement de l'affect (réduction des expressions faciales, ton de voix monotone) ou le retrait social. Cela peut conduire l'intervenant à penser que le patient est déprimé, car il manque d'initiative (avolition, apragmatisme) et d'entrain (anhédonie). Ces différents types

de symptômes peuvent apparaître ensemble ou séparément. La dépression est généralement accompagnée de tristesse, de découragement, d'absence d'espoir ou d'idée de culpabilité. Au niveau des effets secondaires des neuroleptiques, il faut être attentifs à l'akinésie (réduction des mouvements spontanés au niveau des expressions du visage et des gestes) qui peut être confondue à la fois avec l'émoussement de l'affect et avec la dépression.

L'un des meilleurs outils pour évaluer la dépression dans la schizophrénie est l'échelle de dépression de Calgary [35-37] pour la schizophrénie¹. De plus, elle est bien validée en français [38-40].

Les antidépresseurs sont efficaces pour traiter les symptômes dépressifs dans la schizophrénie. Les autres stratégies pour lutter contre la dépression sont l'engagement dans des activités agréables, l'augmentation du niveau d'activité et les interventions sur les styles de pensées.

Engagement dans des activités agréables

Quand les gens sont déprimés, ils ont tendance à moins s'engager dans des activités agréables et aggravent ainsi leur dépression. La reprise d'un programme d'activités agréables peut contribuer à améliorer l'humeur [41]. Au début, il est important d'accompagner la personne dans la reprise d'activités agréables en mesurant les différentes activités entreprises, leur fréquence et l'humeur. Le [tableau 2.3](#) montre un exemple de tableau de suivi. Pour commencer, il sera nécessaire d'identifier les activités qui procuraient du plaisir au patient avant qu'il ne soit déprimé. Il est important de distinguer les activités fréquentes ou rares et le degré de plaisir (ex. : un peu, beaucoup). Il s'agit ensuite de construire une liste sur le modèle du [tableau 2.3](#). Il faudra peut-être, au début, accompagner le patient dans les activités et lui demander de remplir la grille quotidiennement, pour vérifier les effets sur l'humeur d'une augmentation des activités agréables.

Augmenter le niveau d'activité

La dépression peut rendre inactif et apathique, et l'apathie à son tour aggraver la dépression ; augmenter son niveau d'activité contribue à améliorer la dépression [42, 43]. Il est néanmoins très difficile de changer ses habitudes et de s'engager régulièrement dans des activités physiques. La meilleure manière d'y parvenir est de respecter les règles suivantes :

- *établir des buts atteignables* : la réussite des premiers buts est essentielle pour améliorer l'estime de soi. Il est donc préférable de fixer des buts dont le succès est garanti, surtout au début. Mieux vaut quinze minutes de marche une fois par semaine qu'une course à pied quotidienne ;
- *avancer progressivement vers les buts à long terme* : il n'est pas utile d'ajouter de nouveaux buts ou d'augmenter la difficulté avant que le premier but fixé ne soit atteint ;

1. Elle peut être téléchargée sur le site : <http://www.ucalgary.ca/cdss/>

TABLEAU 2.3. Tableau de suivi des activités agréables.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Regarder un film d'action	X						
Nager		X					
Marcher pieds nus	X	X	X				
Faire un exercice de relaxation	X	X	X				
Écouter de la musique	X	X	X				
Sortir avec des amis			X				
Manger des sushis		X					
Rire			X				
Traîner sous la douche	X	X	X				
Me promener dans un beau parc		X					
Etc.							
Cotation de l'humeur 0 = très déprimé ; 10 = en forme	1	3	4				

- *enregistrer ses activités dans son agenda* : cela permet de mesurer les progrès ou d'identifier les obstacles ;
- *féliciter les succès et soutenir la personne quand elle est découragée* ;
- *inclure les autres dans les activités* : généralement, il est plus facile et plus agréable d'accomplir une activité régulière quand deux personnes au moins sont impliquées. Il est important de voir qui peut accompagner le patient dans la reprise d'activités.

Corriger les pensées dysfonctionnelles

La dépression est accompagnée d'un style dysfonctionnel de pensée : la personne a tendance à voir le mauvais côté des choses et ce type de pensée vient aggraver la dépression. Il est utile d'aider la personne à identifier ses pensées dysfonctionnelles et à les changer, afin de réduire leurs impacts sur la dépression. Le [tableau 2.4](#) présente les styles de pensées dysfonctionnelles qui apparaissent le plus souvent dans la dépression.

Le travail du soignant consiste ensuite à aider la personne à identifier ses pensées dysfonctionnelles, à en prendre conscience et à développer un style de pensée plus fonctionnel.

La dépression est capable de faire obstacle au processus de rétablissement. Elle peut être consécutive à l'idée que le diagnostic de schizophrénie va empêcher la personne de réaliser les projets qu'elle avait pour sa vie ; elle peut être aussi la conséquence d'un épisode psychotique : on l'appelle alors « dépression post-psychotique ». La dépression a souvent été négligée dans la schizophrénie, et elle réclame un traitement par antidépresseurs ou psychothérapeutique.

Les soignants ont un rôle majeur qui est d'apporter de l'espoir. Instiller l'espoir ne consiste pas seulement à encourager la personne, mais à l'aider concrètement

TABLEAU 2.4. Pensées dysfonctionnelles.

Styles de pensée problématique	Exemples
Tout ou rien	Voir les choses en noir et blanc : « Si je ne suis plus capable de faire cela, c'est que je ne vauds plus rien »
Anticipation négative	Prévoir le pire : « Cela ne sert à rien de lui demander, de toute façon, il ne sera pas disponible »
Transformer une exception en règle	Généraliser à partir d'un détail ou d'un phénomène unique : « Jean ne m'a pas salué ce matin, c'est bien la preuve qu'à ses yeux, je ne suis plus qu'une loque »
Prendre la responsabilité des événements négatifs	« Le chef pense que je suis nul », alors que le chef a crié contre l'ensemble de son équipe
Élever les exigences, plutôt que se donner le droit à un joker	Avoir tendance à ne pas se donner le droit de faire une pause en regardant ce qui a été accompli et à ne voir que les choses qui restent à faire. « Je n'y arriverai jamais, je n'ai réussi qu'à faire la moitié des choses que je devais faire »

dans la réalisation de ses buts. Le soignant doit être attentif à découper les objectifs à long terme en buts atteignables à court terme. La réussite est un bon antidote contre la dépression.

Cas clinique

Lorsqu'on discute avec Colette, on apprend qu'elle pense être incapable de faire quoi que ce soit. Elle a été renvoyée de l'école obligatoire à cause de ses mauvais résultats. Elle a commencé deux apprentissages : elle a été renvoyée du premier après quelques mois et a quitté le second suite au harcèlement sexuel de son chef. Colette se demande pourquoi elle devrait faire de nouveaux efforts, puisqu'elle est arrivée à la conclusion que quoi qu'elle fasse, cela ne sert à rien. Elle dit aussi qu'elle ne peut sortir, car les voisins l'observent et disent du mal d'elle. Elle regrette de ne pas sortir de chez elle : auparavant, elle appréciait nager, se promener dans la nature, voir des amis. Elle admet qu'en restant à longueur de journée à la maison, devant la télévision, le temps passe lentement. Lorsqu'on lui propose des activités, elle les refuse, avançant sa crainte que les autres ne la rejettent ; ou bien elle pense qu'elle n'y arrivera pas. Le soignant lui propose de poursuivre l'entretien dans le parc à côté de chez elle.

Gestion de la colère et de la violence

La colère est une émotion normale qui survient en réponse à la frustration ou à la croyance d'avoir été trompé. Les personnes atteintes de schizophrénie ont de nombreuses raisons d'être frustrées : elles peuvent entendre des voix dénigrantes ou distrayantes qui les empêchent d'établir des contacts sociaux ; les idées de persécution peuvent les conduire à se défendre d'une menace ; les sentiments d'anxiété ou de dépression sont fréquents et rendent plus difficile la réalisation des activités quotidiennes ; les symptômes déficitaires viennent saper l'énergie et la motivation ; les difficultés cognitives peuvent amoindrir la concentration et entraver les capacités de résolution de problèmes. Il arrive que les personnes atteintes de schizophrénie soient malheureuses car il est plus difficile pour elles d'avoir un travail gratifiant, un revenu suffisant, un appartement agréable et des relations satisfaisantes. Ces difficultés conduisent souvent à un sentiment d'injustice. La discrimination sociale envers la maladie risque également de conduire la personne à des sentiments de colère, surtout quand elle se sent rejetée, traitée avec dédain ou prise de haut.

Les manifestations les plus habituelles de la colère sont :

- l'irritabilité, la contrariété, l'agacement, la nervosité ;
- la morosité, la bouderie ;
- le manque de coopération ;
- l'anxiété ;
- la dépression ;
- la disposition à exploser (crier, hurler) ;
- la destruction d'objets ;
- les cris ou les injures contre soi-même ou les murs.

Un comportement violent impliquant l'agression d'autrui est beaucoup moins commun que la colère chez les personnes atteintes de schizophrénie. Le reste de ce chapitre passe en revue les stratégies à disposition des professionnels pour faire face à la colère.

Valider les sentiments de colère

Valider les sentiments de colère en montrant sa préoccupation et sa compréhension envers ce type d'émotion est une première intervention utile pour la réduire. La reconnaissance de la colère est importante, même si celle-ci ne paraît pas sensée.

Exemple

- Jean : « J'en ai marre de ces phénomènes. Ils veulent me détruire. Ils me harcèlent jour et nuit et se servent de mon corps pour me faire payer les erreurs des autres. »
- Intervenant : « Cela doit être très pénible d'être harcelé continuellement. »
- Jean : « Je vais finir par péter les plombs. Il faut que cela cesse, ou je vais devoir en tuer un. »
- Intervenant : « Je peux comprendre que cela semble très pénible. Ce serait bien si l'on pouvait chercher un bon moyen pour que cela s'arrête. »
- Jean : « J'aimerais bien que cela s'arrête. »
- Intervenant : « Ok, il faut que je comprenne mieux ces phénomènes pour pouvoir vous aider. Pouvez-vous m'expliquer comment cela se passe ? »

Insister pour que la communication reste respectueuse

Chacun a le droit d'être traité d'une façon polie et respectueuse. Lorsqu'une personne en colère crie, insulte, menace, hurle ou recourt au sarcasme, il est nécessaire de la reprendre, afin qu'elle puisse retrouver le contrôle d'elle-même. En effet, il ne sera pas possible de comprendre ou de résoudre le problème qui met la personne en colère si celle-ci est dépassée par ses émotions. La requête pour une communication respectueuse et polie doit être spécifique et énoncée calmement. Par exemple :

- je n'aime pas quand vous me parlez si fort ;
- si vous voulez me parler, je vous serais reconnaissant de ne pas hurler ;
- quand vous me regardez ainsi, cela me fait peur et je ne peux plus réfléchir clairement ;
- je n'aime pas quand vous m'insultez. Je vous serais reconnaissant de ne pas m'insulter, sans quoi je m'en vais jusqu'à ce que vous ayez retrouvé votre calme.

Si la personne ne retrouve pas son calme en dépit de vos requêtes, cela ne sert à rien de résoudre le problème ou le désaccord pour l'instant. Il faut faire une pause. La fiche ci-dessous présente les étapes pour faire une pause dans un moment de tension.

Étapes pour demander un temps mort

1. Dire à la personne que la situation est stressante.
2. Dire que c'est un obstacle à une solution constructive.
3. Dire que vous avez besoin de faire une pause, de vous arrêter là.
4. Préciser que vous serez heureux de discuter de cela plus tard quand cela sera possible.
5. Quitter la situation immédiate en changeant de lieu ou en sortant.
6. Ne pas engager la personne dans une dispute.

Identifier la colère mal dirigée

Parfois, la colère exprimée est mal dirigée. La personne est fâchée et s'adresse directement à son interlocuteur, alors que visiblement, cet interlocuteur n'y est pour rien. Il est dès lors important de vérifier avec la personne contre qui elle est en colère. Prendre le temps de discuter quelques minutes suffit souvent pour comprendre la raison de la colère et désamorcer la situation. Dans ce cas, il est essentiel de parler directement et de façon neutre à la personne. Il faut éviter de se justifier ; il faut seulement chercher à comprendre ce qui la met en colère. Elle peut être fâchée à cause d'un malentendu ou de tout autre chose, et vous pouvez l'aider à trouver des solutions.

Aborder la colère associée à l'abus de substances

Lorsque la colère est associée à l'utilisation d'une substance, il est important d'éviter de la résoudre alors que la personne est intoxiquée. Les gens ont généralement de la peine à discuter de leurs émotions ou de leurs problèmes sous l'influence d'un toxique. Il est à ce moment-là utile de préciser que l'on est prêt à discuter du problème quand la personne sera sobre ou *clean*, tout en évitant de la blâmer pour sa consommation d'alcool ou de drogue.

Aborder la colère associée aux symptômes psychotiques

Il existe deux grandes stratégies pour discuter de sentiments de colère fondés sur des idées délirantes. La première est d'aborder les sentiments sans chercher à évaluer leur validité. Aider la personne à faire face à ses émotions ne signifie pas que vous adhérez ou donnez du crédit à ses croyances, mais que vous vous souciez de celles-ci et désirez les soulager. Si la personne est en colère à cause d'idées de persécution, vous pouvez utiliser des stratégies qui passent par la validation des émotions ou vous servir de techniques de relaxation et rechercher des solutions pour obtenir davantage de sécurité.

La seconde stratégie est de chercher des explications alternatives aux faits qui ont conduit la personne à se mettre en colère. Il est alors nécessaire d'éviter la confrontation et l'argumentation qui risquent de conduire la personne à se sentir coincée. On va plutôt explorer les preuves ou les informations qui confirment ou infirment les idées délirantes. Souvent, lorsqu'on examine les preuves

qui confirment les croyances, on doit poser des questions pour préciser les informations sur lesquelles la personne se base et rechercher les données manquantes.

Utiliser la résolution de problèmes

La colère ou l'irritabilité peut être la conséquence d'un problème non résolu, voire non explicitement identifié. Les symptômes psychotiques ou les troubles de l'attention sont à même d'interférer avec la capacité d'identifier les problèmes. La réduction du métabolisme au niveau préfrontal (hypofrontalité) peut compliquer la possibilité de trouver spontanément des solutions aux problèmes de la vie de tous les jours. Dès lors, il est utile d'aider la personne à formuler explicitement les problèmes et de la soutenir dans la recherche de solutions. Les lecteurs peuvent se référer à la partie sur la résolution de problèmes (*cf.* chapitre 9).

Cas clinique

Viviane est très irritable. Elle s'est mise en colère avec plusieurs de ses connaissances. Durant l'entretien, elle élève la voix à plusieurs reprises et profère des menaces. Quand son infirmier lui rappelle qu'il est là pour trouver des solutions à ses problèmes, elle s'apaise un peu et accepte de parler des derniers jours. On apprend alors qu'elle est allée en visite chez ses parents et qu'elle est partie en claquant la porte. Elle ne se souvient plus très bien des raisons de sa colère. Toutefois, en passant en revue de façon détaillée le repas de famille, on apprend que son père a abondamment félicité sa sœur pour une promotion professionnelle, alors qu'à elle-même, il ne lui fait jamais de compliment. Elle dit qu'elle en a marre d'être l'échec de la famille.

Stratégies pour faire face à des comportements violents

Parfois, l'expression de la colère peut être accompagnée ou suivie de comportements violents comme casser des objets, jeter des objets en direction des autres, pousser l'autre, cracher, frapper, gifler ou autres actes agressifs.

Jusqu'au début des années 1980, le consensus établissait que les personnes atteintes de schizophrénie n'étaient pas plus violentes que la population générale. Par la suite, une série d'études a conduit à l'idée que les personnes atteintes de schizophrénie seraient plus violentes que les membres de la population générale, et cela en vertu de l'activité d'un petit sous-groupe de patients. Cependant, la méthodologie de ces études pose un certain nombre de problèmes, notamment au niveau des critères diagnostiques utilisés, de la définition de la violence (menaces verbales, contact physique) ou de biais de sélection (lieu de recrutement, refus de participer à l'étude, classe sociale, comorbidité avec des troubles de la personnalité ou des abus de substances). La plupart des études ont examiné le risque relatif de violence (la somme de risques posés par les personnes atteintes de schizophrénie par rapport à la population générale) [44]. L'utilisation de ce calcul de risque pourrait répondre en partie au débat qui persiste

entre les études américaines, qui indiquent que la schizophrénie a relativement peu d'effet sur l'augmentation du risque de violence, et les études scandinaves, qui trouvent un risque augmenté de comportements violents associé à la schizophrénie. Cette différence est probablement liée à des aspects culturels : la violence dans la population générale est moins courante en Scandinavie qu'aux États-Unis. Très peu d'études ont utilisé le pourcentage de risque attribuable à la population étudiée. Cette dernière mesure est probablement plus utile en termes de santé publique [44]. En fonction de cette mesure, on arrive à un taux de 2,7 % de personnes qui ont été violentes dans la communauté durant une année aux États-Unis et qui souffraient d'une schizophrénie [45]. Dans une étude finlandaise, les personnes avec une schizophrénie représentent 4 % des crimes violents enregistrés [46]. Dans une étude danoise où les gens ont été suivis de la naissance à l'âge de 44 ans, 2 % des hommes qui ont été arrêtés pour violence et 9 % des femmes avaient une schizophrénie. Lorsque l'on exclut les personnes qui consomment des substances, les chiffres tombent à 0,8 % pour les hommes et 6 % pour les femmes [47]. La plupart de ces chiffres représentent des pourcentages faibles de violence par rapport aux chiffres qui utilisent le risque relatif de violence.

Le pourcentage de risque attribuable à la population étudiée est fondé sur la notion de causalité ayant été établie entre le risque de violence et la schizophrénie. Il ne prend pas en compte les autres facteurs de risque qui pourraient opérer dans l'association entre un facteur de risque et la maladie. La comorbidité avec les abus de substances augmente le risque de violence : si l'on pouvait éliminer le facteur d'abus de substance, la contribution de la schizophrénie à la violence en serait notablement diminuée [44]. Afin de prévenir une stigmatisation inutile pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères, les chercheurs ont le devoir de présenter des informations équilibrées ; en négligeant de rapporter des mesures de risque absolu et relatif, ces études font émerger une fausse image des risques de violence. Un exemple d'un rapport équilibré indique que les personnes atteintes de schizophrénie ont cinq fois plus de risque d'être accusées de violences sérieuses que la population générale [48]. Les résultats présentés indiquent aussi que 99,97 % des personnes atteintes de schizophrénie ne seront pas accusées de violences sérieuses durant une année donnée, et que la probabilité qu'un patient commette un homicide est très faible (approximativement, le risque annuel est de 1 : 3 000 pour les hommes et de 1 : 33 000 pour les femmes).

Le meilleur indice de prédiction de violence est un comportement violent par le passé [49]. Toutefois, en l'absence de ce type d'information, il est plus prudent pour un soignant d'éviter de se faire agresser. En effet, se faire agresser est mauvais pour la relation thérapeutique, tant pour l'intervenant que pour le patient. L'intervenant qui a été agressé risque d'avoir peur du patient dans l'avenir et ainsi de ne pas pouvoir utiliser toutes ses capacités de résolution de problèmes pour soigner ce patient. Il pourra se reprocher d'avoir été maladroit et se sentir incompetent : il s'ensuivra peut-être du ressentiment et des contre-attitudes qui interféreront avec la relation thérapeutique ; quant au patient qui agresse, il

peut se sentir coupable et regretter son acte dans le futur, ce qui viendra ajouter un nouveau problème à ceux qu'il doit déjà résoudre. Le recours à la violence est rarement subit, comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu : il est le résultat d'une escalade progressive de comportements qui sont des comportements de tensions et de colère. Cette progression peut être rapide, mais ce n'est pas un passage soudain d'absent à présent. Le plus souvent, elle est associée à une perte du contrôle, et le comportement violent est généralement précédé d'avertissements plus ou moins explicites comme :

- des expressions faciales de la colère (sourcils abaissés et rapprochés, rides verticales entre les sourcils, regard dur, lèvres tendues, serrées fermement ou ouvertes comme pour crier) ;
- la tendance à fermer les poings ;
- des menaces verbales ou gestuelles ;
- des comportements agités ou répétitifs.

La meilleure stratégie reste la prévention, qui a été abordée précédemment dans les stratégies pour faire face à la colère.

En cas de comportement violent, il faut se protéger et protéger les autres personnes menacées. On peut ainsi demander aux personnes présentes de quitter l'endroit où se trouve le patient violent, le quitter soi-même, puis appeler du secours (police, autres professionnels, voisins).

Lorsqu'on négocie une solution avec une personne menaçante, il est utile :

- de rester mobile et de se déplacer au lieu de garder une position statique, afin de pouvoir plus facilement éviter la personne si elle cherche le contact physique (par exemple, bouger latéralement d'un pied sur l'autre) ;
- de maintenir le contact visuel avec la personne agressive, afin d'observer ses déplacements et ses mouvements ;
- de maintenir une distance suffisante, généralement supérieure à deux longueurs de bras ;
- d'être dos à une issue ouverte qui permet de quitter l'espace en reculant, si l'on doit se protéger des bras.

Gestion des problèmes liés aux abus de substances

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques consomment environ deux fois plus de substances et d'alcool que la population générale [50], le cannabis étant la drogue illicite dont l'usage est le plus fréquent. La consommation régulière de substances est particulièrement élevée dans les phases précoces des psychoses, et atteint 35 à 45 % des patients au moment du premier épisode [51, 52]. Dans la schizophrénie, les études indiquent qu'une prévalence de l'utilisation du cannabis reste plus élevée que dans la population générale et dans d'autres populations de patients psychiatriques. La prévalence de l'utilisation du cannabis varie en fonction des études, mais la moyenne se situe à 40 % des patients [53]. Au niveau des effets de l'utilisation du cannabis sur la schizophrénie, on peut dire qu'elle est associée de façon régulière avec un taux augmenté de rechutes et une baisse de l'adhérence au traitement. L'association

avec d'autres mesures d'évolution est plus disparate, et l'on aurait besoin de davantage d'études qui ajustent les résultats à la sévérité initiale de la maladie, la consommation d'alcool et d'autres variables parasites [54]. La bonne nouvelle est que les patients, suivis au sein d'un programme de soins pour le premier épisode psychotique et qui diminuent leur consommation peuvent avoir un meilleur pronostic que ceux qui n'ont jamais abusé de substances [52]. Probablement parce qu'ils font partie d'un sous-groupe ayant un bon fonctionnement prémorbide qui leur facilite l'accès au cannabis, *via* leur réseau social, mais péjore la psychose.

La plupart des substances illicites ou l'alcool peuvent avoir des effets délétères sur la vie quotidienne et interférer avec les études, le travail, le fonctionnement social et familial ainsi que sur les soins personnels. L'abus de substances peut également conduire à des problèmes légaux, sociaux, financiers ou de santé.

L'entretien de motivation est une stratégie de base pour aider les patients à dépasser les problèmes d'abus de substances. De surcroît, lorsque l'on regarde le hit-parade des raisons de consommer du cannabis, on trouve, généralement présentées dans l'ordre, les quatre grandes raisons suivantes :

- pour le plaisir, pour être ivre, défoncé ;
- pour se détendre ;
- pour être moins déprimé ;
- pour se socialiser.

Il s'agit de raisons pour lesquelles les soignants doivent pouvoir offrir de l'aide. Si les gens fument du cannabis dans le seul but d'être défoncés, c'est probablement pour échapper à la souffrance.

Cas clinique

Thibaud fume entre cinq et six joints par jour. Comme il a très peu d'argent, parfois, il fait l'intermédiaire et revend une partie de ce qu'il achète ; mais le plus souvent il fume, avec des personnes qu'il croise dans la rue ou d'anciens amis. Quand on lui demande pourquoi il fume, il dit que c'est pour être *stoned*. Une première balance décisionnelle est présentée [tableau 2.5](#).

TABLEAU 2.5. Balance décisionnelle de Thibaud.

	Consommer du cannabis	Diminuer ma consommation de cannabis
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> – Être défoncé – Me couper du monde – Ne plus penser à rien 	<ul style="list-style-type: none"> – Je pourrais peut-être retravailler et gagner plus d'argent – Je pourrais être plus attentif aux autres et avoir une copine
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> – Problèmes de mémoire et de concentration – Cela peut me rendre méfiant à l'égard des gens 	<ul style="list-style-type: none"> – La plupart de mes amis fument ; il faudrait donc que je rencontre d'autres personnes – J'aurais des envies irrésistibles de fumer – Mes problèmes m'envahiraient

Cette balance décisionnelle indique, entre autres, que le cannabis aide Thibaud à échapper à sa souffrance. Il sera dès lors important de pouvoir l'aider à développer des stratégies alternatives, d'une part, pour maîtriser les situations auxquelles il veut échapper, et d'autre part, pour mettre momentanément les problèmes entre parenthèses et avoir du répit. Il peut être utile aux personnes qui recherchent des sensations fortes de se mettre en situation de réfléchir et d'accéder à des activités enivrantes non toxiques (activités sportives, jeux de société, jeux vidéo et jeux informatiques, relaxation, méditation, activité sexuelle, danse, musique, etc.).

L'enseignement de stratégies de relaxation est très important pour les patients qui consomment des drogues pour se détendre. Des méthodes de relaxation sont enseignées plus loin dans cet ouvrage (*cf.* chapitre 6). Certains patients consomment des drogues pour lutter contre la dépression : il peut être judicieux de se référer à ce sujet dans le présent chapitre. Certains patients consomment du cannabis pour se socialiser : il est vrai que le milieu du cannabis est souvent un environnement peu exigeant sur le plan des compétences sociales. Vous pouvez passer un après-midi avec des consommateurs de cannabis sans parler ; au moment de vous séparer, vos acolytes pourront vous dire que « vous êtes super sympa ». Dans ce contexte, c'est l'entraînement des habiletés sociales qui va s'avérer une solution pour permettre à la personne d'accéder à des environnements sociaux plus exigeants. L'entraînement des habiletés sociales peut également être proposé aux patients qui boivent de l'alcool ou consomment de l'héroïne dans le but de réduire leur anxiété sociale.

Gestion des problèmes liés au refus du traitement neuroleptique

Les neuroleptiques ont une efficacité constamment supérieure au placebo pour le traitement des symptômes psychotiques aigus [55]. Dans le cadre d'une méta-analyse comparant quinze neuroleptiques, on constate des différences dans les comparaisons avec une meilleure efficacité pour la clozapine, l'amisulpride, l'olanzapine et la rispéridone. En ce qui concerne les raisons d'interruption du traitement, les patients invoquent :

- la prise importante de poids avec l'olanzapine et la clozapine ;
- une plus grande augmentation de la prolactine avec la rispéridone ;
- et plus d'effets secondaires extrapyramidaux avec l'halopéridol.

Le neuroleptique qui est le plus fréquemment interrompu dans les études est l'halopéridol [55].

Le traitement neuroleptique est moins efficace pour les symptômes déficitaires sauf pour ceux qui sont secondaires à la symptomatologie psychotique aiguë. Pour le traitement de maintien, les essais cliniques randomisés depuis les années 1950 ont montré de façon consistante que le traitement neuroleptique réduit le risque de rechute et le besoin d'hospitalisation. Toutefois, les neuroleptiques sont associés à des effets secondaires comme des troubles des mouvements, la prise de poids et la sédation [55]. Un des problèmes du traitement

neuroleptique est que l'on ne sait rien sur les effets des neuroleptiques comparés au placebo après trois ans [56]. Aussi, les études randomisées à court terme sont imparfaites car : elles n'incluent que 60 à 80 % des patients suivis dans notre système de traitement [57], avec de nombreux patients présentant des symptômes psychotiques légers à modérés étant considérés comme en rémission [58]. Six à dix mois après l'arrêt, 25 à 55 % des patients rechutent [59]. Le taux de rechute est considérablement réduit par la suite chez les patients qui restent stables durant cette période de six à dix mois après l'arrêt [59, 60]. Les patients qui ne prennent pas de neuroleptiques durant une période prolongée ne montrent pas ces tendances s'ils restent non traités [61]. Entre la moitié et les trois quarts des patients ne prennent pas leurs médicaments tels qu'ils ont été prescrits par leur médecin [62]. Il est utile de s'interroger sur le fait que les patients ne prennent pas leur traitement neuroleptique. Une littérature robuste a identifié les principaux facteurs favorisant la non-observance des neuroleptiques : les effets secondaires, une faible alliance thérapeutique (en particulier de la méfiance contre le prescripteur) et le manque de conscience du trouble [62, 63]. La peur de la stigmatisation et les attitudes négatives des pairs ou des membres de la famille à l'égard des médicaments exercent un effet néfaste sur l'observance thérapeutique. Un autre facteur de non-conformité concerne l'oubli, qui a émergé comme une raison de l'arrêt du médicament chez 32 % des patients souffrant de troubles psychotiques lors d'une enquête récente sur Internet [64]. Les patients peuvent aussi arrêter leur traitement pour retrouver des sensations associées aux symptômes psychotiques comme les idées de grandeur ou le fait d'avoir des pouvoirs spéciaux afin d'améliorer leur estime de soi [65].

Lorsqu'un patient refuse de prendre son traitement neuroleptique, il est nécessaire de savoir quelles sont ses raisons de ne pas le prendre. En effet, les raisons du refus, vont nous aider à déterminer l'intervention appropriée.

Un patient peut refuser son traitement car il ne comprend pas la raison de la prescription. Dans cette situation, il sera nécessaire de lui expliquer les raisons de la prescription et de le diriger vers son médecin afin qu'il puisse lui poser les questions qui lui permettront de mieux comprendre celle-ci. Les neuroleptiques permettent de réduire les symptômes psychotiques comme les idées délirantes, les hallucinations et la désorganisation. En traitement de maintien, ils permettent de réduire le risque de rechute.

Un patient qui pense qu'il n'est pas malade ne comprendra pas les raisons du traitement médicamenteux. Dans cette situation, il sera plus utile de l'engager dans la relation et de comprendre ses besoins plutôt que de se bagarrer sur la prise des médicaments. Lorsque la relation sera engagée et que l'intervenant aura aidé le patient à trouver des réponses à ses besoins, il sera plus facile de discuter de l'utilité des médicaments. Notamment quand les symptômes psychotiques auront interféré avec l'atteinte des objectifs du patient. La contrainte ou les traitements forcés auront des effets délétères sur l'adhésion subséquente au traitement. Il est nécessaire, lorsqu'on veut recourir à la contrainte car le patient présente des symptômes psychotiques, d'évaluer le ratio risques/bénéfices. Le patient peut être dangereux pour lui-même ou autrui. Dans

ce contexte, le traitement peut être nécessaire mais devra faire l'objet d'une mesure de contrainte dans le cadre de la loi. Le degré de contrainte devra être proportionnel à la nécessité pour éviter des conséquences en termes de risques traumatiques [66-68]. Si le patient reçoit un traitement forcé, celui-ci peut parfois être appliqué de façon disproportionnée avec le risque que le patient présente des réactions post-traumatiques qui le conduiront à éviter les soins dans le futur.

Cas clinique

Arthur a été hospitalisé une première fois à l'âge de 21 ans. Il ne comprenait pas ce qu'il lui arrivait. Il avait l'impression qu'il était victime d'un complot visant à le tuer. À son arrivée à l'hôpital, il criait et se débattait pour se libérer des ambulanciers et s'enfuir. Il se retrouve face à un médecin et un groupe d'infirmiers qui le bloquent au sol et l'emmènent dans une chambre d'isolement. Alors qu'il hurle et se débat, il reçoit une injection dans la fesse. Il se réveille le lendemain complètement amorti, la bouche sèche. Il se sent profondément blessé par ce qui s'est passé. Un mois après avoir quitté l'hôpital, il fait des cauchemars durant lesquels il revit les événements de son injection forcée. Lorsque le téléphone sonne ou que l'on sonne à sa porte, il sursaute. Il ne veut pas aller voir de médecin et craint d'aller à l'hôpital. Il refuse de prendre son traitement malgré le fait qu'il craint toujours de sortir de chez lui à cause de ses idées de persécution.

Un autre patient peut refuser de prendre ses médicaments à cause des effets secondaires. Dans ce contexte, le patient devra discuter avec le médecin prescripteur de ses effets secondaires et trouver une dose ou un médicament plus confortable. Les neuroleptiques ont de nombreux effets secondaires. L'akinésie, l'akathisie, la prise de poids, la galactorrhée ou les effets secondaires sexuels comme la baisse du désir ou les troubles de l'érection peuvent être particulièrement gênants dans les relations interpersonnelles. La prise de poids peut être très coûteuse en termes de frais de rachat de garde-robe ou par rapport aux risques à long terme de maladies cardiovasculaires ou métaboliques.

- **Akinésie** : réduction des mouvements spontanés qui se traduit par une réduction des expressions faciales et des gestes, une lenteur des mouvements et une tendance à l'immobilité.
- **Akathisie** : difficulté ou une impossibilité de s'asseoir ou de rester dans la position assise, impatiences, besoin irrépressible d'agitation, de se balancer en position debout ou assise, de piétiner ou de croiser et décroiser les jambes.
- **Dysphorie** : sentiment déplaisant et dérangent d'inconfort émotionnel ou mental, symptôme de la tristesse, de l'anxiété, de la tension, de l'indifférence, de l'irritabilité ou de l'insatisfaction.

Les effets secondaires sont très individuels. Ils sont le plus souvent associés au profil d'action du neuroleptique et diffèrent ainsi d'une molécule à l'autre. Il est possible d'utiliser des stratégies pour réduire l'impact des effets secondaires comme éviter de sucer des bonbons ou chewing-gums sucrés quand on a la

bouche sèche ou se protéger du soleil quand on présente une photosensibilité. Pour d'autres effets secondaires, on peut faire des choses pour les atténuer comme des exercices d'étirement des jambes quand on présente une légère akathisie ou réduire l'apport de graisses en cas de prise de poids, mais si l'effet secondaire est trop important, ces solutions peuvent être vaines. Dans ce cas, il faudra trouver une solution auprès du prescripteur en réduisant le traitement, modifiant la posologie ou en changeant de neuroleptique. Lors de l'évaluation des réactions au traitement neuroleptique, il ne faut pas négliger la dysphorie qui peut être une réaction subjective négative au traitement qui réduit l'adhérence au traitement et peut conduire à l'usage de toxiques pour la diminuer l'inconfort. Elle peut être confondue avec l'anhédonie et la dépression. Elle est moins fréquente avec les nouveaux neuroleptiques [69-71].

Cas clinique

Eurydice sort depuis quelques mois avec Jacques. Depuis qu'elle prend son traitement neuroleptique, elle présente une baisse du désir sexuel et un sentiment de détachement par rapport à son corps. Comme Jacques se plaint parfois de son désintérêt pour la sexualité, elle consomme de l'alcool ou du cannabis pour essayer d'activer son désir. Parfois, elle consomme au-delà de ses limites et regrette ses paroles ou son comportement.

Lorsqu'un patient arrête son traitement neuroleptique parce que les sensations associées à la psychose lui manquent, c'est souvent associé à une baisse de l'estime de soi. L'intervention pour améliorer l'adhérence au traitement consistera à soutenir la personne à s'engager dans des activités qui rehausseront son estime de soi, comme la reprise d'une activité valorisante ou l'atteinte d'un objectif important pour la personne.

Les oublis restent une raison importante de la non-adhérence au traitement neuroleptique. L'utilisation de moyens mnémotechniques pour ne pas oublier de prendre son traitement permet de réduire ce problème. Par exemple, en disposant les médicaments ou un rappel dans un endroit auquel on accèdera automatiquement dans les activités quotidiennes, par exemple à la salle de bains ou à la cuisine.

CHAPITRE 3

L'évaluation fonctionnelle

L'évaluation fonctionnelle est un processus complexe de récolte, d'intégration et d'interprétation des informations. C'est une démarche collaborative conduisant à la formulation de buts personnels qui vont être comparés au fonctionnement actuel, afin de construire un plan d'intervention.

Établir les buts

Pour commencer, il est essentiel de savoir quels sont les projets que la personne met en place pour sa vie sur les plans professionnels, social, familial et/ou résidentiel. Les différents rôles sociaux que nous revêtons définissent notre place parmi nos pairs, dans notre famille, dans la communauté et la société. Pour permettre aux patients de pouvoir vivre une vie pleine et riche, il est nécessaire de connaître les rôles qu'ils veulent remplir dans leur existence ; en effet, ces sont ces projets ou buts qui vont donner une direction à l'intervention soignante. Les professionnels de la santé peuvent avoir de la difficulté à aider les patients à identifier leurs projets et/ou leurs buts dans la vie. Par exemple, les professionnels peuvent limiter leur action à réduire les symptômes de la maladie, les comportements inappropriés et réduire le risque de réhospitalisation, pourtant le plus souvent, les patients ont des projets bien plus larges [72]. Dans le domaine de la schizophrénie, la rémission des symptômes et la prévention des rechutes sont déjà des objectifs louables, mais la plupart du temps insuffisants pour le rétablissement et l'amélioration sur le plan fonctionnel. Le fait d'établir des buts pertinents pour le patient, qui aillent au-delà de la rémission symptomatique, va aussi lui permettre de dépasser de nombreux obstacles présents dans la phase de moratoire, comme le découragement, la révolte, voire le déni. Ils pourront également influencer positivement la dépression ou le recours aux substances. Finalement, la construction de buts qui ont du sens pour le patient augmentera sa motivation et son engagement dans les soins. La question initiale est de savoir ce que la personne veut améliorer dans sa vie, ce qu'elle a envie d'entreprendre. Toutefois, cette question globale n'est souvent pas suffisante pour comprendre vers quoi la personne désire aller. Il sera nécessaire de poser des questions plus précises et de passer en revue les différents domaines du fonctionnement humain commun à tout le monde : le travail, la formation, la vie familiale, la vie sociale et sentimentale, les activités de loisirs et récréatives, la santé physique, le logement, etc. Les buts vont donner une direction et du

sens à l'intervention. Ils devront être découpés en buts intermédiaires et en buts à court terme atteignables pour garantir le succès.

Cas clinique

Viviane a 30 ans. Elle souffre d'un trouble schizo-affectif. Elle est tombée malade à 19 ans alors qu'elle était inscrite aux Arts décoratifs. Elle a échoué son année préparatoire suite à un premier épisode psychotique. Par la suite, sa vie a été chaotique ; elle a été placée dans un foyer et hospitalisée de nombreuses fois pour des épisodes maniaques ou psychotiques, le plus souvent liés à un refus du traitement ou à la consommation de drogues. Elle a continué à sculpter de façon autodidacte. Son rêve serait de pouvoir exposer ses œuvres et gagner sa vie en vendant des sculptures.

À première vue, ce but peut paraître inatteignable, par le simple fait que même lorsqu'on ne souffre pas de trouble psychiatrique, il est extrêmement difficile de subvenir à ses besoins par une activité artistique. Néanmoins, c'est le seul but avec lequel la patiente peut s'identifier et qui a du sens pour elle.

Cas clinique

Thibaud aimerait vivre dans son propre appartement et il souhaiterait avoir une copine. Il désirerait également moins souffrir des effets secondaires de son traitement neuroleptique.

Les buts de Thibaud paraissent légitimes et pertinents. C'est la suite de l'évaluation fonctionnelle, notamment l'évaluation de son fonctionnement actuel, qui permettra de déterminer s'ils sont atteignables.

La fiche suivante donne des conseils pour établir des buts atteignables.

Conseils pour établir des buts atteignables

- Formulez des buts qui répondent aux exigences de la vie quotidienne et qui sont liés aux rôles que l'on veut revêtir à long terme afin d'augmenter la motivation pour les atteindre.
- Anticipez les conséquences de l'atteinte du but pour augmenter la motivation. Par exemple : « Si vous atteignez ce but, quels seront les bénéfices pour vous ? ».
- Les buts doivent être spécifiques et mesurables, pour déterminer quand ils sont atteints.
- Rendez les buts atteignables. Découpez les buts à long terme en buts à court terme.
- Écrivez les buts pour les rendre plus concrets et plus réels.
- Anticipez les obstacles et prévoyez des solutions pour les réduire ou les contourner.
- Vérifier régulièrement si les buts à long terme restent pertinents et évaluez la progression vers leur atteinte.

L'établissement de buts est à la base du processus de rétablissement. Pour atteindre ses buts, la personne doit maîtriser les compétences requises et obtenir

le soutien communautaire nécessaire pour l'accompagner du fonctionnement actuel vers le fonctionnement désiré. L'évaluation fonctionnelle vise à comparer les capacités et les difficultés actuelles de la personne avec les exigences requises et les ressources indispensables pour accomplir les différents rôles que la personne veut endosser.

Évaluer le fonctionnement actuel

Le fonctionnement actuel peut être influencé par des symptômes de la maladie, la non-observance du traitement médicamenteux, les abus de substances. Il peut également être influencé par l'absence de ressources communautaires ou de soutien social pour atteindre les buts désirés. Le fonctionnement actuel doit être évalué par rapport au fonctionnement désiré par le patient (buts à long terme, rôles que la personne aimerait revêtir). La question à laquelle on doit répondre est : « Qu'est-ce qui empêche la personne de mener la vie qu'elle désire, les rôles qu'elle aimerait endosser ? ». Il s'agit de faire l'inventaire des capacités et des compétences personnelles que la personne a déjà démontrées et de celles qui manquent pour atteindre les buts désirés.

Cas cliniques

- Viviane n'a pas beaucoup d'espoir en son avenir. Elle a tendance à se déprécier et à poser un constat négatif sur sa vie. Ce constat, la conduit à éprouver des émotions négatives et douloureuses, qu'elle gère en consommant des drogues qui activent ses symptômes psychotiques ou maniaques. Elle interprète ses symptômes psychotiques comme un lien avec un monde parallèle invisible aux autres. Dans ce contexte, elle ne comprend pas très bien pourquoi elle doit prendre des médicaments. Par moments, les symptômes psychotiques l'envahissent tellement qu'elle fait appel à l'hôpital, ou y est conduite parce qu'elle exprime des idées suicidaires. Malgré les hauts et les bas, elle parvient à se maintenir depuis plusieurs années dans son appartement. Elle a exposé une ou deux fois ses sculptures, mais son travail est considéré comme le résultat de sa maladie. Elle a un réseau social composé de patients et d'artistes qu'elle voit de manière fluctuante.
- Comme on l'a vu précédemment, Thibaud vit seul dans une pension. Il parle seul et crie dans la rue ; il consomme régulièrement du cannabis et a été fréquemment hospitalisé ; il fait peur aux gens.

Pour aider Viviane et Thibaud, il va être nécessaire de dépasser d'abord les symptômes persistants, d'améliorer l'observance médicamenteuse et de réduire le recours aux drogues. Il faudra peut-être passer par une phase d'engagement et de psychoéducation. Ces deux patients auront besoin d'un *case-manager* pour piloter les progrès vers les buts et coordonner les soins avec les ressources communautaires nécessaires.

Afin d'évaluer le fonctionnement actuel, il existe des échelles standardisées, présentées [tableau 3.1](#).

TABLEAU 3.1. Outils d'évaluation.

Domaine	Outils d'évaluation
Les symptômes de la schizophrénie	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> (BPRS) [73] ou <i>Brief Psychiatric Rating Scale - expanded</i> [74] – <i>Positive and Negative Syndrome Scale</i> (PANSS) [75] – <i>Psychotic Symptom Rating Scales</i> (PSYRATS) [76, 77] – Questionnaire révisé des croyances au sujet des voix [78, 79] – Échelle d'insight cognitif de Beck [80]
Le fonctionnement social et instrumental	<ul style="list-style-type: none"> – Échelle des habiletés de vie autonome [81-83] (<i>Independent Living Skills Survey</i> [ILSS]) – Évaluation des habiletés à résoudre des problèmes interpersonnels [84] (<i>Assessment of Interpersonal Problem-Solving Skills</i> [AIPSS]) – Profil des compétences de vie [85] (<i>Life Skills Profile</i> [LSP]) – Échelles lausannoises d'auto-évaluation des difficultés et des besoins (ELADEB) [86]
La dépression	– Échelle de dépression de Calgary [35-37] pour la schizophrénie
Abus de substances	Consommation hebdomadaire des différentes substances et évaluation des risques (accidents, rapports sexuels non protégés, répercussions sur le fonctionnement psychologique, effets sur l'emploi, relations conjugales ou familiales, problèmes avec la justice). En cas de dépendance, le temps consacré à la consommation et à la recherche de substances, les essais infructueux d'arrêter, les envies irrépressibles, les symptômes de sevrage, la poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives reconnues par le sujet, comme les coûts et les risques pris pour se procurer la substance [87]

En principe l'évaluation fonctionnelle, va évaluer le fonctionnement dans les domaines suivants en fonction de l'étape dans le cycle de vie de la personne :

- social (amis, connaissances, collègues, voisins, vie associative, etc.) ;
- professionnel et/ou formation professionnelle (compétences professionnelles, capacités d'apprentissage, habiletés socioprofessionnelles) ;
- sentimental ;
- familial (couple, parents, enfants, etc.) ;
- domestique (capacité à gérer son logement et ses effets personnels, un budget, faire ses courses et se nourrir) ;
- activités de loisirs (*hobbies*, divertissements) ;
- gestion de sa santé (prendre soin de son corps, hygiène personnelle, dentiste, médecin, connaissance des médicaments, prévention des rechutes, etc.) ;
- mobilité (utiliser les transports en commun, conduire, etc.) ;
- communication (se servir d'un téléphone, se tenir informer, etc.).

S'il est important de spécifier les buts à long terme, il sera également nécessaire de décrire les capacités de la personne et ses déficits en termes opérationnels et mesurables. La description des capacités doit prendre en compte les attentes de l'environnement dans lequel vit la personne et les ressources à disposition. Par exemple, une personne peut ne pas être capable d'entretenir son logement mais avoir les moyens de payer quelqu'un qui fait le ménage. Un autre peut avoir des trous à son pantalon et vivre dans un milieu qui valorise ce type de vêtement.

Cas clinique

Thibaud aimerait pouvoir vivre dans son appartement et il désirerait une copine. Il voudrait également moins d'effets secondaires de son traitement neuroleptique. Par rapport à son fonctionnement actuel, il est difficile de savoir si Thibaud maîtrise les capacités nécessaires pour entretenir un appartement. Actuellement, il a des dettes et n'a pas les réserves financières nécessaires pour verser la caution d'un appartement. Dans la pension, sa chambre est entretenue par une femme de ménage et sa lessive est effectuée par sa mère. Par le passé, il a vécu dix-huit mois dans un studio indépendant avant de tomber malade. À cette période, selon lui, il faisait sa lessive, son ménage et sa cuisine. En ce qui concerne les relations sentimentales, Thibaud a eu deux relations sentimentales qui ont duré plusieurs mois, mais il n'a jamais vécu avec une femme dans le même logement. Actuellement, il néglige son hygiène personnelle et son apparence : il n'est souvent ni rasé, ni coiffé. Ses vêtements sont fréquemment tachés, et il peut lui arriver de ne pas se doucher plusieurs jours de suite. Le fait qu'il parle et crie seul dans la rue interfère avec la possibilité d'établir des relations sociales, car il fait peur aux gens. Ce comportement semble être consécutif à des hallucinations auditives. Actuellement, ses conversations sont brèves et il a de la difficulté à prendre des initiatives pour rencontrer des gens de son âge en dehors du milieu du cannabis. La relation avec son médecin est tendue : ce dernier ne veut pas baisser la dose du neuroleptique retard qu'il lui a prescrit, parce que Thibaud s'est montré menaçant à quelques reprises avant les hospitalisations. Celles-ci sont clairement associées à une pauvre observance du traitement neuroleptique. Il est probable que la consommation régulière de cannabis vienne aggraver les symptômes de Thibaud. Lorsqu'on l'interroge sur sa maladie et son traitement, on s'aperçoit qu'il est très démuné par rapport à la maladie. Il possède peu d'informations sur la schizophrénie et son traitement. Il a vécu plusieurs expériences de traitements forcés durant les hospitalisations ; il se méfie donc des professionnels de la santé. En ce qui concerne le processus de rétablissement, il est clairement en phase de moratoire. Il dénie le lien qu'il y a entre ne pas prendre son traitement et rechuter. Il exprime de la révolte d'avoir été considéré comme incapable de gagner sa vie à cause de sa schizophrénie. Il avait fait un apprentissage de mécanicien et a pu travailler deux ans chez un garagiste avant de tomber malade.

Pour aller de l'avant, Thibaud doit acquérir les habiletés pour devenir un interlocuteur fiable et affirmé de son psychiatre, ceci afin qu'ils puissent négocier ensemble un traitement neuroleptique optimal, c'est-à-dire une dose efficace avec le moins d'effets secondaires possibles. Un prérequis de cet objectif est d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer sa maladie et prévenir les rechutes. Il serait également utile que Thibaud réduise sa consommation de cannabis pour qu'elle interfère le moins possible avec la maladie. Quant à son désir d'avoir une amie, il serait essentiel que Thibaud puisse réinvestir ses soins personnels et avoir un meilleur contrôle sur sa maladie ; il serait également primordial qu'il apprenne ou réapprenne les habiletés sociales indispensables pour diriger une conversation et courtoiser. Concernant son désir de résider dans son propre appartement, l'objectif est légitime, mais probablement prématuré. En effet, il ne sera possible qu'une fois l'évolution de la maladie et des symptômes de Thibaud davantage sous

contrôle et ses dettes remboursées. En revanche, Thibaud pourrait déjà reprendre en main sa lessive et une partie de son ménage.

Ressources à disposition

En ce qui concerne les ressources de la communauté, Thibaud a déjà un médecin et un tuteur : les objectifs formulés impliquent de pouvoir offrir à Thibaud de la psychoéducation, une intervention pour réduire l'impact des hallucinations auditives, de l'entraînement aux habiletés sociales. Thibaud aura besoin d'un *case-manager* pour coordonner les différentes interventions. Ce *case-manager* assurera peut-être certaines de ces interventions, comme la psychoéducation et l'intervention pour réduire la consommation de cannabis. Toutefois, le *case-manager* ne sera pas compétent dans tous les domaines. En fonction de ses compétences et de sa disponibilité, il devra s'appuyer sur d'autres collègues ou services afin de s'assurer que Thibaud reçoit les différentes interventions nécessaires pour atteindre les objectifs susmentionnés. Le tuteur étant un assistant social, il n'est pas nécessaire de faire appel à un service social pour établir un plan de remboursement des dettes. À un moment ou un autre, un atelier protégé pourrait être utile pour augmenter un peu ses revenus. Afin que Thibaud puisse rencontrer d'autres personnes de son âge, une ressource nécessaire serait un club de rencontre ou un centre d'accueil de jour. La connaissance des ressources de la communauté et du système de soins fait partie intégrante de l'évaluation fonctionnelle. Il peut arriver que certaines ressources nécessaires soient inexistantes ou qu'elles ne soient pas disponibles. Il faudra dès lors être à même de les créer, d'utiliser des ressources alternatives, de réorganiser les ressources existantes, d'appeler à l'aide les associations de patients ou de familles. Il est parfois nécessaire de faire remonter l'information au niveau politique et de questionner les autorités. Le [tableau 3.2](#) illustre des exemples de problèmes et de ressources communautaires.

TABLEAU 3.2. Utiliser les ressources de la communauté.

Problèmes	Ressources thérapeutiques et communautaires
Obésité consécutive au traitement neuroleptique	Programme d'éducation au sujet de la prise de poids sous neuroleptique, Weight Watchers, centre de fitness, piscine publique, terrains de sport, etc.
Méconnaissance de la schizophrénie	Programme de psychoéducation individuel ou en groupe, livret d'information, vidéos, etc.
Troubles de la concentration et de la mémoire	Programme de remédiation cognitive
Perte d'emploi	Services sociaux, assurances sociales, programme de soutien à l'emploi ou ateliers protégés, etc.
Droits du patient bafoués	Association de patients, livret d'information sur les droits des patients, juriste, etc.
Abus de substances	Compétences dans l'entretien de motivation, groupes de soutien, disponibilité de spécialistes dans le domaine des abus de substances, etc.

CHAPITRE 4

Psychoéducation

En premier lieu, nous proposons d'aborder le concept d'éducation thérapeutique, puis de développer cette notion dans le cadre de la psychiatrie où le terme psychoéducation est plus particulièrement utilisé.

Lacroix et Assal [88], se référant au rapport de l'OMS pour la région Europe de 1998, soulignent que la définition de l'éducation thérapeutique se décline en quatre axes :

- l'éducation thérapeutique du patient devrait lui permettre d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui l'aident à vivre de manière optimale sa vie avec sa maladie ;
- il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins ;
- l'éducation thérapeutique est centrée sur le patient. Elle implique des interventions de sensibilisation, d'information, de soutien psychologique et d'apprentissage de l'autogestion concernant la maladie, le traitement, les soins, le cadre hospitalier, l'organisation et les comportements de santé/maladie ;
- elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

D'Ivernois et Gagnayre [89] relèvent que l'éducation thérapeutique actuellement : « [...] est caractérisée par un véritable transfert planifié et organisé des compétences du soignant vers le patient et s'inscrit dans une perspective où la dépendance du malade fait progressivement place à sa responsabilisation et au partenariat avec l'équipe de soins » (p. 2). Lacroix et Assal [88] préfèrent, du reste, le terme de formation thérapeutique, puisqu'il implique de mettre en place des actions qui vont permettre aux patients d'acquérir des compétences précises, plutôt que le vocable d'éducation, qui peut renvoyer à des notions liées au fait de gouverner, conduire ou influencer l'autre.

D'abord appliquée à des pathologies chroniques telles que le diabète ou l'asthme, l'éducation thérapeutique est ensuite entrée dans le champ des maladies mentales telles que la schizophrénie, et plus récemment dans celui des troubles bipolaires [90]. Dans le cadre de la psychiatrie, le terme de psychoéducation peut notamment être défini comme un processus de formation d'une personne souffrant de troubles psychiatriques, dans des domaines visant le traitement et la réadaptation [91].

Repères historiques

Dans le domaine de la psychiatrie, la première moitié du XX^e siècle correspond à l'aire de l'institutionnalisation. Les personnes atteintes de maladies psychiques sont isolées de la communauté et résident dans des asiles. Elles sont considérées avant tout comme des patients, à savoir des personnes démunies et trop handicapées pour vivre dans la société. Les services dispensés, principalement selon le modèle médical, considèrent que les déficiences sont telles que les professionnels n'ont d'autre choix que d'assumer les responsabilités de toutes les décisions touchant la vie des personnes [92].

Dans les années 1950, l'introduction de la médication neuroleptique permet de diminuer la symptomatologie psychotique et de réduire le risque de rechute. Par la suite, le mouvement de désinstitutionnalisation débute, le lieu de traitement de la plupart des personnes atteintes de troubles psychiques sévères passant de l'hôpital à la communauté [93]. Cependant, certaines de ces personnes présentent des difficultés à gérer leur vie quotidienne au sein de la collectivité. Dans le but d'améliorer leurs capacités fonctionnelles, la réhabilitation psychiatrique se développe [92].

Les grandes lignes du champ de la philosophie et des interventions de la réhabilitation psychiatrique contemporaine commencent à être définies durant les 1960 et 1970 [94-96].

En 1980, Anderson, Hogarty et Reiss utilisent le terme « psychoéducatif » pour la première fois, afin de distinguer leur approche auprès de familles de patients atteints de schizophrénie de l'approche systémique traditionnelle [97]. Durant cette même décennie, des réseaux d'entraide mutuelle entre usagers s'imposent avec de plus en plus de puissance, s'appuyant sur une volonté d'indépendance, de liberté et de reprise du pouvoir d'agir sur le plan collectif [98].

L'atteinte du rétablissement est mise au premier plan par les patients, entre autres grâce à leurs publications [99-102]. Deegan [103] parle ainsi de son expérience de restauration : « [...] j'ai été transformée par mon parcours de rétablissement. J'ai utilisé tous les dons et ressources à ma disposition pour accomplir mon rétablissement [...]. Je peux utiliser ce que j'ai appris pendant le rétablissement pour mener une vie accomplie et intense. » (p. 75). De plus, les domaines de la recherche et de l'intervention favorisant le rétablissement sont aussi investis par les usagers [102, 104, 105]. Enfin, les professionnels développent également un intérêt pour ce sujet en élaborant notamment des programmes et des recommandations [106-108].

Au tournant du XXI^e siècle se dessine ainsi une nouvelle vision des soins auprès des personnes atteintes de difficultés psychiques dans laquelle les forces individuelles, les ressources de la communauté et l'entraide sont particulièrement valorisées.

Provencher [109] a construit un modèle intégrant à la fois la vision réformatrice des usagers et le regard des soignants. Selon l'auteur, le rétablissement est comparable à une médaille symbolisant l'expérience globale de santé. Le côté face se rapporte à « l'expérience de restauration dans un contexte de maladie » ; il est en lien avec la vision médicale du rétablissement (baisse des symptômes et

des incapacités). Le côté pile est celui de « l'expérience d'optimisation dans un contexte de santé », la vision des usagers est ici soulignée (croissance de la qualité de vie et redéfinition de soi). Par conséquent, les actions des professionnels, dont font partie les interventions psychoéducatives, ont pour but de favoriser la gestion optimale de la maladie et d'amplifier les forces de la personne.

Quelques principes

L'aspect relationnel est un point important à considérer dans le cadre de la psychoéducation. En effet, les interventions psychoéducatives prennent place dans le contexte d'une relation en développement, caractérisée par une alliance mutuelle, ce qui implique [110] :

- une identification de terrains d'entente communs ;
- un accord entre le patient et le soignant concernant les objectifs à poursuivre ;
- une approche ouverte, participative et égalitaire.

En outre, la personne atteinte psychiquement est inscrite dans des relations avec ses proches. Ces derniers, en instillant de l'espoir quant aux possibilités d'agir pour améliorer la santé, contribuent au rétablissement [111].

Dans le cadre d'interventions auprès des familles, les éléments suivants sont à considérer [112] :

- rester attentif quant aux perceptions des proches, car la manière dont ils appréhendent leur rôle peut affecter leurs capacités à faire face à des difficultés futures ;
- transmettre les éléments de psychoéducation en évitant d'utiliser le jargon médical ;
- donner des messages à la fois optimistes et réalistes ;
- reconnaître la détresse et l'isolement des proches ;
- offrir une aide pour résoudre les problèmes au quotidien ;
- fournir les informations psychoéducatives au moment requis ;
- évaluer systématiquement les problèmes perçus par les familles et leurs stratégies d'évitement ;
- inclure activement les proches dès le début du suivi et favoriser l'accession de l'équipe pluridisciplinaire à une supervision spécialisée.

Un autre point important à relever ici est en lien avec l'autodétermination et le contrôle. McCann [110] relève que le concept d'autodétermination est dérivé du principe moral d'autonomie. Dans le contexte des soins, l'autodétermination a été définie, entre autres, comme la participation des patients dans les décisions qui affectent leur vie en l'absence de contraintes des autres [113] et le droit de se déterminer de manière autonome en ce qui concerne leur propre bien-être [114]. Enfin, les personnes atteintes de troubles psychiques expérimentent différentes formes de perte de contrôle (hospitalisation non volontaire ou rechute).

Afin de favoriser l'autodétermination et l'augmentation du contrôle personnel, les interventions psychoéducatives fournissent :

- des informations pour connaître et comprendre la maladie ;
- des explications sur les soins et les traitements biopsychosociaux ;
- une aide pour développer des habiletés liées à la prévention des rechutes.

Dans le cadre de la psychoéducation, il s'agit de tenir compte des aspects liés à l'espoir et à l'estime de soi. En effet, l'expérience de la psychose peut altérer ces aspects, en particulier en raison de son impact sur la trajectoire de vie des personnes [115]. Les jeunes patients, par exemple, peuvent se retrouver dans une situation de dépendance vis-à-vis d'une équipe soignante ou de leur famille, alors qu'ils se situent dans une étape d'autonomisation.

Les éléments suivants peuvent protéger l'estime de soi et favoriser l'espoir :

- présenter les informations d'une manière non menaçante, en utilisant des termes aussi positifs que possible (vulnérabilité et rétablissement) [116] ;
- identifier les problèmes concrets du patient et l'aider à les résoudre ;
- consolider et développer son réseau social ;
- relancer sa trajectoire de vie.

La stigmatisation peut de même provoquer une baisse de l'estime de soi et une perte d'espoir. On distingue trois formes de stigmatisation [117] :

- la stigmatisation publique concernant les stéréotypes de la communauté ;
- la stigmatisation personnelle se référant à l'internalisation des idées préconçues sociétales par le patient et à leur application à sa propre situation ;
- l'évitement de l'étiquette conduisant à l'esquive de tout contact avec les services professionnels par une personne atteinte psychiquement, afin d'échapper aux stéréotypes négatifs auxquels elle adhère.

À ce propos, il est opportun de ne pas négliger le style de rétablissement par l'évitement (ou *sealing-over*), qui est considéré comme un évitement cognitif et comportemental de l'expérience et du diagnostic de la psychose, et qui s'oppose au style de rétablissement intégratif (intégration constructive de l'expérience de la psychose).

Il est à noter que ce sujet a fait l'objet de diverses recherches menées dans le cadre des premiers épisodes psychotiques [118-120]. Les résultats obtenus tendent à souligner que le style de rétablissement par l'évitement est lié à une réduction de l'engagement et qu'il conduit à une moins bonne évolution symptomatique et fonctionnelle. Ces recherches relèvent par ailleurs la nécessité de développer des approches adaptées pour ces patients qui ont fréquemment vécu des expériences négatives précoces durant l'enfance, ainsi que des attachements dénués de sécurité à l'âge adulte. Ces derniers présentent, de surcroît, une fragilité de l'identité et s'évaluent généralement de manière plus négative que ceux ayant intégré de manière constructive l'expérience de la psychose. Ils sont par conséquent plus particulièrement vulnérables à l'impact de la stigmatisation.

Dans le but de diminuer la stigmatisation, il est important de relever les quelques éléments suivants [110, 116, 121] :

- l'instauration d'un cadre thérapeutique sécurisant et axé sur la validation du vécu émotionnel ;
- la mise en exergue des symptômes et problèmes individuels, même au sein d'un groupe ;
- la recherche d'options thérapeutiques liées aux difficultés reconnues par le patient ;

- la normalisation de l'expérience de la psychose ;
- l'atténuation des stéréotypes ;
- le développement des contacts (rencontres, associations et groupes d'entraide) ;
- la transmission d'informations relatives aux différents degrés de la révélation de soi.

En fin de compte, il est à constater que l'expérience psychotique entraîne souvent un sentiment d'incohérence et une perte de sens. Le rôle du soignant est ici d'aider le patient à trouver une signification à sa maladie, afin de lui permettre de s'adapter de manière constructive au vécu de la psychose. Ce travail permet notamment à ce dernier de prendre en compte sa vulnérabilité et de développer ses ressources personnelles. Lorsque le patient réalise en cours de chemin que ses valeurs ne lui correspondent plus, il est alors nécessaire qu'il puisse en identifier de nouvelles, susceptibles de donner sens à sa vie.

Dans cette perspective, il est important de :

- respecter le modèle explicatif individuel, en donnant au patient des informations adaptées à celui-ci ;
- proposer des modèles explicatifs alternatifs au moment opportun ;
- identifier les valeurs présentes chez le patient et l'aider à faire le deuil de celles avec lesquelles il est alors en désaccord.

Pour résumer les différentes réflexions, soulignons quatre principes en lien avec la psychoéducation :

- la promotion de relations empreintes de respect et de réciprocité ;
- le développement de l'autodétermination et du contrôle personnel ;
- l'augmentation de l'estime de soi et de l'espoir ;
- la construction d'un sens de la vie et d'une identité différenciée.

La suite de ce chapitre aborde en premier lieu le sujet de l'évaluation. Puis, nous décrirons plus particulièrement différentes interventions psychoéducatives.

Évaluation

Préalablement aux interventions psychoéducatives, une phase d'évaluation est nécessaire. Elle permet de connaître la situation globale de la personne, ainsi que celle de ses proches et d'adapter ainsi le contenu, la forme et le rythme des interventions. Elle est initiale, puis continue.

Dans le cadre de cette évaluation, il est nécessaire d'appréhender l'état psychique du patient. Il s'agit de rechercher la présence de symptômes psychotiques positifs et négatifs, de perturbations de l'humeur, d'altérations des fonctions cognitives, de signes d'anxiété et de traumatismes. De surcroît, le contenu de la psychose est également à relever.

À noter à également que lors d'une période de crise, le patient peut être préoccupé par des problèmes immédiats. Les informations non prioritaires sont alors remises à plus tard et on porte un intérêt aux inquiétudes actuelles [110]. Quant aux proches, certains membres de la famille peuvent développer un état de stress aigu, spécialement lors d'incidents traumatiques à domicile [122]. Des

explications structurées sont alors à introduire de manière graduelle, en s'assurant qu'elles soient bien comprises quitte à les redire.

D'autre part, dans le décours d'un épisode aigu, il peut y avoir persistance ou réapparition de certains symptômes psychotiques, mais aussi émergence d'une anxiété sociale, de signes d'un état de stress post-traumatique ou encore d'une humeur dépressive et d'idées suicidaires.

Pour ce qui est de l'évaluation du patient, il semble aussi important de chercher à connaître sa situation biopsychosociale, spirituelle et culturelle, ainsi que celle de ses proches.

À ce sujet, on propose ici de développer plus spécifiquement la dimension culturelle ; en effet, les soignants, dans le cadre d'un groupe psychoéducatif ou au sein de leur cohorte de patients, rencontrent fréquemment des personnes émigrées. Il s'agit alors d'être attentif à des éléments que nous allons décrire.

Les expériences de la migration peuvent avoir un impact sur la santé psychique des patients concernés. Ces derniers ont peut-être vécu des deuils et des traumatismes ; certains se trouvent dans des situations de précarité, d'incertitude et d'insécurité ; le processus d'acculturation induit aussi un stress d'intensité variable.

Par ailleurs, des conflits risquent de naître entre soignant et patient suite à la méconnaissance des croyances, des valeurs et des représentations de l'autre [123]. Il est possible d'éviter ces conflits par des démarches facilitant la communication et visant l'intégration. Cohen-Émerique [124] en propose trois : se décentrer (comprendre sa propre identité socioculturelle) ; saisir le système de référence de l'autre ; entamer une forme de négociation-médiation. Le but souhaité est d'atteindre un accord minimal déterminant un espace commun d'entente.

Au sein de l'évaluation, il s'agit également de rechercher le modèle explicatif du patient, mais également celui de chacun des proches, car différentes manières de comprendre la problématique peuvent coexister.

À ce propos, on sera particulièrement attentif aux attributions présentes dans la famille, puisqu'elles peuvent être l'expression d'une souffrance et d'un épuisement des proches. De surcroît, il existe un lien entre certains types d'attributions présents dans l'atmosphère environnementale et les rechutes, ce que nous allons voir plus loin.

Une attribution des symptômes et des comportements du proche malade interne et contrôlable est corrélée avec des commentaires critiques dans l'environnement familial [125]. Par exemple, un membre de la famille peut déclarer, à propos de son proche malade : « Il ne fait pas d'activité, parce que c'est quelqu'un de paresseux ». Dans ce cas, les symptômes ne sont pas attribués à la maladie, ils sont rattachés à des aspects relatifs à la personnalité. Inversement, une attribution externe et incontrôlable est plus particulièrement en lien avec une surimplication émotionnelle. Un proche expliquera : « Il ne peut rien faire pour lui-même, car il est juste malade. Alors, je ne lui demande rien et je fais tout à sa place ». Enfin, les commentaires critiques et la surimplication émotionnelle sont deux composants de « l'émotion exprimée ».

L'émotion exprimée (EE)

L'EE est évaluée durant une entrevue avec un membre-clé de la famille. Les commentaires critiques, l'hostilité et la surimplication émotionnelle exprimés par le parent lorsqu'il parle de son proche malade sont mesurés. L'EE reflète les perturbations dans l'organisation familiale, le climat émotionnel et les modes de transaction dans l'ensemble de la famille. L'EE prédit de manière robuste et significative les rechutes, dans le cadre, notamment, de la schizophrénie [126].

Afin de prévenir une rechute du patient et d'aider la famille à conserver son rôle de soutien, les attributions sont remises en question dans des entretiens individuels ou lors de groupes multifamiliaux. Pour ce qui est des proches de patients atteints de schizophrénie, les programmes psychoéducatifs ont démontré un effet positif significatif sur le patient, avec une diminution des rechutes ou du taux de réadmission [127]. De plus, le fardeau des familles est allégé, et leurs stratégies pour faire face ainsi que leurs ressources sociales sont améliorées [128]. Enfin, l'étude de Sin, Moone et Newell [129] révèle que, dans le cadre de la psychose débutante, les besoins des proches sont spécifiques, ce qui implique une adaptation des approches familiales bien établies.

Lors de l'évaluation, le répertoire des stratégies de *coping* doit également être recherché. Il s'agit d'identifier les habiletés personnelles et relationnelles associées à la gestion de la santé et de la maladie. En répertoriant ces stratégies, le soignant souligne et encourage celles qui sont particulièrement efficaces et les problèmes qu'elles permettent de résoudre. En accord avec le patient, le développement d'autres habiletés cognitives et/ou comportementales peut être discuté et inclus dans l'agenda des futures séances [115].

Enfin, l'évaluation comprend également le fait de déterminer le degré de conscience morbide de la personne et de cerner la phase de rétablissement dans laquelle elle se situe.

Voici, énumérés, les différents éléments-clés liés à la phase d'évaluation :

- l'état psychique ;
- la situation biopsychosociale, culturelle et spirituelle ;
- les ressources personnelles et environnementales ;
- la connaissance et la compréhension de la maladie ;
- les attributions ;
- le répertoire des stratégies de *coping* ;
- le degré de conscience morbide ;
- la phase de rétablissement.

Modèle stress-vulnérabilité

Dans un premier temps, la personne est informée de l'origine biopsychosociale de la vulnérabilité à la psychose. Puis on fait un dessin illustrant les trois sphères biologique, psychologique et sociale en interaction (fig. 4.1). La personne peut alors inscrire les données liées à sa propre vulnérabilité dans le cercle correspondant.

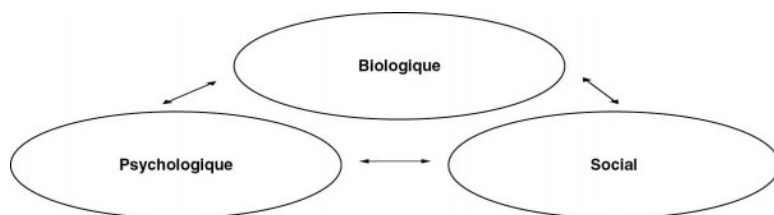


FIGURE 4.1. Les trois sphères.

Cas clinique

Antonia, 26 ans, relève que son grand-père avait également une schizophrénie. Pour ce qui est de l'aspect psychologique, elle note une faible estime de soi, une peur de déplaire et d'être abandonnée, ainsi qu'un évitement d'autrui lors de difficultés, et cela depuis l'enfance en raison de diverses privations. Ses parents ont émigré avant sa naissance, et elle a été élevée dans une structure familiale de type patriarcale très rigide.

Par la suite, on se sert du modèle stress-vulnérabilité (fig. 4.2). Il permet de noter les facteurs de stress personnels, puis de les mettre en lien avec la vulnérabilité individuelle. Enfin, on peut expliquer que les symptômes psychotiques sont une manière pour le psychisme de réagir face à un excédent de stress, certaines personnes étant plus vulnérables que d'autres.

Cas clinique

Antonia retient comme facteur de stress principal les rapports avec son mari. Séparée suite à des violences conjugales, elle prend soin de sa fille âgée de trois ans, Marjola, dont la garde lui a été confiée. Lorsqu'elle est en contact avec le père, celui-ci peut se montrer insultant. De plus, le cadre fixé de la fréquence et de la durée des visites n'est pas régulièrement respecté. Antonia relève, d'une part, ne pas arriver à s'affirmer face aux gens en général, et en particulier face à son mari ; d'autre part, elle est inquiète de sa maladie ayant très peur que les symptômes ne reviennent. En outre, elle souligne

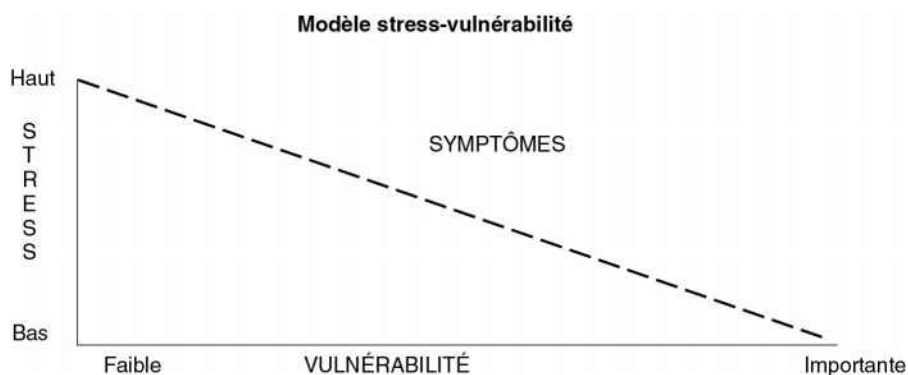


FIGURE 4.2. Modèle stress-vulnérabilité.

que son mari est le seul à être au courant de son trouble, car elle se sent honteuse et craint un rejet de la part de ses proches si elle leur en parle. Enfin, elle se sent dés-emparee pour comprendre et faire face à certains comportements de Marjola.

Il est important de montrer au patient les possibilités de contrôle que sa connaissance du modèle stress-vulnérabilité laisse entrevoir (par exemple, la médication permet de diminuer la vulnérabilité et de développer des stratégies pour faire face aux facteurs de stress).

Actions pour faire face

Pour les patients se remettant d'un épisode psychotique et subissant encore certaines difficultés (démoralisation, perte de confiance, symptômes négatifs, troubles cognitifs, diminution des capacités d'introspection), une démarche comportementale peut favoriser l'adaptation à cette expérience et le rétablissement. Le but visé est de rendre la personne témoin de ses succès et ainsi de modifier sa vision d'elle-même, du monde et du futur. En mettant en place des expériences graduées dans la vie de tous les jours, on l'aidera à remettre en question les croyances et les peurs [115].

Cas clinique

Antonia aimerait contacter un service de la petite enfance qui la soutiendrait dans son rôle parental. Comme elle n'ose ni téléphoner, ni rencontrer les intervenants, son soignant l'accompagne. Par la suite, elle se rend régulièrement seule aux rendez-vous avec Marjola, parce que l'attitude des professionnels rencontrés dans ce centre lui a permis de remettre en question certaines croyances en lien avec la peur de ne pas être acceptée.

Signature de la rechute

L'épisode psychotique peut conduire à une certaine confusion. En effet, les patients ont parfois de la peine à ponctuer dans le bon ordre les événements qui ont précédé la rechute. Afin de clarifier la chronologie des événements, il est souvent judicieux d'établir une ligne du temps, comme dans l'exemple ci-dessous.

Cas clinique

Il y a quatre mois, le mari d'Antonia perd son emploi. Depuis, il l'insulte beaucoup plus fréquemment. Une angoisse apparaît qui se manifeste par une augmentation de la consommation de cigarettes, une perte d'appétit et une diminution des activités avec ses amies. Ces dernières lui font des remarques, ce qui amène Antonia à les éviter. Elle rompt aussi les contacts avec les membres de sa famille. Des insomnies s'installent. Ses proches ne gardant plus Marjola certains jours de la semaine, la charge de travail est épuisante. Des sensations corporelles de courants électriques surviennent alors la nuit. Par la suite, Marjola crie et pleure plus fréquemment et plus longtemps, et

les voisins se plaignent. Antonia développe l'impression que ce qu'elle entend à la télévision ou à l'extérieur la concerne. Elle a l'impression de voir ses voisins dans la rue et d'être suivie. Puis, son mari ramène Marjola avec vingt-quatre heures de retard. Les jours suivants, les sensations corporelles de courants électriques augmentent et des hallucinations auditives apparaissent. Une amie se rend chez Antonia qui lui dit qu'un complot a été élaboré contre elle. Elle est conduite aux urgences psychiatriques.

On a relevé la ligne du temps effectuée avec Antonia : les événements de vie, ainsi que les modifications des émotions, des pensées et des comportements sont notés chronologiquement (fig. 4.3).

Pour élaborer la signature de la rechute, des liens sont établis entre les facteurs de stress et les symptômes prodromiques de la rechute récente et ceux des décompensations précédentes. En effet, certains événements critiques particuliers provoquent l'activation de schémas personnels, ce qui entraîne des changements émotionnels, cognitifs et comportementaux créant à leur tour un terrain favorable à la réémergence de symptômes prodromiques spécifiques. Ainsi, chaque rechute est précipitée par des problématiques similaires et se manifeste par des signes précurseurs analogues. La signature de la rechute met en lumière la vulnérabilité psychologique de la personne, qu'il est possible de diminuer grâce à une intervention thérapeutique.

Les schémas

Les schémas sont inconscients, stockés dans la mémoire à long terme et fonctionnent automatiquement, hors de la volonté et de la conscience du sujet. Ils interviennent comme guides dans l'interprétation de la réalité. Les informations peuvent venir renforcer les schémas préconstruits (assimilation) ou ceux-ci peuvent se modifier (accommodation) [130]. Les schémas régulent également les émotions, les croyances et les comportements. Alors que beaucoup de schémas se

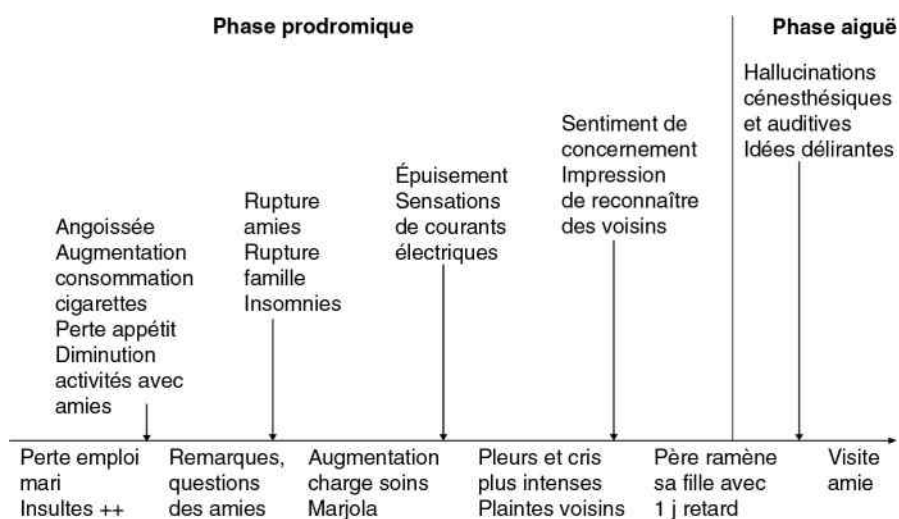


FIGURE 4.3. Ligne de temps (inspiré de COPE [115]).

constituent durant l'enfance et s'enrichissent d'expériences tout au long de la vie, ils sont aussi en mesure de se former ultérieurement. La thérapie cognitive a pour but de modifier les schémas inadaptés. Young [131] a repéré et décrit un certain nombre de schémas qu'il a nommés « schémas précoces inadaptés ». Ces derniers, constitués durant l'enfance et particulièrement autodéfaitistes, peuvent conduire au développement de troubles de la personnalité.

Cas clinique

Antonia relève qu'avant chaque rechute, elle rencontre des problèmes relationnels avec une ou plusieurs personnes (mari, collègues de travail, père). Lorsqu'elle se trouve dans des situations durant lesquelles elle reçoit des critiques, elle se sent très angoissée. Puis des pensées, associées à des croyances liées au fait d'être dénuée de valeur et indigne d'affection, émergent. Afin d'éviter un abandon ou un rejet, Antonia cherche alors à satisfaire les besoins et les attentes d'autrui, notamment en se soumettant. Il lui semble qu'elle réagit toujours de la sorte avec les gens, l'intensité de ses émotions étant en revanche variable. Des liens sont faits avec son enfance : celle-ci a été empreinte de négligences et de ruptures ; elles ont contribué à la formation de schémas personnels induisant une faible estime de soi et une peur de l'abandon.

Plan d'urgence et directives anticipées

En premier lieu, il s'agit de sélectionner des signes d'alarme individuels, ensuite de décrire leur évolution en fonction de leur intensité.

Voici la grille des signes d'alarme, effectuée avec Antonia ([tableau 4.1](#)).

Par la suite, le patient peut s'exercer à évaluer ses signaux d'alarme, en notant quotidiennement s'ils sont présents ou absents et leur intensité. On lui proposera de choisir un proche qui aura les rôles suivants : aider à reconnaître les signes d'alarme, avertir le patient de leur émergence, lui proposer de contacter son médecin s'il refuse de contacter lui-même l'équipe soignante [132].

Les signes prodromiques, les actions à entreprendre en cas de rechute, ainsi que les personnes et institutions impliquées sont mentionnés dans le plan d'urgence. Ce document écrit comporte également les informations importantes concernant le patient (traitement médicamenteux actuel, problèmes de santé, allergies, etc.). Les intervenants concernés sont informés et leurs coordonnées notées. Finalement, le document, en accord avec le patient, est à disposition des personnes impliquées.

Ci-après, voici un aperçu du **plan d'urgence d'Antonia**.

Mes signes d'alarme sont :

- troubles du sommeil (dès que je ne dors plus que six heures par nuit) ;
- alimentation irrégulière et insuffisante (dès que je ne mange plus que deux repas par jour) ;
- reprise de la consommation de cigarettes (dès que je recommence à fumer) ;
- diminution des activités avec mes copines (normalement je les vois tous les jours).

TABLEAU 4.1. Grille des signes d'alarme.

Signe d'alarme	Le signe d'alarme est :
1. Troubles du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> – sévère, quand <i>je ne dors plus que quatre heures par nuit</i> – modéré, quand <i>je ne dors plus que cinq heures par nuit</i> – léger, quand <i>je ne dors plus que six heures par nuit au lieu de huit</i> – absent, quand <i>je dors entre huit et neuf heures par jour</i>
2. Consommation de cigarettes	<ul style="list-style-type: none"> – sévère, quand <i>je m'achète chaque jour deux paquets de cigarettes</i> – modéré, quand <i>je m'achète chaque jour un paquet de cigarettes</i> – léger, quand <i>je fume deux ou trois cigarettes par jour</i> – absent, quand <i>je ne fume pas du tout</i>
3. Alimentation irrégulière et insuffisante	<ul style="list-style-type: none"> – sévère, quand <i>je mange un repas tous les deux jours</i> – modéré, quand <i>je mange un repas par jour</i> – léger, quand <i>je mange deux repas par jour</i> – absent, quand <i>je prends trois repas par jour, tous les jours</i>
4. Diminution des activités avec les copines	<ul style="list-style-type: none"> – sévère, quand <i>j'ai des activités avec des amies une fois par semaine</i> – modéré, quand <i>j'ai des activités avec mes amies deux fois par semaine</i> – léger, quand <i>j'ai des activités avec mes amies un jour sur deux</i> – absent, quand <i>j'ai des activités tous les jours avec mes amies</i>

Dès que ces signes apparaissent **mon attitude** sera de :

- contacter et rencontrer mes intervenants de la consultation psychiatrique dans les 24 heures ;
- s'ils ne sont pas atteignables, contacter et rencontrer mon médecin traitant généraliste dans les 24 heures ;
- la nuit et les jours fériés ou en cas d'absence des intervenants habituels, me rendre aux urgences psychiatriques dans les 24 heures.

Mes symptômes psychotiques sont :

- des sensations bizarres ;
- l'idée que l'on parle de moi dans la rue et à la télévision ;
- l'impression de reconnaître les gens et d'être suivie ;
- des hallucinations, par exemple des sensations de courants électriques ou des voix.

L'apparition d'un de ces symptômes est une URGENCE, je contacte IMMÉDIATEMENT la consultation ambulatoire ou les urgences psychiatriques.

En ce qui concerne les directives anticipées (DA), ce droit a récemment été introduit dans les lois de divers pays. Elles donnent une place centrale au patient en favorisant l'autodétermination. En effet, les DA sont l'expression de la volonté libre et éclairée de toute personne qui anticiperait une possible perte de discernement [133]. En particulier pour les personnes ayant subi des mesures de contrainte répétées et qui restent opposées au modèle médical, les DA offrent un droit de décision ; elles ouvrent la porte à une autre forme de relation avec les soignants [134]. La thérapie cognitive basée sur les DA a été

élaborée notamment à partir des principes de l'entretien motivationnel. Par conséquent, les interventions mettent l'accent sur la responsabilité et les choix personnels, ainsi que sur l'exploration du vécu et des préoccupations du patient, grâce à un questionnement socratique [135].

Le questionnement socratique

Socrate a su développer au plus haut point l'art de modifier les convictions d'autrui, et ceci sans jamais moraliser ou conseiller de manière directive. Il avait pour habitude de questionner son environnement, en récusant les certitudes auxquelles il était confronté. Sous l'angle cognitivo-comportementaliste, la méthode socratique consiste à poser des questions formulées de telle façon qu'elles puissent stimuler le patient à rechercher, pas à pas et de lui-même, la solution au problème posé. Le travail du soignant n'est pas ici d'apprendre au patient à penser correctement, mais plutôt de l'amener à une réflexion prudente, fine et critique, visant à le mettre à l'abri de la subjectivité qui débouche trop souvent sur de la souffrance ou du mal-être [136].

Cas clinique

Voici un extrait des directives anticipées d'Antonia, élaborées conjointement avec son entourage, son équipe soignante et les intervenants du service de la petite enfance : « Ayant décrit mes signes avant-coureurs et mes symptômes psychotiques, je demande à mon amie Anna Dupont de m'avertir de leur présence et de s'assurer que je consulte mon équipe ambulatoire, mon généraliste ou les urgences. Anna Dupont m'accompagne sur le lieu de l'entretien, si elle le juge nécessaire ou si je le lui demande. Elle s'assure également que Marjola est confiée pendant ce temps à ma voisine, Céline Lafleur. Si je ne consulte pas, j'accepte qu'Anna Dupont contacte mes intervenants ou les urgences psychiatriques.

Si je présente des signes d'alarme ou des symptômes psychotiques, mes intervenants ambulatoires, mon généraliste ou les soignants des urgences psychiatriques évaluent la gravité de mon état psychique lors d'un entretien. En fonction de la gravité des symptômes, j'accepte que les soignants effectuent l'une des interventions décrites ci-dessous :

- réajuster le traitement médicamenteux, augmenter la fréquence des rendez-vous en ambulatoire ; me laisser ensuite rentrer chez moi auprès de ma fille ;
- réajuster le traitement médicamenteux, contacter mon mari pour qu'il garde Marjola (dans le cas où ce ne serait pas possible, joindre ma sœur), augmenter la fréquence des rendez-vous en ambulatoire, me laisser rentrer ensuite chez moi ;
- me demander d'aller à l'hôpital psychiatrique ; contacter mon mari pour qu'il garde Marjola (dans le cas où ce ne serait pas possible, joindre ma sœur). »

Traumatisme et psychose

L'expérience souvent traumatique de la psychose est traitée par les schémas personnels. Ces derniers s'en trouveront soit renforcés, soit modifiés d'une manière qui peut être constructive ou, au contraire, inadaptée. De plus, face à ce type de vécu, la personne ne va peut-être pas trouver dans son répertoire un schéma disponible pour s'adapter à cet événement [115].

La plupart des études rapportent qu'entre un tiers et la moitié des patients avec une psychose répondent aux critères d'un état de stress post-traumatique (ESPT) selon le DSM-IV ou l'ICD-10 [137]. La manière dont la personne perçoit l'événement traumatique, ses séquelles et ses symptômes est un élément important dans le maintien du trouble [138]. En effet, une perception négative du traumatisme et des symptômes de l'ESPT provoque l'émergence d'une série de réponses (évitement, engourdissement émotionnel ou symptômes négatifs) qui, à court terme, réduisent le stress, mais à long terme, empêchent tout changement cognitif et donc maintiennent le trouble [67].

Mueser, Rosenberg, Goodman et Trumbetta [139] ont élaboré un modèle interactif incluant le traumatisme, le stress post-traumatique et la maladie mentale sévère. Les auteurs posent l'hypothèse que l'ESPT aggrave la sévérité et le cours de la maladie. Cet effet est lié aux symptômes directs tels que l'évitement des stimuli liés au traumatisme, les reviviscences provoquant une détresse et l'hyperexcitation. De surcroît, il existe un impact indirect des corrélats de l'ESPT, comme l'abus de substances, la retraumatisation, ainsi qu'une alliance thérapeutique pauvre avec les soignants.

En regard de la psychoéducation, un travail de restructuration cognitive permet de développer un modèle explicatif adapté [67]. En complément, une approche liée à l'exposition (parler du traumatisme de la psychose et de son traitement plus ouvertement) contribue à la diminution des signes et réactions associés au traumatisme [140]. Le lien social est également un élément important : en effet, les comportements d'évitement mènent souvent à l'isolement, ce qui peut aggraver la maladie psychique ; un entourage qui est un appui minimise cet aspect. En outre, la personne, en appréciant des relations chaleureuses et respectueuses, court moins de risque d'être exposée à des événements qui la traumatisent à nouveau. Enfin, le développement d'un sentiment de confiance, à travers l'expérience de relations positives avec les autres, peut contribuer à améliorer les capacités du patient à établir et maintenir une alliance avec les soignants [139].

Différenciation de l'identité

Les interprétations concernant l'expérience psychotique sont en mesure de modifier la vision que la personne a d'elle-même et du monde. Par exemple, suite à un vécu traumatique, quelqu'un va se percevoir comme incapable/inacceptable. Des croyances liées au fait que les gens sont dangereux tendent aussi à émerger. L'impact du traumatisme de la psychose sur l'identité est d'autant plus important que la maladie survient pendant la période de formation de la personnalité. Il existe une relation significative entre traumatisme précoce et développement de traits de personnalité mal adaptés ; cela augmente le risque de développer un trouble psychopathologique à l'âge adulte en raison d'une vulnérabilité accrue [141].

Pour aider au rétablissement d'une identité positive, il est nécessaire que le patient puisse différencier les caractéristiques stables de sa personnalité, des symptômes de sa maladie et de ses réactions à l'épisode psychotique vécu.

Ce travail peut se faire grâce à l'utilisation de la ligne du temps-perception de soi. La technique inclut de dresser une ligne du temps et de demander au patient de décrire comment il se percevait avant de devenir psychotique, comment il se perçoit pendant la psychose aiguë, puis actuellement et dans le futur [115].

Cas clinique

Antonia trouve qu'avant de devenir psychotique, elle était sociable et nouait facilement des amitiés. De plus, elle était active et pleine d'énergie, malgré un manque d'estime de soi et une anxiété toujours présents. Pendant l'épisode psychotique, Antonia dit qu'elle était persécutée, méfiante, agitée, folle et incontrôlable. En ce moment, elle se considère comme seule, isolée et flemmarde. Elle se trouve aussi honteuse, nulle et incapable. À l'avenir, Antonia souhaiterait être à nouveau entourée d'amies et rencontrer de nouvelles personnes. Beaucoup d'activités égaieraient également ses journées. Alors, elle se sentirait sereine, confiante et compétente dans la maîtrise de sa vie.

Ci-dessous figure la ligne du temps-perception de soi construite par Antonia (tableau 4.2).

Dans un premier temps, l'attention du soignant se porte sur les termes utilisés par la patiente pour se décrire durant l'épisode. On lui explique que les idées de persécution font partie des symptômes de l'épisode psychotique aigu. Elles peuvent se développer dans un contexte de recherche de sens par rapport à des événements totalement inhabituels comme l'apparition d'hallucinations. Ces fausses croyances favorisent le développement de sentiments de méfiance et d'anxiété, qui entraînent à leur tour une modification des comportements habituels. Les informations sont présentées de manière normalisante, afin qu'Antonia soit capable de remettre en question les vocables de « folle » et « incontrôlable ». Par la suite, on s'intéresse aux descriptions liées au moi actuel. Une discussion avec Antonia permet de faire ressortir ses réactions à l'épisode psychotique aigu, comme le fait de s'isoler dans un but de protection. On lui dit qu'une baisse de l'énergie et de la motivation peut survenir dans le décours d'un épisode psychotique. Antonia poursuit actuellement une période de convalescence qui l'aide à retrouver des forces pour bouger à nouveau.

Il s'agit aussi de soutenir le patient dans sa réflexion sur ce qu'il appréciait chez lui avant l'épisode. Il peut formuler les traits qu'il souhaite voir revenir et ceux qu'il souhaite développer particulièrement dans le futur. Les indices de la

TABLEAU 4.2. Ligne du temps-perception de soi.

Avant la psychose	Pendant la psychose aiguë	Moi actuel	Moi futur
Sociable	Persécutée	Seule, honteuse	Sociable
Amicale	Méfiante	Isolée	Entourée
Active et énergique	Agitée	Flemmarde	Active
Sans valeur	Folle	Nulle	Sereine
Anxieuse	Incontrôlable	Incapable	Confiante, capable

présence actuelle de certains aspects souhaités de la personnalité sont relevés, même très minces, et ils sont renforcés. En dernier ressort, la personne est amenée à choisir un aspect d'elle-même qu'elle souhaiterait amplifier en priorité.

Cas clinique

Antonia souhaiterait retrouver son ouverture envers les autres, être à nouveau entourée et s'engager dans des activités. Concernant les aspects à développer dans le futur, elle souligne la confiance, la sérénité et le fait de se sentir capable de mener sa vie comme elle le souhaite. Antonia a déjà remis en route la plupart de ses activités quotidiennes. De surcroît, elle a recommencé à « chatter » sur Internet et envoyé quelques messages par mobile à ses copines et à des membres de sa famille. Bien sûr, elle a déjà revu Anna Dupont qui est sa meilleure amie. Elle a également mis en place une garderie pour Marjola avec l'aide du service pour l'enfance. Antonia est aussi capable maintenant, non seulement de se rendre aux rendez-vous de ce centre, mais aussi de l'appeler lorsqu'elle a des questions. Elle affirme que son côté sociable est celui qui lui manque le plus actuellement. Antonia pose donc l'objectif de revoir ses copines.

CHAPITRE 5

Interventions pour les symptômes psychotiques

L'expérience psychotique a souvent été considérée comme très différente de la normalité. À la fin des années 1960, John Strauss [142] a remis radicalement en question cette conception. Son équipe ne parvenait pas à classer dans les catégories « Présentes » ou « Absentes » les idées délirantes de la moitié des patients et les hallucinations pour les trois quarts. Les patients étaient interviewés avec un entretien diagnostique standardisé. En effet, un patient peut clairement entendre une voix lui parler de l'extérieur de la tête, mais un autre pourra dire qu'il a l'impression que des pensées sont glissées dans son esprit, et un troisième se demandera si ses pensées peuvent être perçues par autrui car elles sont plus fortes que d'habitude. Le premier pourra se questionner sur la possibilité que ces voix soient émises par les services secrets, le deuxième se dira qu'il pense être un récepteur télépathique, et le troisième sera pleinement convaincu qu'on lui a implanté un amplificateur dans le cerveau ou qu'autrui à un don spécial. Strauss a suggéré de décrire ces symptômes le long d'un continuum allant de la normalité à la psychose. Les symptômes psychotiques constituent ainsi une variation quantitative des mécanismes cognitifs normaux plutôt qu'une expérience qualitativement différente de la norme. Depuis cette première publication, de nombreuses études ont montré ce continuum entre l'expérience normale et la psychose [143-148]. Cette nouvelle façon de concevoir les idées délirantes ou les hallucinations a permis le développement des thérapies cognitives et comportementales des symptômes psychotiques [149, 150].

Néanmoins, la conception que la psychose est une exagération des processus mentaux normaux peine à trouver sa place. Les professionnels de la santé ont fréquemment le syndrome de la boîte de pandore.

Zeus offrit la main de Pandore à Épiméthée. Pandore apporta dans ses bagages une jarre mystérieuse contenant tous les maux de l'humanité, notamment la vieillesse, la maladie, la guerre, la famine, la misère, la folie, le vice, la tromperie et la passion, ainsi que l'espérance, qu'il lui fut interdit d'ouvrir. Une fois installée comme épouse, Pandore céda à la curiosité et ouvrit la boîte : elle libéra ainsi les maux qu'elle contenait. Elle referma la boîte trop tard pour les retenir, et seule l'espérance, plus lente à réagir, y resta enfermée.

Les professionnels craignent de parler franchement des symptômes psychotiques, de peur de faire décompenser les patients ou de ne plus pouvoir maîtriser la suite des événements.

Cas clinique

Isabelle est infirmière. Elle veut se former aux interventions sur les symptômes psychotiques. Son superviseur lui présente Charles, un jeune patient âgé de 25 ans. Après le premier entretien, Isabelle revient terrorisée vers son superviseur, car le patient lui a raconté qu'il était en contact avec des esprits et qu'il croisait des morts-vivants dans la rue. Elle se demande s'il ne faut pas l'hospitaliser immédiatement. Quand son superviseur lui demande quand sont apparues les idées délirantes, elle répond que le patient lui a dit que c'était comme cela depuis quatre ans.

Les patients, eux, souffrent du syndrome du barbier de Midas.

Midas fut l'élève d'Orphée. À ce titre, il est appelé à être juge dans le concours entre le satyre Marsyas, joueur de flûte, et Apollon, qui joue de la lyre. Il proclame Marsyas vainqueur. Apollon, pour se venger de Midas, lui fait pousser des oreilles d'âne. Midas tente de les cacher sous un bonnet phrygien, et fait jurer à son barbier ne jamais révéler le secret sous peine d'un terrible châtement.

Comme le barbier de Midas, les patients craignent les conséquences de parler ouvertement de leurs symptômes psychotiques. En effet, les réponses des professionnels sont souvent la prescription d'une hospitalisation, ou une augmentation du traitement pharmacologique qui pourra être accompagné d'éventuels effets secondaires.

Cas clinique

Thibaud parle tout seul dans la rue. Parfois, il crie et insulte des êtres invisibles. Son infirmier lui a plusieurs fois demandé s'il entendait des voix. Invariablement, Thibaud lui a répondu par la négative. Lors d'un entretien avec Thibaud, son infirmier entend qu'on l'appelle dans le corridor ; il s'excuse et va ouvrir la porte, mais il n'y a personne dans le couloir. L'infirmier s'assied, s'excuse de l'interruption et dit à Thibaud qu'il a dû entendre une voix. Thibaud lui demande : « Vous aussi vous entendez des voix ? ». L'infirmier répond qu'il a entendu quelqu'un l'appeler, mais qu'il n'y avait personne et que cela lui arrive de temps en temps. Il lui explique alors qu'il lui arrive d'entendre des voix à l'endormissement. Il demande à Thibaud pourquoi il a toujours nié entendre des voix. Thibaud explique que chaque fois qu'il a parlé de ses voix, le médecin a augmenté son traitement médicamenteux. Il se plaint d'avoir davantage d'effets secondaires mais aucun bénéfice en ce qui concerne les voix.

Il existe encore d'autres raisons pour lesquelles les patients éprouvent de la difficulté à parler de leur expérience psychotique [151] :

- lorsque les changements apparaissent de façon progressive et graduelle, les patients s'habituent aux changements et distinguent moins bien les symptômes psychotiques de leur fonctionnement habituel ;

- la capacité à s'observer est compromise ou la préoccupation avec les idées surinvesties rend la communication et les contacts sociaux insignifiants ;
- ce n'est pas facile d'expliquer les expériences intérieures. Les patients peuvent manquer de mots et de concepts pour définir ce qu'ils éprouvent ;
- la perception d'un soi irréel/étrange conduit à la peur et au retrait social ;
- les patients craignent parfois les réactions de l'autre, ou manquent de confiance ou de courage pour en parler. Les patients donnent des informations progressivement, au fur et à mesure des entretiens ;
- les patients peuvent faire preuve d'un désir actif d'effacer l'expérience, afin de préserver leur conception d'eux-mêmes (*sealing-over*).

Il est essentiel d'être conscient des difficultés à parler de l'expérience psychotique pour aider les patients à être en mesure de la partager. Les stratégies de normalisation des symptômes psychotiques servent justement à réduire les craintes autour des symptômes psychotiques, afin que les patients puissent en parler. Les échelles d'évaluation des symptômes psychotiques sont également utiles. Le fait d'interviewer systématiquement les patients avec des outils standardisés est rassurant pour plusieurs raisons. Premièrement, beaucoup de patients expriment que le fait qu'un questionnaire existe est une preuve qu'ils ne sont pas seuls à éprouver des choses étranges. Deuxièmement, l'interview systématique montre aux patients qu'il y a des symptômes qu'ils n'ont pas. Troisièmement, le fait d'avoir été systématique est tranquilisant comme l'est un *check-up* complet qui passe en revue l'ensemble des problèmes potentiels. Il existe des outils standardisés d'évaluation des symptômes psychotiques comme :

- la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) [73] ou *Brief Psychiatric Rating Scale - expanded* [74] ;
- la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) [75] ;
- la *Psychotic Symptom Rating Scales* (PSYRATS) [77].

Il s'agit d'entretiens semi-structurés avec des critères qui permettent de coter la sévérité des différents symptômes.

Il est important de développer des interventions psychologiques pour traiter les symptômes psychotiques : cela permet au patient de partager l'expérience de la psychose et de trouver la façon la plus adaptée de l'intégrer. Il faut aussi développer des compétences qui aident les patients à gérer les symptômes psychotiques, car le traitement neuroleptique n'est un traitement que partiellement efficace de la schizophrénie [152]. Entre 20 et 30 % des personnes atteintes de schizophrénie sont résistantes à ce type de traitement [153]. Miller [154] a notamment montré qu'un peu plus de la moitié de ses patients continuaient à avoir des hallucinations après un traitement hospitalier. Les hallucinations après le traitement hospitalier différaient des hallucinations précédant celui-ci par le fait qu'elles étaient moins fréquentes et moins intenses. De plus, les patients diminuaient leurs réponses comportementales à leurs voix. Les autres caractéristiques des hallucinations, comme leur durée ou les croyances qui leur sont liées, restaient relativement stables malgré le traitement. Une autre étude portant sur l'expérience psychotique relève que le traitement neuroleptique réduit rapidement la préoccupation envers la psychose et l'impact comportemental

des symptômes, sans altérer beaucoup les convictions ou la perspective au sujet de la psychose [155].

Altérations des perceptions

Les altérations des perceptions peuvent conduire à des hallucinations visuelles, olfactives, gustatives ou kinesthésiques. Les hallucinations auditives ou les sensations de contrôle sont souvent définies comme des perceptions anormales, alors qu'elles semblent être davantage un trouble de la conscience de l'action [156-159]. Les patients ne reconnaissent pas leur intention dans leur propre action (un geste ou une pensée verbale), ce qui les conduit à la sensation d'être contrôlé ou qu'une voix leur parle. Il est normal d'avoir des perceptions anormales ; en effet, le système nerveux est tellement complexe qu'il est facilement mystifié. Ainsi, il est possible d'avoir l'impression que le temps s'accélère ou au contraire se ralentit. Parfois, il arrive que la perception de l'environnement change : les rues, soudainement, nous apparaissent comme si elles étaient en carton-pâte ; elles ressemblent à un décor de théâtre. Les perspectives semblent étranges. Un geste ordinaire paraît particulier ou un mot familier insolite. On peut soudainement devenir plus sensible aux trépidations de la ville ou au bruit de fond et avoir de la peine à se concentrer sur l'activité en cours. Ces sentiments d'étrangeté peuvent survenir plus fréquemment pendant les périodes de stress, de fatigue ou de changements corporels, comme durant l'adolescence, par exemple. Ces variations de perceptions peuvent toucher nos différents sens soit par un changement de niveau d'intensité de nos perceptions, soit par une distorsion de celles-ci. Les odeurs deviennent alors plus prégnantes, les sons plus forts ou distordus ou les choses anormales et étranges. Les hallucinations sous leurs formes les plus intenses sont des perceptions qui procurent la même sensation immédiate de réalité qu'une perception réelle, en l'absence de stimulations externes de l'appareil sensoriel concerné. Du point de vue subjectif de la personne qui fait l'expérience d'hallucinations, elles ne sont pas forcément distinguables des perceptions normales. Elles doivent être différenciées des illusions, où un stimulus extérieur est mal perçu ou mal interprété. Les personnes qui ont des hallucinations vont se trouver confrontées aux autres qui ne reconnaîtront pas leurs perceptions particulières, n'ayant pas été eux-mêmes confrontés à ces stimuli.

Brendan Maher [160] pensait que les idées délirantes découlaient des perceptions internes inhabituelles. Son argument, simplement exprimé, est que les expériences étranges conduisent à des idées étranges. L'idée délirante serait une tentative de donner une signification à l'expérience étrange. Le [tableau 5.1](#) dresse une liste des expériences étranges que les personnes peuvent vivre dans le cadre de l'expérience psychotique et également dans l'expérience normale. En effet, certaines des expériences ci-dessous pourraient arriver à n'importe qui dans des situations normales de stress, d'autres nécessitent une vulnérabilité augmentée à ce type d'expériences ou davantage de stress. Il est normal d'avoir des sensations de déjà-vu. Il est normal d'avoir des hallucinations

TABLEAU 5.1. Altérations des perceptions.

Aiguisement des perceptions	Les sons retentissent avec une clarté ou une intensité inhabituelle. Les couleurs semblent plus belles et plus brillantes. Les détails ressortent plus nettement. Les modifications dans l'intensité de l'information sensorielle peuvent avoir lieu au niveau de l'audition, de la vision, du toucher, du goût ou de l'odorat. Les perceptions paraissent plus vives ou plus fortes [161]
Sensations inhabituelles ou déformées	Perceptions anormales, impression que les sons, les odeurs, les saveurs, les perceptions corporelles ou visuelles sont déformés ou étranges [161]
Distorsion de la forme (taille, proportions) de son propre corps ou du monde extérieur	Impression que les sensations du corps ou de ses parties changent ou ont changé. Impression que les membres ne sont pas connectés correctement au corps. Impression que les autres changent de façon étrange. Impression que son image dans le miroir est différente de d'habitude [161]
Modification de la perception du temps	Impression que la perception du temps est modifiée. Les événements semblent se dérouler plus lentement ou plus rapidement ou à des rythmes différents. Sentiment d'être hors du temps
Sentiment de déjà-vu	Impression d'avoir déjà vécu ou rêvé le moment présent [162]
Emprise de la pensée	Impression que des pensées étrangères sont introduites dans nos propres pensées. Il ne s'agit pas forcément de pensées insolites. La personne a juste l'impression que ses propres pensées ne lui appartiennent pas. Le plus souvent, la personne dira, pour tenter d'expliquer l'expérience, que des pensées étrangères ont été introduites dans son esprit, par radar ou télépathie. Elle peut aussi ne pas trouver d'explications au phénomène. Il est important de distinguer le symptôme d'emprise de la pensée de l'interprétation que la personne en fait
Émission ou divulgation de la pensée	Impression que les pensées résonnent fort dans la tête, d'une façon telle que la personne développe le sentiment que les autres pourraient les entendre. La personne a l'impression de partager ses pensées avec les autres. Elle peut décrire et interpréter le phénomène comme une forme de télédiffusion ou télépathie
Écho de la pensée	Impression que les pensées sont répétées et produisent une sensation d'écho. Il y a généralement un très petit intervalle de temps entre la pensée et son écho
Vol de la pensée	Impression que les pensées qui se déroulaient librement sont brusquement arrêtées. Cela donne à la personne le sentiment que ses pensées lui ont été enlevées, de sorte qu'il ne lui en reste plus une seule. Souvent, la personne interprète ce phénomène comme si on lui avait volé ses pensées

TABLEAU 5.1. Altérations des perceptions. (*suite*)

Hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques	Ce sont les hallucinations qui précèdent l'endormissement ou qui surviennent au moment du réveil. Elles se produisent dans les périodes de transition entre l'éveil et le sommeil (hallucinations hypnagogiques) et entre le sommeil et l'éveil (hallucinations hypnopompiques). La plupart des personnes qui ont ce type d'hallucinations savent rétrospectivement que la perception n'est pas vraie. Les hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques les plus fréquentes sont l'impression de tomber dans un abysse ou le sentiment que quelqu'un est présent dans la chambre. Mais on peut aussi entendre ou voir des personnes, avoir le sentiment qu'un intrus s'est glissé dans la pièce ou d'être pris dans un incendie
Hallucinations visuelles	Une hallucination visuelle est définie comme une perception visuelle qui n'est pas associée à un stimulus visuel externe. L'illusion visuelle est une distorsion ou une modification d'une image visuelle réelle. L'hallucination peut être simple ou complexe. Les hallucinations simples sont également appelées élémentaires ou non formées : elles peuvent consister en taches, couleurs, flashes lumineux ou formes géométriques. Les hallucinations complexes ou formées présentent des images comme des objets, mais le plus souvent des animaux et des personnes. En dehors de la psychose, les troubles communément associés à des hallucinations visuelles comprennent les phénomènes oculomoteurs, la migraine, l'épilepsie, la cécité acquise, les troubles neurodégénératifs, certaines atteintes cérébrales, l'état de stress post-traumatique [163] Les hallucinations visuelles peuvent aussi être provoquées par des médicaments tels que : la digoxine, les glucocorticoïdes, l'éphédrine, l'amantadine, la cimetidine, la ranitidine et le sildénafil ; les drogues comme le PCP, le LSD, la cocaïne, le cannabis, les amphétamines et l'alcool peuvent aussi provoquer des hallucinations
Hallucinations auditives	Perception de sons ou de paroles en l'absence de stimulation externe de l'appareil auditif, verbale (paroles) ou non verbale (sons). Dans les hallucinations auditives verbales, la personne a l'impression que les voix proviennent de l'extérieur de sa tête et qu'elle les entend réellement par les oreilles. Il peut s'agir d'une ou plusieurs voix qui s'adressent au sujet, à la deuxième ou à la troisième personne. Il existe des hallucinations auditives non verbales : ce ne sont ni des bourdonnements d'oreilles, ni des bruits de circulation sanguine, ni le souvenir persistant d'un air de musique, mais des murmures, des marmonnements ou des chuchotements dont on ne distingue pas les mots, ou bien des bruits de pas, des craquements, etc. Dans les hallucinations auditives verbales, la personne entend clairement des voix qui lui parlent. Il peut s'agir de voix qui commentent les pensées et les actes de l'individu, souvent à la troisième personne ou plusieurs voix qui discutent entre elles, ou encore une ou plusieurs voix qui s'adressent directement au sujet à la deuxième personne en l'insultant, en lui donnant des ordres ou en le complimentant

TABLEAU 5.1. Altérations des perceptions. (*suite*)

Pseudo-hallucinations	Ce concept peut être utilisé avec plusieurs significations différentes, ce qui vient un peu compliquer les choses. On a parlé de pseudo-hallucinations pour décrire les hallucinations du sommeil ou les hallucinations chez la personne en bonne santé. On s'en sert pour décrire les hallucinations qui ne remplissent pas tous les critères décrits ci-dessus. Par exemple, on parlera de pseudo-hallucinations si la personne reconnaît l'hallucination comme étant une fausse perception, ou si l'hallucination n'est pas perçue comme complètement réelle. En fait, pour simplifier, on pourrait dire que la pseudo-hallucination est une forme atténuée d'hallucination. Certains auteurs pensent que l'on devrait abandonner ce terme qui apporte plus de confusion que de clarification [164]
Hallucinations auditives musicales	Entendre des notes, des mélodies, des harmonies ou des rythmes sans stimulation externe. Ces hallucinations sont plus communes chez les femmes et associées à l'âge, à la surdité acquise et aux maladies cérébrales. Si elles sont associées à un traumatisme cérébral ou une dépression, elles tendent à disparaître avec l'amélioration de la symptomatologie [165]. Elles ont également été décrites dans le cadre de la schizophrénie, et le phénomène a probablement été sous-estimé, comme l'indiquent plusieurs études [166-168]
Hallucinations olfactives	Perception d'odeurs en l'absence de stimulation externe de l'appareil olfactif ; le plus souvent, les odeurs sont nauséabondes et désagréables. Certains patients peuvent avoir des idées de référence olfactive qui ne sont pas forcément accompagnées d'hallucinations olfactives, notamment dans les peurs d'une dysmorphie corporelle délirante [169]
Sensations de contrôle ou d'influence	Impression d'être influencé dans ses pensées, ses gestes ou ses actions. La personne peut avoir la sensation de ne pas être l'agent de ses propres actions
Sensation de sortir de son corps	Le phénomène d' <i>Out of Body Experience</i> (OBE) inclut une sensation de flottement accompagnée par l'impression de voir son propre corps de l'extérieur. Il s'agit d'une sensation curieuse, souvent brève, pendant laquelle on a l'impression de quitter son corps et d'observer le monde depuis une sorte d'« émanation » de ce dernier. L'environnement, lui, semble tout ce qu'il y a de plus réel

dans les situations de deuil ou de privation sensorielle. La liste correspond aux altérations des perceptions les plus fréquemment rencontrées dans la pratique clinique des auteurs de cet ouvrage.

Reconnaissance de ses propres actions

Dans le délire d'influence ou de contrôle, le patient pense que ses actions sont sous le contrôle d'une force extérieure. Il peut nier qu'il a décidé d'accomplir une action, même s'il vient de la réaliser. Il semble donc que ces patients présentent

un déficit de la capacité à relier une intention à une action effectuée. Cette hypothèse peut être testée directement en vérifiant la capacité des patients à distinguer des actions qu'ils exécutent eux-mêmes et celles produites par d'autres. Le prototype de ce genre d'étude consiste à demander aux sujets de faire de simples gestes avec une main gantée placée derrière un écran qu'ils peuvent observer indirectement sur un écran vidéo. À certains moments, l'image de la main du sujet est remplacée par celle d'une autre personne effectuant un geste différent. La main de l'acolyte porte un gant identique à celui du sujet. La personne doit dire s'il s'agit de sa main ou de celle d'un autre qui effectue le geste demandé. Il apparaît que les personnes schizophrènes avec des délires d'influence se trompent plus souvent que les patients schizophrènes sans délire d'influence, qui, eux-mêmes se trompent davantage que les sujets sains [158, 170]. Les sujets sains peuvent décrire des sentiments d'étrangeté ou de contrôle par une force extérieure, lorsqu'il y a discordance entre les mouvements effectués et les mouvements observés. Ces études indiquent que la manipulation expérimentale de la conscience de ses propres mouvements peut être altérée et que cet effet est très exagéré chez les personnes atteintes de schizophrénie.

Source des pensées verbales

Les hallucinations auditives sont liées à un problème de reconnaissance de la source ou de l'origine d'une information[171]. Le stockage des informations en mémoire peut concerner aussi bien le contenu d'événements (mots, images, épisodes, etc.) que le contexte dans lequel ils ont été perçus. La mémoire de la source d'une information représente un exemple particulier de cette mémoire contextuelle. Ce qui est en l'occurrence mis en mémoire est la source précise d'une information ou d'un événement particulier. Cette source peut être interne (des paroles ou un discours qu'on a soi-même prononcés ou écrits) ou externe (un extrait de film vu au cinéma, le discours d'une personne lors d'une conférence ou d'une interview, etc.). La reconnaissance de la source implique des processus cognitifs spécifiques pour déterminer et mémoriser l'origine d'une information mémorisée. Ces processus de reconnaissance de la source peuvent parfois engendrer certaines confusions. Une confusion peut se produire entre deux sources internes, par exemple entre un mot pensé et un mot produit verbalement. « Est-ce que je le lui ai dit ou est-ce que j'ai juste pensé le lui dire ? ». Un deuxième type de confusion peut également exister entre une information produite par la personne et une information provenant d'une source extérieure, par exemple entre une rêverie et un événement dans le monde externe. La reconnaissance de la source a suscité ces dernières années un vif intérêt auprès des chercheurs dans le domaine des schizophrénies. En effet, la confusion de la reconnaissance de la source permettrait d'expliquer certains aspects du phénomène des hallucinations, en particulier les hallucinations auditives. Une hallucination auditive pourrait être la résultante d'une production verbale pensée reconnue, non comme produite par soi, mais comme provenant de l'extérieur. On aurait là un exemple clair de déficit entre une source externe

et une source interne, la personne étant incapable de se souvenir clairement si les paroles entendues ont été produites par elle-même ou véritablement prononcées par quelqu'un d'autre.

Différentes procédures ont été utilisées pour évaluer la capacité de reconnaissance de la source d'une information. Elles comprennent généralement une phase de présentation des informations *via* différentes sources et une phase de reconnaissance. Durant la phase de présentation, l'expérimentateur indique une catégorie d'objets et présente des items de cette catégorie *via* différentes sources. L'examineur peut produire des mots à haute voix, proposer des mots à lire ou des images à mémoriser. Ces diverses présentations constituent la source externe d'informations. Pour obtenir des items à mémoriser provenant d'une source interne, le sujet est invité à générer des mots de la catégorie, à haute voix ou dans sa tête. Durant la phase de reconnaissance, l'examineur va présenter les items déjà évoqués lors de la phase de présentation dans un ordre aléatoire. Ces items sont mélangés avec des intrus (nouveaux items). La tâche du sujet consiste à classer les items en fonction de leur source (items lus, entendus, générés par le sujet ou items intrus qui n'ont pas été présentés auparavant). Plusieurs études indiquent que les personnes atteintes de schizophrénie qui entendent des voix ont tendance à attribuer les mots qu'elles ont produits à l'examineur. En comparaison avec un groupe-contrôle de sujets sains, les personnes schizophrènes hallucinées commettent significativement davantage ce type d'erreur [172-180]. Ce biais semble encore plus important quand les mots utilisés sont dénigrants [177] ou chargés émotionnellement [174]. Les patients qui ne se souviennent plus de la source de l'information tendent plus souvent que les sujets du groupe-contrôle à rapporter qu'elle provient d'une source extérieure [180]. En ce qui concerne les différences entre des groupes de patients, plusieurs études montrent que ce type d'erreurs différencie les patients hallucinés des patients qui ne présentent pas d'hallucinations auditives [173-177, 180]. Deux études indiquent qu'un entraînement à la reconnaissance de la source peut réduire la fréquence des hallucinations auditives [181, 182].

Idées délirantes

Le délire a été défini par l'Association américaine de psychiatrie comme une croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance habituellement acceptée par les autres membres du groupe culturel du sujet, comme un article de foi religieuse [183]. Cette définition pose un certain nombre de problèmes [184]. D'abord, l'idée délirante n'est pas forcément une croyance. Elle peut être un jugement de valeur, par exemple : « Je suis un artiste extraordinairement talentueux ». Il arrive qu'il ne soit pas possible pour l'interlocuteur de vérifier la croyance du fait que les preuves pertinentes sont limitées, ne peuvent pas être examinées immédiatement

ou résident au-delà de son expertise : « Mes voisins m’espionnent », « J’ai le sida » ou « Dieu me demande de sauver le monde ». La croyance n’est pas forcément fausse : « Mon conjoint m’a trompé » ou « Les voisins me surveillent ».

Cas clinique

Achille pense qu’une force maléfique influence ses pensées et ses comportements. Il progresse dans sa thérapie et apprend à remettre cette croyance en question. Toutefois, sous la pression de sa famille, le médecin augmente le traitement neuroleptique. Le patient arrive en séance en disant que, maintenant, la force maléfique le fait changer de sexe. Il présente une galactorrhée et une gynécomastie, consécutives à l’augmentation de son traitement neuroleptique et de son taux de prolactine.

La croyance ne concerne pas forcément la réalité externe : « Mes gestes sont contrôlés par une force » ou « On me vole mes émotions ». Le degré de conviction peut varier de façon importante au cours d’une journée, indiquant que les idées délirantes ne sont pas toujours fermement soutenues [185]. La moitié des personnes délirantes acceptent la possibilité qu’elles se soient trompées au sujet de leur croyance [186] ; inversement des scientifiques peuvent maintenir des croyances incorrigibles au sujet de la réalité externe en dépit de preuves contraires incontestables, bien qu’ils ne soient pas considérés comme des patients psychiatriques [187]. Certaines croyances paranormales sont très largement répandues dans la population, par exemple la télépathie. Il existe des communautés de personnes réunies autour d’expériences de contrôle de l’esprit ou de transmission de pensées : « Des gouvernements utilisent des satellites avec des technologies de surveillance ou de harcèlement » [188, 189]. Il est vrai qu’Internet permet plus facilement de créer des communautés d’idées. Il y a eu de nombreux débats sur les limites des définitions des idées délirantes, la plupart des critères ne s’appliquant pas à l’ensemble des délires possibles. Évaluer la présence d’un délire est complexe, et la meilleure approche consiste à prendre en compte les différentes dimensions qui le caractérisent [190]. Les idées délirantes se développent sur différents axes [191] ; elles sont multidimensionnelles ; chacun des critères qui composent le jugement de délire n’est ni suffisant ni nécessaire. Généralement, c’est l’accumulation de plusieurs de ces critères qui va produire le meilleur accord sur ce qu’on appelle une idée délirante. Plus une croyance semble infondée, fermement soutenue, non partagée avec autrui, pénible et préoccupante, plus elle sera considérée comme délirante. Le plus souvent, les délires ne sont pas des phénomènes stables. Ils ne sont pas non plus des phénomènes dichotomiques, présents ou absents. Ils sont le plus souvent fluctuants et varient sur un continuum allant de la normalité au pathologique. Il faut les évaluer en fonction des variations de diverses caractéristiques décrites ci-dessous ([tableau 5.2](#)).

De nombreuses tentatives de classer les idées délirantes par thèmes ou contenus ont été effectuées. Les contenus des croyances délirantes évoluent en fonction de l’avancée des connaissances et des changements dans les hit-parades des croyances paranormales. Les croyances paranormales en vogue dans une société

TABLEAU 5.2. Caractéristiques des idées délirantes.

Caractéristique	Variabilité
Infondée	Pour certaines personnes, le délire reflète une exagération de la réalité (un conflit avec un collègue peut se transformer en croyance que l'ensemble des collègues espionne la personne et cherche à lui faire du mal). À l'opposé, le délire peut être basé sur des éléments magiques, mystiques ou fantastiques qui sont peu plausibles : « Je suis influencé par des extraterrestres », « Je suis l'esclave spirituel des grandes puissances internationales », « Des stars du cinéma m'empêchent télépathiquement de discuter avec les gens »
Fermement soutenue	La personne peut être convaincue à 100 % de sa croyance, ou y croire occasionnellement dans certaines situations stressantes
Résistant au changement	Certaines personnes n'acceptent pas d'explications alternatives, alors que d'autres sont à leur recherche, car elles leur permettraient de réfuter la croyance
Préoccupante	Certains sont incapables de faire d'autre chose que de penser à leur croyance délirante. D'autres sont pleinement persuadés de la véracité de la croyance mais n'y pensent que rarement
Pénible	La plupart des idées délirantes sont très pénibles, notamment les idées de persécution. Toutefois, certains délires peuvent être vécus comme positifs (délire de grandeur). Certains délires de persécution semblent moins désagréables pour la personne, notamment si elle pense que son persécuteur n'a pas les moyens de lui faire du mal
Interférant avec le fonctionnement social	Les délires peuvent conduire la personne à abandonner ses activités et ses contacts sociaux. Toutefois, certaines personnes maintiennent leur emploi et leurs contacts sociaux malgré des idées délirantes sévères. Les idées délirantes peuvent mener à des comportements de recherche de sécurité qui rassurent la personne ; mais qui également la stigmatisent

offrent un terreau fertile pour donner une signification à des perceptions anormales ou à un vécu difficile. Par exemple, durant les années 1970, les croyances au sujet des extraterrestres étaient en vogue. Elles ont été désinvesties après l'envoi de sondes dans le système solaire. À notre époque, les gens sont davantage préoccupés par la prédiction de l'avenir. Les sciences de prévision comme la météorologie ou l'économie manquent de précision. Les croyances paranormales qui deviennent de plus en plus populaires sont l'astrologie ou les rêves prémonitoires. Il en va de même pour les idées délirantes, dont les contenus majoritaires ont changé, conformément aux changements dans les croyances de l'époque [192]. Il est bon d'ajouter que de nombreux thèmes d'idées délirantes prennent racine dans les grandes questions fondatrices de la vie en société, comme l'amour, la jalousie, la filiation, le corps, l'estime de soi ou la culpabilité (tableau 5.3).

TABLEAU 5.3. Thèmes délirants.

Nom du thème délirant	Définition	Exemples
Référence	Impression d'être remarqué en public. La personne pense qu'elle est au centre de l'intérêt d'autrui	Les gens m'observent. Les gens parlent de moi. Les gens lisent mes pensées. Les gens communiquent par codes à mon sujet
Persécution	Croyance d'être la victime de l'hostilité d'autrui. Avoir le sentiment d'être au centre d'un complot ou d'une conspiration. Se sentir la proie d'une machination élaborée ou se sentir la cible de moqueries. L'origine de la persécution peut être vague ou très précise	Les gens me veulent du mal. Il existe une conspiration contre moi
Religieux, mystique, ésotérique	La personne s'identifie à un personnage mystique. La personne interprète des expériences anormales en termes religieux	Je suis le Christ ressuscité. Saint Michel me parle
Grandeur (mégalomanie)	Surestimation de soi ou de ses capacités, non conforme à la réalité	Je suis le plus grand peintre que le monde a jamais connu. J'ai été échangé à la naissance, mais mes parents sont de sang royal
Don de soi, sacrifice	Sacrifice exagéré de soi qui conduit au dénuement	Je dois vivre chichement, pour sauver les gens qui souffrent de famine
Culpabilité	Jugement très défavorable que la personne porte sur elle-même. Elle s'accuse de façon très exagérée, généralement pour des fautes sans gravité	Je suis responsable de la guerre au Proche-Orient. J'ai ruiné ma famille. J'ai commis des crimes terribles
Jalousie	Conviction sans raison valable que son partenaire est infidèle, fondée sur de petits indices qui font le plus souvent partie des comportements normaux comme des retards, des sourires, des échanges de regards	Ma femme me trompe
Amour (érotomanie)	Conviction d'être aimé par une personne généralement de rang plus élevé, avec laquelle, il n'existe pas forcément de relation personnelle	Un homme haut placé est secrètement amoureux de moi

TABLEAU 5.3. Thèmes délirants. (*suite*)

Nom du thème délirant	Définition	Exemples
Grossesse	La personne croit qu'elle est enceinte, bien que, vu les circonstances, cela soit impossible	Je suis enceinte depuis dix-huit mois. J'attends l'enfant Jésus
Corps	Préoccupation démesurée au sujet d'une maladie ou une transformation corporelle inexistante	Je n'ai plus de cerveau. Mon corps pourrit
Filiation (syndrome de Capgras)	Croyance qu'un parent ou une personne connue a été remplacé par un imposteur	Mon père est un imposteur
Catastrophe	Impression qu'une catastrophe imminente va se produire, mais on ne sait pas vraiment quoi. L'inquiétude est hors de proportion avec la réalité	La fin du monde va survenir

La recherche actuelle montre que contrairement à ce que pensait Brendan Maher, les altérations des perceptions ne suffisent pas pour expliquer la construction d'idées délirantes. En effet, certaines personnes peuvent présenter des hallucinations sans délirer, ou d'autres délirer sans troubles des perceptions. La présence d'anormalités des perceptions n'est pas nécessaire pour la formation d'idées délirantes [193]. Dans la population générale, la présence d'anormalités perceptuelles augmente le risque de réactions paranoïdes, mais réduit le risque d'anxiété sociale [194]. Autrement dit lorsque quelqu'un se sent anxieux, la présence de sensations étranges peut conduire à une idéation délirante. Les altérations des perceptions peuvent contribuer à la construction d'idées délirantes mais ne sont néanmoins largement pas suffisantes pour expliquer celles-ci. Pour éclaircir l'apparition d'idées délirantes, il est nécessaire de se pencher sur les erreurs de raisonnement qui les sous-tendent.

Biais cognitifs et idées délirantes

Le résultat de recherche le plus consistant sur les biais cognitifs dans les idées délirantes se rapporte à un biais spécifique de recueil d'informations appelé le « saut aux conclusions ». Les personnes atteintes de schizophrénie avec des idées délirantes ont besoin de nettement moins d'informations que les sujets contrôles pour parvenir à une conclusion ferme et définitive. Plusieurs méthodes ont été utilisées pour évaluer cette erreur de raisonnement. L'une des stratégies le plus souvent employées est l'estimation des probabilités. L'examineur présente au sujet deux pots contenant 100 billes : un pot contient 85 billes noires et 15 blanches, l'autre contient la proportion inverse, l'examineur tire successivement des billes d'un seul des deux pots et les montre

au sujet. Le sujet doit dire quand il est convaincu de savoir de quel pot proviennent les billes. Les personnes qui délirent ont besoin de nettement moins de billes que les sujets qui ne délirent pas pour être sûres du pot dont proviennent les billes. Au premier abord, cette notion peut sembler une description de ce qui arrive durant un épisode psychotique (considérer un regard en coin comme un début de filature) ; mais ce biais est observable dans des situations neutres, persiste durant les phases de rémission [195] et existe également chez les sujets sains présentant des traits schizotypiques [196]. Il semblerait que ce type d'erreur soit davantage un précurseur qu'une conséquence de la psychose.

Exemple

Prenons l'exemple suivant : une raquette et une balle valent 1,10 €. La raquette vaut 1,00 € de plus que la balle. Combien vaut la balle ?

De nombreuses personnes auront tendance à dire que la balle vaut 0,10 €. C'est un exemple de conclusion hâtive. À première vue, la proportion entre le prix de la balle et le prix de la raquette semble correcte, et le montant est séparé naturellement en 1 euro et 10 centimes. Le résultat semble correspondre à l'énoncé du problème. Toutefois, si le vendeur de balles parvient à les vendre à ce prix, il va vite s'enrichir.

Des données récentes indiquent que les patients ne sont pas conscients de leur précipitation dans le raisonnement et qu'ils ont tendance à se percevoir comme hésitants et indécis [197]. De plus, les patients schizophrènes manifestent un besoin important de certitude et une intolérance à l'incertitude [198]. Ils ont des difficultés à tolérer des épisodes avec une fin ouverte ou contenant des ambiguïtés.

Au niveau de la mémoire, plusieurs études ont démontré que les personnes atteintes de schizophrénie ont une confiance augmentée dans leurs erreurs de mémoire et diminuée dans leurs souvenirs corrects par rapport aux sujets sains [199, 200]. Ce biais conduit à une corruption de la connaissance. La connaissance de ce point de vue se réfère aux souvenirs ou pseudo-souvenirs que les personnes conservent avec une conviction élevée. Inversement, un souvenir valide ou non auquel la personne n'accorde aucun crédit n'est pas considéré comme une connaissance. Il est intéressant de considérer cette confiance augmentée dans les erreurs, puisque chez les sujets sains, l'une des variables subjectives qui distinguent les fausses reconnaissances des vraies est justement une baisse du sentiment de confiance dans le jugement [201]. Ce biais de confiance augmentée dans les faux souvenirs explique relativement bien le fait que les personnes qui délirent soient si convaincues de leurs idées. Par exemple, on présente une scène typique de plage (des enfants jouent, des gens bronzent, de l'eau...) tout en ne faisant, intentionnellement, pas figurer certains objets que l'on s'attendrait naturellement à voir sur une plage (un ballon, des serviettes de bain...). Or, les sujets se rappellent généralement avoir vu les objets courants mais absents de l'image. Les patients qui délirent sont plus confiants dans ces faux souvenirs.

Cette confiance augmentée dans les erreurs s'observe également avec des souvenirs verbaux [202].

De surcroît, il apparaît que les patients présentent une difficulté à prendre en compte des preuves qui infirment une interprétation initiale, même si celle-ci devient de moins en moins plausible au fur et à mesure de leur présentation [203]. Ce biais semble également corrélé avec la propension à délirer dans des échantillons non cliniques [204]

En les associant à ces biais cognitifs bien démontrés, on peut imaginer que les styles d'attribution ou de la théorie de l'esprit peuvent jouer un rôle important dans la construction ou le maintien des idées délirantes, même si les résultats dans ces deux derniers domaines sont plus mitigés par rapport à la psychose. Par « style d'attribution », on entend les inférences sur les événements. Par exemple, les personnes déprimées ont tendance à attribuer la responsabilité des événements positifs à autrui et des événements négatifs à elles-mêmes. Des données indiquent que les personnes ayant des idées de persécution font preuve de la tendance inverse : attribuer les événements négatifs à autrui et les positifs à elles-mêmes [205, 206]. Les conclusions de ces études sont sujettes à débat en raison des résultats contradictoires qu'elles produisent et des méthodes de mesure différentes qu'elles emploient [207-209]. Il est néanmoins démontré que le biais d'attribution s'accroît dans les situations ambiguës. Les questionnaires utilisés ont d'abord été construits pour étudier les biais d'attribution dans la dépression. De nouvelles études sont nécessaires avec des instruments plus spécifiques pour mieux comprendre les biais d'attribution dans les délires de persécution. Ces études devraient également contrôler des variables comme les idées de grandeur et la dépression.

Styles d'attribution dans une situation ambiguë

Vous entrez dans une pièce et tout le monde arrête de parler.

Quelle cause pourrait-on attribuer à cet événement ? Pourquoi les gens se sont-ils arrêtés de parler ?

- Je ne mérite pas de participer à leur conversation.
- Je ne suis pas bien intégré dans ce groupe.
- Je ne suis pas assez important à leurs yeux pour être inclus dans leur discussion.
- Ils se méfient de moi et veulent m'exclure de leur discussion.
- Ils sont gênés, car ils discutaient de quelque chose de honteux.
- Ils discutaient d'un sujet personnel.
- Ils ont cru que c'était quelqu'un d'autre qui entra.
- Ils arrivaient au bout de leur conversation.
- L'arrivée d'un intrus les fait taire.

Les facteurs qui affectent une situation peuvent être liés à soi, à autrui ou aux circonstances. Dans l'exemple ci-dessus, on pourrait les classer de la manière suivante.

Soi-même

- Je ne mérite pas de participer à leur conversation.
- Je ne suis pas assez important à leurs yeux pour être inclus dans leur discussion.
- Je ne suis pas bien intégré dans ce groupe.





Autrui

- Ils se méfient de moi et veulent m'exclure de leur discussion.
- Ils sont gênés, car ils discutaient de quelque chose de honteux.
- Ils discutaient d'un sujet personnel.

Circonstances ou hasard

- Ils ont cru que c'était quelqu'un d'autre qui entrait.
- Ils arrivaient au bout de leur conversation.
- L'arrivée d'un intrus les fait taire.

Les événements peuvent avoir des nombreuses causes possibles. Bien que dans la plupart des cas, une multitude de facteurs soient impliqués, nous considérons souvent qu'un seul aspect (rendre responsable les autres plutôt que soi-même ou inversement). Il est utile de rechercher des explications plus équilibrées qui combinent les différents facteurs.

- Ils discutaient d'un sujet personnel, et l'arrivée d'un intrus les a fait taire.
- Je ne suis pas encore intégré dans ce groupe, et ils ne savent pas encore ce qu'ils peuvent partager avec moi.
- Ils pensaient que c'était leur chef qui arrivait et ils discutaient de leurs vacances.

Les patients souffrant de schizophrénie manifestent des difficultés à reconnaître l'intention d'autrui, ce qui pourrait contribuer à une idéation délirante. Ce déficit de la théorie de l'esprit est particulièrement attrayant pour expliquer les idées de référence ou de persécution. Les patients schizophrènes éprouvent de la difficulté à faire face aux situations qui demandent une prise de distance ou un changement de perspective et de l'empathie pour les autres [210]. Une perception déformée de l'intention et des actions des autres peut favoriser des problèmes interpersonnels. Les déficits en théorie de l'esprit sont cependant observés dans d'autres désordres psychiatriques, mais leur implication pathogénique dans la formation des délires est sujette à controverse [211]. Le plus souvent, les déficits de la théorie de l'esprit sont davantage associés aux symptômes négatifs et aux troubles de la pensée formelle qu'aux symptômes positifs [212, 213]. L'équipe de Greig et al. [214] est probablement l'équipe qui a le mieux traité la question de la théorie de l'esprit concomitante aux symptômes psychotiques. Dans leur étude, les performances de la théorie de l'esprit étaient davantage corrélées aux troubles formels de la pensée qu'aux idées délirantes. Si les idées paranoïdes reflètent un jugement incorrect de l'intention d'autrui (il me veut du mal, il m'observe, etc.), il semble dès lors inévitable que des difficultés à identifier l'intention d'autrui conduisent à l'idée que les gens dissimulent leur intention ou fomentent une conspiration. Néanmoins, nombre de gens affectés par des idées paranoïdes ne pensent pas que leurs persécuteurs déguisent leurs intentions et pensent au contraire que l'intention de ces derniers est claire. De plus, si le dessein d'autrui est perçu comme obscur, les idées de persécution ne devraient pas être limitées à une personne ou à un groupe, ce qui est toutefois fréquemment décrit par ces patients. Les déficits de la théorie de l'esprit dans le contexte des idées délirantes méritent d'être

étudiés sous de nouveaux angles : il est possible que des situations ambiguës ou équivoques viennent compliquer le traitement de l'information et affectent la lecture de situations sociales [215] ; on ne sait pas non plus dans quelle mesure les troubles de la pensée formelle influencent le raisonnement de personnes délirantes. Il est probable que la recherche future mettra davantage en évidence un biais de la théorie de l'esprit qu'un déficit en ce qui concerne la construction des idées délirantes. Dans le contexte actuel des connaissances, un entraînement global pour améliorer la théorie de l'esprit reste l'un des ingrédients essentiels d'un programme visant à réduire les idées délirantes.

De nombreux patients souffrant de schizophrénie font preuve d'une faible estime de soi [216]. Richard Bentall, un pionnier dans ce domaine, pense que les idées de persécution sont une défense contre des processus affectifs négatifs [217]. En revanche, David Freeman et al. estiment que les idées de persécution sont le reflet de soucis émotionnels [218]. Peu d'études se sont penchées sur l'estime de soi et les idées délirantes. Une grande étude avec des patients ayant vécu un premier épisode psychotique a montré une association des idées de persécution à la dépression et à une faible estime de soi [219].

Biais dans la perception du regard d'autrui chez les patients souffrant de schizophrénie

Il existe relativement peu d'études sur la perception du regard d'autrui dans la schizophrénie. Une première étude a investigué la perception de la direction du regard en utilisant des diapositives de visages avec un regard direct ou détourné [220]. Les sujets devaient identifier, sans limite de temps, si la personne les regardait. Les personnes atteintes de schizophrénie avaient plus de chances que les sujets du groupe-contrôle de dire que la personne sur l'image les regardait, même quand le regard était détourné. Ce résultat suggère un biais autoréférentiel : le patient se sent visé ou concerné par le regard de l'autre. Cette étude ne permet pas de dire s'il s'agit d'un déficit spécifique de la perception du regard, d'un déficit général de la perception ou d'une distorsion cognitive. Franck et al. [221] ont exploré les capacités de perception du regard de patients avec un diagnostic de schizophrénie, en utilisant trente portraits dont les regards se portaient en direction de la droite ou de la gauche. Les patients n'ont pas montré d'altération sur le plan perceptuel. Il semble dès lors que les jugements erronés sur le regard peuvent être influencés par des mécanismes cognitifs plus sophistiqués. Dans une seconde étude, Franck et al. [222] ont étudié, non seulement comment les sujets identifiaient la direction du regard, mais aussi si les sujets se sentaient regardés ou non. Là, les auteurs ont utilisé le regard centré et six autres déviations gauche et droite du regard à 5, 10, 15, 20, 25 et 30 degrés d'inclinaison dans chaque direction. Les résultats indiquent que les patients prenaient plus de temps pour décider si le portrait les regardait que pour déterminer si le regard était orienté vers la gauche ou la droite. Les sujets contrôles ne différaient pas dans le temps de réponse des deux tâches. Ce résultat renforce l'idée que les capacités perceptuelles des patients sont intactes et que leur

jugement de regard mutuel est associé à des niveaux d'analyse plus complexes. Une étude de Hooker et Park [223] indique que les patients avec un diagnostic de schizophrénie ont tendance à juger que les autres les regardent, alors que ce n'est pas le cas. La comparaison avec une tâche contrôle dans laquelle les sujets devaient déterminer si un carré noir était au centre d'un rectangle blanc montre que la tendance des patients à interpréter le regard comme dirigé sur eux n'est pas liée à un déficit perceptuel. Même lorsque le regard est dévié de 30 degrés, les patients jugent que le portrait les regarde significativement davantage que le groupe-contrôle ; pourtant, cette différence n'apparaît pas pour les stimuli géométriques. Les patients et les contrôles ne diffèrent pas sur l'identification d'un regard direct. Cette étude indique que si un patient suspecte la possibilité que quelqu'un pourrait le regarder, il va vraisemblablement décider que c'est le cas et agir en conséquence. L'ensemble de ces données suggère que les patients souffrant de schizophrénie éprouvent une plus grande difficulté à identifier l'intention d'autrui à leur égard, et non une simple difficulté avec les jugements directionnels ou angulaires, indépendamment de la possibilité d'un engagement social. Cette observation corrobore l'expérience clinique, notamment quand les patients avec des idées de référence ou de persécution nous disent qu'ils se sentent observés et regardés. Lors d'expositions comportementales dans la rue, le sentiment d'être observé est souvent lié au simple fait que les gens ont des yeux, et pas forcément à la détection de regards directs.

Perception de la menace sociale

L'interprétation correcte des émotions transmises par les expressions faciales est essentielle à la communication. Les investigations de l'attention visuelle à des éléments liés à une menace sociale montrent un évitement du contact visuel chez des sujets ayant une propension à délirer ou un délire franc. Les sujets enclins à délirer réduisent leur fixation sur des visages exprimant la colère ou la peur [224]. Chez les personnes atteintes de schizophrénie et cliniquement délirantes, on observe une réduction des fixations et de leur durée sur des visages exprimant la peur, la tristesse ou la colère comparativement à des sujets sains [224]. Lorsque l'on compare des personnes atteintes de schizophrénie, délirantes ou non, on constate que les personnes délirantes démontrent significativement moins de points de fixation sur des visages exprimant la peur [224]. La réduction du tracé visuel sur les caractéristiques spécifiques de la menace indique, chez les patients délirants, que la zone des yeux est particulièrement périlleuse pour les sujets paranoïdes. Ce phénomène s'observe également sur des visages neutres [225]. Ces données doivent être interprétées en prenant en compte les études antérieures du tracé visuel scanné dans le domaine de la schizophrénie et qui ont montré un « pattern » robuste de tracé rétréci (moins de fixation de durée plus longue et de plus petites distances entre les points de fixation), tant avec les visages neutres [225-227] qu'avec les visages exprimant des émotions [228, 229]. Les patients délirants semblent avoir moins de points de fixation, mais ceux-ci sont plus espacés. Dans une étude de Philipps et al. [215],

les participants considéraient des situations sociales neutres, comme étant ambiguës ou clairement menaçantes. Les patients schizophrènes délirants ont montré une appréhension réduite des zones menaçantes sur les scènes ambiguës et une augmentation de la fixation dans les zones non menaçantes.

Cas clinique

Pauline reçoit ses parents chez elle à l'occasion de l'anniversaire de son père. Le repas a été très apprécié. Pendant que le père sort promener son chien, elle fait la vaisselle avec sa mère. La voisine frappe à la porte et s'invite à boire un café. Quand elle veut allumer une cigarette, Pauline lui rappelle qu'elle a cessé de fumer depuis plusieurs mois et qu'elle préférerait qu'elle s'abstienne de cette cigarette ; la voisine range sa cigarette à contrecœur en ronchonnant, puis elle boit son café d'une traite et s'en va. Peu après, Pauline pense que les cris des enfants dans la cour de l'immeuble lui sont destinés. Elle pense que les gens à la télévision conspirent contre elle. Elle voit des menaces partout, alors qu'elle a juste fait respecter son droit et que la seule menace réelle est un ronchonnement de la voisine.

Tous les sujets regardaient davantage la situation clairement menaçante que la situation ambiguë. Cette étude indique que les idées de persécution peuvent être associées à la perception de menace dans des endroits inappropriés et dans des contextes ambigus. Il serait intéressant d'étudier dans quelle mesure ce phénomène est lié à une intolérance au flou [230]. En résumé, les études du tracé visuel scanné montrent que les personnes avec schizophrénie et idées délirantes regardent moins les caractéristiques saillantes des expressions faciales ou de situations sociales liées à la menace. Cet évitement pourrait être une conséquence d'une sensibilité anormale aux stimuli menaçants : il s'agirait d'une stratégie pour réduire l'anxiété associée à la perception de stimuli sociaux menaçants.

Évaluation des symptômes psychotiques

Le modèle ABC permet de concevoir les problèmes de la façon suivante : A représente les événements internes ou externes, B les interprétations tirées de ces événements, et C la conséquence émotionnelle ou comportementale (tableau 5.4).

TABLEAU 5.4. Modèle ABC.

A (Événement activateur)	B (<i>Belief</i> – croyance)	C (Conséquences émotionnelles et comportementales)
Événements, faits, stimuli provenant de la réalité externe ou interne	Interprétations des A influencées par les biais cognitifs, la personnalité et la culture	Réactions émotionnelles et comportementales

Lorsque l'on fait l'analyse fonctionnelle d'un problème présenté par le patient, on part de ce qu'il nous dit et on lui pose les questions qui nous permettront de remplir les différentes cases de l'analyse.

Cas cliniques

- Romain dit qu'il veut se suicider (C). Quand on lui demande la raison de ce comportement désespéré, il dit que c'est difficile à partager, car lié à quelque chose de très gênant. Après avoir été rassuré, il explique que depuis quelques jours, il est envahi par l'image obsédante d'un sexe en érection (A). Nous avons là un modèle A-C, il nous manque le B. Lorsqu'on lui demande comment cette obsession peut aboutir à des idées de suicide, il est très surpris qu'on lui pose cette question. Son infirmier lui explique que beaucoup de gens ont, ou aimeraient avoir cette image en tête et ne cherchent pas à se suicider. Cette explication lui permet d'exprimer son raisonnement : il pensait qu'avoir cette image obsédante voulait dire qu'il était homosexuel, et il ne désirait pas l'être (B) ; c'est la raison de ses idées suicidaires. Son infirmier lui demande alors s'il serait prêt à étudier d'autres hypothèses pour expliquer l'apparition d'images obsédantes (A).
- Christophe pense qu'il est un récepteur télépathique (B) et cela le fait « flipper » (C). Nous avons là un modèle B-C. Il nous manque le ou les A. Quand on interroge Christophe sur les faits qui le conduisent à se concevoir comme un récepteur télépathique. Il peut expliquer qu'il capte des pensées qui commentent ses actions ou qu'il a l'impression que ses pensées sont dirigées par une force extérieure à lui.
- Viviane voit des anges ou des animaux que les autres ne parviennent pas à percevoir (A). Elle pense avoir une sensibilité particulière au monde parallèle qui lui permet de percevoir ces êtres invisibles (B). Nous avons là un modèle A-B. Il nous manque les C. Quand on la questionne sur ses réactions à ces êtres invisibles, elle décrit que par moments, ces créatures la calment et la rassurent (C) et qu'à d'autres moments, elles se moquent d'elle ou lui font peur (C). Il devient alors important de chercher à comprendre les raisons des réactions positives ou négatives et de découvrir quels sont les autres facteurs qui influencent ces réactions.

Voici, [tableau 5.5](#), des exemples d'analyse des symptômes psychotiques avec le modèle ABC.

Le contenu de la pensée délirante ou de l'interprétation (B) va être affecté par la personnalité du sujet et notamment par la façon dont la personne se conçoit ou conçoit autrui. Ainsi, une personne peut avoir une conception de soi positive (+) ou négative (–) et concevoir autrui comme bon (+) ou mauvais (–) ; en fonction de cette valeur attribuée à soi ou à autrui, un même antécédent conduira à différentes interprétations ([tableau 5.6](#)).

Plus précisément, la conception de soi et d'autrui peut s'expliquer par des schémas cognitifs généralement construits sur la base des expériences précoces de vie. Par schéma, on entend : des représentations mentales abstraites qui résument et organisent de façon structurée des événements, des situations ou des expériences semblables. Les schémas, stockés en mémoire à long terme, permettent d'analyser, de sélectionner, de structurer et d'interpréter des informations

TABLEAU 5.5. Modèle ABC des idées délirantes.

Activateur, antécédents	Croyances, interprétation	Conséquence émotionnelle ou comportementale	Idée
A	B	C	
J'entends des gens rire	Ils se moquent de moi	Peur ou colère, évitement ou agressivité	Idées de persécution
À la messe, le curé dit qu'on doit être purifié	Il pense que je suis sale	Honte, gêne	Idées de référence
Le médecin dit que les problèmes du patient peuvent remonter à sa petite enfance	Il peut lire dans mes pensées : comment sait-il que j'ai eu une enfance difficile ?	Gêne	Lecture de pensée
Le patient se surprend à regarder une femme de façon insistante	On peut contrôler mon regard	Peur, gêne	Délire de contrôle
Le patient a l'esprit vide de toute pensée	On m'a volé mes pensées	Dépression	Syndrome de Cotard

TABLEAU 5.6. Modèle ABC – Conception de soi et d'autrui.

A	Conception de soi	Conception d'autrui	B	C
Entendre son prénom à la radio	–	–	Ils parlent de moi, ils me recherchent	Peur
	+	+	Ils parlent de moi, je suis célèbre	Joie, euphorie
	–	+	Ils parlent de moi, ils pensent que je suis nul, et ils ont raison	Tristesse
	+	–	Ils parlent de moi, car ils veulent encore se moquer, et ils ont tort	Colère

nouvelles. Ils servent donc en quelque sorte de modèle, de cadre pour traiter l'information et diriger les comportements (tableau 5.7).

L'analyse fonctionnelle peut également intégrer les conséquences des réactions de la personne sur l'environnement. Les idées délirantes sont souvent accompagnées de comportements de recherche de sécurité qui doivent être vus comme des C. Les comportements de recherche de sécurité sont de plus

TABLEAU 5.7. Modèle ABC et schémas.

A	Personnalité	B	C
Entendre son prénom à la radio	Jacques a fréquemment été trompé et trahi. Il se méfie d'autrui	Ils parlent de moi, ils me recherchent	Peur
	Pierre pense qu'il est quelqu'un de spécial qui a beaucoup à offrir aux autres	Ils parlent de moi, je suis célèbre	Joie
	Jean pense qu'il ne mérite pas l'amitié d'autrui. Il se sent imparfait	Ils parlent de moi, ils pensent que je suis nul	Tristesse
	Paul se met en colère à la moindre offense. Il a de la difficulté à se contrôler	Ils parlent de moi, car ils veulent encore se moquer	Colère

en plus étudiés [231-234]. Le recours à des comportements de recherche de sécurité est directement lié à la détresse provoquée par les idées délirantes. Ils sont un facteur de maintien des idées délirantes. L'évitement des situations perçues comme menaçantes est le comportement de recherche de sécurité le plus fréquent dans les idées délirantes, notamment de persécution [232] ou pour les croyances au sujet des hallucinations [235]. Les comportements d'évitement risquent également de contribuer au maintien des idées délirantes, comme dans les troubles anxieux car ils empêchent de vérifier le bienfondé de la menace. La personne qui pense qu'on peut lire dans ses pensées risque d'éviter le contact visuel quand elle a des pensées gênantes. Il est fréquent, dans une journée, d'avoir des pensées que l'on ne tient pas à partager avec les autres. Si la personne évite le contact visuel ; elle ne peut pas vérifier si l'interlocuteur a lu ou non dans ses pensées, elle évite ainsi d'infirmier sa croyance. Le comportement de sécurité de vigilance peut influencer l'environnement ou la perception de celui-ci. Par exemple, quelqu'un qui se sent menacé risque de se montrer sur ses gardes et d'être plus vigilant. Les comportements de surveillance et de contrôle : jeter des coups d'œil furtifs, se retourner, guigner par-dessus son journal peuvent à leur tour attirer l'attention d'autrui et venir confirmer qu'on a été repéré ou que les autres nous vouent une attention particulière. Dans l'exemple d'un comportement de recherche de sécurité de soumission, un patient qui obéit à une voix qui lui dit de se couper avec une lame de rasoir va accorder davantage de pouvoir à ses voix.

Le [tableau 5.8](#) présente une liste de ces comportements de recherche de sécurité.

Généralement, en ce qui concerne les hallucinations auditives, les gens n'ont pas beaucoup de A ou de preuves par rapport à leur croyance. Les preuves sont souvent tautologiques : une personne va dire que sa voix est la Sainte Vierge puisqu'elle le lui a dit. Une croyance fréquente sur les hallucinations auditives

TABLEAU 5.8. Comportements de recherche de sécurité.

Fonction	Exemples de comportements
Évitement	Éviter de sortir de chez soi, éviter le contact visuel, éviter d'écouter les hallucinations, éviter les idées gênantes, etc.
Protection	Changer les serrures du domicile, vérifier que portes et fenêtres sont fermées, sortir seulement accompagné par un membre de la famille, placer une chaise contre la porte de la chambre à coucher la nuit, se barricader, calfeutrer les ouvertures du domicile
Camouflage	Ne pas répondre à la porte, porter un casque ou des lunettes de soleil, se déguiser, faire rapidement ses courses, changer régulièrement de parcours, partir à des heures différentes pour se rendre au travail
Surveillance, vigilance	Vérifier fréquemment autour de soi lorsqu'on est dans la rue, surveiller l'environnement, être aux aguets, sur ses gardes
Menace	Se montrer menaçant ou effrayant pour faire fuir les gens
Fuite	Quitter rapidement l'endroit où l'on perçoit une menace
Conciliation, soumission	Rendre service aux voisins Se soumettre à des exigences incommodes, éviter de faire du bruit pour ne pas déranger
Recherche d'aide	Demander une protection divine Faire appel à la police, aux autorités, aux amis ou à la famille
Agression	Demander aux gens d'arrêter de nous suivre, agresser le persécuteur ou l'une de ses possessions, confronter la personne menaçante, crier contre le persécuteur

est que celles-ci ont du pouvoir. Les preuves qui soutiennent cette croyance sont généralement les suivantes :

- la voix ne vient pas de moi ;
- la voix sait tout sur moi ;
- je n'ai pas de contrôle sur elle.

Au chapitre des idées délirantes, les patients peuvent avoir généralement de nombreux A qui les sous-tendent. Il y a souvent une ou deux preuves fortes et une série de preuves généralement moins fortes qui procèdent par assimilation, c'est-à-dire que la personne va relever dans l'environnement des informations qui confirment sa croyance. Il s'agit d'un phénomène de tri de l'information lié à la conception que le patient a du monde. Il est possible de l'illustrer ainsi : lorsque vous avez une connaissance qui est enceinte, vous remarquez plus de femmes enceintes dans la rue ; lorsque vous désirez vous acheter une nouvelle voiture, votre choix risque de se porter sur une voiture que vous voyez pour la première fois. Par la suite, au moment où vous la conduisez, vous réalisez que de nombreux autres conducteurs ont fait le même choix que vous et que ce modèle d'apparence rare est en fait plutôt courant.

Ci-dessous, vous trouverez une liste, non exhaustive d'idées délirantes, formulées simplement et brièvement pour l'analyse fonctionnelle.

- Je suis sous le contrôle d'une force ou d'un pouvoir autre que moi-même.
- Je suis comme un robot ou un zombie qui n'a pas sa propre volonté.
- Je suis possédé par quelqu'un ou quelque chose d'autre.
- Quelque chose ou quelqu'un joue avec mon esprit.
- Mes actions ou mes émotions ne sont pas sous mon contrôle.
- Les gens font des insinuations à mon sujet ou disent des choses à double sens.
- Des messages dans les journaux sont écrits spécialement pour moi.
- Les gens commencent à mon sujet.
- Les gens ne sont pas ce qu'ils semblent être.
- Je fais partie d'une expérimentation.
- Quelqu'un essaye délibérément de me faire du mal.
- Je me sens persécuté d'une manière ou d'une autre.
- Il y a une conspiration contre moi.
- Une organisation ou une institution a une dent contre moi.
- Quelqu'un ou quelque chose me surveille.
- J'ai des pouvoirs ou des capacités spéciales.
- J'ai une mission particulière à accomplir.
- Il y a un mystérieux pouvoir qui sert au bien du monde.
- Je suis destiné à être quelqu'un de très important.
- Je suis une personne très spéciale et inhabituelle.
- Je suis spécialement proche de Dieu.
- Les gens sont capables de communiquer par télépathie.
- Les appareils électroniques influencent ma façon de penser.
- Il y a des forces autour de moi qui m'influencent d'une façon étrange.
- J'ai été choisi par Dieu.
- Je crois dans le pouvoir de la sorcellerie, du vaudou ou de l'occultisme.
- Je suis souvent inquiet que mon partenaire soit infidèle.
- Je dégage une odeur inhabituelle pour les autres.
- Mon corps change de façon particulière.
- Des étrangers désirent avoir des rapports sexuels avec moi.
- J'ai commis plus de péchés que la moyenne des gens.
- Les gens me regardent de manière étrange à cause de mon apparence.
- Je n'ai plus du tout de pensées dans ma tête.
- L'intérieur de mon corps pourrit.
- Le monde tire à sa fin.
- Mes pensées sont étranges.
- Mes pensées sont si fortes que je pense que les autres peuvent les entendre.
- Mes pensées sont répétées en écho.
- Mes pensées sont bloquées par quelqu'un ou quelque chose d'autre.
- Les autres peuvent lire mes pensées.
- Une force bienveillante me protège.
- Une force malveillante me persécute.

Exemples de listes des preuves pour l'analyse fonctionnelle des idées délirantes

Sonia est envoûtée

« Je suis convaincue à 100 % d'avoir été envoûtée par un prêtre, il y a trois ans (B). Depuis, je suis sous son influence. Il a le pouvoir de me faire ressentir des sensations corporelles à longueur de journée. » À cause de sa théorie de l'envoûtement, Sonia s'est enfermée chez elle et s'est protégée dans son appartement en calfeutrants les fenêtres et les espaces sous les portes. Ces derniers mois, elle n'a plus osé sortir de chez elle. Elle n'a plus pu aller chercher son argent, faire ses paiements et ses courses (C). Les voisins ont appelé la police.

Liste des preuves (A) et degré de conviction

- « Les sensations ont commencé peu après une rencontre avec le prêtre de mon village. » Degré de conviction : 100 %.

Lors de cette rencontre, Sonia était très anxieuse et cherchait du réconfort. Durant l'entretien, le prêtre l'a d'abord rassurée, puis s'est approché d'elle et a posé ses mains sur ses genoux, puis sur ses cuisses. Elle a rompu l'entretien suite à cet événement.

- « Le prêtre m'a dit qu'il allait faire quelque chose pour moi. » Degré de conviction : 100 %.

- « Les sensations prouvent que je suis sous l'influence d'une force externe. » Degré de conviction : 100 %.

Elle interprète ses sensations comme des signes d'envoûtement. Lorsqu'on lui demande de décrire les sensations comme des faits, elle évoque des fourmillements, des picotements, des sensations de serrement de gorge ou une respiration difficile qui font penser à des manifestations anxieuses.

- « La télévision par laquelle il m'observait a implosé, alors que je me plaignais de la malédiction. » Degré de conviction : 100 %.

- « Une fois que j'allais m'acheter des vêtements, j'ai cru que j'allais m'évanouir. Je transpirais, mon cœur battait rapidement et je serais tombée dans les pommes si je ne m'étais pas assise dans les escaliers du magasin. » Degré de conviction : 90 %.

- « Je suis allée voir une guérisseuse qui m'a confirmé que j'étais envoûtée. Elle a pu voir que j'avais eu des difficultés avec mon père. » Degré de conviction : 90 %.

- « Il peut influencer mon transit intestinal et me donner la diarrhée. Je n'ai jamais eu la diarrhée avant cet événement. » Degré de conviction : 70 %.

- « Comme, je suis moins sortie ces derniers mois, j'ai été moins exposée à ces envoûtements. » Degré de conviction : 70 %.

On peut lire dans les pensées d'Amélie

« Les gens peuvent lire dans mes pensées (B). Cette idée me dérange beaucoup quand je pense à des choses que je ne veux pas partager avec autrui (C). »

Liste des preuves (A) et degré de conviction

- « Lors d'un premier rendez-vous avec un psychiatre, celui-ci m'a dit : "Vos problèmes remontent à l'enfance". J'ai eu une enfance triste, mais je ne la lui avais pas encore racontée. » Degré de conviction : 100 %.





- « Dans le bus, je me suis dit que ce n'est pas possible que les gens puissent lire mes pensées, étant moi-même incapable de lire celles des autres. Le chauffeur du bus a dit à ce moment-là : "Et dire que cela existe !" » Degré de conviction : 100 %.
- « À l'église, j'ai eu une idée gênante alors que je faisais la lecture de l'évangile. J'ai eu honte. Les gens ont chuchoté entre eux pour exprimer leur réprobation. » Degré de conviction : 90 %.
- « Quand j'ai des pensées gênantes, mon beau-frère écourte ses visites. » Degré de conviction : 80 %.
- « À table, quand nous invitons un ami de mon mari, il arrête de me parler quand j'ai ces idées. » Degré de conviction : 70 %.
- « Lorsque j'ai ces idées, ma belle-sœur fait comme si de rien n'était pour ne pas me déranger, mais je vois son visage se crispier. » Degré de conviction : 70 %.

Antoine pense qu'il est le messie

« Dieu m'a demandé de l'aider à sauver l'humanité. » (B). Toutefois, les actions d'Antoine pour sauver l'humanité l'ont régulièrement conduit à l'hôpital psychiatrique parce qu'il harcèle les gens pour les protéger (C).

Liste des preuves, de la plus forte à la plus faible

- « Lors d'un pèlerinage à Compostelle, j'ai eu une révélation. Dieu m'a dit : "Es-tu prêt à m'aider à sauver le monde ?" En fait, il ne me l'a pas dit avec des mots, mais sous la forme d'une intuition très puissante. J'étais ébloui et je devais fermer les yeux. »
- « J'ai fait un signe de croix sur la verrue d'un ami et elle a disparu dans les jours suivants. »
- « Je sens parfois une énergie très forte en moi. »
- « Peu avant le 11 septembre, Dieu m'a averti à l'avance en me faisant ouvrir la Bible au livre de l'Apocalypse. »
- « Une amie m'a dit que mon raisonnement les dépassait tous. »

Benoît communique avec les morts

« Ce sont des défunts qui m'aident à prédire l'avenir (B). Je les entends mieux quand j'ai consommé du cannabis. Je consomme du cannabis pour maintenir le contact avec eux (C). Parfois, je suis découragé, car, malgré l'aide des défunts, je ne parviens pas à protéger tout le monde (C). »

Liste des preuves et degré de conviction

- « Alors que je traversais un passage pour piétons, la voix m'a dit : "Attention !". Je me suis arrêté et j'ai évité d'être renversé par une moto. » Degré de conviction : 90 %.
- « J'ai déjà vu en rêve l'accident de train qui a eu lieu en Inde. » Degré de conviction : 80 %.
- « Le matin, j'écoutais la radio quand j'ai entendu parler de cet accident de train. J'ai réalisé que j'avais rêvé cette annonce. Je le regrette, car j'aurais pu avertir les autorités indiennes pour prévenir l'accident. »
- « La voix m'a dit que mon copain allait demander sa revanche au ping-pong et il l'a fait. » Degré de conviction : 70 %.

TABLEAU 5.9. Nouvelles analyses ABC.

A	B	C
J'observe une boule qui s'est formée au bout de mon index	La voix dit : « Tu vas mourir ! »	Peur
Je ne parviens pas à résoudre un problème sur mon ordinateur	La voix dit : « Espèce de nul ! »	Découragement
Je suis mal à l'aise dans le bus, car mon sac de courses est tombé et s'est déversé sur le sol du bus	Impression de vulnérabilité et sentiment qu'on peut lire dans mes pensées	Gêne

L'analyse fonctionnelle débute l'intervention sur les symptômes psychotiques persistants mais souvent se complète durant l'intervention. Au début, il sera certainement difficile pour le patient de faire des liens entre les symptômes et des éléments davantage associés à sa personnalité ou à ses expériences précoces de vie. En effet, le patient peut se situer dans les extrêmes d'un continuum qui va de la fascination de l'expérience psychotique à la terreur. Si le patient est envoûté et attiré par l'expérience psychotique, il aura de la peine à s'en détacher ; s'il est terrorisé, il cherchera par tous les moyens à l'éviter. Ces réactions vont interférer avec le recueil d'informations, et les informations apparaîtront au compte-gouttes, au fur et à mesure que la confiance avec l'intervenant augmentera et que l'impact de l'expérience psychotique aura été circonscrit. Proportionnellement aux progrès, la ponctuation ABC peut aussi changer : au début, les altérations des perceptions sont conçues comme des A. Toutefois, progressivement, un patient peut réaliser que les hallucinations auditives sont une forme de pensée automatique. Dès lors, on peut décider de les traiter comme des B. Les A seront alors les événements qui déclenchent ces pensées automatiques. Cette procédure peut s'appliquer avec d'autres symptômes psychotiques. Le [tableau 5.9](#) présente des exemples de nouvelles analyses ABC.

Normalisation des symptômes psychotiques

La normalisation des symptômes psychotiques est une intervention essentielle qui permet au patient de parler plus librement de ses symptômes et de contourner les effets du syndrome du barbier de Midas décrit au début de ce chapitre. Le fait que les symptômes psychotiques soient d'ordinaire considérés comme des expériences en dehors du champ normal de la vie, comme une expérience qualitativement différente de la normalité peut conduire le patient à éviter d'en parler ou à nier leur présence, afin de ne pas être considéré comme un fou, un aliéné, une personne dangereuse ou inférieure. Cette négation de l'expérience psychotique est fréquemment liée à la volonté de préserver son estime de soi. Le phénomène inverse peut également être traité par la normalisation des symptômes psychotiques. Les patients proviennent de la même société qui les stigmatise et peuvent également s'autostigmatiser et réduire leur estime d'eux-mêmes par des processus assez subtils ; par exemple, en disant qu'ils ne veulent pas

se lier avec des gens qui ont un suivi psychiatrique. Dans ces deux situations, il est utile de se servir de la normalisation des symptômes psychotiques, pour montrer que la psychose n'est pas une expérience si anormale. Il s'agit d'une réaction normale du système nerveux dans des conditions de stress.

La normalisation des symptômes psychotiques cherche à mettre en évidence le continuum qui existe entre l'expérience normale et l'expérience psychotique. Plusieurs études ont clairement montré que les hallucinations et les idées délirantes sont beaucoup plus fréquentes dans la population générale que ce que l'on pouvait présumer. La frontière entre le normal et le pathologique est très difficile à délimiter [236]. La fiche ci-dessous cite quelques études qui attestent que les symptômes psychotiques apparaissent chez des sujets sains dans des conditions particulières. Ces études sont peu nombreuses à cause des limitations éthiques qu'elles posent. Toutefois, elles permettent d'affirmer que les hallucinations ou les idées délirantes sont une réaction normale du système nerveux à des stress.

Situations dans lesquelles il est normal d'avoir des symptômes psychotiques

Privation de sommeil

Des troubles de la perception ont été observés chez les membres d'une équipe de volley-ball danoise qui voulait battre le record Guinness de durée de jeu avec un suivi médical. Les douze joueurs ont joué continuellement, avec une pause de cinq minutes toutes les heures. Le jeu a été interrompu après 61 heures 23 minutes à cause des troubles psychologiques engendrés. Tous les joueurs ont présenté des troubles de la perception. L'un d'eux a même développé un syndrome de persécution : il pensait que les autres voulaient le tuer ; un autre s'est senti contrôlé par l'horloge qu'il voyait comme un œil magique. Ces troubles ont disparu après une nuit de sommeil [237].

Privation sensorielle

L'apparition de symptômes psychotiques a été décrite chez des prisonniers maintenus en isolement durant de longues périodes [238]. La littérature sur le confinement solitaire est très peu abondante, et c'est compréhensible pour des raisons purement éthiques. La privation sensorielle dans des caissons d'isolation peut conduire au développement d'hallucinations simples ou même complexes [239]. La privation sensorielle utilisée dans le cadre de tortures conduit à des symptômes psychotiques.

Haute montagne

Sept sur huit alpinistes qui avaient escaladé des sommets de plus de 8 500 mètres sans oxygène ont rapporté des expériences de distorsion du schéma corporel ainsi que des hallucinations visuelles et auditives. Ces expériences sont nettement plus fréquentes à partir de 6 000 mètres qu'en dessous de cette altitude. Les ascensions en solitaire et les dangers menaçant la vie ont été identifiés comme des facteurs déclenchants probables de ces expériences anormales, en plus du manque d'oxygène. On n'a pas observé de liens entre des anormalités cérébrales et la fréquence des expériences hallucinatoires contées par les alpinistes [240].





Surdité induite

Une surdité partielle a été induite par hypnose chez des sujets sains. La moitié des sujets étaient conscients de la surdité induite, alors que l'autre ne l'était pas. Les sujets qui n'étaient pas conscients de la cause de la surdité étaient significativement plus persécutés que ceux qui en étaient informés [241]. Cette expérience visait à démontrer l'importance d'aider les gens dont l'ouïe se détériore sans qu'ils en aient conscience.

Les hallucinations sont fréquentes en cas de perte sensorielle comme la cécité, la surdité acquise ou l'amputation. Elles surviennent également fréquemment lors d'un deuil. Elles peuvent aussi apparaître dans les phases de transition entre l'éveil et le sommeil, souvent à l'endormissement, plus rarement au réveil. Il est important de passer en revue ces phénomènes normaux, afin de rendre les symptômes psychotiques moins bizarres.

Les informations sont intégrées dans le modèle du stress et de la vulnérabilité présenté dans la [figure 5.1](#). Une personne peu vulnérable à la psychose aura besoin de davantage de stress pour présenter des symptômes psychotiques, alors qu'une personne très vulnérable pourra présenter des symptômes psychotiques dans des conditions normales de stress.

Le modèle est utile ; on peut réduire sa vulnérabilité aux symptômes psychotiques en prenant des neuroleptiques ou en réduisant ses fragilités psychologiques, c'est-à-dire sa vulnérabilité personnelle au stress par des thérapies psychologiques. On peut de même réduire l'impact du stress en l'évitant ou en augmentant sa capacité à faire face.

Cas clinique

Marc a des dettes dix fois plus importantes qu'Alexandre ; pourtant, il dort comme un loir. En revanche, Alexandre est très soucieux de ne pas parvenir à les rembourser. Il se réveille plusieurs fois par nuit, imagine les huissiers le réveiller au petit matin.

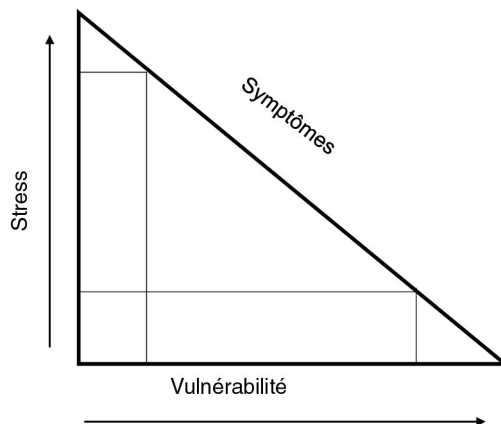


FIGURE 5.1. Modèle du stress et de la vulnérabilité.

La journée, il est nerveux et irritable. Objectivement, Marc est soumis à un stress dix fois plus important que celui d'Alexandre. Mais ce stress ne l'affecte pas. En revanche, Alexandre est miné. Cette différence est explicable par la confiance qu'ils ont dans leur capacité de rembourser leurs emprunts. Cette confiance dépend, entre autres, de leurs expériences antérieures avec les dettes, de leur rapport à l'argent et de leur confiance en eux.

Il peut être utile de raconter des anecdotes de personnes qui ont eu des symptômes psychotiques dans des situations particulières. En voici quelques exemples.

Cas cliniques

- Grégoire fait régulièrement de la voile en solitaire. Lors de sa dernière traversée de l'Atlantique, la mer était agitée et il n'a pas pu lâcher sa barre durant plus de cinquante heures. Alors qu'il lutte contre le sommeil, il entend des gens qui chantent et festoient dans sa cambuse. Il commence à avoir très peur, car il n'a pris qu'un minimum de réserves pour alléger son bateau au maximum. Comme il n'ose pas lâcher la barre, il supplie ses pillers de lui laisser suffisamment de nourriture pour rentrer à La Rochelle.
 - Jean prépare ses examens. Cela fait deux semaines qu'il travaille tard et se lève tôt pour préparer les différentes matières sur lesquelles il sera interrogé. Il a peu dormi et se sent fatigué. Il est stressé, ayant peur d'échouer, et ce sont des examens importants pour son avenir. Après plusieurs jours de ce rythme soutenu, il s'accorde une pause et décide d'aller s'aérer dans le parc à côté de chez lui. En sortant de son immeuble, il se sent agressé par les trépidations de la ville. Quand il arrive dans le parc, il n'y trouve pas le calme espéré. Il se sent envahi par les cris des enfants et perçoit les regards des mères qui lui jettent des coups d'œil furtifs, comme soupçonneux. Il s'assied sur un banc, espérant pouvoir s'y détendre. À peine assis, il croise le regard revêché d'un vieillard qui marche dans sa direction. Jean pense qu'il s'est installé sur le banc officiel de cet homme. Il se lève. Le vieillard continue sa route sans s'arrêter. Jean se dit qu'il ferait mieux d'aller dormir quelques heures pour récupérer.
 - **Émilie va voir des amies.** Au moment du café, Justine roule un joint, l'allume et le passe à Émilie. Émilie tire une ou deux bouffées et fait passer le joint à Sabine. Émilie est envahie par l'ivresse du cannabis et se laisse aller à ses rêveries. Soudain, elle voit Justine rire à gorge déployée. Émilie se demande ce qu'elle a fait pour créer l'hilarité de Justine. Elle a le sentiment d'avoir commis une maladresse. Elle se sent honteuse. Elle regarde Sabine qui est également prise d'un fou rire. Émilie se dit que ses amies se moquent d'elle. Une série de situations où elle s'est sentie maladroite lui reviennent à l'esprit. Émilie dit qu'elle doit partir. Elle se sent mal. Arrivée dans la rue, elle craint de rentrer seule chez elle. Elle se sent menacée. Elle hèle un taxi. Durant le trajet, chaque fois qu'elle croise le regard du chauffeur dans le rétroviseur, elle imagine les pires scénarios. Elle craint qu'il ne quitte l'itinéraire pour rentrer chez elle et ne l'emmène dans un coin perdu. Après avoir payé le taxi, elle monte en courant dans son appartement, ferme la porte à double tour et va vérifier par la fenêtre si le taxi est parti.
-

Dédramatiser la schizophrénie est une autre stratégie importante. En effet, les cliniciens ont souvent une perception très négative de la maladie, ayant le nez dans le guidon. Le travail clinique quotidien peut donner une vision parcellaire de la schizophrénie. Ils ne voient que des patients qui vont mal et oublient ceux qui s'en sont sortis. Le modèle de rétablissement présenté en début d'ouvrage a été construit sur la base de témoignages de personnes qui se disent rétablies de la schizophrénie. Il est utile de passer en revue les témoignages de personnes rétablies ou guéries de la schizophrénie, dans le but de donner de l'espoir et des outils pour s'attaquer au processus de rétablissement.

Meera Popkin : ne laissez pas un diagnostic vous empêcher d'avoir une vie riche et pleine !

Meera Popkin a joué dans *Cats* et a été *Miss Saigon* dans la comédie musicale du même nom. Malgré son succès, un jour, tout s'est effondré. On lui annonce qu'elle souffre de schizophrénie. Elle perd son travail, son appartement, son copain, sa voiture et finalement sa confiance en elle. Elle ne sait plus que penser d'elle-même. Elle perd le contact avec ses amis, dort toute la journée et devient léthargique. Finalement, après cette période de désespoir, elle reprend courage. Elle recommence à travailler comme serveuse, puis reprend de petits rôles. Elle recommence à sortir avec des amis et reprend confiance en elle. Elle accepte mieux sa maladie et son traitement. Maintenant, elle est mariée et a une petite fille. Elle n'en revient pas et se demande quels sont les ingrédients de son rétablissement, est-ce dû aux médicaments, à son changement de style de vie, au recours à des médecines alternatives, à sa volonté, au soutien de sa famille ou de ses amis ? Quoi qu'il en soit, elle ne pense pas avoir une réponse simple à ces questions. Probablement, l'idée que le diagnostic de schizophrénie ne prédit pas la vie d'une personne a été un élément majeur de son rétablissement.

L'histoire de Peter Green, le come-back

Peter Green, de son vrai nom Peter Greenbaum, est un guitariste et compositeur britannique de blues et de rock, né le 29 octobre 1946 à Londres. Lorsqu'il a 10 ans, son frère ramène une guitare à la maison et lui montre quelques accords. En juillet 1966, John Mayall lui propose de remplacer Eric Clapton au sein des Bluesbreakers. Green ne reste qu'une seule année dans la formation de John Mayall, le temps d'enregistrer l'album *A Hard Road*, une authentique réussite dans lequel Green démontre toute l'étendue de son talent de guitariste. En septembre 1967, Peter Green quitte John Mayall et part fonder le Fleetwood Mac en compagnie de Mick Fleetwood et de John McVie, également un musicien des Bluesbreakers. De 1967 à 1970, sous l'impulsion de Peter Green, le Fleetwood Mac va être l'un des groupes majeurs de la scène rock. Guitariste virtuose, au style très fluide, Peter Green se révèle également comme un compositeur très inspiré.

On lui doit notamment le morceau *Black Magic Woman*, immortalisé plus tard par Carlos Santana. Le groupe devient numéro un au hit-parade avec *Albatross*. Toutefois, Green commence à consommer du LSD. Lors d'un passage à Munich pour un concert, il disparaît pendant trois jours. Alors que le Fleetwood Mac est à son apogée, début 1970, la santé mentale de son leader Peter Green devient préoccupante. Personnalité complexe et torturée, il vit mal son statut naissant de superstar. Il cherche le réconfort dans la religion. Il monte sur scène avec des crucifix et des toges. Il propose au groupe de garder seulement l'argent absolument nécessaire pour vivre et de donner le reste à des associations charitables. Il raconte qu'il a eu la vision d'un ange tenant dans ses bras un enfant affamé du Biafra. Cette vision le conduit à penser qu'il a trop d'argent pour être heureux et normal. Les autres musiciens s'opposent à ses propositions, estimant qu'elles sont la conséquence de sa consommation d'acides. Il écrit *Green Manalishi* qui décrit son combat pour stopper la descente dans la folie. En mai 1970, Peter Green quitte brutalement le Fleetwood Mac pour enregistrer un album solo instrumental au titre prémonitoire *The End of The Game*. Il fait quelques remplacements dans le groupe lors de tournées.

Peter Green abandonne alors la musique. Un temps interné en hôpital psychiatrique, il cumule les petits boulots durant plusieurs années, dont celui de fossoyeur. Il a un bref mariage dont naît une fille. Il refait surface en 1979 avec l'album *In The Skies*, très chaleureusement accueilli par la critique. Mais après quelques autres albums de qualité inégale, il sombre à nouveau. Il passe son temps à regarder la télévision et à se promener. Il est suivi dans un hôpital de jour et ne touche presque plus à sa guitare. Il dit qu'il a de la peine à se concentrer avec son traitement médicamenteux et qu'il n'a plus envie de jouer. Il faut ensuite attendre plus d'une dizaine d'années pour retrouver la trace de Peter Green, qui sort de son silence au milieu des années 1990. Il fonde alors le Splinter Group, à la tête duquel il joue un soft-blues de qualité. Le Splinter Group a enregistré de nombreux albums et continue à se produire régulièrement sur scène. En novembre 1994, lors d'une interview, il se montre cohérent et drôle. Les musiciens qui l'ont côtoyé parlent de lui avec respect et admiration. Certains le considèrent comme l'un des plus grands guitaristes blancs de blues. Gary Moore lui dédie un album *Blues for Greeny* qu'il joue avec la propre guitare de Peter Green. En 1998, Peter Green joue *Black Magic Woman* avec Santana à New York. Il a produit plusieurs albums *Destiny Road* (1999), *Time Traders* (2001) et *The Best Of Peter Green* (2002).

Il peut être utile de passer en revue les vies de John Forbes Nash [242], prix Nobel d'économie en 1994, de Vaslav Fomitch Nijinski [243], danseur qui est tombé malade en 1918, avant la découverte des neuroleptiques, de Dominique Scheder [244], chansonnier et poète ou encore de Peter Chadwick [245], psychologue. Il peut être, également, très productif de demander à des patients rétablis ou guéris de témoigner de leur expérience auprès de patients qui sont au début du processus de rétablissement.

CHAPITRE 6

Interventions pour les troubles des perceptions et les hallucinations

Le plus souvent, pour les troubles des perceptions, il est recommandé d'utiliser des exercices d'exposition aux perceptions anormales, afin de réduire les réactions d'anxiété associées aux symptômes. Les personnes sont exposées progressivement aux voix ou à d'autres perceptions en conjonction, après avoir été mises en état de relaxation. Le but des expositions est de réduire au maximum les réactions physiologiques de tension, qui sont liées aux perceptions anormales. La personne est invitée à décrire les caractéristiques des voix quand elles apparaissent (volume, provenance, genre, etc.), tout en maintenant durablement un bas niveau d'excitation physiologique. Les expositions sont appliquées sur les réactions aux voix, aux autres hallucinations comme les hallucinations visuelles ou kinesthésiques, aux sensations de contrôle, aux perceptions de déréalisation ou de dépersonnalisation.

Parfois, les professionnels de la santé croient que les techniques de relaxation ou de méditation sont contre-indiquées dans la schizophrénie. Il n'existe pourtant pas de données, dans la littérature scientifique, qui soutiennent cette croyance. En revanche, des études expérimentales indiquent que la relaxation réduit l'anxiété ou la dépression dans la schizophrénie [246-251]. Le développement et les résultats des thérapies basées sur l'acceptation des symptômes psychotiques en opposition aux stratégies qui visaient à distraire les patients de ceux-ci ont remis fondamentalement en question la façon de gérer les hallucinations. Ces nouvelles approches se nomment focalisation [252, 253], thérapie de la pleine conscience [254, 255], thérapie comportementale dialectique [256] ou thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptation and Commitment Therapy* [ACT]) [257, 258]. Ces approches ont été décrites comme appartenant à la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales, après les thérapies comportementales et les thérapies cognitives.

Les stratégies de distraction ou d'évitement des symptômes psychotiques se sont avérées peu efficaces [259], pouvant même aggraver les pensées intrusives, les hallucinations auditives, la détresse émotionnelle ou le niveau d'excitation physiologique [235, 260, 261]. Romme et Escher ont montré que les patients qui utilisent les stratégies d'évitement des symptômes psychotiques gèrent moins bien les hallucinations auditives [262].

Ces approches sont fondées sur les observations qui prouvent que de nombreux comportements non adaptés sont produits par les tentatives mal-saines de supprimer ou d'éviter des pensées, des sentiments ou des sensations corporelles associés à un problème clinique. Par exemple, le fait de lutter contre les voix peut les augmenter.

La volonté de supprimer une pensée peut augmenter la fréquence d'une pensée non désirée. L'équipe de Daniel Wegner [263] a montré que si l'on demande à des sujets de ne pas penser à un ours blanc, cela aura un effet paradoxal sur le fait de penser à un ours blanc. La moitié des sujets recevaient l'instruction de ne pas penser à un ours blanc et devaient décrire leur pensée à haute voix durant cinq minutes (phase de suppression). Ils recevaient ensuite l'instruction inverse de penser à un ours blanc et de décrire à nouveau leurs pensées à haute voix (phase d'expression). L'autre moitié des sujets recevaient les instructions dans l'ordre inverse. Les sujets qui ont commencé par une phase de suppression pensaient plus fréquemment à un ours blanc dans la phase d'expression que ceux qui ont reçu les instructions dans l'ordre inverse.

La tâche de supprimer une pensée est en soi difficile, puisqu'elle conduit la personne à garder la pensée en tête, alors qu'elle essaie justement de la supprimer. Le fait de pouvoir supprimer ou éviter une pensée peut aussi expliquer pourquoi les pensées intrusives sont attribuées à des agents externes. Morris et Wegner [264] ont également établi que des sujets normaux à qui l'on demandait de supprimer une pensée avaient plus de risque d'attribuer cette pensée à un message subliminal provenant d'un casque que les sujets simplement invités à penser à un sujet. Le message diffusé ne contenait aucun message subliminal et n'était qu'un enregistrement de voix dans une cafétéria. Les sujets qui avaient l'instruction de supprimer une pensée avaient également tendance à juger la personne qui aurait enregistré les messages subliminaux comme plus méchante et plus directive que les sujets qui n'avaient pas eu cette instruction.

Cas clinique

Aurélien passe son temps à éviter de penser pour ne pas être assailli par ses pensées intrusives. Plus elle cherche à se distraire de ses pensées, plus elle se sent observée et étudiée. Elle tente d'éviter de penser en tricotant et en se concentrant sur toutes ses mailles. Mais plus elle s'efforce de se concentrer sur son tricot, plus elle perçoit de nouveaux signes qu'elle est observée. Maintenant, la simple rumeur de la ville ou le croassement des corbeaux sont devenus des menaces.

L'ACT (thérapie d'acceptation et d'engagement, à prononcer comme le mot « acte ») est justement une nouvelle façon de concevoir l'exposition à des stimuli dérangeants. Nous essayons ci-dessous de résumer brièvement l'approche développée par Steven Hayes et al. Toutefois, nous recommandons au lecteur de consulter l'ouvrage de référence de l'approche [265]. Selon Hayes, la plupart de nos problèmes proviennent de la tendance à considérer nos pensées comme des faits, à évaluer nos expériences comme bonnes ou mauvaises, à éviter les expériences que nous jugeons mauvaises et/ou la recherche de raisons pour expliquer nos comportements. L'alternative proposée par l'approche ACT est :

- accepter ses propres réactions ;
- choisir des objectifs qui ont de la valeur pour soi ;
- travailler à l'atteinte de ces objectifs.

Les principes de base pour aider les patients à développer une plus grande flexibilité psychologique sont :

- la défusion *cognitive* : apprendre à percevoir les pensées, les images, les émotions et les souvenirs tels qu'ils sont et non comme ils semblent être ;
- l'acceptation : permettre à ses processus d'aller et venir sans se bagarrer avec eux ;
- être en contact avec le moment présent : être conscient de l'expérience de l'ici et maintenant avec ouverture, intérêt et réceptivité ;
- observer le soi : accéder au sens de soi, une continuité de conscience qui change ;
- les valeurs : découvrir ce qui est le plus important pour soi ;
- s'engager dans l'action : établir des buts en fonction de ses valeurs et les réaliser de façon responsable.

Les personnes pensent la plupart du temps, mais n'agissent pas la plupart de leurs pensées. On peut écouter, en acquiesçant régulièrement de la tête, une personne qui nous parle tout en pensant que ce qu'elle raconte nous ennuie à mourir. On peut avoir envie d'injurier un policier qui vient de nous interpeller pour une mauvaise raison tout en obéissant sagement à ses invectives. On peut imaginer une soirée de rêve avec la personne assise en face de soi lors d'une réunion sans jamais oser lui adresser la parole lors de la pause. Beaucoup de nos pensées n'aboutissent à aucune action. Il peut être utile de prendre le temps d'écouter ce que dit l'esprit durant une promenade ou une réunion, sans chercher à lui répondre. Prenez le temps d'observer les remarques, les jugements, les instructions, les prédictions de votre esprit ! Cet exercice montre que notre esprit est capable de produire de nombreuses pensées sans que nous les prenions au premier degré et que nous agissions en fonction d'elles.

Vouloir contrôler une pensée gênante risque de produire davantage d'inconfort. La métaphore du détecteur de mensonge permet d'illustrer ce paradoxe. Imaginez que vous soyez relié à un détecteur de mensonge et que vous deviez absolument éviter que cet appareil ne détecte votre anxiété, sous peine d'être considéré comme un menteur et par conséquent sanctionné gravement : comment allez-vous faire pour éviter d'être anxieux dans cette situation ? Cette métaphore permet de comprendre que d'essayer d'éviter ou de contrôler une pensée, une sensation corporelle ou un sentiment négatif risque d'augmenter leur fréquence, leur intensité ou la détresse associée. En revanche, accepter la pensée, la sensation ou le sentiment peut conduire ou non à une réduction de ses processus mentaux, mais pas à leur augmentation.

Les stratégies utilisées naturellement pour lutter contre les perceptions ou les pensées dérangeantes risquent d'interférer avec la réalisation des projets de vie. Par exemple, une personne peut être soulagée de ses voix en criant contre elles ou se détendre en consommant du cannabis. Ces stratégies peuvent être efficaces temporairement, mais empêcher l'atteinte d'objectifs plus larges comme obtenir son propre appartement ou s'engager dans un travail régulier.

Les trois points suivants servent à expliquer le recours à des interventions qui visent l'acceptation des perceptions étranges comme les voix, les sensations de contrôle :

- la plupart de nos pensées, sensations ou sentiment n'ont pas d'effet sur la vie de tous les jours ;
- vouloir contrôler les sensations ou les pensées désagréables risque de les aggraver ;
- les efforts pour contrôler les sensations ou les pensées désagréables interfèrent avec la réalisation de nos projets.

Les approches de la troisième vague comme ACT ou la pleine conscience ont l'avantage de changer le rapport au symptôme et sont à utiliser pour les altérations des perceptions comme les hallucinations auditives et les sensations de contrôle. On peut ainsi demander au patient d'observer ses voix en état de relaxation ou de pleine conscience, plutôt que de lutter contre elles ou de les éviter.

Vous trouverez ci-après un exercice de pleine conscience centré sur la respiration que vous pouvez utiliser pour préparer le patient à observer un symptôme psychotique. Il est important que l'intervenant s'approprie l'exercice et puisse le dire avec ses propres mots et ses propres exemples. De façon générale, il est toujours mieux de faire l'exercice avec le patient afin de se mettre soi-même dans un état de pleine conscience et de servir de modèle pour le patient. En faisant l'exercice ensemble, on réduit également le risque de prendre des rythmes ou des tensions différents au niveau de l'interaction.

Exercice de pleine conscience de la respiration

- Installez-vous confortablement sur votre siège, ni trop raide, ni trop relâché.
- Prenez conscience des points de contact de votre corps avec le siège et le sol. Observez les différentes sensations physiques que cela provoque. Portez votre attention, par exemple, sur vos pieds qui touchent le sol, sur vos avant-bras sur les accoudoirs ou vos mains posées sur vos cuisses, votre dos, vos fesses qui s'appuient sur le fauteuil.
- *Faire cela pendant au moins une minute ou plus.*
- Portez votre attention sur les mouvements de votre respiration. Observer l'air qui rentre par la bouche ou les narines, qui passe par la gorge, descend vers les poumons et puis qui repart en sens inverse. Observez le bas de votre ventre qui se gonfle et se dégonfle au rythme de la respiration. Observez aussi les autres mouvements de votre corps. Ne cherchez pas à contrôler votre respiration. Observez seulement celle-ci à l'état naturel et actuel sans chercher à la modifier.
- *Faire cela pendant au moins cinq minutes.*
- Il se peut que votre attention soit distraite par vos pensées, des images, des sensations physiques, des bruits extérieurs. Je vous demande juste d'en prendre conscience avec bienveillance et sans jugement. Observez les éléments qui peuvent vous distraire et explorez-les avec curiosité. Félicitez-vous d'avoir pris conscience de l'événement et ramenez votre attention vers les mouvements de votre respiration.





- Répétez cela autant de fois que nécessaire, moment après moment, c'est-à-dire autant de fois qu'une distraction (pensée, image, son, sensation physique) vous éloigne des mouvements de votre respiration.
- Si l'élément qui diverte votre attention persiste, restez un temps supplémentaire avec lui. Explorez davantage les différentes dimensions de cette distraction (les pensées associées, les détails de l'image, l'intensité et le développement dans le temps du son ou de la sensation physique). Accordez plus d'attention à cet élément, qu'il soit positif ou négatif. Toutefois, il ne s'agit pas de corriger les distractions négatives ou de s'accrocher aux distractions positives. Quand vous avez fait le tour de la distraction, ramenez à nouveau votre attention sur les mouvements de votre respiration.
- Lorsque vous émettez un jugement sur vous comme « je suis nul de ne pas réussir à diriger ma conscience » ou « cette sensation n'est pas normale », ou encore « je ne parviens pas à me relaxer », prenez conscience de cette pensée et de ce qu'elle provoque et ramenez votre attention sur votre respiration. Le but n'est pas la relaxation mais la conscience de soi.
- Vous pouvez imaginer que ces pensées sont comme des nuages qui passent dans le ciel. Observez-les passer comme les nuages dans le ciel.
- Après cinq minutes au moins d'exercice de pleine conscience de la respiration, fixez à nouveau votre attention sur les points de contact avec le sol et le fauteuil, ouvrez lentement les yeux et étirez-vous comme un chat qui se lève après un moment de repos. Prenez conscience des mouvements de l'étirement et reprenez contact avec votre environnement en conservant un état de conscience élevé.

Il peut arriver que les exercices de pleine conscience soient difficiles pour certains patients. Il est alors toujours possible d'utiliser la relaxation musculaire profonde.

La procédure ci-dessous décrit une méthode de relaxation musculaire profonde. Il est utile de la lire les premières fois que vous pratiquez cette méthode. Progressivement, vous apprendrez à la dire. Soyez attentif, dans les deux cas, à vous adapter au rythme du patient.

Avant de commencer, il est souvent utile de vérifier que le patient ne présente pas de problèmes physiques qui pourraient interférer avec la tension ou la relaxation de certains muscles. Si le patient mentionne une zone problématique, le thérapeute devrait omettre ce groupe de muscles de la procédure et ne pas demander au patient de tendre fortement cet ensemble de muscles.

Assurez-vous que le patient est dans une position confortable. Si nécessaire demandez-lui de desserrer sa ceinture et son col de chemise. La relaxation peut se faire en position couchée ou assise.

L'observation des symptômes débutera après le point 38 de la procédure de relaxation ou avant la fin de l'exercice de pleine conscience de la respiration, elle peut être conduite de la façon suivante.

Procédure de relaxation

Je vais vous apprendre une méthode pour vous relaxer. Pour faire cela, je vais vous demander de tendre et de relaxer des groupes de muscles.

1. Prenez une profonde respiration et retenez-la. Retenez-la pendant dix secondes. Oui... Relâchez-la.
2. Soulevez vos mains et respirez normalement. Maintenant, laissez tomber vos mains.
3. Maintenant tendez vos bras et serrez vos poings. Serrez fort... Sentez la tension dans vos mains. Je vais compter jusqu'à trois et quand je dirais « trois », j'aimerais que vous laissiez tomber vos mains. Un... deux... trois...
4. Levez vos bras encore et recourbez vos mains en arrière (vers votre corps). Tendez, tendez... Maintenant laissez tomber vos mains et relaxez-vous.
5. Soulevez vos bras... Maintenant laissez-les tomber et relaxez-vous.
6. Soulevez encore une fois vos bras, mais cette fois battez vos mains dans le vide. C'est bien, relaxez-vous encore.
7. Soulevez encore une fois vos bras. Maintenant relaxez-vous.
8. Soulevez encore vos bras au-dessus du matelas et tendez vos biceps jusqu'à ce qu'ils tremblent. Crispez, crispez, crispez, relâchez... Respirez normalement, et gardez vos mains détendues. Relaxez vos mains. Sentez l'impression chaude de la relaxation.
9. Maintenant tendez vos bras de côté et durcissez vos biceps. Vérifiez que vous respirez normalement. Relâchez vos bras.
10. Maintenant cintrez, arquez vos épaules en arrière. Tenez-les crispées. Vérifiez que vos bras sont détendus. Relaxez-vous.
11. Voûtez vos épaules en avant. Maintenez-les ainsi, et vérifiez que vous respirez normalement et que vos bras sont détendus. Crispez, crispez, relâchez... C'est bien, relaxez-vous.
12. Maintenant, tournez la tête vers la droite et tendez la nuque. Crispez, crispez, relâchez... Relaxez-vous et ramenez votre tête dans sa position naturelle.
13. Tournez la tête vers la gauche et tendez la nuque. Crispez, crispez, relâchez... Relaxez-vous et ramenez la tête dans sa position naturelle.
14. Maintenant, poussez la tête en arrière. Tenez-la dans cette position... Crispez, crispez, relâchez... Maintenant relaxez-vous et ramenez la tête dans sa position naturelle.
15. Tirez la tête en avant contre vos clavicules. Tenez-la dans cette position. Crispez, crispez, relâchez... Maintenant relaxez-vous et ramenez la tête dans sa position de repos naturelle.
16. Nous allons passer à la tête. Ouvrez la bouche aussi grande que possible. Encore plus ouverte. Relaxez-vous. (La bouche doit être partiellement ouverte à la fin.)
17. Maintenant crispez les lèvres en fermant la bouche. Crispez, crispez, relâchez... Relaxez-vous.
18. Pressez votre langue contre le palais. Pressez fort... Relaxez-vous et laissez la langue revenir dans une position confortable dans la bouche.
19. Maintenant, pressez la langue contre le plancher de la bouche. Pressez fort... Relaxez-vous et laissez la langue revenir dans une position confortable dans la bouche.
20. Maintenant, restez simplement détendu. Ne pensez à rien. Laissez passer vos pensées. Centrez-vous sur l'impression de relaxation. Laissez-vous envahir par la détente et appréciez-la. Goûtez juste à la sensation de relaxation.
21. Afin que vous puissiez contrôler votre discours intérieur, j'aimerais que vous mimiez le chant d'une note élevée. Pas à haute voix ! Commencez à chanter cette note pour vous. Tenez la note, maintenant, relaxez-vous.
22. Maintenant, chantez une note médium et tendez encore vos cordes vocales. Tenez la note... Relaxez-vous.



23. Maintenant, chantez une note basse et tendez encore vos cordes vocales. Tenez la note... RelaxeZ-vous. Votre appareil vocal devrait être relaxé maintenant.
24. Maintenant, fermez les yeux. Serrez-les fort et respirez normalement. Sentez la tension. RelaxeZ-vous. Sentez la tension qui s'en va lorsque vous vous relaxez.
25. Maintenant, laissez vos yeux se relaxer et gardez la bouche légèrement ouverte.
26. Ouvrez vos yeux autant que possible. Gardez-les dans cette position. RelaxeZ-vous.
27. Maintenant froncez votre front autant que possible. Gardez-le froncé. C'est bien, relaxez-vous.
28. Inspirez profondément et gardez l'air. RelaxeZ-vous.
29. Maintenant expirez. Soufflez tout l'air dehors... Videz vos poumons. RelaxeZ-vous. Appréciez l'impression merveilleuse de respirer.
30. Imaginez qu'il y a des poids qui tirent sur tous vos muscles et qui les rendent flasques et relaxés... des poids tirant vos bras et votre corps contre son support (divan, fauteuil ou matelas). Contractez les muscles de votre abdomen. Plus fort. C'est bien, relaxez-vous.
31. Maintenant, étirez vos muscles comme si vous étiez un boxeur professionnel. Durcissez votre estomac. Crispez, crispez, relâchez... Détendez-vous. Vous devenez de plus en plus relaxé.
32. Maintenant, serrez les fesses. Plus fort. Maintenant, relaxez-vous.
33. Cherchez dans la partie supérieure de votre corps les endroits encore tendus et relaxez-les. Tout d'abord, les muscles de la face. (Pause... 3-5 s.) Puis, les cordes vocales. (Pause... 3-5 s.) La région de la nuque. (Pause... 3-5 s.) Vos épaules... relaxez tout ce qui est encore tendu. (Pause... 3-5 s.) Les bras et les doigts. RelaxeZ-vous. Soyez complètement relaxé.
34. En maintenant cet état de relaxation, surélevez les deux jambes à un angle d'environ 45°. Crispez-les... Détendez-vous. Sentez comment cela vous relaxe encore plus.
35. Maintenant tendez les pieds de façon à ce que vos orteils pointent contre vous. Tendez-les fort. RelaxeZ-vous.
36. Tendez les pieds dans la direction opposée... tendus vers le bas comme si vous vouliez faire des pointes. Sentez la tension. OK, relaxez-vous.
37. RelaxeZ-vous... Recourbez ensemble vos orteils aussi fort que vous pouvez. Plus fort. OK, relaxez-vous. (Calme... silence pendant environ trente secondes.)
38. Maintenant, explorez votre corps des pieds à la tête. Vérifiez que chaque muscle soit relaxé. (Dites lentement.) Tout d'abord vos orteils,... vos pieds,... vos jambes,... fesses,... abdomen,... épaules,... nuque,... yeux,... et finalement votre front. Tout devrait être relaxé maintenant. (Calme-silence pour environ dix secondes.) Restez étendu et sentez-vous relaxé, sentez la chaleur de la relaxation...
39. J'aimerais que vous restiez ainsi encore une minute, et puis je vais compter jusqu'à cinq. Lorsque j'atteindrai cinq, j'aimerais que vous ouvriez les yeux et que vous vous sentiez très calme et délassé. (Calme-silence pour une minute.) OK, à cinq, j'aimerais que vous ouvriez les yeux et que vous vous sentiez très calme et délassé. Un... sentir très calme ; deux... très calme, très délassé ; trois... très délassé ; quatre... et, cinq.
40. Étirez vos muscles avant de vous lever.
41. Faites le point avec le patient sur la sensation de relaxation. Évaluez le degré de détente atteint. Par exemple, en disant : « Sur une échelle de 1 à 10, 10 étant la relaxation la plus profonde que vous pourriez ressentir, à combien évaluez-vous l'état de détente maximum que vous avez obtenu durant cette séance ? ».
42. Demandez à la personne de s'exercer d'ici la prochaine séance en pratiquant l'exercice que vous venez de faire.

Exemple de procédure de focalisation sur les symptômes psychotiques

« Maintenant, nous allons nous concentrer sur les hallucinations. J'aimerais que vous les observiez telle qu'elles sont. J'aimerais que vous écoutiez les voix, ce qu'elles disent et la façon dont elles le disent sans porter le moindre jugement. J'aimerais que nous les observions tout en restant dans le moment présent. Si elles vous inquiètent ou vous conduisent à perdre votre état de relaxation ; j'aimerais que vous leviez la main et nous referons de la relaxation. J'ai besoin que vous soyez complètement détendu pour faire cet exercice. »

- Vérifiez avec le patient qu'il soit bien détendu.

- « OK, maintenant laissons venir les voix et j'aimerais que vous les écoutiez. Observez le volume des voix..., le ton des voix..., la provenance des voix, d'où viennent les voix, proche des oreilles, loin des oreilles, depuis en haut, depuis votre droite ou votre gauche. Vous n'avez pas besoin de me répondre pour l'instant. Si vous parlez, vous risquez de les arrêter. J'aimerais juste que vous les observiez, comme un scientifique observe un événement... Observer si elles viennent de l'intérieur ou de l'extérieur de la tête. Écoutez ce qu'elles disent sans réagir à leurs paroles... Si elles vous menacent, écoutez les menaces comme si elles s'adressaient à quelqu'un d'autre. Je suis avec vous, restez détendu... »

- Discutez des réactions du patient tout en conservant l'état de relaxation, puis réengagez-le dans l'écoute des hallucinations.

- « Réécoutons-les sans porter le moindre jugement et en restant le plus détendu possible. Observons le ton des voix. Est-il négatif, positif, neutre ? Écoutez les intonations des voix, comme si elles parlaient dans une langue inconnue, afin de se concentrer sur leurs formes... Écoutons le contenu. Qu'est-ce qu'elles disent ? Concentrez-vous sur leurs paroles sans réagir. Observons ce qu'elles ont à dire. Laissez-les aller et venir sans lutter contre elles... Acceptons ce qu'elles ont à dire. Ce ne sont que des paroles, des mots. Les mots n'ont pas de pouvoir en soi. Les pensées n'ont pas de pouvoir en soi. Observons-les comme on observe des pensées. »

- Discutez avec le patient des effets de l'exercice.

CHAPITRE 7

Interventions pour les idées délirantes

Pour traiter les idées délirantes les stratégies à mettre en place sont l'entraînement métacognitif, la remise en question verbale des preuves qui sous-tendent les idées délirantes et la construction de tests dans la réalité.

Entraînement métacognitif

Par métacognition, nous entendons la capacité de penser nos propres processus mentaux. Nos habiletés métacognitives nous permettent de ne pas prendre au premier degré les événements psychologiques que nous vivons. Par exemple, nous pouvons réaliser que nous tirons une conclusion hâtive d'un événement ou que nous avons commis une erreur de mémoire. Les personnes qui présentent des symptômes psychotiques sont non seulement plus vulnérables à ce type de biais, mais souvent elles n'en n'ont pas conscience.

L'équipe de Steffen Moritz et al. [266] a développé un programme d'entraînement métacognitif, disponible sur internet en plus de trente langues¹. Ce programme a pour objectif de réduire le fossé actuel entre la compréhension avancée des processus cognitifs et métacognitifs dans la schizophrénie et l'utilisation pratique de ce savoir dans le traitement clinique. Il vulgarise les connaissances acquises sur les biais cognitifs en termes compréhensibles, et il démontre certaines conséquences négatives de ces biais cognitifs. Le programme cherche à rendre les patients conscients de leurs distorsions, à les entraîner à les voir de façon critique et à les aider à compléter ou à changer leur répertoire en matière de résolution de problèmes. Des exercices qui pointent chaque biais séparément permettent de démontrer la faillibilité de l'esprit humain. Les participants sont invités à partager leurs expériences et des discussions sur les moyens de contrer ces erreurs de raisonnement permettant de fournir des possibilités correctrices. L'ambiance des groupes est ludique et stimulante : les participants apprennent à reconnaître les biais cognitifs importants dans la schizophrénie et développent des stratégies pour parvenir à des déductions plus appropriées. Chaque séance dure entre 45 et 60 minutes. Idéalement, les participants suivent deux cycles de huit séances, impliquant des exercices similaires, mais distincts au niveau des

1. Il peut être téléchargé sur le site : <http://www.uke.de/mkt>

contenus des exercices et des exemples. Le programme peut également être utilisé en individuel. Le [tableau 7.1](#) présente la structure générale du programme. Le programme est entièrement gratuit et téléchargeable.

Plusieurs études montrent l'efficacité de l'entraînement métacognitif sur la réduction des idées délirantes [267-278]. Ces résultats se maintiennent dans le temps [272, 276]. Une réduction du « saut aux conclusions » est observée dans plusieurs études pour le groupe expérimental par rapport au groupe-contrôle [275, 277, 279]. Actuellement une seule étude montre des résultats négatifs [280].

TABLEAU 7.1. Modules d'entraînement métacognitif.

Module	Exercices centraux
Style d'attribution : blâmer et prendre crédit	Les différentes causes d'événements positifs et négatifs sont étudiées
Sauter aux conclusions (partie I) – Jugement hâtif	Des fragments d'images apparaissent progressivement en montrant des objets. Les décisions prématurées conduisent à des erreurs
Changer les croyances, biais contre les preuves infirmantes	Des séquences de bandes dessinées sont présentées à l'envers en clarifiant des scénarios complexes. Après chaque image, les participants doivent évaluer la plausibilité de quatre interprétations différentes
Être empathique, partie I (théorie de l'esprit)	Des images d'expressions faciales sont présentées, et le groupe doit deviner comment le personnage se sent. La solution correcte trahit souvent la première intuition
Mémoire – Confiance augmentée dans les erreurs de mémoire	Des situations complexes sont présentées (plage) avec des éléments typiques manquants (serviette de bain, ballon). Les participants se souviennent fréquemment avoir vu les éléments manquants. La nature constructive plutôt que passive est ainsi mise en évidence. Les patients apprennent à distinguer entre les souvenirs corrects et erronés
Être empathique, partie II (théorie de l'esprit)	Des bandes dessinées qui présentent la perspective d'un des personnages sont discutées. Ce personnage n'a pas toutes les informations que possèdent les observateurs
Sauter aux conclusions, partie II	Des tableaux de maîtres sont présentés, et les participants doivent déduire leur titre parmi quatre options. Une inspection superficielle de l'œuvre conduit à des réponses fausses
Humeur et estime de soi	Des cognitions dépressives en réponse à des événements communs sont présentées, et le groupe doit développer des cognitions plus constructives et plus positives

Remise en question des preuves qui sous-tendent les idées délirantes

La remise en question des preuves qui sous-tendent les idées délirantes se fonde sur l'idée qu'un même événement peut être interprété de diverses manières.

Les interprétations d'Alexandre peuvent varier en fonction de nombreux facteurs. Certains facteurs sont liés au contexte de la situation ; par exemple : Alexandre est à contre-jour. L'histoire de la relation entre Marc et Alexandre va influencer l'interprétation. S'ils ne se sont pas vus depuis longtemps, par exemple : Marc ne me reconnaît plus, car j'ai changé. L'état d'esprit de Marc peut varier : Marc est pris dans la conversation avec cette femme et ne m'a pas vu. De la même façon, l'état d'esprit d'Alexandre risque également d'influencer l'interprétation : Marc m'ignore, car il a honte de moi. De nombreux autres facteurs sont en mesure d'influencer la situation : Marc et la femme peuvent être pris par une conversation passionnante ; Marc peut avoir oublié de mettre ses verres de contact ; le salut d'Alexandre est trop discret par rapport à l'ensemble des stimulations de la rue pour attirer le regard de Marc.

L'exemple ci-dessus peut être utilisé pour familiariser le patient avec la remise en question verbale des preuves. Il s'agit de reprendre les analyses ABC des idées délirantes, que l'on a effectuées avec le patient, et de rechercher des explications alternatives aux différentes preuves qui ont été énoncées. La remise en question de preuves qui sous-tendent les idées délirantes se fait toujours de la preuve la plus faible vers la preuve la plus forte. L'intervenant va utiliser le questionnement socratique, parce que c'est le patient qui doit générer des preuves alternatives. En effet, réfléchir à la place du patient n'aura pas beaucoup d'effet sur ses idées délirantes. Il faut, ici, donner l'opportunité au patient de prendre du recul et de réfléchir lui-même à des explications alternatives sans sauter aux conclusions,

Exemple

Alexandre voit Marc, un ami d'enfance, qui discute avec une femme sur la terrasse d'un café. Quand Alexandre arrive à leur hauteur, il salue Marc d'un signe de la main. Ce dernier ne lui répond pas. Alexandre peut interpréter cette situation de différentes façons.

- Marc ne m'a pas vu.
- Je suis à contre-jour et Marc ne m'a pas vu.
- Marc est myope.
- Marc est pris dans la conversation et ne m'a pas vu.
- Marc veut rester seul avec cette femme.
- Marc ne me reconnaît plus, car j'ai changé.
- Marc m'ignore.
- Marc m'ignore, car je l'ennuie.
- Marc m'ignore, car je lui fais honte.
- Marc m'ignore, car il a peur que je sois plus séduisant que lui.
- Marc est gêné de me présenter cette femme.
- Etc.

mais en étudiant comme un scientifique les hypothèses alternatives. Le travail thérapeutique consiste à créer une atmosphère qui permet ce travail de réflexion et à soutenir la réflexion du patient par des questions et des reformulations. **Le but du soignant n'est pas de changer la conviction du patient, mais d'aider le patient à explorer les conclusions qu'il a tirées de ses expériences.**

La procédure ci-dessous décrit le processus de remise en question des preuves.

Remise en question verbale des preuves qui sous-tendent les idées délirantes

1. Évaluer le degré de conviction dans la croyance sur une échelle allant de 0 à 100 %, zéro étant l'absence de conviction dans la croyance, 100 % étant le degré de conviction absolu.
2. Sélectionner une preuve dans la liste, en allant de la moins forte vers la plus forte.
3. Obtenir des précisions contextuelles, de façon à pouvoir visualiser la situation. Demander au patient de vous dessiner ou de rejouer la situation, si des points restent obscurs. Clarifier comment la personne est arrivée à sa conclusion.
 - À quoi est-ce que vous avez vu que... ?
 - Qu'est-ce qui vous fait penser que l'intention de l'autre était... ?
4. Demander à la personne de trouver une explication alternative.
 - Comment est-ce que nous pourrions interpréter différemment cette preuve ?
 - Est-ce qu'il existe d'autres explications ?
 - Quelle autre conclusion pourrait-on tirer de cette expérience..., de cet événement..., de cette situation ?
 - Est-ce qu'il existe des preuves contraires ?
 - Si le patient ne parvient pas à trouver d'explication alternative, lui rappeler qu'un même événement peut être interprété de différentes façons. Recourir aux techniques explicatives présentées précédemment.
5. Conserver une attitude ouverte par rapport aux nouvelles interprétations.
 - C'est possible, mais quel autre élément pourrait nous faire pencher dans cette direction ?
 - Aider la personne à voir l'effet de la nouvelle interprétation.
 - Lorsque vous voyez la situation sous ce nouvel angle, comment vous sentez-vous ? Comment auriez-vous réagi ?
6. Utiliser la contradiction hypothétique, c'est-à-dire vérifier comment la personne est ouverte à des preuves qui contredisent sa croyance en utilisant le raisonnement conditionnel. Toutefois, il est préférable de ne pas utiliser cette technique en première intention, si possible.
 - Imaginons que..., quelle serait alors votre conclusion ?
 - Si la personne ne vous avait pas vu ?
 - Si... ?
7. Explorer la signification de la croyance. Ce type de question est utile quand la personne ne parvient pas à trouver d'explication alternative.
 - Qu'est-ce que cela signifierait si c'était correct ?
 - Qu'est-ce que cela signifierait si cela s'avérait faux ?
8. Changer de point de vue, aider le patient à voir la situation sous un nouvel angle.
 - Mettez-vous à la place de l'autre personne, comment verriez-vous la situation ?
 - Imaginez que vous observiez la situation depuis un balcon, comment la décririez-vous, sous ce nouvel angle ?
 - Imaginez qu'une tierce personne ait observé la situation, comment est-ce qu'elle la décrirait ?

Il est utile maintenant de s'entraîner avec les analyses fonctionnelles que l'on trouve au chapitre 5 § Évaluation des symptômes psychotiques, par exemple les preuves d'Amélie.

Généralement, on recherche autant de preuves que possible, mais au minimum deux. Il peut arriver que le patient ne parvienne pas à trouver une explication alternative. Dans ce cas, il est utile de prendre son temps et on utilise les techniques alternatives décrites dans la procédure, comme la contradiction hypothétique, l'exploration de la signification de la croyance ou le changement de point de vue. Si le patient ne parvient pas à trouver des explications alternatives, il faut alors tenter de l'entraîner avec des situations qui ne le concernent pas.

On peut lire dans les pensées d'Amélie

Lorsque j'ai ces idées, ma belle-sœur fait comme si de rien n'était pour ne pas me déranger, mais je vois son visage se crispé.

- C'est peut-être parce que mon propre visage se crispe quand j'ai ces idées.
- J'ai plus l'impression qu'elle se crispe que je ne la vois vraiment se crispé.

À table, quand nous invitons un ami de mon mari, il arrête de me parler quand j'ai ces idées.

- Il voit que je ne suis pas disponible, car j'ai l'air tracassée.
- Quand j'ai ces idées, j'évite de regarder les gens, tellement je suis gênée. Cela n'invite pas à la discussion, de ne pas regarder les gens.

Quand j'ai des pensées gênantes, mon beau-frère écourte ses visites.

- Quand j'ai ces pensées, je suis moins disponible et je suis gênée. C'est peut-être cela qui écourte les visites de mon beau-frère.

- Ce sont peut-être des coïncidences.

À l'église, j'ai eu une idée gênante alors que je faisais la lecture de l'évangile. J'ai eu honte. Les gens ont chuchoté entre eux pour exprimer leur réprobation.

- Peut-être que comme je me suis arrêtée de lire et que j'étais vraiment gênée, c'est mon silence et ma gêne qui ont conduit aux chuchotements.

- Cela arrive souvent que les gens chuchotent à l'église. Ce n'était peut-être pas lié à moi mais à un événement qui s'est passé et que je n'ai pas vu, car j'étais concentrée sur ma lecture.

Dans le bus, je me suis dit que ce n'était pas possible que les gens puissent lire mes pensées, étant moi-même incapable de lire celles des autres. Le chauffeur du bus dit à ce moment-là : « Et dire que cela existe ! ».

- À l'époque, je pensais à cela 24 heures sur 24. Il y a des chances que, durant cette période, j'aie rencontré quelqu'un qui a pu crier cela.

- Le chauffeur s'adressait peut-être à quelqu'un d'autre que moi, une personne qui lui a coupé la route ou quelqu'un qui faisait quelque chose de bizarre dans la rue.

Lors d'un premier rendez-vous avec un psychiatre, celui-ci m'a dit : « Vos problèmes remontent à l'enfance ». J'ai eu une enfance triste, mais je ne la lui avais pas encore racontée.

- Il dit cela à tous ses patients, parce qu'il pense que les problèmes remontent toujours à la petite enfance.

- Comme c'est mon mari qui a pris rendez-vous, il lui a peut-être parlé de mon enfance.

Par exemple, *Michael's game* [281-283] est un jeu pour entraîner le raisonnement par hypothèse. Vous trouverez ci-dessous quelques situations tirées de ce programme pour entraîner les patients à générer des explications alternatives.

Construction de tests dans la réalité

La construction d'un test dans la réalité est à la fois une intervention cognitive et comportementale. L'aspect cognitif est lié à la construction du test, et l'aspect comportemental à sa réalisation. Cependant, il arrive quelquefois que les patients refusent de faire le test après que celui-ci a été construit pour le simple fait que l'élaboration du test a remis suffisamment en question la croyance de celui-ci. **La construction du test est très importante, et elle doit être réalisée par le patient dans une relation collaborative. Il ne s'agit surtout pas d'imposer des tests qui risquent de consolider les idées délirantes et réduire l'alliance thérapeutique, ou de proposer des tests qui n'ont pas de sens pour les patients.** La construction d'un test dans la réalité ressemble à la construction d'un plan de recherche ou d'un travail pratique de physique. Il respecte une méthodologie rigoureuse qui va chercher à contrôler le plus possible les variables parasites et respecter les règles de l'éthique. On ne va pas construire un test qui confirmera l'idée délirante d'un patient. On ne va pas construire un test qui comprend des risques pour soi ou pour autrui.

La fiche ci-après décrit la procédure pour construire un test dans la réalité.

Exemples de situations de *Michael's game*

- Michael s'est endormi alors qu'il était assis sur son canapé, les jambes étendues sur une table. Tout à coup, un bruit le réveille en sursaut. Il voit sur le sol un cendrier brisé. Ce cendrier était sur la table sur laquelle Michael avait étendu les jambes avant de s'endormir. Michael se demande si un inconnu ne se serait pas glissé chez lui et aurait renversé le cendrier. Quelles sont les explications alternatives ?
- Michael est dans le train, quand il rencontre Julie, une collègue de travail qu'il trouve très sympathique. En se quittant, ils échangent leurs coordonnées. Une fois Julie partie, Michael veut ranger le numéro de téléphone de Julie, mais ne le retrouve plus, même en fouillant ses poches. Michael se dit : « On me l'a volé ». Quelles sont les explications alternatives ?
- Michael va acheter du pain. La vendeuse lui demande 1 euro et vingt centimes. Il lui présente un billet de vingt euros car il aimerait faire de la monnaie. La vendeuse lui demande s'il n'a pas un billet plus petit. Michael, gêné, se dit : « Elle a lu dans ma pensée, elle a su que je cachais un billet plus petit pour faire de la monnaie ». Quelles sont les explications alternatives ?

Construire un test dans la réalité

1. Choisir la croyance à tester.

S'il y a plusieurs croyances à tester, il faut commencer par la plus faible.

Écrire la croyance à tester.

2. Évaluer le degré de conviction dans la croyance sur une échelle allant de 0 à 100 %, zéro étant l'absence de conviction dans la croyance, 100 % étant le degré de conviction absolu.

3. Construire l'expérience pour tester la croyance.

- Comment pourrions-nous tester cette croyance et vérifier si elle est correcte ou fausse ?

4. Faire une prédiction.

- Si nous mettons ce test à exécution, que pensez-vous qu'il va se passer ?

- Est-ce que cela diminuerait votre conviction dans la croyance ?

Écrire la prédiction.

5. Identifier les problèmes éthiques ou les risques.

Si le test ne diminue pas la conviction dans la croyance, le test n'est pas considéré comme éthique, car un test dans la réalité cherche à réduire la souffrance et non à l'augmenter.

- Quels sont les risques, pour vous ?

- Quels sont les risques pour les autres personnes impliquées dans le test ?

6. Trouver des moyens de réduire les problèmes éthiques ou les risques.

- Quel serait le test qui réduirait votre souffrance ou votre crainte ?

- Comment peut-on réduire les risques ?

7. Identifier les variables parasites.

- Est-ce que les résultats du test pourraient être attribués à d'autres causes, d'autres facteurs que ceux que nous avons évoqués ?

8. Trouver les moyens de contrôler les variables parasites.

- Comment pourrait-on contrôler ces variables, ces facteurs parasites ?

- Estimer combien de fois une hypothèse doit être confirmée pour être validée.

- Si le test pose trop de problèmes méthodologiques, élaborer un autre test.

9. Conduire l'expérience.

- Dans la mesure du possible, accompagner le patient dans les premiers tests et vérifier que l'expérience est correctement conduite.

- Utiliser des tests progressifs.

- Garantir les succès lors des premières expériences.

- Saisir les opportunités imprévues d'infirmer la croyance à l'occasion de l'expérience lorsque celle-ci se passe dans un lieu public.

- Si le test se passe mal, l'arrêter ou le rediscuter.

10. Évaluer le résultat de l'expérience.

Évaluer si le résultat correspond à la prédiction.

- Le résultat est-il lié à l'expérience ou à d'autres causes qui n'ont pas été prises en compte dans la construction du test ?

- Discuter le résultat et réfléchir à d'autres façons de tester la croyance.

11. Évaluer le degré de conviction dans la croyance sur une échelle allant de 0 à 100 %, zéro étant l'absence de conviction dans la croyance, 100 % étant le degré de conviction absolu.

12. Définir une croyance alternative à la croyance définie choisie au point 1.

Cas clinique

Amélie pense que l'on peut lire dans ses pensées. Lorsqu'on lui demande comment est-ce que l'on pourrait tester cette conviction, elle ne voit pas de solution, à l'exception du scanner qui détecterait la puce que l'on aurait introduite dans son cerveau. Son infirmier l'invite à chercher d'autres tests possibles. Elle dit que cela ne servirait à rien qu'elle pense à des mots et que l'autre doit deviner : elle croit que la plupart des gens lui mentiraient pour chercher à la soulager et à la détendre. Quand son infirmier comprend que la menace générale à la validité des résultats des expériences qu'elle conçoit est le mensonge, il l'invite à réfléchir à un test qui contrôle le mensonge. La patiente n'y parvient pas. Il lui demande comment on fait, habituellement, pour contrôler si les gens mentent : Amélie se réfère au détecteur de mensonge ; l'infirmier lui demande alors comment fonctionne le détecteur de mensonge, et la patiente peut répondre qu'il s'agit de mesurer les réactions physiologiques. L'infirmier lui montre un ouvrage qui explique que les émotions exprimées par le visage ont une forte base biologique, puisqu'elles sont exprimées avec les mêmes muscles dans toute l'humanité. Ce qui change d'une culture à l'autre, ce sont les stimuli qui vont déclencher telle ou telle autre émotion. La patiente imagine qu'elle pourrait développer un test dans lequel elle pense rapidement à des choses drôles et affligeantes et vérifier les réactions sur le visage des gens. Le principe de l'expérience est accepté, mais l'infirmier l'interroge sur ce qui pourrait influencer les résultats. La patiente ne voit pas de variables parasites. Son infirmier lui explique que les émotions ont un côté contaminant et que si elle exprime de la joie ou de la tristesse, cela pourrait se lire sur son visage et que l'autre pourrait réagir à cela plutôt qu'à ses pensées. Amélie accepte la remarque, en disant qu'elle essaiera de contrôler les expressions de son visage. Le test suivant est finalement construit : Amélie devra, dans une rue passante, accompagnée de son infirmier, penser à des choses dégoûtantes tout en gardant une expression faciale lisse. Le dégoût a été choisi, car c'est une émotion facile à décoder : c'est la seule émotion qui implique le nez (plissement sur le nez). Avant l'exercice, ils ont décidé de faire un tour de la zone de test, afin de vérifier s'il n'y pas d'autres sources de dégoût (poubelle éventrée, vomi). La patiente est s'entraînée à penser à des choses dégoûtantes devant un miroir pour apprendre à conserver un visage lisse. Durant le test, l'infirmier compte le croisement de cinquante personnes, et Amélie a des doutes sur un passant seulement qui a soutenu son regard longtemps. Amélie est d'accord de poursuivre seule le test avec d'autres émotions.

Concrètement, ci-dessous, vous trouvez la fiche remplie avec Amélie ([tableau 7.2](#)).

Souvent les personnes qui pensent qu'on peut lire dans leurs pensées évitent le regard d'autrui par gêne. Lecteur, comptez combien de fois par jour vous seriez gêné si les gens pouvaient lire vos pensées ! Ce genre de test permet de rétablir le contact visuel et de lutter contre un comportement de recherche de sécurité qui maintient l'idée délirante par l'absence de contrôle.

Les fiches suivantes donnent des exemples de tests dans la réalité.

TABLEAU 7.2. Test dans la réalité.

Croyance à tester	– On peut lire dans mes pensées Degré de conviction : 90 %
Expérience pour tester la croyance	– Je pourrais, par exemple, penser à des choses dégoûtantes qui donnent la nausée
Étant donnée la croyance, que prédisiez-vous ?	– Si les gens montrent des signes de dégoût ou de nausée, c'est qu'ils peuvent lire dans mes pensées
Qu'est-ce qui peut influencer les résultats ?	– Si moi-même je montre des signes de nausée ou de dégoût avec mes expressions faciales, je peux transmettre du dégoût de façon non verbale – Il peut y avoir autre chose dans les environs qui provoque du dégoût (poubelle éventrée, rat écrasé)
Comment puis-je contrôler ces influences ?	– En conservant mon visage détendu, pendant que je pense à quelque chose de dégoûtant – En vérifiant qu'il n'y a pas de choses dégoûtantes dans les environs
Quel est le résultat du test ?	– Les gens n'ont pas manifesté de dégoût
Est-ce que cela correspond à la prédiction ?	– Non Degré de conviction : 30 %
Croyance alternative	– Je me sens vulnérable au regard d'autrui et facilement envahie par l'environnement ; cela ne veut pas dire que les autres peuvent savoir ce qui se passe en moi

Pensées imposées

- Problème : une force place des pensées agressives dans ma tête.
- Alternative : peut-être ces pensées sont-elles les miennes ?
- Prédiction : si je suis en colère, les pensées agressives devraient être plus fréquentes.
- Expérience : penser à des situations qui m'ont mis en colère et observer si cela déclenche des pensées imposées.
- Conclusion : il est normal d'avoir des pensées agressives quand on est en colère.

Défier le pouvoir des voix

- Problème : les voix vont me faire du mal si je leur désobéis.
- Alternative : les voix font partie de mon esprit, et j'ai actuellement de la peine à les gérer.
- Prédiction : si je parle au soignant de ce que me disent les voix, elles devraient se montrer plus menaçantes et me punir.
- Expérience : parler des voix au thérapeute.
- Conclusion : parler des voix m'angoisse, mais cette angoisse diminue après un moment. Il s'agit davantage du pouvoir que je leur attribue plutôt que d'un pouvoir qui leur appartient.

Déni de la maladie

- Problème : je ne suis pas malade. Pourquoi dois-je rester en contact avec les services de soins ?
- Alternative : je n'aime pas me rappeler que j'ai été malade. Des amis m'ont dit que je pouvais leur faire peur.
- Prédiction : si ma maladie est active, elle devrait varier avec le stress.
- Expérience : mesurer les symptômes de la maladie et les événements de vie stressants durant une période et développer des stratégies pour y faire face.
- Conclusion : le stress affecte ma maladie, mais je peux la gérer.

Isolement social

- Problème : aucune femme ne voudra sortir avec moi après les choses folles que j'ai commises.
- Alternative : je suis découragé et vois les choses négativement ; d'autres ont bien réussi à faire leur vie après avoir été malades.
- Prédiction : si une autre personne y est arrivée, je ne vois pas pourquoi je ne le pourrais pas.
- Expérience : discuter avec un patient qui a une amie et a également eu un début de vie chaotique.
- Conclusion : il a réussi, pourquoi ne le pourrais-je pas ?

Remplir la fiche suivante ([tableau 7.3](#)) permet de valider les tests dans la réalité.

Intervention pour réduire les comportements de recherche de sécurité

Comme on l'a déjà vu, les comportements de recherche de sécurité peuvent contribuer au maintien des idées délirantes. Un patient qui ne sort plus de chez lui parce qu'il a des idées de persécution ne peut plus vérifier s'il a de bonnes raisons d'être persécuté. Le patient qui est aux aguets va, quant à lui, provoquer des regards d'autrui qui vont à leur tour renforcer l'idée que les gens l'observent. Les interventions pour réduire les comportements de recherche de sécurité impliquent souvent des expositions dans le milieu vécu comme menaçant. Il s'agit de développer avec le patient une connaissance anthropologique de la rue. Probablement, comme nous l'avons vu au chapitre 5, l'exposition au regard d'autrui va souvent être une intervention particulièrement importante.

TABLEAU 7.3. Test dans la réalité.

Croyance à tester	Degré de conviction : %
Expérience pour tester la croyance	
Étant donné la croyance, que prédisez-vous ?	
Qu'est-ce qui peut influencer les résultats ?	
Comment puis-je contrôler ces influences ?	
Quel est le résultat du test ?	
Est-ce que cela correspond à la prédiction ?	Degré de conviction : %
Croyance alternative	

Il faut donc enseigner au patient comment affronter les croisements de regards, mais aussi les rires d'un groupe ou les commentaires à la troisième personne que l'on peut saisir lors d'une conversation dans les transports en commun. C'est-à-dire aux stimuli qui peuvent déclencher des idées délirantes (A) [284]. On accompagnera les patients dans les endroits qui déclenchent des idées délirantes, on leur apprendra à faire face à ces stimuli en utilisant des méthodes de relaxation et d'exposition. Les infirmiers ou les éducateurs ont, là, un avantage important par rapport aux médecins ou aux psychologues, car ils ont l'habitude des interventions à l'extérieur des murs d'un bureau. En termes de procédure, il est utile de se donner rendez-vous dans un endroit un peu retiré de la foule avec une vue dominante sur un lieu de passage. En effet, certains patients, qui ont évité très longtemps la foule, seront très craintifs devant ce genre d'exercices, même s'ils sont motivés. Il est même fréquemment nécessaire de se donner rendez-vous au domicile du patient. Une fenêtre donnant sur la rue peut alors servir de lieu dominant ; il faut commencer l'exercice par une désensibilisation à distance. On va demander au patient d'observer la rue et de regarder comment les gens se croisent, comment ils se regardent, comment ils marchent. En même temps que l'on attire le regard du patient sur la foule, on lui propose de se relaxer en prenant conscience de sa respiration et de son corps. On définit également des signes que l'on peut utiliser dans la rue

pour signaler une augmentation de l'angoisse ou la détection d'un stimulus qui déclenche une idée délirante. Par exemple, un signe de la main pour l'anxiété et un coup de coude pour le stimulus. Ensuite, on va descendre dans la rue avec le patient et l'exposer progressivement à la foule en choisissant des rues plus ou moins piétonnes ou des heures de moindre ou de plus grande affluence.

Exemple d'exercice à réaliser dans la rue, en marchant ou assis dans un lieu d'observation (terrasse de café, muret, fontaine, etc.)

Croiser le regard d'autrui

Pour commencer, on va définir avec le patient, en fonction de la densité de population de cette rue, à quelle distance se trouve le point de croisement des regards. Généralement, plus la densité est élevée, plus le point de croisement sera proche de nous.

Une fois le point de croisement défini *grosso modo*, on va demander au patient de regarder en face de lui, environ dix mètres au-delà ce point, et de nous décrire à haute voix ce qu'il observe.

Si le patient est anxieux, on va lui demander de prendre conscience de sa respiration, de prendre conscience du contact de ses pieds au sol. On peut lui dire de s'imaginer en anthropologue qui étudie une population étrangère ou en train de suivre un reportage à la télévision ou au cinéma.

Quand le patient accomplira la tâche de regarder au loin, il pourra observer qu'avant le point de croisement des regards, personne ne fait attention à lui, et que les passants sont absorbés par d'autres occupations, comme regarder devant eux ou faire du lèche-vitrines.

Il peut être ensuite utile de choisir un point d'observation pour vérifier comment les gens croisent le regard d'autrui. L'intervenant peut servir de modèle, montrer comment on fait et essayer de définir différents types de croisements de regard.

- Le plus souvent, le croisement est bref.
- Parfois, il peut être soutenu par mégarde, et les deux personnes vont baisser les yeux ou changer la direction du regard au moment où elles réalisent que le regard est soutenu. Parfois, il peut être soutenu dans une sorte de concours à celui qui tiendra le plus longtemps, le plus souvent entre deux hommes.
- Les femmes ont plus souvent tendance à éviter le croisement de regard avec les hommes que les hommes avec les femmes.

On va essayer de définir des stratégies pour faire face au regard soutenu.

- Il est possible de sourire pour réduire l'intensité d'un regard que l'on perçoit comme agressif.
- Il est possible de saluer, pour réduire la tension.
- Il est possible de baisser le regard ou de regarder ailleurs.

Pour un patient avec des idées de référence, on va lui demander de nous donner un coup de coude à chaque stimulus qui déclenche une idée de référence (phrase dans un café ou dans le métro, rire dans la rue, etc.) et d'affronter ce stimulus. Si ce sont des mots, on va demander au patient d'écouter la phrase jusqu'au bout. Si ce sont des rires, d'aller regarder ce qui se passe.

Cas clinique

Thibaud pense que les gens parlent de lui. Lors d'un exercice, alors qu'il est dans le métro avec son infirmier, il entend « psychotique ». Comme convenu, il donne un petit coup de coude à ce dernier. Celui-ci lui demande d'écouter la suite de la conversation du groupe de passagers dont provient le mot inquiétant. On apprend qu'il s'agit d'étudiants en médecine qui sortent d'un cours d'un professeur connu, et qu'ils parlent de tout autre chose que du patient. Thibaud est soulagé. Il rit même de bon cœur de s'être senti visé par le terme.

Il est possible de réaliser ces exercices en groupe, combinés avec des exercices pratiques. On peut, par exemple, se donner rendez-vous dans un parc et y faire un exercice de pleine conscience, puis essayer de conserver cet état de pleine conscience en marchant dans la rue et en observant les gens avec bienveillance. On divise le groupe en plus petits groupes qui vont étudier comment les gens croisent le regard ou observer comment les gens marchent dans la rue. Par exemple, observer que les gens marchent moins vite quand ils passent d'une rue étroite à une place, ou inversement qu'ils accélèrent spontanément quand une rue devient de plus en plus étroite. Il peut aussi être intéressant d'observer comment les gens se regardent dans les transports en commun, en fonction de la densité.

CHAPITRE 8

Interventions pour l'anhédonie

Les symptômes négatifs de la schizophrénie ou le syndrome déficitaire sont des éléments centraux de la schizophrénie, persistants ou secondaires à la symptomatologie aiguë. Par exemple, une personne peut être anhédonique parce qu'elle est déprimée, présenter un retrait social car elle se sent persécutée, ou paraître manquer de volonté tandis qu'elle lutte activement contre ses hallucinations auditives. De même, les effets secondaires du traitement neuroleptique comme l'akinésie se confondent avec l'émoussement de l'affect. Les symptômes négatifs primaires restent largement récalcitrants aux traitements médicamenteux actuels [285], même s'ils sont parfois en mesure d'être améliorés par de petites doses d'antipsychotiques [286]. Le plus souvent, les améliorations qu'on observe suite à un traitement pharmacologique sont la conséquence de la réduction des symptômes négatifs secondaires aux symptômes psychotiques ou dépressifs [287].

Les effets des traitements pharmacologiques actuels sur les symptômes négatifs primaires demeurent plutôt décevants [288]. Ce manque de traitement efficace est un problème majeur, du fait que ces symptômes déficitaires constituent un mauvais pronostic. Ils contribuent largement à la baisse du fonctionnement social [289] et professionnel [290]. Ils sont associés à une mauvaise qualité de vie [291] et sont particulièrement difficiles à tolérer pour les familles.

En ce qui concerne les traitements psychosociaux, certaines études ont mis en évidence que la thérapie cognitive et comportementale peut conduire à une réduction significative des symptômes négatifs secondaires [292, 293]. Une étude combinant un suivi dans la communauté, un entraînement des habiletés sociales et des groupes multifamiliaux montre une amélioration substantielle des symptômes négatifs après deux ans de traitement. Ces résultats ont été attribués à l'entraînement des habiletés sociales [294, 295]. Toutefois, cette étude porte sur 547 patients au moment de leur premier épisode psychotique. Il est possible que les symptômes négatifs soient plus malléables à ce moment précis de la maladie. Une autre étude indique que la thérapie cognitive des symptômes psychotiques a un effet tangible sur les symptômes négatifs [296]. Dans cette dernière étude, les changements entre symptômes positifs et négatifs arborèrent une certaine indépendance, indiquant que l'amélioration de ces derniers n'était pas simplement une conséquence de la réduction des symptômes positifs ou dépressifs.

Le problème majeur dans l'évaluation des symptômes négatifs est justement de préciser s'il s'agit de symptômes négatifs primaires ou consécutifs

aux symptômes dépressifs ou psychotiques. Ce que nous appelons symptômes négatifs aujourd'hui est une perte ou une réduction de certains comportements, de l'expression des affects et des émotions, de la volonté, et enfin, de la capacité d'éprouver du plaisir.

Il existe plusieurs échelles qui visent à évaluer les symptômes négatifs. La *Brief Psychiatric Rating Scale* [297] et la *Positive and Negative Syndrome Scale* [298] ont des sous-échelles ou facteurs utilisés comme mesure des symptômes négatifs. D'autres échelles ont été construites spécifiquement pour mesurer les symptômes négatifs, comme la *Scale for Assessment of Negative Symptoms* [75], la *Negative Symptom Assessment* [299] et la *Schedule for the Deficit Syndrome* [300].

Expérience temporelle du plaisir et schizophrénie

L'anhédonie, la difficulté d'anticiper ou d'éprouver du plaisir, est un symptôme particulièrement défiant de la schizophrénie [301]. Elle est souvent associée à l'apathie et à la réduction de la socialisation. Elle fait partie des symptômes négatifs de la schizophrénie. Elle est associée au facteur d'expérience diminuée (anhédonie, asociabilité et avolition) que l'on distingue du facteur d'expression limitée (émoussement de l'affect, alogie) [302, 303]. Une étude récente note que le syndrome apathie-anhédonie tend à se conjuguer avec un pronostic plus défavorable que les symptômes montrant une expression diminuée, suggérant qu'il s'agit d'un aspect plus sévère de la psychopathologie [304].

Il semblerait que les individus diffèrent dans leur capacité de ressentir le plaisir anticipatoire (défini comme la capacité d'éprouver le plaisir par anticipation) et l'expérience de plaisir consommatoire (défini comme le plaisir éprouvé au moment d'une activité agréable) [305]. Klein [306] a brièvement ébauché une distinction entre plaisirs anticipatoire et consommé dans un texte théorique sur l'anhédonie dans la dépression. Il apparaît que le plaisir anticipatoire est plus étroitement lié à la motivation et aux comportements dirigés vers un but et que le plaisir consommatoire est plus étroitement lié à la satiété. Plusieurs études soulignent que les personnes atteintes de schizophrénie sont moins actives ou impliquées dans des activités agréables et positives que les non patients. Cependant, les études en laboratoire qui ont mesuré l'expérience du plaisir actuel lors de la confrontation à des stimuli agréables n'ont pas montré que les patients expérimentaient moins de plaisir que les sujets contrôles. Une explication possible de ces différences de résultats serait que les personnes atteintes de schizophrénie présenteraient un déficit du plaisir anticipatoire et non du plaisir consommé [307]. Une autre étude confirme cette hypothèse, en révélant que les patients avec une schizophrénie rapportent le même plaisir lors d'activités agréables que les sujets contrôles mais anticipent moins de réjouissance pour les activités plaisantes futures [308]. Afin de mesurer brièvement les expériences de plaisirs anticipé et consommé, Gard et al. [305] ont développé une échelle d'auto-évaluation en 18 items, l'Échelle d'expérience temporelle du plaisir. Cette échelle a été validée en français et peut cerner si un patient a de la

difficulté à anticiper le plaisir [301]. Dans ce contexte, le plaisir anticipatoire représente une cible intéressante pour le développement de nouvelles thérapies, pour améliorer les déficits de l'envie et de l'initiative dans la schizophrénie. Il est possible, dès lors, d'imaginer que l'entraînement à anticiper les effets d'activités potentiellement agréables puisse augmenter la motivation et le désir d'accomplir des actions. Pour l'instant, les données préliminaires sur l'efficacité d'une telle approche sont limitées mais encourageantes [309]. Au lieu d'engager les patients dans des activités agréables avec l'espoir qu'elles améliorent l'apathie, il s'agit d'inviter les patients à imaginer quelles seraient les conséquences positives en termes de plaisir, de sentiment d'accomplissement ou de satisfaction de s'engager dans une activité. Si le manque d'activité est consécutif à la dépression, il faut engager les patients dans des activités agréables, comme on l'a vu au chapitre 2. En revanche, si le patient montre une difficulté d'éprouver du plaisir anticipatoire sur l'échelle d'expérience temporelle du plaisir, il est préférable de l'engager dans le programme d'entraînement du plaisir anticipatoire décrit ci-après.

Cas clinique

Julien est reclus chez lui depuis plusieurs mois ; il n'a plus ni la force ni l'envie de sortir de chez lui. Il passe ses journées à dormir et à regarder la télévision. Il dit qu'il a perdu ses envies. Il a un score faible de dépression sur l'échelle de Calgary. Avant de tomber malade, c'était un passionné de hockey, mais il craint de retourner à la patinoire. Il appréhende surtout la foule. Des copains, avec qui il jouait au hockey, viennent quelquefois lui rendre visite le soir. Il garde un bon souvenir de la relation qu'il avait avec sa sœur. Toutefois, celle-ci est moins disponible, car elle a un ami. Julien dit que, s'il avait des envies, il referait bien un peu de sport. Avant de tomber malade, il avait commencé un apprentissage de mécanicien sur moto : il aime particulièrement les Harley Davidson. Sur le plan des soins personnels, Julien se laisse aller ; parfois, il dégage une forte odeur corporelle.

Les personnes atteintes de schizophrénie présentent également de la difficulté à savourer les événements positifs en comparaison aux sujets contrôles [310]. Savourer, c'est la capacité d'éprouver consciemment les sensations agréables provoquées par une expérience positive. Au niveau comportemental, l'expression faciale des émotions joue un rôle causal dans l'expérience subjective des émotions [311]. Il est utile de rappeler que, bien que l'expression extérieure émotionnelle observable soit diminuée dans la schizophrénie, les études indiquent que les personnes atteintes de schizophrénie affichent des mouvements musculaires du visage, mesurés par électromyogramme, similaires, mais très subtiles, congruents à leurs réponses [312]. Finalement, capitaliser les moments positifs consiste à communiquer et à célébrer les événements positifs avec les autres. Cette stratégie est associée à une amélioration de l'affect, au-delà de l'impact de l'événement positif lui-même [311]. Dans la schizophrénie, le retrait social peut conduire à réduire les possibilités de raconter aux autres les expériences positives de la vie quotidienne et ainsi d'obtenir les bénéfices de cette compétence.

Croyances défaitistes

Les symptômes négatifs sont généralement accompagnés de croyances défaitistes et d'attentes négatives de succès [310, 313, 314]. En effet, le modèle cognitif des symptômes négatifs imagine que la personne avec une vulnérabilité pour la schizophrénie rencontrera de nombreuses difficultés liées aux exigences environnementales durant l'adolescence et au début de l'âge adulte, notamment au niveau des performances scolaires et des relations sociales. Ces difficultés initiales conduiront à la formation de croyances dysfonctionnelles sur le risque d'être rejeté ou d'échouer. Ces croyances conduiront à une réduction des comportements dirigés vers un but, limitant ainsi les occasions de contredire ces croyances négatives. Les croyances défaitistes conduisent à l'impuissance apprise. L'impuissance apprise est définie comme le résultat d'un apprentissage dans lequel le sujet fait l'expérience de son absence de contrôle sur les événements survenant dans son environnement. Cette expérience amènerait la personne à adopter une attitude résignée ou passive. Cette impuissance est dite « apprise » car elle se généralise à des situations dans lesquelles l'action du sujet aurait pu être efficace.

Exemples de croyances défaitistes

- Mieux vaut ne rien faire que d'échouer.
- Cela ne sert à rien d'aller vers l'autre puisqu'il va me rejeter.
- Échouer dans une tâche montre qu'on est un perdant.
- C'est inutile de faire quelque chose si ce n'est pas parfait.
- Un échec partiel est aussi grave qu'un échec complet.
- Demander de l'aide est un signe de faiblesse.
- Ne pas faire aussi bien que les autres est un signe d'infériorité.
- Prendre un risque léger est ridicule, car l'échec est susceptible d'être un désastre.
- Poser des questions est une marque de sottise.
- Faire une erreur est pathétique.

Cas clinique

Arthur est replié sur lui et très peu actif. Il reste enfermé dans sa chambre la plupart du temps. On ne sait pas très bien ce qu'il fait de son temps car il répond évasivement aux questions que l'on pourrait lui poser. Lorsqu'on lui demande de participer à une activité, il répond invariablement : « À quoi cela sert ? ». Son comportement est surprenant car avant de tomber malade il était plutôt actif et enjoué. Mais il est vrai que l'expérience de la maladie l'a conduit à de nombreux échecs. Il n'est pas parvenu maintenir un emploi et à conserver son logement. Il vit dans un hébergement protégé.

Programme émotions positives pour la schizophrénie (PEPS)

Le PEPS, programme d'émotions positives pour la schizophrénie, est un programme groupal qui cherche à améliorer l'anhédonie, en réduisant les émotions négatives et les pensées défaitistes et en augmentant le contrôle cognitif des émotions positives (soit l'anticipation et le maintien des émotions). Il s'agit d'un programme en huit séances d'une heure, administré à l'aide de matériel multimédia (visuel et sonore) présenté sous forme de fichiers PowerPoint projetés sur un écran. Les groupes sont composés de 5 à 10 participants. Chaque séance commence par un accueil et un exercice de relaxation. Dès la seconde séance, les animateurs passent en revue la tâche à domicile qui a été prescrite à la fin de la séance précédente. La séance se poursuit avec la remise en question d'une croyance défaitiste, puis l'apprentissage d'une compétence pour améliorer l'anticipation ou le maintien du plaisir. La séance se termine par la prescription d'une tâche à accomplir pour la séance suivante. Les compétences enseignées sont : savourer l'expérience agréable, exprimer les émotions de manière comportementale, capitaliser les moments positifs et anticiper les moments agréables. Le concept pédagogique du programme est construit sur la base du modèle de l'apprentissage expérientiel de Kolb et Kolb [315]. Il comprend pour chaque activité :

- l'*expérience concrète*, durant laquelle l'apprenant réalise une tâche concrète ;
- l'*observation réfléchie*, au cours de laquelle l'apprenant réfléchit sur son expérience, son vécu : il communique à propos de la réalisation de la tâche ;
- la *conceptualisation abstraite*, pendant laquelle l'apprenant interprète les événements, en établissant des liens théoriques apportés par les animateurs ou par les apprenants eux-mêmes ;
- l'*expérimentation active*, durant laquelle l'apprenant anticipe une nouvelle expérimentation de la tâche, à la lumière des savoirs acquis dans la phase précédente et la réalise.

Les animateurs participent aux séances comme les participants, en accomplissant les exercices, en partageant leur vécu et en effectuant les tâches prescrites.

Processus d'une séance

La séance débute par une crise de calme afin de rendre les participants disponibles, car ceux-ci peuvent être contaminés par émotions désagréables [316]. La crise de calme a été développée par Charly Cungi [317].

La crise de calme

- Cherchez une position confortable bien assis sur votre chaise.
- Prenez un petit moment pour trouver la bonne position.
- Dans la mesure du possible, posez vos pieds au sol et tenez votre dos droit décollé du dossier. Toutefois, si cette position ne vous convient pas, cherchez une position plus confortable.





- Soyez attentif aux paroles suivantes :
 - expirez l'air de vos poumons, calmement, comme un « ballon qui se dégonfle » ;
 - inspirez un tout petit peu d'air, sans effort ;
 - gardez un tout petit moment cet air, afin de bien favoriser les échanges gazeux au niveau des poumons ;
 - laissez l'air s'échapper de vos poumons, sans forcer ;
 - focalisez votre attention sur la région du cœur ;
 - respirez confortablement, sans effort, à travers cette zone, recherchez la respiration la plus agréable ;
 - focalisez sur une émotion, sur un sentiment agréable.
- Après un instant, terminez l'exercice en disant : « Vous pouvez arrêter l'exercice quand vous le désirez ».

Après chaque exercice, les animateurs passent en revue avec les participants ce qu'ils ont observé et ressenti durant l'exercice. Les animateurs s'impliquent comme les participants en décrivant leur propre expérience.

Partage de l'expérience

- Qu'avez-vous ressenti ? Sensations agréables, désagréables, confort, inconfort, etc.
- Avez-vous rencontré des difficultés ou des facilités ? Concentration, disponibilité, intérêt, ennui, etc.
- Comment vous sentez-vous maintenant ?

La séance se poursuit par un exercice pour changer les croyances défaitistes.

Changer les croyances défaitistes

- Jill a rencontré un problème durant l'exercice.
- Elle se dit qu'elle n'a pas réussi à se relaxer et qu'elle est nulle.
- Notre tâche est de l'aider à trouver une croyance alternative.

Les animateurs vont tout d'abord conduire les participants à trouver des attributions plus équilibrées sur les raisons qui ont pu conduire Jill à ne pas réussir à se relaxer, notamment en déterminant dans la fiche suivante ce qui peut être attribué à elle-même, aux autres ou à la situation. La fiche suivante montre un exemple.

« Je n'arrive pas à me relaxer. »

Développez une attribution plus équilibrée

- Qu'est-ce qui peut être lié à elle ?
- « J'ai de la peine à me relaxer, j'ai des idées parasites, je suis trop stressée. »
- Qu'est-ce qui peut être lié aux autres ?
- « Les animateurs ont des attentes trop élevées, leurs instructions ne sont pas claires. La présence des autres me perturbe pour me relaxer. Je n'aime pas la voix de l'exercice. »
- Qu'est-ce qui peut être lié à la situation ?
- « Il y a trop de bruit dans la pièce. L'exercice ne me convient pas. »

Les animateurs aident ensuite les participants à trouver des conclusions alternatives à la croyance : « Je suis nulle » de Jill.

Est-ce que je suis nulle ?

Quelles seraient les conclusions alternatives ?

- « Ce n'est pas parce que je n'y arrive pas du premier coup que je suis nulle. »
- « Peut-être qu'en m'entraînant, j'y parviendrais. »
- « Certaines zones de mon corps se sont détendues. »
- « L'exercice ne me convient pas ; un autre peut-être ? »

Une tâche simple est prescrite entre chaque séance. Par exemple : « Pour la prochaine fois, veuillez choisir une image ou un objet qui provoque une émotion ou un sentiment agréable pour vous, en vue de la présenter au groupe ! ».

Le PEPS est composé de huit séances (et de cahiers, pour le participant et le formateur¹) :

- séance 1 : croyances défaitistes ;
- séance 2 : savourer les moments agréables (I) ;
- séance 3 : accentuer l'expression comportementale des émotions ;
- séance 4 : capitaliser et partager les moments agréables avec les autres ;
- séance 5 : savourer les moments agréables (II) ;
- séance 6 : anticiper les moments agréables (I) ;
- séance 7 : anticiper les moments agréables (II) ;
- séance 8 : révision de l'ensemble des compétences.

Les exercices de révision sont animés par les participants lors de la dernière séance.

Les exercices ci-dessous présentent des exemples des compétences qui sont enseignées dans le PEPS.

1. Ils peuvent être téléchargés sur le site : http://homepage.hispeed.ch/Jerome_Favrod/peps.htm

Exercices

Savourer l'expérience agréable

Savourer l'expérience agréable consiste à devenir conscient du plaisir ou des émotions positives que l'on est en train d'éprouver. Les participants sont invités à regarder l'image d'un paysage agréable ou à écouter une musique plaisante et à prendre conscience du plaisir ressenti.

Exemple

« Veuillez regarder cette image, notez mentalement les éléments que vous appréciez et observez comment vous les savourez. »

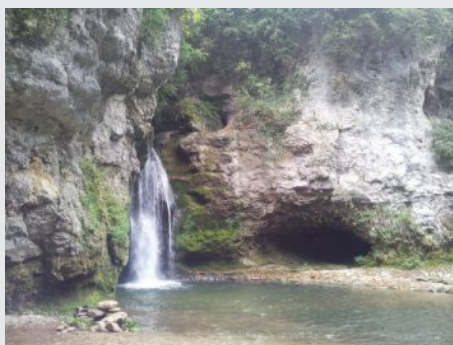


FIGURE 8.1. La Tine de Conflens, Suisse.

Après chaque exercice, les participants et les animateurs sont invités à raconter les résultats de leurs observations.

Expression comportementale des émotions

L'expression comportementale des émotions consiste à exprimer des expressions faciales et gestuelles qui accompagnent une émotion positive, d'abord en imitant des photographies de comédiens exprimant une émotion positive projetées sur l'écran durant vingt secondes, puis en décrivant les expériences propres des participants.

Exemple

« Veuillez imiter les gestes et les expressions des comédiens ci-dessous et observez ce que cela produit en vous. »





FIGURE 8.2. Charlotte Aeschbacher, comédienne.



FIGURE 8.3. Yael Horowitz, comédien.

Capitaliser les moments positifs

Capitaliser les moments positifs consiste à communiquer et à célébrer les événements positifs avec les autres. Cette stratégie est associée à une amélioration de l'affect, au-delà de l'impact de l'événement positif lui-même. L'exercice de base de cette séance va consister à raconter un événement positif à son partenaire et observer ce que cela produit en nous.

Anticiper les moments agréables

Anticiper les moments agréables implique d'imaginer la nature des sensations agréables produites par un événement positif futur. Les participants vont commencer par faire une brève liste des activités agréables passées qu'ils aimeraient reprendre, les activités actuelles qu'ils aimeraient augmenter ou les activités nouvelles qu'ils aimeraient accomplir.

Il est important de noter les activités de zéro à 10 en fonction du plaisir produit et de l'effort à fournir : par exemple « zéro », pas de plaisir, pas d'effort nécessaire, « 10 » extrêmement envie d'accomplir l'activité, effort extrême pour accomplir la tâche. Les participants déduisent ensuite pour chaque activité le score d'effort du score de plaisir (tableau 8.1).

Les participants sont invités à partager leur liste et de les discuter. Ils sont ensuite conduits à choisir, pour commencer, l'activité qui a le meilleur score de plaisir-effort. Ils s'imaginent ensuite en train d'accomplir cette activité et de ressentir les sensations agréables qui l'accompagnent. Les participants sont invités à utiliser leurs cinq sens en imagination.

Après chaque exercice, les participants décrivent leurs émotions et des exercices pratiques sont prescrits à la fin de chaque séance. Les participants reçoivent un cahier d'exercices dans lequel sont recensées les informations utiles pour se remémorer la séance et les exercices à mener en intersession.

Le PEPS est actuellement en cours d'évaluation mais les résultats préliminaires sont positifs et montrent une réduction de la dépression et une réduction de l'anhédonie.

TABEAU 8.1. Liste d'activités procurant du plaisir de Julien.

Activités	Plaisir	Effort	Plaisir-effort
Inviter un copain à venir regarder un match de hockey retransmis à la télévision	6	2	4
Aller faire du lèche-vitrines au garage Harley Davidson	7	4	3
Aller voir un entraînement de mon équipe de hockey locale	7	5	2
Feuilleter ma revue de moto	3	2	1

CHAPITRE 9

Interventions pour les déficits du fonctionnement interpersonnel

Le syndrome déficitaire est caractérisé par une baisse du fonctionnement dans le domaine des relations interpersonnelles, du fonctionnement professionnel et instrumental ou des soins personnels. Le syndrome déficitaire est associé aux déficits neuropsychologiques.

Les déficits neuropsychologiques peuvent expliquer pourquoi les patients ont de la difficulté à mémoriser les informations, à être attentifs ou à organiser et utiliser les informations fournies [318, 319]. Ces déficits, même s'ils sont fréquents, ne sont pas pour autant homogènes. Un patient peut avoir une mémoire préservée et des troubles de l'attention ; un autre peut présenter une excellente attention, mais une difficulté à utiliser les informations apprises si le contexte change. Dans ce cadre, il est possible, soit d'utiliser des méthodes de remédiation cognitive qui visent à entraîner les fonctions déficitaires, soit des méthodes de communication qui contournent les déficits neuropsychologiques ou s'appuient sur les fonctions cognitives, mieux préservées. Il existe en français des programmes de remédiation cognitive, comme le programme intégratif des thérapies psychologiques des schizophrénies [320], REHACOM [321], ou RECOS [322]. Ces programmes nécessitent une formation. Le but de la remédiation cognitive est de permettre aux patients qui présentent des déficits neuropsychologiques de se mettre à égalité avec leurs pairs non malades. En effet, les déficits neuropsychologiques interfèrent avec les capacités d'apprentissage, et les études qui utilisent cette approche montrent que les patients améliorent ensuite leur possibilité d'apprendre [323]. Les méthodes de communication, qui contournent les déficits neuropsychologiques, sont décrites dans le [tableau 9.1](#).

L'une des interventions permettant d'améliorer les déficits de fonctionnement est l'entraînement des habiletés sociales.

Entraînement des habiletés sociales

Les habiletés sociales recouvrent l'ensemble des capacités spécifiques qui permettent l'accomplissement d'une performance sociale jugée socialement

TABLEAU 9.1. Contourner les déficits neuropsychologiques.

Déficits	Stratégies pour contourner les déficits
Déficits de la mémoire	<ul style="list-style-type: none"> – Vérifier par des questions que le patient a enregistré l'information – Demander au patient d'utiliser ses propres mots plutôt que d'apprendre de nouveaux mots compliqués – Réduire au maximum les erreurs durant l'apprentissage. (Éviter l'apprentissage par essais et erreurs, car la personne ne pourra pas distinguer les essais des erreurs dans ses souvenirs) – Augmenter les modalités sensorielles (image, écrit, oral, vidéo, etc.) – Utiliser des exercices pratiques ou des jeux de rôle – Répéter l'information à différents moments et dans différents contextes
Déficits de l'attention	<ul style="list-style-type: none"> – Réduire les distractions (bruits parasites, stimulations externes) – Utiliser des méthodes multimédias (vidéos, tableaux et parole) – Répéter l'information – Présenter les informations progressivement, les unes après les autres – Éviter de présenter les informations de façon désorganisée – Réduire la durée d'apprentissage
Déficits de planification et de prise en compte des changements dans le contexte	<ul style="list-style-type: none"> – Enseigner une méthode de résolution de problèmes – Utiliser des fiches de procédure – Inviter les patients à définir les étapes à court terme pour atteindre un objectif à long terme

adaptée. Actuellement, les habiletés sociales sont conceptualisées sous la forme d'un modèle de traitement de l'information en :

- habiletés réceptives ;
- habiletés décisionnelles ;
- habiletés comportementales.

Les *habiletés réceptives* font référence à la capacité d'identifier et de comprendre les paramètres importants d'une situation sociale. Il peut s'agir de la capacité de reconnaître si une personne est disponible pour répondre à une question ou entamer une conversation. Les *habiletés décisionnelles* se rapportent à la capacité de choisir une réponse appropriée à la situation sociale rencontrée, c'est-à-dire d'envisager différentes options face à un problème ou de déterminer un plan d'action ; par exemple, la capacité de changer de sujet de conversation lorsque notre interlocuteur semble s'ennuyer. Les *habiletés comportementales* sont les différents éléments verbaux et non verbaux de la réponse choisie : la posture, les expressions faciales, le ton ou le volume de la voix, et le contenu de la réponse. L'entraînement des habiletés sociales a généralement lieu en groupe, dans une salle équipée d'un système vidéo. L'entraînement peut également

prendre place directement dans la communauté, ou avoir lieu directement durant un entretien, si nécessaire. L'entraînement des habiletés sociales est efficace parce qu'il repose sur des fonctions cognitives davantage préservées dans la schizophrénie, comme la mémoire procédurale. Son aspect multimédia permet de contourner les déficits de l'attention, et l'utilisation d'une méthode de résolution de problèmes réduit les difficultés liées à la généralisation dans de nouveaux contextes. Cette approche est bien acceptée par les patients des milieux francophones [84, 324-326].

Cas clinique

Colette dit qu'elle n'ose pas aller vers les autres. Elle a perdu le contact avec ses amies d'école au début de sa formation professionnelle. Durant celle-ci, elle avait un bon contact avec l'une de ses collègues. Elle allait de temps à autre boire un café avec elle, mais progressivement, elle a perdu tous ses contacts. Elle serait intéressée de revoir une ancienne amie d'école, Suzanne, qui prend de ses nouvelles par téléphone trois à quatre fois par an. Cette amie lui a proposé de la voir ; Colette a toujours refusé. Maintenant, elle est moins méfiante, et ses symptômes psychotiques sont contrôlés par le traitement médicamenteux. Elle comprend mieux ce qui lui est arrivé et a de nouveau de l'espoir dans le futur. Elle est d'accord de s'entraîner à téléphoner à Suzanne et de lui proposer une rencontre. Son intervenant lui demande de lui montrer comment elle s'y prendrait ; il prend donc le rôle de Suzanne. Colette lui propose d'aller boire un café en face de chez elle, sans même commencer par prendre de ses nouvelles. Le volume de sa voix est suffisamment fort, mais le ton de celle-ci est monotone. L'intervenant lui propose d'inverser les rôles et de lui montrer comment il s'y prendrait pour renouer le contact avec Suzanne. Il utilise un ton de voix chaleureux et gai, montre comment il prend des nouvelles d'une ancienne amie, lui dit qu'il aurait très envie de la revoir et lui demande où elle aimerait cette rencontre : ils finissent par fixer une date et un lieu de rencontre. Colette reprend sa place et rejoue la situation, en intégrant cette fois les éléments démontrés par l'intervenant.

Les techniques d'entraînement comprennent l'établissement et la planification des buts, la démonstration de la tâche à accomplir, l'entraînement de la situation à travers des jeux de rôle, le renforcement positif, les instructions, les conseils, les *feed-back* oraux et vidéos, les exercices *in vivo* et la prescription de tâches à accomplir entre les séances dans l'environnement naturel. Il est également nécessaire d'enseigner une méthode de résolution de problèmes pour obtenir les ressources nécessaires à l'accomplissement d'une tâche, ou pour contourner les obstacles liés à une mauvaise réponse de l'environnement. Par exemple, un patient peut savoir faire correctement appel à son médecin en cas de signaux d'alarme d'une rechute, mais ce dernier peut être en vacances ou le patient n'avoir plus de crédit sur son téléphone. Ces deux situations réclament l'utilisation de capacités de résolution de problèmes. La fiche suivante présente une procédure d'entraînement des habiletés sociales.

Entraînement des habiletés sociales

1. Définissez une tâche interpersonnelle que le participant aimerait améliorer.
 - Quelles situations interpersonnelles sont problématiques ?
 - Quel est l'objectif à long terme de la personne ?
 - Que fait actuellement la personne pour gérer la situation ?
 - Quelles en sont les conséquences ?
 - Quelles situations la personne doit-elle maîtriser dans sa vie ?
 - Où, quand et avec qui la situation a-t-elle lieu ?
 - Que se passe-t-il, actuellement, dans cette situation ?

Aidez la personne à être spécifique !
2. Formulez une scène qui simule les caractéristiques de la situation à entraîner. Les buts de la situation doivent être :
 - atteignables (diriger une brève conversation avant de fixer un rendez-vous) ;
 - positifs (acquérir un comportement approprié plutôt que réduire un comportement dérangeant) ;
 - fréquents (tâches fréquentes plutôt que tâches rares) ;
 - spécifiques (quoi, avec qui, où, quand) ;
 - fonctionnels (renforcés dans l'environnement naturel) ;
 - en accord avec les droits et responsabilités du patient (présenter un effet secondaire du traitement à son médecin et demander de l'aide plutôt qu'un anticholinergique) ;
 - choisis ou souscrits par le patient.

Exemples :

 - inviter quelqu'un au cinéma ;
 - exprimer ses sentiments négatifs dans une situation de frustration ;
 - remercier un ami pour son aide ;
 - demander conseil à un professionnel ;
 - exprimer le plaisir d'avoir passé un moment agréable avec une personne.
3. Démontrez la tâche à accomplir.
 - Demandez au participant de choisir un partenaire qui prendra la place de la personne avec qui le participant doit accomplir la tâche. Si vous entraînez le patient en individuel, ce dernier jouera le rôle de cette personne.
 - Prenez la place du participant et démontrez-lui la tâche à réaliser ! Éventuellement, demandez au participant de choisir une personne dans le groupe pour prendre sa place ! La performance du modèle ne doit pas être si parfaite que le patient ne puisse plus s'identifier à lui.
 - Assurez-vous que le participant observe la tâche démontrée ! Éventuellement, si la personne a des difficultés de concentration, demandez à l'un de vos collègues de se placer près du patient, afin qu'il puisse lui rappeler d'observer le modèle par des signes du doigt (index pointé vers le modèle) ou des encouragements verbaux (regardez comment il se tient, écoutez ce qu'il dit, etc.).
4. Engagez la personne dans un jeu de rôle.
 - Placez-vous de façon à pouvoir observer avec attention la performance de la personne !
 - Identifiez les ressources, les déficits et les excès dans la performance du patient !
 - Soyez attentif à la fois aux comportements verbaux et non verbaux ! Éléments à prendre en compte pour l'évaluation de la performance :
 - contact visuel ;
 - position ;
 - tonus corporel ;
 - expressions faciales ;
 - signes de tête ;
 - gestes des mains ;



- ton et volume de la voix ;
- débit de la parole ;
- latence de réponse ;
- signes verbaux d'expression de l'intérêt (« mmh, ouais », etc.) ;
- contenu de ce que dit le participant.
- Félicitez les acteurs pour leur participation.
- Si nécessaire, afin d'évaluer la réception et le traitement des informations, vous pouvez poser les questions suivantes :
 - qu'est-ce que l'autre a dit ?
 - quelle était l'émotion de l'autre ?
 - avez-vous atteint votre but à court terme ?
 - quelles alternatives avez-vous pour gérer la situation ?
- 5. Demandez aux membres du groupe ce qu'ils ont *aimé* dans la performance de l'acteur principal.
- Évitez que les membres du groupe ne se critiquent entre eux.
- Définissez les déficits en termes de ce qui peut être amélioré.
- Évitez de définir les excès comme des ressources.
- 6. Prescrivez la tâche entraînée comme exercice à accomplir d'ici la prochaine séance, afin que le patient puisse pratiquer ses nouvelles acquisitions dans son environnement naturel.
- 7. Lors de la séance suivante, revoyez la tâche à accomplir ! Si nécessaire, entraînez encore le patient !
- 8. Félicitez-le pour l'utilisation des nouvelles compétences dans l'environnement naturel.

Règles générales pour l'entraînement

- Procédez par approximations successives.
- Appuyez-vous sur les ressources des patients.
- Entraînez peu de comportements à la fois.
- Faites des jeux de rôle brefs.
- Adaptez-vous aux limites de la personne.
- Soutenez le patient et attendez-vous à de petites améliorations.

Généralement, l'entraînement des habiletés sociales s'accompagne de posters que l'on peut afficher dans la salle d'entraînement. On peut inviter les participants à se référer à ces posters qui détaillent les étapes d'une performance sociale. Les fiches suivantes sont des exemples de posters fréquemment utilisés. Certains patients ont peut-être de la difficulté à identifier des sujets de conversation, à faire durer une conversation, à utiliser un niveau de dévoilement de soi approprié. Il est possible, par exemple, de former des patients peu bavards à devenir des auditeurs actifs en leur apprenant à écouter activement.

Écoute active

- Regarder la personne.
- Faire des signes de tête, des acquiescements.
- Dire des « mmh, mmh », « oui », « je vois », etc. (renforceurs verbaux minimaux).
- Poser des questions.
- Demander des clarifications, des précisions.
- Reformuler ce que l'autre dit avec vos propres mots.

Pour les patients qui présentent des difficultés à identifier des sujets de conversation, il est utile d'enseigner que les premiers sujets de conversation entre deux personnes proviennent de ce qui est commun et partagé entre elles. C'est pourquoi le temps qu'il fait est l'une des meilleures façons de débiter une conversation avec un inconnu et de vérifier s'il a envie d'entamer cette conversation. Ce premier sujet de conversation permettra d'identifier d'autres points communs à partager, comme les événements qui font les titres des journaux ou un élément de la situation dans laquelle les deux personnes se trouvent (en train d'attendre un transport en commun, en route pour le travail, en train de regarder des tableaux dans un musée, etc.). Ensuite, les nouveaux sujets de conversation pourront être choisis à partir de ce que l'interlocuteur répond.

Identifier un sujet de conversation

À partir de l'environnement : temps, événements, situation, lieu, activité, etc.

- Qu'as-tu pensé des nouvelles de ce matin ? (préciser la nouvelle, raconter la nouvelle).
- Qu'as-tu fait ce week-end ?
- Comment trouves-tu ce prof ?
- Est-ce que tu aimes faire... (activité en cours) ?

À partir de ce que l'autre dit :

- écouter ce que l'autre dit ;
- identifier les sujets à partir de ce qu'il dit ;
- formuler des questions pour les exploiter.

Certains patients se plaignent de ne pas savoir faire durer une conversation ; la fiche suivante permet de distinguer les questions fermées utiles pour identifier des sujets de conversation, des questions ouvertes qui aident à les exploiter.

Poser des questions ouvertes ou fermées

Question fermée

Question à laquelle, il est possible de ne répondre que par oui ou par non ; produit le plus souvent une réponse courte : « As-tu passé un bon week-end ? » ; commence souvent par « as-tu... ? » ou « est-ce que... ? »

Question ouverte

Question à laquelle, il n'est pas possible de répondre par oui ou par non ; produit le plus souvent une réponse longue : « Qu'as-tu fait ce week-end ? » ; commence souvent par « que... ? », « qu'est-ce que... ? » ou « comment... ? ».

Certains patients ne sont peut-être pas en mesure d'utiliser un niveau de dévoilement de soi approprié à leur interlocuteur. Il peut être utile de former ces

patients à reconnaître différents niveaux de dévoilement de soi et de s'ajuster à celui exprimé par l'interlocuteur, plutôt que de prendre l'initiative de trop se dévoiler, surtout avec des inconnus. De façon générale, il est approprié d'avoir un niveau de dévoilement de soi profond avec les membres de sa famille et les professionnels de la santé. Le réseau social de patients très retirés socialement peut n'être composé que de proches et de professionnels. Dans ce contexte, ces patients vont croire que le dévoilement d'informations très personnelles est une manière normale de communiquer avec tout le monde.

Niveaux de dévoilement de soi

Niveau de dévoilement de soi superficiel

Informations fondées sur des faits, sans risque et faciles à partager.

Exemples : Je m'appelle Jean ; il fait beau ; je suis né ici.

Niveau de dévoilement de soi intermédiaire

Informations qui portent à controverse et sont ouvertes à la contestation.

Exemples : Je suis contre le nucléaire ; je n'aime pas cette musique.

Niveau de dévoilement de soi profond

Informations privées, personnelles et risquées à partager.

Exemples : Je me sens très seul ; je viens de quitter l'hôpital psychiatrique.

De façon plus générale, la plupart des gens doivent savoir exprimer leurs émotions qu'elles soient positives ou négatives. Les fiches suivantes décrivent les habiletés de base pour exprimer les émotions. Les personnes atteintes de schizophrénie doivent être meilleures que la population générale dans l'expression des émotions, car celles-ci sont souvent liées à des événements qui causent un certain stress. Nous l'avons vu, la schizophrénie est une maladie influencée par le stress ; les personnes qui en souffrent doivent être donc plus performantes dans leurs habiletés sociales que celles qui n'en souffrent pas, pour atténuer les effets du stress. L'entourage des patients, qu'il soit professionnel ou familial, doit être également compétent dans l'expression des émotions pour réduire l'impact du stress.

Exprimer des sentiments positifs

- Regarder la personne.
- Employer le « je ».
- Préciser le comportement que vous avez apprécié.
- Dire comment cela vous a fait plaisir.
 - *J'ai beaucoup apprécié que tu aies nettoyé ta chambre hier.*
 - *J'ai aimé passer cette soirée avec toi.*

Faire une requête positive

- Regarder l'autre.
- Lui dire ce que vous aimeriez qu'il fasse.
- Lui dire comment cela vous ferait vous sentir.
- Employer le « je ».
 - *J'apprécierais vraiment si tu... J'aimerais beaucoup que tu...*
 - *Je serais très heureux(se) si tu acceptais d'aller au cinéma avec moi.*
 - *Je te serais reconnaissant(e) de m'aider à nettoyer l'appartement.*

Exprimer des sentiments négatifs

- Parler sans hésitation.
- Regarder l'autre.
- Dire l'émotion que vous ressentez en utilisant « je ».
- Dire brièvement et précisément ce que l'autre a fait pour vous blesser.
- Proposer un moyen d'éviter que cela ne se reproduise.
 - *Je suis très fâché(e) que tu sois parti sans rien ranger hier soir. Je te serais reconnaissant de m'aider à ranger la prochaine fois.*
 - *Je suis triste que tu n'aies pas pris position pour moi, hier soir, quand ton copain se moquait de moi. J'aurais apprécié que tu me soutiennes.*
 - *J'ai peur quand tu te fâches de cette manière. J'aimerais bien que tu puisses me dire les choses plus calmement.*

Finalement, il existe des situations particulières que les personnes qui souffrent d'un trouble psychiatrique doivent apprendre à gérer, comme dévoiler que l'on souffre d'un trouble psychiatrique, rapporter les effets secondaires du traitement neuroleptique à son médecin, ou encore refuser un joint de cannabis offert par un ami. Il peut être très utile de former les patients à maîtriser ces situations particulières.

Dévoiler que l'on souffre d'un trouble psychiatrique à la personne dont on est amoureux

- Évitez de parler de votre problème psychiatrique avant qu'une relation positive ne se soit installée.
- Utiliser l'écoute active et montez-vous compréhensif, quand la personne vous raconte les difficultés qu'elle a rencontrées dans la vie.
- Lorsque la personne vous a dévoilé des informations sur un moment difficile de sa vie, profitez-en pour dire que vous la comprenez, car vous-même avez aussi eu des moments difficiles dans votre propre vie.
- Lorsque vous parlez de votre trouble, évitez de le décrire d'une façon qui pourrait provoquer le rejet ou vous dévaloriser.
- N'utilisez pas le vocabulaire médical, mais le langage courant, et décrivez le contexte dans lequel le problème est survenu, plutôt que les symptômes de la maladie.
- Expliquez que le problème est sous votre contrôle

Rapporter un effet secondaire à son psychiatre

- Décrire l'effet secondaire.
- Sa durée.
- Dire comment cela interfère avec votre fonctionnement.
- Demander spécifiquement de l'aide.
- Poser les questions éventuelles sur la nouvelle prescription.
 - *J'ai un tremblement des mains, j'ai pris du poids, j'ai de la difficulté à avoir une érection.*
 - *Depuis deux semaines, depuis que vous avez changé le traitement, augmenté le traitement...*
 - *Cela me dérange pour écrire, pour me mettre en maillot de bain, dans ma relation avec mon amie.*
 - *Pourriez-vous faire quelque chose pour réduire ce problème ?*
 - *Est-ce que ce nouveau traitement a les mêmes risques ? Quels sont les effets secondaires de ce traitement ?*

Refuser un joint de cannabis à un ami

- Refuser la proposition.
- Répéter son refus.
- Faire une proposition alternative concrète.
- Parler ouvertement.
- Exprimer clairement ses sentiments négatifs.
 - *Non merci, je n'ai pas envie.*
 - *Non, je t'assure, je n'en veux pas.*
 - *Je prendrais volontiers un jus d'orange à la place. Je préférerais jouer aux cartes.*
 - *Écoute, j'ai un problème de santé qui m'empêche de consommer du cannabis. Je ne peux vraiment pas en prendre. Là, je vais bien, mais si je consomme de l'herbe, cela peut me faire aller mal.*
 - *J'ai du plaisir à te voir, mais je n'aime pas du tout que tu insistes de cette façon. Je suis en colère maintenant. Je te serais reconnaissant de ne pas insister.*

Entraînement à la résolution de problèmes

L'appauvrissement du fonctionnement conduit à l'isolement ou à la détérioration des contacts sociaux. La difficulté à faire face à des situations sociales peut également devenir une source de stress importante et contribuer aux exacerbations symptomatiques ou aux rechutes. L'absence de réseau de soutien peut également réduire le soutien social et rendre la personne plus vulnérable face aux difficultés de la vie quotidienne. Plusieurs études ont montré que les personnes atteintes de schizophrénie connaissent d'importants déficits dans leur capacité à résoudre des problèmes interpersonnels en comparaison aux sujets contrôles non psychiatriques [327-329]. Ces déficits semblent persister dans le temps et être relativement indépendants de l'évolution clinique. Différentes

études ont prouvé l'efficacité de l'entraînement à la résolution de problèmes chez des personnes atteintes de maladie psychiatrique [330-334]. La capacité de résoudre des problèmes peut être mesurée à l'aide de l'adaptation française du *Assessment of Interpersonal Problem Solving Skills* (AIPSS) [330, 335]. Ce test d'évaluation des habiletés à résoudre des problèmes interpersonnels vise à évaluer les déficits des performances cognitives et comportementales que l'on peut rencontrer dans des situations interpersonnelles¹.

Les situations sont présentées en vidéo : la version utilisée dans cette étude est composée de treize scènes et d'une scène de démonstration, chacune présentant deux acteurs engagés dans une interaction sociale. Trois scènes ne montrent aucun problème particulier, alors que dix scènes présentent un problème. Le patient et l'examineur s'installent, assis devant l'écran de télévision, de façon à voir ensemble la vidéo et à se parler directement.

Dans les situations qui présentent un problème, un obstacle va empêcher l'acteur principal d'atteindre directement son but. Au début de chaque situation, l'image se fige durant cinq secondes, et l'examineur indique du doigt le personnage avec lequel le patient devra s'identifier. L'exemple suivant permet d'illustrer une situation ; dans cette situation, le lecteur devra s'identifier avec M. Durand.

Exemple

M. Durand se présente à un entretien de candidature à l'heure indiquée. Il dit à la réceptionniste : « Bonjour, je suis Jean Durand et je viens pour un entretien avec M. Dupont ». La réceptionniste lui répond : « Je suis navrée mais M. Dupont est absent pour la journée ».

L'examineur arrête la vidéo après chaque scène et pose une série de questions. Les habiletés réceptives et de traitement de l'information sont évaluées par des questions qui requièrent des réponses verbales relativement brèves et simples. Les habiletés comportementales exigent que l'examineur engage le sujet à donner sa réponse au travers d'un jeu de rôle. Des critères spécifiques sont utilisés pour coter les réponses du sujet. Les patients ont été évalués individuellement, selon la procédure de passation décrite dans le manuel (l'annexe de ce manuel résume la procédure de passation).

L'AIPSS est composé de six échelles : identification du problème, définition du problème, solution, contenu, performance non verbale et performance globale lors du jeu de rôle. Les principes généraux qui régissent les critères de cotation sont présentés dans la fiche Grille de résolution de problèmes.

L'entraînement à la résolution de problèmes peut s'effectuer à l'aide d'un programme standardisé [330] ou avec une grille de résolution de problèmes. Dans le programme standardisé, les participants apprennent à décrire des situations

1. Le matériel pour ce test est téléchargeable sur le site : http://homepage.hispeed.ch/Jerome_Favrod/rpi.htm

problématiques pré-enregistrées sur vidéo. Ces situations sont similaires dans leur forme à celles utilisées dans l'AIPSS, mais différentes en ce qui concerne le contenu, sauf pour trois situations identiques à celles utilisées durant l'évaluation. Ensuite, les patients sont entraînés à définir le problème, à trouver des solutions, à évaluer les conséquences de chaque solution et à mettre en pratique les solutions les plus efficaces. Dans un second temps, les patients sont invités à résoudre les problèmes qu'ils ont eux-mêmes rencontrés dans la communauté.

La séance traditionnelle commence par une phase d'accueil, durant laquelle l'animateur met les patients à l'aise en prenant de leurs nouvelles. Ensuite, les patients sont invités à regarder une situation problématique pré-enregistrée en vidéo, en leur demandant de se mettre dans la peau de l'acteur confronté au problème. Une fois que la scène est jouée, l'animateur questionne les participants, afin d'évaluer leur attention. Il pose les questions en faisant le tour du groupe dans le but de faire participer l'ensemble du groupe. Il demande : « Où la situation a-t-elle lieu ? Qui est impliqué dans la situation ? Que disent les personnages ? Que font-ils ? Quels sont les détails importants ? ». Si les participants ne parviennent pas à répondre à ces questions, l'animateur rejoue la scène et repose les questions.

Ensuite, il assiste les participants dans la définition du problème en demandant : « Quel est le but du personnage qui a ce problème dans cette situation ? Qu'aimerait-il faire ? Quel est l'obstacle qu'il rencontre ? Qu'est-ce qui l'empêche d'atteindre son but ? ».

Une fois le problème défini, l'animateur conduit les patients à trouver des solutions, en leur demandant de ne porter aucun jugement sur les solutions données pour l'instant. Il encourage les participants à trouver des solutions et les félicite pour celles qu'ils proposent.

L'animateur aide le groupe à évaluer les conséquences positives et négatives de chaque solution. Il inscrit les avantages et les inconvénients de chaque solution sur un tableau. Une fois les avantages et les inconvénients passés en revue, il demande à chaque personne de dire si, pour elle, les avantages dépassent les inconvénients, ou au contraire si les inconvénients sont supérieurs aux avantages.

Dès que les solutions ont été passées en revue, l'animateur demande à chaque participant de choisir une solution ou une combinaison de solutions pour résoudre le problème. Finalement, l'animateur implique les participants dans un jeu de rôle, afin d'entraîner leurs habiletés sociales dans la mise en action de la solution choisie. Il invite les participants à prêter tout particulièrement attention aux comportements non verbaux de la performance. Il conduit les autres participants à dire ce qu'ils ont aimé dans la performance de l'acteur (afin de ne solliciter que des remarques positives). Si la performance de la personne présente des manques ou des excès spécifiques (volume de la voix trop fort, contact visuel insuffisant), il donne des conseils et propose des alternatives pour améliorer la performance. Si la performance de la personne est globalement pauvre (affect inapproprié au contenu, manque d'assurance, etc.), l'animateur prend sa place ou demande à un autre participant de prendre la place du sujet

dans le jeu de rôle, et fait rejouer la situation pour démontrer une alternative possible. Lorsque le groupe travaille sur un problème réel amené par l'un de ses membres, celui-ci reçoit, en fin de séance, la tâche d'exécuter sa solution dans la réalité avant la prochaine rencontre ; la réalisation de cette tâche sera évaluée à ce moment-là.

Exemples de problèmes

- Thibaud veut inviter Sophie à dîner demain soir, mais cette dernière répond qu'elle est déjà prise ce soir-là. Que peut-il faire ou dire ?
- Samedi soir, vous vous apercevez que votre boîte de médicaments est vide. Que faites-vous ?
- Vous vous préparez pour aller au mariage de votre frère. Vous avez mis pour l'occasion le seul complet que vous ayez. Au moment de partir, vous renversez une tasse de café qui tache un pan de votre veston. Que faites-vous ?
- Vous êtes dans une file d'attente et quelqu'un vous dépasse. Lorsque vous le lui faites remarquer, il vous répond : « Je suis très pressé ». Que faites-vous ?
- Un ami vous demande de lui rendre un disque qu'il vous a prêté et que vous avez malencontreusement perdu. Que faites-vous ?
- Vous venez de faire réparer votre télévision, et vous découvrez qu'elle ne fonctionne toujours pas. Or, il y a une émission que vous aimeriez beaucoup voir le lendemain. Que faites-vous ?
- Vos médicaments vous rendent somnolent au travail. Votre patron menace de vous renvoyer. Que faites-vous ?
- Vous vous apercevez que vous avez oublié de vous rendre chez un ami qui vous avait invité la veille. Que faites-vous ?

La grille suivante permet d'appliquer la méthode de résolution de problèmes à un problème spécifique amené par un patient.

Grille de résolution de problèmes

1. S'arrêter et réfléchir.
 - Où et quand la situation a-t-elle lieu ? Qui est impliqué ? Qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce qui se dit ?
2. Définir le problème.
 - Un problème, c'est un but et un obstacle. Quel est mon but ? Quel est l'obstacle qui m'empêche d'atteindre mon but ?
3. Établir la liste des solutions qui vous viennent à l'esprit, sans les juger pour l'instant.
 - Laissez libre cours à votre créativité.
4. Supprimer les solutions qui ne permettent pas d'atteindre le but ou qui ne sont pas réalisables.
5. Évaluer les avantages et les inconvénients des solutions listées.
6. Choisir la solution ou la combinaison de solutions, qui semble la meilleure.
7. Déterminer les ressources nécessaires pour réaliser la tâche (téléphone, argent, etc.).
8. Fixer le moment de l'application de la solution choisie et passer à l'action.

Exemple tiré d'un groupe

Un homme invite une femme au restaurant ; au moment de payer, il s'aperçoit qu'il a oublié son porte-monnaie.

Problème

Le but est d'inviter la femme au restaurant ; l'obstacle est l'oubli du porte-monnaie.

Liste des solutions

- Donner son adresse et revenir pour payer.
- Laisser un objet en gage.
- Demander à votre convive de payer et la rembourser après.
- Appeler un ami qui a de l'argent pour qu'il vienne payer.
- Appeler ses parents à l'aide.
- Proposer d'essayer la vaisselle.
- Partir en courant.
- Demander à la convive de rester au restaurant et aller chercher son porte-monnaie.

Évaluation des solutions

Partir en courant ne permet pas d'atteindre le but. Faire la vaisselle n'est probablement pas réalisable.

▪ Laisser un gage et revenir avec l'argent.

+	-
<ul style="list-style-type: none"> - Peut rassurer le serveur - Peut permettre de revenir payer le lendemain - Évite de devoir demander de l'argent à la personne invitée 	<ul style="list-style-type: none"> - Le garçon peut refuser - Le garçon peut s'énerver, se fâcher - Peut vexer la femme - Peut être gênant - Risque d'attraper un rhume - Peut ne pas avoir de gage suffisant - Risque de perdre le gage

▪ Demander à la femme de payer et la rembourser plus tard.

+	-
<ul style="list-style-type: none"> - Permet de payer tout de suite - Évite que le serveur ne s'énerve - Permet de voir si la femme est compréhensive 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de refus de la femme - Incorrection, pas sérieux - Il est gênant de demander - Risque d'interférer avec la relation

▪ Laisser la femme et aller chercher l'argent.

+	-
<ul style="list-style-type: none"> - Permet de payer soi-même - Pas de dettes - Permet de tester la tolérance de la femme 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de gêner la femme - Gâcher la soirée - Faire l'effort de se déplacer

La solution choisie par le groupe est : « Demander à la femme de payer et la rembourser plus tard ».

CHAPITRE 10

Interventions pour la désorganisation

Les troubles du contrôle cognitif, c'est-à-dire la capacité de coordonner ses pensées et ses actions en fonction de ses buts, sont fréquents dans la schizophrénie [336]. Ces troubles jouent certainement un rôle essentiel dans les capacités d'adaptation des patients à leur environnement. La littérature scientifique propose peu de solutions en ce qui concerne la désorganisation conceptuelle accompagnant fréquemment l'épisode psychotique ; mais cette désorganisation persistera chez certains patients sous la forme de troubles du langage ou de la pensée. Ces troubles peuvent se manifester par un discours vague, abstrait, peu informatif. Le discours peut également sauter du coq à l'âne. La personne sera facilement distraite par les événements extérieurs. Elle répondra de façon tangentielle, c'est-à-dire à côté de la question. Elle procédera par associations lâches, le locuteur passant d'une idée à l'autre sans que l'on comprenne le lien entre elles. Elle va créer des néologismes, des mots nouveaux dont le sens et l'étymologie demeurent incompréhensibles. Elle utilisera certains mots dans un sens non partagé avec le reste de la population. Elle peut tenir des propos illogiques. Tous ces troubles sont aussi appelés, « troubles formels de la pensée » car ils touchent la forme de la pensée plutôt que son contenu. On peut les évaluer avec la traduction française de l'échelle d'évaluation de la pensée, du langage et de la communication (*Scale for the assessment of Thought, Language and Communication* [TLC]) [337, 338].

Cas clinique

Durant un entretien, Simon raconte un conflit qu'il a eu avec son ami. Il dit : « Ce qu'il a fait, c'est de l'antiscritpturalité, je ne pourrai pas en tolérer davantage ». Son infirmier lui explique qu'il ne comprend pas bien ce qu'il dit. Simon le coupe en affirmant « Non, c'est définitoire, j'en ai fini avec lui, maintenant c'est le *blocking-out*. Il n'est pas assez laïc pour moi ». Le ton de la voix de Simon indique qu'il est en colère contre son ami.

Ici, « antiscritpturalité » est clairement un néologisme. On peut trouver un lien étymologique dans « définitoire » qui semble remplacer « définitif ». *Blocking-out* est utilisé comme un nom, alors que c'est un verbe. On ne comprend pas très bien dans quel sens le mot « laïc » est utilisé. Dans ce contexte, un travail avec un dictionnaire s'impose.

La désorganisation touche la pensée et le langage, mais affecte également le comportement : la personne se désorganisera dans l'accomplissement d'une tâche ou d'un comportement.

Les troubles formels de la pensée sont étroitement associés à une altération des fonctions exécutives [339]. Le fonctionnement exécutif se réfère à la supervision des processus cognitifs complexes comme planifier, prendre une décision et contrôler ses pensées. Les fonctions exécutives organisent et contrôlent la perception, le langage et la mémoire. Une altération des fonctions exécutives conduit à des troubles formels de la pensée consécutifs à une altération du contrôle, de l'organisation et de la planification du discours. Ils sont également associés à des altérations de la mémoire sémantique [339]. La mémoire sémantique se réfère au stockage de connaissances factuelles sur le monde partagées par la plupart des gens. Les personnes dont la mémoire sémantique est altérée peuvent présenter une réduction de l'amorçage sémantique. En psychologie, on parle d'amorçage quand un stimulus influence la réponse d'un stimulus suivant. Par exemple, si l'on présente le stimulus « table », et que l'on demande à la personne de compléter un mot commençant par tab, cette dernière a plus de chance de répondre « table » que « tabouret », « tabac » ou « tablier ». On parle d'amorçage sémantique quand les mots sont reliés par leur sens comme table et chaise ou pomme et fraise. Une altération de la mémoire sémantique peut réduire cet effet d'amorçage et rendre les associations plus difficiles à effectuer. Toutefois, les altérations de la mémoire sémantique peuvent être aussi une conséquence de l'altération des fonctions exécutives. La principale piste pour améliorer les troubles formels de la pensée réside dans la prise de conscience du trouble (métacognition), de la redécouverte d'un sens commun et partagé par l'ensemble de la communauté et une réorganisation de la pensée en prenant l'autre en compte. Les interventions décrites ci-dessous sont davantage des pistes que des solutions validées ; elles laissent place à la créativité et méritent d'être testées expérimentalement. Cependant, notre expérience clinique indique qu'elles ont une certaine utilité et qu'elles ont été appréciées par les patients avec lesquels nous les avons employées.

Travail avec le dictionnaire et établissement d'un lexique

Il s'agit tout simplement d'aller vérifier avec le patient si les mots qu'il utilise sont des mots reconnus et partagés par autrui. Cela peut rendre service d'avoir différents types de dictionnaires suivant les intérêts du patient. Par exemple, un dictionnaire visuel peut être intéressant pour un patient qui utilise des mots concrets dans un mauvais sens.

Cas clinique

Lorsqu'on demande à Simon ce qu'il entend par « laïc », il répond que cela veut dire : « Celui qui parle de l'homme au lieu de Dieu ». En regardant dans un dictionnaire, on verra que « laïc » signifie « qui ne fait pas partie du clergé » ou « qui est indépendant

de toute confession religieuse ». Il est maintenant utile de discuter avec Simon de ce qu'il veut faire passer comme message quand, il dit : « Il n'est pas assez laïc pour moi ». Finalement, on comprend que cela veut dire que son ami est trop différent de lui.

Lorsque le mot n'existe pas, on peut créer un lexique avec les mots que le patient utilise fréquemment. La création d'un lexique oblige la personne à épeler le mot et à trouver une définition au mot utilisé. On peut ensuite rechercher dans le dictionnaire un mot partagé par les autres, afin que ceux-ci puissent comprendre le patient. Rédiger un lexique aidera le patient à prendre conscience de l'aspect singulier du terme.

Cas clinique

Simon définit l'« antiscrypturalité » comme « perte de la concentration, difficulté de maîtriser les connaissances ». Dans le dictionnaire, on va trouver « scriptural » qui se réfère à l'écriture. « Antiscrypturalité » n'est pas dans le dictionnaire. On va alors demander à Simon de préciser la construction du mot. « Anti » veut généralement dire « contre », donc « antiscrypturalité » devrait signifier « contraire à l'écriture ». Simon est surpris de la différence entre la signification qu'il donne du terme et la définition « partagée ».

Il faut parfois avoir différents dictionnaires à disposition pour comparer les définitions. On peut maintenant aussi utiliser Internet pour vérifier le sens des mots. Si l'on tape « antiscrypturalité » ou « anti-scripturalité » entre guillemets dans un moteur de recherche, le résultat ne correspondra à aucun document. En revanche, sans guillemets, on trouvera de nombreux documents avec « anti » et « scripturalité » dans les sens partagés avec les dictionnaires utilisés. On peut alors rechercher un terme de remplacement qui correspond à ce que Simon entend par « antiscrypturalité ».

Cas clinique

Finalement, après clarification, on parvient à se mettre d'accord : Simon voulait dire que son ami n'était pas fiable et qu'il ne pouvait pas compter sur lui. L'erreur formelle venait de ce qu'« antiscrypturalité » pouvait vouloir dire « contraire aux écritures », c'est-à-dire « contraire aux accords passés ». « Définitoire » est défini comme une jolie contraction entre « définitif » et « péremptoire » qui toutefois n'est pas non plus partagée avec l'ensemble de la population. *Blocking-out* signifie que la situation est « bouchée » ou « qu'il ne voit pas d'issue ni de solutions ». Maintenant, l'énoncé initial peut être repris de la façon suivante : « Il n'est pas fiable, il n'a pas respecté nos accords, je ne pourrai pas en tolérer davantage. C'est définitif, je suis péremptoire, j'en ai fini avec lui. La situation est sans issue. »

Ce nouvel énoncé pourra être répété et entraîné, afin que Simon soit compris quand il exprime sa colère envers son ami.




Trouver le mot pour se faire comprendre

Il s’agit d’un exercice qui vise à apprendre au patient à devenir plus précis et à utiliser des mots partagés avec autrui. On présente au patient trois à cinq objets de la vie quotidienne, similaires mais avec des petites différences. Par exemple, des fourchettes, des tasses, des verres à pied, des lunettes, etc. On peut présenter des objets ou des photographies d’objet. On présente une catégorie à la fois. Ensuite, on va demander au patient de choisir un objet et de donner un mot qui permet à l’intervenant de reconnaître l’objet parmi les autres. Si le patient présente des difficultés, on va décrire chaque objet séparément sur une feuille de papier sur laquelle on aura fait autant de colonnes que d’objets présentés. Dans chaque colonne, on décrira les caractéristiques de l’objet. Ensuite, on tracera ce qui est commun entre deux objets au moins, et l’on soulignera d’une autre couleur les caractéristiques qui appartiennent à un seul objet ; l’exemple ci-dessous illustre la technique. Ce genre d’exercice aide les patients que l’on peine à comprendre parce que leur langage n’est pas assez précis. C’est également un exercice qui met en évidence l’utilisation de termes descriptifs non communs et non partagés avec les autres. Le [tableau 10.1](#) présente un exemple avec le mot-clé choisi par le patient pour reconnaître une paire de lunettes parmi d’autres.

Travail dos à dos

Le travail dos à dos est particulièrement utile au patient qui présente des difficultés à prendre en compte le point de vue d’autrui. Il s’agit de lui demander d’effectuer une tâche dos à dos avec l’intervenant. Cette tâche doit consister à donner des instructions à l’autre, par exemple, suivre un itinéraire sur un plan de ville. Les deux personnes, au début, peuvent avoir la même carte. On va demander au patient de choisir un itinéraire et de le communiquer dos à dos à l’intervenant comme s’ils étaient au téléphone. Ensuite, on peut avoir un jeu de plans différents de la même ville, pour vérifier comment le patient s’adapte

TABLEAU 10.1. Exemple de mot-clé.

			
Verres	ronds	rectangulaires	rectangulaires arrondis
Branches	fines	moyennes	épaisses
Monture	fine	épaisse	fine
Couleur	foncée	foncée	claire
Forme	ronde	carrée	allongée
Sexe	mixte	masculin	féminin
Style	John Lennon	Jacques Chirac	
Mot-clé	Lennon	foncé	féminin

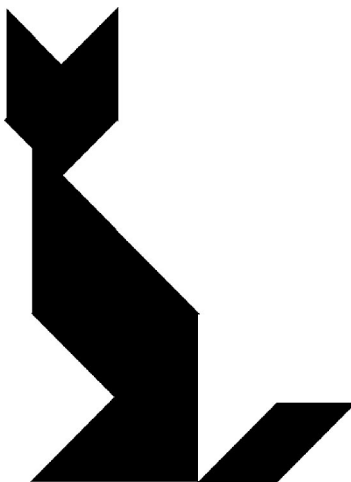


FIGURE 10.1. Exemple d'une figure du Tangram.

à des références différentes (un des transports en commun et une carte touristique, par exemple). On peut réaliser l'exercice avec des jeux de Tangram, un puzzle chinois à sept pièces qui permet à la fois de construire des figures ou servir de casse-tête. Le patient va construire une figure et conduire l'intervenant à la reconstruire dos à dos. Le Tangram est intéressant (fig. 10.1), car il y a cinq triangles isocèles de trois tailles différentes, un carré et un parallélogramme. Les partenaires devront trouver des accords pour désigner les pièces ; le patient devra donc comprendre la perspective de l'autre. Il faudra définir un point de départ de la construction et préciser comment les pièces se touchent, puis vérifier la compréhension de l'autre. Le résultat de la communication est visible à la fin de la construction de la figure. Il sera alors judicieux de voir comment on peut améliorer les consignes.

Les cartes ou le Tangram peuvent être remplacés par autre chose : donner des instructions pour retrouver une personne parmi un ensemble de visages. Ce genre d'exercice va obliger le patient à prendre en compte les références de son interlocuteur.

Cas clinique

Amandine a souvent de la peine à se faire comprendre, quand elle parle d'une personne dont elle ne connaît pas le nom. Cela lui a posé problème par le passé. Suite à une agression, elle n'est pas parvenue à décrire son agresseur aux policiers. Cette difficulté a largement entamé son estime d'elle-même. Elle dit qu'il est normal qu'une fille aussi nulle qu'elle se fasse attaquer. Avec son infirmière, elles décident de découper des photos de personnes dans des magazines qu'elles scannent avec l'ordinateur du service. Elles peuvent ainsi imprimer deux jeux de cartes identiques. Au début, elles prennent chacune dix cartes similaires dans leur jeu respectif. Amandine en tire une au hasard et doit décrire la personne, afin que l'infirmière la retrouve dans son jeu. Au fur et à mesure des réussites, elles augmentent le nombre de cartes, jusqu'à ce qu'Amandine

puisse décrire précisément les personnes qu'elle voit sur les images. Les descriptions permettent en outre d'enrichir le vocabulaire d'Amandine en cherchant des qualificatifs dans le dictionnaire. Progressivement, Amandine devient très pertinente. Finalement, elle parvient à faire reconnaître à son infirmière une personne parmi trente images. L'infirmière propose à Amandine de s'entraîner également avec des stagiaires, afin de voir comment elle s'adapte à des personnes différentes. Dans la vie de tous les jours, Amandine se sent plus compétente dans la description des gens. Elle pense que, maintenant, elle pourrait décrire plus précisément un agresseur potentiel.

Comprendre l'intention d'autrui

La théorie de l'esprit est la capacité de reconnaître qu'autrui peut avoir un état mental différent du sien. Des altérations de la théorie de l'esprit sont largement associées à la schizophrénie [340, 341]. L'étude de ces déficits a utilisé des tâches variées allant des fausses croyances/duperie (raisonner sur l'état mental de l'autre), le langage indirect (comprendre l'ironie, les allusions ou les impairs) et le décodage des états mentaux en utilisant des informations telles que les expressions faciales, pour inférer les états mentaux. Les différences entre les tâches ont conduit à la distinction entre les capacités de raisonnement sur les états mentaux et les capacités de les décoder [342]. Il reste pourtant difficile de déterminer s'il s'agit de déficits spécifiques et stables associés à la schizophrénie [343], d'un déficit associé à l'adaptation sociale [344], d'un déficit cognitif général [345] ou alors fluctuant associé à la désorganisation durant des épisodes aigus [346, 347]. Dans ce dernier cas, les troubles de la théorie de l'esprit seraient plutôt une conséquence de la surcharge du système de traitement de l'information. Chez des patients stabilisés, les déficits dans la théorie de l'esprit sont clairement associés à la désorganisation et à la mémoire verbale et aux troubles formels de la pensée [214].

On parle également d'erreur de premier ordre, quand le sujet ne comprend pas que l'autre ait une conception erronée de la réalité, simplement parce qu'il n'a pas les mêmes références que lui.

Exemple

Sally place une bille dans un panier – alors qu'Anne la regarde – et sort se promener. Entre-temps, Anne prend la bille et la place dans une boîte. On demande au sujet où Sally ira chercher la bille à son retour. Si l'on a une bonne théorie de l'esprit, on affirmera que Sally ira regarder dans le panier. Sally ne peut effectivement pas savoir que la bille a été déplacée [348].

Une erreur de second ordre consiste à ne pas comprendre qu'une autre personne a une conception erronée de l'information détenue par une troisième personne.

Exemple

John et Mary voient un marchand de glaces dans le parc. John et Mary vont se promener. Par la suite, on raconte à John et à Mary séparément que le marchand de glaces ne se trouve plus dans le parc, mais qu'il est maintenant près de l'église. Aucun des deux ne sait que l'autre a reçu cette information. On pose ensuite des questions telles que : « Où Mary pense-t-elle que John est parti acheter une glace ? ».

La compréhension des impairs est généralement mesurée avec de petites histoires dans lesquelles l'un des personnages dit quelque chose qu'il ne faudrait pas.

Exemple

Jeanne vient de déménager dans un nouvel appartement. Elle va s'acheter de nouveaux rideaux pour sa chambre à coucher. Une fois qu'elle est bien installée, elle invite son amie Corinne. Jeanne demande à celle-ci comment elle trouve sa chambre à coucher. Corinne lui répond qu'elle trouve les rideaux horribles et lui suggère de les changer.

Questions : Corinne sait-elle que les rideaux sont neufs ? Est-ce que quelqu'un a dit quelque chose qu'il n'aurait pas dû dire ? [349]

La compréhension des allusions est aussi mesurée de cette manière.

Exemple

Georges arrive dans le bureau d'Angéla après un long et chaud trajet sur l'auto-route. Angéla lui parle de projets professionnels. Georges l'interrompt en disant : « C'était un long trajet, et il fait très chaud ! ».

Question : qu'est-ce que Georges veut exprimer quand il dit cela ? [350].

Il existe un très joli instrument écologique pour évaluer la cognition sociale, développé par Nadine Bazin et al. Lecture intentionnelle en situation (LIS) [351].

Pour résumer, on peut dire que les troubles de la théorie de l'esprit dans la schizophrénie sont marqués chez les personnes atteintes de schizophrénie, ils le sont moins chez les patients remis d'un épisode aigu. Il y a un lien entre les déficits au niveau de la théorie de l'esprit et la désorganisation. Il est donc utile de développer des stratégies pour aider les patients à prendre conscience de déficits de la théorie de l'esprit et de leurs conséquences sur les relations interpersonnelles. Il est aussi important de développer des interventions pour les améliorer. Il est possible d'utiliser les exercices sur la théorie de l'esprit du programme d'entraînement métacognitif¹.

1. Ce programme est téléchargeable sur le site : www.ukc.de/mkt

Il arrive fréquemment que les patients posent des questions sur l'intention d'autrui ou attribuent à autrui des intentions particulières. Ces problèmes arrivent durant les entretiens. Les exemples suivants proposent des pistes pour l'intervention en situation clinique naturelle.

Cas cliniques

- Viviane prétend qu'une infirmière dans l'unité hospitalière ne l'aime pas. Quand on lui demande sur quels éléments concrets elle se base pour arriver à cette conclusion, elle répond qu'elle n'est jamais souriante, qu'elle est toujours pressée, au point de n'avoir pas le temps de répondre quand on lui pose une question.
 - Armand dit que la veille, il est allé acheter du pain en rentrant chez lui après le travail et que la boulangère lui a tenu la jambe. Il pensait qu'elle avait le béguin pour lui, car elle blaguait et rigolait avec lui. Du coup, il lui a dit qu'il la trouvait très sympathique et en a profité pour raconter qu'il avait une schizophrénie paranoïde, mais que maintenant il allait bien et qu'il était disponible pour une relation amoureuse. Enthousiaste, il s'est levé tôt ce matin et est allé lui acheter deux croissants. Cette fois, la boulangère, s'est montrée distante et expéditive. Il arrive déprimé à son entretien, affirmant que les femmes sont des êtres insondables et lunatiques. Il pense qu'il ne trouvera jamais l'âme sœur.
 - Arthur faisait de longues marches dans la campagne avec deux amis. Depuis quelque temps, il y a renoncé, car il pense que s'il marche à côté d'un homme, les gens vont penser qu'il est homosexuel.
 - Clément pense que, lorsque des gens crachent par terre dans la rue, c'est directement dirigé contre lui. Il est très gêné et sort moins de chez lui quand les gens crachent.
-

Ces quatre exemples illustrent des attributions particulières des intentions d'autrui. Certains pourraient être traitées comme des idées de persécution, de référence, voire comme une phobie sociale. Il est fréquent que de telles théories sur l'intention d'autrui soient associées aux idées délirantes. Ces anecdotes illustrent une compréhension singulière d'autrui ; les quatre patients font preuve d'une difficulté à se décentrer et ont une compréhension personnelle de la situation pas forcément partagée par le reste de la communauté.

Dans ce contexte, il est très important d'aider les patients à prendre en compte le point de vue d'autrui. On peut notamment demander au patient de décrire la situation depuis le point de vue de l'autre, en l'occurrence dans les exemples ci-dessus, du point de vue de l'infirmière « revêche », de la boulangère, d'un passant, d'une personne qui crache dans la rue. On peut, éventuellement, utiliser le jeu de rôle lorsqu'il y a eu une interaction : dans la situation d'Armand, on peut lui demander de prendre le rôle de la boulangère, l'intervenant, lui ou elle, prenant celui d'Armand.

Il sera bon de discuter des règles sociales qui peuvent diriger ces situations. Par exemple, il faudra discuter avec Viviane du lien qu'elle était censé entretenir avec cette infirmière. Est-ce qu'il s'agit d'une infirmière qui avait une responsabilité particulière à son égard ? Comment cette infirmière se comportait-elle

avec les autres patients de l'unité hospitalière ? Est-ce une infirmière tout le temps stressée ? Combien de fois, lui a-t-elle demandé quelque chose ? Que disent les autres patients de cette infirmière ? Il faut poser ces questions, pour aider Viviane à développer une théorie de l'esprit de cette infirmière plus large et plus souple. Il peut également être utile de discuter à quel moment Viviane a essayé d'entrer en contact avec cette infirmière et voir ce qu'elle pourrait lui dire.

Concernant Armand, il semble important de discuter des règles qui président la façon dont les hommes et les femmes se font la cour. Est-ce que le fait de blaguer et de discuter avec lui est suffisant pour qu'il en tire la conclusion que la boulangère aurait le béguin pour lui ? Est-ce que l'on dévoile des informations personnelles, lors d'une première rencontre avec quelqu'un que l'on ne connaît pas ? Il est aussi nécessaire de parler des conditions dans lesquelles les rencontres se sont déroulées, afin de mettre en évidence les intentions de la boulangère. Par exemple, la boulangère est peut-être plus disponible en fin d'après-midi que le matin. Elle est peut-être mal réveillée. Elle peut avoir eu peur, étant donné qu'il lui a dit souffrir d'une schizophrénie paranoïde ou qu'il a fait une allusion à sa disponibilité pour une relation amoureuse.

Avec Arthur, on peut aller regarder dans la rue combien d'hommes marchent deux par deux par rapport au nombre d'hommes qui marchent accompagnés d'une femme. Il est peut-être judicieux d'explorer avec lui les raisons pour lesquelles ce serait un problème si les gens pensaient qu'il était homosexuel.

Avec Clément, il faudra étudier le pourquoi des gens qui crachent dans la rue. Il est possible qu'il découvre, par le questionnement, que les gens crachent davantage l'hiver que l'été, car ils ont plus de risque d'être encombrés par un refroidissement.

Le travail, ici, consiste à mettre en évidence et à comprendre les règles qui dirigent les comportements humains. Il n'existe pas encore, à notre connaissance, de bons programmes validés pour entraîner les erreurs au niveau de la théorie de l'esprit que l'on rencontre dans la schizophrénie.

CHAPITRE 11

Interventions psychoéducatives destinées aux proches aidants

Le fait de prendre soin d'une personne atteinte de troubles psychiques présente un défi majeur pour les proches, pouvant engendrer un fardeau très élevé [352-355]. Le concept de fardeau a été tout d'abord décrit par Hoenig et Hamilton (1966) comme des conséquences défavorables des troubles psychiques sur les proches. Le fardeau comprend tous les événements observables ayant un impact sur le bien-être de la famille comme par exemple la perte financière ou les comportements perturbateurs du patient. Il se réfère aussi aux réactions émotionnelles et cognitives des proches comme par exemple le sentiment d'être perturbé ou l'évaluation de la situation comme représentant une charge [356]. Un fardeau élevé peut avoir un impact négatif sur la santé des proches aidants. Dans le cadre de la schizophrénie, un fardeau considérable des proches aidants peut conduire à une diminution de leur qualité de vie [357] et à un sentiment de détresse [358-360]. Pour éviter ainsi une détérioration dans la santé psychique et physique des proches, différentes approches psychoéducatives ont été développées par les professionnels de la santé [361-363].

Le traitement de la schizophrénie est à la fois pharmacologique et psychosocial. Les traitements psychosociaux comportent l'ensemble des interventions auprès des patients et de leurs familles. Les études randomisées contrôlées relèvent que les différentes interventions destinées aux proches améliorent les conditions des proches aidants et favorisent le rétablissement des patients.

En ce qui concerne les résultats principaux auprès des patients atteints de schizophrénie, les interventions familiales permettent une amélioration dans les domaines suivants :

- *hospitalisation* : baisse de la durée de réadmission [364, 365] ; diminution de la durée de séjours hospitaliers [366] et baisse des rechutes [367] ;
- *état du patient* : réduction de la sévérité des symptômes et amélioration du fonctionnement [364-366, 368, 369] ; diminution de l'invalidité [370, 371] ; amélioration de la qualité de vie [372] ;
- *fonctionnement social et relations interpersonnelles* [371, 372].

Quant aux rechutes et à la durée des séjours hospitaliers, une étude prospective décrit l'effet d'une intervention centrée sur la prévention des rechutes à une année et montre également une baisse significative des hospitalisations [373]. Une autre étude rétrospective sur cinq ans confirme la baisse du nombre

de rechutes et de la durée des séjours hospitaliers [374]. Les bénéfices des interventions familiales sur la diminution des rechutes et des hospitalisations sont également relevés dans une revue de littérature systématique [375]. En ce qui concerne résultats principaux auprès des proches, les études analysées montrent des bénéfices sur les catégories suivantes :

- diminution du fardeau [365, 369, 376, 377] ;
- amélioration du fonctionnement familial [378] ;
- services de soutien par des professionnels : favorisation de la demande d'aide [365, 379] et satisfaction [370, 373, 380] ;
- amélioration du soutien social [366, 377] ;
- expériences positives du rôle de proche aidant ; amélioration des stratégies pour faire face, de la communication, des implications affectives et des émotions exprimées (EE) [368, 377, 378] ;
- identification des besoins des proches [366] ;
- amélioration des connaissances et attitudes [380-382].

Synthèse des interventions auprès des proches

Les analyses concernant quinze interventions citées dans des études scientifiques montrent que 73,3 % des interventions sont réalisées en groupes de familles et 13,3 % dans un cadre mono-familial. Une intervention auprès du patient et d'un de ses proches démontre aussi qu'il est possible de travailler en dyade patient-proche. Finalement, une intervention en deux temps a été décrite dans l'une des études comprenant une partie mono-familiale et une deuxième partie en groupes de familles. Différents contenus sont abordés dans les interventions décrites. Le [tableau 11.1](#) permet de visualiser le pourcentage de ces contenus.

Il peut être constaté que la plupart des interventions abordent les connaissances sur la maladie (86,7 %), la manière de communiquer (66,7 %) et mettent également l'accent sur l'identification des signes de rechutes et les possibilités d'intervenir en cas de crise (60 %). Les résultats de cette analyse sont toutefois inquiétants, car seuls 20 % des interventions apportent de l'aide au niveau émotionnel et seulement 33,3 % d'entre elles offrent un moment de partage sur les expériences, alors que 73 % des interventions sont réalisées en groupes.

Cas clinique

Nicolas souffre de schizophrénie depuis ses 18 ans. Âgé de 20 ans, il vit toujours avec ses parents. Son rêve est de faire une formation lui permettant un rôle social actif. Il souhaiterait pouvoir vivre dans un lieu indépendant mais face aux différentes pressions pour gérer un chez-soi, il est retourné chez ses parents après une première tentative et ne sait plus comment faire. Lors des entretiens individuels, Nicolas relève qu'il souhaite rester encore quelque temps chez ses parents pour se rétablir mais n'ose pas leur faire cette demande, il est convaincu que sa mère veut à tout prix qu'il ait une indépendance. Ces derniers temps, des conflits importants entre ses parents et lui ont lieu fréquemment. La santé de Nicolas se détériore de plus en plus, ses parents sont très inquiets et sollicitent l'équipe soignante davantage. Dans ce contexte, des

TABLEAU 11.1. Pourcentage des contenus abordés dans les interventions psychoéducatives.

Contenus	Pourcentage du contenu abordé
Étiologie, symptômes, traitement et pronostic	86,7
Communication	66,7
Identification des signes de rechutes et adaptation en cas de crise	60
Résolution de problèmes	53,3
Buts réalistes, alternatives, rôle du proche aidant	46,7
Système familial	40
Engagement et alliance avec les proches	33,3
Évaluation des besoins des proches	33,3
Gestion du stress, <i>coping</i>	33,3
Développement des compétences selon les besoins du groupe et partage d'expérience	33,3
<i>Feed-back</i> /bilan/suite	26,7
Théorie de l'esprit	20
Entraînement émotionnel	20
Informations sur opportunité travail, système de soins, réhabilitation	20

entretiens avec ses parents sont organisés en présence de Nicolas. Les entretiens sont difficiles en raison de conflits familiaux. Nicolas se met en colère rapidement face aux préoccupations de ses parents, lesquelles sont injustifiées selon lui. Un accord est passé entre Nicolas, les parents et les soignants, il porte sur la possibilité de rencontrer les parents en absence de Nicolas et ensuite de faire le bilan en sa présence.

Lors d'une première rencontre avec ses parents, ils relèvent plusieurs actes de violence au sein de la famille. Sa mère éclate en larmes en disant qu'elle ne sait plus comment aider Nicolas. Elle essaye de l'aider dans des démarches de recherche d'appartement mais Nicolas s'énerve rapidement et s'isole par la suite. Elle dit que lors de la première tentative d'appartement, Nicolas n'était pas prêt mais qu'actuellement elle fera tout pour le soutenir. Elle a l'impression que tout ce qu'elle met en place ne correspond pas aux attentes de son fils. Le père de Nicolas relève que les conflits au sein de la famille durent depuis plus de deux ans. Il ajoute que la famille a rencontré à plusieurs reprises des professionnels de la santé pour être aidée et pouvoir aider Nicolas. Ils relèvent des incompréhensions quant à la maladie dont souffre leur fils. Ils disent qu'en présence de Nicolas lors de ces différentes rencontres, eux-mêmes ressentaient beaucoup de culpabilité et préféraient arrondir les angles. Ils n'osaient pas poser des questions sur la maladie car Nicolas s'énervait rapidement. Les deux parents se mettent à pleurer en expliquant qu'ils se sentent impuissants et désespérés. Ils ont peur d'évoquer leurs difficultés avec leurs amis. De plus, ils expliquent que leur fille aînée a quitté le domicile récemment et elle ne veut plus avoir de contacts avec eux. Elle leur a dit qu'elle a honte de sa famille, elle souhaite rompre tous liens, surtout avec son frère malade.

Rétablissement des proches aidants

Le processus de rétablissement peut aussi être envisagé dans l'accompagnement des proches. Dans le cas clinique cité ci-dessus, il peut être constaté que les proches vivent une détresse importante et que l'ensemble du système familial est déséquilibré. En effet, ils se situent également dans une phase moratoire, quand ils apprennent que leur proche souffre d'une psychopathologie. La phase de moratoire est caractérisée par le déni de la maladie, le désespoir et la confusion. Les parents de Nicolas se trouvent démunis sans une aide efficace. Dans cette phase, il est primordial de leur apporter un soutien émotionnel efficace leur permettant une stabilisation de leurs émotions et des stratégies de faire face efficace (tableau 11.2).

La phase moratoire va ensuite se poursuivre par une prise de conscience augmentant l'espoir du proche aidant. Dans la phase de conscience, les parents de Nicolas pourront commencer à mieux comprendre sa maladie et l'aider à faire face, tout en prenant soin d'eux-mêmes et du reste de la famille, notamment de la sœur de Nicolas qui souffre de cette situation. Ils pourront ainsi mieux distinguer ce qui fait partie de la maladie de ce qui fait partie de la personnalité de Nicolas. L'identification des symptômes permettra d'établir une meilleure communication au sein de la famille ce qui diminue le stress intrafamilial. Différentes techniques et groupes peuvent être proposés en fonction des besoins des parents de Nicolas. La sœur de Nicolas peut également bénéficier d'un soutien direct si ses parents lui parlent des bénéfices possibles et si elle estime nécessaire une aide professionnelle. La phase de préparation consiste en effet à évoquer les différentes possibilités de traitement en fonction des besoins individuels. Il est ici essentiel d'évaluer les besoins des parents de Nicolas en intégrant l'ensemble du système familial afin d'assurer une planification de qualité. Cette phase est suivie de la reconstruction, dans laquelle les parents de Nicolas peuvent avoir un certain contrôle sur leur vie et développer une relation apaisée avec lui. Finalement, la phase de croissance englobe les possibilités des proches aidants de mener une vie riche et pleine dans une relation positive avec Nicolas. Si l'on considère de cette façon les soins auprès des proches aidants, ils bénéficieront d'un soutien dès l'annonce de la maladie jusqu'à une acceptation de celle-ci.

Lors de conflits intrafamiliaux, un travail sur la résolution de problème en présence du patient peut également s'avérer nécessaire. Dans le cas clinique présenté ici, il semble y avoir une divergence entre les croyances de la mère et de celles du fils concernant le lieu de vie le plus approprié pour lui. Cette divergence peut générer du stress pour les deux personnes, nuire à leur relation et à leur santé. Un travail pratique sur leur communication permet d'identifier les raisons de leur conflit. La figure 11.1 présente une analyse de *pattern* de communication circulaire entre Nicolas et sa mère.

Les *patterns* de communication circulaire mettent en évidence « les interactions répétitives, stables et autorégulatrices entre deux individus » [383]. La formulation du *pattern* de communication circulaire entre Nicolas et sa mère nous permet de constater de quelle façon la problématique de santé actuelle est

TABLEAU 11.2. Processus d'intervention et entraînement dans la phase moratoire.

Domaines d'intervention	Buts	Activités cliniques
Engagement dans le processus d'accompagnement	Établir un lien thérapeutique avec les parents de Nicolas et définir le plan d'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> – Accueillir les parents dans un espace chaleureux et une attitude empathique – Donner les informations utiles sur la maladie et les symptômes – Établir un contrat thérapeutique
Acquisition du rôle d'aidant	Déterminer les enjeux dans le système familial et intégrer le rôle de proche aidant	<ul style="list-style-type: none"> – Effectuer une éco-carte sur les personnes impliquées dans le système familial – Identifier la nature des liens et les responsabilités de chacun – Définir le rôle de proche aidant – Valoriser et reconnaître la valeur du rôle d'aidant – Déterminer les personnes ressources
Stabilisation des émotions douloureuses	Identifier les émotions douloureuses et acquérir des techniques de gestion	<ul style="list-style-type: none"> – Expliquer les liens possibles entre les symptômes et les réactions des proches – Utiliser le modèle ABC pour analyser les réactions spécifiques des parents de Nicolas – Proposer des techniques simples de relaxation, de pleine conscience et d'entraînement cardiaque – Entraîner les techniques de gestion d'émotions douloureuses à chaque fin d'entretien
Diminution de l'isolement social	Identifier les conséquences des représentations de la maladie sur les liens sociaux et la communication interfamiliale	<ul style="list-style-type: none"> – Faire l'inventaire des représentations de la schizophrénie que présentent les parents de Nicolas – Utiliser le modèle ABC pour analyser leurs conséquences sur les liens sociaux et la communication interfamiliale – Donner des explications sur les mécanismes de communication – Utiliser le modèle de résolution de problème – Organiser une rencontre avec un proche pair aidant ayant déjà eu une expérience similaire

affectée par l'interaction de leurs croyances. Les sentiments et les pensées de la mère de Nicolas activent un comportement de surprotection et de recherche d'aide auprès des autres membres de la famille. Quant aux sentiments et aux pensées de Nicolas, ils activent un comportement d'évitement et de fuite. Dans ce cas, il peut être constaté que plus la mère de Nicolas s'inquiète, plus Nicolas prend la fuite. Et plus il prend la fuite, plus sa mère s'inquiète. En analysant le

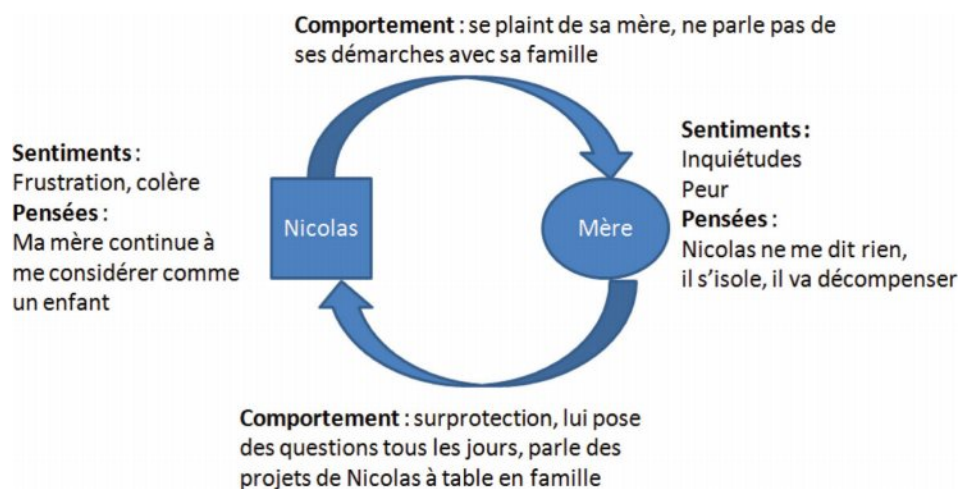


FIGURE 11.1. Analyse de *pattern* de communication circulaire entre Nicolas et sa mère.

conflit ainsi, la mère de Nicolas prend conscience que les croyances véhiculées par la famille lors des repas augmentent le stress chez son fils alors qu'elle a envie de l'aider à se rétablir. Nicolas de son côté prend conscience que sa famille souhaite l'aider mais ne sait pas comment s'y prendre. Le fait de prendre conscience de la façon dont les interactions affectent leurs réactions aide Nicolas et sa mère à adopter des stratégies plus efficaces. Ceci améliore les relations interpersonnelles et diminue le stress intrafamilial.

Psychoéducation auprès des proches aidants

La psychoéducation auprès des proches aidants fait référence aux mêmes principes que ceux de la psychoéducation auprès des personnes souffrant de troubles psychiques. Différents programmes ont été développés pour soutenir les proches aidants en utilisant ces principes. En ce qui concerne les psychopathologies du trouble du spectre, dans le contexte francophone en Europe, c'est le programme de psychoéducation Profamille [384] qui a été implanté dès les années 1990 en plus des interventions dans des milieux de soins comme l'hôpital psychiatrique, les cliniques psychiatriques ou encore les psychothérapies familiales systémiques. D'autres types d'interventions ont démontré leur efficacité, au niveau mondial, comme le module AVEC développé pour répondre aux besoins des proches aidants au début de la maladie [385].

L'expérience montre que les programmes psychoéducatifs structurés sont proposés généralement tard dans le processus de rétablissement, généralement quand les patients sont davantage stabilisés [386]. De surcroît, même si ce type de programme existe et reste hautement recommandé par les données probantes, les interventions pour les familles ne sont pas utilisées de façon systématique [387, 388]. Finalement, la littérature indique que, pour l'instant, les programmes psychoéducatifs sont efficaces sur le taux de rechute et les réhospitalisations

quand la famille est incluse dans l'offre en soins [362, 389]. Des interventions psychoéducatives sont nécessaires, voire indispensables, dans certaines étapes de ce processus, et un soutien centré sur le rétablissement des proches aidants face à la maladie de celui ou celle dont ils s'occupent coïnciderait avec une amélioration de la qualité des soins. Les programmes psychoéducatifs destinés aux proches doivent être au service de leur processus de rétablissement tout en respectant leur rythme. Le [tableau 11.3](#) présente les interventions principales pouvant être au service des proches aidants en fonction de leur rétablissement.

Les différentes dimensions travaillées dans la phase moratoire sont essentielles pour accompagner les proches dans leur rétablissement. Ce travail permet aux proches d'être soutenus dans leur rôle d'aidant en identifiant davantage les enjeux et en gagnant une meilleure régulation émotionnelle. Il permet également d'intégrer les représentations de la schizophrénie chez les proches ce qui favorise l'utilisation des stratégies plus efficaces pour faire face [390]. Un travail plus spécifique sur les représentations de la schizophrénie offre également plus de possibilités de socialisation ce qui améliore les capacités d'adaptation [391].

Selon la littérature, afin de garantir l'accès à un soutien aux proches par des professionnels de la santé dans la phase moratoire, il paraît essentiel, non seulement d'intervenir le plus tôt possible mais aussi d'individualiser les interventions selon les besoins des proches, de faciliter l'accès à un soutien émotionnel et de proposer des interventions innovantes permettant l'acceptation de la maladie. Il est aussi important d'impliquer davantage les proches dans un rôle de pair aidant dans les interventions destinées aux proches, de soutenir l'intégration des connaissances et compétences, ainsi que de cibler les informations et leurs supports en fonction des besoins des proches. Afin qu'un soutien puisse avoir un succès, il est recommandé de respecter le rythme des proches pour favoriser

TABEAU 11.3. Les interventions principales auprès des proches en fonction du processus de rétablissement.

Stades de rétablissement	Les interventions principales auprès des proches
Moratoire	<ul style="list-style-type: none"> – Engagement dans le processus d'intervention – Acquisition du rôle d'aidant – Stabilisation des émotions douloureuses – Diminution de l'isolement social
Conscience	<ul style="list-style-type: none"> – Programmes psychoéducatifs – Psychoéducation familiale centrée sur la connaissance de la maladie, son traitement et les stratégies pour y faire face – Rencontre avec d'autres proches dans des activités associatives
Préparation	<ul style="list-style-type: none"> – Engagement dans le plan de traitement du patient – Rencontre dyade patient-proche : identification des signes de rechute, résolution de problèmes en cas de crise
Reconstruction	<ul style="list-style-type: none"> – Orientation et suivi thérapeutique individuel ou familial : psychothérapie, suivi médical et/ou suivi social
Croissance	<ul style="list-style-type: none"> – Participation à des activités au sein des associations d'entraide

les stratégies d'adaptation positives et de proposer un cadre d'intervention en fonction des besoins des proches et des patients. Le programme ENSEMBLE, une intervention précoce brève se basant sur ces données scientifiques, a été conçue récemment.

ENSEMBLE est une intervention d'évaluation, de soutien et de planification destinée aux proches aidants de personnes atteintes de troubles psychiques.

ENSEMBLE est conçue afin d'offrir une aide professionnelle aux proches aidants dès l'apparition des premiers signes de la maladie chez un des leurs. Cette intervention comprend cinq rencontres entre le proche aidant ou les membres de la même famille (sans la présence du patient) et le soignant. La première rencontre consiste en une **évaluation** des besoins et difficultés, des émotions douloureuses et du réseau social du proche aidant. Le **soutien** apporté par le professionnel sera ensuite ajusté à cette première évaluation. Deux rencontres sont prévues pour une aide concrète centrée sur l'espoir et le rétablissement. Une quatrième rencontre consiste en la **planification** de la suite afin d'aider le proche aidant à exercer son rôle dans des conditions plus optimales et avec des réponses à ses préoccupations. La dernière rencontre permet d'offrir un soutien post-intervention sur les mesures mises en place et permet également de prendre du recul sur l'évolution des préoccupations de départ.

Les objectifs généraux visés par le programme ENSEMBLE sont :

- identifier les besoins et difficultés, ainsi que les émotions douloureuses induites par les conséquences de l'expérience de maladie chez un des leurs ;
- prendre du recul par rapport au soutien social à disposition ;
- reconnaître les implications d'être proche aidant et verbaliser les préoccupations en lien avec ce rôle ;
- partager l'expérience du rôle de proche aidant avec une personne ayant vécu une telle expérience ;
- identifier des moyens, comme la résolution de problèmes ou la gestion des émotions douloureuses favorisant un bien-être personnel ;
- planifier la suite en ciblant les structures aidantes à disposition en fonction des besoins non comblés.

Le programme ENSEMBLE sera validé prochainement dans un dispositif de recherche.

CHAPITRE 12

Conclusion et perspectives futures

Développements en cours

La psychiatrie communautaire est en plein développement, et de nombreux autres aspects de celle-ci auraient dû trouver leur place dans ce livre : le soutien à l'emploi, les « pairs aidants », les groupes de soutien, les programmes de lutte contre la stigmatisation [392], etc. Certains de ces aspects sont bien développés et démontrés, comme le soutien à l'emploi [393-395] ; une intervention qui permet d'accompagner les patients dans la recherche, la reprise et le maintien dans un emploi compétitif de leur choix. Il est possible de se référer au manuel *Individual Placement and Support* (IPS) du soutien en emploi¹.

Le soutien à l'emploi doit encore être adapté à des environnements francophones, et plusieurs expériences sont actuellement en cours.

Les services de « pairs aidants » [396, 397] sont encore peu développés dans la psychiatrie francophone. Il s'agit de créer des statuts de bénévoles ou de salariés pour des patients rétablis. Ceux-ci peuvent dès lors fournir officiellement des services pour des patients en début ou en cours du processus de rétablissement. Ces personnes peuvent conduire des groupes thérapeutiques, accompagner les patients dans des démarches concrètes, animer des activités ou mettre leur expérience au service des autres. Toutefois, notre pratique en ce domaine est encore préliminaire. Le concept de « pairs aidants » est de plus en plus élargi à la notion de « pairs praticiens » pour inclure également la participation à l'enseignement par les usagers, la recherche dirigée par les usagers, ainsi que la participation des usagers à la gestion des services et à l'action militante ou politique.

Le travail avec les associations de patients est également une tâche essentielle du professionnel qui œuvre en psychiatrie communautaire, ne serait-ce que pour identifier les problèmes émergents et leur trouver des solutions et parce que le lien avec les associations de patients va permettre de développer des actions communautaires dans le domaine de la psychoéducation et de la lutte contre la discrimination sociale.

1. Disponible sur le site : <http://www.espace-socrate.com/SocProAccueil/RehabilitationAccueil.aspx>

Perspectives futures

Nouvelles technologies

Les changements au sein de la société ont aussi un impact majeur sur la psychiatrie. Durant cette dernière décennie, un certain nombre de phénomènes de société a changé les rapports à autrui, les habitudes et les valeurs communautaires ; les nouvelles technologies en sont en grande partie responsables : on ne regarde plus la télévision ensemble, mais seul sur son ordinateur ; chacun possède son téléphone personnel, plus besoin de négocier le partage de l'ancien poste familial ; chacun écoute la musique qui lui plaît de son côté ; on ne se prête plus des livres ou des disques, on échange des fichiers ; on ne joue plus autour d'une table, mais devant un écran vidéo ; on se rencontre sur Internet ; on regarde un film en avant-première seul sur la toile, au lieu d'aller le voir accompagné d'un ami, au cinéma, etc. Cependant, les nouvelles technologies trouvent des applications intéressantes dans les soins. Par exemple, il est possible de télécharger un exercice de pleine conscience et de le mettre directement sur le baladeur d'un patient. On peut enregistrer une partie importante d'un entretien ou un message thérapeutique sur un téléphone portable ou un enregistreur de poche. On parvient à communiquer en différé par messagerie électronique ou par SMS ou texto. Un appareil de photo numérique permet de faire rapidement un mode d'emploi visuel, pour apprendre à un patient à utiliser une machine à laver, pour illustrer les étapes d'une recette de cuisine ou d'une tâche à effectuer dans un atelier protégé. Les professionnels devront s'intéresser aux nouvelles manières d'échanger et de se rencontrer, car, pour certains patients, ces nouvelles compétences seront à intégrer dans l'entraînement des habiletés sociales. Il faut se faire à l'idée que l'on peut se rencontrer sur *Second Life* et que les adolescents et les jeunes adultes doivent être sur *Facebook* pour entretenir leur réseau social. L'entraînement des habiletés sociales aura de plus en plus à prendre en compte ces nouveautés.

Cas clinique

Antonin, sous le pseudonyme de « Gandalf », a rencontré une dénommée Zelda sur « Second life ». Ils s'y donnent régulièrement rendez-vous et partagent tout une série d'activités. Ils ont même fait l'amour virtuellement. Antonin aimerait bien rencontrer la vraie Zelda. Il a peur toutefois que celle-ci ne le rejette car, sur *Second Life*, il s'est créé un personnage attirant et sportif. En réalité il souffre d'un surpoids et il n'est pas du tout sportif. Son infirmier lui suggère de « chatter » davantage avec Zelda, pour en apprendre davantage sur elle et, réciproquement, répondre aux questions de cette dernière. Son infirmier l'amène également à penser que Zelda s'est probablement aussi construit un personnage virtuel qui ne correspond guère à la réalité. Quelques semaines plus tard, Antonin raconte que Zelda s'appelle Jacqueline, dans la réalité, et qu'elle ne se trouve pas très jolie. Elle habite dans le Nord de la France. Maintenant, ils communiquent par messagerie électronique et se sont trouvés des points communs. Ils aimeraient dorénavant se rencontrer.

L'introduction de l'informatique à la fin des années 1990 dans les services de psychiatrie a surtout répondu à des questions de gestion hospitalière ou à la tenue du dossier plutôt qu'elle n'a servi l'activité clinique directe. Dans certains milieux, elle a même probablement réduit le contact face à face entre le soignant et le patient. Le projet *Back to the patient* [398] vise à développer des outils informatiques sur tablette qui doivent être utilisés directement dans le soin au patient. Ces outils sont conçus dans une perspective de rétablissement : ils visent à augmenter le pouvoir du patient dans la gestion de sa santé, à développer une identité différenciée de la maladie ou à développer un rôle social actif. Ils peuvent servir à l'évaluation des difficultés et des besoins, à l'évaluation clinique ou à l'intervention thérapeutique. Le but premier de cette série d'outils est de donner la parole au patient et de considérer son point de vue afin de l'intégrer dans le plan thérapeutique. Ces programmes informatiques visent également à fournir des outils qui assistent les soignants avec des moyens multimédias directement dans les soins, par exemple pour montrer au patient une technique thérapeutique enregistrée en vidéo ou lui transmettre des informations sur son traitement et sa maladie.

Il est maintenant possible de développer des outils interactifs sous un format relativement léger. Une même tablette peut contenir de nombreux programmes pouvant être utiles aux soins. La légèreté et la taille de celle-ci favorisent son utilisation durant un entretien dans une unité de soins ou à domicile, sans encombrer les soignants. Des données peuvent être échangées ou transmises à d'autres logiciels tels que le dossier informatisé. Certaines applications sont également utilisables sur smartphone, ce qui les rend plus facilement accessibles, de manière autonome pour les patients et leurs proches².

Aspects économiques

Les aspects économiques ont une influence majeure sur la psychiatrie communautaire qui est prise dans le paradoxe suivant : elle coûte moins cher mais rapporte moins, simplement parce qu'elle est généralement assurée par des professionnels moins payés, mais également moins bien remboursés par les systèmes d'assurance socio-sanitaires. À l'époque du néolibéralisme où le paradigme en vogue est que les riches doivent devenir toujours plus riches et les pauvres toujours plus pauvres, à l'époque de l'explosion des coûts de la santé, ce paradoxe devient une véritable gageure. En effet, la psychiatrie communautaire est au service des gens qui ont les maladies les plus sévères, mais aussi des gens les plus démunis du point de vue économique. Les coûts ne peuvent donc plus être mesurés en termes de coûts directs mais de coûts indirects [326]. Les coûts directs correspondent aux coûts des interventions et des services, alors que les coûts indirects correspondent aux coûts du

2. Les liens vers ces nouveaux outils se trouvent sur la page : http://homepage.hispeed.ch/Jerome_Favrod/

manque à gagner, parce qu'une personne ne participe pas à l'économie d'une région ou aux coûts des aides financières pour subvenir à ses besoins vitaux. Les coûts indirects sont généralement mesurés par des instances différentes de celles qui évaluent les coûts directs. La confusion des coûts est généralement aggravée, de surcroît, par le fait que les assurances sociales fonctionnent en vases communicants : une personne au chômage peut se retrouver au bénéfice d'une rente d'invalidité ou à l'aide sociale quand le droit aux prestations de la première arrive à échéance. Pour complexifier le système, il est fréquent que les systèmes de soutien social sur le plan économique comprennent les ressources financières multiples et ciblées, gérées par des instances différentes, avec des règles différentes qui interfèrent entre elles. Par exemple, en Suisse, une personne au bénéfice d'une rente d'invalidité fédérale reçoit une aide pour son loyer au niveau communal. Si cette personne s'engage dans une activité rémunérée, elle va perdre ce soutien communal, perdant la récompense pour l'effort consenti. Ce problème est couplé à un autre : le processus de reconnaissance de l'invalidité par les assurances prend plusieurs mois, voire plusieurs années, et le processus de retour à la normale devrait être immédiat. Il devient dès lors extrêmement compliqué d'évaluer les coûts et les bénéfices des interventions. L'ensemble est sous l'emprise de règles macro-économiques (offre et demande) et légales (loi sur le travail) qui compliquent la création de modèles économiques alternatifs ; on pense à une entreprise subventionnée qui engagerait les personnes en fonction de leurs capacités fluctuantes. En effet, la notion d'invalidité est souvent définie de façon définitive et binaire : on est invalide ou non. En psychiatrie, l'invalidité fluctue, puisque la plupart des troubles psychiatriques sévères réagissent au stress. Ces fluctuations rendent l'invalidité plus oscillante que binaire. Dans ce contexte, il est possible de créer des entreprises sociales construites sur un système bénéfices/coûts indirects plutôt que bénéfices/coûts directs. Il est peu probable que les lobbies économiques encouragent ce type de système, dont les bénéfices finaux sont difficilement calculables. Cependant, son organisation ne serait pas si compliquée, si l'on acceptait que certains patients puissent travailler six mois par an et d'autres huit ou neuf mois dans des emplois supervisés et dans des niches économiques qui ne perturberaient pas trop l'économie libérale.

Le rapport à l'information

Un autre phénomène particulier qui influence de façon importante les soins avec des personnes atteintes de schizophrénie est le phénomène de l'information-spectacle. Les médias, radios, télévisions, journaux, sont sous la pression de l'audimat ou du tirage. Toucher, émouvoir son audience devient plus important que l'analyse des informations et la mise en perspective des événements. Le journalisme disparaît au profit de spécialistes de l'émotion et du spectacle, qui utilisent des procédés tels que sauter aux conclusions ou sortir un événement de

son contexte. On cherche des raccourcis pour obtenir l'attention du public, déjà bombardé d'informations diverses. Il faut faire peur aux gens, les surprendre, les impressionner, les amuser, changer leurs repères. Il faut créer de nouveaux risques, amplifier les événements, les monter en épingle, transmettre de l'information de plus en plus brute sans la traiter ni l'analyser dans un contexte plus large. L'interviewer influence l'information en poussant la personne interviewée à se défendre ou à attaquer. On peut aller jusqu'à modifier le passé pour qu'il corresponde au présent. Supprimer les perspectives, sortir les événements de leur contexte historique ou géographique empêche le spectateur de réfléchir ; il réagit donc de plus en plus émotionnellement. Certains des ingrédients utilisés par les médias actuels ressemblent beaucoup aux mécanismes qui sont à la base de la construction des idées délirantes. Ces méthodes ne sont pas sans conséquences, les patients trouvant plus facilement des preuves qui confirment leurs idées délirantes sur les manchettes ou dans les titres du journal télévisé. Les professionnels doivent de plus en plus aider les patients à faire un travail de journaliste, qui consiste à vérifier et à analyser les informations, les mettre en perspective, les nuancer. Il faut, par exemple, expliquer le travail des institutions, comme rappeler qu'une proposition de loi doit être acceptée par le Parlement avant d'être adoptée, ou refaire l'historique d'une information qui inquiète le patient.

Dans le cadre de ce journalisme à sensation, les problèmes présentés par les patients psychiatriques, notamment s'ils sont atteints de schizophrénie, sont souvent mis en exergue d'une façon partielle et trompeuse, avec le risque d'accentuer la stigmatisation et le rejet.

Systèmes de soins

Durant ces trente dernières années, la schizophrénie est l'une des maladies pour laquelle la recherche a réalisé d'immenses progrès sur le plan thérapeutique [399]. Si les médicaments se sont avérés utiles pour permettre le développement d'une psychiatrie ambulatoire, les développements de nouveaux services et de nouvelles interventions psychosociales ont permis à de nombreux patients d'avoir des vies plus productives et plus riches. Bien qu'il reste encore de la place pour l'amélioration, il est nécessaire de rappeler les développements dans le domaine juridique (lois pour défendre les droits des patients), dans le domaine clinique (services communautaires coordonnés et interventions psychosociales), ainsi que la création d'associations de patients : ils ont joué un rôle capital dans le changement des rapports entre professionnels et patients et contribué à l'amélioration globale des personnes atteintes de schizophrénie. Cependant, les nouvelles interventions validées ont de la peine à se disséminer dans la pratique clinique. Les équipes de soins ont tendance à viser la réduction et la stabilisation des symptômes plutôt que le rétablissement [400]. Cette tendance peut s'expliquer par des retards au niveau de la formation. Les systèmes de formations pour les professionnels de

terrain ont souvent du retard pour introduire les nouvelles approches dans leur enseignement. Ce retard est lié au fait que, le plus souvent, l'enseignement, la clinique et la recherche ne sont pas intégrés ou commencent seulement à l'être. Une deuxième raison est probablement liée à la vision pessimiste que les professionnels conservent de la schizophrénie. Celle-ci a d'abord été appelée « démence précoce » par Emil Kraepelin. Ce dernier a ensuite critiqué lui-même son appellation, en constatant que plus de 20 % de ses patients s'amélioreraient avant l'introduction des médicaments. Une troisième raison est consécutive aux préjugés concernant la schizophrénie, qui réduisent l'intérêt pour la population qui en souffre par des attitudes de discrimination et d'exclusion sur les plans des soins, de la formation, du travail et des relations sociales. Finalement, les psychiatres ont souvent un rôle de leader dans les équipes de soins. En psychiatrie communautaire, ils sont souvent peu nombreux et ont ainsi moins d'impact sur leurs collègues infirmiers, éducateurs, assistants sociaux, ergothérapeutes, etc. Ces derniers devraient davantage contribuer à l'implantation de pratiques innovantes.

Les services de psychiatrie communautaire dépendent fréquemment d'hôpitaux psychiatriques qui sont eux-mêmes intégrés dans des hôpitaux généraux plus grands. Ces modifications ont eu lieu à partir de la fin des années 1990 et ont tendance à se généraliser. L'organisation des soins dans un service de psychiatrie communautaire est très différente de l'organisation hospitalière. Le plus souvent, les cadres supérieurs assurent la responsabilité de deux types de services avec une gestion identique : cela conduit à des conflits de fonctionnement. Les professionnels de psychiatrie communautaire, s'ils veulent être efficaces, doivent généralement organiser leurs activités avec une planification de l'activité quotidienne sur plus d'un ou deux mois (rendez-vous, réunions, activités thérapeutiques), tout en conservant une certaine souplesse pour les imprévus et les urgences. En effet, un professionnel doit pouvoir assurer en tant que *case-manager* le suivi de quinze à cinquante patients selon leur état clinique. Un service hospitalier psychiatrique, lui, gère sa charge en soins à quelques jours de planification en fonction de la charge de travail des entrées et des sorties. Les soignants assurent un horaire continu et sont considérés comme facilement remplaçables. Ces deux logiques sont relativement antagonistes et ont un risque élevé d'entrer en opposition.

Un bon service de psychiatrie communautaire doit pouvoir répondre aux différents besoins des patients dont il s'occupe. La gestion d'une palette des services est également une tâche complexe pour un cadre. Ce dernier va devoir intégrer, dans l'organisation des soins, la charge de *case-manager* et les charges liées aux différentes compétences des membres de son équipe : animation de groupes thérapeutiques, soutien à l'emploi, psychoéducation familiale, intervention pour les symptômes psychotiques, etc., en prenant en compte que chaque professionnel ne sera pas compétent dans tous les domaines requis.

Pour conclure

Pour offrir un service pertinent et fiable, il est essentiel de construire une équipe solide et stable qui permette à chaque professionnel d'apporter sa contribution et de reconnaître celle des autres. Cette interdisciplinarité est fondamentale, car elle aide à résoudre les cas complexes qui se posent actuellement en psychiatrie, notamment dans l'intrication des problèmes sociaux et sanitaires. Il faut également s'assurer que l'administration et la logistique du système sont au service du « *core business* » (le cœur de l'activité), et non l'inverse. C'est un risque fréquent pour le service public qui n'est pas soumis aux *feed-back* rapides du marché, quand il perd de vue sa mission première.

Il existe probablement plusieurs obstacles à la diffusion des traitements psychosociaux de la schizophrénie en général. Les difficultés le plus souvent évoquées sont les suivantes en allant du général au particulier :

- les traitements psychosociaux de la schizophrénie présentent peu d'enjeux économiques. S'ils réduisent, à terme, les coûts imputés à la communauté et améliorent la productivité des patients [401], ils ne permettent pas le développement d'un secteur privé lucratif, contrairement aux traitements pharmacologiques. Les traitements psychosociaux vont donc généralement être assurés par le service public qui risque de manquer de souplesse pour inciter l'utilisation d'innovations ;
- les investissements dans les traitements psychosociaux sont rentables seulement à long terme, ce qui n'en fait pas un enjeu électoral important. En effet, si un gouvernement décide d'investir dans ce domaine, les bénéfices escomptés risquent d'être mis au crédit du gouvernement suivant ;
- les personnes atteintes de schizophrénie ne constituent pas un groupe de pression important, malgré la prévalence élevée de la maladie. Il existe peu d'associations de patients, et les associations de familles qui sont plus puissantes ont encore du mal à s'affirmer. Cette timidité est probablement liée à la culpabilité sous-jacente des familles. En effet, la société a tendance à considérer les parents comme responsables de la maladie ;
- les traitements psychosociaux, malgré la démonstration de leur efficacité, font l'objet de débats idéologiques qui servent davantage l'équilibre narcissique des professionnels que les besoins des patients ;
- le fait que les centres de formation, en particulier dans le domaine des soins infirmiers, acceptent toujours que leurs enseignants ne soient pas directement reliés à la pratique clinique conduit à des retards dans l'introduction des innovations ;
- les soins infirmiers ont tendance à dissocier la gestion des soins de la compétence clinique, privilégiant ainsi le fonctionnement institutionnel aux dépens de l'objectif premier des soins qui est d'améliorer la santé des patients ;
- l'encadrement ne soutient pas suffisamment les professionnels qui prennent des initiatives ou font des efforts supplémentaires pour prodiguer des soins optimaux [402, 403] ;

TABLEAU 12.1. Stratégies pour contourner les obstacles à la dissémination de nouveaux traitements.

Obstacles	Stratégies
Méconnaissance et manque d'intérêt des pouvoirs et des administrations publics	<ul style="list-style-type: none"> – Interventions dans les médias – Soutien aux associations de patients et de familles – Invitation des autorités aux conférences – Développer les études sur l'impact économique des traitements
Conflits idéologiques	<ul style="list-style-type: none"> – Travailler à la paix des psychothérapies en étudiant leurs complémentarités et en distinguant leurs cibles – Éviter d'envenimer les conflits verbaux et appliquer concrètement les interventions pour démontrer leurs intérêts. <i>Laissons dire et faisons bien !</i>
Méconnaissance des traitements dans les équipes.	<ul style="list-style-type: none"> – Assurer la formation de base et continue des professionnels de la santé et du social – Établir des liens entre les cliniciens et les centres de formation pré- et post-gradués – Offrir aux cliniciens leaders des charges d'enseignement – Favoriser la diffusion des résultats de recherche dans les revues professionnelles – Intégrer les données sur l'efficacité des traitements psychosociaux dans les écoles de cadres de santé, du social et de l'administration
Organisation des soins	<ul style="list-style-type: none"> – Valoriser l'activité clinique plutôt que le travail administratif – Procéder par adaptations : intégrer progressivement les nouvelles approches dans l'existant, étape par étape, plutôt que de proposer des changements radicaux – Stabiliser les professionnels qui s'impliquent – Soutenir le moral de l'équipe – Offrir des promotions sur le plan clinique plutôt qu'administratif
Facteur humain	Il est important de se rappeler la loi du mathématicien et philosophe américain Douglas Hofstadter : « Ça prend toujours plus de temps qu'on ne le pense, même en tenant compte de la loi de Hofstadter. »

- les professionnels n'ont pas assez accès à la formation continue pour acquérir les compétences requises ;
- certains outils thérapeutiques peuvent être difficiles à obtenir, car les institutions n'ont pas prévu de budget pour les acquérir ;
- les professionnels méconnaissent parfois les progrès et les développements existants.

Certains de ces obstacles nécessitent des actions politiques, institutionnelles ou personnelles (tableau 12.1).

Références

- [1] Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, “just the facts”: What we know in 2008. Part 1: Overview. *Schizophr Res* 2008;100:4–19.
- [2] Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, “just the facts” what we know in 2008. Part 2: Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 2008;102:1–18.
- [3] MacDonald AW, Schulz SC. What we know: Findings that every theory of schizophrenia should explain. *Schizophr Bull* 2009;35:493–508.
- [4] Weinberger DR. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:660–9.
- [5] Fatemi SH, Folsom TD. The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia, revisited. *Schizophr Bull* 2009;35:528–48.
- [6] Lecomte T, Leclerc C, Corbiere M, Wykes T, Wallace CJ, Spidel A. Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis? Results of a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis* 2008;196: 866–75.
- [7] Sells DJ, Stayner DA, Davidson L. Recovering the self in schizophrenia: An integrative review of qualitative studies. *Psychiatr Q* 2004;75:87–97.
- [8] Favrod J, Scheder D. Se rétablir de la schizophrénie : un modèle d'intervention. *Rev Med Suisse Romande* 2004;124:205–8.
- [9] Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:586–94.
- [10] Liberman R, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry* 2003;14: 256–72.
- [11] Tempier R, Favrod J. Réadaptation psychiatrique en milieu francophone : pratiques actuelles, défis futurs. *Can J Psychiatry* 2002;47:621–7.
- [12] Bonsack C, Adam L, Haefliger T, Besson J, Conus P. Difficult-to-engage patients: A specific target for time-limited assertive outreach in a swiss setting. *Can J Psychiatry* 2005;50:845–50.
- [13] Bonsack C, Haefliger T, Cordier S, Conus P. Accès aux soins et maintien dans la communauté des personnes difficiles à engager dans un traitement psychiatrique. *Rev Med Suisse Romande* 2004;124:225–9.
- [14] Kanter J. Clinical case management: Definition, principles, components. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:361–8.
- [15] DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav* 1982;7:133–42.
- [16] Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390–5.
- [17] Prochaska JO, DiClemente CC. Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Prog Clin Biol Res* 1984;156:131–40.
- [18] Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:273–9.
- [19] Carpenter WT Jr, Strauss JS, Muleh S. Are there pathognomonic symptoms in schizophrenia? An empiric investigation of schneider's first-rank symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1973;28:847–52.
- [20] David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156:798–808.

- [21] Aleman A, de Haan EH, Kahn RS. Insight and neurocognitive function in schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002;14:241–2.
- [22] Subotnik KL, Nuechterlein KH, Irzhevsky V, Kitchen CM, Woo SM, Mintz J. Is unawareness of psychotic disorder a neurocognitive or psychological defensiveness problem? *Schizophr Res* 2005;75:147–57.
- [23] Cooke MA, Peters ER, Kuipers E, Kumari V. Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:4–17.
- [24] Green MF, Kern RS, Robertson MJ, Sergi MJ, Kee KS. Relevance of neurocognitive deficits for functional outcome in schizophrénie. In: Sharma T, Harvey PD, editors. *Cognition in schizophrenia*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 178–92.
- [25] Startup M. Awareness of own and others' schizophrenic illness. *Schizophr Res* 1997;26:203–11.
- [26] Lysaker PH, Lancaster RS, Davis LW, Clements CA. Patterns of neurocognitive deficits and unawareness of illness in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:38–44.
- [27] Cunningham K, Wolbert R, Brockmeier MB. Moving beyond the illness: Factors contributing to gaining and maintaining employment. *Am J Community Psychol* 2000;28:481–94.
- [28] Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries DE, Kinon BJ. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2007;90:186–97.
- [29] Potvin S, Sepehry AA, Stip E. Meta-analysis of depressive symptoms in dual-diagnosis schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:792–9.
- [30] Rocca P, Bellino S, Calvarese P, Marchiaro L, Patria L, Rasetti R, Bogetto F. Depressive and negative symptoms in schizophrenia: Different effects on clinical features. *Compr Psychiatry* 2005;46:304–10.
- [31] Zisook S, McAdams LA, Kuck J, Harris MJ, Bailey A, Patterson TL, et al. Depressive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999;156:1736–43.
- [32] Brebion G, Smith MJ, Amador X, Malaspina D, Gorman JM. Clinical correlates of memory in schizophrenia: Differential links between depression, positive and negative symptoms, and two types of memory impairment. *Am J Psychiatry* 1997;154:1538–43.
- [33] Haw C, Hawton K, Sutton L, Sinclair J, Deeks J. Schizophrenia and deliberate self-harm: A systematic review of risk factors. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35:50–62.
- [34] Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:247–53.
- [35] Addington D, Addington J, Atkinson M. A psychometric comparison of the calgary depression scale for schizophrenia and the hamilton depression rating scale. *Schizophr Res* 1996;19:205–12.
- [36] Kim SW, Kim SJ, Yoon BH, Kim JM, Shin IS, Hwang MY, Yoon JS. Diagnostic validity of assessment scales for depression in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2006;144:57–63.
- [37] Muller MJ, Muller KM, Fellgiebel A. Detection of depression in acute schizophrenia : Sensitivity and specificity of 2 standard observer rating scales. *Can J Psychiatry* 2006;51:387–92.
- [38] Lançon C, Auquier P, Reine G, Bernard D, Toumi M. Study of the concurrent validity of the calgary depression scale for schizophrenics (cdss). *J Affect Disord* 2000;58:107–15.
- [39] Lançon C, Auquier P, Reine G, Toumi M, Addington D. Evaluation of depression in schizophrenia: Psychometric properties of a french version of the calgary depression scale. *Psychiatry Res* 1999;89:123–32.
- [40] Reine G, Bernard D, Auquier P, Le Fur B, Lancon C. Propriétés psychométriques de la version française de l'échelle de depression de calgary pour schizophrènes (cdss). *Encephale* 2000;26:52–61.

-
- [41] Cuijpers P, Munoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty years later. *Clin Psychol Rev* 2009;29(5):449–58.
 - [42] Dimeo F, Bauer M, Varahram I, Proest G, Halter U. Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: A pilot study. *Br J Sports Med* 2001;35:114–7.
 - [43] Knubben K, Reischies FM, Adli M, Schlattmann P, Bauer M, Dimeo F. A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *Br J Sports Med* 2007;41:29–33.
 - [44] Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: Examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002;180:490–5.
 - [45] Swanson JW, Holzer CE 3rd, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:761–70.
 - [46] Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koiranen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: A 26-year prospective study of the 1966 northern finland birth cohort. *Am J Psychiatry* 1997;154:840–5.
 - [47] Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:494–500.
 - [48] Wallace C, Mullen P, Burgess P. Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Br J Psychiatry* 1998;172:477–84.
 - [49] Wootton L, Buchanan A, Leese M, Tyrer P, Burns T, Creed F, et al. Violence in psychosis : Estimating the predictive validity of readily accessible clinical information in a community sample. *Schizophr Res* 2008;101(1–3):176–84.
 - [50] Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (eca) study. *JAMA* 1990;264:2511–8.
 - [51] Tucker P. Substance misuse and early psychosis. *Australas Psychiatry* 2009;17(4):291–4.
 - [52] Lambert M, Conus P, Lubman DI, Wade D, Yuen H, Moritz S, et al. The impact of substance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:141–8.
 - [53] Rathbone J, Variend H, Mehta H. Cannabis and schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 : CD004837.
 - [54] Zammit S, Moore TH, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, Lewis G. Effects of cannabis use on outcomes of psychotic disorders: Systematic review. *Br J Psychiatry* 2008;193:357–63.
 - [55] Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2013;382:951–62.
 - [56] Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Salanti G, Davis JM. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012;379:2063–71.
 - [57] Harrow M, Jobe TH. Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? *Schizophr Bull* 2013;39:962–5.
 - [58] Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005;162:441–9.
 - [59] Viguera AC, Baldessarini RJ, Hegarty JD, van Kammen DP, Tohen M. Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:49–55.
 - [60] Moncrieff J. Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:3–13.

- [61] Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychol Med* 2012;42:2145–55.
- [62] Byerly MJ, Nakonezny PA, Lescouffair E. Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 2007;30:437–52.
- [63] Karow A, Czekalla J, Dittmann RW, Schacht A, Wagner T, Lambert M, et al. Association of subjective well-being, symptoms, and side effects with compliance after 12 months of treatment in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007;68:75–80.
- [64] Moritz S, Peters MJ, Karow A, Deljkovic A, Tonn P, Naber D. Cure or curse? Ambivalent attitudes towards neuroleptic medication in schizophrenia and non-schizophrenia patients. *Mental Illness* 2009;1:e2.
- [65] Moritz S, Favrod J, Andreou C, Morrison AP, Bohn F, Veckenstedt R, et al. Beyond the usual suspects: Positive attitudes towards positive symptoms is associated with medication noncompliance in psychosis. *Schizophr Bull* 2013;39:917–22.
- [66] McGorry PD, Chanan A, McCarthy E, Van Riel R, McKenzie D, Singh BS. Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis. An unrecognized postpsychotic syndrome. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:253–8.
- [67] Morrison AP, Frame L, Larkin W. Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *Br J Clin Psychol* 2003;42:331–53.
- [68] Tarrier N, Khan S, Cater J, Picken A. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: Trauma and suicide behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:29–35.
- [69] Mizrahi R, Rusjan P, Agid O, Graff A, Mamo DC, Zipursky RB, Kapur S. Adverse subjective experience with antipsychotics and its relationship to striatal and extrastriatal d2 receptors: A pet study in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007;164:630–7.
- [70] Marder SR. Subjective experiences on antipsychotic medications: Synthesis and conclusions. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2005;43–6.
- [71] Voruganti LN, Awad AG. Subjective and behavioural consequences of striatal dopamine depletion in schizophrenia—findings from an in vivo spect study. *Schizophr Res* 2006;88:179–86.
- [72] Lecomte T, Wallace CJ, Perreault M, Caron J. Consumers' goals in psychiatric rehabilitation and their concordance with existing services. *Psychiatr Serv* 2005;56:209–11.
- [73] Overall JE. The brief psychiatric rating scale (bprs): Recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacol Bull* 1988;24:97–9.
- [74] Lukoff D, Liberman RP, Nuechterlein KH. Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1986;12:578–602.
- [75] Andreasen NC. The scale for the assessment of negative symptoms (SANS): Conceptual and theoretical foundations. *Br J Psychiatry Suppl* 1989;49–58.
- [76] Favrod J, Rexhaj S, Ferrari P, Bardy S, Hayoz C, Morandi S, et al. French version validation of the psychotic symptom rating scales (PSYRATS) for outpatients with persistent psychotic symptoms. *BMC Psychiatry* 2012;12:161.
- [77] Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med* 1999;29:879–89.
- [78] Favrod J, Grasset F, Spreng S, Grossenbacher B, Hodé Y. Benevolent voices are not so kind: The functional significance of auditory hallucinations. *Psychopathology* 2004;37:304–8.
- [79] Favrod J, Pomini V, Grasset F. Thérapie cognitive et comportementale pour les hallucinations auditives résistantes au traitement neuroleptique. *Rev Med Suisse Romande* 2004;124:213–6.
- [80] Favrod J, Zimmermann G, Raffard S, Pomini V, Khazaal Y. The beck cognitive insight scale in outpatients with psychotic disorders: Further evidence from a french-speaking sample. *Can J Psychiatry* 2008;53:783–7.

-
- [81] Aubin G, Stip E, Gelinias I, Rainville C, Chapparo C. Daily activities, cognition and community functioning in persons with schizophrenia. *Schizophr Res* 2009;107:313–8.
 - [82] Cyr M, Toupin J, Lesage AD, Valiquette CA. Assessment of independent living skills for psychotic patients. Further validity and reliability. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:91–7.
 - [83] Wallace CJ, Liberman RP, Tauber R, Wallace J. The independent living skills survey: A comprehensive measure of the community functioning of severely and persistently mentally ill individuals. *Schizophr Bull* 2000;26:631–58.
 - [84] Favrod J, McQuillan A, Pomini V, Ferrero FP. Training interpersonal problem-solving skills in french-speaking switzerland. *International Review of Psychiatry* 1998;10:30–4.
 - [85] Mohr S, Simon A, Favrod J, Fokianos C, Ferrero F. Validation de la version française du profil des compétences de vie (life skills profile) chez des personnes atteintes de schizophrénie. *Encephale* 2004;30:343–51.
 - [86] Pomini V, Golay P, Reymond C. L'évaluation des difficultés et des besoins des patients psychiatriques. *L'Information Psychiatrique* 2008;84:895–902.
 - [87] Bonsack C, Montagnin Y, Favrod J, Gibellini S, Conus P. Une intervention motivationnelle pour les consommateurs de cannabis souffrant de psychose. *Encephale* 2007;33:819–26.
 - [88] Lacroix A, Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients. Paris: Maloine; 2003.
 - [89] D'Ivernoy JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : Approche pédagogique. Paris: Maloine; 2004.
 - [90] Chéreau I, Llorca PM, Petit M. L'intérêt des programmes psychoéducatifs. *Santé Mentale* 2008;133:48–9.
 - [91] Goldman CR. Toward a definition of psychoeducation. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39:666–8.
 - [92] Carling PJ, Palmer H. Dans l'œil du cyclone : des assises à actualiser en santé communautaire. In: Emard R, Aubry T, editors. *Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir sa vie*. Ottawa: Les Presses de l'Université d'Ottawa; 2004. p. 279–99.
 - [93] Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998;24:37–74.
 - [94] Lamb HR, Mackota C. Vocational services in a community mental health program. *Hosp Community Psychiatry* 1968;19:315–8.
 - [95] Liberman RP, McCann MJ, Wallace CJ. Generalization of behaviour therapy with psychotics. *Br J Psychiatry* 1976;129:490–6.
 - [96] Anthony WA, Liberman RP. The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophr Bull* 1986;12:542–59.
 - [97] Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients : A psycho-educational approach. *Schizophr Bull* 1980;6:490–505.
 - [98] Gélinas D. L'embauche d'usagers à titre de pourvoyeurs de services de santé mentale. *Le Partenaire* 2006;14:9–41.
 - [99] Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1988;11:11–9.
 - [100] Deegan PE. Recovery as a journey of heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1996;19:91–7.
 - [101] Deegan PE. Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Soc Work Health Care* 1997;25:11–24.
 - [102] Mead S, Copeland ME. What recovery means to us: Consumer's perspectives. *Community Ment Health J* 2000;36:315–28.
 - [103] Deegan PE. Le rétablissement comme un processus de transformation. *Santé Mentale* 2006;106:68–76.
 - [104] Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv* 1997;48:1042–7.

- [105] Cook JA, Copeland ME, Hamilton MM, Jonikas JA, Razzano LA, Floyd CB, et al. Initial outcomes of a mental illness self-management program based on wellness recovery action planning. *Psychiatr Serv* 2009;60:246–9.
- [106] Carling PJ. Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44:439–49.
- [107] Rapp CA. The strenght model. New-York: Oxford University Press; 1998.
- [108] LeRoy S. Recovery from psychiatric disability: Implications for rehabilitation counseling education. *Rehabilitation Education* 2001;15:167–75.
- [109] Provencher HL. Le paradigme du rétablissement: 1. Une expérience globale de santé. *Le Partenaire* 2007;15.
- [110] McCann TV, Clark E. Advancing self-determination with young adults who have schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11:12–20.
- [111] Provencher HL. Le rétablissement : un nouveau modèle en santé mentale. *Santé Mentale* 2006;106:59–65.
- [112] Askey R, Gamble C, Gray R. Family work in first-onset psychosis: A literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007;14:356–65.
- [113] Valimaki M, Leino-Kilpi H. Preconditions for and consequences of self-determination: The psychiatric patient's point of view. *J Adv Nurs* 1998;27:204–12.
- [114] Yeo M, Williams JR, Hooper W. Incorporating ethics in priority setting : A case study of a regional health board in canada. *Health Care Anal* 1999;7:177–94.
- [115] Henry L, Edwards J, Jackson H, Hulbert C, MCGorry P. Cognitively oriented psychotherapy for first episod psychosis (cope): A practioner's manual. Melbourne: Early Psychosis Prevention and Intervention Center; 2002.
- [116] EPPIC. Psychoeducation in early psychosis: A manual. Melbourne: Early Psychosis Prevention and Intervention Center; 2001.
- [117] Corrigan PW, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2008;46:42–8.
- [118] Tait L, Birchwood M, Trower P. Predicting engagement with services for psychosis: Insight, symptoms and recovery style. *Br J Psychiatry* 2003;182:123–8.
- [119] Thompson KN, MCGorry PD, Harrigan SM. Recovery style and outcome in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2003;62:31–6.
- [120] Tait L, Birchwood M, Trower P. Adapting to the challenge of psychosis: Personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies. *Br J Psychiatry* 2004;185:410–5.
- [121] Herman NJ. Return to sender. *Journal of Contemporary Ethnography* 1993;22: 295–330.
- [122] Gleeson J, Jackson HJ, Stavelly H, Burnett P. Family intervention in early psychosis. In: MCGorry P, Jackson H, editors. *The recognition and management of early psychosis: A preventive approach*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999. p. 376–406.
- [123] Hartog G, Dufort F. Les défis de l'intervention dans un contexte multiethnique. In: Dufort F, Guay J, editors. *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social*. Québec: Les Presses de l'Université Laval; 2002.
- [124] Cohen-Emerique M. [the intercultural approach in the support process]. *Sante Ment Que* 1993;18:71–91.
- [125] Hooley JM. Expressed emotion and locus of control. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:374–8.
- [126] Hooley JM. Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;3:329–52.
- [127] Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002 : CD002831.
- [128] Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, Gair F, Economou M, Kallert T, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: Preliminary results of a study funded by the european commission. *World Psychiatry* 2005;4:45–9.

-
- [129] Sin J, Moone N, Newell J. Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis - implementing evidence-based practice on psycho-educational family intervention. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007;14:282-90.
 - [130] Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. Paris: Masson; 1998.
 - [131] Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité. Bruxelles: De Boeck Université; 2006.
 - [132] Liberman RP. Éducation au contrôle des symptômes. Charleroi: Socrates Editions Promarex; 1995.
 - [133] Hatam S. Directives anticipées : prévoir une incapacité de discernement, rédiger des directives anticipées. Genève: Pro Mente Sana; 2007.
 - [134] Khazaal Y. Repérer les prodromes de la manie et prévenir la récurrence. *Santé Mentale* 2007;127:56-60.
 - [135] Khazaal Y, Richard C, Matthieu-Darekar S, Quement B, Kramer U, Preisig M. Advance directives in bipolar disorder, a cognitive behavioural conceptualization. *Int J Law Psychiatry* 2008;31:1-8.
 - [136] Rubio F. Conduites d'entretiens d'investigations, motivationnels, psychothérapeutiques. Lausanne : Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, CHUV 2000;.
 - [137] Jackson C, Knott C, Skeate A, Birchwood M. The trauma of first episode psychosis : The role of cognitive mediation. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38:327-33.
 - [138] Steil R, Ehlers A. Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic ptsd. *Behav Res Ther* 2000;38:537-58.
 - [139] Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA, Trumbetta SL. Trauma, ptsd, and the course of severe mental illness: An interactive model. *Schizophr Res* 2002;53:123-43.
 - [140] Mueser KT, Rosenberg SD. Treating the trauma of first episode psychosis: A ptsd perspective. *J Ment Health* 2003;12:103-8.
 - [141] Rademaker AR, Vermetten E, Geuze E, Mulwijk A, Kleber RJ. Self-reported early trauma as a predictor of adult personality: A study in a military sample. *J Clin Psychol* 2008;64:863-75.
 - [142] Strauss JS. Hallucinations and delusions as points on continua function. Rating scale evidence. *Arch Gen Psychiatry* 1969;21:581-6.
 - [143] Verdoux H, van Os J. Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophr Res* 2002;54:59-65.
 - [144] Peters E, Joseph S, Day S, Garety P. Measuring delusional ideation: The 21-item peters et al. Delusions inventory (PDI). *Schizophr Bull* 2004;30:1005-22.
 - [145] Johns LC. Hallucinations in the general population. *Curr Psychiatry Rep* 2005;7:162-7.
 - [146] Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev* 2001;21:1125-41.
 - [147] Freeman D, Pugh K, Garety P. Jumping to conclusions and paranoid ideation in the general population. *Schizophr Res* 2008;102:254-60.
 - [148] Warman DM, Lysaker PH, Martin JM, Davis L, Haudenschild SL. Jumping to conclusions and the continuum of delusional beliefs. *Behav Res Ther* 2007;45:1255-69.
 - [149] Milton F, Patwa VK, Hafner RJ. Confrontation vs. Belief modification in persistently deluded patients. *Br J Med Psychol* 1978;51:127-30.
 - [150] Watts FN, Powell GE, Austin SV. The modification of abnormal beliefs. *Br J Med Psychol* 1973;46:359-63.
 - [151] Moller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia : Searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull* 2000;26:217-32.
 - [152] Stone JM, Pilowsky LS. Antipsychotic drug action: Targets for drug discovery with neurochemical imaging. *Expert Rev Neurother* 2006;6:57-64.
 - [153] Conley RR, Kelly DL. Management of treatment resistance in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2001;50:898-911.
 - [154] Miller LJ. Qualitative changes in hallucinations. *Am J Psychiatry* 1996;153:265-7.

- [155] Mizrahi R, Kiang M, Mamo DC, Arenovich T, Bagby RM, Zipursky RB, Kapur S. The selective effect of antipsychotics on the different dimensions of the experience of psychosis in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2006;88:111–8.
- [156] Blakemore SJ. Deluding the motor system. *Conscious Cogn* 2003;12:647–55.
- [157] Franck N, Rouby P, Daprati E, Dalery J, Marie-Cardine M, Georgieff N. Confusion between silent and overt reading in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000;41:357–64.
- [158] Franck N, Farrer C, Georgieff N, Marie-Cardine M, Dalery J, d'Amato T, Jeannerod M. Defective recognition of one's own actions in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001;158:454–9.
- [159] Lecomte T, Spidel A, Leclerc C, MacEwan GW, Greaves C, Bentall RP. Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophr Res* 2008;102:295–302.
- [160] Maher BA. Delusional thinking and perceptual disorder. *J Individ Psychol* 1974;30:98–113.
- [161] Bell V, Halligan PW, Ellis HD. The cardiff anomalous perceptions scale (caps): A new validated measure of anomalous perceptual experience. *Schizophr Bull* 2006;32:366–77.
- [162] Lecomte T, Liberman RP, Wallace CJ. Identifying and using reinforcers to enhance the treatment of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2000;51:1312–4.
- [163] Pelak VS, Liu GT. Visual hallucinations. *Curr Treat Options Neurol* 2004;6:75–83.
- [164] Baethge C. Grief hallucinations: True or pseudo? Serious or not? An inquiry into psychopathological and clinical features of a common phenomenon. *Psychopathology* 2002;35:296–302.
- [165] Tanriverdi N, Sayilgan MA, Ozcurumez G. Musical hallucinations associated with abruptly developed bilateral loss of hearing. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:153–5.
- [166] Baba A, Hamada H. Musical hallucinations in schizophrenia. *Psychopathology* 1999;32:242–51.
- [167] Baba A, Hamada H, Kocha H. Musical hallucinations in schizophrenia. 2. Relations with verbal hallucinations. *Psychopathology* 2003;36:104–10.
- [168] Saba PR, Keshavan MS. Musical hallucinations and musical imagery: Prevalence and phenomenology in schizophrenic inpatients. *Psychopathology* 1997;30:185–90.
- [169] Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The brown assessment of beliefs scale: Reliability and validity. *Am J Psychiatry* 1998;155:102–8.
- [170] Daprati E, Franck N, Georgieff N, Proust J, Pacherie E, Dalery J, Jeannerod M. Looking for the agent: An investigation into consciousness of action and self-consciousness in schizophrenic patients. *Cognition* 1997;65:71–86.
- [171] Favrod J, Vianin P, Pomini V. Reconnaissance de la source et symptômes psychotiques : implications pour la clinique. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive* 2008;13:8–17.
- [172] Vinogradov S, Willis-Shore J, Poole JH, Marten E, Ober BA, Shenaut GK. Clinical and neurocognitive aspects of source monitoring errors in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997;154:1530–7.
- [173] Keefe RS, Arnold MC, Bayen UJ, McEvoy JP, Wilson WH. Source-monitoring deficits for self-generated stimuli in schizophrenia: Multinomial modeling of data from three sources. *Schizophr Res* 2002;57:51–67.
- [174] Morrison AP, Haddock G. Cognitive factors in source monitoring and auditory hallucinations. *Psychol Med* 1997;27:669–79.
- [175] Allen PP, Johns LC, Fu CH, Broome MR, Vythelingum GN, McGuire PK. Misattribution of external speech in patients with hallucinations and delusions. *Schizophr Res* 2004;69:277–87.
- [176] Bentall RP, Baker GA, Havers S. Reality monitoring and psychotic hallucinations. *Br J Clin Psychol* 1991;30(Pt 3):213–22.

-
- [177] Johns LC, Rossell S, Frith C, Ahmad F, Hemsley D, Kuipers E, McGuire PK. Verbal self-monitoring and auditory verbal hallucinations in patients with schizophrenia. *Psychol Med* 2001;31:705–15.
 - [178] Brebion G, Amador X, David A, Malaspina D, Sharif Z, Gorman JM. Positive symptomatology and source-monitoring failure in schizophrenia--an analysis of symptom-specific effects. *Psychiatry Res* 2000;95:119–31.
 - [179] Moritz S, Woodward TS, Ruff CC. Source monitoring and memory confidence in schizophrenia. *Psychol Med* 2003;33:131–9.
 - [180] Keefe RS, Arnold MC, Bayen UJ, Harvey PD. Source monitoring deficits in patients with schizophrenia ; a multinomial modelling analysis. *Psychol Med* 1999;29:903–14.
 - [181] Favrod J, Linder S, Jimenez X, Pomini V. Erreurs de mémoire et symptômes psychotiques : état des connaissances et perspectives thérapeutiques. In: Campanella S, Steel E, editors. *Psychopathologie et neurosciences questions actuelles de neurosciences cognitives et affectives*. Bruxelles: De Boeck Université; 2008. p. 123–47.
 - [182] Favrod J, Vianin P, Pomini V, Mast FW. A first step toward cognitive remediation of voices : A case study. *Cogn Behav Ther* 2006;35:159–63.
 - [183] American Psychiatric Association. Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux. 4^e édition, texte révisé. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
 - [184] Bell V, Halligan PW, Ellis HD. Explaining delusions: A cognitive perspective. *Trends Cogn Sci* 2006;10:219–26.
 - [185] Myin-Germeyns I, Nicolson NA, Delespaul PA. The context of delusional experiences in the daily life of patients with schizophrenia. *Psychol Med* 2001;31:489–98.
 - [186] Garety PA, Freeman D, Jolley S, Dunn G, Bebbington PE, Fowler DG, et al. Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis. *J Abnorm Psychol* 2005;114:373–84.
 - [187] Kuhn T. The structure of scientific revolutions. Chicago (IL): University of Chicago Press; 1962.
 - [188] Bell V, Grech E, Maiden C, Halligan PW, Ellis HD. ‘Internet delusions’: A case series and theoretical integration. *Psychopathology* 2005;38:144–50.
 - [189] Bell V, Maiden C, Munoz-Solomando A, Reddy V. ‘Mind control’ experiences on the internet : Implications for the psychiatric diagnosis of delusions. *Psychopathology* 2006;39:87–91.
 - [190] Oltmanns TF. Approaches to the definition and study of delusions. In: Maher Tfoba, editor. *Delusional beliefs*. New York: Wiley; 1988. p. 3–12.
 - [191] Freeman D. Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clin Psychol Rev* 2007;27:425–57.
 - [192] Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Ritter K, Schanda H. Old wine in new bottles? Stability and plasticity of the contents of schizophrenic delusions. *Psychopathology* 2003;36:6–12.
 - [193] Bell V, Halligan PW, Ellis HD. Are anomalous perceptual experiences necessary for delusions ? *J Nerv Ment Dis* 2008;196:3–8.
 - [194] Freeman D, Gittins M, Pugh K, Antley A, Slater M, Dunn G. What makes one person paranoid and another person anxious? The differential prediction of social anxiety and persecutory ideation in an experimental situation. *Psychol Med* 2008;38:1121–32.
 - [195] Peters E, Garety P. Cognitive functioning in delusions: A longitudinal analysis. *Behav Res Ther* 2006;44:481–514.
 - [196] Van Dael F, Versmissen D, Janssen I, Myin-Germeyns I, van Os J, Krabbendam L. Data gathering: Biased in psychosis? *Schizophr Bull* 2006;32:341–51.
 - [197] Freeman D, Garety P, Kuipers E, Colbert S, Jolley S, Fowler D, et al. Delusions and decision-making style: Use of the need for closure scale. *Behav Res Ther* 2006;44:1147–58.

- [198] Colbert SM, Peters ER. Need for closure and jumping-to-conclusions in delusion-prone individuals. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:27–31.
- [199] Moritz S, Woodward TS, Chen E. Investigation of metamemory dysfunctions in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2006;81:247–52.
- [200] Moritz S, Woodward TS. The contribution of metamemory deficits to schizophrenia. *J. Abnorm Psychol* 2006;115:15–25.
- [201] Jou J, Matus YE, Aldridge JW, Rogers DM, Zimmerman RL. How similar is false recognition to veridical recognition objectively and subjectively? *Mem Cognit* 2004;32:824–40.
- [202] Moritz S, Woodward TS, Whitman JC, Cuttler C. Confidence in errors as a possible basis for delusions in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:9–16.
- [203] Moritz S, Woodward TS. A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2006;142:157–65.
- [204] Woodward TS, Buchy L, Moritz S, Liotti M. A bias against disconfirmatory evidence is associated with delusion proneness in a nonclinical sample. *Schizophr Bull* 2007;33(4):1023–8.
- [205] Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev* 2001;21:1143–92.
- [206] Kinderman P, Bentall RP. Causal attributions in paranoia and depression: Internal, personal, and situational attributions for negative events. *J Abnorm Psychol* 1997;106:341–5.
- [207] Martin JA, Penn DL. Attributional style in schizophrenia: An investigation in outpatients with and without persecutory delusions. *Schizophr Bull* 2002;28:131–41.
- [208] McKay R, Langdon R, Coltheart M. Paranoia, persecutory delusions and attributional biases. *Psychiatry Res* 2005;136:233–45.
- [209] Randall F, Corcoran R, Day JC, Bentall RP. Attention, theory of mind, and causal attributions in people with persecutory delusions: A preliminary investigation. *Cognit Neuropsychiatry* 2003;8:287–94.
- [210] Frith CD. Schizophrenia and theory of mind. *Psychol Med* 2004;34:385–9.
- [211] Garety PA, Freeman D. Cognitive approaches to delusions : A critical review of theories and evidence. *Br J Clin Psychol* 1999;38(Pt 2):113–54.
- [212] Kelemen O, Erdelyi R, Pataki I, Benedek G, Janka Z, Keri S. Theory of mind and motion perception in schizophrenia. *Neuropsychology* 2005;19:494–500.
- [213] Mazza M, De Risio A, Surian L, Roncone R, Casacchia M. Selective impairments of the theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophr Res* 2001;47:299–308.
- [214] Greig TC, Bryson GJ, Bell MD. Theory of mind performance in schizophrenia: Diagnostic, symptom, and neuropsychological correlates. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:12–8.
- [215] Phillips ML, Senior C, David AS. Perception of threat in schizophrenics with persecutory delusions : An investigation using visual scan paths. *Psychol Med* 2000;30:157–67.
- [216] Freeman D, Garety P, Fowler D, Kuipers E, Dunn G, Bebbington P, Hadley C. The london-east anglia randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis. IV: Self-esteem and persecutory delusions. *Br J Clin Psychol* 1998;37:415–30.
- [217] Bentall RP, Kinderman P, Kaney S. The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behav Res Ther* 1994;32:331–41.
- [218] Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE. A cognitive model of persecutory delusions. *Br J Clin Psychol* 2002;41:331–47.
- [219] Drake RJ, Pickles A, Bentall RP, Kinderman P, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychol Med* 2004;34:285–92.
- [220] Rosse RB, Kendrick K, Wyatt RJ, Isaac A, Deutsch SI. Gaze discrimination in patients with schizophrenia: Preliminary report. *Am J Psychiatry* 1994;151:919–21.

-
- [221] Franck N, Daprati E, Michel F, Saoud M, Dalery J, Marie-Cardine M, Georgieff N. Gaze discrimination is unimpaired in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1998;81:67–75.
 - [222] Franck N, Montoute T, Labruyere N, Tiberghien G, Marie-Cardine M, Dalery J, et al. Gaze direction determination in schizophrenia. *Schizophr Res* 2002;56:225–34.
 - [223] Hooker C, Park S. You must be looking at me: The nature of gaze perception in schizophrenia patients. *Cognit Neuropsychiatry* 2005;10:327–45.
 - [224] Green MJ, Williams LM, Davidson D. Visual scanpaths and facial affect recognition in delusion-prone individuals : Increased sensitivity to threat? *Cognit Neuropsychiatry* 2003;8:19–41.
 - [225] Phillips ML, David AS. Visual scan paths are abnormal in deluded schizophrenics. *Neuropsychologia* 1997;35:99–105.
 - [226] Phillips ML, David AS. Abnormal visual scan paths: A psychophysiological marker of delusions in schizophrenia. *Schizophr Res* 1998;29:235–45.
 - [227] Williams LM, Loughland CM, Gordon E, Davidson D. Visual scanpaths in schizophrenia: Is there a deficit in face recognition? *Schizophr Res* 1999;40:189–99.
 - [228] Loughland CM, Williams LM, Gordon E. Visual scanpaths to positive and negative facial emotions in an outpatient schizophrenia sample. *Schizophr Res* 2002;55:159–70.
 - [229] Streit M, Wolwer W, Gaebel W. Facial-affect recognition and visual scanning behaviour in the course of schizophrenia. *Schizophr Res* 1997;24:311–7.
 - [230] Colbert SM, Peters ER. Need for closure and jumping-to-conclusions in delusion-prone individuals. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:27–31.
 - [231] Freeman D, Garety PA, Kuipers E. Persecutory delusions : Developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychol Med* 2001;31:1293–306.
 - [232] Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE, Dunn G. Acting on persecutory delusions: The importance of safety seeking. *Behav Res Ther* 2007;45:89–99.
 - [233] Gaynor K, Ward T, Garety P, Peters E. The role of safety-seeking behaviours in maintaining threat appraisals in psychosis. *Behav Res Ther* 2013;51:75–81.
 - [234] Ward TA, Gaynor KJ, Hunter MD, Woodruff PW, Garety PA, Peters ER. Appraisals and responses to experimental symptom analogues in clinical and nonclinical individuals with psychotic experiences. *Schizophr Bull* 2014;40:845–55.
 - [235] Chaix J, Ma E, Nguyen A, Ortiz Collado MA, Rexhaj S, Favrod J. Safety-seeking behaviours and verbal auditory hallucinations in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2014;.
 - [236] Stip E, Letourneau G. Psychotic symptoms as a continuum between normality and pathology. *Can J Psychiatry* 2009;54:140–51.
 - [237] Lund PM. Marathon volleyball: Changes after 61 hours play. *Br J Sports Med* 1985;19:228–9.
 - [238] Grassian S. Psychopathological effects of solitary confinement. *Am J Psychiatry* 1983;140:1450–4.
 - [239] Slade PD. Sensory deprivation and clinical psychiatry. *Br J Hosp Med* 1984;32:256–60.
 - [240] Brugger P, Regard M, Landis T, Oelz O. Hallucinatory experiences in extreme-altitude climbers. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1999;12:67–71.
 - [241] Zimbardo PG, Andersen SM, Kabat LG. Induced hearing deficit generates experimental paranoia. *Science* 1981;212:1529–31.
 - [242] Nasar S. Un cerveau d'exception. De la schizophrénie au prix nobel, la vie singulière de John Forbes Nash. Paris: Calmann-Lévy; 2001.
 - [243] Kahane M. Nijinsky, 1889-1950. Paris: Éditions de la Réunion des musées nationaux; 2000.
 - [244] Scheder D. L'auto jaune. Parcours au travers d'une folie. Lausanne: Favre SA; 2005.
 - [245] Chadwick P. Schizophrenia: The positive perspective-explorations at the outer reaches of human experience. London: Taylor & Francis, Inc; 1997.

- [246] Lukoff D, Wallace CJ, Liberman RP, Burke K. A holistic program for chronic schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1986;12:274–82.
- [247] Nigl AJ, Jackson B. Electromyograph biofeedback as an adjunct to standard psychiatric treatment. *J Clin Psychiatry* 1979;40:433–6.
- [248] Durham RC, Guthrie M, Morton RV, Reid DA, Treiving LR, Fowler D, Macdonald RR. Tayside-five clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms. Results to 3-month follow-up. *Br J Psychiatry* 2003;182:303–11.
- [249] Pinto A, La Pia S, Mennella R, Giorgio D, DeSimone L. Cognitive-behavioral therapy and clozapine for clients with treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999;50:901–4.
- [250] Hawkins RC 2nd, Doell SR, Lindseth P, Jeffers V, Skaggs S. Anxiety reduction in hospitalized schizophrenics through thermal biofeedback and relaxation training. *Percept Mot Skills* 1980;51:475–82.
- [251] Van Hassel JH, Bloom LJ, Gonzalez AM. Anxiety management with schizophrenic outpatients. *J Clin Psychol* 1982;38:280–5.
- [252] Haddock G, Bentall R, Slade PD. Psychological treatment of auditory hallucinations: Focusing or distraction? In: Haddock G, Slade PD, editors. *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge; 1997. p. 45–70.
- [253] Haddock G, Slade PD, Bentall RP, Reid D, Faragher EB. A comparison of the long-term effectiveness of distraction and focusing in the treatment of auditory hallucinations. *Br J Med Psychol* 1998;71(Pt 3):339–49.
- [254] Chadwick P, Newman Taylor K, Abba N. Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2005;33:351–9.
- [255] Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*. Bruxelles: De Boeck; 2006.
- [256] Linehan M. *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité éat-limite*. Genève: Médecine & Hygiène; 2000.
- [257] Garcia JM, Pérez M. Act as a treatment of psychotic symptoms. The case of auditory hallucinations. *Analisis y Modificacìon de Conducta* 2001;27:455–72.
- [258] Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:1129–39.
- [259] Crawford-Walker CJ, King A, Chan S. Distraction techniques for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 : CD004717.
- [260] Morrison AP. Cognitive behaviour therapy for auditory hallucinations without concurrent medication: A singel case. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1994;22:259–64.
- [261] Morrison AP, Haddock G, Tarrier N. Intrusive thoughts and auditory hallucination: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1995;23:265–80.
- [262] Romme MA, Escher AD. The new approach: A dutch experiment. In: Romme MA, Escher AD, editors. *Accepting voices*. London: Mind; 1993.
- [263] Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR 3rd, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol* 1987;53:5–13.
- [264] Wegner DM. *The illusion of conscious will*. Cambridge (MA): MIT Press; 2003.
- [265] Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 1999.
- [266] Moritz S, Woodward TS, Metacognition Study Group, Favrod J. *Entraînement des habiletés métacognitives pour les personnes atteintes de schizophrénie (emc)*. Hamburg: VanHam Campus Verlag; 2007.
- [267] Aghotor J, Pfueller U, Moritz S, Weisbrod M, Roesch-Ely D. Metacognitive training for patients with schizophrenia (mct): Feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2010;41:207–11.

-
- [268] Balzan RP, Delfabbro PH, Galletly CA, Woodward TS. Metacognitive training for patients with schizophrenia: Preliminary evidence for a targeted, single-module programme. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48(12):1126–36.
 - [269] Briki M, Monnin J, Haffen E, Sechter D, Favrod J, Netillard C, et al. Metacognitive training for schizophrenia: A multicentre randomised controlled trial. *Schizophr Res* 2014;157:99–106.
 - [270] Erawati E, Keliat BA, Helena N, Hamid A. The influence of metacognitive training on delusion severity and metacognitive ability in schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014;21(9):841–7.
 - [271] Favrod J, Maire A, Bardy S, Pernier S, Bonsack C. Improving insight into delusions: A pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. *J Adv Nurs* 2011;67:401–7.
 - [272] Favrod J, Rexhaj S, Bardy S, Ferrari P, Hayoz C, Moritz S, et al. Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: A randomized-controlled study. *Eur Psychiatry* 2014;29:275–81.
 - [273] Kumar D, Zia Ul Haq M, Dubey I, Dotivala KN, Veqar Siddiqui S, Prakash R, et al. Effect of meta-cognitive training in the reduction of positive symptoms in schizophrenia. *European Journal of Psychotherapy & Counselling* 2010;12:149–58.
 - [274] Kuokkanen R, Lappalainen R, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J. Metacognitive group training for forensic and dangerous non-forensic patients with schizophrenia : A randomised controlled feasibility trial. *Crim Behav and Men Health* 2014;.
 - [275] Moritz S, Kerstan A, Veckenstedt R, Randjbar S, Vitzthum F, Schmidt C, et al. Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behav Res Ther* 2011;49:151–7.
 - [276] Moritz S, Veckenstedt R, Andreou C, Bohn F, Hottenrott B, Leighton L, et al. Sustained and “sleepier” effects of group metacognitive training for schizophrenia: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2014;71:1103–11.
 - [277] Moritz S, Veckenstedt R, Randjbar S, Vitzthum F, Woodward TS. Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: Metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychol Med* 2011;41:1823–32.
 - [278] Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training for schizophrenia patients (mct) : A pilot study of feasibility, treatment adherence and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry* 2007;10:69–78.
 - [279] Ross K, Freeman D, Dunn G, Garety P. A randomized experimental investigation of reasoning training for people with delusions. *Schizophr Bull* 2011;37(2):324–33.
 - [280] van Oosterhout B, Krabbendam L, de Boer K, Ferwerda J, van der Helm M, Stant AD, van der Gaag M. Metacognitive group training for schizophrenia spectrum patients with delusions: A randomized controlled trial. *Psychol Med* 2014;44:3025–35.
 - [281] Khazaal Y, Favrod J, Azoulay S, Pomini V. « Michael’s game »: entraînement au raisonnement par hypothèses chez des patients présentant des symptômes psychotiques. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive* 2008;13:1–7.
 - [282] Khazaal Y, Favrod J, Libbrecht J, Finot SC, Azoulay S, Benzakin L, et al. A card game for the treatment of delusional ideas: A naturalistic pilot trial. *BMC Psychiatry* 2006;6:48.
 - [283] Khazaal Y, Favrod J, Azoulay S, Finot SC, Bernabotto M, Raffard S, et al. Michael’s game,” a card game for the treatment of psychotic symptoms. *Patient Educ Couns* 2011;83(2):210–6.
 - [284] Ellett L, Freeman D, Garety PA. The psychological effect of an urban environment on individuals with persecutory delusions: The camberwell walk study. *Schizophr Res* 2008;99:77–84.
 - [285] Erhart SM, Marder SR, Carpenter WT. Treatment of schizophrenia negative symptoms: Future prospects. *Schizophr Bull* 2006;32:234–7.

- [286] Lecrubier Y, Quintin P, Bouhassira M, Perrin E, Lancrenon S. The treatment of negative symptoms and deficit states of chronic schizophrenia: Olanzapine compared to amisulpride and placebo in a 6-month double-blind controlled clinical trial. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:319–27.
- [287] Stahl SM, Buckley PF. Negative symptoms of schizophrenia: A problem that will not go away. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:4–11.
- [288] Alphas L. An industry perspective on the nimh consensus statement on negative symptoms. *Schizophr Bull* 2006;32:225–30.
- [289] Dickerson F, Boronow JJ, Ringel N, Parente F. Social functioning and neurocognitive deficits in outpatients with schizophrenia: A 2-year follow-up. *Schizophr Res* 1999;37:13–20.
- [290] Milev P, Ho BC, Arndt S, Andreasen NC. Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: A longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2005;162:495–506.
- [291] Bow-Thomas CC, Velligan DI, Miller AL, Olsen J. Predicting quality of life from symptomatology in schizophrenia at exacerbation and stabilization. *Psychiatry Res* 1999;86:131–42.
- [292] Tarrier N, Wykes T. Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Behav Res Ther* 2004;42:1377–401.
- [293] Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Schizophr Res* 2001;48:335–42.
- [294] Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel MB, Ohlenschlaeger J, Christensen TO, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* 2005;331:602.
- [295] Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Ohlenschlaeger J, Christensen T, Krarup G, et al. Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis--results from the danish opus trial. *Schizophr Res* 2005;79:95–105.
- [296] Rector NA, Seeman MV, Segal ZV. Cognitive therapy for schizophrenia: A preliminary randomized controlled trial. *Schizophr Res* 2003;63:1–11.
- [297] Overall JE, Gorham G. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 1962;10:799–812.
- [298] Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (panss) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261–76.
- [299] Alphas LD, Summerfelt A, Lann H, Muller RJ. The negative symptom assessment: A new instrument to assess negative symptoms of schizophrenia. *Psychopharmacol Bull* 1989;25:159–63.
- [300] Kirkpatrick B, Buchanan RW, McKenney PD, Alphas LD, Carpenter WT Jr. The schedule for the deficit syndrome: An instrument for research in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1989;30:119–23.
- [301] Favrod J, Ernst F, Giuliani F, Bonsack C. Validation française de l'échelle d'expérience temporelle du plaisir. *Encephale* 2009;35:241–8.
- [302] Blanchard JJ, Cohen AS. The structure of negative symptoms within schizophrenia : Implications for assessment. *Schizophr Bull* 2006;32:238–45.
- [303] Foussias G, Remington G. Negative symptoms in schizophrenia: Avolition and oc-cam's razor. *Schizophr Bull* 2010;36:359–69.
- [304] Strauss GP, Horan WP, Kirkpatrick B, Fischer BA, Keller WR, Miski P, et al. Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: Avolition-apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome. *J Psychiatr Res* 2013;47:783–90.
- [305] Gard DE, Germans Gard M, Kring AM, John OP. Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure A scale development study. *Journal of Research in Personality* 2006;40:1086–102.

-
- [306] Klein D. Depression and anhedonia. In: Clark DC, Fawcett J, editors. *Anhedonia and affect deficit states*. New York: PMA Publishing; 1984. p. 1–14.
 - [307] Kring AM. Emotion in schizohrenia: Old mystery, new understanding. *Current Directions in Psychological Science* 1999;8:160–3.
 - [308] Gard DE, Kring AM, Germans MK, Werner K. *Emotion in the daily life of patients with schizophrenia*. Boulder (CO): Society for Research in Psychopathology; 2000.
 - [309] Favrod J, Giuliani F, Ernst F, Bonsack C. Anticipatory pleasure skills training: A new intervention to reduce anhedonia in schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care* 2010;46:171–81.
 - [310] Cassar R, Applegate E, Bentall RP. Poor savouring and low self-efficacy are predictors of anhedonia in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res* 2013;210:830–4.
 - [311] Quoidbach J, Berry EV, Hansenne M, Mikolajczak M. Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences* 2010;49:368–73.
 - [312] Kring AM, Moran EK. Emotional response deficits in schizophrenia: Insights from affective science. *Schizophr Bull* 2008;34:819–34.
 - [313] Couture SM, Blanchard JJ, Bennett ME. Negative expectancy appraisals and defeatist performance beliefs and negative symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Res* 2011;189:43–8.
 - [314] Grant PM, Beck AT. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35:798–806.
 - [315] Kolb AY, Kolb DA. The learning way: Meta-cognitive aspects of experiential learning. *Simulation & Gaming* 2009;40:297–327.
 - [316] Horan WP, Green MF, Kring AM, Nuechterlein KH. Does anhedonia in schizophrenia reflect faulty memory for subjectively experienced emotions? *J Abnorm Psychol* 2006;115:496–508.
 - [317] Cungi C, Deglon C. *Cohérence cardiaque, nouvelles techniques pour faire face au stress*. Paris: Retz; 2009.
 - [318] Fioravanti M, Carlone O, Vitale B, Cinti ME, Clare L. A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychol Rev* 2005;15:73–95.
 - [319] O’Carroll R. Cognitive impairment in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000;6:161–8.
 - [320] Pomini V, Neis L, Brenner HD, Hodel B, Roder V. *Thérapie psychologique des schizophrénies*. Hayen: Mardaga; 1998.
 - [321] Cochet A, Saoud M, Gabriele S, Broallier V, El Asmar C, Dalery J, D’Amato T. Impact de la remédiation cognitive dans la schizophrénie sur les stratégies de résolution de problèmes et l’autonomie sociale : Utilisation du logiciel rehacom. *Encephale* 2006;32:189–95.
 - [322] Vianin P. *Programme de remédiation cognitive pour patients présentant une schizophrénie ou un trouble associé*. Manuel du thérapeute. Charleroi: Socrate Editions Promarex; 2007.
 - [323] Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull* 1999;25:657–76.
 - [324] Chambon O, Marie-Cardine M. An evaluation of social skills training modules with schizophrenia inpatients in France. *International Review of Psychiatry* 1998;10:26–9.
 - [325] Chambon O, Marie-Cardine M, Cottraux J, Garcia JP, Favrod J, Deleu G. Impact d’un programme global d’entraînement aux habiletés sociales sur le fonctionnement social et la qualité de vie subjective de schizophrènes. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 1995;37–43.
 - [326] Favrod J, Huguélet P, Chambon O. L’éducation au traitement neuroleptique peut-elle réduire les coûts ? Une étude pilote. *Encephale* 1996;22:331–6.

- [327] Stalberg G, Lichtenstein P, Sandin S, Hultman CM. Video-based assessment of interpersonal problem solving skills in patients with schizophrenia, their siblings and non-psychiatric controls. *Scand J Psychol* 2008;49:77–82.
- [328] Uçok A, Cakir S, Duman ZC, Discigil A, Kandemir P, Atli H. Cognitive predictors of skill acquisition on social problem solving in patients with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256:388–94.
- [329] Addington J, Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: A 2.5 year follow-up study. *Schizophr Res* 2000;44:47–56.
- [330] Favrod J, Caffaro M, Grossenbacher B, Rubio A, Von Turk A. Entraînement à la résolution de problèmes interpersonnels avec des personnes atteintes de schizophrénie dans différentes conditions de traitement. *Annales Médico-Psychologiques* 2000;158:302–11.
- [331] Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, Link PC, Perivoliotis D, Gottlieb JD, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. *J Clin Psychiatry* 2007;68:730–7.
- [332] Kern RS, Green MF, Mitchell S, Kopelowicz A, Mintz J, Liberman RP. Extensions of errorless learning for social problem-solving deficits in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005;162:513–9.
- [333] Liberman RP, Glynn S, Blair KE, Ross D, Marder SR. In vivo amplified skills training: Promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. *Psychiatry* 2002;65:137–55.
- [334] Medalia A, Revheim N, Casey M. Remediation of problem-solving skills in schizophrenia : Evidence of a persistent effect. *Schizophr Res* 2002;57:165–71.
- [335] Donahoe CP, Carter MJ, Bloem WD, Hirsch GL, Laasi N, Wallace CJ. Assessment of interpersonal problem-solving skills. *Psychiatry* 1990;53:329–39.
- [336] Barbalat G, Chambon V, Franck N, Koechlin E, Farrer C. Organization of cognitive control within the lateral prefrontal cortex in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:377–86.
- [337] Bazin N, Lefrere F, Passerieux C, Sarfati Y, Hardy-Bayle MC. Troubles formels de la pensée. Traduction française de l'échelle d'évaluation de la pensée, du langage et de la communication. *Encephale* 2002;28:109–19.
- [338] Bazin N, Sarfati Y, Lefrere F, Passerieux C, Hardy-Bayle MC. Scale for the evaluation of communication disorders in patients with schizophrenia: A validation study. *Schizophr Res* 2005;77:75–84.
- [339] Kerns JG, Berenbaum H. Cognitive impairments associated with formal thought disorder in people with schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 2002;111:211–24.
- [340] Bora E, Yucel M, Pantelis C. Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophr Res* 2009;109:1–9.
- [341] Sprong M, Schothorst P, Vos E, Hox J, van Engeland H. Theory of mind in schizophrenia : Meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007;191:5–13.
- [342] Shamay-Tsoory SG, Shur S, Barcai-Goodman L, Medlovich S, Harari H, Levkovitz Y. Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007;149:11–23.
- [343] Addington J, Penn D, Woods SW, Addington D, Perkins DO. Facial affect recognition in individuals at clinical high risk for psychosis. *Br J Psychiatry* 2008;192:67–8.
- [344] Roncone R, Falloon IR, Mazza M, De Risio A, Pollice R, Necozione S, et al. Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology* 2002;35:280–8.
- [345] Bora E, Yucel M, Pantelis C. Theory of mind impairment: A distinct trait-marker for schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorder? *Acta Psychiatr Scand* 2009;120(4):253–64.
- [346] Drury VM, Robinson EJ, Birchwood M. 'Theory of mind' skills during an acute episode of psychosis and following recovery. *Psychol Med* 1998;28:1101–12.

-
- [347] Sarfati Y, Hardy-Bayle MC. How do people with schizophrenia explain the behaviour of others? A study of theory of mind and its relationship to thought and speech disorganization in schizophrenia. *Psychol Med* 1999;29:613–20.
 - [348] Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition* 1985;21:37–46.
 - [349] Abu-Akel A, Abushua’leh K. ‘Theory of mind’ in violent and nonviolent patients with paranoid schizophrenia. *Schizophr Res* 2004;69:45–53.
 - [350] Mizrahi R, Korostil M, Starkstein SE, Zipursky RB, Kapur S. The effect of antipsychotic treatment on theory of mind. *Psychol Med* 2007;37:595–601.
 - [351] Bazin N, Brunet-Gouet E, Bourdet C, Kayser N, Falissard B, Hardy-Bayle MC, Passerieux C. Quantitative assessment of attribution of intentions to others in schizophrenia using an ecological video-based task: A comparison with manic and depressed patients. *Psychiatry Res* 2009;167:28–35.
 - [352] Madianos M, Economou M, Dafni O, Koukia E, Palli A, Rogakou E. Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: Can they be measured? *Eur Psychiatry* 2004;19:408–14.
 - [353] Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M. National Mental Health Project Working G. Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. Physical disorders. *Soc Sci Med* 2005;61:313–22.
 - [354] Moller-Leimkuhler AM. Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255:223–31.
 - [355] Moller-Leimkuhler AM. Multivariate prediction of relatives’ stress outcome one year after first hospitalization of schizophrenic and depressed patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256:122–30.
 - [356] Hoenig J, Hamilton MW. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *Int J Soc Psychiatry* 1966;12:165–76.
 - [357] Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H, Karayiannis G. The cost of caring: The relative with schizophrenia. *Scand J Caring Sci* 2010;24:817–23.
 - [358] Barrowclough C, Tarrier N, Johnston M. Distress, expressed emotion, and attributions in relatives of schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 1996;22:691–702.
 - [359] Boye B, Bentsen H, Ulstein I, Notland TH, Lersbryggen A, Lingjaerde O, Malt UF. Relatives’ distress and patients’ symptoms and behaviours: A prospective study of patients with schizophrenia and their relatives. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:42–50.
 - [360] Mitsonis C, Voussoura E, Dimopoulos N, Psarra V, Kararizou E, Latzouraki E, et al. Patients associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:331–7.
 - [361] Hodé Y. Le programme profamille: un outil pour modifier les relations soignants-soignés. *Confluences* 2007;17:40–2.
 - [362] Khazaal Y, Richard C, Preisig M, Zullino DF. Psychoéducation des proches de patients bipolaires: impact sur les patients. Rationnel, développements et perspectives. *Revue Médicale Suisse* 2004;504.
 - [363] Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, Nishida A, Kamimura N, Sawada K, et al. Family psychoeducation for major depression: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011;198:385–90.
 - [364] Chien WT, Chan S, Morrissey J, Thompson D. Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *J Adv Nurs* 2005;51:595–608.
 - [365] Chien WT, Chan SW, Thompson DR. Effects of a mutual support group for families of chinese people with schizophrenia: 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 2006;189:41–9.
 - [366] Chien WT, Lee IY. The schizophrenia care management program for family caregivers of chinese patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2010;61:317–20.

- [367] Sellwood W, Wittkowski A, Tarrier N, Barrowclough C. Needs-based cognitive-behavioural family intervention for patients suffering from schizophrenia: 5-year follow-up of a randomized controlled effectiveness trial. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:447–52.
- [368] Koolae AK, Etemadi A. The outcome of family interventions for the mothers of schizophrenia patients in iran. *Int J Soc Psychiatry* 2010;56:634–46.
- [369] Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in shiraz, iran. *BMC Psychiatry* 2012;12:48.
- [370] Kulhara P, Chakrabarti S, Avasthi A, Sharma A, Sharma S. Psychoeducational intervention for caregivers of indian patients with schizophrenia: A randomised-controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119:472–83.
- [371] Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006;57:1784–91.
- [372] Tas C, Danaci AE, Cubukcuoglu Z, Brune M. Impact of family involvement on social cognition training in clinically stable outpatients with schizophrenia - a randomized pilot study. *Psychiatry Res* 2012;195:32–8.
- [373] Motlova L, Dragomirecka E, Spaniel F, Goppoldova E, Zalesky R, Seleпова P, et al. Relapse prevention in schizophrenia: Does group family psychoeducation matter? One-year prospective follow-up field study. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2006;10(1):38–44.
- [374] McWilliams S, Hill S, Mannion N, Fetherston A, Kinsella A, O'Callaghan E. Schizophrenia : A five-year follow-up of patient outcome following psycho-education for caregivers. *Eur Psychiatry* 2012;27:56–61.
- [375] Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 : CD000088.
- [376] Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A. Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2007;16:739–47.
- [377] Devaramane V, Pai NB, Vella SL. The effect of a brief family intervention on primary carer's functioning and their schizophrenic relatives levels of psychopathology in india. *Asian J Psychiatr* 2011;4:183–7.
- [378] Chien WT, Thompson DR, Norman I. Evaluation of a peer-led mutual support group for chinese families of people with schizophrenia. *Am J Community Psychol* 2008;42:122–34.
- [379] Magliano L, Orrico A, Fiorillo A, Del Vecchio H, Castiello G, Malangone C, et al. Family burden in bipolar disorders: Results from the italian mood disorders study (IMDS). *Epidemiol Psichiatri Soc* 2009;18:137–46.
- [380] Worakul P, Thavichachart N, Lueboonthavatchai P. Effects of psycho-educational program on knowledge and attitude upon schizophrenia of schizophrenic patients' caregivers. *J Med Assoc Thai* 2007;90:1199–204.
- [381] Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Ferrer-Garcia M. Effects of a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:343–8.
- [382] Sota S, Shimodera S, Kii M, Okamura K, Suto K, Suwaki M, et al. Effect of a family psychoeducational program on relatives of schizophrenia patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008;62:379–85.
- [383] Duhamel F. La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers. 2^e édition Montréal (Québec): Édition de la Chenelière; 2007.
- [384] Cormier H, Guimond G, Joncas J, Leblanc G, Morin R, Vaillancourt S. Profamille, programme d'intervention de groupe auprès des familles de personnes atteintes de schizophrénie. Québec: Unité de psychiatrie sociale et préventive du CHUL et Centre de recherche de l'Université Laval Robert Giffard; 1991.

-
- [385] Lecomte T, Leclerc C. Manuel de réadaptation psychiatrique. 2^e édition Québec: Presses de l'Université du Québec; 2012.
 - [386] Feldmann R, Hornung WP, Prein B, Buchkremer G, Arolt V. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002;252:115–9.
 - [387] Duong L, Klitten LL, Moller RS, Ingason A, Jakobsen KD, Skjodt C, et al. Mutations in *nrxn1* in a family multiply affected with brain disorders: *Nrxn1* mutations and brain disorders. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2012;159B:354–8.
 - [388] Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bauml J, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia-results of a survey of all psychiatric institutions in germany, austria, and switzerland. *Schizophr Bull* 2006;32:765–75.
 - [389] Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 2007;96:232–45.
 - [390] Rexhaj S, Python NV, Morin D, Bonsack C, Favrod J. Correlational study: Illness representations and coping styles in caregivers for individuals with schizophrenia. *Ann Gen Psychiatry* 2013;12:27.
 - [391] Chien WT, Thompson DR. An rct with three-year follow-up of peer support groups for chinese families of persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2013;64:997–1005.
 - [392] Bonsack C, Morandi S, Favrod J, Conus P. Le stigmate de la « folie » : de la fatalité au rétablissement. *Rev Med Suisse* 2013;9:588–92.
 - [393] Twamley EW, Narvaez JM, Becker DR, Bartels SJ, Jeste DV. Supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *Am J Psychiatr Rehabil* 2008;11:76–89.
 - [394] Nuechterlein KH, Subotnik KL, Turner LR, Ventura J, Becker DR, Drake RE. Individual placement and support for individuals with recent-onset schizophrenia: Integrating supported education and supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;31:340–9.
 - [395] Cook JA, Leff HS, Blyler CR, Gold PB, Goldberg RW, Mueser KT, et al. Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:505–12.
 - [396] Rummel-Kluge C, Stiegler-Kotzor M, Schwarz C, Hansen WP, Kissling W. Peer-counseling in schizophrenia: Patients consult patients. *Patient Educ Couns* 2008;70:357–62.
 - [397] West C. Powerful choices: Peer support and individualized medication self-determination. *Schizophr Bull* 2009;37(3):445–50.
 - [398] Favrod J, Nguyen A, Rexhaj S, Ferrari P, Ortiz A, Bonsack C. Back to the patient, l'informatique dans les soins. *Santé Mentale* 2014;74–7.
 - [399] Bonsack C, Favrod J. De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de lausanne. *L'Information Psychiatrique* 2013;89:227–32.
 - [400] Rogers JA, Vergare MJ, Baron RC, Salzer MS. Barriers to recovery and recommendations for change : The pennsylvania consensus conference on psychiatry's role. *Psychiatr Serv* 2007;58:1119–23.
 - [401] Latimer E. Economic considerations associated with assertive community treatment and supported employment for people with severe mental illness. *J Psychiatry Neurosci* 2005;30:355–9.
 - [402] Liberman RP. Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of an evidence-based treatment for the mentally disabled. *J Ment Health* 2007;16:595–623.
 - [403] Tarrier N. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia - a review of development, evidence and implementation. *Psychother Psychosom* 2005;74:136–44.

INDEX

A

Accommodation, 54
Actions pour faire face, 53
Activités agréables, 24
Akathisie, 36
Akinésie, 36, 115
Allusions, 145
Altération des perceptions, 64
Amorçage, 140
Analyse fonctionnelle, 80
Anhédonie, 1, 115, 119
Anticiper les moments agréables, 123
Apprentissage expérientiel, 119
Assessment of Interpersonal Problem-Solving Skills, 134
Assimilation, 54
Attribution, 51
Authentique, 14
Autodétermination, 47
Autonomie, 47
AVEC, 154
Avolition, 1

B

Biais cognitifs, 22, 73, 101
Brief Psychiatric Rating Scale, 42, 63, 116

C

Cannabis, 32
Capitaliser, 117, 123
Case-management, 15
Chadwick Peter, 92
Chaleureux, 14
Clozapine, 4
Colère, 27
Comportement(s)
– de recherche de sécurité, 71, 81, 110
– violent, 82
Confiance augmentée dans les faux souvenirs, 74
Conscience du trouble, 20
Contrôle personnel, 47
Crise de calme, 119
Croyances
– défaitistes, 118
– paranormales, 70
Cungi Charly, 119

D

Déficits neuropsychologiques, 4, 22, 125
Défusion cognitive, 95
Déjà-vu, 65
Délire, 69, 103
– de contrôle, 67
Dépression, 23
– post-psychotique, 26
Désinstitutionalisation, 46
Détecteur de mensonge, 95, 108
Différenciation de l'identité, 58
Directives anticipées, 55
Divulgaration de la pensée, 65
Dysphorie, 36

E

Échelle d'expérience temporelle du plaisir, 116
Écho de la pensée, 65
Écoute active, 14
Éducateur, 15
Éducation thérapeutique, 45
Émission de la pensée, 65
Émotion exprimée, 51, 150
Emprise de la pensée, 65
Emprise de la pensée, 109
ENSEMBLE, 156
Entraînement
– à la résolution de problèmes, 134
– des habiletés sociales, 2, 5, 34, 126, 128
– du plaisir anticipatoire, 117
– métacognitif, 23, 101
Entretien de motivation, 16
Ergothérapeute, 15
Érotomanie, 72
Espoir, 48
Estime de soi, 48, 77
Étapes du cycle de vie, 6
État de stress post-traumatique, 58
Évaluation fonctionnelle, 39
Évitement de l'étiquette, 48
Exposition, 93, 110
Expression
– comportementale des émotions, 122
– faciale des émotions, 117

F

Fardeau, 149
Focalisation, 93, 100
Fonctions exécutives, 140

G

Gestion des résistances, 20
Greenbaum Peter, 91
Grille des signes d'alarme, 55
Groupes multifamiliaux, 51

H

Habiletés sociales, 125
Hallucination
– auditive, 66, 68, 82
– auditive musicale, 67
– hypnagogique, 66
– hypnopompique, 66
Haute montagne, 88
Hayes Steven, 94
Hypnose, 89

I

Impairs, 145
Individual Placement and Support (IPS), 157
Infirmier, 15
Internet, 70, 141, 158
Interventions auprès des familles, 47

L

Lecture intentionnelle en situation, 145
Lieberman Robert Paul, 11
Ligne du temps, 53
– perception de soi, 59

M

Maher Brendan, 64
Médecin, 15
Mégalo manie, 72
Mémoire de la source, 68
Métacognition, 101
Michael's game, 106
Modèle
– ABC, 79
– explicatif individuel, 49
– neurodéveloppemental, 5
– stress-vulnérabilité, 51, 89
Moritz Steffen, 101

N

Nash John Forbes, 92
Néologisme, 139
Neuroleptiques, 34

Nijinski Vaslav Fomitch, 92
Normalisation des symptômes psychotiques, 23, 87

O

Organisation mondiale de la santé, 20
Ours blanc, 94
Out of body experience, 67

P

Pairs aidants, 157
PEPS, 119
Perte de sens, 49
Phase
– de considération, 18
– de pré-considération, 17
– de préparation, 19
Plaisir
– anticipatoire, 116
– consommatoire, 116
Plan d'urgence, 55
Pleine conscience, 96
Popkin Meera, 91
Positive and Negative Syndrome Scale, 42, 63, 116
Privation
– de sommeil, 88
– sensorielle, 88
Proches aidants, 149
Profamille, 154
Professionnel, 14
Programme d'émotions positives pour la schizophrénie, 119
Propos automotivants, 19
Pseudo-hallucination, 67
Psychoéducation, 5, 45
Psychologue, 15
Psychotic Symptom Rating Scales, 63

Q

Questionnement socratique, 57

R

Réaction post-traumatique, 21
Recadrage, 20
Réhabilitation psychiatrique, 46
Relation de collaboration, 14
Relaxation, 34
– musculaire profonde, 97
Remédiation cognitive, 2, 125
Remise en question des preuves, 103
Répertoire des stratégies de *coping*, 51
Résistance, 20
Rétablissement, 46

- processus, 7, 92
- résultat, 11

S

- Sauter aux conclusions, 101, 103, 160
- Savourer, 117, 122
- Scale for the assessment of Thought, Language and Communication*, 139
- Scheder Dominique, 92
- Schéma, 54, 80
- Schizophrénie, 1, 139
- Sealing-over*, 48, 63
- Signature de la rechute, 53
- Soins infirmiers
 - avantage, 111
 - dotation, 22
- Soutien à l'emploi, 157
- Stigmatisation, 48
- Strauss John, 61
- Style
 - d'attribution, 75
 - de rétablissement intégratif, 48
 - – par l'évitement, 48
- Surdité induite, 89
- Symptômes négatifs
 - primaires, 115
 - secondaires, 115
- Syndrome
 - de Capgras, 73
 - de Cotard, 81
 - de la boîte de Pandore, 61

- déficitaire, 115, 125
- du barbier de Midas, 62

T

- Tablette, 159
- Tangram, 143
- T l pathie, 70
- Temps mort, 29
- Test dans la réalité, 106
- Théorie de l'esprit, 76, 144
- Thérapie
 - cognitive et comportementale, 2, 5
 - comportementale dialectique, 93
 - d'acceptation et d'engagement, 93
 - de la pleine conscience, 93
- Traumatisme, 57
- Travailleur social, 15
- Troubles formels de la pensée, 139

U

- Urbanicit , 3

V

- Violence, 30
- Vol de la pensée, 65

W

- Wegner Daniel, 94