

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].

TABEAU 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.