

## 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.

<b>Aiguisement des perceptions</b>	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]
<b>Sensations inhabituelles ou déformées</b>	Perceptions anormales, impression que les sons, les odeurs, les saveurs, les perceptions corporelles ou visuelles sont déformés ou étranges [161]
<b>Distorsion de la forme (taille, proportions) de son propre corps ou du monde extérieur</b>	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]
<b>Modification de la perception du temps</b>	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
<b>Sentiment de déjà-vu</b>	Impression d'avoir déjà vécu ou rêvé le moment présent [162]
<b>Emprise de la pensée</b>	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
<b>Émission ou divulgation de la pensée</b>	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
<b>Écho de la pensée</b>	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
<b>Vol de la pensée</b>	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*)

<b>Hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques</b>	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
<b>Hallucinations visuelles</b>	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 cimétidine, 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
<b>Hallucinations auditives</b>	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*)

<b>Pseudo-hallucinations</b>	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]
<b>Hallucinations auditives musicales</b>	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]
<b>Hallucinations olfactives</b>	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]
<b>Sensations de contrôle ou d'influence</b>	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
<b>Sensation de sortir de son corps</b>	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 étrangères.
- 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.

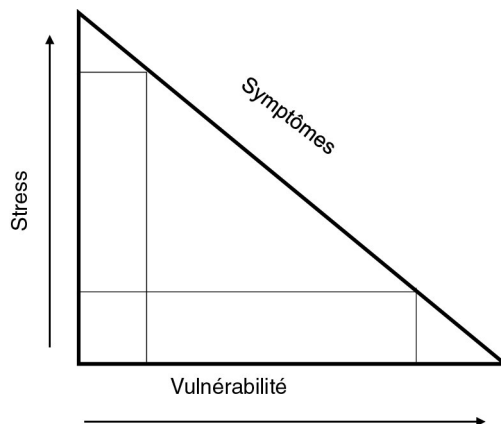


FIGURE 5.1. Modèle du stress et de la vulnérabilité.

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 revêche 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.