

**Jérôme Favrod**

infirmier, département de psychiatrie, service de psychiatrie communautaire.

Charles Bonsack

psychiatre, département de psychiatrie, service de psychiatrie communautaire.

Philippe Conus

psychiatre, département de psychiatrie, service de psychiatrie générale.

Centre Hospitalier Universitaire
Vaudois et Université de
Lausanne - Prilly (Suisse).

Contact : jerome.favrod@chuv.ch



Innovations dans les psychoses persistantes

Les innovations dans le domaine des psychothérapies des psychoses sont nombreuses et montrent une certaine efficacité dans un cadre de recherche. Le défi actuel consiste à les intégrer et à les tester dans des programmes accessibles, attractifs et efficaces et ce, dans un contexte clinique naturel.

L'idée que les symptômes psychotiques qui accompagnent la schizophrénie ne répondent pas au traitement psychologique a longtemps prévalu.

Ces dernières années, cette conception s'est modifiée progressivement. Les méthodes provenant de la thérapie cognitivo-comportementale ont été

appliquées au traitement de la psychose démontrant un effet modéré mais robuste et soutenu sur les symptômes psychotiques (1) :

- l'effet modéré n'est pas surprenant du fait de la sévérité de la maladie (2) ;
- les résultats sont robustes car il faudrait de nombreuses études avec des

résultats négatifs pour affaiblir la démonstration de cette efficacité ;

- ils sont soutenus car les bénéfices se maintiennent dans le temps.

Comme c'est souvent le cas avec les traitements psychosociaux de la schizophrénie, l'utilisation de ces approches reste davantage une exception qu'une règle malgré les



efforts pour les rendre accessibles aux soignants de langue française. Parmi les patients présentant un premier épisode psychotique, on sait que 20 % d'entre eux vont présenter des symptômes persistants malgré un traitement neuroleptique approprié (3). La persistance de ces symptômes va compliquer l'évolution et risque de produire des séquelles durables. On sait également que si l'on veut favoriser le processus de rétablissement, il est important de sortir rapidement les patients de la phase de déni et de refus de la maladie en restaurant l'espoir et en les aidant à distinguer leur partie saine du processus morbide (4).

■ Le programme STOPP

Dans le cadre des récentes innovations en termes de prise en charge de la psychose, il est important de signaler le programme STOPP (Suivi thérapeutique orienté sur la psychose persistante) (5). Ce dernier propose une intervention qui combine les méthodes cognitivo-comportementales aux besoins particuliers des jeunes adultes qui vivent un premier épisode psychotique.

Le programme intègre d'autres cadres conceptuels utiles comme les compréhensions psychodynamiques et interpersonnelles de la psychose (6). Cette approche est un complément essentiel pour les patients qui ne se remettent pas complètement d'un premier épisode psychotique. Elle permet de les aider à prendre le contrôle sur les symptômes psychotiques persistants et à reprendre la maîtrise de leur vie (*pour en savoir plus voir encadré « A lire » p. 51*).

• Vignette clinique

Étienne est suivi dans le programme STOPP pour un premier épisode depuis deux ans. Il s'est montré d'abord très réticent à l'idée de souffrir d'un trouble psychotique. Il consomme beaucoup de cannabis et partage difficilement son expérience avec son « *case manager* » (coordinateur de soins) ou son psychiatre. Au fur et à mesure que la relation se développe, Étienne arrête le cannabis et partage le fait qu'il entende quotidiennement des voix qui le narguent ou commentent ses actions ou ses pensées. Son psychiatre l'adresse pour une intervention STOPP. Étienne parvient rapidement à utiliser des méthodes pour bloquer les hallucinations auditives et s'engage dans des exercices de focalisation sur ses voix. Ces derniers modifient le contenu et la forme des voix et lui permettent de prendre de la distance. Le patient passe de la croyance qu'il est un récepteur télépathique à l'idée que ces voix sont une manifestation de son propre esprit. La libération de ces symptômes persistants le rend davantage disponible à la reprise de ses rôles sociaux. Il recommence son entraînement sportif et envisage une formation professionnelle.

■ Entraînement des habiletés métacognitives

• Biais cognitif dans la schizophrénie

Une autre approche moins connue est l'entraînement des habiletés métacognitives. Par métacognition, nous entendons la capacité de penser nos propres processus mentaux. Nos habiletés métacognitives nous permettent de ne pas prendre au premier degré les événements psychologiques que nous vivons. Par exemple, quand nous avons une sensation de déjà-vu, nous ne nous disons pas que nous faisons des rêves prémonitoires mais nous reconnaissons cette expérience comme un processus



psychologique particulier. Quand nous entendons une voix, nous nous disons, « *j'entends une voix* ». Une personne atteinte de schizophrénie est non seulement plus vulnérable à ce type d'expérience mais elle risque également de la vivre au premier degré en se disant : « *quelqu'un me parle* ». La compréhension des mécanismes sous-jacents à l'expérience psychotique s'est notablement approfondie ces dernières années. Il est utile de résumer brièvement ces connaissances sur les biais cognitifs qui déclenchent, aggravent ou maintiennent les symptômes positifs de la schizophrénie. Ces biais cognitifs doivent être distingués des déficits neuropsychologiques qui ont déjà été largement décrits dans la littérature. Les biais cognitifs sont des erreurs de raisonnement ou de mémoire plutôt que des déficits de performance.

Le résultat de recherche le plus consistant sur les distorsions cognitives dans la schizophrénie se rapporte à un biais spécifique de recueil d'informations appelé « sauter aux conclusions ». Les personnes atteintes de schizophrénie avec des idées délirantes ont besoin de nettement moins d'information que les sujets sains pour parvenir à une conclusion ferme et définitive. Au premier abord, cette notion peut sembler être une description de ce qui arrive durant un épisode psychotique (considérer un regard en coin comme un début de filature, par exemple) mais ce biais est observable avec des situations neutres, persiste durant les phases de rémission (7) et existe également chez les sujets sains avec des traits schizotypiques (8). Il semblerait que ce travers soit davantage un précurseur plutôt qu'une conséquence de la psychose. Des données récentes montrent 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 (9). Au niveau de la mémoire, plusieurs études ont montré que les personnes atteintes de schizophrénie ont une confiance augmentée dans leurs erreurs de mémoire et diminuée dans leurs souvenirs corrects en comparaison avec des sujets sains. Ce biais conduit à une corruption de la connaissance qui explique relativement bien l'apparition d'idées délirantes (10). Par exemple, on présente une scène typique de plage (des enfants jouent, des gens bronzent, de l'eau...) tout en ne présentant pas, intentionnellement, des 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 ces objets. Les patients qui délirent sont plus confiants dans ces faux souvenirs.

Il apparaît également 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 (11). Ce biais apparaît également en lien avec la propension à délirer dans des échantillons non-cliniques (12).

Associé à ces biais cognitifs bien démontrés, on peut imaginer que les « styles d'attribution » ou « la théorie de l'esprit » peuvent jouer un rôle important dans la construction ou le maintien des idées délirantes, même si les résultats 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 les événements positifs à autrui et les événements

négatifs à elles-mêmes. Des données indiquent que les personnes avec des idées de persécution ont la tendance inverse : attribuer les événements négatifs à autrui et les positifs à elles-mêmes. Toutefois les conclusions de ces études sont sujettes à débat en raison de résultats contradictoires. Il en va de même pour la théorie de l'esprit qui est la capacité de prendre en compte autrui, notamment en se faisant une idée correcte de ce qui se passe dans l'esprit de l'autre en fonction du contexte. Des déficits dans ce domaine ont été observés de façon répétée en association avec la schizophrénie mais sont équivoques en ce qui concerne l'idéation paranoïde. Ces biais cognitifs sont présents chez beaucoup de personnes atteintes de schizophrénie mais les patients n'en sont souvent pas conscients.

Cela souligne l'importance d'une intervention métacognitive, car rendre ces biais conscients pourrait permettre de contrecarrer certains aspects de la psychose.

Présentation des exercices centraux des différents modules (selon Moritz et al.)

Module	Exercices centraux
• Style d'attribution : blâmer et prendre crédit	• Les causes différentes d'événements positifs et négatifs sont étudiées.
• Sauter aux conclusions (partie I) - jugement hâtif	• Des fragments d'images apparaissent (partie I) progressivement en montrant des objets. Les décisions prématurées conduisent à des erreurs.
• Changer les croyances, biais contre les preuves infirmantes	• Des séquences de bandes dessinées sont présentées à l'envers en clarifiant des scénarios complexes. Après chaque image les participants doivent évaluer la plausibilité de quatre interprétations différentes.
• Être empathique (partie I) (théorie de l'esprit)	• Des images d'expressions faciales sont présentées et le groupe doit deviner comment le personnage se sent. La solution correcte trahit souvent la première intuition.
• Mémoire - confiance augmentée dans les erreurs de mémoire	• Des situations complexes sont présentées (plage) avec des éléments typiques manquants (serviette de bain, ballon). Les participants se souviennent fréquemment avoir vu les éléments manquants. La nature constructive plutôt que passive est ainsi mise en évidence. Les patients apprennent à distinguer entre les souvenirs corrects et erronés.
• Être empathique (partie II) (théorie de l'esprit)	• Des bandes dessinées qui présentent la perspective d'un des personnages sont discutées. Ce personnage n'a pas toutes les informations que possèdent les observateurs.
• Sauter aux conclusions (partie II)	• Des tableaux de maître sont présentés et les participants doivent déduire son titre parmi 4 options. Une inspection superficielle de l'œuvre conduit à des réponses fausses.
• Humeur et estime de soi	• Des cognitions dépressives en réponse à des événements communs sont présentées et le groupe doit développer des cognitions plus constructives et positives.

• Un programme concret

L'équipe de Moritz et al. (13) a développé un programme d'entraînement aux habiletés métacognitives qui est disponible sur internet* en anglais, allemand, hollandais et français. Ce programme groupal cible les différents biais cognitifs décrits précédemment. Il est basé sur deux composants :

- la traduction des connaissances acquises sur les biais cognitifs en termes compréhensibles et illustrés ;
- la démonstration des conséquences négatives de ces biais cognitifs.

Des exercices qui pointent chaque biais séparément permettent de démontrer la faillibilité de l'esprit humain. Les participants sont invités à partager leurs expériences et des discussions sur les façons de les contrer permettent de fournir des possibilités correctrices. L'ambiance des groupes est amusante et soutenante. Les participants apprennent à reconnaître les biais cognitifs importants dans la schizophrénie et développent des stratégies leur permettant de parvenir à des déductions plus appropriées. Chaque séance dure entre 45 et 60 minutes. Idéalement, les participants suivent deux cycles de huit séances impliquant des exercices similaires mais distincts au niveau des contenus des exercices et des exemples (cf. *tableau « Présentation des exercices centraux des différents modules »*).

• Les premiers résultats

Trois études récentes ont évalué la faisabilité, les risques et l'efficacité du programme d'entraînement des habiletés métacognitives :

- dans la première étude, les patients expriment que le programme est plus amusant et plus utile pour la vie de tous les jours qu'un programme traditionnel de remédiation cognitive (14). La participation au groupe était excellente ;
- dans une seconde étude randomisée, les participants montrent une amélioration de la symptomatologie positive plus rapide que dans un groupe contrôle actif offrant un programme traditionnel de remédiation cognitive (15) ;
- lors d'une troisième étude, des exercices choisis sont présentés durant une seule séance. Une réduction du « saut aux conclusions » est observée dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle (15). On observe également une réduction du degré de conviction dans les idées délirantes

Rendre Les biais cognitifs conscients aux patients pourrait permettre de contrecarrer certains aspects de la psychose.

tes pour les patients qui ont suivi les exercices métacognitifs.

Soulignons que le programme que l'on trouve sur internet a été modifié suite à plusieurs remarques des participants à cette étude.

■ Pour conclure

Les innovations dans le domaine des psychothérapies des psychoses sont nombreuses et ont montré une certaine efficacité dans un cadre de recherche. Le défi actuel consiste à intégrer et tester ces innovations dans des programmes accessibles, attractifs et efficaces dans un contexte clinique naturel. Les deux programmes présentés proposent des approches individuelles et de groupe représentatives de cette tendance. Ils permettent d'envisager une utilisation plus large de ces techniques. ★

*http://www.ukc.uni-hamburg.de/kliniken/psychiatrie/index_17380.php

1- Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V : The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders : A meta-analysis. *Schizophr Res* 2005 ; 77 (1) : 1-9.

2- Tarrier N, Wykes T : Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia ? A cautious or cautionary tale ? *Behav Res Ther* 2004 ; 42 (12) : 1377-401.

3- Edwards J, Maude D, McGorry PD, Harrigan SM, Cocks JT : Prolonged recovery in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* Suppl 1998 ; 172 (33) : 107-16.

4- Favrod J, Scheder D : Se rétablir de la schizophrénie : un modèle d'intervention. *Rev Med Suisse Romande* 2004 ; 124 (4) : 205-8.

5- Herrmann-Doig T, Maude D, Edwards J : STOPP Suivi Thérapeutique Orienté sur la Psychose Persistante. Paris, Retz, 2005.

6- Fenton WS : Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000 ; 26 (1) : 47-72.

7- Peters E, Garety P : Cognitive functioning in delusions : a longitudinal analysis. *Behav Res Ther* 2006 ; 44 (4) : 481-514.

8- Van Dael F, Versmissen D, Janssen I, Myin-Germeys I, van Os J, Krabbendam L : Data gathering : biased in psychosis ? *Schizophr Bull* 2006 ; 32 (2) : 341-51.

9- Freeman D, Garety P, Kuipers E, Colbert S, Jolley S, Fowler D, Dunn G, Bebbington P : Delusions and decision-making style : Use of the Need for Closure Scale. *Behav Res Ther* 2005.

10- Moritz S, Woodward TS : The contribution of metamemory deficits to schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 2006 ; 115 (1) : 15-25.

11- Moritz S, Woodward TS : A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2006 ; 142 (2-3) : 157-65.

12- Woodward TS, Buchy L, Moritz S, Liotti M : A Bias Against Disconfirmatory Evidence Is Associated With Delusion Proneness in a Nonclinical Sample. *Schizophr Bull* 2007.

13- Moritz S, Woodward TS, Metacognition Study Group, Favrod J : Entraînement des habiletés métacognitives pour les personnes atteintes de schizophrénie (EMC). Hamburg, VanHam Campus Verlag : 2007.

14- Moritz S, Woodward TS : Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT) : a pilot study of feasibility, treatment adherence and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry* 2007 ; 10(3) : 69-78.

15- Moritz S, Woodward TS : Metacognitive training in schizophrenia : from basic research to knowledge translation and intervention. *Curr Opin Psychiatry* 2007 ; 20 (6) : 619-625.

À lire... À lire... À lire... À lire... À lire...

● STOPP : faciliter le rétablissement après le premier épisode psychotique



Le Suivi Thérapeutique Orienté sur la Psychose Persistante (STOPP) est une thérapie psychologique d'orientation cognitive pour les jeunes adultes qui ne parviennent pas à se rétablir d'un premier épisode psychotique trois mois après le début du traitement classique. Ce programme de notoriété internationale, vise : à réduire le niveau de morbidité primaire et secondaire chez les patients psychotiques débutants ; à éviter le risque de développer un trouble chronique. Il s'agit d'identifier les personnes « à risque » dès le début du trouble et de fournir un traitement psychologique intensif, en phases spécifiques durant 18 mois. L'approche a été développée au Centre de Prévention et d'Intervention de la Psychose Débutante (EPPIC) de Melbourne dans le contexte d'une étude examinant l'efficacité conjuguée des approches psychologiques et pharmacologiques sur des symptômes persistants (voir aussi le texte d'Olivier Canceil, P. 40).

• Tania Hermann-Doig, Diana Maude, Jane Edwards, *STOPP Suivi Thérapeutique Orienté sur la Psychose Persistante. Une approche psychologique pour faciliter le rétablissement des jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique*, Editions Retz, collection Savoir-faire psy, septembre 2005, 35 €.