

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DOCTORAL PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
SÉBASTIEN CARON

DESCRIPTION DU SUIVI THÉRAPEUTIQUE D'UNE PERSONNE
ATTEINTE DE SCHIZOPHRÉNIE

AVRIL 2006

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

La schizophrénie est un trouble complexe dont les répercussions sur l'individu qui en est atteint et sur sa famille sont destructrices. Cette maladie se caractérise par de sérieux dysfonctionnements aux niveaux cognitifs et émotionnels dans lesquels on retrouve généralement des hallucinations, des délires, un discours et un comportement désorganisés et des émotions inappropriées. En fait, ce trouble peut affecter chaque aspect du fonctionnement quotidien de la personne qui en souffre. La schizophrénie met en cause des facteurs génétiques, biologiques, psychologiques et sociaux. Cet essai comprend deux parties. Dans la première, l'auteur fait une présentation exhaustive sur la schizophrénie à travers différentes théories et passe en revue l'ensemble des causes de cette maladie, de ses caractéristiques et des traitements actuellement disponibles. La deuxième partie vise à décrire un suivi psychiatrique et une démarche d'intervention psychologique auprès d'une personne atteinte de schizophrénie. Ainsi, cette seconde partie présente l'anamnèse d'une patiente, décrit la symptomatologie ainsi que l'ensemble des interventions qui lui ont été fournies par le CSSS de l'Énergie. Il est destiné aux personnes atteintes de schizophrénie, à leurs familles, aux intervenants et à toute personne qui souhaite mieux comprendre la maladie. Cette étude peut se révéler un fondement utile pour poser des questions et discuter de ce trouble psychiatrique.

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Remerciements.....	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE.....	4
1. Caractéristiques de la schizophrénie	5
2. Les causes de la schizophrénie, une approche bio-psycho-sociale.....	7
2.1 Le modèle vulnérabilité – stress.....	9
2.2 Les théories de l'hérédité	10
2.2.1 Les influences génétiques	10
2.2.2 La recherche sur les familles.....	11
2.2.3 Les études sur les jumeaux	12
2.2.4 Les études sur l'adoption	14
2.2.5 Conclusion	15
2.3 Les théories biologiques	16
2.3.1 Les influences neurobiologiques.....	16
2.3.2 L'hypothèse dopaminergique et le neuromédiateur glutamate	17
2.3.3 La structure cérébrale.....	21
2.3.4 Conclusion	23
2.4 Les théories psychologiques et sociales.....	24
2.4.1 Les perturbations cognitives dans la schizophrénie.....	25
2.4.2 Les stressseurs socio-environnementaux.....	30
2.4.3 L'implication de la famille dans la maladie et la prévention des rechutes	32
2.4.4 Conclusion	36

3.	Tableau clinique de la schizophrénie selon le DSM-IV	36
3.1	Les symptômes positifs de la maladie	37
3.1.1	Les délires	37
3.1.2	Les hallucinations	38
3.1.3	Le discours désorganisé	38
3.1.4	Les comportements désorganisés et catatoniques	39
3.2	Les symptômes négatifs de la maladie.....	40
3.2.1	L'émoussement affectif.....	40
3.2.2	L'alogie	41
3.2.3	La perte de volonté.....	41
3.3	Les sous-types de la schizophrénie	41
3.4	Diagnostic différentiel : Les troubles psychotiques apparentés.....	43
3.4.1	Le trouble schizophréniforme	43
3.4.2	Le trouble schizo-affectif	43
3.4.3	Le trouble délirant.....	43
3.4.4	Le trouble psychotique bref	43
3.4.5	Le trouble psychotique partagé	43
4.	L'appariement des symptômes avec les méthodes de traitement	44
4.1	L'approche axée sur les symptômes	44
4.2	Les neuroleptiques classiques et atypiques.....	45
4.3	Du modèle symptomatique au modèle axé sur la personne	48
4.4	La thérapie cognitive des troubles psychotiques.....	49
	CHAPITRE 2 : IDENTIFICATION ET DESCRIPTION DU PROBLÈME	52
5.	Application à un cas clinique	53
5.1	L'histoire du cas clinique	53
5.2	Cheminement psychiatrique avant la prise en charge	57
5.3	Évaluations psychométriques du cas lors de la prise en charge.....	64
5.4	La formulation cognitive-behaviorale du cas et de l'intervention	69
	CHAPITRE 3 : LES TRAITEMENTS DE LA SCHIZOPHRÉNIE	79
6.	Les traitements de la schizophrénie appliqués au cas clinique	80
6.1	Le traitement en milieu hospitalier du CSSS de l'Énergie	81
6.1.1	La thérapie biologique et son effet.....	81

6.2	Le programme spécialisé à l'intention des personnes psychotiques à la clinique externe du CSSS de l'Énergie	82
6.2.1	Le groupe compétence	87
6.2.2	La thérapie de groupe de familles	88
6.2.3	La thérapie de groupe d'entraînement aux habiletés sociales	92
6.2.4	La thérapie de groupe de remédiation cognitive	98
6.2.5	Conclusion	99
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS		101
7.	Évaluation des symptômes avant la prise en charge et après traitements	101
7.1	Les habiletés acquises à travers la démarche thérapeutique	105
CHAPITRE 5 : RÉFLEXION		107
8.	L'intérêt de l'étude de cas unique VS la recherche quantitative	108
8.1	Évaluation du programme pour personne psychotique du CSSS de l'Énergie	110
CONCLUSION		112
RÉFÉRENCES		115
APPENDICE A :	La formulation cognitive behaviorale du cas et la fiche d'auto enregistrement des pensées	119
APPENDICE B :	Trucs pour stimuler les habiletés sociales et les fonctions cognitives	122
APPENDICE C :	FACES – III	124
APPENDICE D :	F - C OPES	126
APPENDICE E :	La roue d'équilibre	129
APPENDICE F :	Casser la glace	131
APPENDICE G :	Inventaire d'estime de soi social	134
APPENDICE H :	Les différentes émotions, Exprimer mes émotions et Changer ma communication	137
APPENDICE I :	Alternatives à la colère	144
APPENDICE J :	Questionnaire sur la sexualité	148
APPENDICE K :	Tests pour l'évaluation des fonctions cognitives	153
APPENDICE L :	Évaluation des connaissances sur la psychose	155
APPENDICE M :	Formulaire de consentement	160
APPENDICE N :	Certificat d'éthique de l'UQTR	162

Liste des tableaux

1. Modèle vulnérabilité – stress de la schizophrénie 9
2. Échelle du syndrome positif et négatif (ESPEN)..... 103

Remerciements

L'auteur tient à remercier et à exprimer toute sa reconnaissance à son directeur d'essai de doctorat pour ses précieux conseils et pour son soutien. Par la richesse de ses connaissances théoriques ainsi que sa grande expérience dans le domaine de la psychopathologie, monsieur Richard Hould (Ph. D.) a su stimuler l'intérêt de l'auteur à fournir des renseignements sur la schizophrénie et ainsi procéder à la réalisation de cet ouvrage. L'auteur tient également à remercier madame Solange Boisvert (responsable du volet clinico-administratif de la clinique externe de psychiatrie) du Centre de Santé et de Services Sociaux de l'Énergie (CSSSE), site Ste-Thérèse, pour sa grande collaboration dans l'acquisition du matériel didactique des différents programmes de groupe offerts auprès d'une clientèle atteinte de schizophrénie. De plus, l'auteur exprime son plus grand respect à chacune des personnes aux prises avec cette maladie, à leurs familles et amis. Finalement, l'auteur souhaite offrir l'accomplissement de cet ouvrage à toute personne qui aimerait mieux comprendre la maladie et connaître les différents traitements psychosociaux disponibles.

Introduction

L'objectif de cet ouvrage est de dresser le portrait clinique d'une personne atteinte de schizophrénie et ce, dans le but de mieux comprendre ses manifestations. En effet, ce trouble en est un des plus documentés bien que ses mécanismes restent obscurs et continuent de perturber considérablement la vie des gens qui en sont atteints. La schizophrénie est un trouble psychiatrique très répandu (elle touche environ une personne sur cent) dont les conséquences sont graves. L'auteur explore les multiples causes de la maladie à travers une approche bio-psycho-sociale. Suite à la description des caractéristiques cliniques de cette maladie, ce travail contient la présentation d'une personne atteinte de schizophrénie, ce qui permettra de mieux cerner la complexité, l'évolution et l'étendue des symptômes. De plus, la formulation cognitive-behaviorale du cas et de l'intervention est illustrée. Pour démystifier les préjugés qui l'entourent, la schizophrénie est présentée sous ses diverses facettes avec les connaissances scientifiques disponibles.

Étant donné que cette maladie engendre une incapacité dans presque toutes les sphères de la vie des individus atteints, les traitements leur permettant de développer de meilleures stratégies d'adaptation seront abordés. Considérant que la famille constitue souvent le principal groupe de soutien, un maximum d'information est transmis pour l'aider à faire face à cette situation. Un programme de groupe de familles répondant à ce besoin sera présenté sommairement. Comme plusieurs habiletés sociales sont compromises dans le développement de ce trouble psychiatrique, cet essai aborde les

principaux objectifs d'une thérapie de groupe qui met l'accent sur la capacité de l'individu à vivre en société avec un certain degré d'autonomie.

Enfin, un des problèmes fréquemment rencontrés touche la désorganisation de la pensée et teinte le discours d'éléments étranges et souvent éloignés de la réalité. Dans le but de minimiser ces distorsions, l'auteur décrit une thérapie de groupe axée sur l'acquisition d'habiletés cognitives et sociales. Finalement, lorsque ce processus est enclenché, un suivi individuel est offert à la personne qui souffre de schizophrénie. Le but de ce suivi vise l'approfondissement et le maintien des acquis, la diminution des risques de suicide et la prévention des rechutes afin qu'elles soient plus brèves et moins dommageables.

Puisque la guérison complète est très rare, il est essentiel d'aider le groupe de soutien à développer la capacité de demander de l'aide compte tenu de la complexité du système médical actuel. Par exemple, il s'avère primordial d'avoir des informations détaillées sur la garde en établissement (cure fermée). Par exemple, la *Loi de la protection du malade mental (loi C-75)* a été remplacée par la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui*. Cette loi stipule qu'il est possible d'évaluer et même d'hospitaliser contre son gré toute personne jugée dangereuse pour sa santé ou celle d'autrui. L'hospitalisation involontaire ne peut se faire qu'après l'évaluation d'un médecin. Le patient est alors mis en garde forcée dans un délai de 72 heures pour être évalué (article 8).

Chapitre 1

Contexte théorique

Ce chapitre se divise en quatre parties qui permettront d'expliquer la problématique soulevée dans le cadre de cet essai. La première partie présente les caractéristiques de la schizophrénie. Il sera question ensuite d'identifier les causes de cette maladie selon une approche bio-psycho-sociale. De plus, la troisième partie consiste à présenter un tableau clinique de la schizophrénie (selon le DSM-IV). Pour conclure ce chapitre, l'appariement des symptômes de la maladie avec les méthodes de traitement sont amenés.

1. CARACTÉRISTIQUES DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Selon Santé Canada (2002), la schizophrénie est une maladie cérébrale et représente une des plus graves maladies mentales. Les symptômes courants sont des pensées confuses, des délires (croyances fausses ou irrationnelles), des hallucinations (voir ou entendre ce qui n'existe pas) et un comportement bizarre. Ceux qui souffrent de schizophrénie éprouvent de la difficulté à accomplir des tâches qui nécessitent une mémoire abstraite et une attention soutenue.

Tous les signes et symptômes de la schizophrénie varient généralement selon les personnes atteintes. Il n'existe aucun test de laboratoire pour diagnostiquer la schizophrénie. Le diagnostic se fonde uniquement sur l'observation clinique (Santé Canada, 2002). Pour porter un diagnostic de schizophrénie, les symptômes doivent être

présents la plupart du temps pendant une période d'au moins un mois, certains signes du trouble persistant pendant ce mois. Ces signes et symptômes sont assez graves pour causer un dysfonctionnement social, scolaire ou professionnel (DSM-IV, 1996).

La prévalence de la schizophrénie dans la population générale est estimée entre 0,5 % et 1 % (DSM-IV, 1996). Ce trouble psychiatrique atteint des personnes de toutes les races, de toutes les cultures, de tous les milieux sociaux indépendamment de leur sexe. Cette maladie apparaît généralement entre la fin de l'adolescence et le milieu de la trentaine. Son apparition avant l'adolescence est rare. Les hommes et les femmes sont affectés de façon égale mais, habituellement, les hommes développent la maladie plus jeunes que les femmes (Santé Canada, 2002).

Comment la schizophrénie affecte-t-elle le malade ? Ce trouble psychiatrique affecte profondément la capacité de la personne de fonctionner efficacement dans tous les aspects de sa vie tels que son autonomie, ses relations familiales, son revenu, ses études, son emploi, son logement, sa vie communautaire et sociale. Or, selon Santé Canada (2002), au début du processus de la maladie, les personnes atteintes de schizophrénie peuvent perdre leur capacité de se détendre, de se concentrer ou de dormir et ils peuvent perdre ou abandonner leurs amis. Le rendement à l'école ou au travail en souffre souvent. Grâce au contrôle précoce de ces symptômes, les personnes peuvent prévenir d'autres symptômes et maximiser leur chance de mener une vie satisfaisante et productive.

Le fait que la responsabilité des soins primaires du malade repose habituellement sur les épaules de la famille entraîne de nombreuses répercussions. Or, non seulement les activités normales de la famille sont perturbées, mais les membres de la famille doivent aussi s'adapter au caractère imprévisible du malade, aux effets secondaires de la médication et à la frustration et à l'inquiétude concernant l'avenir d'un être aimé (Santé Canada, 2002). De plus, en période de crise, la décision de l'admission involontaire du malade dans un centre hospitalier est définitivement un des dilemmes les plus difficiles que doit affronter la famille. Par conséquent, la famille hésite souvent face à la stigmatisation associée à la schizophrénie.

2. LES CAUSES DE LA SCHIZOPHRÉNIE, UNE APPROCHE BIO-PSYCHO-SOCIALE

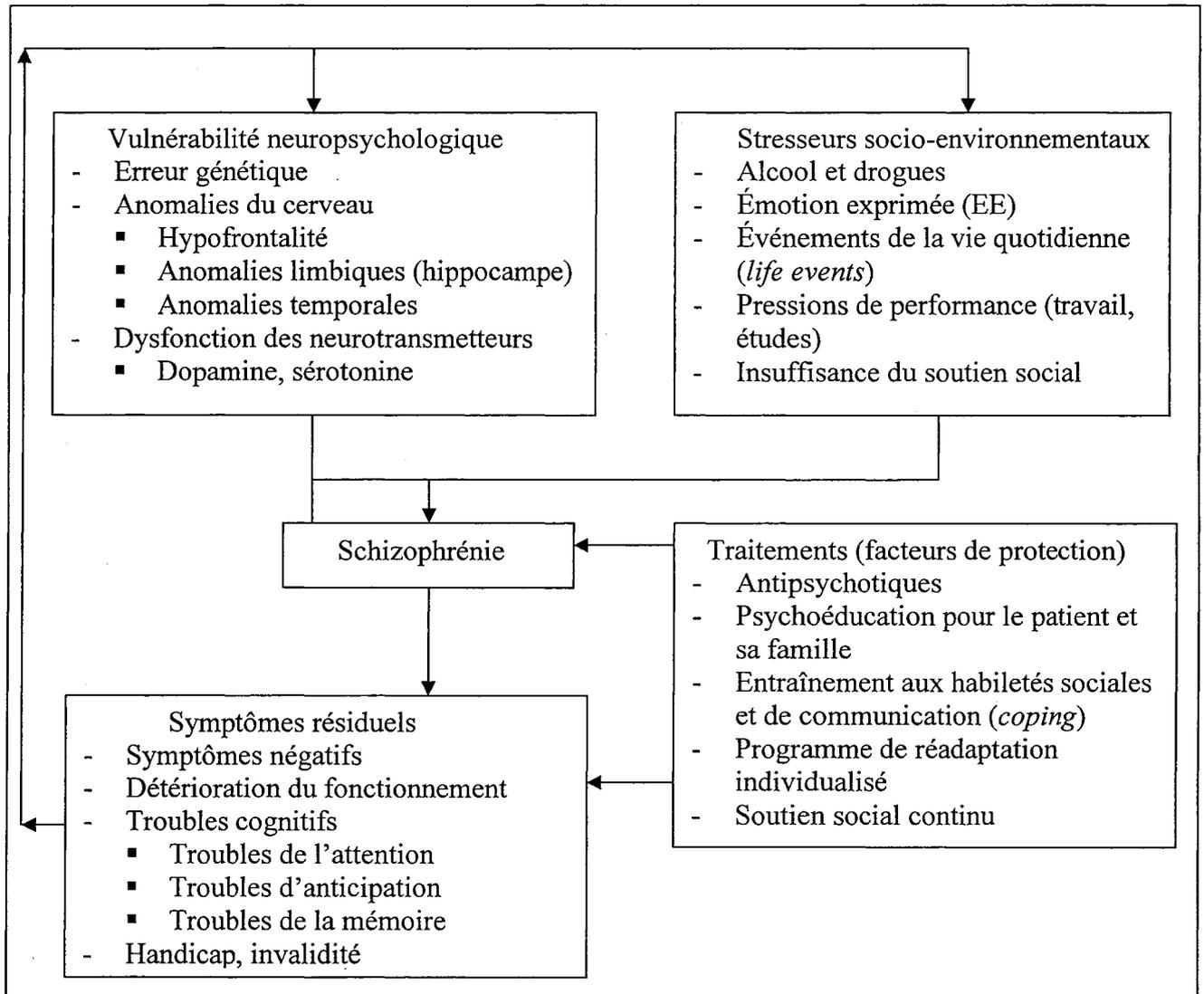
La schizophrénie est une maladie mentale complexe, tant par ses symptômes que par ses mécanismes multiples dont aucun n'explique à lui seul tous les symptômes de la maladie (Boyer, 2003). La schizophrénie apparaît le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Par contre, la majorité des théories accordent un rôle à des facteurs précoces comme l'hérédité, des problèmes biochimiques ou des influences environnementales dès le début de la vie. Selon Borgeat (1988), les questions suivantes se posent alors : Quels sont les comportements pathologiques observés reliés directement à l'hérédité ? Quels sont les symptômes reliés plutôt aux interactions avec l'environnement ? Quels mécanismes intermédiaires doit-on invoquer en plus, bien qu'ils ne soient pas apparents ? Aujourd'hui, on admet que si l'environnement joue un rôle dans l'apparition de la schizophrénie chez un adolescent, des stress de diverses natures, des épreuves personnelles, des drogues et surtout des déséquilibres de la

biochimie du cerveau interagissent pour déclencher la maladie (Boyer, 2003). Actuellement, la schizophrénie est reconnue comme une maladie du cerveau. Bien que la cause exacte soit encore inconnue, il demeure probable qu'une anomalie fonctionnelle des neurotransmetteurs produit les symptômes de la maladie.

Cette section porte sur l'exploration des principales théories scientifiques regroupant les diverses hypothèses concernant les facteurs biologiques et psychosociaux à l'origine de la schizophrénie. Le modèle intégré a permis d'accomplir des progrès notables permettant d'approfondir la compréhension de cette psychopathologie.

2.1 Le modèle vulnérabilité - stress

Tableau 1 : Modèle vulnérabilité-stress de la schizophrénie¹



¹ Tiré de LALONDE, AUBUT, GRUNBERG ET COLL. (1999). Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale. Boucherville (Qué.) : Gaëtan Morin éditeur.

2.2 Les théories de l'hérédité

2.2.1 Les influences génétiques

Bien que la schizophrénie puisse réunir plusieurs troubles, il est possible d'affirmer que des gènes sont responsables de la vulnérabilité de certains individus à cette maladie (Durant & Barlow, 2002). L'hérédité joue à l'évidence un rôle dans la transmission de la schizophrénie puisque le risque relatif de déclencher la maladie dans des familles atteintes est 14 fois supérieur à celui de la population générale (rappelons que dans la population générale, la prévalence est de l'ordre de 1 pour cent) (Boyer, 2003). Selon cet auteur, on conclut qu'il n'existe pas un gène unique mais plusieurs qui auraient des conséquences délétères quand ils sont associés. L'influence des gènes se manifesterait lorsque le « fardeau génétique » serait trop lourd, notamment à l'adolescence. On considère parfois qu'il y a un continuum entre la normalité et la maladie. Boyer (2003) rapporte qu'à chaque fois qu'une mutation apparaît dans le génome, on passe d'un état donné à un état pathologique plus marqué avec tous les intermédiaires possibles : la personne est tout à fait « normale », elle a quelques troubles légers de l'attention, puis divers symptômes s'accumulent, tels que les perturbations logiques, les idées délirantes et les hallucinations. Ainsi, selon le nombre de gènes défavorables accumulés, on passe d'un état quasi normal à un état pathologique.

Boyer (2003) évoque une notion différente de celle du continuum : la notion de mosaïque. On considère que le facteur qui détermine la gravité de la maladie ne réside pas dans le nombre de facteurs de risque mais dans la façon dont ils interagissent et dont

ils conjuguent leurs actions selon les facteurs environnementaux et génétiques. Chez un patient, tel gène peut interagir avec tel autre pour exacerber, par exemple, les troubles cognitifs; chez un autre, tel autre gène se conjugue à un troisième pour renforcer les hallucinations. Enfin, selon une troisième approche, qui combine les deux premières, on considère que la maladie a effectivement moins de risques d'être grave quand le fardeau génétique de la personne est moins lourd, mais aussi que l'apparition des symptômes dépend de la façon dont les gènes coopèrent, potentialisant éventuellement leur action pour produire tel ou tel symptôme (Boyer, 2003).

2.2.2 La recherche sur les familles

Le principe de base des études sur l'hérédité est toujours le même : si un facteur prédisposant transmis génétiquement existe, le risque de développer la maladie devrait être plus élevé dans les familles où un membre est atteint (Borgeat, 1988). De telles maladies, dites mendéliennes, se transmettent à l'intérieur des familles selon des schémas précis que suivent les lois de la génétique énoncées voici un siècle et demi par Gregor Mendel (Campion, 2003). Ainsi, les membres de la famille immédiate d'un schizophrène sont plus susceptibles que la population générale de développer la maladie et les enfants de deux parents schizophrènes ont 40 % de chance de la développer (Santé Canada, 2002). Les gènes interviennent donc en partie dans la concentration familiale de la schizophrénie. Comme on ne connaît pas le gène qui, transmis de parents à enfant, transporte avec lui le fardeau de la maladie, on préfère parler de « facteurs de risque génétique » (Campion, 2003).

Qu'est-ce que facteur de risque génétique ? Selon Campion (2003), chaque gène est présent en deux exemplaires, un issu du père et l'autre issu de la mère; dans certaines maladies dites dominantes, il suffit qu'une des deux copies soit anormale pour que la maladie se déclenche; dans le cas des maladies dites récessives, les deux copies doivent être anormales pour que la maladie s'exprime (si une des deux copies est normale, elle prend le dessus et la maladie ne survient pas). Ce sont là des transmissions mendéliennes. Quand on est en présence d'un facteur de risque génétique, ce facteur n'est ni indispensable (des personnes non porteuses peuvent être atteintes), ni suffisant (des personnes porteuses peuvent rester indemnes) pour déclencher la maladie. De tels facteurs ne confèrent qu'un risque statistique : ils sont très difficiles à isoler et, depuis plus de 15 ans, aucun gène de la schizophrénie n'a été identifié (Campion, 2003). Mais comme les études sur les familles ne peuvent séparer l'influence génétique de l'impact environnemental, des recherches sur les jumeaux et sur les enfants adoptés ont été élaborées pour nous aider à évaluer le rôle des vécus communs (Durant & Barlow, 2002).

2.2.3 Les études sur les jumeaux

Dans une seconde stratégie visant à préciser les facteurs génétiques prédisposant à la schizophrénie, les chercheurs se sont intéressés aux jumeaux (Borgeat, 1988). Il existe deux types de jumeaux : les jumeaux identiques (monozygotes) et les jumeaux fraternels ou différents (dizygotes). Éduqués ensemble, les jumeaux identiques ont en commun 100 % de leurs gènes et 100 % de leur environnement, alors que des jumeaux fraternels ont en commun 100 % de leur environnement mais 50 % de leurs gènes (Durant &

Barlow, 2002). Selon ces auteurs, la synthèse des résultats de près de quarante travaux sur la schizophrénie basés sur Gottesman (1991) indique actuellement que, dans 48 % des cas, les deux jumeaux identiques sont atteints de schizophrénie, car ils ont en commun tous leurs gènes. Ce pourcentage chute à 17 % chez les jumeaux fraternels (dizygotes) qui partagent 50 % de leurs gènes. Si l'environnement était seul responsable de la schizophrénie, nous devrions nous attendre à peu de différences entre jumeaux identiques et fraternels. Si, d'autre part, les gènes étaient seuls responsables du trouble, la schizophrénie d'un enfant impliquerait obligatoirement que la probabilité qu'un jumeau fraternel contracte le trouble de son frère devrait être de 50 % et de 100 % chez les jumeaux monozygotes (Durant & Barlow, 2002). S'agit-il d'une influence psychologique, d'une prédisposition génétique ou de l'environnement familial ?

Durant et Barlow (2002) rapportent l'une des « études expérimentales naturelles » les plus fascinantes portant sur des quadruplées identiques qui ont toutes contracté la schizophrénie. Ces jumelles ont été abondamment observées pendant plusieurs années par David Rosenthal et son équipe du National Institute of Mental Health. Ces femmes représentent la quintessence de la complexité des interactions intervenant entre la génétique et l'environnement. Selon cette étude, les quatre partageaient la même prédisposition génétique et avaient été élevées dans la même famille, particulièrement dysfonctionnelle. Cependant, l'âge d'apparition de la schizophrénie, les symptômes, les diagnostics, l'évolution du trouble et enfin ses conséquences variaient considérablement d'une sœur à l'autre. Ainsi, Durant et Barlow (2002) rappellent que ce cas très singulier démontre que des sœurs dont chaque aspect de la vie est très similaire peuvent avoir des

vécus physiques et sociaux qui diffèrent considérablement de l'une ou l'autre au cours de leur développement, vécu qui peut aboutir à des résultats différents.

Donc, le fait d'être jumeau, et spécialement jumeau identique, constitue une situation particulière sur le plan psychologique (Borgeat, 1988). Aujourd'hui, on sait que seulement environ la moitié des couples de jumeaux identiques sont atteints tous les deux de schizophrénie. Selon Borgeat (1988), il reste donc à expliquer pourquoi, dans l'autre moitié, seulement un des deux membres de la paire est atteint. Pour cet auteur, cette dissemblance indique que le facteur génétique n'est pas suffisant à lui seul pour expliquer le phénomène de la schizophrénie.

2.2.4 Les études sur l'adoption

La méthodologie la plus puissante et la plus raffinée pour départager les apports de l'hérédité et ceux de l'environnement dans la genèse de la schizophrénie repose sur l'étude d'enfants adoptés après leur naissance (Borgeat, 1988). Deux approches sont fréquemment utilisées selon cet auteur : la première étudie les enfants nés de parents biologiques schizophrènes et la seconde compare les familles biologiques aux familles adoptives de schizophrènes et de non-schizophrènes. Selon Champion (2003), des enfants de parents schizophrènes, adoptés par des familles sans pathologie, ont un risque accru de devenir schizophrènes. Durant & Barlow (2003) illustrent les deux stratégies de recherches principales visant à étudier les effets de l'adoption sur les enfants : la méthode de travail sur les adoptés et la méthode de travail sur les proches d'adoptés. Ces auteurs rapportent les résultats de la recherche menée en Finlande par Tienari (1992). Cette

recherche est un exemple de la méthode de travail sur les adoptés. Ainsi, les chercheurs ont trouvé dans un échantillon de 20 000 femmes schizophrènes, 164 mères qui avaient fait adopter leurs enfants. Or, 155 enfants de mères schizophrènes et 185 enfants de mères non-schizophrènes, appartenant au groupe de contrôle, ont été étudiés. Les résultats indiquent que les chercheurs avaient identifié 16 enfants schizophrènes ou présentant d'autres troubles psychotiques parmi ceux dont la mère était schizophrène ($16/155 = 10,3 \%$) et seulement deux enfants schizophrènes ou présentant d'autres troubles psychotiques parmi ceux dont la mère ne l'était pas ($2/185 = 1,1 \%$). Donc, même élevés loin de leurs parents biologiques, les enfants dont les parents étaient schizophrènes avaient plus de risque de développer ce trouble. Ainsi, vivre en présence d'un parent schizophrène ne suffit pas à expliquer l'apparition du trouble (Durant & Barlow, 2002).

2.2.5 Conclusion

On ignore toujours la nature de ce qui est transmis et le mode de transmission génétique de cette maladie. Bien que l'on sache aujourd'hui qu'il n'y a pas un « gène de la schizophrénie », la composante génétique a été confirmée (Javitt & Coyle, 2004). Ces auteurs rappellent que si la maladie était uniquement déterminée par le patrimoine génétique, deux jumeaux partageant le même génome auraient le même risque de devenir schizophrène; or, quand un des deux est schizophrène, la probabilité que l'autre le soit aussi n'est que de 50 %. De plus, 10 % seulement des parents au premier degré (parents, enfants ou fratrie) sont atteints quand un parent l'est, même s'ils partagent la moitié de

leurs gènes. Le risque est 14 fois supérieur dans une famille où un membre est atteint que dans la population générale. Ainsi, Javitt et Coyle (2004) mentionnent que le patrimoine génétique prédispose à la schizophrénie, même si des facteurs environnementaux peuvent faire basculer les personnes prédisposées vers la maladie ou, au contraire, les protéger. Selon eux, les infections prénatales, la malnutrition, les complications périnatales et les lésions cérébrales sont tous des facteurs qui favorisent la maladie chez les personnes génétiquement prédisposées. Ce modèle convient bien au concept d'une vulnérabilité de certaines personnes à la schizophrénie, vulnérabilité qui peut être variable selon l'importance du facteur génétique et qui peut être modifiée par un environnement qui active ou inhibe le déclenchement de la maladie (Borgeat, 1988).

2.3 Les théories biologiques

2.3.1 Les influences neurobiologiques

Grâce aux nouveaux outils nommés scanners, des auteurs d'études récentes concernant le fonctionnement du système nerveux et reposant sur la visualisation de la circulation sanguine dans le cerveau suggèrent comme explication de la schizophrénie une diminution de l'activité mentale dans la région frontale (hypofrontalité) (Borgeat, 1988). De plus, selon cet auteur, une autre hypothèse postule des difficultés de communication entre les deux hémisphères du cerveau et un fonctionnement insuffisant de l'hémisphère gauche, ce qui pourrait se rattacher à un mode de pensée particulier. Les hypothèses qui restent les mieux étayées sont de type neurobiochimique et génétique, quel que soit le rôle des facteurs de l'environnement social ou familial (Boyer, 2003).

Ainsi, on cherche de plus en plus à comprendre la schizophrénie à travers l'étude des mécanismes cérébraux : on étudie comment les neurones échangent leurs informations et comment cet échange peut être perturbé lorsque l'équilibre des messagers chimiques, peut-être sous l'effet de connexions neuronales inadéquates établies pendant l'enfance, est perturbé (Boyer, 2003).

Toutefois, selon Durant et Barlow (2002), l'étude des anomalies cérébrales visant à trouver les causes de la schizophrénie se heurte à tous les problèmes classiques inhérents à la recherche corrélationnelle. Ainsi, ces auteurs soulèvent quelques questions. Par exemple, si une personne souffrant de schizophrénie présente un excès d'un neurotransmetteur, cela signifie-t-il (a) que l'excès de ce neurotransmetteur cause la schizophrénie, (b) que la schizophrénie cause la production excédentaire de ce neurotransmetteur, (c) que la schizophrénie et le déséquilibre neurochimique sont causés par un facteur en amont de ceux-ci ? Certaines recherches sur le rôle des neurotransmetteurs sur la schizophrénie ont tenté de répondre à ces questions.

2.3.2 L'hypothèse dopaminergique et le neuromédiateur glutamate

À l'heure actuelle, la piste biochimique la plus intéressante concerne les neurotransmetteurs cérébraux. Ainsi, selon Borjeat (1988), dans le système nerveux, non seulement l'information circule le long des cellules nerveuses appelées neurones, mais elle doit également pouvoir passer d'une cellule à une autre, dans les jonctions intercellulaires appelées synapses. Le passage de l'information d'une cellule nerveuse à une autre est assuré par des substances biochimiques appelées neurotransmetteurs. Les

neurotransmetteurs sont libérés de leurs vaisseaux de stockage (les vésicules synaptiques) à l'extrémité de l'axone, ils traversent donc l'espace intersynaptique et sont happés par les neurorécepteurs se trouvant dans le dendrite de l'axone suivant (Durant & Barlow, 2002). C'est ainsi que des messages chimiques sont transportés d'un neurone à l'autre dans le cerveau.

Selon l'hypothèse dopaminergique, les troubles mentaux liés à la schizophrénie résulteraient d'un excès de dopamine dans certaines zones du cerveau et d'un manque de dopamine dans d'autres (Boyer, 2003). L'hypothèse dopaminergique expliquée par Boyer (2003) a été explorée depuis déjà une trentaine d'années. Ainsi, il a été observé que les neuroleptiques bloquaient les récepteurs où se fixe la dopamine (maintenant connus sous le nom de récepteurs D2). De plus, les médicaments sont d'autant plus efficaces qu'ils inhibent ces récepteurs. Ainsi, la suractivation des récepteurs D2 par la dopamine dans certaines zones du cerveau déclencherait des phases aiguës de schizophrénie. L'auteur rapporte que personne ne comprend pourquoi une substance bloquant les récepteurs de type D2 de la dopamine possède un effet anti-psychotique. La réponse est venue de l'étude des propriétés électrophysiologiques des neurones à dopamine. En effet, en implantant des électrodes dans des neurones isolés, plusieurs équipes ont analysé le fonctionnement des cellules dopaminergiques et ont constaté qu'elles émettaient deux types de décharges électriques : des décharges ponctuelles (toniques) au rythme de cinq par seconde environ et des décharges dites phasiques dans les zones sous-corticales, tel le striation, ces décharges semblent expliquer les symptômes « positifs » de la schizophrénie tels les délires et les hallucinations.

Excès ou manque de dopamine ? Boyer (2003) mentionne que normalement les décharges phasiques prolongées sont rares. Quand elles sont fréquentes, les zones corticales sont soumises de façon prolongée à des décharges électriques qui peuvent activer les cortex dits d'association polysensoriels ou hétéromodaux (le cortex activé par un signal non signifiant peut façonner une image irréaliste) ou le cortex auditif (une activation « interne » peut déclencher un son que le patient considère comme venu de l'intérieur). Ces activations spontanées et non contrôlées en retour donneraient naissance aux hallucinations. À l'opposé, les décharges dopaminergiques « toniques » pourraient être diminuées dans la schizophrénie, notamment dans certaines zones cérébrales, tel le cortex préfrontal, expliquant les troubles cognitifs dont souffrent souvent les patients schizophrènes, en dehors des phases d'hallucinations : ils éprouvent de la difficulté à se concentrer et à réaliser des tests de raisonnement, ce qu'on attribue à une activité insuffisante de cette région du cerveau.

Des excès de dopamine dans le stratum et un déficit de dopamine dans les lobes frontaux ont des effets opposés. L'excès de dopamine entraînerait une suractivation des lobes frontaux, où sont traités le langage, l'audition et certaines formes de vision. Dès lors, une hyperactivité de ces zones expliquerait pourquoi des hallucinations apparaissent : les aires du langage ou de l'audition seraient activées par des stimulations qui, au lieu de provenir de l'extérieur comme chez les personnes saines, sont émises spontanément et de façon aléatoire par l'organisme malade lui-même. Par ailleurs, les lobes frontaux manquent de dopamine, ce qui explique aussi les déficits cognitifs constatés perturbant les capacités d'attention et de réflexion. Le stratum, submergé de

dopamine, excite à l'excès les zones temporales, produisant hallucinations visuelles et auditives. Les anomalies de concentration en dopamine (diminution dans le cortex frontal et excès dans le stratum) coïncident avec les anomalies électriques constatées : l'excès de dopamine coïncide avec un excès d'ondes phasiques (les neurones dopaminergiques « déchargent » trop souvent) et déclenchent les hallucinations. Une concentration insuffisante inhibe toutes les ondes phasiques, entraînant l'état apathique et les déficits cognitifs (Boyer, 2003).

Cependant, selon Javitt et Coyle (2004), il est aujourd'hui évident qu'une perturbation des concentrations en dopamine ne représente qu'une des facettes de la maladie et que, dans de nombreux cas, le glutamate, le principal neuromédiateur cérébral excitateur, joue aussi un rôle essentiel. Selon eux, contrairement à la dopamine qui joue un rôle important seulement dans des régions précises, le glutamate agit partout. Plus précisément le récepteur du glutamate, le récepteur NMDA, joue un rôle crucial dans le développement cérébral, l'apprentissage, la mémoire et le traitement de l'information. Ce récepteur participe également à la régulation de la libération de la dopamine et un blocage des récepteurs NMDA reproduit les anomalies de la fonction dopaminergique observées chez les schizophrènes. Le dysfonctionnement des récepteurs NMDA expliquerait à lui seul les symptômes négatifs et les troubles cognitifs de la schizophrénie, ainsi que les symptômes positifs causés par des anomalies de la dopamine. En conséquence, Javitt et Coyle (2004) stipulent que le rôle du glutamate est devenu l'objet de toutes les attentions des neurobiologistes travaillant sur la schizophrénie. Des essais à court terme réalisés avec des agents qui stimulent les récepteurs NMDA ont donné des

résultats encourageants : l'hypothèse du glutamate a été renforcée et des essais chimiques à long terme ont été entrepris. Si leur efficacité était prouvée par des essais à grande échelle, les activateurs des récepteurs NMDA deviendraient la première classe entièrement nouvelle de médicaments développés pour traiter les symptômes négatifs et les troubles cognitifs de la schizophrénie (Javitt & Coyle, 2004). Les auteurs affirment que des essais sur la D-sérine sont en cours dans plusieurs pays et les résultats préliminaires sont encourageants. Ces agents s'étant révélés bénéfiques en association avec la toute dernière génération d'antipsychotiques atypiques, il n'est plus interdit d'espérer qu'il sera un jour possible d'administrer un traitement capable de contrôler simultanément les trois principaux symptômes de la schizophrénie.

2.3.3 La structure cérébrale

Aujourd'hui, les études d'imagerie moderne, certains indices fonctionnels et les études post-mortem sur les cerveaux de patients décédés mettent en évidence diverses anomalies du cortex cérébral : on a ainsi découvert qu'il existait bel et bien un support anatomique à cette maladie (Gourevitch, Gourion & Krebs, 2003). Ces auteurs présentent des arguments suggérant que la schizophrénie résulte, non pas d'une dégénérescence du cerveau (comme c'est le cas dans la maladie d'Alzheimer), mais d'anomalies du développement et de la maturation cérébrale au cours de l'embryogenèse. Or, les études épidémiologiques révèlent une association entre certaines anomalies obstétricales ou périnatales (infections virales, malnutrition pendant le deuxième trimestre de la grossesse, diabète gestationnel, anoxie périnatale, faible poids de

naissance, par exemple) et le devenir schizophrène de l'enfant qui se manifeste le plus souvent à l'adolescence. Une perturbation du développement favoriserait ainsi l'apparition de la maladie. Sur le plan clinique, les symptômes schizophréniques apparaissent plus souvent chez l'adulte jeune, mais ils sont souvent précédés par des anomalies cognitives détectables à l'aide de tests spécifiques, ce qui suggère que le processus était déjà en marche. Par ailleurs, il existe souvent des anomalies morphologiques mineures chez les sujets schizophrènes (au niveau du visage, des mains, des pieds). Le développement de telles anomalies suggère une perturbation du feuillet embryonnaire neuroectodermique, une couche de cellules qui se met en place au cours des premier et deuxième trimestres de la gestation et qui donne notamment naissance au cerveau.

Toujours selon Gourevitch, Gourion & Krebs (2003), les techniques d'imagerie moderne ont révélé un élargissement des ventricules cérébraux chez les patients souffrant de schizophrénie sans doute consécutif à une atrophie des structures avoisinantes. Ces auteurs soulignent d'autres particularités dans le cerveau de patients schizophrènes : normalement, la forme extérieure du cerveau est différente à droite et à gauche, les sillons sont disposés différemment et cette asymétrie est moins nette dans le cerveau des personnes schizophrènes. De même, la gyrification, c'est-à-dire la disposition des différents plissements de la surface corticale telle qu'on peut l'observer par imagerie cérébrale ou par examen anatomique post mortem de cerveaux de sujets schizophrènes n'est pas rigoureusement identique à celle de sujets témoins.

D'après ces résultats, on peut proposer un modèle de la schizophrénie : des facteurs internes (tel le patrimoine génétique) ou externes (telles des agressions virales ou toxiques) pourraient agir de concert au cours de la grossesse et perturber le développement du cerveau de l'embryon. Ces facteurs initiaux aboutiraient à un trouble précoce de la maturation du cortex cérébral, avant la naissance ou dès la petite enfance, en tout cas bien avant l'apparition des premiers symptômes à l'adolescence. Si ce processus précoce n'est vraisemblablement pas le seul facteur déclenchant la schizophrénie, il pourrait du moins fragiliser le sujet et favoriser l'établissement de circuits neuronaux anormaux. C'est la conjonction des processus de la maturation cérébrale et des facteurs environnementaux qui déterminerait la date d'apparition et la nature des symptômes (Gourevitch, Gourion & Krebs, 2003).

2.3.4 Conclusion

En somme, les données disponibles suggèrent fortement que la schizophrénie est un trouble marqué du fonctionnement du cerveau. Elle est causée par de nombreux facteurs, y compris des changements dans la chimie du cerveau, des altérations dans la structure du cerveau et des facteurs génétiques. Néanmoins, à mesure que les bases neurologiques du syndrome se précisent, les chercheurs devraient être capables de développer des traitements qui permettraient d'ajuster spécifiquement la transmission des signaux dans le cerveau selon les besoins de chacun (Javitt & Coyle, 2004). Malgré d'intenses recherches, il demeure illusoire d'affirmer que ces facteurs biochimiques peuvent expliquer entièrement un phénomène aussi complexe que la schizophrénie

(Borgeat, 1988). Par contre, ces modifications biochimiques pourraient être reliées à une vulnérabilité qui, associée à d'autres facteurs, par exemple les stressseurs psychosociaux, pourrait contribuer à une compréhension plus globale du phénomène de la schizophrénie (Borgeat, 1988).

2.4 Les théories psychologiques et sociales

Le fait qu'un individu contracte la schizophrénie, mais pas son jumeau identique, suggère que ce trouble implique davantage que la contribution génétique (Durant & Barlow, 2002). Les auteurs cités ici rapportent plusieurs observations qui illustrent assez bien que la schizophrénie ne tombe pas clairement dans une catégorie simple de causalités restreintes. Par exemple, tous les schizophrènes ne présentent pas de ventricules anormalement grands, d'hypofrontalité ou d'activité dopaminergique excessive. Des facteurs psychologiques et sociaux peuvent compliquer l'image causale de la schizophrénie. Des facteurs de stress émotionnels ou des modèles d'interaction familiale pourraient-ils être à l'origine de l'apparition des symptômes ? S'il en est ainsi, ces facteurs seraient-ils également la cause des rechutes après une période d'amélioration (Durant & Barlow, 2002) ? Toutefois, avant d'explorer ces facteurs, nous allons d'abord examiner comment les sciences cognitives abordent l'étude de la conscience et de la représentation de soi pour mieux comprendre les symptômes schizophréniques. Également, dans cette première section, il sera aussi question des processus cognitifs plus élémentaires, qui organisent et produisent les processus complexes, les troubles de la

constitution ainsi que les schémas dysfonctionnels des personnes psychotiques chroniques. Ces éléments font l'objet de la psychopathologie cognitive.

2.4.1 Les perturbations cognitives dans la schizophrénie

Selon Georgieff (2003), dans leurs hallucinations et leurs délires, les patients schizophrènes semblent parfois attribuer à un autre leurs actes, leurs pensées, leur « voix intérieure ». Cette dissolution de la conscience de soi résulterait d'un trouble de l'empathie, capacité de ressentir ce que les autres éprouvent.

Aujourd'hui, les neurosciences suggèrent que ces symptômes, hallucinations et délires, sont liés à une altération plus profonde : celle de la conscience de l'action, aussi nommée agentivité. La personne ne pourrait s'attribuer à elle-même ses propres actes, pensées ou langage intérieur, et les attribuerait de façon pathologique à autrui (Georgieff, 2003). Cet auteur note que les recherches cérébrales en imagerie fonctionnelle ont en effet montré, chez des patients schizophrènes souffrant d'hallucinations verbales, une activité cérébrale liée à la réception du langage analogue à l'activité liée à la production du discours intérieur et du langage. Ceci suggère que l'hallucination acoustico-verbale est un acte du langage et donc un acte au sens large, et il y a lieu de penser que les patients schizophrènes attribuent cet acte à autrui. La schizophrénie refléterait donc un trouble de la conscience de l'action, une perturbation de la capacité du sujet à s'attribuer cette activité à lui-même. Habituellement, l'hallucination verbale est définie en psychiatrie comme une perception sans objet. Dans la nouvelle perspective décrite par Georgieff (2003), elle devient une « action sans sujet ». Ainsi, cette difficulté d'attribuer

les actes à soi-même ou à autrui expliquerait les expériences d'automatisme mental, de pensée imposée ou volée et du syndrome d'influence, où le sujet se sent mû par une force étrangère.

Par ailleurs, Georgieff (2003) et son équipe ont établi à l'aide de deux études récentes un défaut de conscience de l'action et de son attribution à soi ou à autrui chez des personnes schizophrènes souffrant d'hallucinations ou de syndrome d'influence. L'auteur observe que des patients schizophrènes font plus d'erreurs que les autres au cours de tâches où ils doivent distinguer leur propre action d'une action étrangère. Or, cette distinction met en cause les zones cérébrales du gyrus angulaire droit et de l'insula. Georgieff (2003) explique que, normalement, plus un sujet attribue une action à autrui, plus le gyrus angulaire droit est activé et plus l'insula postérieure est désactivée. Inversement, quand un sujet s'attribue l'action, l'insula postérieure est hyperactivée et le gyrus angulaire droit est désactivé. Chez le schizophrène, ce système est perturbé. L'auteur affirme que l'ensemble de ces observations confirme que les patients schizophrènes ont des difficultés à s'attribuer leurs propres actions.

De plus, toujours selon Georgieff (2003), les symptômes observés en clinique suggèrent que c'est la représentation sociale qui, chez les patients schizophrènes, est altérée. Mais il existe fréquemment une pathologie symétrique, observée chez les sujets délirants convaincus que leurs intentions ou leurs actions commandent les événements du monde ou qu'ils exercent une influence sur la pensée et les actions d'autrui. La personne a alors l'expérience pathologique d'être l'agent des actions d'autrui, voire des

événements qu'elle observe. Pour cet auteur, ces symptômes constituent un syndrome d'influence inversé ou en miroir, une attribution à soi d'actions d'autrui et d'événements externes, pourtant indépendants de l'action de l'individu. L'individu halluciné ou influencé est toujours confronté à un autrui imaginaire dans une interaction ou une interlocution. Selon l'auteur, les symptômes suggèrent le dysfonctionnement d'un mode de représentation sociale de l'action. La schizophrénie est une pathologie de la communication et du lien social, non seulement par la perte ou l'appauvrissement de ce lien, mais aussi par les symptômes qui témoignent d'une perte des limites et d'une confusion entre soi et autrui. Il s'agit d'un registre spécifique d'actions orientées non pas vers un objet mais vers autrui, plus exactement dirigées vers l'action ou l'intention de l'autre et ayant pour but de susciter ou de modifier chez autrui ses actions, ses intentions et ses états mentaux. Dans l'hypothèse où la schizophrénie est une pathologie de l'interaction, Georgieff (2003) explique les mécanismes cérébraux d'une pathologie de la communication.

Ainsi, cet auteur explique que certaines structures neuronales participent aux interactions de soi avec autrui et pourraient donc sous-tendre la distinction entre soi et l'autre. Selon lui, l'imagerie fonctionnelle cérébrale révèle une analogie entre l'activité cérébrale mise en jeu par la seule représentation mentale d'une action motrice, par la préparation intentionnelle de cette action et, enfin par son exécution. Or, vouloir agir et se représenter l'action sont, l'un et l'autre, agir. Ce préalable explique que l'auteur désigne par le terme d'action non seulement le mouvement observable et exécuté, mais aussi la représentation qui lui est constamment liée, c'est-à-dire l'événement mental qui

l'accompagne. Chez l'homme, les neurones « miroirs » seraient localisés dans la partie postéro-inférieure du lobe frontal, à la jonction des gyrus frontaux précentraux et inférieurs. Les neurones miroirs livrent une représentation, c'est-à-dire qu'ils participent à un code de l'action, au-delà de sa seule perception : ils codent l'acte lui-même, ils assurent sa représentation et celle de son but aussi bien lors de son exécution sans perception, que de sa perception sans exécution. Selon Georgieff (2003), ces travaux suggèrent ainsi l'existence d'un système de codage de l'action mis en jeu dans les interactions sociales. Ce système interviendrait lorsqu'on se représente l'action, lorsqu'on prépare l'action et qu'on l'exécute, et aussi chez autrui quand il perçoit l'action : se représenter mentalement une action et l'observer sont deux façons d'agir. Ainsi, le système des neurones miroirs produirait des « représentations partagées », c'est-à-dire communes à celui qui exécute l'action et à celui ou à ceux qui la perçoivent. La relation entre individus reposerait sur un partage d'intentions et d'actes, fondé sur une activation commune des systèmes d'action. Grâce au système de représentation et de perception de l'action, on accéderait selon l'auteur à une représentation de l'action exécutée par autrui, ce qui est une façon de se mettre à la place de l'autre, ce qui constituerait un des mécanismes de l'empathie, le mécanisme de base de la connaissance d'autrui, permettant de se représenter et de partager les états mentaux et les émotions d'autrui. De plus, la différenciation entre actions propres et actions d'autrui repose également sur ce système de représentation d'action partagée liée aux neurones miroirs. Ce processus serait perturbé chez certains schizophrènes présentant des hallucinations, un syndrome d'influence ou d'influence inversée, c'est-à-dire différentes formes d'anomalies

d'attribution de l'action. Constituant une interface fonctionnelle entre action de soi et action d'autrui, le système de représentation de l'action pourrait comparer ou relier les actions et les intentions d'autrui; il permettrait au sujet d'interpréter les conduites intentionnelles d'autrui en fonction des siennes et de distinguer ses actions et intentions propres des actions et intentions attribuées à l'autre.

En somme, Georgieff (2003) stipule qu'une désorganisation de ce processus de représentation mutuelle de soi et de l'autre dans l'action et par l'action serait sous-jacente aux symptômes positifs de la schizophrénie, tels que les hallucinations verbales, le syndrome d'influence et les délires liés à un trouble d'attribution de l'action et qui expriment une confusion entre soi et l'autre. Ces symptômes constituent différents aspects d'une pathologie de l'empathie et de la constitution des représentations de soi et d'autrui en interaction.

Dans un autre ordre d'idées, D'amato & Saoud (2003) rapportent que les facultés de vigilance et d'attention soutenue sont très perturbées chez les patients schizophrènes. Ils révèlent que, selon des recherches récentes, ces perturbations de l'attention et de la vigilance dépendraient de certains facteurs génétiques mais aussi de l'âge, du sexe ou du niveau d'éducation. Ces auteurs mentionnent qu'outre les fonctions d'attention, on peut aussi évaluer les fonctions exécutives. Ce sont cette fois les facultés de planification et d'exécution. De telles fonctions nécessitent une intégrité des lobes frontaux, la partie antérieure du cerveau mobilisée dans les tâches de raisonnement. Selon eux, les études d'imagerie cérébrale montrent que certains symptômes de schizophrénie sont associés à

la fois à de faibles capacités exécutives et à une baisse d'activités des lobes frontaux. Ces derniers interviennent dans la perception des émotions, le contrôle des impulsions, la prise de décision et la planification d'actes futurs (D'amato & Saoud, 2003). Or, selon ces auteurs, les personnes affectées ont ainsi des comportements inadaptés qui constituent parfois un lourd handicap dans la vie quotidienne.

Ainsi, la documentation confirme le fait que les schizophrènes présentent des déficits cognitifs élémentaires. Selon Chambon (1994), pratiquement toutes les étapes du traitement de l'information se sont révélées dysfonctionnelles chez eux : attention sélective et soutenue, mémoire iconique, mémoire de rappel, sélection de la réponse, etc. L'auteur rapporte que la plupart des études concordent pour montrer, aux stades précoces de traitement de l'information, des difficultés à extraire, à organiser et à encoder les données pertinentes tout en tenant compte du contexte de la situation. Ces dysfonctions cognitives, sur lesquelles les médicaments neuroleptiques n'ont pas d'action directe, entravent le fonctionnement des processus intégratifs. Les déficits cognitifs élémentaires de ce type conduisent à des perturbations des processus psychiques plus complexes. Les troubles de l'attention, par exemple, restreignent les capacités de communication et limitent la qualité des relations sociales (Lalonde, 1999).

2.4.2 Les stressseurs socio-environnementaux

Les émotions fortes, difficiles à contrôler, reliées aux traumatismes de l'histoire personnelle de la personne et guidées par des schémas cognitifs semblent le plus détériorer le fonctionnement d'un appareil psychique et d'un cerveau vulnérable

(Chambon, 1994). Lalonde (1995) rapporte que les événements de la vie quotidienne provoquent des stress qui, s'ils s'accumulent, entraînent des décompensations. Une exposition répétée aux stress ou un simple épisode stressant tel qu'un conflit avec l'entourage, la crainte d'un échec scolaire ou professionnel, une rupture sentimentale, peuvent agir comme un révélateur d'un état de vulnérabilité latent et déclencher les premiers épisodes psychotiques (D'amato & Saoud, 2003). Il a été démontré que les réhospitalisations correspondent à un accroissement du nombre d'événements stressants et que c'est l'accumulation de ces derniers rapprochés dans le temps qui affecte les capacités d'adaptation et entraîne des rechutes (Lalonde, 1995). Par ailleurs, Javitt & Coyle (2004) stipulent que les personnes souffrant de cette maladie présentent une probabilité élevée de devenir toxicomanes : la moitié consomme de l'alcool, du hachisch ou de la cocaïne, ce qui interfère avec les traitements et aggrave les symptômes psychotiques et la violence. D'amato & Saoud (2003) mentionnent que les drogues, notamment les amphétamines, l'ecstasy, la cocaïne et le cannabis peuvent agir comme élément déclencheur. Or, comment tous les facteurs mentionnés ci-haut peuvent-ils augmenter l'apparition de la schizophrénie ? Selon D'amato & Saoud (2003), c'est probablement parce que tous ces facteurs ont en commun d'entraîner une libération excessive de dopamine dans le cerveau, cette dernière étant un neuromédiateur indispensable pour percevoir la nouveauté d'une situation et réagir aux événements inattendus.

Par ailleurs, les exigences de la société d'aujourd'hui entraînent des pressions de performance qui amènent une réintégration sociale précaire chez les personnes atteintes

de schizophrénie. Considérant la variabilité qui existe d'une personne à l'autre et la fluctuation de la maladie dans le temps, il n'est pas réaliste d'attendre le même niveau de performance de chacun des patients, ni de viser la réintégration du patient dans les contextes sociaux axés sur la productivité et la compétitivité (Lalonde, 1995). Selon cet auteur, il s'agit plutôt d'appliquer un programme de réadaptation de façon souple, graduelle et individualisée, selon les besoins de chaque patient en gardant à l'esprit que des handicaps variables persisteront probablement dans divers domaines de fonctionnement. Malgré leurs déficits évidents, ces personnes schizophrènes cherchent des façons de se sentir productives et utiles socialement; or, le thérapeute peut ainsi planifier des étapes en vue d'un cheminement progressif (Lalonde, 1995).

Ces auteurs mentionnent qu'une meilleure connaissance des liens entre le stress et la vulnérabilité à la schizophrénie pourrait amener des progrès dans le traitement précoce de la schizophrénie, voire prévenir l'apparition des premiers symptômes. Ainsi, pour Chambon (1994), le modèle stress-vulnérabilité de la schizophrénie trouve sa place dans chacune de ces conceptions. Selon lui, le stress est en effet susceptible d'intervenir comme facteur déclenchant ou facilitant, quelle que soit l'hypothèse envisagée.

2.4.3 L'implication de la famille dans la maladie et la prévention des rechutes

L'importance de l'étroite collaboration et de l'implication des familles dans le traitement des personnes atteintes de schizophrénie est maintenant reconnue pour une meilleure prise en charge. En premier lieu, plusieurs études scientifiques sur les

émotions exprimées (EE) ont montré comment certaines émotions comme l'hostilité, les critiques et l'intrusion exprimées par les membres de la famille ou par les proches contribuent à l'augmentation du taux de rechutes (Leff, J. & Vaughn, C. (1985) & Brown & al., 1962). La haute EE serait alors un indicateur d'un état de surcharge consécutif à des situations intrafamiliales stressantes et marquerait aussi l'échec des stratégies adaptatives (Réveillère, Dutoit, Beaune, Nandrino & Goudemand, 2001). Selon ces auteurs, le risque qu'ont les parents de présenter un état de surcharge lorsqu'ils vivent avec un enfant d'âge adulte atteint de schizophrénie est lui-même associé au risque de rechutes. Pour contrer cet état, les facteurs suivants jouent un rôle majeur : connaissance de la maladie, allègement du poids des contraintes matérielles et administratives, compréhension de ses propres réactions face au malade, stratégies de coping allant dans le sens d'une perception de contrôle de la situation, soutien social et participation à un groupe d'entraide. Bref, Lalonde (1995) conclut de l'ensemble des études que les personnes atteintes de schizophrénie évoluent mieux dans un milieu à faible émotion exprimée. La documentation sur l'expression des émotions est importante si nous voulons comprendre pourquoi les symptômes de la schizophrénie sont récurrents (Durant & Barlow, 2002).

Lorsqu'une personne reçoit un diagnostic de schizophrénie, les membres de la famille ont un grand besoin de soutien social pour faire face aux périodes difficiles. Considérant que la famille constitue la pierre angulaire de la prise en charge de la personne atteinte, il est primordial que les professionnels impliqués dans le traitement établissent rapidement une alliance thérapeutique avec la famille et le patient afin de

soutenir et de déculpabiliser les familles devant la schizophrénie (Lalonde, 1995). Ainsi, la famille et le patient pourront s'impliquer de façon proactive et contacter en cas de besoin l'équipe traitante, ce qui permettra par le fait même aux professionnels de mieux coordonner le traitement et d'entreprendre les interventions appropriées (Lalonde, 1995).

De plus, les familles et la personne atteinte de schizophrénie éprouvent un besoin légitime d'obtenir des connaissances sur l'ensemble de la maladie (Lalonde, 1995). Selon cet auteur, l'approche psychoéducative familiale de la schizophrénie permet de mieux connaître les symptômes de la maladie, d'avoir des attentes plus réalistes. Bien informés, la famille et le patient accepteront mieux la médication et comprendront mieux ses indications ainsi que ses effets thérapeutiques et secondaires. La plupart des programmes d'intervention familiale ont des objectifs de base qui s'inspirent du modèle vulnérabilité-stress : augmenter les ressources de la personne atteinte et de sa famille et diminuer le stress et ses effets; fournir de l'information sur la maladie, son traitement et son pronostic; mettre l'accent sur des objectifs concrets; favoriser la prise régulière de la médication; finalement créer des attentes réalistes à l'égard du traitement autant pour le malade que pour sa famille (Lalonde, 1995). Il existe aussi des techniques d'intervention auprès des groupes de patients ou auprès des familles qui favorisent la résolution des conflits et l'entraînement à la communication. Par ailleurs, certains programmes de groupe offrent un entraînement aux habiletés sociales où les personnes souffrant de schizophrénie peuvent acquérir des aptitudes à entrer en relation de manière appropriée afin de faire face aux différentes situations de la vie de tous les jours. Tout ceci semble

avoir un impact positif, tant pour la personne atteinte de cette maladie que pour son entourage.

Par ailleurs, il est reconnu que la schizophrénie s'accompagne d'une vulnérabilité aux rechutes. L'arrêt de la médication antipsychotique, l'abus de drogue et d'alcool, un niveau de stress trop élevé ou le fait de vivre dans une famille avec un haut niveau d'émotion exprimée ou aiguë constituent les principales causes de rechute. Ainsi, il est fort utile pour la personne schizophrène et sa famille d'être capables d'identifier les symptômes avant-coureurs afin de mieux déceler et prévenir les rechutes. Selon Lalonde, Aubut & Grunberg (1999), ces symptômes avant-coureurs sont de quatre ordres : 1) les changements affectifs (anxiété, perplexité, tension, surexcitation, perte d'intérêt envers l'entourage, sentiment d'inutilité et de découragement), 2) les changements physiologiques (perturbation du sommeil, perte d'appétit et sentiment de malaise), 3) les changements de la pensée (diminution de la concentration, perte de mémoire, impression de persécution, d'être ridiculisé ou que les autres parlent de soi, accroissement des préoccupations religieuses, apparition d'hallucinations fugaces), 4) les changements de comportements (agitation, nervosité, diminution des contacts avec les amis, comportements bizarres). Or, le patient, la famille et les professionnels concernés doivent envisager des mesures concrètes et prendre des précautions lorsque ces symptômes avant-coureurs commencent à se manifester. Pour ce faire, ceux-ci doivent élaborer un plan d'action. Selon Santé mentale au Québec (1999), un plan individualisé devrait être organisé pour le patient et de l'information écrite doit lui être donnée afin de consolider les sessions. Ainsi, on pourrait y inclure : des conseils généraux, le numéro de

téléphone de personnes à contacter, les signes avant-coureurs propres au patient, un plan d'action personnalisé sur les gains et les procédures à suivre si les signes apparaissent. Cela peut être utilisé pour maintenir et développer les gains et servir d'outils lors d'une crise.

2.4.4 Conclusion

En somme, plusieurs facteurs psychologiques et sociaux peuvent être en cause dans la schizophrénie. Ainsi, les différentes perturbations cognitives et les stressors socio-environnementaux mentionnés précédemment peuvent provoquer une aggravation de symptômes ou déclencher un épisode psychotique. L'implication de la famille dans des programmes d'intervention psychoéducatrice s'avère primordiale dans le traitement de la schizophrénie et la prévention des rechutes.

3. TABLEAU CLINIQUE DE LA SCHIZOPHRÉNIE SELON LE DSM-IV

La schizophrénie est une affection qui dure au moins six mois et inclut au moins un mois de symptômes de la phase active (c'est-à-dire deux (ou plus) des manifestations suivantes : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs). Les symptômes caractéristiques de la schizophrénie impliquent une série de dysfonctions cognitives et émotionnelles qui touchent la perception, la pensée déductive, le langage, la communication, le comportement, l'affect, la fluence, la productivité de la pensée et du discours, la capacité hédonique, la volonté, le dynamisme et l'attention. Aucun symptôme isolé n'est pathognomonique de la schizophrénie; le diagnostic implique la

présence d'une constellation de signes et de symptômes associés à une altération du fonctionnement social.

3.1 Les symptômes positifs de la maladie

Les symptômes positifs reflètent l'excès ou la distorsion de fonctions normales. Ces derniers incluent les idées délirantes, les hallucinations, les discours désorganisés et les comportements grossièrement désorganisés ou catatoniques.

3.1.1 Les délires

Les idées délirantes sont des croyances erronées qui impliquent généralement une interprétation de perceptions ou d'expériences. Leur contenu peut inclure des thèmes variés (p. ex., de persécution, de référence, somatiques, religieux ou mégalomaniques). Les idées délirantes de persécution sont les plus répandues : la personne croit qu'elle est harcelée, poursuivie, victime d'une mystification, espionnée ou tournée en ridicule. Les idées délirantes de référence sont également courantes : la personne croit que certains gestes, commentaires, passages d'un livre, journaux, chants lyriques ou autres signaux de l'environnement s'adressent spécifiquement à elle. Par ailleurs, les idées délirantes de type somatique sont des idées dont le thème est que la personne est atteinte d'une imperfection physique ou d'une affection médicale générale. Par contre, les idées délirantes mégalomaniques sont des idées dont le thème est une idée exagérée de sa propre valeur, de son pouvoir, de ses connaissances, de son identité ou d'une relation exceptionnelle avec une divinité ou une personne célèbre. Finalement, les idées délirantes qui expriment une perte de contrôle sur l'esprit ou le corps sont généralement

considérées comme bizarres; elles incluent la croyance que les pensées de la personne ont été retirées par une force extérieure quelconque (« vol de la pensée »), que des pensées étrangères ont été placées dans son esprit (« pensées imposées ») ou que son corps ou ses actes sont manipulés par une force extérieure quelconque (« syndrome d'influence »).

3.1.2 Les hallucinations

Les hallucinations peuvent concerner toutes les modalités sensorielles (p. ex., auditives, visuelles, olfactives, gustatives et tactiles), mais les hallucinations auditives sont de loin les plus courantes et les plus caractéristiques de la schizophrénie. Les hallucinations auditives sont éprouvées généralement comme des voix familières ou étrangères qui sont perçues comme distinctes des propres pensées de la personne. Le contenu peut être très variable, bien que les voix à tonalité péjorative ou menaçante soient particulièrement courantes. Certains types d'hallucinations auditives (c'est-à-dire deux ou plusieurs voix conversant ensemble ou des voix commentant en détail et en permanence les pensées ou les comportements de la personne) ont été considérés comme particulièrement caractéristiques de la schizophrénie.

3.1.3 Le discours désorganisé

Le discours des personnes présentant une schizophrénie peut être désorganisé de diverses manières. La personne peut « dérailler » en passant d'un thème à l'autre (« coq à l'âne » ou « relâchement des associations »), les réponses peuvent être reliées de manière indirecte aux questions ou ne pas y être reliées du tout (« pensée tangentielle »),

et, rarement, le discours peut être si sévèrement désorganisé qu'il est pratiquement incompréhensible et ressemble à une aphasie réceptive par sa désorganisation linguistique (« incohérence » ou « salade de mots »). Du fait qu'il est courant et non spécifique de rencontrer un discours légèrement désorganisé, le symptôme doit être suffisamment sévère pour altérer de manière substantielle l'efficacité de la communication.

3.1.4 Les comportements désorganisés et catatoniques

Le comportement grossièrement désorganisé peut se manifester de diverses manières, allant de la niaiserie puérile à une agitation imprévisible. Des problèmes peuvent être notés dans toutes formes de comportements dirigés vers un but, conduisant à des difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne telles que la préparation des repas ou les soins d'hygiène. La personne peut apparaître nettement débraillée, peut s'habiller de façon spéciale (p. ex, porter plusieurs manteaux, une écharpe et des gants par une journée chaude ou se livrer à un comportement sexuel nettement inapproprié (p. ex. masturbation en public) ou manifester une agitation imprévisible et sans raison (p. ex. vociférer ou pousser des jurons).

Le comportement moteur catatonique inclut une réactivité à l'environnement très diminuée, atteignant parfois un degré extrême où le sujet ne se rend pas du tout compte de ce qui l'environne (stupeur catatonique), le maintien d'une posture rigide et résistante aux efforts de mobilisation (rigidité catatonique), une résistance active aux incitations et aux tentatives de mobilisation (négativisme catatonique), l'adoption de positions inappropriées et bizarres (position catatonique) ou une activité motrice excessive absurde et non déclenchée par des stimuli externes (agitation catatonique).

3.2 Les symptômes négatifs de la maladie

Bien qu'omniprésents dans la schizophrénie, les symptômes négatifs sont difficiles à évaluer car ils sont dans un continuum avec la normalité, ne sont pas spécifiques et peuvent être dus à divers autres facteurs (p. ex. consécutifs à des symptômes positifs, des effets secondaires médicamenteux, un trouble de l'humeur, une sous-stimulation environnementale ou une démoralisation). On ne peut concevoir un isolement social ou un discours appauvri comme des symptômes négatifs s'ils sont consécutifs à un symptôme positif (p. ex., une idée délirante paranoïde ou une hallucination prononcée). Quand on cherche à établir la présence de symptômes négatifs, le meilleur indicateur est peut-être leur persistance en dépit des efforts pour résoudre chacune des causes potentielles énumérées ci-dessus. Les symptômes négatifs incluent des restrictions dans la gamme et l'intensité de l'expression émotionnelle (émoussement affectif), dans la fluence et la productivité de la pensée (alogie) et dans l'initiation d'un comportement dirigé vers un but (perte de volonté).

3.2.1 L'émoussement affectif

L'émoussement affectif est particulièrement courant et se caractérise par le fait que le visage de la personne apparaît immobile et impassible avec peu de contacts oculaires et une réduction du langage corporel. Bien qu'une personne présentant un émoussement affectif puisse sourire et être chaleureuse occasionnellement, sa gamme d'expressions émotionnelles est nettement diminuée la plupart du temps.

3.2.2 L'alogie

L'alogie (pauvreté du discours) se manifeste par des réponses brèves, laconiques, vides. La personne présentant une alogie semble avoir une diminution des pensées se reflétant dans une diminution de la fluence et de la productivité du discours.

3.2.3 La perte de volonté

La perte de volonté est caractérisée par une incapacité à initier et à persévérer dans des activités dirigées vers un but. La personne peut rester assise pendant de longues périodes de temps et montrer peu d'intérêt pour la participation aux activités professionnelles ou sociales.

3.3 Les sous-types de la schizophrénie

Type paranoïde. La caractéristique essentielle de type paranoïde de la schizophrénie est la présence d'idées délirantes ou d'hallucinations auditives prononcées dans un contexte de relative préservation du fonctionnement cognitif et de l'affect. Les idées délirantes sont typiquement des idées délirantes de persécution ou mégalomane, ou les deux, mais d'autres thèmes délirants peuvent également se rencontrer (p. ex. idées délirantes de jalousie, mystique ou somatique). Les idées délirantes peuvent être multiples mais s'organisent en général autour d'un thème cohérent. Les hallucinations sont également typiquement reliées au contenu du thème délirant.

Type désorganisé. Les caractéristiques essentielles du type désorganisé de la schizophrénie sont un discours désorganisé, un comportement désorganisé et un affect inapproprié. Le discours désorganisé peut s'accompagner d'une niaiserie et de rires qui n'ont pas de relations directes avec le contenu du discours. La désorganisation comportementale (c'est-à-dire la perte des comportements dirigés vers un but) peut conduire à de sévères perturbations des aptitudes à réaliser les activités de la vie quotidienne (prendre une douche, s'habiller, préparer un repas).

Type catatonique. La caractéristique du type catatonique est une perturbation psychomotrice importante, pouvant comporter une immobilité motrice, une activité motrice excessive, un négativisme extrême, un mutisme, des singularités des mouvements volontaires, une écholalie ou une échopraxie. Les caractéristiques additionnelles incluent : des stéréotypies, des maniérismes et une obéissance automatique ou une imitation automatique.

Type indifférencié. La caractéristique essentielle du type indifférencié est la présence de symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie mais qui ne répondent pas aux critères du type paranoïde, désorganisé ou catatonique.

Type résiduel. Le type résiduel doit être utilisé quand il existe au moins un épisode de la schizophrénie dans les antécédents, alors que le tableau clinique actuel ne comporte pas de symptômes psychotiques positifs manifestes (p. ex idées délirantes, hallucinations, discours ou comportements désorganisés). On peut mettre en évidence que l'affection est toujours présente d'après l'existence de symptômes négatifs ou de deux ou plusieurs symptômes positifs atténués.

3.4 Diagnostic différentiel : les troubles psychotiques apparentés

3.4.1 Le trouble schizophréniforme

Il se caractérise par un tableau symptomatique équivalent à celui de la schizophrénie à l'exception de la durée (c'est-à-dire l'affection dure de un à six mois) et l'absence d'exigences d'une dégradation du fonctionnement.

3.4.2 Le trouble schizoaffectif

Il est une affection au cours de laquelle un épisode thymique et les symptômes de la phase active de la schizophrénie surviennent simultanément et sont précédés ou suivis pendant au moins deux semaines par des idées délirantes ou des hallucinations sans symptômes thymiques prononcés.

3.4.3 Le trouble délirant

Il est caractérisé par la présence pendant au moins un mois d'idées délirantes non bizarres sans autres symptômes de la phase active de la schizophrénie.

3.4.4 Le trouble psychotique bref

Il est une affection psychotique qui dure plus d'un jour et disparaît en moins d'un mois.

3.4.5 Le trouble psychotique partagé

Il est une affection qui se développe chez une personne sous l'influence d'une personne qui présente des idées délirantes avérées de contenu similaire.

4. L'APPARIEMENT DES SYMPTÔMES AVEC LES MÉTHODES DE TRAITEMENT

4.1 L'approche axée sur les symptômes

Selon Habimana (2003), ce qui est inquiétant dans le modèle médical est de « biologiser » les troubles en leur cherchant des étiologies génétiques, hormonales ou biochimiques tout en minimisant les interactions sociales. L'auteur ajoute que la conséquence de cette vision se manifeste par une intervention massive des compagnies pharmaceutiques (avec la complicité des gouvernements et des compagnies d'assurance) pour proposer la pilule comme remède incontournable à la psychopathologie. De plus, la grande lacune du DSM est de laisser de côté l'étiologie et le traitement des troubles (Habimana, 2003).

Malheureusement, dans le domaine de la psychiatrie, Zarifian (1999), dans son volume intitulé « La force de guérir », mentionne que la fonction du médecin s'est transformée sous l'influence de la demande des usagers du système de santé et des conditions de vie en société. L'auteur avance que le médecin, pour conserver son identité, refuse de l'admettre et continue à rendre une réponse médicalisée (l'ordonnance) à une demande non médicale (conflit affectif, difficultés personnelles) formulée en termes comportementaux (anxiété, insomnie, etc.). Selon lui, le système de santé n'a pas été insensible à cette situation qui favorise considérablement le marché économique de la santé. La psychiatrie a alors été utilisée pour augmenter et légitimer médicalement ce système dont le fonctionnement est très simple. Selon Zarifian (1999), il suffit de mettre

en place une série de mesures : 1) on établit un diagnostic de la souffrance existentielle qui s'adresse au médecin, 2) on crée de cette manière une pseudo-entité pathologique : les peurs, les peines, les misères, par la grâce d'une fausse science, deviennent des maladies autonomes, 2) on gonfle l'importance de ces maladies : en inondant le corps médical de leur description grâce aux innombrables revues, livres, brochures, colloques, symposiums, congrès qui le maintiennent en condition de croire, 4) on relie enfin un médicament, auquel on attribue une action « spécifique » sur la chimie cérébrale, à une action salvatrice dans le domaine considéré. Or, Zarifian (1999) explique que dans de telles conditions, le médecin risque de se méprendre sur la réalité de la demande derrière l'énoncé médicalisé de celle-ci puisque son propre environnement professionnel lui offre « clef en main » un alibi médical et une solution immédiate. Le médicament demeure encore la preuve tangible de soins. Dans bien des cas, ne pas prescrire est assimilé à une absence de soins car le médicament masque le symptôme et l'empêche de s'exprimer (Zarifian, 1999). Donc, on peut reprocher au modèle symptomatique de ne pas s'appuyer sur une théorie qui proposerait une explication de l'émergence des symptômes et de demeurer imprécis dans son explication des vulnérabilités psychologiques découlant des symptômes (Chadwick, Birchwood, Trower, 2003).

4.2 Les neuroleptiques classiques et atypiques

Il y a quelques années, la chlorpromazine (neuroleptique classique) était souvent prescrite au début d'un traitement antipsychotique (Lalonde, 1999). L'auteur apporte que fréquemment les patients recevaient plusieurs neuroleptiques administrés en même

temps; il parle de l'époque de la « polypharmacie ». Ensuite, Lalonde (1999) mentionne qu'il y a eu la période de la neuroleptisation rapide, où les doses étaient augmentées rapidement jusqu'à obtenir des mégadoses. Selon lui, nous sommes maintenant rendus à l'époque où ces pratiques sont considérées désuètes car elles peuvent être dangereuses et que leur efficacité n'a pas été démontrée scientifiquement. Aujourd'hui, il affirme qu'un seul antipsychotique à dose efficace sera privilégié comme prescription, mais en prises fractionnées.

À la fin des années 1980, Javitt & Coyle (2004) affirment que les neurobiologistes ont commencé à observer que certains médicaments, les antipsychotiques dits atypiques, comme la clozapine, provoquaient moins d'effets secondaires neurologiques et de raideurs musculaires que d'autres plus anciens, comme la chlorpromazine ou l'halopéridole (neuroleptique classique). De surcroît, les antipsychotiques atypiques atténuent les symptômes positifs persistants et les symptômes négatifs (Javitt & Coyle, 2004). Selon ces auteurs, ces découvertes ont mené directement au développement et à la commercialisation de plusieurs atypiques qui agissent comme la clozapine. Toutefois, ils précisent que les neurobiologistes ont émis l'hypothèse que la dopamine n'était pas le seul neuromédiateur perturbé dans la schizophrénie. De plus, selon eux, cette théorie n'explique pas pourquoi les symptômes positifs sont davantage soulagés que les symptômes négatifs ou les troubles cognitifs. Malgré plusieurs années de recherches assidues, la cause de ce déséquilibre n'a pu être identifiée.

Dans son volume intitulé « Psychopharmacologie essentielle », Stahl (2002) explore l'univers des traitements médicamenteux des troubles psychotiques, en privilégiant la schizophrénie. Ainsi, cet auteur met l'accent sur les nouveaux neuroleptiques, dits atypiques, qui semblent vouloir remplacer rapidement les neuroleptiques classiques. Il rapporte que le traitement des psychoses peut donc varier, notamment en terme de réponse individuelle à un produit donné, de sa posologie, de la durée du traitement et en fonction d'éventuelles associations médicamenteuses. Cependant, l'auteur mentionne que les neuroleptiques classiques provoquent les mêmes effets de ralentissement psychomoteur, d'apaisement émotionnel et d'indifférence affective chez les patients. Tous les neuroleptiques classiques diminuent les symptômes psychotiques positifs à peu près de la même manière chez les personnes atteintes de schizophrénie. Toutefois, l'arrêt du traitement est suivi d'une rechute psychotique à un taux qui atteint environ 10 p. 100 des personnes atteintes par mois, de telle sorte que 50 p. 100 d'entre eux ou davantage rechutent dans les six mois (Stahl, 1999).

En somme, il est indéniable que les neuroleptiques atypiques induisent beaucoup moins de symptômes extrapyramidaux que les neuroleptiques classiques et souvent n'en provoquent pas du tout. Deuxièmement, les neuroleptiques atypiques réduisent les symptômes négatifs de la schizophrénie mieux que ne le font les neuroleptiques classiques. Troisièmement, les neuroleptiques atypiques atténuent les symptômes affectifs de la schizophrénie et des troubles apparentés, par exemple ils peuvent améliorer la fluidité du discours, l'apprentissage de séries et les fonctions exécutives.

4.3 Du modèle symptomatique au modèle axé sur la personne

Chadwick, Birchwood & Trower (2003) dénoncent l'absence d'un cadre conceptuel général au fur et à mesure que se développent les approches symptomatiques. Selon eux, la solution consiste à considérer qu'un ensemble de symptômes éprouvés par une personne reflète une vulnérabilité psychologique persistante. Les auteurs mentionnent que pour bien comprendre le délire et les hallucinations auditives, les cliniciens-chercheurs doivent élaborer une théorie générale du développement normal psychologique pour tenter d'expliquer ensuite l'émergence des symptômes. Pour eux, un modèle axé sur la personne repose sur une théorie psychologique globale qui devrait prendre assise sur la psychologie humaine normale et donc tendre vers une théorie du développement cognitif de la personne. Ils expliquent comment les symptômes comme les délires et les hallucinations auditives reprennent de façon marquée les mêmes thèmes de vulnérabilité interpersonnelle qui se manifestent de façon notoire dans l'évaluation fondamentale du soi et des autres. En plus d'offrir une théorie psychologique pour traiter les symptômes psychotiques individuels, cette perspective personnelle documente les autres formes d'interventions psychosociales, les interventions auprès de la famille, l'intervention précoce et la prévention des rechutes. Pour les auteurs, l'ensemble des services qu'un patient peut recevoir trouve là une cohérence psychologique contrairement à celui qui reçoit des services inspirés de la théorie médicale. Ils affirment que le modèle médical n'offre pas une bonne compréhension des phénomènes psychotiques et des relations interpersonnelles avec les familles et les aidants, ce qui est le propre du modèle psychologique. Chadwick, Birchwood & Trower (2003) soulignent que le modèle axé

sur la personne se présente comme un concept de rechange réunissant diverses approches et confère aux clients, aux familles et aux cliniciens un sentiment de pouvoir.

4.4 La thérapie cognitive des troubles psychotiques

Considéré comme une approche prometteuse en psychologie clinique, le modèle cognitif, utilisé par Chadwick, Birchwood & Trower (2003) pour traiter les délires et les hallucinations auditives, s'inspire essentiellement de la thérapie cognitive de Beck (1979) et de la thérapie comportementale émotivo-rationnelle d'Ellis (1962). Ainsi, le modèle cognitif ABC d'Ellis (1962) constitue le cadre de référence pour ces auteurs dans lequel A représente l'événement déclencheur, B représente la croyance portant sur l'événement déclencheur et C représente la conséquence émotionnelle ou comportementale consécutive à B en fonction du A donné. Ils croient que le modèle ABC permet de dissocier les composantes psychologiques d'une manière utile. Par exemple, concernant le sens donné à B, les auteurs mentionnent que la thérapie cognitive comprend quatre types de représentations mentales, soit : les images, les déductions (incluant les biais ou distorsions cognitives identifiées par Beck : la déduction arbitraire, l'abstraction sélective, la surgénéralisation, l'amplification et la minimisation, la personnalisation et la pensée dichotomique), les évaluations et les présomptions dysfonctionnelles. En somme, pour eux, l'analyse du modèle ABC est une description de l'expérience délirante d'une personne qui se limite à considérer des événements environnementaux ou corporels (A), puis le délire qui est l'interprétation d'un tel événement (B) et enfin le problème pénible pour le client (C) entraîné par cette situation. Par ailleurs, l'étude des voix dans une

perspective ABC part, selon les auteurs, de l'observation suivante : les voix ne sont pas des pensées (B), elles sont des événements déclencheurs (des A). Donc, ceux-ci rapportent que les voix sont des événements déclencheurs (A) auxquels l'individu attribue un sens (B) qui entraîne des réactions émotionnelles et comportementales (C). Selon ces auteurs, les perturbations graves associées aux voix illustrent comment l'individu se comporte et vit ses expériences émotionnelles. En ce sens, la dissection des hallucinations en leurs composantes A, B et C présente un intérêt heuristique pour ces derniers.

Chadwich, Birchwood & Trower (2003) montrent comment la pratique de la thérapie cognitive peut provoquer des changements thérapeutiques en modifiant les pensées déductives et les évaluations qui servent aux personnes atteintes de psychose à créer leur vision du monde, leur concept de soi. Avant tout, le professionnel doit rencontrer certains pré-requis essentiels à la pratique d'une psychothérapie cognitive efficace. Lorsque celui-ci connaît bien le portrait général du client, qu'il a établi une bonne alliance thérapeutique et un engagement de collaboration, qu'il comprend bien les sentiments du client en plus de bien connaître les principes de formulation et d'intervention cognitive propre au modèle ABC, la thérapie cognitive peut s'amorcer. Voici donc en résumé l'approche générale conçue en huit étapes d'intervention.

1. Énoncer les problèmes
2. Investiguer les émotions et les comportements (C)
3. Investiguer les événements déclencheurs (A)
4. Confirmer la filière problématique A-C

5. Investiguer les croyances (B) : les délires
6. Formuler le problème
7. Établir l'objectif de la thérapie et les options
8. Remettre en question les croyances

La pratique de la thérapie cognitive telle que décrite ci-haut demeure forcément limitée, car il faudrait au moins un ouvrage tout entier pour bien exposer tous les tenants et aboutissants de l'approche et son application aux psychoses. Cependant, rappelons que les techniques cognitivo-comportementales favorisent la modification des schémas de pensée qui amènent le sujet à penser différemment et à modifier ses comportements (Zarifian, 1999).

En conclusion, le premier chapitre démontre que la schizophrénie met en cause des facteurs génétiques, biologiques, psychologiques et sociaux. De plus, les symptômes positifs et négatifs de la maladie de même que les différents sous-types de la schizophrénie et les troubles psychotiques apparentés sont définis afin d'illustrer le tableau clinique. Finalement, la dernière section de ce chapitre fait état de l'appariement des symptômes avec les méthodes de traitement actuellement disponibles. Ici, il est question d'illustrer le passage de l'approche axée sur les symptômes (traitement médical à l'aide de neuroleptiques) à un modèle axée sur la personne par le biais de la thérapie cognitive des troubles psychotiques.

Chapitre 2

Identification et description du problème

Cette deuxième partie de l'essai vise à décrire un suivi psychiatrique et une démarche d'intervention psychologique auprès d'une personne atteinte de schizophrénie. Le contenu de l'essai comprend l'anamnèse du cas, le cheminement de la personne en psychiatrie avant la prise en charge au CSSS de l'Énergie, les évaluations psychométriques et la présentation des différents traitements (individuel et programme de groupe) de l'intervention psychologique. Cet essai porte sur la description de l'évolution d'une cliente présentant un problème de schizophrénie et traitée en clinique externe de psychiatrie. Une utilisation sommaire des thèmes abordés lors des rencontres de thérapies de groupe auxquelles la cliente a participé permet d'illustrer la démarche thérapeutique. Cet essai conclut par une réflexion sur la pertinence d'une intervention psychologique auprès de personnes atteintes de schizophrénie et de souligner l'importance de l'étude de cas individuels pour l'apprentissage clinique.

5. APPLICATION À UN CAS CLINIQUE

5.1 L'histoire du cas clinique

Louise, une femme âgée de 42 ans, n'a pas de conjoint. Elle est mère d'une fille unique âgée de 23 ans qui a vécu en famille d'accueil jusqu'à l'âge de 19 ans. Elle vient récemment d'obtenir un congé du centre hospitalier, où elle était traitée, pour être dirigée dans une famille d'accueil du réseau privé où elle demeure présentement. Cette personne

vit avec la schizophrénie depuis une vingtaine d'années ; afin d'illustrer la complexité de la maladie, nous allons retracer son évolution en mettant l'accent sur les événements qui entourent son apparition ainsi que ceux qui ont contribué à son maintien. Premièrement, dans le but de mieux comprendre cette évolution, nous revenons dans le passé de Louise pour tenter de cerner qui elle était durant son enfance et son adolescence. Puis, nous vous présentons un historique des divers séjours de Louise à l'hôpital où elle a été admise pour le traitement d'un état psychotique, c'est-à-dire d'une période désorganisée où elle n'était plus en mesure de s'adapter aux demandes du quotidien et où elle mettait sa vie en danger.

Louise est la cadette d'une famille de neuf enfants composée de six filles et de trois garçons. On raconte que sa mère n'était pas enthousiaste à l'idée d'avoir d'autres enfants et ce, « à partir du quatrième ». Ce sont des pressions du clergé et des menaces d'excommunication à l'encontre de la mère qui ont contribué à l'élargissement de sa famille. Tout porte à croire que cette dernière a évolué dans un contexte religieux qui a pris une place importante dans la vie de Louise. En effet, elle était une enfant timide et préoccupée par la peur du diable. Elle raconte que dès l'âge de six ou sept ans elle craignait que Jésus lui apparaisse pour la punir. Ces préoccupations sont restées tout au long de son développement.

Elle affirme que son père était un homme doux et patient qui ne parlait pas beaucoup. Elle souligne qu'il lui démontrait de l'affection et qu'il était chaleureux dans

ses gestes ; en fait, il s'en occupait et lui procurait l'attention dont elle avait besoin. Malheureusement, son père est décédé alors qu'elle avait dix ans.

Sa mère est toujours vivante et est âgée de 83 ans. Louise décrit sa mère comme une personne froide, autoritaire et avec laquelle elle ne pouvait communiquer. Ses convictions religieuses étaient au centre de ses relations, Louise devait être obéissante et elle rapporte avoir eu à se comporter comme une sainte, ce qui ne laissait pas de place aux activités plaisantes. Lorsque la cliente est devenue enceinte en 1982, elle raconte que sa mère a pris sa grossesse comme une honte.

Sa relation avec ses frères était mouvementée, ils se moquaient d'elle en lui faisant peur avec des histoires impliquant le diable. Un de ses frères plus âgé, qui était plus proche d'elle, lui racontait les films qu'il allait voir au cinéma. L'un d'eux attira particulièrement son attention, il s'agit de « L'exorcisme », un film culte qui porte sur la possession du diable. À 18 ans, elle a, de ses propres yeux, vu ce film. Louise en est demeurée marquée et sidérée. Par la suite, au fil des années, elle a été rongée par la culpabilité et la perspective terrifiante de devenir sous l'emprise de Lucifer. En début de processus thérapeutique, madame a relaté de multiples exemples au cours desquels elle avait eu la conviction que le diable, prenant une forme humaine, voulait avoir une relation sexuelle avec elle et prendre possession de son âme.

Durant son adolescence, elle a peu d'amis mais elle a de bons résultats scolaires. Au cours de sa deuxième année de cours collégial en techniques infirmières, elle commence à devenir méfiante et c'est pour fuir les relations difficiles qu'elle entretient alors avec sa mère qu'elle lui fait part de son désir de partir en voyage. Elle décide donc

de participer à un projet de neuf mois en Alberta. Durant son séjour, elle y rencontre un homme d'origine algérienne. Par la suite, elle décide de le suivre dans son pays d'origine pendant trois mois où elle tombe enceinte de ce dernier. Ensemble, ils consomment souvent de la drogue. C'est à cette époque qu'elle se mit à ressentir une grande culpabilité face à son comportement au point d'être persuadée qu'elle allait être réprimandée par Satan. De plus, des voix lui disaient qu'elle n'était pas avec l'homme de sa vie, qu'elle devait sacrifier sa relation pour sauver son âme. De mémoire, Louise affirme qu'elle a vécu sa première décompensation psychotique en Algérie (mai à septembre 1982). Sur une base quotidienne, elle fumait de la marijuana et du haschisch. Ces événements ont mené à une rupture avec son conjoint. Elle est revenue au Canada en septembre 1982 sans trop réaliser qu'elle était enceinte.

Elle retourne alors vivre chez sa mère au Québec qui considère sa grossesse comme une honte. Elle raconte qu'elle doit se cacher lorsqu'il y a de la visite. Dans cette période, elle continue à consommer de la marijuana sur une base régulière et à boire de l'alcool. Elle va vivre dans un centre d'hébergement pour femmes enceintes jusqu'à la fin de sa grossesse. Par la suite, Louise accouche par césarienne dans un centre hospitalier. À la naissance, elle donne sa fille en adoption puis, regrettant sa décision, elle la reprend quelques jours plus tard.

Louise, motivée à reprendre sa vie en main, décide de s'établir dans la grande ville de Montréal afin de retourner aux études malgré les objections de sa famille. Elle désirait alors terminer son cours en techniques infirmières. Louise a fréquenté un Cégep de

Montréal pendant une année et demie. Cette période est très difficile car elle concilie l'éducation de sa fille, ses études, un travail exigeant avec de faibles moyens financiers. Dépassée par les événements, elle est hospitalisée pour une tentative de suicide. Suite à cette dernière, elle ne reprend plus son emploi, vit de l'aide sociale et commence à s'isoler. Sa fille fut définitivement placée en famille d'accueil à l'âge de trois ans à la suite de comportements inadéquats et d'un jugement perturbé de la part de la mère. Elle vit seule et interdit à ses proches de lui rendre visite. Elle ne reprend plus son emploi comme préposée aux bénéficiaires, vit de l'aide sociale et s'isole de plus en plus. Cet isolement l'amène progressivement à rester enfermée chez elle et à croire que les gens de son entourage sont des extra-terrestres qui se lient contre elle. À d'autres moments, elle a l'impression que l'univers est divisé en deux, les bons et les méchants, elle-même devenant un enjeu pour ces deux parties de l'univers. Durant cette période, Louise fut hospitalisée de nouveau pendant un mois en cure fermée après s'être coupé les veines avec une lame de rasoir. Elle qualifiait son geste « d'écologique » et suggérait qu'il représentait le contrôle ultime sur sa vie. Elle se méfie des médecins et refuse de prendre sa médication, comme ce fut le cas à maintes reprises entre ses divers séjours à l'hôpital. Finalement, elle consent à suivre les traitements et son état s'améliore jusqu'à ce qu'elle retourne vivre dans un appartement situé au-dessus de celui où habite sa mère.

5.2 Cheminement psychiatrique avant la prise en charge

À la lecture de son dossier médical, il est possible de retracer les tentatives de suicide ou les gestes d'automutilation que Louise a commis. Elle a vécu quelques années

à Montréal, soit de 1984 jusqu'à 1988. Le 21 septembre 1986, elle s'inflige une lacération de 20 cm au niveau de l'avant-bras gauche effectuée avec une lame de rasoir. Son geste est plutôt qualifié d'impulsif. On parle alors d'un contexte de psychose. Elle fut hospitalisée à l'Hôpital Louis-H Lafontaine en cure fermée de la 3^e semaine de septembre à la mi-octobre 1986, 3 semaines. Par ailleurs, en décembre 1987, Louise fait une intoxication médicamenteuse avec de l'Halcyon. Elle fut évaluée et considérée comme psychotique. Louise subit une hospitalisation à l'Hôpital Louis-H Lafontaine en cure fermée de décembre 1987 à avril 1988, 5 mois. Par la suite, elle retourne cohabiter avec sa mère en région de 1988 à 1995. De 1995 à 2001, elle a occupé un appartement situé juste au-dessus de celui où habite sa mère. En 1999, elle se fait de nouveau une lacération des poignets et on rapporte dans le dossier médical que le geste était planifié. Louise avait fait garder sa fille et rédigé un testament. Louise vivait à cette période une autre décompensation psychotique. Elle fut hospitalisée au Centre de Santé et de Services Sociaux de l'Énergie (CSSS de l'Énergie) (anciennement sous le nom du Centre Hospitalier du Centre de la Mauricie (CHCM)). Louise a de plus en plus la conviction d'être envahie et contrôlée par sa mère. Suite à l'arrêt de ses médicaments, Louise fait une autre tentative de suicide où elle s'est jetée en bas d'un pont dans un but suicidaire. Elle avait été amenée par les policiers à la salle d'urgence. Encore une fois, elle semblait dans un épisode psychotique et son geste était qualifié d'impulsif. La cliente recevait son congé de la salle d'urgence du CSSS de l'énergie la même journée. Après avoir reçu son congé de l'hôpital, elle était ramenée, quatre jours plus tard, à la salle d'urgence par les ambulanciers et les policiers. Elle faisait alors l'objet d'un code blanc (code institutionnel

pour personne agressive) et était mise en salle d'isolement. Louise venait d'agresser physiquement sa mère : elle l'avait frappée et avait tenté de l'étrangler. Il s'agit selon elle d'un pacte pour tuer le diable et ainsi retrouver la lumière divine. Louise ne prenait plus sa médication depuis trois mois et était dans un état psychotique. Cet épisode est suivi d'une hospitalisation et d'un séjour prolongé sous surveillance médicale (ordonnance de garde en établissement) pendant 18 jours.

Dès la levée de cette garde en établissement, elle quittait en signant un refus de traitement. Le médecin traitant concluait l'hospitalisation en mentionnant qu'elle présentait un risque chronique sur le plan suicidaire et homicidaire. Il y a eu recherche de drogues dans les urines qui révélait la présence de PCP et de cocaïne. Bien qu'elle ait toujours nié avoir consommé ces drogues, Louise fut réadmise sur une base volontaire une semaine plus tard pour une période de quarante-trois jours avec le diagnostic de schizophrénie paranoïde. On lui administre un traitement au Risperdal (neuroleptique atypique). Louise regrettait d'avoir quitté le centre hospitalier contre l'avis médical le mois précédent. Dans les 24 - 48 heures suivant l'hospitalisation, elle régresse rapidement sur un mode psychotique : méfiante, interprétative sur un mode paranoïde, très irritable, aux prises avec des hallucinations auditives et une perte d'autocritique. Elle doit alors être mise sous ordonnance de garde en établissement. Lorsque cette ordonnance fut levée deux semaines plus tard, elle continua de collaborer à ses traitements jusqu'au congé signé un mois plus tard. Le diagnostic retenu demeure celui de schizophrénie paranoïde. Depuis ce congé hospitalier, sa condition mentale ne se rétablit pas de façon optimale. Ainsi, de temps à autre, elle était aux prises avec des voix : il s'agit généralement de

plusieurs voix discutant entre elles, qu'elle ne peut identifier et qui n'ont pas de sexe particulier. Elle décrit comment la méfiance et sa tendance à interpréter sur un mode paranoïde constituent les symptômes résiduels qui l'incommodent le plus. Par exemple, elle raconte comment elle a interprété qu'une personne de son entourage était le diable. Elle se sent vulnérable et suggestible. La méfiance perturbe la communication avec l'entourage, comme cela se produit avec des membres de sa famille ou avec son intervenante du C.I.C. (Centre Intégration Communautaire). À titre d'exemple, Louise raconte qu'elle se méfiait de son frère Guy parce qu'elle pensait qu'il ne voulait pas qu'elle quitte leur mère vieillissante. Elle a été surprise de constater que c'était tout le contraire : non seulement son frère Guy désirait qu'elle quitte la proximité de leur mère mais il pensait que cela était nettement plus sain pour cette dernière (il lui a signalé qu'elle était devenue probablement un fardeau pour leur mère). Cette tendance à s'enfermer à l'intérieur d'interprétations paranoïdes l'affecte. Ses « poussées paranoïdes » peuvent ne durer que quelques minutes mais la tenaillent parfois plus longtemps. Notons que le suivi avec le C.I.C a été en dents de scie depuis quelques mois. Elle devenait assez souvent défensive et méfiante, mettant un terme au contrat thérapeutique puis le renouvelant quelque temps plus tard. Cinq mois plus tard, le jour où la posologie de Risperdal a été augmentée, passant de 6 à 7 mg au total par jour, elle se sentit dans un état pré-psychotique : Elle disait « être dans le cosmos et la réalité ». Après un mois, elle rompit le contrat thérapeutique avec l'intervenante du C.I.C parce que cette dernière avait refusé de signer son testament à titre de témoin.

Deux mois plus tard, elle fut hospitalisée quatre jours. Elle reçut un diagnostic de dépression anxieuse chez une schizophrène paranoïde stable. La médication de départ était le Risperdal (au total 6 mg par jour). Dans les jours précédant l'hospitalisation, Louise avait fait une tentative de pendaison qui avait avorté parce que la corde s'était cassée. On soupçonnait un syndrome anxio-dépressif. Elle se sentait inutile et sa vie était sans but. Par la suite, en juillet 2001, elle fut hospitalisée de nouveau 5 jours. On rapporte que la patiente se sentait inutile car elle ne faisait rien de sa vie, s'ennuyait et était suicidaire. Également, de septembre à décembre 2001, Louise a été hospitalisée durant 97 jours. Elle présentait une résistance aux neuroleptiques conventionnels et des symptômes extrapyramidaux, particulièrement de la dyskinésie tardive. C'est alors que cette dernière fut transférée de décembre 2001 à avril 2002 à l'unité de soins longue durée du site Ste-Thérèse dans l'objectif d'introduire le neuroleptique atypique Clozapine. Soulignons qu'au moment de son transfert, le médecin traitant de Louise lui a administré l'échelle du syndrome positif et négatif (ESPEN) visant à mesurer les symptômes positifs, négatifs et l'état général de la psychopathologie. Les données recueillies lors de cette évaluation ont été mesurées de nouveau en mai 2005 après que Louise eut reçu les différents traitements de la schizophrénie dans la perspective bio-psycho-sociale. Ces deux mesures, pré-test (avant la prise en charge) et post-test (après avoir reçu les différents traitements), sont comparés dans la section des résultats. L'introduction de la Clozapine a eu un impact nettement favorable sur l'état clinique général de Louise. Suite à son congé hospitalier en avril 2002, elle fut prise en charge à nouveau par une ressource du réseau de la santé, le centre d'intégration communautaire

(CIC), spécialisé en réadaptation psychosociale, et elle est dirigée dans une famille d'accueil du réseau privé où elle habite toujours. Son intégration dans la famille d'accueil s'est très bien déroulée et elle débuta en janvier 2003 une psychothérapie individuelle ainsi que le programme spécialisé de thérapies de groupe pour personnes psychotiques à la clinique externe de psychiatrie du CSSS de l'énergie, site Ste-Thérèse.

L'évolution des symptômes de Louise :

Les données disponibles portent à croire que les substances chimiques du cerveau, les neurotransmetteurs de dopamine et de sérotonine ne remplissent pas leurs fonctions normalement.

Il arrive que la maladie évolue si progressivement que la personne n'est même pas consciente d'être malade et il en va de même pour l'entourage. On parle alors de schizophrénie à survenue progressive. Comme dans le cas de Louise, plusieurs événements stressants l'ont amenée à vivre une période de crise. Ce processus peut aboutir à un épisode aigu qui se traduit par une brève période où il y a présence de symptômes sévères. Par exemple, des idées délirantes (Louise pense que des démons lui veulent du mal), des hallucinations (elle entend des voix), des troubles de la pensée (se traduisant par une culpabilité excessive, une peur d'être punie par le démon et une croyance que le monde est séparé entre les bons et les méchants) et une modification du sens de soi (elle devient un enjeu entre ces deux parties). Par contre, la schizophrénie peut apparaître subitement et les changements dans le comportement sont observables par

les proches. On parle alors de schizophrénie à survenue rapide et la personne doit être traitée le plus rapidement possible par le personnel médical.

Les épisodes schizophréniques varient d'une personne à l'autre ; en effet, certains vont en vivre plusieurs au cours de leur vie alors que pour d'autres ils seront limités. Malheureusement, la maladie peut s'aggraver après chaque épisode aigu, ce qui rend de plus en plus difficile le fonctionnement de la personne. Il importe donc d'éviter les récurrences, cela peut se faire en insistant sur le respect du traitement chimique prescrit. Si l'on se réfère à Louise, c'est lorsqu'elle a cessé de prendre sa médication qu'elle a vécu ses pires rechutes. Lors de ces périodes, elle a présenté plusieurs symptômes de la maladie.

Un exemple de symptômes positifs, dans le cas de Louise, est qu'elle croit fermement des choses qui n'ont pas de sens pour son entourage. En effet, elle a profondément l'impression que sa mère complotait contre elle, qu'on lui veut du mal et que le diable la tourmente (méfiance, délire de persécution). Il arrive parfois que certains, en période de crises, développent des épisodes de violence. On parle d'hostilité lorsque ces personnes deviennent abusives et qu'elles ne coopèrent plus avec les gens qui les soignent et les membres de leur famille. Dans le cas de Louise, la conviction d'être envahie et contrôlée par sa mère a fait naître en elle un fort sentiment d'hostilité. Suite à l'arrêt de ses médicaments, elle se sentit persécutée et agressa physiquement cette dernière en la frappant et en tentant de l'étouffer. Les symptômes positifs peuvent être impressionnants pour ceux qui en sont témoins mais, même s'ils ne sont pas aussi

marquants, les symptômes négatifs demeurent très incommodants car ils peuvent altérer l'habileté du patient à fonctionner et à s'adapter à son environnement.

Les symptômes négatifs s'observent plus aisément chez des personnes qui ont de bonnes relations interpersonnelles et qui s'isolent spontanément des membres de leur famille et de leurs amis. Par le fait même, elles ne s'intéressent plus à leurs activités habituelles et peuvent devenir parfois indifférentes. Les symptômes négatifs peuvent apparaître rapidement et représenter les signes initiaux de la schizophrénie. Prenons par exemple le cas de Louise lors de son séjour dans un grand centre urbain. Suite au placement de sa fille en centre d'accueil, elle a coupé tout contact avec les membres de sa famille et elle ne sortait plus. À cette période, elle cessa la médication et fut hospitalisée. Elle passait la plupart de son temps seule en étant trop absorbée par ses pensées au point que les sentiments et la vie des autres ne l'intéressaient plus, ce retrait social lui procurait un sentiment de sécurité et de calme. Les symptômes négatifs que Louise présente l'ont empêchée de mener une vie sociale normale. En effet, ces derniers ont eu un impact sur la possibilité de conserver son emploi et de poursuivre ses études.

5.3 Évaluations psychométriques du cas lors de la prise en charge

Les données brutes des tests psychologiques Rorschach et MMPI-II rencontrent les paramètres standards de validité pour chacun des deux tests. Ces deux méthodes d'évaluation ont eu lieu à la même période de l'année 2003.

Analyse des résultats au RORSCHACH (selon la méthode Exner)

Louise est une personne introvertie, c'est-à-dire qu'elle est plutôt tournée vers des ressources internes pour gérer son stress et ses conflits. Cette dernière a suffisamment de ressources pour composer avec les exigences de l'environnement qu'elle perçoit. Elle dispose de ressources suffisantes pour initier et diriger un comportement et les exigences ne dépassent pas ses capacités. Elle ne présente pas de sentiments dépressifs ou d'affects retenus. Finalement, elle est prudente et superficielle dans ses besoins affectifs. La proximité peut même devenir une source de stress. On note une autocritique négative qui amène des sentiments d'infériorité, de culpabilité, de honte et de dévalorisation.

Elle présente de la méfiance et une difficulté dans les rapprochements affectifs. Sur le plan affectif, Louise est une personne qui contrôle ses affects de façon adéquate et elle a une bonne modulation affective. Elle n'est pas une personne impulsive. Cependant, Louise ne présente pas d'intérêt pour composer avec les stimulations affectives de l'environnement, ce qui peut se traduire par l'évitement de situations sociales. Elle ne présente toutefois pas d'agressivité envers l'environnement.

Sur le plan interpersonnel, Louise a de la difficulté à se représenter des relations bienveillantes et bénéfiques. Elle manifeste de l'insécurité, se sent inconfortable et ne s'attend pas à des relations interpersonnelles positives. De plus, Louise présente une perception basée sur l'imaginaire dans ses relations interpersonnelles (vision biaisée), sans toutefois être détachée de la réalité. La cliente montre de l'immaturation affective dans

ses relations et un besoin de gratification immédiate. Finalement, madame est passive dans ses relations interpersonnelles, ce qui peut amener des difficultés relationnelles.

Sur le plan de la perception de soi, Louise est très centrée sur elle-même, voire même égocentrique. Elle possède des traits narcissiques puisqu'elle tend à surévaluer sa valeur personnelle. Cette personne peut manquer d'autocritique et éprouver de la difficulté à se voir telle qu'elle est.

Au niveau de la triade cognitive, madame utilise la vie fantasmatique pour se défendre dans les situations stressantes. De plus, Louise présente un sévère trouble de la pensée qui amène des erreurs de jugement et de prises de décisions. Elle est une personne qui a de la difficulté à exprimer clairement sa pensée (ex. : onomatopée, néologisme). De ce fait, son raisonnement est concret ou hermétique. Également, la cliente présente une dysfonction cognitive qui dénote un problème affectif. Ainsi, la discontinuité de la pensée peut handicaper le processus de décision à cause d'un problème affectif. Cette désorganisation de la pensée peut également se traduire par une problématique au niveau du contrôle de la pensée associée à un raisonnement forcé. On peut donc affirmer que Louise présente un trouble de la pensée.

Madame a une vision individualiste et peu conventionnelle de la réalité. On note chez elle des distorsions cognitives, voire même une élévation des inexactitudes perceptuelles. Ces distorsions peuvent être liées à un trouble de pensée psychotique. Par ailleurs, elle est capable d'abstraction et aussi de voir les détails, mais elle a une tendance un peu plus abstraite. De plus, Louise est quelqu'un qui a suffisamment d'attentes par

rapport à ses capacités. Enfin, madame ne démontre pas de dysfonction intellectuelle ni d'opérations cognitives illogiques, d'où l'absence d'une hypothèse de problèmes neurologiques sévères.

Analyse des résultats au MMPI-II

Les résultats démontrent que le profil de madame est typique des personnes éprouvant des problèmes importants au niveau cognitif et émotif. Ses réponses au test révèlent un fort sentiment d'insécurité, une pauvre estime de soi et de la culpabilité. Les résultats démontrent également la présence d'anxiété et une peur de perdre le contrôle. Par ailleurs, madame semble avoir des relations interpersonnelles superficielles et des difficultés à persévérer dans l'adversité.

De plus, les résultats de Louise indiquent qu'elle a acquiescé à plusieurs items des échelles mesurant la présence de symptômes psychotiques obtenant ainsi un score élevé à l'échelle schizophrénie et à l'échelle paranoïa. La pensée peut être fragmentée ou bizarre et se manifester par un désordre de la pensée, du délire et des idées de référence. Une idéation paranoïde, souvent de persécution, est indiquée dans ses résultats. Devant cette symptomatologie, un retrait social et des idéations suicidaires peuvent être retrouvés chez Louise. Également, elle indique avoir déjà eu des hallucinations visuelles ou auditives dans ses réponses aux items du test mesurant ces symptômes. Il est possible de croire que madame a de la difficulté à transiger avec le quotidien, car l'affect peut être émoussé. Cette personne peut réagir au stress en se retirant socialement par la fantaisie.

Le contact avec la réalité peut être plus ou moins solide. Le profil de madame est compatible à un trouble de schizophrénie de type paranoïde.

En somme, ces deux évaluations psychologiques ont permis de mieux identifier les déficits de Louise tant sur le plan cognitif, affectif et interpersonnel. Il existe une convergence d'indices entre ces deux tests psychologiques concernant la présence de symptômes psychotiques chez Louise. Toutefois, à l'aide du processus d'évaluation, il s'agira de cibler les forces de Louise dans le but d'améliorer ses compétences à travers des interventions thérapeutiques personnalisées afin de mieux répondre à ses besoins.

En terme de compréhension clinique, on constate aujourd'hui que grâce à une médication efficace présentant très peu d'effets secondaires ainsi qu'à des traitements psychothérapeutiques appropriés, l'état psychologique de Louise demeure relativement stable dans son processus de rémission. Son discours n'est pas désorganisé et elle ne présente pas d'affects plats. Il n'en demeure pas moins qu'elle demeure légèrement méfiante, ce qui peut perturber ses rapports interpersonnels et la communication. Les rechutes semblent être précipitées par des événements traumatiques tels que l'abus de drogue, l'arrêt de la médication et par des tensions de l'environnement familial hostile et rigide qui caractérise un niveau élevé d'expressions d'émotions. Par ailleurs, l'aspect dysfonctionnel passé du milieu familial ainsi que les expériences stressantes et anxiogènes (séjour en Algérie, placement de sa fille en adoption, ses relations conflictuelles avec sa mère) ont probablement joué un rôle déterminant dans le déclenchement et le maintien du trouble de schizophrénie de type paranoïde, épisodique

avec symptômes résiduels entre les épisodes (depuis environ vingt ans) que présente la cliente. Cette grande souffrance peut expliquer ses multiples tentatives de suicide déjà rapportées.

5.4 La formation cognitive-behaviorale du cas et de l'intervention.

La formulation de cas selon l'approche cognitive-behaviorale proposée dans le cadre de cet essai est une élaboration de la méthode décrite par Persons & Thompkins (1997) dans un volume intitulé *Handbook of psychotherapy case formulation*.

Les étapes dans la construction de la formulation de cas

La formulation de cas débute immédiatement après les premières interactions avec le client. Généralement, la formulation de cas peut prendre trois ou quatre sessions (voir appendice A).

Autant que possible, la formulation du cas résulte de la collaboration entre le client et le thérapeute, tous deux conjuguant leurs efforts pour établir la liste de problèmes pour dégager certaines croyances principales pour fixer les buts du traitement, pour planifier les interventions et pour évaluer les progrès.

Une entrevue clinique structurée n'est pas préconisée dans le processus de formulation. Les questionnaires d'auto-évaluation (inventaire d'anxiété et de dépression de Beck) sont fréquemment utilisés pour objectiver l'évolution du traitement.

La formulation cognitive-behaviorale de Louise

L'identification

Louise a été hospitalisée pour la première fois en psychiatrie à l'âge de 21 ans. Par la suite, elle a présenté des décompensations psychotiques qui ont nécessité des hospitalisations, généralement sur des périodes de quelques semaines à quelques mois, assez souvent sous ordonnance de garde en établissement. Il semble que le diagnostic le plus probable est celui qui a été retenu depuis le début, soit une schizophrénie paranoïde.

Liste des problèmes

1. **Très interprétative sur un mode paranoïde.** Tout est sujet à interprétation. C'est ainsi que le chaos sévissait souvent au niveau des relations interpersonnelles de Louise. Elle n'arrivait jamais à faire confiance et agissait de façon impulsive, selon ses interprétations, pour s'extirper d'une impasse ou parfois, dans sa perspective, pour sauver sa vie.
2. **Activité délirante chronique.** Elle a longtemps eu l'impression que les personnes de son entourage étaient des imposteurs, des « extra-terrestres ». C'est ainsi qu'elle pouvait difficilement faire confiance aux équipes traitantes et aux médecins rencontrés. À d'autres moments, elle avait l'impression que l'univers était divisé en deux, les bons et les méchants, elle-même devenant un enjeu pour ces deux parties de l'univers.

3. **Délire mystique.** Des aspects religieux ont fortement marqué ses préoccupations. Au fil des années et jusqu'à maintenant, elle a régulièrement été rongée par la culpabilité et la perspective terrifiante de devenir sous l'emprise de Lucifer. Crainte de perdre le contrôle d'elle-même et d'en venir à faire un pacte avec le diable. Louise relate plusieurs exemples au cours desquels elle avait la conviction que le diable, prenant une forme humaine, voulait avoir des relations sexuelles avec elle et prendre possession de son âme.

4. **Détérioration de l'état général avec présence d'idées suicidaires et hallucinations auditives mandataires l'incitant au suicide.** Le risque suicidaire est très étroitement lié à l'activité psychotique : toutes les tentatives ont été effectuées dans le cadre d'un état psychotique. Il semble que les éléments suivants soient des signes avant-coureurs : rédaction d'un testament, irritabilité et impulsivité, impression que des forces extérieures prennent le contrôle de sa personne etc.

5. **Instabilité marquée de l'humeur.**

Les croyances principales :

« Les personnes de mon entourage sont des imposteurs »

« Si je commets une faute, je serai sous l'emprise de Lucifer »

« Ils sont venus me chercher pour me tuer »

« Je dois être complètement en contrôle, sinon je suis hors de contrôle »

Les situations précipitantes et d'activation.

Les transitions sont difficiles pour Louise. Elle est méfiante envers l'entourage et a une tendance à l'interprétation paranoïde. Celle-ci fait l'objet d'une culpabilité primitive qui l'écrase lorsqu'elle décompense.

Les situations d'activation incluent :

Toutes les situations sociales dans lesquelles Louise se sent hors de son élément, les circonstances qui attirent l'attention sur elle. Par ailleurs, entre les épisodes psychotiques, l'observance à la médication n'a pas toujours été bonne. Également, sur la base de l'information connue, les signes avant-coureurs mentionnés ci-haut suggèrent une exacerbation du risque suicidaire chez Louise. Il s'agit donc d'épisodes psychotiques intenses, s'associant à de la dangerosité (sur le plan suicidaire et parfois homicidaire) qui ont fréquemment nécessité une hospitalisation et une ordonnance de garde en établissement. Notons aussi que certaines décompensations psychotiques se sont manifestées alors qu'elle abusait de drogues.

Les hypothèses de travail

Les croyances de Louise l'amènent à se sentir méfiante et très interprétative sur un mode paranoïde dans les transitions personnelles ou dans un contexte social. Lorsqu'il y a rupture des liens, elle se sent terriblement coupable et peut régresser rapidement dans un épisode psychotique où elle devient menaçante pour elle-même ou

autrui. Dans un tel contexte, il existe une forte ambivalence entourant l'attachement et les liens affectifs en général.

Les origines

Selon l'anamnèse, la mère de Louise était devenue réticente à avoir d'autres enfants et elle avait malgré tout continué à mettre au monde des enfants « parce que les curés la menaçaient d'excommunication ». Dans cette perspective, elle se soumettait à une autorité extérieure, se sentant possiblement coupable et a possiblement mis au monde certains de ses enfants sans y avoir consenti de façon pleine et entière. Si cela est vrai, il est possible que la culpabilité ait contaminé l'attachement entre Louise et sa mère. Le même phénomène s'est reproduit pour Louise alors qu'elle devenait enceinte de sa fille unique dans des circonstances pénibles et qu'elle décidait de ne pas se faire avorter « pour des raisons morales ». L'attachement a d'ailleurs par la suite été problématique et elle a dû céder la garde de sa fille à une de ses sœurs, puis à une famille d'accueil. Or, il y a lieu de suspecter que cette culpabilité primitive plane au-dessus des relations affectives que Louise établit entre les personnes de son entourage.

Par ailleurs, Louise a toujours eu peur de devenir sous l'emprise du diable. Elle raconte qu'à l'âge de 12 ans son frère aîné lui a parlé d'un film en vogue à l'époque qui s'intitulait « Exorcisme ». À 18 ans, elle a de ses propres yeux vu ce film culte. Elle en est demeurée marquée et sidérée. Ainsi, au fil des années et jusqu'à maintenant, Louise a souvent été rongée par la culpabilité et la perspective terrifiante de devenir sous l'emprise de Lucifer.

Plan de traitement

Buts

Dès le début du processus, il s'agit de favoriser une bonne alliance thérapeutique qui se veut rassurante et empreinte de collaboration afin de diminuer la détresse associée aux symptômes psychotiques et réduire la perturbation émotionnelle de Louise. De plus, on doit s'assurer que la cliente coopère au traitement psycho-pharmacologique actuel et qu'elle prend de fait la médication antipsychotique prescrite. Également, il s'avère important de sensibiliser Louise à l'effet qu'elle ne doit plus jamais consommer de drogues de rue. L'objectif est d'aider Louise à en venir à comprendre la psychose et ses implications afin de favoriser chez elle une participation active dans son plan de traitement. Ceci dans l'optique de diminuer le risque de rechute et de restaurer l'espoir de celle-ci. Enfin, il s'agit de promouvoir chez Louise un engagement dans la réadaptation à travers l'intégration d'habiletés psychosociales et de changements d'habitudes de vie.

Interventions

Au niveau des interventions thérapeutiques, s'il y a présence de symptômes positifs chez Louise, il devient important de procéder à l'investigation de ces derniers selon l'approche cognitive ABC des délires. Ainsi, il s'agira avec Louise d'établir le processus de contestation des délires à l'aide de stratégies pour atténuer les symptômes. Par exemple, on peut contester les justifications évoquées qui appuient la croyance de la patiente, contester la plausibilité du système délirant, reformuler le délire comme

tentative de donner un sens à l'expérience et rechercher une hypothèse alternative. Par la suite, on effectue une restructuration cognitive de ses croyances principales (à l'aide de la fiche d'auto-enregistrement des pensées, appendice A). Tout ce travail peut se faire à l'aide d'un dialogue socratique lors des rencontres. Les questions socratiques peuvent aider Louise à explorer les effets de ses croyances délirantes et les avantages et les inconvénients à penser de cette manière afin de générer des solutions alternatives.

Par ailleurs, l'entraînement à la confiance en soi et à l'estime de soi ainsi que l'entraînement aux habiletés sociales (encourager Louise à fréquenter des organismes communautaires, sa famille, faire du bénévolat) sont des objectifs thérapeutiques à développer. De plus, dans son plan de traitement, il est important d'assurer une bonne communication entre Louise, son médecin traitant et les différents intervenants responsables des groupes de thérapie pour personnes psychotiques afin que chacun puisse connaître son évolution et intervenir s'il y a lieu..

En somme, il s'agit d'offrir un support psychologique et médical continu, sachant que Louise a un besoin d'être régulièrement rassurée sur sa valeur, ses compétences, son cheminement et la nature de la réalité environnante.

Les obstacles prévisibles au traitement :

Louise peut à l'occasion manquer de motivation dans l'accomplissement de ses devoirs ou dans la participation à sa thérapie. Par ailleurs, advenant une décompensation psychotique, il peut s'avérer judicieux de faire une recherche de drogues de rue dans les

urines. Sachant que dans le passé, ces produits illicites ont pu jouer un rôle dans les décompensations aiguës de Louise. Aussi, il faudra vérifier si Louise a continué de prendre la médication prescrite puisque l'arrêt de celle-ci a occasionné quelques rechutes antérieurement. Également, retenons que la cliente peut apparemment redevenir compensée rapidement, puis devenir vulnérable et décompenser quelques heures ou quelques jours plus tard. L'évolution des symptômes peut survenir à l'intérieur de cycles rapides. Tel est ce qui s'est produit en octobre 2000 alors que, après avoir sauté d'un pont dans le but de se suicider, une évaluation psychiatrique à la salle d'urgence démontrait qu'elle était dans un état normal et, quatre jours plus tard, elle était réadmise sous le motif d'une désorganisation psychotique sévère. Ainsi, avant de conclure à une rémission d'un épisode psychotique chez cette cliente, on devrait s'accorder un délai de plusieurs jours.

En conclusion, cette formulation de cas permet de cibler des objectifs d'intervention dans le vaste champ des relations interpersonnelles de Louise. Cette formulation nécessita trois ou quatre rencontres. L'approche socratique utilisée dans ce processus constitue une grande force et favorise une relation de confiance entre le client et le thérapeute. La liste de problèmes comprend des comportements, des cognitions et des affects et aide le client et le thérapeute à préciser les buts du traitement. La fiche d'auto-enregistrement des pensées est utile pour générer une série de cognitions reliée à des situations particulières et éliminer les distorsions cognitives.

Louise a pu alors avoir recours à de la thérapie individuelle en clinique externe de psychiatrie. Elle eut alors accès à une thérapie cognitivo-behaviorale. L'objectif principal était de permettre à Louise de distinguer le concret de l'abstrait, d'apprendre ce qu'est un raisonnement logique et de trouver les moyens de rester dans le monde rationnel. Par exemple, dans le cas de Louise, il y a présence de « pensée dichotomique » lorsqu'elle s'imagine que l'univers est séparé en deux parties distinctes, soit les bons et les méchants, il n'y a pas de juste milieu, il n'y a plus place à la nuance, c'est « tout ou rien »!

On peut comprendre que ce mode de pensée peut mener à des perceptions radicales par rapport à la réalité quotidienne. On explora alors avec elle des situations de sa vie et les conclusions qu'elle en tirait. Le questionnement socratique lui permit de vérifier les limites de son raisonnement, de rechercher des alternatives et d'identifier les conséquences qui en découlaient. Il s'agissait de la centrer sur la réalité des faits. Or, il fut possible d'utiliser par exemple trois types de questionnements. En premier lieu, on a fait ressortir les évidences qui appuient ou qui infèrent l'idée qu'elle a amenée. Ensuite, on a questionné la possibilité de voir la situation autrement. On demande alors à Louise quelles pourraient en être les conséquences si elle imaginait le pire scénario ou le plus désirable. En somme, on tente de définir ce qui est le plus probable et si les conséquences sont graves. Le but de ces interventions est de centrer Louise sur les informations qui émanent de la réalité, de les séparer des idées qui viennent teinter ses fausses interprétations et de rendre plus complet son répertoire comportemental.

Concernant ce dernier aspect, des outils thérapeutiques sont suggérés à Louise pour stimuler les fonctions cognitives et les habiletés sociales (voir appendice B).

Si l'on prend le cas de Louise, nous sommes tout de suite confrontés au fait qu'il n'existe pas de cure miracle pour la schizophrénie. Par contre, elle s'est grandement améliorée malgré diverses rechutes et son âge (42 ans) est un bon pronostic pour le futur. Elle a un grand besoin d'être rassurée et doit souvent être validée par un pair pour se sentir à l'aise. Par contre, elle n'a plus d'hallucinations ou de symptômes positifs. Cet état la rend accessible à un bien-être qui ne semblait plus à sa portée depuis 20 ans. En effet, elle peut maintenant travailler sur différents deuils par rapport à ce qu'elle aurait voulu être si elle n'avait pas été malade. Cette acceptation lui permettra d'accepter pleinement les avantages que lui offre la vie qu'elle a aujourd'hui. Tout au long de cette présentation, nous avons pu constater que les périodes de crises sont survenues lorsque Louise cessait de prendre ses médicaments et/ou qu'elle consommait de la drogue. Ces comportements sont donc des facteurs précipitants tout comme les environnements familiaux hostiles et critiques. Les niveaux élevés d'émotions dans les interactions peuvent maintenir ou même augmenter un état de crise.

Chapitre 3

Les traitements de la schizophrénie

6. LES TRAITEMENTS DE LA SCHIZOPHRÉNIE APPLIQUÉS AU CAS CLINIQUE.

Malheureusement, il n'existe pas d'examens médicaux (radiographie, examen du cerveau, prise de sang) qui permettent d'affirmer que quelqu'un est atteint de schizophrénie. Avant d'en arriver à cette conclusion, on doit éliminer toutes les autres causes possibles qui pourraient expliquer l'état de l'individu. À titre d'exemple, l'utilisation de drogues (LSD, la cocaïne, le cannabis) peut engendrer des idées délirantes et des hallucinations. Comme il n'y a aucune cause que nous puissions mesurer, seuls les symptômes de la maladie permettent d'établir le diagnostic. Ceci constitue un obstacle considérable au traitement, car les personnes atteintes se voient attribuer de multiples « étiquettes » avant que l'on reconnaisse leur état. Les symptômes peuvent passer inaperçus tant que la maladie n'a pas atteint une phase avancée et cela peut s'avérer très frustrant pour la personne concernée et pour sa famille. Enfin, les renseignements les plus importants sont tirés des antécédents de l'individu, sur ce qu'il dit, sur ce que la famille peut mentionner en ce qui a trait à son comportement et sur les observations du clinicien.

Louise a été sous la tutelle du centre d'intégration communautaire (CIC) jusqu'à la fin de l'année dernière et habite toujours la même famille d'accueil du réseau privé. De plus, l'état clinique de la cliente s'est nettement amélioré suite à l'introduction d'un nouveau traitement pharmacologique soit le neuroleptique atypique Clozaril. Également, elle poursuit depuis deux années une consultation en psychologie dans une démarche de

psychothérapie individuelle. Après s'être impliquée dans plusieurs programmes de thérapie de groupe pour personnes psychotiques (soit le groupe compétence, le groupe de familles, le groupe d'entraînement aux habiletés sociales et le groupe de remédiation cognitive) qui seront présentés dans cette section, son état s'est grandement amélioré et elle n'a pas vécu d'autres hospitalisations depuis les trois dernières années. Aujourd'hui, Louise s'exprime clairement, sans présence de délire, d'hallucinations, d'idées suicidaires ou de symptômes dépressifs. Elle présente un bon contact avec la réalité bien qu'elle demeure parfois quelque peu interprétative en période de stress.

6.1 Le traitement en milieu hospitalier du CSSS de l'Énergie.

6.1.1 La thérapie biologique et son effet.

Malgré le fait qu'elle n'assure pas de guérison miracle, la médication utilisée dans le traitement de la schizophrénie aiguë et chronique a depuis longtemps fait ses preuves et représente l'aspect le plus important dans le traitement de cette maladie. Le but de cette approche consiste à soulager les symptômes psychotiques sans nuire au fonctionnement de la personne. Cela permet à ceux qui l'utilisent de développer les habiletés nécessaires pour bénéficier de la psychothérapie et de la rééducation que nous présenterons ultérieurement.

Ces médicaments antipsychotiques portent le nom de neuroleptiques. Les neuroleptiques typiques ou classiques, par exemple, ont été conçus dans les années 50 (Lalonde, Aubut & Grunberg, 1999). On les utilise pour diminuer les symptômes les plus incommodes de la schizophrénie et ainsi de permettre aux patients de s'adapter plus

facilement à la communauté. En somme, il existe environ trente antipsychotiques en Amérique du Nord. Ils sont tous très puissants et peuvent entraîner des effets secondaires. La diminution de ces « autres symptômes » est une des raisons qui explique la médication multiple à laquelle doivent se soumettre les personnes atteintes de schizophrénie. En effet, certains individus développent des manifestations que l'on nomme symptômes extrapyramidaux, se sont les plus sévères et ils peuvent entraîner une nervosité incontrôlable, des mouvements involontaires (dyskinésie tardive), des tremblements ou une raideur musculaire. Ces effets secondaires ne peuvent être contrôlés par le patient. De plus, ils peuvent être embarrassants au point où la personne s'isole de sa famille et de ses proches dans le but de les camoufler. Les membres de la famille peuvent croire que ces symptômes font partie intégrante de la maladie. Il est donc essentiel de bien les informer afin qu'ils puissent savoir si les comportements de l'individu sont liés à sa maladie ou à un mauvais ajustement des doses de médicaments.

Les antipsychotiques traditionnels réduisent les idées délirantes et les hallucinations de plusieurs patients, mais ce n'est pas le cas pour tous. En effet, certains ne voient pas leur condition s'améliorer et les effets secondaires associés peuvent contribuer à l'arrêt de la médication, ce qui constitue l'un des principaux facteurs de rechutes. Avec une récurrence, les symptômes chroniques peuvent s'aggraver, ce qui rend le traitement encore plus laborieux. De plus, on observe que ces médicaments sont peu efficaces pour le traitement des symptômes négatifs tels que le retrait social et émotionnel.

Heureusement, les progrès scientifiques des dernières années ont permis de développer une nouvelle classe de médicaments, les neuroleptiques atypiques, qui ont des effets sur l'ensemble des symptômes positifs et négatifs de la maladie. Ceux qui en bénéficient rapportent moins d'effets secondaires que lorsqu'ils prenaient les anciens médicaments, particulièrement au niveau des symptômes extrapyramidaux. Cette différence serait due à une action simultanée du produit sur deux composantes chimiques du cerveau, la dopamine et la sérotonine plutôt que sur une seule de ces dernières, la dopamine. L'absence d'effets secondaires sérieux, tels que les tremblements incontrôlables et la raideur musculaire, fait en sorte qu'un grand nombre de patients trouvent qu'il est plus facile de vivre avec ces médicaments.

Voici en revue les médicaments prescrits pour le traitement de la schizophrénie de Louise :

Neuroleptique typique ou atypique :

1. **Halopéridol (Haldol)** : (1987 à 2000) Posologie : 5mg tid. Effets secondaires : dyskinésie tardive.
2. **Risperdal** : (2000 à 2001) Posologie : 7mg die. Effets secondaires : elle se sentait à l'occasion dans un état pré-psychotique.

La médication actuelle, les neuroleptiques atypiques :

1. **Clozapine (clozaril)**: (2001 à aujourd'hui) posologie : 100 mg per os au souper et 300 mg. hs. L'introduction de Clozapine a eu un impact extraordinairement favorable et l'état clinique de Louise s'est nettement amélioré :

- Sa capacité d'établir des relations interpersonnelles viables, en particulier une relation thérapeutique, s'est de beaucoup améliorée. Auparavant, ses rapports interpersonnels étaient contaminés par des idées de référence et des tendances interprétatives sous un mode de persécution.
 - L'autocritique a suivi l'évolution favorable de la condition mentale. Madame est actuellement capable de dire qu'elle est une personne atteinte de schizophrénie et de décrire ce qu'elle refusait auparavant de confier.
 - Sa confiance au traitement prescrit s'est accrue. Elle reconnaît spontanément une amélioration très nette de sa condition mentale et ne voudrait pas cesser de prendre la médication actuellement prescrite.
2. **Zyprexa** : (2002 à aujourd'hui) Posologie : 10 mg. hs. Il est utilisé comme potentialisateur de la Clozapine.

La schizophrénie n'est pas une maladie constante; comme dans le cas de Louise, elle est parsemée d'épisodes aigus qui nécessitent une hospitalisation et des périodes plus calmes dans lesquelles la personne doit apprendre à mobiliser ses aptitudes pour faire face aux exigences de la vie de tous les jours. Par exemple, la psychothérapie et la rééducation permettront de développer des relations interpersonnelles, des rapports sociaux et la possibilité, s'il y a lieu, de se trouver un travail. Cependant, la pierre angulaire du traitement demeure l'acceptation de la maladie. Dans ce cas, il s'avère primordial que la famille de la personne atteinte de schizophrénie accepte également la

maladie et les limites qu'elle impose sur ce que peut faire le patient. Or, la famille joue un rôle de premier plan dans le traitement, c'est pourquoi un support à la famille est souvent recommandé pour l'aider à mieux comprendre et gérer les problèmes associés à la maladie.

6.2 Le programme spécialisé à l'intention des personnes psychotiques à la clinique externe du CSSS de l'Énergie.

Nous savons maintenant que la schizophrénie et les psychoses apparentées à cette maladie mentale grave affectent de 1 à 2% de la population entraînant des conséquences non négligeables pour les personnes atteintes. Les principales répercussions identifiées sont d'abord une diminution de l'espérance de vie de plusieurs années, des handicaps sévères pour la personne atteinte, une importante augmentation du risque de poser des gestes hétéro-agressifs, en plus d'être parfois un fardeau pour les proches.

Puisque cette maladie perdure dans le temps, les personnes qui en souffrent ont souvent un parcours thérapeutique diversifié. Certains centres hospitaliers, comme le CSSS de l'Énergie, offrent un programme semi-ambulatoire en externe visant à assurer un suivi à long terme pour répondre aux besoins des personnes atteintes de schizophrénie ou d'un trouble psychotique apparenté. Les personnes doivent être référées par un médecin via l'interne ou l'externe. Sur le plan administratif de l'institution, l'objectif de ce programme vise la diminution des coûts reliés à l'hospitalisation et à l'utilisation des services, la réduction de l'incidence de la chronicité de la clientèle et des coûts rattachés aux soins à long terme. Le programme s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle il est plus

efficace et plus rentable de dispenser certains services dans la collectivité plutôt qu'à l'hôpital, ce qui favorise aussi la réintégration psychosociale. Ce programme comprend quatre volets. Leur description permettra de mettre en lumière le cheminement thérapeutique de Louise, ses différents acquis, de comprendre les difficultés éprouvées et de la situer dans ce qu'elle vit aujourd'hui.

Plusieurs traitements se basant sur des approches psychoéducatives et cognitivo-comportementales ont pour but d'aider des personnes atteintes de schizophrénie et leurs proches. Ces traitements visent trois objectifs : apprendre à vivre avec la schizophrénie, améliorer la qualité de vie des personnes en début d'évolution d'une psychose et favoriser l'adaptation de la personne et de ses proches. De plus, les objectifs cliniques spécifiques sont multiples; améliorer la connaissance de la maladie dans tous ses aspects (expression émotionnelle, habiletés de communication, symptômes, traitements, sensibilisation aux indices précurseurs de rechute chez les personnes atteintes et chez ses proches), acquérir les habiletés relationnelles requises dans différentes situations de la vie quotidienne (communication efficace, expression de son opinion, respect des autres) et favoriser le processus d'adaptation grâce au travail de deuil, aux stratégies d'adaptation et à l'utilisation des ressources disponibles. Par ailleurs, il s'agit également de stimuler les fonctions cognitives de base (mémoire, concentration) de même que les processus cognitifs plus complexes (planification, résolution de problème) de la personne atteinte afin d'améliorer le contact avec la réalité et de favoriser une meilleure perception de soi et de l'environnement.

L'intégration des approches thérapeutiques dans un plan de traitement cohérent sera facilitée par l'élaboration conjointe du traitement avec le bénéficiaire et la coordination avec les partenaires du réseau toujours impliqués auprès de celui-ci. Cette intégration se réalise par le biais de réunions d'équipes multidisciplinaires et par l'intervenant-pivot responsable de la coordination du plan d'intervention.

6.2.1 Le groupe compétence.

Le groupe compétence est un groupe homogène fermé pouvant contenir de 5 à 12 participants et dont la durée est de 90 minutes par semaine pendant dix semaines. Un service de co-thérapie est offert par les deux thérapeutes se partageant l'animation du groupe.

Le mandat premier est de favoriser les connaissances de la maladie dans toutes ses sphères. D'abord, chacun des participants doit se présenter au groupe et se fixer des objectifs personnels. C'est à travers divers médias (documentation, acétates, échanges, activités) que l'on enseigne les objectifs spécifiques du groupe compétence. En premier lieu, on vise à faire connaître la schizophrénie, à identifier les causes de la maladie, à se familiariser avec le traitement et à fournir des informations sur la médication antipsychotique et ses effets secondaires. Ensuite, on cherche à enseigner des stratégies de traitement psychosocial. Les deux thérapeutes insistent également sur les effets néfastes de l'alcool et des drogues sur la prévention des rechutes et sur l'identification du rôle des participants et de leur famille dans le traitement de la maladie. En fin de processus, il s'agit de faire un bilan personnel des objectifs fixés au départ et des apprentissages réalisés.

6.2.2 La thérapie de groupe de familles.

Les approches de type psychoéducatif s'adressant aux familles se sont surtout développées durant les années 1980 par différentes équipes de chercheurs (Goldstein & al., 1981; Leff & al., 1982; Anderson, Reiss & Hogarty, 1986). Cette approche fournit une importante contribution au traitement de la maladie car elle se base sur le partage des connaissances et le développement d'attitudes favorables à l'influence positive. Il importe d'insister sur les stratégies d'adaptation à la maladie et sur l'identification des pistes d'influence de celle-ci.

Le programme présenté s'adresse à un groupe de familles. Une fois la thérapie débutée, le groupe reste fermé. Les séances sont de 90 minutes à raison d'une fois par semaine sur une durée de 10 rencontres où deux intervenants se partagent les interventions. La première rencontre sert d'accueil aux participants qui sont invités à partager et à raconter ce qu'ils vivent. Ils peuvent alors remplir un questionnaire (voir appendice C, « le Faces-III ») qui sert à décrire la famille selon les dimensions adaptabilité et cohésion de la vie familiale. Ensuite, il y a un volet éducatif qui offre un aperçu de l'histoire des connaissances sur la maladie, ce qui permet de mieux comprendre ses causes, ses manifestations, son évolution et ce qui la déclenche. Par exemple, l'interruption du médicament, des événements stressants de la vie quotidienne, des manifestations émotives excessives ainsi que la prise d'alcool et de drogues.

Prenons le cas de Louise, lorsqu'elle a été hospitalisée après avoir agressé sa mère, elle avait cessé de prendre ses médicaments depuis une période d'un an ; de plus,

elle consommait de l'alcool et vivait beaucoup de stress. Tous ces éléments peuvent être observés par les proches. La thérapie familiale met donc l'accent sur leur dépistage, ce qui permet de prévenir d'éventuelles rechutes. Une meilleure connaissance de la maladie par les proches peut leur permettre d'offrir, avec l'appui du personnel soignant, un soutien plus adéquat.

La vie avec une personne atteinte de schizophrénie peut être une dure épreuve, ses comportements sont imprévisibles et elle peut sembler indifférente face à ses proches. En fait, elle éprouve de la difficulté à communiquer son expérience ou ce qu'elle ressent. Cela peut devenir une source de frustration et être à l'origine de nombreux conflits. Ainsi, il s'avère judicieux d'identifier les principaux obstacles à la communication et leurs effets sur les relations interpersonnelles. Par exemple, les critiques avec fortes charges émotives pour des situations qui n'en valent pas la peine alimentent souvent le conflit. Il est aussi important pour la famille d'éviter la sur-stimulation qui consiste à répéter continuellement les mêmes reproches et commentaires désobligeants. L'utilisation de « **L'échelle d'évaluation personnelle des crises familiales** » (voir appendice D, « Le F-COPES ») permet de voir comment la famille résout ses problèmes et d'enregistrer les attitudes et comportements de résolution de problèmes efficaces que les familles ont développés pour répondre aux problèmes ou aux difficultés.

Malgré de bonnes intentions, le fait d'insister sur les problèmes de la personne peut nuire à sa condition. En effet, cela peut engendrer un sentiment d'être contrôlé, provoquer de l'anxiété et amener la personne atteinte de schizophrénie à s'isoler

davantage. Un des objectifs du groupe de familles est d'établir clairement des limites au sein des membres de la famille. Il s'agit de définir des moyens pour établir ces limites en apprenant par exemple à développer l'affirmation de soi. La pratique dans la réalité de cette habileté implique, en premier lieu, le choix d'une situation spécifique. Cette situation est alors explorée dans ses moindres détails avec les thérapeutes pour déterminer ses impacts, autant positifs que négatifs. Ensuite, la personne applique ses apprentissages dans la vie réelle en prenant soin de noter les circonstances dans lesquelles elle applique les méthodes d'affirmation. Cela peut se faire en observant les réactions des autres. On lui demande alors de noter les situations où elle s'est comportée de façon non agressive. Les succès risquent d'améliorer l'image que l'individu a de lui-même et de conscientiser son entourage à ses besoins. Par le fait même, les membres de la famille comprennent et acceptent mieux les comportements du malade.

Il peut arriver que la famille se décourage car, malgré tous ses efforts, la personne peut à tout moment vivre un épisode de crise. Il demeure important d'insister sur le développement d'attentes réalistes. On demande donc aux membres de la famille ses espoirs face à la personne atteinte de maladie mentale et face aux autres membres de la famille. On amène aussi le malade à se questionner sur des points tels que l'école, le travail, les relations amoureuses, la vie sociale, les loisirs et les activités routinières (voir appendice E, « La roue d'équilibre »). Ensuite, on explore les déceptions vécues par rapport à ces éléments et on retourne aux attentes. Entre les rencontres, on demande à la famille et au conjoint de noter les développements encourageants et d'ajuster leurs attentes par rapport à ces succès afin qu'elles deviennent plus réalistes. Cela minimise

les frustrations malgré le fait que ce processus n'est pas aisé, car les capacités et les limites de la personne ne sont pas faciles à cerner.

Des informations sont données aux familles concernant les ressources communautaires disponibles dans la région de Shawinigan.

Voici ces ressources :

- 1) Le café alternatif (703 Viger, Tél : 536-7101).
- 2) Auto-psy Shawinigan (2513, av. St-Marc, Tél: 539-1980).
- 3) Centre Rolland-Bertrand (2183, rue St-Marc, Tél : 537-8851).
- 4) Périscope (Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale) (2422, av. St-Marc, Tél : 539-6487).
- 5) Centre Prévention Suicide Mékinac de la Mauricie (462, av. de la Station, Tél : 536-2995).

Ces endroits ont également pour but d'alléger la tâche de la famille et de développer le réseau social de la personne atteinte de schizophrénie. Un des principaux objectifs consiste à sensibiliser les participants aux risques et aux dangers de l'isolement social et à favoriser le développement des habiletés à créer et à maintenir un réseau social. Les avantages qui en découlent sont les suivants : maintien d'une bonne santé physique et mentale, soutien et distraction, normalisation, allégement de la situation et pré-dramatisation. En somme, la thérapie de groupe de familles offerte aux personnes atteintes de schizophrénie et à leurs proches leur permet d'acquérir de nouvelles solutions et de renforcer les liens avec les proches, leur famille et leurs amis.

Il est à noter ici que la famille de Louise n'a pas participé au groupe de familles tel que présenté ci-haut. La famille y a été invitée, mais la mère, qui a répondu à l'appel téléphonique, a refusé l'invitation. Elle a justifié son refus en disant qu'elle avait déjà participé à un groupe semblable dans les années antérieures et qu'elle ne ressentait pas le besoin d'en savoir plus sur la maladie.

6.2.3 La thérapie de groupe d'entraînement aux habiletés sociales.

La personne atteinte de schizophrénie vit souvent dans un monde imaginaire et ne recherche pas nécessairement la proximité des autres. Souvent, elle est absorbée par ses idées et ne semble pas être en contact avec la réalité extérieure. Le but de ce traitement est donc d'augmenter la compétence sociale afin de mieux outiller la personne pour faire face aux situations stressantes de la vie quotidienne. Cette démarche s'inspire de la méthode structurée décrite par Liberman, Mueser & Wallace (1986). Le groupe d'entraînement aux habiletés sociales est un groupe homogène fermé pouvant contenir de 5 à 12 participants et dont la durée est de 90 minutes par rencontre. La fréquence est d'une fois par semaine pendant quatorze semaines. Cette approche s'appuie sur l'enseignement en groupe (ou individuel) de techniques cognitives de résolution de problèmes et sur l'entraînement à la communication. Elle fait appel à deux catégories d'habiletés, soit les habiletés instrumentales (requis dans les relations avec autrui pour obtenir des biens et services) et les habiletés relationnelles (nécessaires pour créer des liens d'amitié et obtenir du soutien de ses proches). Cette thérapie de groupe suggère à la personne de mettre en pratique ses nouveaux apprentissages dans son environnement afin

de les généraliser et de les consolider. Les techniques cognitivo-comportementales utilisées dans le cadre de l'entraînement aux habiletés sociales sont l'imitation de modèles (« modeling »), le façonnement (« shaping »), le renforcement positif, la résolution de problèmes, etc.. On peut alors observer une augmentation de la compétence sociale quand les habiletés sociales sont utilisées adéquatement dans un environnement réceptif.

Les objectifs restent simples et réalistes. La première session consiste à se présenter aux membres du groupe et à partager son vécu. Une série de questions est utilisée pour favoriser les premiers contacts qui ne sont pas toujours faciles à entamer (voir appendice F, « casser la glace »). Ensuite, on propose aux participants de se demander s'ils considèrent qu'ils sont des êtres sociaux et comment ils se définissent en tant que tels. Dans le but de faciliter l'entretien, un questionnaire portant sur l'estime de soi sociale doit être rempli (voir appendice G, « Inventaire d'estime de soi social. »). En fait, il est expliqué que la communication est le seul moyen de savoir qui nous sommes, de définir notre identité. Effectivement, c'est par la façon dont les autres nous définissent que nous nous faisons une idée de ce que nous sommes et c'est en ayant le sentiment d'appartenir à une certaine réalité interpersonnelle que nous répondons au besoin d'inclusion. De plus, le fait de savoir que nous comptons pour les autres nous donne l'impression de valoir quelque chose et nous renvoie une meilleure image de nous-mêmes.

La communication aide également à accomplir des tâches simples de la vie de tous les jours comme se nourrir, avoir des soins de santé et obtenir des choses. La difficulté à s'exprimer efficacement et clairement dans différentes situations risque d'empêcher la personne d'atteindre ses objectifs. Le fait d'enseigner les diverses composantes d'une communication efficace démystifie les obstacles que peut rencontrer la personne atteinte de schizophrénie. En effet, la dimension non verbale occupe une place prédominante dans la relation interpersonnelle. Dans les thérapies de groupe, une importance est accordée au contact visuel et à la gestuelle. L'art de la communication permet d'obtenir ce que l'on désire des autres tout en maintenant la relation dans des termes acceptables pour toutes les parties concernées. Elle implique un large éventail de comportements qui permet de choisir le plus approprié selon le contexte, ses objectifs et l'autre personne. Des exercices entre les participants permettent une auto-observation de l'initiation de la conversation et de l'engagement dans la relation.

Le contact interpersonnel implique une dimension émotionnelle importante. Les personnes souffrant de schizophrénie ont souvent de la difficulté à bien identifier leurs émotions. Il peut aussi arriver qu'elles ne les ressentent pas, cela a comme conséquence qu'elles les expriment souvent dans des situations inappropriées ou ne les expriment tout simplement pas. Les objectifs du traitement consistent à reconnaître les émotions de base (voir appendice H, *Les différentes émotions*), à identifier les raisons pour ne pas les exprimer, faire le lien entre les pensées irrationnelles et les émotions négatives et finalement exprimer ses émotions de façon adéquate (voir appendice H, *Exprimer mes émotions & Changer ma communication*). L'émotion est une réaction affective qui a

plusieurs composantes. Il peut s'agir d'une réaction physiologique : exemple, la peur peut accélérer le rythme cardiaque, faire monter la pression artérielle, hausser le taux de glycémie, retarder la digestion et dilater les pupilles. Les émotions peuvent aussi s'exprimer par des réactions non verbales (rougissement, transpiration, gestes, ton de la voix, expressions faciales, postures) ou par des interprétations cognitives. En somme, si l'individu peut identifier ces signaux et les lier à une émotion, il sera en mesure de prendre le recul nécessaire pour réfléchir sur son langage intérieur et ainsi trouver une alternative à des pensées génératrices de comportements indésirables. Dans le cas de Louise, elle devait recevoir la visite de son frère qui avait promis d'arriver à 18 h 00 juste. Ce dernier n'était toujours pas arrivé à 21 h 00. Elle commença à croire qu'il ne voulait pas la voir, qu'il avait parlé à sa mère et qu'elle l'avait dissuadé de venir la voir. Louise s'est alors sentie bouleversée, elle s'est mise à avoir peur et à être en colère. Lorsque son frère arriva une heure plus tard, il tenta de lui expliquer qu'il avait eu une crevaison, mais ce ne fut pas suffisant pour calmer Louise qui se querella avec ce dernier. Pourtant, il n'y avait rien de dramatique, une meilleure prise de conscience de la montée de ses émotions aurait pu éclairer Louise sur l'état dans lequel elle était au moment où son frère est arrivé. Elle aurait alors pu prendre le temps de se calmer et ainsi choisir parmi des scénarios plus appropriés.

Une des expressions émotionnelles les plus intenses et ayant une forte répercussion sur l'entourage est certainement la colère; on la retrouve souvent au sein des conflits interpersonnels. La thérapie de groupe a pour objectif d'aider la personne schizophrène à gérer ses conflits et à explorer le sens de la colère dans sa vie. On

enseigne que la colère est interactionnelle, qu'elle est une forme d'énergie déployée, reliée à notre instinct de survie qui permet de prendre un territoire et de le défendre s'il est menacé. Si cette dernière est bien gérée, elle peut aider à résoudre des conflits et à trouver des solutions constructives (voir appendice I, *Alternatives à la colère*). Louise aurait pu exprimer sa déception et son mécontentement face au retard de son frère sans toutefois le blâmer et le critiquer; les deux étaient alors perdants et la relation en a souffert. Il faut beaucoup de créativité pour être en mesure de trouver un compromis qui intègre deux points de vue opposés et qui prend en considération les besoins des deux parties. Le conflit devient alors un problème à résoudre plutôt qu'une bataille à gagner. On peut donc initier des jeux de rôle où les participants choisissent parmi différentes alternatives des situations conflictuelles à régler.

Ensuite, il s'avère important d'insister sur le besoin légitime d'avoir un certain contrôle sur sa vie et sur son environnement. Ce besoin est particulièrement présent quand un problème se présente. On se demande alors si l'on risque de perdre le contrôle, si la situation va me dépasser ou si je vais me faire contrôler. Une façon de se sentir en confiance est de régler systématiquement le problème en déterminant d'où il vient, en le nommant et en s'assurant que l'autre personne impliquée est d'accord avec l'énoncé du problème. On peut alors chercher et partager différentes solutions sans les juger. Puis, on examine les scénarios possibles en mettant l'accent sur la logique des faits, les hypothèses à vérifier et les solutions à appliquer. Finalement, on s'assure que la solution retenue est en lien avec le problème, si elle répond à nos besoins, si elle est réaliste et applicable. Les succès pourront servir de fondement pour l'adoption de comportements

similaires dans le futur. Ainsi, la personne atteinte de schizophrénie développera un sentiment de compétence quant à son habileté à faire face aux situations de la vie.

Ces personnes atteintes de la maladie ne sont pas des êtres asexués bien qu'elles puissent parfois avoir de la difficulté à bien comprendre la sexualité. Cette étape du processus thérapeutique permet de situer la sexualité par rapport aux besoins humains, d'explorer les stéréotypes sexuels et ses propres croyances à ce sujet. Comme être humain, nous avons besoin d'aimer et d'être aimé. Il s'agit d'un échange affectif qui peut aboutir au partage sexuel. Il est donc très important de pouvoir identifier si notre besoin découle de l'affectivité, de la sexualité ou des deux. Cela peut éviter des malentendus et des situations embarrassantes. Puisque chacun possède son histoire à ce sujet, le programme de cette thérapie de groupe présente une séance où la personne explore ce qu'elle a appris en matière de sexualité jusqu'à aujourd'hui. Pour y parvenir, la personne est invitée à remplir un questionnaire sur la sexualité (voir appendice J). Les participants peuvent ensuite échanger par rapport à leurs réponses. On leur explique que leurs connaissances proviennent de leurs expériences personnelles, de la famille et de la culture dans laquelle nous vivons. Cela permet d'identifier les stéréotypes liés aux rôles sexuels (hommes/femmes) et de consolider leur identité en termes d'individus sexués.

Étant donné que la maladie est de longue durée, il arrive souvent que les acquis provenant des diverses thérapies de groupe présentées doivent être consolidés. En effet, il arrive qu'une crise psychotique survienne malgré toutes les précautions. Il faut alors

prendre en charge l'individu afin de maximiser son autonomie et lui permettre de retrouver un niveau de vie semblable à celui qu'il avait avant la crise.

6.2.4 La thérapie de groupe de remédiation cognitive.

Les déficits cognitifs des personnes psychotiques se situent davantage au niveau du traitement de l'information. Pour remédier à ces déficits, l'approche de cette thérapie de groupe priorise l'utilisation de techniques hautement directives et adaptées aux cas individuels, d'où l'importance de procéder à une évaluation initiale complète. Ainsi, en précisant les ressources du client, il sera possible de les transposer dans les modules thérapeutiques adaptés à ses besoins. Le groupe de remédiation cognitive est un groupe homogène fermé, pouvant contenir de 5 à 12 participants. La durée de chaque rencontre est de 90 minutes. La fréquence est d'une fois par semaine pendant dix semaines.

Les principes d'apprentissage véhiculés par les thérapeutes aux participants sont la formulation de buts spécifiques, l'utilisation de techniques instructives utilisant différents médias et l'insistance apportée à la précision et à la clarté de l'instruction. Notons que les répétitions fréquentes, le feedback immédiat et le renforcement positif sont les stratégies thérapeutiques préconisées par les intervenants. Cependant, pour les clients présentant des troubles cognitifs prononcés, des peurs sociales importantes, une symptomatologie négative et une faible motivation au traitement, il est préférable de se concentrer sur la réhabilitation des fonctions cognitives élémentaires telles que décrites par Spaulding et al. (1994). Une fois ces fonctions acquises, il sera alors possible de poursuivre cette démarche dans une perspective d'accroissement progressif de la

complexité de l'information à travers différents processus (Hodel & Brenner, 1994). Par exemple, le processus de discrimination et d'interprétation de stimuli, la restructuration du champ visuel et son influence sur l'intégration temporo-spatiale, les fonctions de la pensée conceptuelle et la discrimination critique entre l'essentiel et l'accessoire.

Or, les objectifs spécifiques du groupe de remédiation cognitive visent à améliorer la perception de soi et la perception de l'environnement des clients. De plus, il est aussi question de développer leur capacité d'abstraction, leur attention, leur mémoire et de les sensibiliser aux concepts de la modulation, de la hiérarchisation et de la structure. Également, on apprend aux participants à discriminer les stimuli (ex : constance des grandeurs), à interpréter les stimuli (ex : contexte, familiarité, etc.), à identifier les distorsions cognitives, à développer un processus de résolution de problèmes et à planifier. À la fin des rencontres, il s'agira de faire le bilan des apprentissages réalisés.

6.2.5 Conclusion

Les services cliniques offerts en externe ne visent pas à adhérer de façon rigide à un modèle de traitement spécifique mais s'inspirent plutôt de plusieurs approches complémentaires (psychoéducative, cognitivo-comportementale, psychopharmacutique et de remédiation cognitive). Le but essentiel visé par ce programme est de rendre le plus tôt possible ses services accessibles aux personnes en début d'évolution d'une psychose. La philosophie de base de ce programme se fonde sur les principes de la réadaptation psychiatrique formulés par Anthony & Liberman (1986) et Bachrach (1992). Ainsi, les principes d'intervention préconisent l'amélioration des compétences pour permettre de

développer un potentiel maximal d'autonomie. Pour en arriver à ces fins, il est possible d'envisager un réaménagement de l'environnement de la personne pour répondre à ses besoins. La thérapie permet de cibler l'exploitation des forces de l'individu dans le but d'améliorer ses compétences en sollicitant ses habiletés disponibles. Les objectifs majeurs sont de restaurer l'espoir et de briser l'isolement chez les personnes atteintes de schizophrénie par l'utilisation de ressources mises à leur disposition. Cette approche aide l'individu à se réapproprier son pouvoir d'agir en demeurant actif dans un processus de réadaptation psychosociale. Le maintien dans le milieu de vie est supporté par des intervenants en particulier afin que le traitement pharmacologique, qui est une condition essentielle au bien-être de la personne atteinte de schizophrénie, soit respecté.

Par ailleurs, la psychothérapie individuelle avec Louise vise à faire aussi le bilan tout au long de sa participation au programme. Les thérapies de groupe favorisent la normalisation, l'entraide, l'ouverture aux autres et le sentiment d'appartenance. De plus, en cours de traitement, une évaluation continue du cheminement de Louise est poursuivie tout au long de sa participation au programme. Le programme se veut souple et adapté au cheminement de cette participante, car une modification du plan d'intervention est apportée si celle-ci présente une instabilité ou de la non observance aux traitements. Or, même lors d'une hospitalisation un lien thérapeutique est maintenu avec l'intervenant-pivot par le biais, par exemple, de rencontres ponctuelles avec Louise ou l'équipe traitante. En dernier recours, dans le cas où elle se sent inapte à participer au programme, un lien par contact téléphonique sera maintenu par l'intervenant-pivot avec cette dernière et sa famille afin de préserver l'alliance thérapeutique et diminuer ainsi les risques de rechute.

Chapitre 4

Résultats

7. ÉVALUATION DES SYMPTÔMES AVANT LA PRISE EN CHARGE ET APRÈS TRAITEMENTS

Cette section présente l'ensemble des résultats obtenus suite aux deux évaluations de Louise à l'aide de l'échelle du syndrome positif et négatif (ESPEN) administrées avant la prise en charge (pré-test) et après les traitements de la schizophrénie (post-test). Ainsi, suite au traitement, on observe une diminution de tous les symptômes positifs et négatifs. De plus, concernant l'échelle de psychopathologie générale, on remarque l'apparition de préoccupations somatiques minimales qui étaient absentes avant la prise en charge. Toutefois, tous les autres symptômes de l'échelle de psychopathologie générale accusent une diminution.

Échelle du syndrome positif et négatif (ESPEN) de Louise

Légende :	Absent	Minime	Léger	Modéré	Modérément sévère	Sévère	Extrême
	1	2	3	4	5	6	7

	Pré-test : déc. 01	Post-test : mai 05	Différence
Échelle des symptômes positifs (P)	Avant la prise en charge	Après traitements	(Score)
P1 Idées délirantes	5	1	4
P2 Désorganisation conceptuelle	2	1	1
P3 Comportements hallucinatoires	5	1	4
P4 Excitation	3	1	2
P5 Idées de grandeur	1	1	-
P6 Méfiance/Persécution	4	2	2
P7 Hostilité	4	1	3
Échelle des symptômes négatifs (N)			
N1 Émoussement de l'affect	2	1	1
N2 Retrait émotionnel	2	1	1
N3 Relation interpersonnelle déficiente	3	1	2
N4 Retrait social passif et apathique	4	1	3
N5 Trouble de l'abstraction	4	1	3
N6 Manque de spontanéité et de débit du discours	4	1	3
N7 Pensée stéréotypée	5	1	4

	Pré-test : déc. 01	Post-test : mai 05	Différence
Échelle de psychopathologie générale (G)			
G1 Préoccupation somatique	1	2	-1
G2 Anxiété	5	2	3
G3 Sentiment de culpabilité	6	3	3
G4 Tension	4	2	2
G5 Maniérisme et attitude	1	1	-
G6 Dépression	6	1	5
G7 Ralentissement psychomoteur	4	1	3
G8 Non-coopération	4	1	3
G9 Contenu inhabituel de la pensée	3	1	2
G10 Désorientation	1	1	-
G11 Trouble de l'attention	4	1	3
G12 Manque de jugement et d'autocritique	4	1	3
G13 Perturbation de la volition	5	1	4
G14 Mauvais contrôle pulsionnel	5	1	4
G15 Préoccupation	5	1	4
G16 Évitement social actif	5	1	4

2

² Les deux évaluations de cette échelle du syndrome positif et négatif (ESPN) ont été administrées par le médecin traitant de Louise. Notons que le Post-test (après traitement) effectué en mai 2005 s'est réalisé à la demande de l'auteur de cet essai doctoral afin d'objectiver les résultats obtenus préalablement en décembre 2001 (avant la prise en charge; devenu le Pré-test) pour les fins de cette étude.

7.1 Les habiletés acquises à travers la démarche thérapeutique

Aujourd'hui, de façon générale suite à la psychothérapie individuelle, Louise est une personne de bonne humeur, souriante, nettement moins interprétative et présentant une bonne autocritique par rapport à sa maladie. L'observance au traitement est excellente et l'alliance thérapeutique avec Louise est solide.

Au niveau des habiletés sociales et cognitives acquises, notons que Louise est inscrite depuis deux ans à différents cours offerts par des organismes communautaires. Ainsi, elle suit des cours d'informatique, de peinture et d'écriture. Elle est aussi un membre actif du conseil d'administration pour un organisme communautaire sur l'alphabétisation en plus de faire du bénévolat. L'horaire bien rempli de Louise semble répondre à son besoin d'être occupée et de souscrire à un quotidien structuré dans l'intention de se situer le plus près possible du concept de normalité. De plus, à deux reprises, Louise a donné une conférence dans une classe de psychologie de niveau collégial dans laquelle elle a fait le partage de son histoire personnelle à propos de sa maladie. Ce fut pour cette dernière une expérience très positive tellement qu'elle songe à récidiver l'an prochain puisqu'elle semble y avoir un grand intérêt.

Par ailleurs, grâce au cheminement thérapeutique (individuel et de groupe) de Louise, elle a pu acquérir des aptitudes qui l'ont amenée à développer des relations interpersonnelles saines et de nouveaux supports sociaux. Également, sur le plan affectif, Louise affirme aujourd'hui percevoir une nette amélioration de sa relation avec sa mère et sa fille. Elle explique cette réussite par le fait qu'il y a entre elles une meilleure

communication. Elle ajoute qu'elles entretiennent des contacts quotidiens et va jusqu'à dire que sa fille lui octroie le rôle de confidente à l'occasion.

Actuellement, la démarche de Louise en psychothérapie individuelle se poursuit en raison d'une fois par mois à la demande de la cliente. L'objectif est de favoriser le maintien des acquis, d'offrir un support et du renforcement positif.

Chapitre 5

Réflexion

Contrairement aux méthodes de recherche quantitatives qui s'effectuent auprès d'un grand nombre de personnes, l'étude de cas est une investigation en profondeur auprès d'un individu servant à mieux comprendre son fonctionnement. L'objectif de cette section est d'identifier les limites des méthodes quantitatives traditionnelles et de souligner la pertinence de l'étude de cas.

8. L'INTÉRÊT DE L'ÉTUDE DE CAS UNIQUE VS LA RECHERCHE QUANTITATIVE

Nous assistons à un regain d'intérêt pour la méthode du cas unique. Quelques articles de caractère méthodologique apparaissent dans les revues de langue anglaise et les ouvrages de méthodologie et d'épistémologie de la recherche lui consacrent de substantielles contributions (Widlöcher, 1999). Nous pouvons parler d'un regain d'intérêt dans la mesure où le cas unique a été largement utilisé dans le passé. Considérant les limites des méthodes quantitatives habituelles, Widlöcher (1999) mentionne que le renouveau pour le cas unique tient à une certaine déception suite aux résultats obtenus par les méthodes inductives de type probabiliste et par la prise de conscience toujours plus aiguë des limites et des biais de ces méthodes. Nous n'avons qu'à penser au biais méthodologique lié au recours trop confiant à la moyenne du groupe pour évaluer un résultat. Selon cet auteur, un deuxième inconvénient tient à la nécessité de disposer d'échantillons importants pour démontrer la régularité de l'événement. Une

troisième difficulté tient, dans d'autres cas, à la nécessité des groupes témoins. Plus généralement, la méthode inductive fondée sur de grands échantillons a davantage pour mérite d'apporter la preuve d'un fait supposé que d'assurer la découverte de faits nouveaux. Les inconvénients de la méthode ne sont pas négligeables et c'est de ces réserves que revient l'intérêt pour la méthode du cas unique ou, selon l'expression anglaise, du *single case* ou du *single case design* (Hersen, 1982).

Cette méthode consiste donc à mettre en place un dispositif expérimental sur un seul individu en faisant varier un paramètre. On retrouve des applications à la recherche psychiatrique dans les prises d'observations ponctuelles et répétées. La méthode consiste donc à observer la constance ou la variation de paramètres sur un seul individu en procédant à des mesures répétées (Widlöcher, 1999).

Un autre type de méthode qui peut être utilisée dans une étude de cas unique est celle définie selon le programme du paradigme d'étude de cas pragmatiques par Fishman (1999). Le problème psychologique ou social du client devient le focus de l'étude et s'inspire d'une conception du problème qui est typiquement moléculaire et holistique. La situation de cas particuliers en milieu naturel dans lesquels le programme a été implanté inclut : le contexte du cas unique (historique, psychologique, social, organisation, communauté, culturel et physique) et le programme lui-même en terme de niveaux de systèmes applicables. Les mesures et les procédures employées pour évaluer l'impact du programme incluent typiquement les observations du participant. Ces mesures peuvent varier en fonction de deux dimensions : mesures quantitatives VS mesures qualitatives et mesures standardisées VS mesures individualisées. La méthode de cas unique a été

injustement oubliée en psychopathologie. Elle n'est peut-être pas le meilleur instrument pour valider une hypothèse, mais elle est vraisemblablement une des meilleures pour découvrir un fait ou un lien nouveau. Elle est un instrument de découverte irremplaçable, qu'il s'agisse d'une étude statistique relevant d'une pluralité de données sur le même individu ou d'une référence à ce dernier comme témoin ou d'une simple description de l'événement individuel, convenablement choisi (Widlöcher, 1999).

L'étude de cas unique possède une grande utilité. Cette méthode permet de structurer et de décrire la démarche thérapeutique de Louise à travers les différents groupes du programme pour personnes psychotiques auxquels elle a participé. De plus, grâce à cette méthode, il a été possible de faire la présentation de la formulation cognitive-behaviorale de Louise comme référant à la psychothérapie individuelle. Cette formulation permet d'obtenir une meilleure compréhension clinique de la schizophrénie de Louise et de prévoir les obstacles aux traitements. Enfin, l'étude de cas unique permet aussi d'évaluer le progrès de Louise suite à son cheminement thérapeutique.

8.1 Évaluation du programme pour personne psychotique du CSSSE

Ce programme s'étale sur une durée de trois ans et fonctionne par cohorte d'individus qui peuvent participer aux quatre types de groupes décrits ci-haut, en plus d'être suivis en psychothérapie individuelle. Il serait intéressant en terme de pistes pour des recherches futures de procéder à une évaluation de ce programme spécialisé. Cette évaluation pourrait permettre de mesurer les effets à moyen et long terme sur la clientèle psychotique dans l'optique de justifier sa pertinence dans le réseau de la santé et des

services sociaux. Ainsi, il est possible de préconiser différents moyens, par exemple le nombre de références, le nombre d'inscriptions au programme, le nombre et la durée des hospitalisations, le nombre de références des organismes communautaires partenaires, etc. Les résultats de l'étude pourraient être discutés en terme d'application à d'autres situations de cas similaires. Par ailleurs, il serait pertinent de développer, dans une démarche rigoureuse, un volet d'évaluations cognitives initiales des clients nouvellement admis au programme. Il apparaît important de mettre sur pied cette démarche (voir appendice K) afin de mieux cibler les déficits cognitifs des clients, ce qui permettra de personnaliser davantage les interventions dans les groupes et de mieux répondre aux besoins de chaque individu. Également, une évaluation fonctionnelle, une évaluation psychosociale et une évaluation de la qualité de vie pourraient s'inscrire dans cette démarche. De plus, dans une perspective future, ajouter un volet intégration à l'ensemble des groupes déjà offerts ainsi que l'ajout d'un volet activité physique (l'initiative est souvent ciblée comme un obstacle à la mobilisation des patients pour s'y investir par eux-mêmes) peut s'avérer une piste de bonification pour ce programme. La mise sur pied d'un cinquième groupe axé uniquement sur l'intégration des notions apprises dans les groupes précédents serait bénéfique. Aucun nouveau contenu n'y serait enseigné permettant ainsi d'utiliser davantage de mise en pratique et de situations « in vivo » à travers des moyens d'intervention plus variés. Finalement, afin d'aider la clientèle dans son cheminement, nous pourrions faire appel de façon sporadique à des clients ayant déjà participé au programme (par exemple Louise) pour témoigner de leur expérience.

Conclusion

La schizophrénie apparaît habituellement au début de la vie adulte et affecte environ 1 % de la population canadienne (selon le Rapport sur les maladies mentales au Canada, 2002). On considère qu'une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux est responsable du développement de cette maladie. De plus, la crainte du public engendrée par une mauvaise connaissance et une incompréhension de la maladie contribuent à la stigmatisation des personnes atteintes de schizophrénie. Plusieurs stéréotypes peuvent contribuer au fardeau des familles. Pour un traitement efficace de la schizophrénie, la psychothérapie et la rééducation vont de pair avec la pharmacothérapie qui constitue la pierre angulaire du traitement. Comme dans le cas de Louise, lorsque la phase aiguë de la schizophrénie est passée, plusieurs patients ont besoin d'aide pour reconstruire leur vie et utiliser au maximum leur capacité. C'est ainsi que l'éducation de la personne au sujet de sa maladie et de son traitement, de même que l'éducation de la famille deviennent des étapes importantes du traitement. De plus, il a été démontré que des groupes de soutien et un entraînement aux habiletés sociales ont permis à Louise de développer des relations interpersonnelles et des supports sociaux. Également, l'entraînement aux habiletés cognitives de même que de la réadaptation ont permis d'améliorer les activités de la vie quotidienne de Louise. Or, apprendre à faire face à la vie (savoir utiliser ses médicaments, se reconstruire une vie sociale, se trouver un emploi ou faire du bénévolat) fait partie du processus de rééducation et de

réadaptation. En somme, l'approche bio-psycho-sociale permet d'optimiser l'état fonctionnel et le bien-être de la personne atteinte de schizophrénie et il existe un large éventail de services institutionnels, sociaux et communautaires à travers des équipes multidisciplinaires de traitement qui offrent ces services.

Références

- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd.) (version internationale). (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. Guelli et al., Paris : Masson.
- Anderson, C.M., Hogarty, G.E. & Reiss, D.J. (1986). *Schizophrenia and the family: A practitioner's guide to psychoeducation and management*, New-York, Guilford Press.
- Anthony, W.A. & Lieberman, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation : Historical conceptual and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (4) 542-559.
- Bachrach, L.L. (1992). Psychosocial rehabilitation and psychiatric in the care of long term patient. *American Journal of Psychiatry*, 149 (11) 1455-1463.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford
- Borgeat, F. (1988). Les causes de la schizophrénie. Dans P. Lalonde (Éd). *La schizophrénie expliquée* (pp. 33-45). Montréal : Gaëtan Morin.
- Boyer, P. (2003). Entre délire et réalité. Dossier psychiatrie : la schizophrénie. *Cerveau & Psycho*, 2, 68-73.
- Brown, G.W., Monck, E., Carstairs, G.M. & Wing, J.K. (1962). *Influence of family life on the course of schizophrenic illness*. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68.
- Campion, D. (2003). Les facteurs génétiques de la schizophrénie. Dossier psychiatrie : la schizophrénie. *Cerveau & Psycho*, 2, 74-75.
- Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (2003). *Thérapie cognitive des troubles psychotiques*. Montréal : Décarie.
- Chambon, O. (1994). Modèles cognitifs des psychoses chroniques. Dans O. Chambon & M. Marie-Cardine (Éds). *Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques* (pp 35-83). Paris : Masson.

- D'amato, T. & Saoud, M. (2003). La vulnérabilité à la schizophrénie. Dossier psychiatrie : la schizophrénie. *Cerveau & Psycho*, 3, 86-89.
- Durant, M.V. & Burlow, D.H. (2002). La schizophrénie et les troubles psychotiques apparentés. Dans M.V. Durant & D.H. Barlow (Éds), *Psychopathologie : une perspective multidimensionnelle* (pp 644-693). Paris : De Boeck Université.
- Ellis, A. (1962) *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York. Lyle Stuart.
- Fishman, D.B. (1999). The case for pragmatic psychology. New York. New York University Press.
- Georgieff, N. (2003). Une confusion entre soi et autrui. Dossier psychiatrie : la schizophrénie. *Cerveau & Psycho*, 2, 78-84.
- Goldstein, M.J. & al. (1981). *New developments in interventions with families of schizophrenics*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Gourevitch, R., Gourion, D. & Krebs, M.-O. (2003). Une anomalie du développement. Dossier psychiatrie : la schizophrénie. *Cerveau & Psycho*, 2, 74-76.
- Habimana, E. (2003). Réactions à l'article de J.E. Maddux sur le DSM et l'idéologie de la maladie. *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 10-11.
- Hersen, M. (1982). Single case experimental design. Dans A.S. Bellak, M. Hersen & A.E. Hazdin (Eds). *International handbook of behavior modification and therapy*. New York: Plenum.
- Hodel, B., Brenner, H.D. I(1994). Cognitive therapy with schizophrenic patients. Conceptual basis, present state, future direction. *Acta Psychiatrica Scandinava Supplementum*, 90 (384), 108-115.
- Javitt, D. & Coyle, J. (2004). Décrypter la schizophrénie. *Pour la science*, 316, 58-63.
- Lalonde, P. (1995). Les causes de la schizophrénie. Dans P. Lalonde & coll (Éds). *Démystifier les maladies mentales : La schizophrénie* (pp. 47-65). Montréal : Gaëtan Morin.

- Lalonde, P. (1999). Schizophrénies. Dans P. Lalonde, J. Aubut & F. Grunberg (Éds), *Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale*. Tome I, 3^e éd. (pp. 242-285). Montréal: Gaëtan Morin.
- Leff, J. & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotions in families*. New York: Guilford.
- Leff, J. & al. (1982). A controlled triad of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- Liberman, R.P., Mueser, K. & Wallace, C.J. (1986). Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *American Journal of Psychiatry*, 143, 523-526.
- Paquette, I. (1995). La famille et la schizophrénie. Dans P. Lalonde & coll (Éds). *Démystifier les maladies mentales : La schizophrénie* (pp. 67-83). Montréal : Gaëtan Morin.
- Persons, J.-B. & Tompkins, M.A. (1997). Cognitive – behavioral case formulation. In T.D. Fells (Ed). *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 314-339). New-York: Guilford.
- Réveillère, C., Dutoit, D., Beaune, D., Nandrino, J.L. & Goudemand, M. (2001). Schizophrénie et famille. Contribution à l'étude et à la prévention de l'état de surcharge. *Annale Médico-Psychologique*, 159, 455-459.
- Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa : Comité de rédaction sur les maladies mentales au Canada.
- Santé mentale au Québec (1999). Schizophrénie, délires et thérapie cognitive. *Revue Santé mentale au Québec*, 24(1), 54-55.
- Spaulding, W.D., Sullivan, M., Weiler, M., Reed, D. & al. (1994). Changing cognitive functioning in rehabilitation of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinava Supplementum*, 90(384), 116-124.
- Stahl, S.M. (2002). *Psychopharmacologie essentielle*. Paris : Flammarion.
- Widlöcher, D. (1999). La psychologie clinique et pathologique. *Psychologie française*, 44(3), 227-232.

Appendice A

La formulation cognitive-behaviorale du cas et

Fiche d'auto enregistrement des pensées.

La formulation cognitive-behaviorale du cas

L'identification

Liste des problèmes

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

Les croyances principales

Les situations précipitantes et d'activation

Les hypothèses de travail

Les origines

Plan de traitement

- 1) *Buts* :
- 2) *Interventions* :

Les obstacles prévisibles au traitement

Fiche d'auto enregistrement des pensées

Date	Situations	Comportements	Émotions	Pensées	Réponses

Appendice B

Trucs pour stimuler les habiletés sociales et les fonctions cognitives

Trucs pour stimuler les habiletés sociales et les fonctions cognitives

Habiletés sociales	Fonctions cognitives
<ul style="list-style-type: none">o Se parler aux repaso « Bonjour », « Bonne nuit »o S'informer de sa journée ou de sa nuito Demander à aller faire une courseo Faire une sortie en famille (cinéma, quilles, billard, parenté, magasiner, visite de lieux, etc.)o Écouter un film en famille et... en parler aprèso Jouer à un jeu de sociétéo Jouer aux carteso Faire un repas ensembleo Aller au restauranto Se faire des compliments	<ul style="list-style-type: none">o Écouter un film et... en parler aprèso Jouer aux carteso Faire des mots mystère, cachés, croisés, fléchéso Faire du sporto Jouer à des jeux de société (Monopoly, mémoire, quiz...)o Lire (articles de revue, journal, roman...)o Faire de la musiqueo Prendre un cours (art, sport, langue, informatique...)o Jeux d'ordinateur (stratégies, cartes...)o Interneto Faire son horaire, tenir un agenda

Appendice C

FACES-III

FACES-III

Décrivez votre famille (ceux qui vivent avec vous sous le même toit) en indiquant en marge le numéro de celle des cinq réponses qui vous paraît la plus adéquate.

- 1 = Presque jamais
- 2 = Rarement
- 3 = Parfois
- 4 = Fréquemment
- 5 = Presque toujours

Décrivez votre famille maintenant :

- ___ 1. Les membres de notre famille demandent de l'aide les uns aux autres.
- ___ 2. Quand on doit résoudre des problèmes, les suggestions des enfants sont suivies.
- ___ 3. Nous apprécions les amis de chacun d'entre nous.
- ___ 4. Les enfants ont leur mot à dire dans les questions de discipline qui les concernent.
- ___ 5. Nous n'aimons faire des choses qu'avec notre famille directe.
- ___ 6. Dans notre famille, différents membres jouent un rôle de chef.
- ___ 7. Les membres de notre famille se sentent plus proches les uns des autres que des personnes étrangères à la famille.
- ___ 8. Notre famille change sa façon de s'occuper des tâches.
- ___ 9. Les membres de notre famille aiment passer des moments de loisir ensemble.
- ___ 10. Les punitions se discutent entre parents et enfants.
- ___ 11. Les membres de notre famille se sentent très proches les uns des autres.
- ___ 12. Dans notre famille, les enfants prennent les décisions.
- ___ 13. Quand notre famille se réunit pour faire quelque chose, tout le monde est là.
- ___ 14. Les règles de vie en commun changent dans notre famille.
- ___ 15. Il nous est facile de trouver des choses à faire ensemble en famille.
- ___ 16. Nous faisons passer les responsabilités ménagères de l'un à l'autre.
- ___ 17. Les membres de la famille demandent l'avis des autres membres au sujet de leurs décisions.
- ___ 18. Il est difficile de déterminer qui dirige dans notre famille.
- ___ 19. L'unité de la famille est très importante.
- ___ 20. Il est difficile de savoir qui fait tel ou tel travail ménager.

Appendice D

F-COPES

F-COPES

But :

L'échelle d'évaluation personnelle des crises familiales est conçue pour enregistrer les attitudes et comportements de résolution de problèmes efficaces que les familles développent pour répondre aux problèmes ou aux difficultés.

Directives :

Premièrement, lisez attentivement l'échelle de réponses donnée ci-dessous.

Ensuite, décidez à quel point chaque énoncé décrit vos attitudes et comportements en réponse à un problème ou une difficulté. Si l'énoncé décrit votre réponse *très bien*, alors encerclez le chiffre 5 indiquant que vous êtes **fortement d'accord** ; si l'énoncé ne décrit pas du tout votre réponse, alors encerclez le chiffre 1 indiquant que vous êtes **fortement en désaccord** ; si l'énoncé décrit votre réponse à un quelconque degré, alors encerclez les chiffres 2, 3 ou 4 afin d'indiquer votre degré d'accord ou de désaccord avec cet énoncé.

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = Modérément en désaccord
- 3 = Neutre
- 4 = Modérément d'accord
- 5 = Fortement d'accord

Quand nous faisons face à des problèmes ou des difficultés dans notre famille, nous répondons par :

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Partager nos difficultés avec un membre de la famille | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Chercher de l'encouragement et du support auprès d'amis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Savoir que nous avons le pouvoir de résoudre les problèmes majeurs | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Chercher de l'information et des conseils de personnes d'autres familles qui ont fait face à des problèmes pareils ou similaires | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Chercher des conseils auprès de membres de la parenté (grands-parents, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Chercher de l'assistance auprès d'agences et de programmes de la communauté conçus pour aider les familles dans notre situation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Savoir que nous avons la force à l'intérieur de notre famille pour résoudre nos problèmes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Recevoir des cadeaux et des faveurs de voisins (nourriture, rentrer le courrier, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Chercher de l'information et des conseils auprès du médecin de famille | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

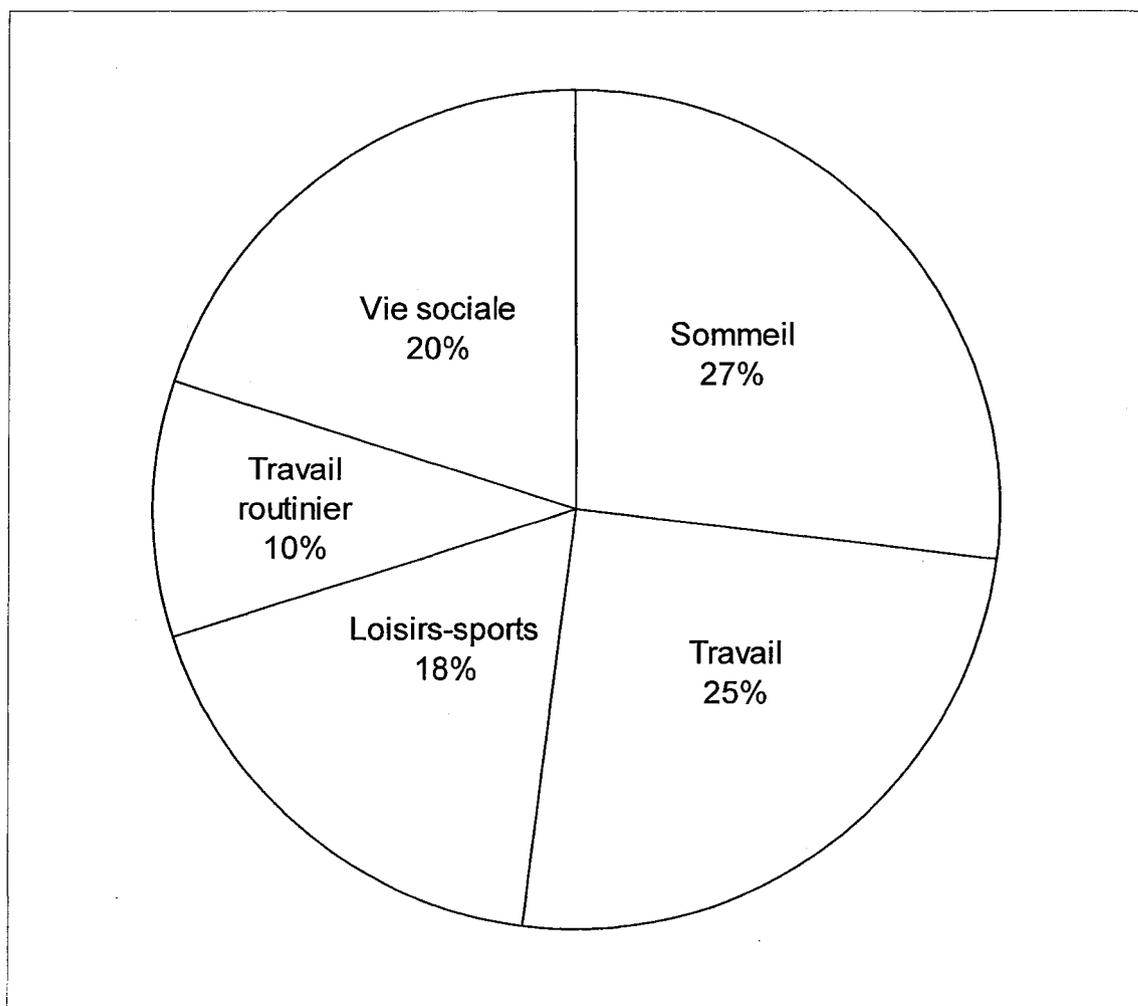
Quand nous faisons face à des problèmes ou des difficultés dans notre famille, nous répondons par :

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 10. Demander aux voisins des faveurs et de l'assistance | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Faire face « de plein front » aux problèmes et essayer de trouver des solutions immédiatement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Regarder la télévision | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Montrer que nous sommes forts | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Assister aux cérémonies religieuses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Accepter les événements stressants comme faisant partie de la vie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Partager nos inquiétudes et soucis avec des amis proches | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Savoir que la chance joue un rôle important dans le degré de réussite de la résolution de problèmes familiaux | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Faire de l'exercice avec des amis pour rester en forme et réduire la tension | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Accepter le fait que les difficultés se produisent de façon imprévisible | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Faire des choses avec la parenté (rencontres, dîners, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Chercher des conseils et de l'aide professionnels pour les difficultés familiales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Croire que nous pouvons régler nos problèmes nous-mêmes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Participer aux activités religieuses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Définir les problèmes familiaux d'une façon plus positive de façon à ne pas se décourager | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Demander aux membres de notre famille comment ils se sentent par rapport aux problèmes auxquels nous avons à faire face | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Sentir que peu importe comment nous nous préparons, nous aurons de la difficulté à régler nos problèmes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Chercher des conseils auprès d'un prêtre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Croire que si nous attendons assez longtemps, le problème se réglera de lui-même | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Partager nos problèmes avec nos voisins | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Avoir foi en Dieu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Appendice E

La roue d'équilibre

La roue d'équilibre



Appendice F

Casser la glace

Groupe d'habiletés sociales

Casser la glace

Instructions pour thérapeute de groupe :

Note : Cette section peut être lue au groupe telle qu'écrite ci-dessous ou être expliquée dans les propres mots de l'animateur.

Cet exercice nous aidera à en apprendre plus les uns sur les autres. Si nous sommes des étrangers maintenant, nous ne le serons plus à la fin de l'exercice. Si d'autre part nous nous connaissons bien, nous apprendrons probablement quelque chose de nouveau sur les autres.

Je vais poser une question. Chaque membre du groupe répondra à la question à tour de rôle. Tous doivent répondre à chaque question ; vous pouvez cependant « passer » votre tour si vous avez besoin de plus de temps pour réfléchir et je reviendrai à vous plus tard.

Écoutez attentivement les réponses de chaque personne. Chaque membre de ce groupe est un individu unique et important.

Questions :

1. Quel est le meilleur film que vous ayez vu ?
2. Quelle est la personne la plus importante avec qui vous avez vécu au cours de votre vie ?
3. Si vous pouviez être un animal autre qu'un être humain, quel serait-il et pourquoi ?
4. Quelle fut la plus belle journée de votre vie ?
5. Quel est votre souvenir le plus ancien ?
6. Quel est votre plus gros souci ?
7. Qu'est-ce que vous aimeriez faire dans cinq ans, à partir de maintenant ?
8. Que feriez-vous avec 5 000 \$ si vous les aviez ?
9. Quelle est la chose que vous n'aimeriez pas qui se passe à votre sujet dans ce groupe ? Quelle est la chose que vous aimeriez qui se passe à votre sujet dans ce groupe ?
10. Une des choses que les gens aiment à mon sujet est... Une des choses que les gens aiment moins à mon sujet est...
11. Mon loisir favori est...
12. La saison que j'aime le mieux est... pourquoi ?
13. La personne dans ce groupe qui a le plus de difficulté à parler de lui aux autres est...
14. La personne dont j'ai le plus appris aujourd'hui est...
15. La personne dans le groupe qui me ressemble le plus est... La personne dans le groupe qui me ressemble le moins est...
16. La personne dans le groupe avec qui je passerais le plus de temps sur une île déserte est... pourquoi ?
17. La personne dans le groupe qui aime le plus la vie est...
18. La personne dans le groupe que j'aimerais connaître plus est...
19. La personne dans le groupe qui me fait un peu peur est... pourquoi ?
20. Ce que j'aimerais apprendre dans ce groupe est...

Appendice G

Inventaire d'estime de soi social

Inventaire d'estime de soi social

S'il vous plait, placez à la gauche de chaque énoncé le chiffre que vous jugez le plus approprié selon l'échelle suivante :

Exactement comme moi 1 2 3 4 5 6 Complètement différent de moi

Par exemple, si vous pensez que l'énoncé est une description exacte de vous, placez le chiffre 6 à la gauche de cet énoncé. Si vous jugez que l'énoncé offre une description qui est complètement le contraire de vous, alors placez le chiffre 1 à côté de ce dernier. Les chiffres de 2 à 5 représentent des degrés variés du concept « comme moi ». Vous êtes priés de choisir le chiffre qui indique de la façon la plus exacte le degré de similarité existant entre vous et la description énoncée dans chaque phrase. Ne vous attardez pas sur une phrase, répondez rapidement. Votre choix est probablement le meilleur.

- ___ 1. J'ai de la difficulté à parler à des étrangers.
- ___ 2. Je manque de confiance en moi avec les gens.
- ___ 3. Je fonctionne bien socialement.
- ___ 4. Je me sens en confiance dans les situations sociales.
- ___ 5. Il est facile de m'aimer.
- ___ 6. Je m'entends bien avec les autres personnes.
- ___ 7. Je me fais des ami(e)s facilement.
- ___ 8. Je suis gai(e) et plein d'humour dans les situations sociales.
- ___ 9. Quand je suis avec d'autres personnes, je perds confiance en moi.
- ___ 10. Je trouve qu'il est difficile de me faire des ami(e)s.
- ___ 11. Je ne vau rien du tout au point de vue social.
- ___ 12. J'entretiens raisonnablement bien la conversation.
- ___ 13. Je suis populaire chez les gens de mon âge.
- ___ 14. J'ai peur des grosses réceptions (party).
- ___ 15. J'ai vraiment du plaisir à assumer des rôles sociaux.
- ___ 16. Habituellement, je dis ce qu'il ne fait pas quand je parle avec les gens.
- ___ 17. Je me sens sûr(e) de moi aux réceptions (party).

- ___ 18. Habituellement, je suis incapable de trouver quelque chose d'intéressant à dire aux gens.
- ___ 19. Je suis ennuyant(e) pour la plupart des gens.
- ___ 20. Les gens ne me trouvent pas intéressant(e).
- ___ 21. Je suis nerveux(se) avec des gens qui ne sont pas des ami(e)s intimes.
- ___ 22. J'ai passablement de facilité à rendre les gens à l'aise avec moi.
- ___ 23. Je suis plus gêné(e) que la plupart des gens.
- ___ 24. Je suis une personne amicale.
- ___ 25. Je peux facilement soutenir l'intérêt des gens.
- ___ 26. Je n'ai pas beaucoup de « personnalité ».
- ___ 27. Les gens apprécient beaucoup ma compagnie.
- ___ 28. Je suis passablement satisfait(e) de moi comme personne.
- ___ 29. Je suis passablement maladroit(e) dans les situations sociales.
- ___ 30. Je ne me sens pas à l'aise avec les autres personnes.

Correction :

Les scores suivants sont corrigés de façon négative : 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 17, 22, 24, 25, 27, 28. Plus le score est bas, plus l'estime de soi social est basse. La moyenne se situe autour de 105.

Appendice H

Les différentes émotions, Exprimer mes émotions, Changer ma communication

Les différentes émotions

But :

1. Développer une meilleure compréhension de ce qui cause les différentes émotions.
2. Identifier ses propres émotions et celles des autres.

Matériel :

Copies de la feuille d'activité « Les différentes émotions » et crayons

Description :

- A. Cet exercice est présenté avec un court jeu de rôle fait par l'animateur de groupe. Il commence à marcher autour de la pièce, frappant le sol du pied, avec un air renfrogné sur le visage. Il pose alors la question au groupe : « Que pensez-vous que je ressens ? »
- B. L'animateur distribue la feuille d'activité « Les différentes émotions ». Les participants peuvent travailler seul ou avec un partenaire.
- C. Quand les participants ont complété leurs feuilles d'activité, l'animateur leur demande de partager leurs réponses et de discuter des différentes émotions choisies.

Discussion de groupe :

- o Tout au long de la discussion, l'animateur aide les participants à développer une meilleure compréhension de leurs émotions et de celles des autres en leur demandant s'ils ont déjà démontré de tels comportements ou expérimenté de telles émotions (que ceux rapportés sur la feuille d'activités).
- o Il est important que les gens qui ont travaillé seuls ne reçoivent pas de message comme quoi ils n'ont pas participé pleinement. Cette situation peut être amenée en groupe à travers une discussion en demandant comment les participants se sentent à travailler seuls ou avec des partenaires.

Les différentes émotions

Directives : Lisez la liste de chacun des comportements suivants et imaginez ce que la ou les personnes qui le font peuvent ressentir. Choisissez le ou les mots qui correspondent à l'émotion identifiée à partir de la liste ci-dessous et écrivez-le(les) sur la ligne correspondante. Souvenez-vous qu'il peut y avoir plus qu'une bonne réponse.

Émotions

- | | |
|--|--|
| 1. Elle se fait dévisager | |
| 2. Il se distrait | |
| 3. Ils comptent un point | |
| 4. Il reçoit une promotion au travail | |
| 5. Ils voient un animal mort sur la route | |
| 6. Elle rit | |
| 7. Ils ne semblent jamais rien faire de bon | |
| 8. Il ne pose jamais de question | |
| 9. Ils pleurent | |
| 10. Ils demandent à faire partie de l'équipe | |

Émotions			
Heureux	Soucieux	Rejeté	Déprimé
Craintif	Excité	Confus	Effrayé
Fâché	Ennuyé	Embarrassé	Capable
Triste	Content	Soulagé	Anxieux

Exprimer mes émotions

But :

1. Prendre conscience des causes des émotions et de leur expression
2. Développer une meilleure compréhension de ses émotions personnelles et de celles des autres, de même que de leur expression.

Matériel :

Une copie de la feuille d'activité « Exprimer mes émotions », du matériel pour écrire.

Description :

- A. L'animateur parle des différentes émotions que les gens vivent durant la journée et de l'expression de ces émotions en leur racontant l'histoire suivante :

C'est samedi matin et Samuel est tout excité à l'idée de jouer au ballon-panier avec ses amis. Il saute du lit en vitesse, prend vite une douche et s'habille ; il regarde alors par la fenêtre et voit comment c'est nuageux ; il va pleuvoir. Samuel se sent déçu et retourne se coucher, ne voulant pas être dérangé pour les deux prochaines heures. Il est réveillé par la sonnerie du téléphone. C'est son ami Simon qui veut savoir pourquoi il n'était pas à la partie de ballon-panier. Mal à l'aise, Samuel regarde par la fenêtre et constate avec surprise comment le ciel est clair et ensoleillé !

- B. L'animateur demande aux participants de penser comment Samuel a pu se sentir dans la situation et comment il aurait pu exprimer ses émotions.
- C. La feuille d'activité « Exprimer mes émotions » est distribuée à chaque membre du groupe afin qu'il la complète. L'animateur anime une discussion à partir des réponses des participants.

Discussion de groupe :

- o La discussion de groupe devrait inclure ces questions :
 - . Pourquoi pensez-vous que Samuel a voulu retourner se coucher au lieu d'appeler ses amis ?
 - . Pourquoi avons-nous différentes causes et façons d'exprimer nos émotions ?
 - . Pensez-vous que nous avons un choix dans comment nous nous sentons ? Dans comment nous exprimons nos émotions ?
- o L'animateur explique ensuite que chaque personne vit selon ses pensées et que chaque pensée entraîne une émotion. Ce que nous pouvons comprendre ici est comment nous choisissons d'exprimer ces émotions et ce qui est sous notre contrôle. Gérer ses émotions commence avec la compréhension de nos pensées et, par la suite, comment nous choisissons de réagir à ces émotions que nous expérimentons.

Exprimer ses émotions

Directives : Lisez les différentes émotions ci-dessous. Pensez à une situation qui aurait pu causer chaque émotion et écrivez cette cause dans la deuxième colonne. Pensez ensuite à comment vous auriez pu exprimer cette émotion et écrivez-le dans la troisième colonne.

Émotions	Causes	Expressions
1. Irrespectueux		
		-
2. Blessé		
		-
3. Joyeux		
		-
4. Triste		
		-
5. Effrayé		
		-
6. Terrifié		
		-
7. Embarrassé		
		-
8. Coupable		
		-
9. Reconnaissant		
		-
10. Amoureux		
		-

Changer ma communication

But :

1. Décrire les manières appropriées d'exprimer ses sentiments
2. Augmenter sa compréhension des façons appropriées et inappropriées de communiquer ses sentiments.

Matériel :

Une copie de la feuille d'activité « Changer ma communication » pour chaque membre, du matériel pour écrire, de la craie de tableau.

Description :

- A. L'animateur écrit le mot « Colère » au tableau et demande : « Qui peut me dire de quelle façon il exprime sa colère quand il est fâché ? » Après avoir recueilli plusieurs réponses, l'animateur demande s'il y a des façons plus adéquates d'exprimer sa colère quand on est fâché. Les réponses sont écrites dans la colonne 1.
- B. Les membres du groupe sont invités à penser à des façons alternatives positives d'exprimer sa colère. Ces réponses sont écrites dans la seconde colonne.
- C. On donne aux membres la feuille d'activité « Changer ma communication » et on leur demande de compléter les phrases.
- D. Quand les membres ont complété leurs feuilles, on demande à des volontaires de partager leurs idées concernant les manières appropriées d'exprimer chaque sentiment.

Discussion de groupe :

- o Après avoir discuté des manières alternatives positives d'exprimer la colère, l'animateur anime la discussion en demandant ces questions :
 - Comment vous sentez-vous quand vous vous exprimez selon les manières listées dans la colonne 2 ?
 - Comment pensez-vous que les gens autour de vous se sentent quand vous vous exprimez selon les façons listées dans la première colonne ? Dans la seconde ?

Changer ma communication

Directives : Écrivez les choses que vous faites et dites pour exprimer les sentiments listés ci-dessous. Voyez alors si vous pouvez changer votre communication en écrivant une manière plus positive de vous exprimer en l'écrivant dans la deuxième colonne.

Quand je suis en colère, je m'exprime habituellement par : <hr/> <hr/> <hr/>	Une façon plus positive d'exprimer ma colère pourrait être : <hr/> <hr/> <hr/>
Quand je suis triste, je m'exprime habituellement par : <hr/> <hr/> <hr/>	Une façon plus positive d'exprimer ma tristesse pourrait être : <hr/> <hr/> <hr/>
Quand je suis heureux, je m'exprime habituellement par : <hr/> <hr/> <hr/>	Une façon plus positive d'exprimer mon bonheur pourrait être : <hr/> <hr/> <hr/>
Quand je suis frustré, je m'exprime habituellement par : <hr/> <hr/> <hr/>	Une façon plus positive d'exprimer ma frustration pourrait être : <hr/> <hr/> <hr/>
Quand je m'ennuie, je m'exprime habituellement par : <hr/> <hr/> <hr/>	Une façon plus positive d'exprimer mon ennui pourrait être : <hr/> <hr/> <hr/>

Appendice I

Alternatives à la colère

Alternatives à la colère

Objectifs :

I. Comportemental :

Les membres devront :

1. Compléter en groupe la feuille d'exercice sur la colère
2. Discuter leur propre réaction à se sentir en colère
3. Échanger sur les manières saines de gérer la colère

II. Cognitif :

Les membres devront :

1. Explorer ses réactions à la colère en soi et chez les autres
2. Identifier les réactions saines et malsaines à la colère
3. Identifier les fausses croyances sur la colère

Matériel :

1. Une copie des feuilles d'exercice « Alternatives à la colère » et « Fausses croyances concernant la colère » pour chaque participant.
2. Crayons

Méthode :

Les membres du groupe complètent séparément la feuille d'activité « Alternatives à la colère ». On demande ensuite aux membres de répondre à la question « que faites-vous quand vous êtes en colère ? » Il faut encourager les membres à imaginer le plus de réponses possibles.

Des réponses courantes sont :

Se venger	Se réfugier dans la salle de bain
En parler à un ami	Crier
Ignorer	Faire un tour d'auto
Frapper quelque chose (le mur)	Sacrer
Lancer des objets	Fuir
Ne rien faire	Sortir dehors
Hurler	Frapper quelqu'un

L'animateur écrit ensuite chacune des réponses suggérées (saines et moins saines) au tableau.

Discuter chaque réponse avec le groupe et décider si la réponse est saine ou malsaine.

Ignorer, se dégonfler ou ne rien faire ne sont pas des réponses saines, ni celles qui blessent soi ou les autres.

Des copies de la feuille « Fausses croyances au sujet de la colère » sont distribuées.

Conclusion :

Conclure la session en nommant les « six grosses » émotions :

1. Colère
2. Joie
3. Tristesse
4. Peur
5. Culpabilité
6. Solitude

Renforcer l'idée que toutes les émotions ne font qu'être ; elles ne sont ni bonnes ni mauvaises. C'est le comment elles sont exprimées qui est bon ou mauvais. Stimuler les membres du groupe à essayer quelque chose de nouveau la prochaine fois qu'ils seront en colère (le nouveau comportement doit être une réponse saine !)

Alternatives à la colère

1. Habituellement, quand je suis en colère, je... (expliquez ce que vous faites)

2. Est-ce que cette réaction m'est utile ? Pourquoi ?

3. Comment la colère est-elle exprimée dans ma famille ?

Maman ? _____

Papa ? _____

Mes frères et sœurs ? _____

4. Comment puis-je améliorer la façon dont je peux gérer ma colère ?

Appendice J

Questionnaire sur la sexualité

Questionnaire sur la sexualité et l'affectivité

1. Que disait-on de la sexualité dans votre famille ?

2. Comment se manifestait l'affection dans votre famille ?

3. Y avait-il selon vous des préjugés dans votre famille concernant la sexualité ? Si oui, lesquels ?

4. Qui était le plus affectueux : votre père ou votre mère ?

5. Quelles sont vos croyances ou vos idées concernant la sexualité ? L'affection ?

Un monde d'hommes... Un monde de femmes...

But :

1. Explorer les stéréotypes concernant les rôles sexuels de façon à améliorer la conscience de ses propres attitudes
2. Incorporer les feedbacks du groupe dans son auto-évaluation

Description :

- A. L'animateur de groupe demande aux participants ce qu'on entend par « stéréotypes concernant les rôles sexuels ». Des exemples sont apportés. L'animateur demande aussi aux participants s'ils croient qu'il y a des différences actuellement entre les sexes.
- B. On donne à chaque participant deux feuilles : une intitulée « Un monde d'hommes... » et l'autre intitulée « Un monde de femmes... »
- C. Les participants collent des illustrations sur chacune de leurs feuilles, prises dans des revues disponibles au groupe. Ces illustrations devraient représenter comment ils voient spécifiquement « un monde d'hommes » et « un monde de femmes ».
- D. Un partage en groupe suit. La discussion devrait permettre aux participants d'identifier comment les stéréotypes appris influencent leur façon de vivre leur sexualité et leur affectivité.

Un monde d'hommes

Un monde de femmes...

Appendice K

Tests pour l'évaluation des fonctions cognitives

Tests pour l'évaluation des fonctions cognitives

Capacités intellectuelles globales	WAIS – III
Mémoire de travail	Séquence lettres et chiffres (WAIS-III) Empan spatial (WMS-III) Digit span (WAIS-III) Traçage de pistes Test d'arithmétique WAIS-III)
Mémoire verbale	California verbal learning test – II Mémoire logique (WMS-III)
Mémoire non verbale	Figure complexe de Rey Digit symbols (rappel libre) Test de rétention de Benton
Langage	Fluidité verbale (Spreen & Strass, 1991) Vocabulaire (WAIS-III)
Vigilance	Continuous Performance Test-II (Connors)
Processus visuo-perceptuel	Images à compléter WAIS-III)
Praxies visuo-constructives	Copie figure complexe de Rey Dessins avec blocs (WAIS-III) Dessin de l'horloge
Fonctions exécutives	Wisconsin card sorting test – 64 Labyrinthe (WISC-III) Color Trail B Tour de Londres – Dx Test des mots colorés de Stroop Figure complexe de Rey Dessin de l'horloge Test de compréhension (WAIS-III) Test des similitudes (WAIS-III)
Motricité manuelle fine	Test Purdue de chevilles
Attention	Mesulam & Weintraub Cancellation Test Color Trail A

Appendice L

Évaluation des connaissances sur la psychose

c) Quelles sont les causes de la psychose ?

2. La médication

a) Quel est le nom de votre médicament et pourquoi le prenez-vous ?

b) Pourquoi est-ce important de traiter la psychose le plus tôt possible ?

3. La rechute

a) Comment peut-on se protéger d'une rechute ?

b) Que devez-vous faire lorsque des signes de rechute apparaissent ?

4. Les projets de vie

a) Quelles sont les conséquences que la psychose a eues sur vos projets de vie et sur votre quotidien ?

b) Comment se rétablit-on d'une psychose ?

Appendice M

Formulaire de consentement

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Je, _____, reconnais avoir été suffisamment informé(e) du projet de recherche « Description du suivi thérapeutique d'une personne atteinte de schizophrénie » et de bien comprendre ce que ma participation à cette recherche implique pour moi. En toute connaissance et en toute liberté, j'accepte d'y participer et j'autorise le responsable à utiliser les résultats de ma participation selon les informations qu'il m'a fournies.

_____ date : _____
Signature du participant

ENGAGEMENT DE L'ÉTUDIANT ET DU DIRECTEUR DE RECHERCHE

Je, Sébastien Caron, étudiant au doctorat en psychologie, sous la supervision de Richard Hould, PH.D, m'engage à mener la présente recherche portant sur la description du suivi thérapeutique d'une personne atteinte de schizophrénie selon les dispositions acceptées par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale du participant tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Je m'engage également à fournir au participant tout le support permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

_____ date : _____ _____ date : _____
Signature de l'étudiant Signature du directeur de recherche
Département de psychologie Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières Université du Québec à Trois-Rivières

No d'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières : CER-04-92-06.01, certificat émis le 26 décembre 2004.

Appendice N

Certificat d'éthique de l'UQTR

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE:

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche:

intitulé: **Description du suivi thérapeutique d'une personne atteinte de schizophrénie**

chercheur: **CARON, Sébastien, Étudiant, Département de psychologie**

organisme: **Aucun financement**

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des humains est conforme aux normes éthiques.

Période de validité du présent certificat : **Du 26 novembre 2004 au 30 août 2005**

COMPOSITION DU COMITÉ:

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par la Commission des études:

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le Doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- un(e) étudiant(e) de troisième ou de deuxième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le Doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES:

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

GEORGES MASSÉ
Président du comité

FABIOLA GAGNON
Secrétaire du comité

Certificat émis le 26 novembre 2004
CER-04-92.06.01
DÉCSR