

Pour une logique de l'expérience psychotique

par Jérôme Favrod*

Résumé

L'expérience psychotique est souvent considérée comme étant différente de la norme. Toutefois les données empiriques indiquent que les symptômes psychotiques se situent sur un continuum entre la normalité et la psychose. Un modèle de construction des idées délirantes est proposé. Il part du sens donné aux aberrations des perceptions en intégrant des styles de raisonnement, les variables personnelles et culturelles. Le modèle montre aussi comment les idées délirantes sont maintenues par des biais de sélection et des comportements qui sont naturellement renforcés dans les environnements naturels. La Thérapie Cognitive-Comportementale (TCC) des symptômes psychotiques est une méthode psychologique validée pour traiter les symptômes qui résistent au traitement neuroleptique. La TCC des symptômes psychotiques est présentée comme une méthode en cinq étapes comprenant : une entrée en matière, l'éducation et la normalisation des symptômes, la remise en question verbale des preuves qui sous-tendent les croyances, des tests dans la réalité et une phase de consolidation.

Summary

The psychotic experience is often seen as qualitatively different from normality. Empirical data show that psychotic symptoms have to be described on a continuum between normality and psychosis. A model of construction of delusional ideas starting from making sense of perceptual aberrations integrating reasoning styles, personal and cultural variables is presented. This model also shows how delusional ideas are maintained through bias of selection and behaviors associated with delusional ideas which are naturally reinforced in natural environments.

Cognitive-Behavior Therapy (CBT) for psychotic symptoms is a validated psychological set of techniques useful to treat persistent psychotic symptoms. CBT is presented as a five steps intervention including: engagement and assessment, education and normalization of psychotic symptoms, verbal questioning of evidences supporting the beliefs, reality testing and consolidation.

Introduction

Les symptômes psychotiques sont généralement vus comme des expériences qualitativement différentes de la norme. Le Christ déjà a dû recourir à un stratagème différent de ses autres miracles pour guérir le démoniaque. Il a tué 2000 cochons pour sauver l'esprit d'un être humain (Marc 5:1-20). Pendant longtemps, les symptômes psychotiques sont considérés comme les manifestations de structures de personnalités distinctes.

Ce point de vue est remis en question par une étude de Strauss (1) dans le cadre de l'étude pilote internationale sur la schizophrénie de l'O.M.S.. Il montre qu'il n'est pas possible de considérer les idées délirantes ou les hallucinations comme un phénomène discontinu, c'est-à-dire simplement comme un phénomène présent ou absent. Le dépouillement des interviews de ses patients montre que de nombreuses réponses ne peuvent pas entrer dans les catégories présence ou absence d'hallucinations ou d'idées délirantes. La moitié des idées délirantes et les trois quarts des hallucinations recueillies avec un outil diagnostique n'ont pu être placées dans l'une des deux catégories «présent» ou «absent». Strauss a suggéré de décrire ces symptômes de façon plus précise le long d'un continuum, en tenant compte du degré de conviction, de l'existence de facteurs culturels, de l'intensité de la préoccupation et de la vraisemblance de l'expérience. Les symptômes psychotiques constituent dès lors une variation quantitative des mécanismes cognitifs normaux. Cette nouvelle façon de concevoir les idées délirantes ou les hallucinations conduit à une nouvelle compréhension de la personne psychotique qui ne peut plus, dès lors, être vue comme quelqu'un de qualitativement différent. Les recherches sur les symptômes psychotiques dans la population

générale indiquent que les expériences délirantes et hallucinatoires sont plutôt fréquentes et qu'il existerait un continuum entre les personnes «normales» et les personnes avec un diagnostic de troubles psychotiques (2). Cette nouvelle façon de voir les choses a également permis l'émergence de nouvelles approches thérapeutiques qu'on regroupe actuellement sous l'appellation de thérapie cognitive des psychoses. Les tenants de cette approche insistent sur le fait que les mécanismes cognitifs par lesquels les idées délirantes se forment ne diffèrent pas de manière importante de ceux par lesquels les croyances non délirantes se forment.

Un modèle de construction et de maintien des idées délirantes

Différents modèles (3,4) cherchent à cerner les différentes variables qui contribuent à la construction des idées délirantes. La synthèse présentée ici (tableau I) veut démontrer l'existence d'une logique dans la construction des délires.

Maher (5) pensait déjà que le délire est une tentative de donner une signification aux anomalies des perceptions. Il s'agit pour les patients de donner une signification à des expériences comme l'émission ou le vol de la pensée, les pensées imposées, les hallucinations auditives, les expériences corporelles passives et les hallucinations cénesthésiques. D'autres expériences plus vagues comme l'augmentation de la sensibilité à l'environnement peut conduire à une perte du sentiment d'intimité personnelle et être à la base d'idées délirantes comme la lecture de la pensée ou les idées de référence.

La construction du sens donné à l'expérience peut être corrompue par des formes particulières de raisonnement (6) comme le saut aux conclusions (jumping-to-conclusions), l'intolérance à l'ambiguïté (need for closure). Il apparaît que les gens qui délirent ou qui sont enclins à délirer prennent des décisions sur la base de moins d'informations que les sujets témoins et qu'ils présentent aussi une plus grande intolérance au flou et à l'ambiguïté. Ces variables restent capitales pour expliquer pourquoi certains patients qui ont des distorsions des perceptions ne développent pas d'idées délirantes.

L'interprétation de l'expérience elle-même va ensuite être influencée par l'histoire personnelle

* Infirmier, Unité de Réhabilitation
Département Universitaire de Psychiatrie Adulte
Pilly

Tableau I – Modèle de construction et de maintien des idées délirantes

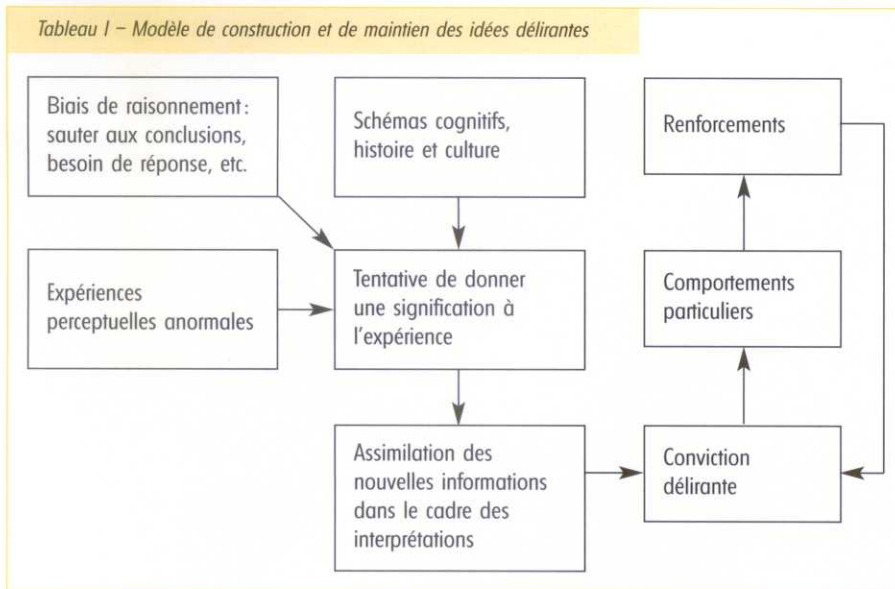


Tableau II – J'entends mon prénom

| Schémas cognitifs | Réactions |
|------------------------|---|
| Assujétissement | C'est Dieu qui veut que je lui obéisse! |
| Imperfection | C'est Dieu qui veut me punir pour une faute que j'ai commise! |
| Méfiance | C'est Dieu qui me punit pour une faute que je n'ai pas commise! |
| Dépendance | C'est Dieu qui veut s'occuper de moi! |
| Abnégation | C'est Dieu qui fait appel à moi pour me confier une mission! Je dois aider mon prochain. |

et culturelle. Les schémas cognitifs vont influencer la façon dont l'individu va appréhender l'expérience. Le tableau II montre, par exemple, qu'un individu qui perçoit le même stimulus, une voix qui l'appelle par son prénom, peut l'interpréter de différentes façons en fonction des schémas cognitifs associés à sa personnalité.

Le contenu des délires peut également être influencé par les croyances présentes dans la communauté (7), qui cherchent à donner un sens à l'inexplicable et à l'inconnu. Les croyances sumatérales dans la population générale évoluent en fonction des limites de l'être humain. Pour exemple, ces 20 dernières années, les croyances sur la présence des extra-terrestres ont nettement diminué dans les sondages, ce qui peut être relié à la meilleure connaissance de notre système solaire. En revanche, les croyances liées aux rêves prémonitoires, à l'astrologie et aux médecines naturelles ont largement augmenté comme si l'être humain maîtrisant de plus en plus son environnement, réalise qu'il est toujours prisonnier du temps et des limites de son existence.

Le vécu du symptôme psychotique lui-même va conduire à une interprétation particulière. La personne qui aura la perception inhabituelle d'entendre une voix qui lui parle, va lui attribuer beaucoup de pouvoir pour les raisons décrites dans le tableau III.

Chadwick et Birchwood (8) ont développé un modèle cognitif des hallucinations auditives

Tableau III – Les voix sont omnipotentes

- Elles ne proviennent pas de moi
- Elles savent tout sur moi
- Je ne peux pas contrôler leur apparition ou leur disparition
- Elles sont accompagnées par d'autres manifestations de puissance (hallucinations visuelles, somatiques, impression de contrôle)

qui explique que la détresse des personnes qui entendent des voix est consécutive aux croyances qu'elles développent au sujet de leurs voix, plutôt qu'à leur simple contenu. Les personnes qui entendent des voix perçoivent celles-ci comme omnipotentes et omniscientes. La majorité des patients perçoivent l'intention de la voix comme étant malveillante; ce qu'ils expliquent le plus souvent comme une punition pour un écart de conduite ou une persécution non-méritée. Elles peuvent également être interprétées comme bienveillantes; dans ce cas les patients pensent qu'elles servent à les protéger, à les conseiller et à les aider. Un dernier sous-groupe interprète leur voix de façon mixte, soit un mélange de bienveillance et de malveillance où les patients ne sont pas sûrs de l'intention des voix ou de leur identité. Le plus souvent, dans 70% des cas, le contenu des voix est congruent à la croyance que le patient a développé. Il y a là un lien fort entre la voix et son interpréta-

tion. Les inconsistances des patients sont, par exemple, qu'une voix avec un contenu bénin est perçue comme malveillante ou, inversement, une voix désagréable et insultante est définie comme bienveillante. Par exemple, un patient peut être insulté par ses voix mais penser qu'elles sont bienveillantes parce qu'elles le poussent à arrêter sa consommation de drogue. En fonction de la croyance que les patients ont de leur voix, ils vont présenter des réactions comportementales et émotionnelles très différentes. Si les voix sont perçues comme bienveillantes, les patients vont plutôt chercher le contact avec elles. En revanche, si les voix sont perçues comme malveillantes, ils vont y résister, par exemple, en discutant ou en criant contre les voix de façon ouverte ou couverte, en obéissant à contrecœur ou pas aux ordres, en évitant des déclencheurs. Certains patients peuvent utiliser l'indifférence, en ignorant les voix ou leur contenu. Le lien entre la croyance et la conséquence comportementale ou émotionnelle est démontré par des corrélations élevées dans l'ensemble des études. L'obéissance aux ordres donnés par les voix peut être totale ou partielle. Généralement, les patients tentent de résister aux voix malveillantes et d'obéir aux voix bienveillantes. La réaction des patients semble être influencée par le ton de la voix, s'il est impératif ou suggestif par exemple, par l'ordre, lui-même, s'il est inoffensif ou sérieux, par l'humeur du patient, par l'état de fatigue, ou encore par la pression ou la persistance des voix.

Une fois une explication trouvée, la personne va rechercher dans l'environnement les informations qui confirment sa croyance. La difficulté de prendre en compte le contexte va probablement renforcer ce mécanisme de tri sélectif des informations. Ces confirmations vont consolider la conviction délirante, laquelle va conduire à des comportements particuliers. La personne qui se sentira persécutée va se montrer méfiante. Elle sera sur ses gardes, sur le qui-vive, ce qui pourra provoquer l'attention des autres et être interprété à son tour comme une bonne raison de se méfier. Le patient qui pense qu'on peut lire ses pensées va éviter le contact visuel et perdre ainsi le contrôle sur son environnement. Il n'aura plus accès aux informations qui contrediraient sa croyance. Le patient qui souffre de voix tyranniques risque d'obéir une fois à un de ses ordres absurdes et d'augmenter ainsi le pouvoir qu'il attribuera à cette voix.

Thérapie cognitive-comportementale des symptômes psychotiques

Même si le traitement neuroleptique reste le traitement de base de la schizophrénie, une proportion importante de patients continue à pré-

senter des symptômes psychotiques persistants. Cette proportion va de 25 à 60% avec les neuroleptiques conventionnels, alors que l'observance est contrôlée. En ce qui concerne les neuroleptiques atypiques, il semble que plus de 25% des patients soient maintenus sous plusieurs neuroleptiques, ce qui indique qu'un neuroleptique seul ne suffit pas à contrôler les symptômes (9). La thérapie cognitive et comportementale (TCC) des psychoses cherche à modifier les croyances erronées que les patients établissent sur la base des perceptions anormales. Elle comprend des techniques comme l'éducation à la psychose, la normalisation des symptômes psychotiques, l'enseignement de méthodes pour faire face, la remise en question verbale des preuves qui sous-tendent les croyances et les tests dans la réalité. Les études indiquent qu'il s'agit d'une intervention efficace pour les personnes atteintes de schizophrénie qui présentent des symptômes psychotiques persistants (10). Les TCC des symptômes psychotiques produisent une plus grande proportion d'amélioration de l'état mental que les traitements traditionnels et l'effet positif se poursuit après l'intervention. Les TCC conduisent également à des taux d'abandon plus faibles qu'avec les traitements comparés (11).

La thérapie comprend 5 phases :

- une phase d'entrée en matière qui permet de construire l'alliance thérapeutique et de conduire l'évaluation fonctionnelle ;
- une phase d'éducation et de normalisation des symptômes psychotiques ;
- une phase de remise en question verbale des croyances ;
- une phase de test dans la réalité des croyances ;
- une phase de consolidation qui cherche à favoriser l'intégration de l'expérience psychotique de façon constructive.

Entrée en matière

Durant cette première phase, il est important de préciser au patient qu'il peut se retirer de la thérapie à n'importe quel moment. Cela réduit l'anxiété du patient et favorise son engagement dans la démarche thérapeutique. Le thérapeute conduit alors l'évaluation fonctionnelle en définissant les croyances centrales et les preuves qui les sous-tendent. Il étudie l'impact des symptômes sur les comportements et les émotions de la personne et quantifie la détresse. Il met en évidence que les gens sont perturbés par les croyances plutôt que par les stimuli sur lesquels celles-ci ont été construites. Il invite également le patient à considérer les avantages et les inconvénients, si les croyances sont vraies ou fausses. Il est essentiel pour conserver un lien fort avec le patient, de ne pas discuter le bien fondé de la croyance mais plutôt de créer un cadre théra-

peutique qui permette la souplesse nécessaire pour réfléchir librement. Le thérapeute conduit le patient à développer un état d'esprit de collaboration empirique comme si tous deux étaient des chercheurs testant des hypothèses.

Education et normalisation des symptômes

Durant cette deuxième phase, le thérapeute fournit au patient une information sur les symptômes psychotiques et cherche à normaliser l'expérience. Il présente au patient des témoignages de personnes qui ont intégré leur expérience psychotique d'une façon constructive. Il passe en revue les données explicatives des symptômes psychotiques provenant des neurosciences et demande au patient de les interpréter. Par exemple, il expose les données concernant les hallucinations auditives chez les personnes sourdes de naissance et demande au patient d'expliquer le phénomène. Il soumet au patient les données montrant l'activation des zones du langage dans le cerveau et le lien avec la subvocalisation et demande au patient d'expliquer ces données à haute voix pour vérifier le raisonnement. Le thérapeute explique que n'importe qui dans des conditions extrêmes peut présenter des symptômes psychotiques (12) et défend l'idée que dans la schizophrénie ces symptômes peuvent survenir dans des conditions de stress normal en raison d'une vulnérabilité neuropsychologique. Finalement, le thérapeute démontre avec des petits exercices, comment le cerveau peut jouer des tours. Il utilise des illusions visuelles, tactiles ou acoustiques. Il propose des exercices assistés par ordinateur qui mettent en évidence comment la mémoire ou l'interprétation de la réalité peuvent être induites en erreur.

Remise en question verbale des croyances

La remise en question verbale consiste à interroger les preuves qui sous-tendent la croyance du patient et de rechercher d'autres interprétations possibles. Par exemple, un patient pense que les gens peuvent lire dans ses pensées. Une des preuves est que des pensées désobligeantes sont insérées dans son esprit. Une autre preuve est que parfois les gens remarquent quand il a des pensées désobligeantes. D'autres preuves sont liées au fait que des personnes ont terminé des phrases qu'il avait commencé. Les preuves sont classées par ordre d'importance de la plus faible à la plus forte puis abordées dans ce même ordre. Des explications alternatives à chaque preuve sont recherchées. Le thérapeute aide le patient, en posant des questions, à chercher d'autres explications à chaque preuve listée. Par exemple la

preuve – les gens remarquent quand j'ai des pensées désobligeantes – peut être interprétée de différentes manières :

- Quand j'ai des pensées désobligeantes, j'ai des réactions de gêne qui peuvent se lire sur mon visage ;
- Quand j'ai des pensées désobligeantes, j'évite le regard d'autrui et les gens peuvent percevoir cet évitement du contact visuel comme une réaction de gêne ;
- Quand j'ai des pensées désobligeantes, j'évite le regard d'autrui et je ne peux pas vraiment vérifier si les gens remarquent mes pensées désobligeantes.

Tests dans la réalité

Cette phase permet de tester les croyances empiriquement. Chaque test est négocié avec le patient. Le thérapeute vérifie que le test ne va pas confirmer la croyance ou conduire le patient à développer une nouvelle explication pour confirmer la croyance. Par exemple une patiente avec un délire de référence sera invitée, une fois qu'elle aura remis en question les preuves qui sous-tendent sa croyance, à aller vérifier dans la réalité accompagnée par le thérapeute. Elle étudiera in-vivo sous la supervision de ce dernier si, par exemple, les chuchotements qu'elle entend à la bibliothèque, si les rires qu'elle entend à la cafétéria ou si les regards qui se lèvent à son passage quand elle s'installe au cinéma sont dirigés spécialement contre elle ou pas.

Consolidation

La cinquième phase cherche à consolider les résultats obtenus lors des quatre premières étapes en cherchant à intégrer l'expérience d'une façon socialement admise. Par exemple, si les voix sont des hallucinations, elles ont été produites par l'individu et ont peut-être une signification. Il est dès lors intéressant d'aider les patients à modéliser cette expérience de façon adaptée à leur environnement socioculturel. Il est important là de mettre en évidence que l'expérience psychotique est sur le continuum de l'expérience dite normale.

Le plus souvent, il est possible de mettre en relation l'expérience psychotique avec des caractéristiques liées à la personnalité du patient. Ainsi une idée de référence peut être une exacerbation du fait que la personne se juge à travers le regard d'autrui ou une idée de grandeur liée au fait que la personne ne se sent pas reconnue dans ses accomplissements.

Conclusions

Le but de cet article est de montrer que l'expérience psychotique et son interprétation ont

une certaine logique et que la compréhension de cette logique permet d'offrir des traitements psychologiques quand la personne ne répond pas complètement au traitement pharmacologique. Ces méthodes psychologiques inspirées des thérapies cognitivo-comportementales ont déjà atteint une certaine validité et sont utilisables tant en cabinet qu'en institution. Il reste toutefois nécessaire de favoriser leur développement et leur implantation au travers tant de la formation de base que de la formation continue (13). Des outils didactiques existent déjà comme un disque (14) et un livre (7). Un jeu pour entraîner les patients à jongler avec des hypothèses est actuellement en phase de test au Département Universitaire de Psychiatrie à Lausanne (15).



Bibliographie

1. Strauss JS. Hallucinations and delusions as points on continua function. Rating scale evidence. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 21 (5): 581-6.
2. Verdoux H, van Os J. Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophr Res* 2002; 54 (1-2): 59-65.
3. Blackwood NJ, Howard RJ, Bentall RP, Murray RM. Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (4): 527-39.
4. Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev* 2001; 21 (8): 1143-92.
5. Maher BA. Delusional thinking and perceptual disorder. *J Individ Psychol* 1974; 30 (1): 98-113.
6. Colbert SM, Peters ER. Need for closure and jumping-to-conclusions in delusion-prone individuals. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190(1): 27-31.
7. Favrod J, Scheder D. Faire face aux voix: de l'intrusion à l'autonomie. Charleroi: Socrate Editions Promarex; 2003.
8. Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 1994; 164 (2): 190-201.
9. Stahl SM. Antipsychotic polypharmacy, Part 1: Therapeutic option or dirty little secret? *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (7): 425-6.
10. Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res* 2001; 48 (2-3): 335-42.
11. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002; 32 (5): 763-82.
12. Kingdon DG, Turkington D. The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. Preliminary report. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179 (4): 207-11.
13. Tempier R, Favrod J. Réadaptation psychiatrique en milieu francophone: Pratiques actuelles, défis futurs. *Can J Psychiatry* 2002; 47 (7): 621-7.
14. Scheder D, Trolliet S, Favrod J, Duffour B. Voix au chapitre. Lausanne: Groupe Romand d'Accueil et d'Action Psychiatrique (GRAAP); 2003.
15. Khazaal Y, Favrod J, Pomini V, Borgeat F, Preisig M, Zullino D. Michael's game, le jeu des hypothèses. *Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive*; 12-14 décembre 2003; Paris; 2003.



Mots-clés

- thérapie cognitivo-comportementale
- schizophrénie
- délire



Adresse

Jérôme Favrod, RN, CNS
Unité de réhabilitation
Département Universitaire de Psychiatrie Adulte
Site de Cery
1008 Prilly
jerome.favrod@hospvd.ch