

Table des matières

1	Introduction.....	1
2	Problématique.....	2
2.1	La schizophrénie.....	2
2.2	L'anxiété psychotique.....	4
3	Question de recherche.....	6
4	Cadre de référence.....	6
4.1	Anxiété.....	6
4.2	Rôles infirmiers.....	6
4.3	La relation interpersonnelle.....	7
4.4	Personne.....	7
4.5	Soins infirmiers.....	7
4.6	Santé.....	7
4.7	Adaptation.....	7
5	Méthodologie.....	8
5.1	Critères d'inclusion des articles.....	8
5.2	Critères d'exclusion des articles.....	8
5.3	Equations de recherches.....	8
6	Articles.....	11
6.1	Lysaker et al. (2007).....	11
6.2	Braga et al. (2005).....	13
6.3	Wang et al. (2015).....	15
6.4	Vancampfort et al. (2011).....	18
6.5	Chen et al. (2009).....	20
6.6	Brown et al. (2010).....	22
6.7	Bardy et al. (2013).....	24
6.8	Davis et al. (2007).....	26
7	Synthèse des résultats.....	28
7.1	Anxiété.....	28
7.2	Adaptation.....	29
7.3	Santé.....	30
8	Discussion.....	31
8.1	Réponse à la question de recherche.....	31
8.2	Résultats en lien avec le cadre de référence.....	33
8.3	Limites méthodologiques.....	33
8.4	Limites à la généralisation des résultats.....	33
8.5	Recommandations et implications pour la pratique infirmière.....	34
9	Conclusion.....	36
10	Lexique.....	37
11	Liste de références.....	38

1 Introduction

Dans le cadre de notre Bachelor en soins infirmiers, nous avons décidé de travailler sur un sujet sensible au domaine de la psychiatrie. En effet, notre choix s'est porté sur la thématique des thérapies complémentaires pouvant être utilisées avec les patients psychotiques.

Dans ce travail, il sera question d'identifier les interventions infirmières visant à diminuer l'anxiété chez les patients adultes souffrant de schizophrénie. Le sujet traitera principalement de deux thérapies, la pleine conscience et la relaxation musculaire progressive. La problématique mettra en lumière les concepts centraux de la question de recherche en lien avec la théorie infirmière d'Hildegard Peplau. Par la suite, nous développerons quelques aspects de la méthodologie concernant la recherche des articles scientifiques. Nous présenterons sous forme tabulaire et narrative les résultats de ceux-ci. Par la suite, la synthèse des résultats permettra d'avoir une vision globale de toutes les études en lien avec la théorie infirmière. Pour terminer, la discussion s'élargira sur notre avis critique concernant les articles ainsi que sur l'implication et les recommandations pour la pratique infirmière.

The logo for Clicours.COM, featuring the text "Clicours.COM" in a white, sans-serif font centered on a solid blue rectangular background.

2 Problématique

2.1 La schizophrénie

La première description de la schizophrénie comme entité pathologique est due à Krapelin vers 1890. Le terme utilisé n'était pas la schizophrénie mais "dementia praecox" qui signifie démence précoce. Plus tard, autour de 1908, c'est le psychiatre suisse Eugen Bleuler qui inventa le terme de schizophrénie (Townsend, 2010, p. 380). Ce mot a été formé des racines grecques, « schizo » (diviser) et « phrên » (esprit) (Townsend, 2010, p. 380). En effet, la schizophrénie se caractérise par des troubles de la pensée, par des troubles affectifs et comportementaux (Sue Cook, 1991).

Les symptômes de la schizophrénie peuvent être classés en deux catégories, les symptômes positifs et négatifs. Les symptômes positifs sont de l'ordre des hallucinations, des idées délirantes, du discours et du comportement désorganisé alors que les symptômes négatifs se caractérisent par une indifférence affective, une avolition, une anhédonie, une alogie et un isolement social (Townsend, 2010, p. 395).

La schizophrénie est diagnostiquée suivant des critères définis par le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de la cinquième édition (DSM-V) ou selon la classification internationale des maladies (CIM-10).

Le DSM-V (2015) décrit plusieurs critères diagnostics pour la schizophrénie, qui sont:

A. Deux (ou plus) des symptômes suivants ont été présents une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins si traités avec succès). Au moins l'un d'entre eux doit être (1), (2) ou (3) :

1. Idées délirantes.
2. Hallucinations.
3. Un discours désorganisé (p.ex. Incohérences ou déraillements fréquents).
4. Un comportement excessivement désorganisé ou catatonique.
5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).

B. Durant une proportion significative du temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).

C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins six mois. Pendant cette période de six mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. Les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace); dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels, les signes du trouble ne peuvent se manifester que par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes

listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p.ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).

D. Le trouble schizoaffectif ou dépressif ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue d'abus, un médicament) ou à une autre condition médicale.

E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) (American Psychiatric Association, 2015, p. 116-117).

Selon le CIM-10-GM (2014), le diagnostic de la schizophrénie est défini comme tel :

Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont : l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs.

L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou alors elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète. On ne doit pas faire un diagnostic de schizophrénie quand le tableau clinique comporte des symptômes dépressifs ou maniaques importants, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles affectifs. Par ailleurs, on ne doit pas porter un diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue ou un sevrage à une drogue (p. 187).

2.2 L'anxiété psychotique

Selon Baylé et al. (2011), « l'anxiété est un symptôme fréquent et majeur dans la schizophrénie », il est un « indice de progression vers la décompensation psychotique » et « l'anxiété et le stress sont des indicateurs de rechute » (p. S83). L'American Psychiatric Association (APA, 2010) considère l'administration des benzodiazépines utile pour réduire l'anxiété et l'agitation liées aux crises psychotiques. Cependant, elle met en garde contre leur utilisation chronique face au risque d'abus et de dépendance [traduction libre] (p. 39). Afin de lutter contre l'administration abusive des benzodiazépines, il paraît alors nécessaire de mettre en place de nouveaux moyens permettant de diminuer l'anxiété à moyen et long terme chez les patients souffrant de schizophrénie.

Toujours selon Baylé et al. (2011), l'anxiété psychotique fait référence « à une approche psychopathologique complexe, où la symptomatologie schizophrénique pourrait être une réponse anormale à des états d'angoisse extrême » (p. S85). De plus, Allilaire (1983, cité dans Baylé et al., 2011) évoque quatre caractéristiques de l'anxiété psychotique, à savoir, « intense, massive et le plus souvent perçue d'emblée par l'observateur comme une douleur intolérable », « hermétique, non-verbalisée ou bien mise en mots avec imprécision ». Il ajoute que l'anxiété psychotique « s'accompagne d'un retentissement psychomoteur particulier à un type d'agitation ou de sidération » (p. S85). Nous comprenons par ces caractéristiques que l'anxiété non verbalisée demande alors une attention particulière de la part de l'infirmière.

L'anxiété permet de signaler à l'individu les dangers possibles auxquels il est exposé. Ce sentiment engendre un mécanisme physiologique nécessaire pour affronter la menace (Sue Cook, 1991). L'anxiété est normale quand il y a un danger menaçant l'intégrité physique de la personne (Townsend, 2010). Cependant, elle devient anormale quand la réaction est démesurée par rapport à la gravité de la menace et qu'elle perdure quand le danger n'est plus présent. La « capacité fonctionnelle est touchée, sur le plan intellectuel, social ou professionnel » (Townsend, 2010, p. 476).

L'anxiété est souvent classifiée en fonction de sa sévérité. Celle-ci peut être considérée comme légère, modérée, grave ou panique. En particulier, elle peut se manifester par une perte de contact avec la réalité, menant jusqu'aux hallucinations et délires. L'anxiété panique est un état où la personne n'est plus capable de se concentrer et peut engendrer des comportements bizarres et un retrait complet (Townsend, 2010). Plusieurs échelles de mesure de l'anxiété sont disponibles, cependant, l'EAS (Echelle Anxiété Schizophrénie) est spécifique à la mesure de l'anxiété chez les patients souffrant de schizophrénie.

Suivant le degré d'anxiété, les manifestations peuvent être plus ou moins sévères. Les symptômes peuvent se déclarer par une agitation, un rythme cardiaque et respiratoire accélérés, une sudation des malaises gastriques, un accroissement de la tension musculaire ainsi qu'une accélération du débit et du

volume de la parole. Dans une anxiété plus grave, des céphalées, des étourdissements, des nausées, des tremblements, une fréquence urinaire accrue, et la diarrhée peuvent se manifester (Townsend, 2010).

Le psychanalyste, Hary Stack Sullivan (1962, cité dans Nevid, Rathus & Greene, 2009) explique que durant la petite enfance, les interactions avec les parents peuvent être défavorables et sources d'anxiété. L'enfant se réfugie dans un monde rêvé, idéal, et loin de toutes formes d'anxiété. Il se met alors en retrait et a de la difficulté à faire confiance aux autres ainsi qu'à développer ses habiletés sociales. Ce processus peut se poursuivre jusqu'à l'âge adulte. Néanmoins, la confrontation à la vie sociale et professionnelle est inévitable, c'est pourquoi la personne voudra échapper à l'anxiété en trouvant refuge dans un monde imaginaire.

Enfin, l'anxiété psychotique a une place importante chez les patients souffrant de schizophrénie. Elle touche les patients dans leur intégrité tant physique que psychologique. Cette composante doit alors être évaluée, mesurée et palliée afin de diminuer au maximum les conséquences négatives qu'il pourrait y avoir chez le patient.

3 Question de recherche

Une question de recherche a émergé suite à la problématique développée précédemment :

Quelles sont les interventions infirmières non médicamenteuses permettant de diminuer l'anxiété chez les patients souffrant de schizophrénie dans le but de prévenir une décompensation psychotique ?

4 Cadre de référence

Ce chapitre présente le cadre théorique issu des soins infirmiers qui sera utilisé dans ce travail. Il s'agit de la théorie infirmière d'Hildegard Peplau. Cette théorie est basée sur les relations interpersonnelles et l'anxiété. Ce concept est majeur car avec les patients souffrant de schizophrénie et d'anxiété, il est important que l'infirmière crée un lien de confiance qui permette au patient d'adhérer aux soins.

4.1 Anxiété

Peplau (1952, 1971, 1989) parle du concept de l'anxiété comme étant une énergie cognitivement déclenchée chez l'individu par des menaces perçues envers sa sécurité. Elle ajoute que les menaces peuvent être réelles ou imaginées, internes ou externes [traduction libre] (cité dans Forchuk, 1991, p. 57). Ces menaces envers le "système de soi" compromettent la vision que le patient a de lui-même, ses valeurs, et ses comportements utilisés pour résister aux changements dans ses visions de soi [traduction libre] (cité dans Forchuk, 1991, p. 57). Selon Peplau, l'anxiété est reliée au développement et est essentielle au niveau biologique et émotionnel [traduction libre] (1963b, cité dans Reed, 2005, p. 51).

L'anxiété est particulièrement présente chez les patients souffrant de schizophrénie que ce soit suite aux épisodes d'hallucinations ou de délires ou encore suite à des situations stressantes de la vie quotidienne. L'infirmière doit alors pouvoir reconnaître les symptômes d'anxiété afin de prévoir des interventions optimales pour le patient.

4.2 Rôles infirmiers

Afin de pouvoir mettre en place des interventions pertinentes et créer une relation de confiance, l'infirmière va devoir entreprendre des rôles spécifiques en fonction de chacun de ses patients. Peplau (1995) a défini le rôle de personne-ressource comme étant quelqu'un qui "offre des réponses spécifiques formulées habituellement par rapport à un problème plus vaste" (p. 45). L'infirmière est donc présente pour aider et guider le patient lorsqu'il a des doutes. Le but de l'infirmière comme personne-ressource est de repérer les moments propices à l'apprentissage et de gérer les moments de difficultés des patients. Peplau (1995) définit le rôle éducatif comme étant "une combinaison de tous les rôles" (p. 47) et "les méthodes d'enseignements traditionnelles consistent en l'acquisition d'un savoir dispensé par une personne considérée comme une autorité en la matière" (p. 47). La fonction éducative de l'infirmière consiste donc à mettre en place des plans d'actions découlant des connaissances du patient pour qu'il puisse acquérir un savoir supplémentaire.

4.3 La relation interpersonnelle

Selon Peplau (1952, 1988 cité dans Belcher, 2011, p. 65), les soins infirmiers peuvent être vus comme un processus interpersonnel car ils impliquent des interactions entre deux personnes ou plus avec un but commun. Chaque relation infirmière-patient est une situation interpersonnelle dans laquelle des difficultés récurrentes de la vie de tous les jours surviennent. La relation infirmière-patient est le centre des soins infirmiers. Elle est éducative et thérapeutique lorsque l'infirmière et le patient arrivent à se connaître et se respecter comme des personnes qui sont semblables, et en même temps différentes, comme des personnes qui partagent des problèmes vers une solution [traduction libre] (Peplau, 1952, cité dans Forchuk, 1991, p. 55).

4.4 Personne

Elle est décrite dans la théorie comme un être humain qui vit dans un environnement instable ayant une fluidité physiologique, psychologique et sociale. Chaque personne apporte ses expériences, ses croyances, ses attentes et ses patterns de relations uniques avec les autres dans toutes les relations interpersonnelles [traduction libre] (Peplau, 1952 cité dans Forchuk, 1991, p. 55).

4.5 Soins infirmiers

Selon Peplau (1952) les soins infirmiers sont un instrument éducatif, une force mature, qui vise à promouvoir la santé, soit un mouvement de la personnalité vers l'avant en direction d'une vie créative, constructive, productive, personnelle et communautaire. Les soins infirmiers impliquent la croissance de l'infirmière et du patient. C'est un art pouvant donner des opportunités, autonomiser et transformer [traduction libre] (Peplau, 1952, 1973, 1988 cité dans Forchuk, 1991, p. 55).

4.6 Santé

Un mot symbolique qui implique un mouvement de la personnalité vers l'avant et la continuité d'autres processus humains en direction d'une vie créative, constructive, personnelle et communautaire. Cette définition met en évidence une idée de croissance comme étant inhérente à la santé. La santé est le but primaire des soins infirmiers [traduction libre] (Peplau, 1952 cité dans Forchuk, 1991, p. 55).

4.7 Adaptation

L'adaptation est un processus utilisé pour faire face aux dilemmes inévitables de la vie. Des synonymes peuvent être de s'ajuster, de correspondre, et de se conformer [traduction libre] (Peplau, 1989, cité dans Forchuk, 1995, p. 501).

5 Méthodologie

5.1 Critères d'inclusion des articles

Afin d'affiner au mieux le choix des articles pour ce travail de Bachelor, il a fallu respecter certains critères d'inclusion. Les études recherchées devaient être de langue française et/ou anglaise. De plus, les dates de leur parution devaient être comprises entre les années 2006 et 2016. Finalement, seuls les revues scientifiques étaient retenues. Dans ce travail de Bachelor, seules les études en anglais et français ont été retenues. De plus, les articles sélectionnés sont scientifiques et respectent les dates suivant les critères d'inclusion excepté une recherche datant de 2005.

5.2 Critères d'exclusion des articles

Les revues avec comme population des enfants ou des adolescents n'ont pas été retenus. De plus, ceux n'ayant pas un impact dans le rôle infirmier n'ont pas été gardés pour ce travail. Enfin, les études concernant des troubles psychiatriques autres que la schizophrénie n'ont également pas été choisies.

5.3 Equations de recherches

Les recherches d'articles ont été effectuées principalement sur les bases de données Medline-PubMed et CINHAL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature). La méthode de références croisées qui consiste à rechercher des études à travers les références des articles sélectionnés a également été utilisée.

La base donnée CINHAL regroupe différents domaines de soins dont les soins infirmiers, la santé publique, la médecine et les sciences de la santé. La base de données Medline-PubMed regroupe les sciences infirmières, les sciences biomédicales, la psychiatrie et la médecine. La base de donnée Psych-INFO n'a pas permis de trouver des articles pertinents pour notre travail.

Concepts clés	Mots-clés en anglais	Descripteurs CINHAL	Descripteurs Medline-PubMed
Schizophrénie	Schizophrenia Psychotic disorder Psychosis Mental disorder	(MH "Schizophrenia") (MH "Schizoaffective Disorder") (MH "Psychotic Disorders")	"Schizophrenia" [Mesh] Psychosis Mental disorder
Anxiété	Anxiety Anxiety disorder Fear	(MH "Anxiety") (MH "Anxiety disorder") (MH "Fear")	"Anxiety" [Mesh]
Pleine conscience	Mindfulness Mindfulness therapy	(MH "Mindfulness") (MH "Mindfulness therapy")	Mindfulness Mindfulness therapy

Relaxation musculaire	Muscle relaxation therapy	(MH "muscle relaxation") (MH "muscle relaxation training")	"Muscle relaxation" [Mesh] Progressive muscle relaxation
Prise en charge infirmière	Nursing care Nursing interventions	(MH "Nursing Care") (MH "Nursing Role") (MH "Nursing Interventions")	-

Equations de recherche CINHAL	((MH "Psychotic Disorders") OR (MH "Schizophrenia")) AND (MH "Alternative Therapies")	51 résultats
	((MH "Nursing Care+") AND (((MH "Mindfulness") OR (MH "Alternative Therapies+")) AND ((MH "Psychotic Disorders") OR (MH "Schizophrenia"))))	23 résultats
	(MH "Muscle Relaxation") AND (MH "Anxiety") AND (MH "Schizophrenia")	4 résultats
	(MH "Muscle Relaxation") AND (MH "Anxiety") AND ((MH "Schizophrenia") OR (MH "Psychotic Disorders"))	4 résultats
	((mindfulness therapy) AND schizophrenia) AND treatment AND anxiety	3 résultats
	((schizophrenia AND muscle relaxation therapy) AND intervention	3 résultats
Equations de recherche Medline-PubMed	("Anxiety"[Mesh] AND "Schizophrenia"[Mesh]) AND "Muscle Relaxation"[Mesh]	6 résultats
	mindfulness AND ("Anxiety"[Mesh] AND "Schizophrenia"[Mesh])	2 résultats
	((schizophrenia) AND progressive muscle relaxation) AND therapy	24 résultats
	((schizophrenia) AND mindfulness) AND therapy	32 résultats
	((mindfulness therapy) AND schizophrenia) AND delusions	2 résultats

Suite à ces équations de recherches, les huit articles suivant ont été sélectionnés:

- Bardy-Linder, S., Bonsack, C., Ortega, D., Favrod, J., Rexhaj, S., & Maire, A. (2013). Entraînement à la pleine conscience en groupe pour atténuer les symptômes psychotiques persistants. *Annales médico-psychologiques*, 171, 72-76.
- Braga, J., R., Mendlowicz, V., M., Marrocos, R., P., & Figueira, L., I. (2005). Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 409-414.
- Brown F., L., Davis, W., L., LaRocco, A., V., & Strasburger, A. (2010). Participant Perspectives on Mindfulness Meditation Training for Anxiety in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13, 224-242.
- Chen, W-C., Chu, H., Lu., R-B., Chou, Y-H., Chen, C-H., Chang, Y-C., O'Brien, A., & Chou, K-R. (2009). Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2187-2196.
- Davis, W., L., Strasburger, M., A., & Brown, F., L. (2007). Mindfulness: An Intervention for Anxiety in Schizophrenia. *Journal of Psychological Nursing*, 45(11), 22-30.
- Lysaker, P., H., & Salyers, M., P. (2007). Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 290–298.
- Vancampfort, D., D.H., M., Knapen, J., Maurissen, K., Raepsaet, J., Remans, S., Probst, M., & Deckx, S. (2011). Effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in people with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 25(6), 567-575.
- Wang, F.-Z., Luo, D., Kanb, W., & Wang, Y. (2015). Combined Intervention with Education and Progressive Functional Disability, and Positive Symptoms Muscle Relaxation on Quality of Life, in Patients with Acute Schizophrenia. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(3), 159–165.

6 Articles

6.1 Lysaker et al. (2007)

Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history				
Auteurs	Buts	Population	Méthode	Résultats
Lysaker P. H. Salyers M. P.	Déterminer la corrélation entre l'anxiété et la sévérité des symptômes, la fonction psychosociale, l'espoir et les antécédents d'abus sexuels ou physiques chez les patients souffrant de schizophrénie.	128 participants ayant le diagnostic de schizophrénie ou de troubles schizoaffectifs.	Les auteurs ont utilisé plusieurs échelles de mesures et d'évaluations ainsi que des questionnaires pour évaluer l'anxiété chez les participants en lien avec les symptômes, la fonction psychosociale, l'espoir et les antécédents d'abus sexuels ou physiques.	<p>Les auteurs ont observé un lien entre l'augmentation de l'anxiété et l'augmentation des symptômes hallucinatoires, de retrait social, de dépression ainsi qu'une diminution de l'espoir et de la qualité de vie.</p> <p>Un niveau élevé d'anxiété est lié à une bonne connaissance de la maladie.</p> <p>Les participants ayant reporté des antécédents d'abus sexuels ou physiques avaient un score d'anxiété plus élevé que ceux ne reportant pas d'antécédents d'abus.</p> <p>Le groupe ayant une anxiété sévère présentait davantage d'hallucinations extrêmes, moins d'espoir et une faible fonction psychosociale. Les résultats de l'évaluation des symptômes positifs et négatifs montrent des scores élevés de dépression et d'anxiété.</p>

Cette étude quantitative expérimentale menée aux États-Unis dans l'état d'Indiana a regroupé 128 patients d'une moyenne d'âge de 47 ans. Les participants ont été recrutés dans une clinique psychiatrique et un centre de soins psychiatriques. Les participants faisaient déjà partie d'une étude en cours sur la prévalence de l'anxiété et d'une autre étude traitant des effets cliniques sur la réhabilitation professionnelle. Pour participer à l'étude, les patients devaient avoir le diagnostic de schizophrénie ou de troubles schizoaffectifs. Les patients suivaient un traitement médicamenteux et étaient en phase dite stable. Premièrement, les auteurs ont utilisé plusieurs échelles et questionnaires afin d'évaluer la corrélation entre l'anxiété et la sévérité des symptômes positifs et négatifs, la fonction psychosociale, l'espoir et les antécédents d'abus sexuels ou physiques. Les échelles et questionnaires utilisés étaient le questionnaire multidimensionnel de l'anxiété MAQ (Multidimensional Anxiety Questionnaire), l'échelle de mesure des symptômes négatifs et positifs PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), l'échelle de mesure de la qualité de vie QLS (Quality of Life Scale), l'échelle de mesure du désespoir BHS (Beck Hopeless Scale), l'évaluation du traumatisme pour adultes TAA (Trauma Assessment for Adult) et le test verbal d'Hopkins HVLT (Hopkins Verbal Learning Test) permettant d'évaluer la mémoire chez les participants. Les auteurs ont ensuite catégorisé les patients en trois groupes présentant soit une anxiété faible, modérée ou sévère.

Le groupe qui présente une anxiété sévère a reporté davantage de cas d'abus sexuels et physiques. Les scores de dépression et d'anxiété mesurés sur le PANSS sont élevés. De plus, les auteurs ont remarqué, chez le groupe ayant une anxiété sévère, que la connaissance de la maladie engendre davantage d'anxiété. Les résultats significatifs de cette étude sont la corrélation entre des scores élevés d'anxiété et des scores élevés d'hallucinations, de retrait social, de dépression et des scores faibles de la fonction psychosociale et d'espoir pour le futur. Enfin, les abus sexuels et physiques reportés par les participants sont liés à des scores élevés d'anxiété chez ces derniers.

Une des limites de l'étude est qu'aucunes conclusions concernant le lien de causalité entre l'anxiété et les différents symptômes et traumas vécus par les patients ne peuvent être effectuées. La généralisation des résultats est limitée en raison de l'âge de l'échantillon. En effet, chez des participants plus jeunes, l'anxiété peut être causée par d'autres facteurs. Les auteurs n'ont par ailleurs pas évalué la sévérité et/ou la fréquence des abus physiques ou sexuels chez les participants.

6.2 Braga et al. (2005)

Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life					
Auteurs	Buts	Population	Méthode	Résultats	
Braga Raphael J. Mendlowicz Mauro V. Marrocos Rogerio P. Figueira Ivan L.	Décrire la prévalence des troubles anxieux comme comorbidité sur une durée de vie et comparer la qualité de vie des patients avec et sans troubles anxieux.	53 participants atteints de schizophrénie.	Les participants étaient vus en entretien par un psychiatre chercheur afin de vérifier l'existence d'un trouble de l'anxiété. Les auteurs ont évalué les types de troubles anxieux dans le groupe.	Les participants ayant comme comorbidité l'anxiété sociale ont une qualité de vie diminuée et un taux élevé de tentatives de suicide comparativement aux participants n'ayant pas de comorbidité d'anxiété sociale. La schizophrénie et un trouble de l'anxiété peuvent compromettre les interactions sociales, la vie familiale et la capacité de travail.	

Cette étude quantitative expérimentale s'est déroulée au Brésil, à l'institut de psychiatrie de l'Université fédérale de Rio De Janeiro. Durant un an, les participants de cette étude ont été recrutés dans deux hôpitaux psychiatriques où ils étaient suivis en ambulatoire. Pour participer à l'étude, les patients devaient avoir le diagnostic de schizophrénie basé sur le DSM-IV, être âgé entre 17 et 65 ans et avoir la capacité de comprendre et de remplir les questionnaires. Les participants ne devaient pas avoir de troubles neurologiques ou médicaux importants. La plupart des patients étaient des hommes, non mariés et de race caucasienne. Au début de l'étude, les volontaires étaient vus en entretien avec un psychiatre chercheur afin de vérifier s'il y avait présence d'un diagnostic de troubles anxieux comme comorbidité. Deux groupes ont été formés, le groupe expérimental ayant des troubles anxieux comme comorbidité et un groupe contrôle ne présentant pas d'anxiété. L'échelle abrégée d'appréciation psychiatrique étendue avec ancrage BPRS (Bried Psychiatric Rating Scale) a été utilisée pour mesurer la sévérité de la psychopathologie des patients. L'échelle subjective d'invalidité de Sheehan (Subjective Disability Scale) quant à elle, a été utilisée afin de déceler un trouble de la fonction globale (travail, vie sociale et la vie familiale).

Les résultats démontrent que 22 patients présentent un trouble anxieux. Dans le groupe expérimental, 17% présentent une phobie sociale, 15% un trouble d'anxiété généralisé, neuf pour cent une anxiété non déterminée et sept pour cent ont un trouble panique et le reste des participants a une phobie spécifique ou un trouble de stress post-traumatique. Les scores de l'évaluation BPRS sont significativement élevés en comparaison du groupe n'ayant pas d'anxiété. De plus, les participants anxieux ont des scores sur l'échelle SDS plus élevés qui montrent que ces patients ont davantage de difficultés dans la vie professionnelle, sociale et familiale.

Les auteurs observent que cette recherche se base sur un échantillon trop petit, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats. Par ailleurs, seuls les participants diagnostiqués de schizophrénie avec le DSM-IV ont été retenus, ce qui limite également la taille de l'échantillon. Enfin, l'échelle SDS, à la base utilisée chez tous les patients anxieux, a été utilisée chez les patients souffrant de schizophrénie.

6.3 Wang et al. (2015)

Combined Intervention with Education and Progressive Muscle Relaxation on Quality of Life, Functional Disability, and Positive Symptoms in Patients with Acute Schizophrenia					
Auteurs	Buts	Population	Méthode	Résultats	
Wang Fu-Zhi Luo Dan Kanb We Wang Yun	Explorer les effets combinés de la relaxation musculaire progressive et l'éducation thérapeutique sur la qualité de vie, l'invalidité fonctionnelle et les symptômes positifs chez les patients atteints de schizophrénie en phase aiguë.	52 participants atteints de schizophrénie en phase aiguë.	Les participants ont été séparés en quatre groupes ; un contrôle, d'éducation thérapeutique (ET), de relaxation musculaire progressive (RMP) et d'ET et de RMP combinés. Plusieurs échelles d'évaluation ont permis d'évaluer et de mesurer la qualité de vie, l'invalidité fonctionnelle et les symptômes positifs.	L'analyse des résultats montre une différence significative entre les interventions concernant la qualité de vie, l'invalidité fonctionnelle et les symptômes positifs.	

Cette étude randomisée contrôlée a eu lieu dans l'hôpital psychiatrique de Changsha en Chine. Durant un an, les participants ont été recrutés dans l'unité de soins aigus psychiatriques de l'hôpital. Les 52 participants étaient âgés de 18 à 67 ans. Les critères d'inclusion à cette étude étaient d'avoir le diagnostic de schizophrénie selon le DSM-IV confirmé par deux différents psychiatres, de ne pas avoir d'antécédents d'abus de drogues, d'être capable de lire, écrire et parler chinois. Les patients qui avaient déjà reçu une éducation thérapeutique (ET) ainsi que des exercices de relaxation musculaire ont été exclus de l'étude. Les patients ont été distribués aléatoirement dans différents groupes. Quatre groupes ont été formés pour l'étude; un groupe d'éducation thérapeutique, un groupe de RMP, un groupe de RMP combinée avec l'éducation thérapeutique et un groupe contrôle. Les interventions ont duré cinq semaines, suivies d'une période d'évaluation de dix semaines. Pour le groupe d'ET, les participants ont reçu une séance de 30 minutes d'ET par semaine. Un sujet différent a été abordé à chaque séance. À la fin de chaque séance, une discussion ouverte de 15 minutes était prévue pour permettre aux participants de parler du contenu de cette dernière. Concernant le groupe de RMP, les participants ont reçu des séances de 30 minutes deux fois par semaine. À la fin de chaque séance, une discussion ouverte de 15 minutes était mise en place pour permettre aux participants de parler de leurs expériences vécues durant l'exercice. Dans le groupe d'intervention combinée (ET et RMP), les participants ont reçu les deux interventions en séances séparées chaque semaine. Enfin, deux fois par semaine, le groupe contrôle a reçu des sessions d'ET de 30 minutes suivant les procédures habituelles qui se font en Chine. À la fin de chaque séance, le groupe pouvait converser durant 15 minutes. Tous les participants ont eu accès à des brochures expliquant les interventions propres à chaque groupe et un CD contenant une vidéo de 30 minutes d'une histoire typique d'un patient souffrant de schizophrénie en phase aiguë.

La qualité de vie a été évaluée à l'aide de deux formulaires, l'échelle de mesure de la qualité de vie et le questionnaire de satisfaction version courte, le Q-LES-Q-SF (Quality of Life Enjoyment et Satisfaction Questionnaire Short Form). Un autre questionnaire a été utilisé pour mesurer le degré des symptômes positifs, le SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms), et finalement, pour mesurer l'invalidité fonctionnelle, l'échelle SDS (Sheehan Disability Scale), comprenant les items du travail, de la vie sociale et de la vie familiale.

Les résultats ont été analysés par groupe en fonction de l'intervention reçue. Les résultats statistiques montrent que la notion de temps a un impact important sur les scores de mesures des échelles de la qualité de vie, des symptômes positifs et de l'invalidité fonctionnelle. L'interaction entre l'intervention et le temps joue également un rôle dans les mesures des scores sur les échelles Q-LES-Q-SF, SDS et SAPS. En général, pour l'échantillon, les interventions ont un large effet sur les scores de la qualité de vie et l'invalidité fonctionnelle dans un premier temps et sur la sévérité des symptômes positifs dans un deuxième temps. Toutes les interventions ont permis d'augmenter les scores sur

l'échelle de la qualité de vie à la cinquième semaine ainsi qu'à la semaine 15. L'intervention combinée concernant l'éducation et la RMP montre aussi statistiquement que les scores de SDS et SAPS ont augmenté à la semaine cinq. De l'autre côté, l'éducation et la RMP séparées ne démontrent pas de changements importants dans les scores de l'invalidité fonctionnelle et des symptômes positifs en comparaison avec le début de l'étude. À la semaine 15, l'intervention combinée a un meilleur effet que les interventions d'éducation thérapeutique et de RMP. À la fin du programme, la RMP et l'ET combinées montrent de meilleurs résultats sur l'anxiété que tous les autres groupes.

Les limites à l'étude sont que les participants proviennent tous d'une unité de soins aigus psychiatriques. Il est donc clair que les scores quant à la qualité de vie, l'invalidité fonctionnelle et les symptômes positifs augmentent rapidement avec le temps. Il serait intéressant de voir ces mêmes interventions chez des patients en phase stable. De plus, la dernière évaluation est faite dix semaines après l'intervention, ce qui ne permet pas de voir les résultats des interventions à plus long terme. La taille de l'échantillon, bien qu'elle soit adéquate, pourrait être plus grande afin d'introduire une intervention combinée en hôpital. Enfin, les mesures de la qualité de vie et de l'invalidité fonctionnelle ne fonctionnent pas de la même manière dans toutes les cultures.

6.4 Vancampfort et al. (2011)

Effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in people with schizophrenia : a randomized controlled trial					
Auteurs	Buts	Population	Méthode	Résultats	
Vancampfort Davy De Hert Marc Knapen Jan Maurissen Katrien Raepsaet Julie Deckx Seppe Remans Sander Probst Michel	Évaluer l'efficacité d'une session de relaxation musculaire progressive (RMP) sur l'anxiété, le stress et le bien-être chez des patients souffrant de schizophrénie.	52 participants atteints de schizophrénie.	L'échantillon a été divisé en deux groupes, un groupe expérimental recevant la RMP et un groupe contrôle recevant une thérapie placebo.	Le groupe expérimental ayant reçu la relaxation musculaire a présenté une réduction significative de l'anxiété avec une baisse du stress psychologique et une augmentation du sentiment de bien-être. Dans ce même groupe, la diminution de l'anxiété est significativement reliée à une réduction du stress et une augmentation du bien-être.	

Cette étude randomisée contrôlée a été effectuée sur une durée de 12 mois dans un centre psychiatrique universitaire de Belgique. Les participants à l'étude avaient tous le diagnostic de schizophrénie confirmé par le DSM-IV. Les critères d'inclusion à l'étude étaient que les patients ne devaient pas présenter de comorbidité psychiatrique ou avoir de problèmes musculo-squelettiques pouvant affecter la relaxation musculaire. Ils devaient être capable de se concentrer pendant environ 25 minutes et être capable de répondre aux questionnaires en cinq à dix minutes sans difficultés et avec un minimum d'instructions. Finalement, ils ne devaient jamais avoir reçu d'entraînement à la relaxation musculaire auparavant. Durant deux semaines, les patients ont participé à une séance de relaxation musculaire afin de s'habituer à l'environnement et au protocole. À la troisième semaine, les participants ont été alloués aléatoirement au groupe expérimental ou au groupe contrôle. Le groupe expérimental recevait la thérapie de relaxation musculaire durant 25 minutes. Le groupe contrôle avait comme instruction de s'asseoir durant 25 minutes dans une salle avec possibilité de lire. Avant et après chaque séance (relaxation musculaire ou placebo), tous les participants devaient répondre aux questionnaires de mesure de l'état d'anxiété, SAI (State Anxiety Inventory), à l'échelle subjective des expériences. L'évaluation des psychoses a été faite par une infirmière formée. Ce dernier outil permet d'évaluer les symptômes négatifs et positifs, les symptômes dépressifs, cognitifs (l'attention, la pensée) et les symptômes excitateurs (l'impulsivité, la collaboration).

Les résultats pour chaque groupe ont une différence notable pour chacun des thèmes. Le groupe ayant reçu la relaxation musculaire progressive (groupe expérimental) présente une réduction importante de l'anxiété avec une baisse du stress psychologique et une augmentation du sentiment de bien-être. Dans le groupe de la relaxation musculaire, la diminution de l'anxiété est significativement liée à une réduction du stress et une augmentation du bien-être.

Les limites de cette étude sont la petite taille de l'échantillon et le fait que certains patients consomment des drogues et/ou de l'alcool, ce qui peut fausser la perception du stress et du bien-être. Par conséquent, on ne sait pas si c'est l'effet de la thérapie ou des substances qui diminue l'anxiété. De plus, l'évaluation de l'anxiété n'a pas été répétée au delà de deux à quatre heures après la fin d'un exercice. Les évaluations de l'anxiété et du bien-être sont subjectives car elles sont uniquement basées sur les ressentis des patients. Par ailleurs, deux sessions ont été pratiquées avant le début de l'étude, ce qui peut avoir un impact sur l'évaluation de l'intervention. Finalement, les auteurs n'ont pas analysé les mécanismes physiologiques, psychologiques responsables de la réduction de l'anxiété.

6.5 Chen et al. (2009)

Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia					
Auteurs	Buts	Population	Méthode	Résultats	
Wen-Chun Chen Hsin Chu Ru-Band Lu Yuan-Hwa Chou Chung-Hua Chen Yue-Cune Chang Anthony Paul O'Brien Kuei-Ru Chou	Déterminer l'efficacité de la relaxation musculaire dans la réduction de l'anxiété chez les patients souffrant de schizophrénie en phase aiguë.	14 participants répartis en un groupe contrôle et un groupe expérimental, une semaine après leur admission à l'hôpital.	Le groupe expérimental a suivi la thérapie de relaxation musculaire et le groupe contrôle a reçu une thérapie placebo. Différents outils de mesure ont été utilisés afin d'évaluer l'anxiété chez les deux groupes avant l'intervention. Le changement de température au niveau du doigt a été mesuré tout au long de l'expérience.	Dans le groupe expérimental, une diminution de l'anxiété est significative après la relaxation musculaire comparativement au groupe contrôle. La différence dans le changement de température au bout du doigt a été importante dans le groupe expérimental. La température corporelle a augmenté de manière importante après la thérapie chez le groupe ayant suivi la relaxation musculaire.	

Cette étude expérimentale randomisée contrôlée a regroupé 14 patients d'une moyenne d'âge de 40 ans, hospitalisés depuis une semaine et étant en phase aiguë à l'hôpital de Taïwan. Les patients ont été répartis en deux groupes, un groupe expérimental et un groupe contrôle. Afin d'être inclus à l'étude, les participants devaient avoir le diagnostic de schizophrénie, un score sur l'échelle de l'anxiété BAI (Beck Anxiety Inventory) mesuré à plus de sept sur dix, accepter un nombre limité de neuroleptiques atypiques (incluant la Zisperidone, Risperdone, Zotepine, Olanzapine, Quetiapine et Amisulpride) et être capable de se concentrer durant 25 minutes. Les patients ne devaient pas avoir d'atteinte physiologique cérébrale ni de troubles musculo-squelettiques risquant d'affecter la thérapie de relaxation musculaire. Les patients ayant déjà suivi un programme de relaxation musculaire étaient exclus de l'étude. Les outils utilisés dans l'étude étaient l'échelle BAI, l'évaluation des symptômes positifs SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms), l'entretien neuropsychiatrique mini-international MINI (Mini-international Neuropsychiatric Interview), l'échelle de mesure de l'impression clinique globale CGI (Clinical Global Impression) et l'entraînement à la relaxation musculaire progressive RMPT (Progressive Muscle Relaxation Training). Les participants étaient aléatoirement distribués au groupe expérimental ou au groupe contrôle. Avant de débiter l'intervention, le groupe expérimental a reçu une session d'entraînement. Durant 11 jours, le groupe expérimental a suivi les séances de relaxation musculaire tandis que le groupe contrôle a suivi une thérapie placebo (les participants étaient assis dans une salle pendant 25 minutes).

Les résultats démontrent une diminution de l'anxiété dans le groupe expérimental. Dans ce groupe, la moyenne des résultats mesurée avant la thérapie par le BAI est de 16 points contre 15 dans le groupe contrôle. La moyenne de l'anxiété mesurée après avoir reçu la relaxation musculaire est à sept points contre 13 pour le groupe contrôle. L'anxiété a aussi été mesurée une semaine après la fin de l'intervention et les résultats démontrent toujours une diminution de celle-ci chez le groupe expérimental en comparaison au groupe contrôle. Par ailleurs, les auteurs ont mesuré la température au bout des doigts des patients. En effet, ils expliquent que lorsqu'un patient est anxieux, les artérioles subcutanées se contractent, ce qui engendre une diminution de la température corporelle et des extrémités froides (Atsberger, 1995 cité dans Chen et al., 2009). À la fin de l'intervention, les résultats démontrent une augmentation de la température au bout du doigt des participants ayant reçu la relaxation musculaire. La différence de température entre le début de la thérapie et la fin est de + 0,4° C et + 0,2° C respectivement dans le groupe expérimental et le groupe contrôle.

La petite taille de l'échantillon (14 participants) est une des limites de l'étude qui s'explique par les critères d'inclusion exigés par les auteurs. Ces derniers recommandent d'utiliser un plus large échantillon pour les prochaines études afin d'augmenter la fiabilité des résultats et la puissance statistique de l'étude. Ils suggèrent également d'utiliser la méthode de l'essai croisé pour que tous les patients reçoivent les deux thérapies (relaxation musculaire et placebo) afin de garantir la validité des résultats.

6.6 Brown et al. (2010)

Participant Perspectives on Mindfulness Meditation Training for Anxiety in Schizophrenia				
Auteurs	Buts	Population	Méthode	Résultats
Brown Linda F. Davis Louanne W. Strasburger Amy LaRocco Valerie A.	Analyser et évaluer les feedback des participants afin de déterminer le degré de satisfaction que procure la thérapie de pleine conscience.	15 participants atteints de schizophrénie.	Les participants assistent à deux sessions de pleine conscience d'une heure chaque semaine, pendant huit semaines.	Les résultats positifs que rapportent les participants sont la relaxation, la diminution des symptômes, la diminution de l'anxiété, la focalisation sur le présent, une meilleure façon de penser et une meilleure connaissance de soi.

Cette étude qualitative s'est déroulée aux États-Unis dans l'état d'Indiana. Les participants (15) à cette étude étaient tous des hommes non mariés ou divorcés âgés de 45 à 51 ans. Ils avaient pour la plupart été dirigés vers l'étude par leur psychiatre ou parce qu'ils avaient entendus parler de l'étude. Les critères d'inclusion étaient le diagnostic de schizophrénie ou de troubles schizoaffectifs confirmé par le DSM-IV, être en phase stable ou post-aiguë et avoir un score d'anxiété mesuré par le questionnaire de l'état d'anxiété STAI (State-Trait Anxiety Inventory) plus élevé que la moyenne de la population. Les individus qui avaient un retard mental ou abusant de substances (transmis dans le dossier médical) étaient exclus de l'étude. Sept participants sur 15 disaient souffrir d'hallucinations et dix sur 15 avaient eu des épisodes délirants dans les deux dernières semaines. Les séances de pleine conscience étaient menées par l'auteur ayant le plus d'expérience sur le sujet (quatre ans). Les compétences enseignées étaient la respiration, la prise de conscience des sensations corporelles, la méditation en mangeant et en marchant, le hatha yoga ainsi que des exercices d'étirements. Les instructions étaient données en une ou deux phrases simples, suivis par un temps de pause. Les enseignements visaient premièrement à focaliser l'attention, sur la respiration par exemple, et de la détourner sur d'autres éléments pour finalement permettre d'élargir son attention sur les éléments présents. Un contenu didactique était également inclus afin d'expliquer que les habitudes d'attachement aux bons événements ou souvenirs et que l'évitement des pensées négatives peut être une source de stress et de souffrance. À la fin des séances, les participants partageaient leurs expériences et les sensations ressenties. Un CD et un CD baladeur étaient également fournis à chaque participant afin qu'ils puissent pratiquer seuls.

Durant quatre semaines et ce jusqu'à la fin du programme, une évaluation a été faite en entretien avec chaque participant. Durant ces entretiens, plusieurs questions sur la satisfaction, sur l'expérience vécue par le patient et sur la qualité du programme étaient posées. Les résultats positifs que rapportent les participants sont la relaxation, la diminution des symptômes, une diminution de l'anxiété, la focalisation sur le présent, une meilleure façon de penser et la connaissance de soi. Cinq participants ont mentionné le fait d'avoir moins de ruminations, de mieux gérer l'impulsivité et présentent une diminution de l'inquiétude. Enfin, un nombre restreint de participants rapporte qu'il est difficile de pratiquer la pleine conscience seul.

Les limites de l'étude sont la petite taille de l'échantillon qui ne permet pas de généraliser les résultats. Le fait que les auteurs qui ont conduit la recherche connaissaient les patients, peut avoir un lien avec les réponses positives données par ces derniers. Les différences d'années d'expériences entre les différents auteurs qui ont conduit les sessions de pleine conscience sont aussi une limite.

6.7 Bardy et al. (2013)

Entraînement à la pleine conscience en groupe pour atténuer les symptômes psychotiques persistants					
Auteurs	Buts	Population	Méthode	Résultats	
Bardy-Linder Sabrina Ortega Diana Rexhaj Shyhrete Maire Agnès Bonsack Charles Favrod Jérôme	Évaluer la technique de la pleine conscience dans le cadre de la réduction des symptômes psychotiques chez des personnes atteintes de schizophrénie.	Cinq patients souffrant de schizophrénie ou d'un trouble schizoaffectif.	L'entraînement a lieu une fois par semaine, par séance d'une heure, pour un total de huit séances en dix semaines. Évaluation hebdomadaire de la gêne provoquée par le problème avant, pendant et après l'intervention. Entretien semi-structuré sur l'expérience du groupe et de la pleine conscience à la fin de l'intervention.	Résultat de groupe : diminution de la gêne moyenne provoquée par les symptômes ciblés entre la phase pré-test et la phase post-test. Diminution importante de la gêne après la cinquième séance.	

Cette étude a eu lieu au centre hospitalier universitaire de Lausanne en psychiatrie ambulatoire. Elle a regroupé cinq patients, quatre d'entre eux étaient atteints de schizophrénies paranoïdes, célibataires et âgés de 30 à 45 ans. La cinquième participante était une femme mariée, mère de deux enfants et âgée de 50 ans qui présentait un trouble schizoaffectif. Deux des quatre patients atteints de schizophrénie avaient déjà eu une expérience préalable de la pleine conscience en séances individuelles. Les auteurs ont utilisé l'entraînement à la pleine conscience comme thérapie pour mener leur étude. La thérapie s'était déroulée par séances d'une heure, une fois par semaine, pour un total de huit séances en dix semaines. Durant chaque séance, différents thèmes étaient abordés. Ceux-ci étaient les suivants ; l'introduction à la pleine conscience, les pensées, la respiration, le "permettre", "accepter", les stratégies pour faire face I, II et la pleine conscience au quotidien. Un pré-test était fait afin de déterminer le problème cible de chaque participant. La gêne provoquée par le problème était évaluée hebdomadairement avant, pendant et après l'intervention sur une échelle allant de 0%, signifiant "aucune gêne" à 100%, "gêne extrême". À la fin de l'intervention, les participants ont eu un entretien semi-structuré sur l'expérience du groupe et de la pleine conscience.

Les résultats au niveau du groupe démontrent une diminution de la gêne moyenne provoquée par les symptômes ciblés entre la phase pré-test et la phase post-test (72% lors de la phase pré-test, 38% à la dixième séance). Ils démontrent notamment une diminution importante de la gêne après la cinquième séance. Celle-ci atteint son niveau le plus bas, soit une moyenne de 20%, trois semaines après la fin de la thérapie. Les résultats individuels pour chaque participant sont développés de façon à mettre en évidence les problèmes identifiés par les patients au début de la thérapie et des scores de gêne engendrés au fil de l'intervention.

Les limites de l'étude sont d'une part, l'échantillon de très petite taille et les fluctuations interindividuelles importantes. De plus, cette étude n'inclut pas de mesures qui permettent de répondre directement à la question de la durée, de la fréquence et de l'intensité de l'entraînement de la pleine conscience nécessaire pour traverser les étapes du traitement des psychoses persistantes.

6.8 Davis et al. (2007)

Mindfulness, An Intervention for Anxiety in Schizophrenia				
Auteurs	Buts	Population	Méthode	Résultats
Davis Louanne W. Strasburger Amy M. Brown Linda F.	Décrire comment les auteurs ont adapté les interventions de thérapie de pleine conscience chez des patients souffrant de schizophrénie pour réduire les symptômes d'anxiété.	Cinq participants atteints de schizophrénie.	Les participants reçoivent une séance de groupe d'une heure de pleine conscience deux fois par semaine, pendant huit semaines.	Tous les participants ont rapportés que les séances de pleine conscience ont rempli ou même excédé leurs attentes, qui comprennent un meilleur moyen de réagir aux situations, d'avoir des moyens pour se calmer et de réduire le stress. Chaque participant a décrit un gain de bénéfices au travers de cette intervention. Elle les a aidé à mieux se connaître et à accepter les événements de la vie. La pleine conscience a permis de diminuer les comportements et attitudes négatives et les participants sont devenus plus détendus et moins stressés.

Cette étude pilote de type qualitatif s'est déroulée aux États-Unis avec des participants provenant d'un centre médical et d'un centre de santé mentale. Les cinq participants avaient soit le diagnostic de schizophrénie ou de troubles schizoaffectifs confirmé par le DSM-IV. Tous étaient des hommes âgés en moyenne de 51 ans, en phase stable ou post-aiguë et n'avaient pas eu d'hospitalisation durant le mois précédant l'étude. Les critères d'exclusion à l'étude étaient le retard mental et les abus de substances. Le recrutement des participants a été fait par un psychiatre du centre médical qui a référé ses patients à l'étude. Trois autres participants proviennent du centre médical et du centre de santé mentale. Avant le début de l'étude, les participants reportent des symptômes d'anxiété importants qui ont été mesurés à l'aide de l'échelle d'évaluation de l'anxiété (State Trait Anxiety Inventory STAI) et d'un questionnaire multidimensionnel de l'anxiété (the Multidimensional Anxiety Questionnaire MAQ). Les patients souffraient également de troubles délirants et deux d'entre eux avaient des hallucinations allant d'un état modéré à sévère. Durant l'étude, les participants ont bénéficié de séances d'une heure deux fois par semaine et ce durant huit semaines. Au début des séances, les patients recevaient de brèves instructions puis pratiquaient la pleine conscience durant cinq à 20 minutes. Chaque fin de séance était suivie d'une discussion afin de faire part des émotions et des expériences ressenties. Chaque session commençait par des commentaires de bienvenue et par une discussion de groupe et des questions sur les éléments apportés à la leçon précédente. Les participants avaient également reçu un CD afin de pratiquer l'auto-méditation entre les séances de groupe. A chaque session, les participants recevaient un bon de cinq dollars à utiliser à la cafétéria du centre.

Tous les patients reportent que les séances de pleine conscience ont excédées leurs attentes qui étaient d'apprendre à réagir aux situations, d'acquérir des moyens pour se calmer, de réduire le stress et les douleurs dorsales. Ils ont également reporté que la pleine conscience leur a permis de gérer les situations accablantes de la vie, de contrôler l'impulsivité, d'accepter les mauvais événements de la vie, de reconnaître les pensées négatives et de les gérer et d'être plus détendus et moins stressés. Cependant, un patient pensait que la pleine conscience l'aiderait à comprendre ses hallucinations et ses rêves, ce qui ne fut pas le cas. Aucun participant n'a rapporté une augmentation de détresse ou de symptômes psychotiques durant les séances. Deux participants reportent pratiquer un peu entre les séances en incorporant des exercices de respiration sur une minute. Les trois autres participants disent faire des séances de cinq à trente minutes quotidiennement.

Une des limites à l'étude est la petite taille de l'échantillon. En effet, il est difficile de prouver concrètement les bénéfices de la pleine conscience uniquement sur cinq patients. L'utilisation d'un devis qualitatif plutôt que quantitatif pour décrire les réponses des patients peut être une limite à l'étude.

7 Synthèse des résultats

Dans ce chapitre, il sera mis en évidence les similitudes des résultats entre les différents articles avec les principaux concepts du cadre théorique d'Hildegard Peplau. Quatre concepts principaux seront présentés afin d'identifier au mieux les liens entre la théorie et les articles.

7.1 Anxiété

Lysaker et al. (2007) ont mis en évidence dans leur étude une corrélation entre l'augmentation de l'anxiété et l'augmentation des symptômes hallucinatoires, de retrait social, de dépression ainsi qu'une diminution de l'espoir et de la qualité de vie. Les participants (42%) ayant reportés des antécédents d'abus sexuels ou physiques avaient un score d'anxiété plus élevé en comparaison aux participants n'ayant pas d'antécédents d'abus. En outre, toujours selon Lysaker et al. (2007), une bonne connaissance de la maladie est liée à une anxiété élevée. D'autre part, l'étude de Braga et al. (2005) a mis en évidence que 22 des 53 participants présentent au moins un trouble de l'anxiété. Dix-sept pour cent présente une phobie sociale, 15% un trouble anxieux généralisé, neuf pour cent une anxiété non déterminée et sept pour cent un trouble panique. Quant au reste des participants, ils présentent une phobie spécifique et un trouble de stress post-traumatique. Les scores d'évaluation de la psychopathologie sont significativement élevés comparativement au groupe n'ayant pas d'anxiété. Vancampfort et al. (2011) démontrent une réduction notable de l'anxiété entre le groupe ayant reçu la musculation progressive et le groupe contrôle avec une baisse du stress psychologique et une augmentation du sentiment de bien-être. Le groupe expérimental présente une diminution significative au niveau des scores de la mesure de l'anxiété sur le SAI (45,22 avant l'intervention et 33,44 post intervention). L'étude randomisée contrôlée de Chen et al. (2009) démontre une diminution de l'anxiété chez le groupe ayant suivi la relaxation musculaire (huit participants). L'anxiété a aussi été mesurée une semaine après la fin de l'intervention et les résultats relatent une diminution incontestable de l'anxiété chez le groupe expérimental. Durant l'intervention, la température au bout du doigt de chaque participant a été mesurée. Les résultats affichent une différence de température entre le début de la thérapie et la fin de + 0,4°C et + 0,2°C respectivement dans le groupe expérimental et le groupe contrôle. L'article de Brown et al. (2010) montre qu'après la thérapie de pleine conscience, les participants (cinq) ont une réduction significative de l'anxiété. De plus, les patients ont reporté arriver à mieux gérer l'anxiété et ont une diminution de l'inquiétude. L'étude de Davis et al. (2007) met en évidence une diminution de l'anxiété et de l'inquiétude après la thérapie de pleine conscience chez les cinq participants. Les participants rapportent que la thérapie de pleine conscience est un moyen de réduire le stress et gérer l'impulsivité.

Peplau (1995) met en avant que l'infirmière a un rôle de personne-ressource et peut alors donner des informations au patient afin qu'il puisse "reconnaître les symptômes" liés à son problème (p. 23). De part les interventions mises en places par les différentes études analysées, le rôle de l'infirmière

comme personne-ressource est d'évaluer l'anxiété et mettre en place un programme tant thérapeutique qu'éducatif. En effet, l'évaluation de l'anxiété permet tout aussi bien au patient qu'au soignant de reconnaître le degré et les symptômes d'anxiété. De plus, comme le dit Peplau (1995), "l'énergie née des tensions et de l'anxiété associée aux besoins ressentis peut être utilisée de façon positive pour définir le problème et y faire face" (p. 23). L'anxiété n'est donc pas une sensation agréable mais l'infirmière peut définir le problème avec le patient et y faire face en mettant en place des actions comme les thérapies de pleine conscience ou de relaxation musculaire. Selon Peplau (1963), l'anxiété est produite quand la communication avec les autres menace la sécurité biologique ou individuelle de la personne [traduction libre] (cité dans Forchuk, 1991, p. 51). En effet, chez les patients souffrant de schizophrénie, la communication et les relations interpersonnelles ne sont pas toujours évidentes. Le fait que l'anxiété joue un rôle dans la communication peut aggraver les relations sociales chez le patient. Elle ajoute que l'anxiété peut augmenter jusqu'au degré de la panique et mener à une rupture avec la réalité [traduction libre] (cité dans Forchuk, 1991, p. 51). Cette anxiété panique peut très bien se produire chez les patients souffrant de schizophrénie quand la perte de contact avec la réalité, les hallucinations et les idées délirantes se manifestent. Ceci engendre alors une grande souffrance pour les patients.

7.2 Adaptation

7.2.1 Symptômes positifs et négatifs

Selon Peplau, l'adaptation est un processus utilisé pour faire face aux dilemmes inévitables de la vie. Des synonymes peuvent être de s'ajuster, de correspondre, et de se conformer [traduction libre] (Peplau, 1989, cité dans Forchuk, 1995, p. 501). Un thème capital peut être émergé de ce concept pour ce travail qui est celui des symptômes positifs et négatifs. En effet, plusieurs articles insistent sur le fait que les symptômes de la schizophrénie sont intimement liés à l'état d'anxiété des patients. De plus, les individus souffrant de schizophrénie sont souvent marginalisés et ont donc de la difficulté à s'adapter aux normes sociétales.

L'étude de Lysaker et al. (2007) met en évidence la corrélation entre l'augmentation de l'anxiété et l'augmentation des symptômes hallucinatoires. De plus, le groupe ayant une anxiété sévère présentait davantage d'hallucinations extrêmes, moins d'espoir et une faible fonction psychosociale. Les résultats de l'évaluation des symptômes positifs et négatifs montrent des scores élevés de dépression et d'anxiété. L'étude de Wang et al. (2015) met en évidence que le groupe ayant reçu l'intervention combinée (RMP et ET) a une différence significative à la semaine cinq concernant les scores de SDS (évaluation de l'invalidité) et de SAPS (évaluation des symptômes positifs) comparativement aux autres groupes. Les scores du SAPS pour le groupe ayant reçu la relaxation musculaire combinée exposent une diminution importante entre le début (65,3) et la semaine cinq (43,8). Le groupe ayant reçu uniquement la relaxation musculaire avait des scores de SAPS à 66,0 au début de l'intervention et

57,2 à la semaine cinq. Enfin le groupe ayant reçu uniquement l'éducation thérapeutique indique une faible différence des scores de SAPS (64,2 à 62,7). L'article de Brown et al. (2010) met en évidence que la pleine conscience diminue les symptômes psychotiques (hallucinations, paranoïa) chez les participants. Dans l'étude de Bardy-Linder et al. (2013), les symptômes psychotiques sont évalués par le pourcentage subjectif de gêne qu'ils provoquent à la personne. L'observation des problèmes cibles identifiés par les participants démontre une diminution significative de la gêne chez chacun d'entre eux après la cinquième séance d'entraînement à la pleine conscience.

Les symptômes positifs font partie des symptômes principaux dans la schizophrénie. Ceux-ci sont en partie la raison pour laquelle les patients n'arrivent pas à se conformer à la société. L'adaptation pour les patients souffrant de schizophrénie dans la vie quotidienne demande alors plus d'efforts. Néanmoins, en traitant l'anxiété, il apparaît dans plusieurs articles cités ci-dessus que les thérapies de pleine conscience ou de relaxation musculaire ont un effet bénéfique sur les symptômes positifs en les diminuant. D'une part, la réduction de ces manifestations est bénéfique pour les patients car elle améliore la qualité de vie. D'autre part, l'adaptation des patients souffrant de schizophrénie dans la société pourrait alors être plus aisée et les patients moins marginalisés.

7.3 Santé

7.3.1 Qualité de vie et bien-être

Selon Peplau (1952), la santé est un mot symbolique qui implique un mouvement de la personnalité vers l'avant et la continuité d'autres processus humains en direction d'une vie créative, constructive, personnelle et communautaire [traduction libre] (Peplau, cité dans Forchuk, 1991, p. 55). En effet, la santé ne peut pas être optimale si la qualité de vie est diminuée. Dans les articles retenus, les thèmes de la qualité de vie et du bien-être sont fréquemment cités en lien avec les thérapies de pleine conscience et de relaxation musculaire progressive.

Braga et al. (2005) ont observé dans leur étude que les participants ayant comme comorbidité l'anxiété sociale ont une qualité de vie diminuée et un taux élevé de tentatives de suicide en comparaison aux participants n'ayant pas ce type de comorbidité. Les patients présentant un trouble de l'anxiété ont des scores élevés sur l'échelle SDS (mesurant la qualité de vie) contrairement aux participants ne présentant pas de trouble. Wang et al. (2015) ont également démontré une différence significative sur les score de Q-LES-Q-SF (score de qualité de vie et de satisfaction) lorsque les deux thérapies sont combinées (RMP et ET) par rapport aux autres groupes. Au début de l'étude, les scores se trouvaient à 41.5 pour le groupe contrôle, à 42.4 pour le groupe recevant l'ET, à 40.3 pour le groupe recevant la RMP et à 41.1 pour le groupe recevant les deux thérapies combinées. À la cinquième semaine, une différence notable se marque pour le groupe recevant la RMP et l'ET combinée avec un score de 59.0 contre des scores de 43.3 pour le groupe contrôle, de 52.2 pour le groupe recevant l'ET et de 50.5 pour

le groupe recevant la RMP. L'étude de Vancampfort et al. (2011) démontre que la relaxation musculaire permet de réduire significativement l'anxiété ainsi que de provoquer une baisse du stress psychologique et une augmentation du sentiment de bien-être. Il est démontré que la réduction de l'anxiété a un impact direct sur le stress psychologique et sur le sentiment de bien-être. Statistiquement, dans le groupe expérimental, le score de stress psychologique avant l'intervention est de 11.59 et de 7.48 post-intervention. Pour le sentiment de bien-être, le score pré-interventionnel est de 16,70 et passe à 21.52 en post-interventionnel. Quant à la fatigue, il est mis en évidence une diminution avec un score de 11.78 au début et de 8.58 à la fin de l'étude. Les participants mentionnent que la pleine conscience leur a permis de réduire les pensées négatives et de dormir plus facilement. De plus, Davis et al. (2007) rapportent que les séances de pleine conscience ont permis aux participants de mieux se connaître et d'accepter les événements de la vie tels qu'ils sont. En effet, la pleine conscience a aidé les participants à diminuer leurs comportements et attitudes négatives et ils sont devenus plus détendus et moins stressés. Ils ont également rapportés que cette thérapie permettait de mieux gérer les événements de la vie ainsi que reconnaître et contrôler les pensées négatives et l'impulsivité.

Selon Peplau (1952), la santé est le but des soins infirmiers [traduction libre] (Peplau, cité dans Forchuk, 1991, p.55). Un des buts des soins infirmiers est d'améliorer la qualité de vie des patients en prenant soin de leur état de santé et de leurs besoins. En utilisant les thérapies complémentaires comme la pleine conscience et la relaxation musculaire, les résultats ont montré que la diminution de l'anxiété et des symptômes positifs a été significative, ce qui a eu pour conséquence une augmentation des scores de la qualité de vie. Les résultats positifs sur le bien-être des patients ont également été mis en avant dans les études après les séances de thérapie soit de pleine conscience ou de relaxation musculaire. Peplau ajoute que le degré d'anxiété de la personne est lié au degré de la maladie [traduction libre] (1952, cité dans Reed, 2005, p. 53). Comme mentionné plus haut, les thérapies complémentaires ont permis d'agir sur plusieurs symptômes en plus de l'anxiété, par conséquent, la qualité de vie des patients a été augmentée et ceci permet donc d'améliorer l'état de santé du patient.

8 Discussion

8.1 Réponse à la question de recherche

La question de recherche est centrée sur les interventions infirmières en santé mentale dans le but de réduire l'anxiété chez les patients adultes souffrant de schizophrénie afin d'éviter une phase de décompensation.

Suite à l'analyse des résultats des articles retenus, nous pouvons déduire que la relaxation musculaire progressive ainsi que la thérapie de la pleine conscience ont des effets significatifs sur la réduction de l'anxiété des patients souffrant de schizophrénie. Sur huit articles retenus, six d'entre eux donnent une

réponse concrète à la question de recherche. En effet, par les thérapies complémentaires mises en évidence dans ce travail, nous pouvons observer une amélioration non seulement du niveau d'anxiété chez les participants mais également une diminution du stress, des symptômes positifs et négatifs ainsi qu'une amélioration du bien-être et de la qualité de vie. Dans ce travail, seules deux thérapies ont été sélectionnées. Néanmoins, il aurait pu être intéressant de comparer nos résultats avec d'autres thérapies telles que la musicothérapie, l'acupuncture ou encore l'hypnose. Par ailleurs, nous avons décidé d'exclure ces thérapies car durant les premières recherches nous avons remarqué qu'un grand nombre d'études et de travaux ont été faits sur ce sujet. Par conséquent, la sélection de nos deux thérapies nous a semblé pertinente suite à l'émergence récente de celles-ci. Les études sur les traitements médicamenteux en lien avec la réduction de l'anxiété sont également très nombreuses. L'APA (2010) montre que l'utilisation des benzodiazépines est prisée dans le traitement de l'anxiété chez les patients souffrant de schizophrénie mais que les risques d'accoutumance sont très présents. Il est donc important de pouvoir minimiser la prise de ces traitements et de proposer aux patients des alternatives par les thérapies complémentaires pour réduire l'anxiété que ce soit en phase aiguë ou en phase stable. Nous avons aussi remarqué dans les études que la réduction de l'anxiété a été évaluée à moyen terme en montrant des résultats toujours positifs, ce qui laisse à penser qu'en fonction de la durée de l'intervention, les résultats peuvent être plus concluants et perdurent plus longtemps.

Concernant la relaxation musculaire, les résultats mis en évidence dans l'étude de Wang et al. (2015) démontrent que l'intervention combinée (RMP et ET) a des résultats davantage bénéfiques que l'intervention de RMP seule. Cette étude a aussi relaté que les résultats étaient meilleurs en fonction du temps de l'intervention (15 semaines). L'étude de Vancampfort et al. (2011) a mis en avant que la RMP a été bénéfique dans le groupe expérimental comparé au groupe contrôle. Cependant, la durée de l'intervention a été plus courte (trois semaines) et les résultats n'ont pas été évalués à moyen terme. Enfin, Chen et al. (2009) ont observé une diminution de l'anxiété tant au niveau psychologique que physiologique en mesurant la température au bout du doigt des participants avant, durant et après l'intervention. Dans ces trois études, les résultats sont bénéfiques grâce à la RMP. Par ailleurs, nous avons remarqué que la thérapie combinée avec l'éducation thérapeutique est un moyen plus efficace que la thérapie de RMP seule. D'autre part, le temps de l'intervention joue un rôle important dans le maintien de la diminution de l'anxiété. En effet, l'étude de Vancampfort et al. (2011) ayant eu une période d'intervention plus longue a permis aux participants d'être détendu à plus long terme. L'amélioration de la qualité de vie et du bien-être ainsi que la réduction du stress ont aussi été évalués dans les études de Vancampfort et al. (2011) et de Wang et al. (2015). Ceci nous démontre qu'il y a une corrélation entre l'anxiété, la qualité de vie et le sentiment de bien-être chez les personnes souffrant de schizophrénie. Les deux études ont dégagés des résultats probants quant à l'amélioration de ces derniers après l'intervention de la RMP. Nous avons également remarqué, que les thérapies

montrent des résultats bénéfiques sur la réduction de l'anxiété, quelle que soit la sévérité de celle-ci ou de la phase dans laquelle se trouvent les patients. La recension narrative a permis d'apporter de nouveaux éléments pour comprendre la question de recherche. En effet, nous avons constaté que l'anxiété touche plusieurs sphères dont la qualité de vie et le bien-être. De plus, la recension des articles a démontré que les patients anxieux peuvent l'être à cause de différentes raisons, soit à cause d'un trouble anxieux, une phobie ou encore des antécédents d'abus qui ont développé l'anxiété chez eux.

8.2 Résultats en lien avec le cadre de référence

Le cadre théorique de Peplau nous a particulièrement intéressé car il est reconnu comme pouvant être utilisé dans le contexte de la psychiatrie. De plus, la description que donne Peplau de l'anxiété en lien avec les autres concepts nous a aidé pour soutenir ce travail. Par ailleurs, le cadre théorique de Peplau permet de soutenir les interventions infirmières en lien avec notre question de recherche. En effet, les différents rôles que Peplau met en avant pour l'infirmière comme la personne-ressource ou le rôle éducatif sont importants dans les interventions liées à la diminution de l'anxiété des patients souffrant de schizophrénie. Nous avons remarqué que la thérapie combinée (RMP et ET) a un meilleur effet que la thérapie de relaxation musculaire seule. Peplau met également en avant que les soins infirmiers impliquent la croissance de l'infirmière et du patient [traduction libre] (Peplau, 1952, 1973 cité dans Forchuk, 1991, p. 55). Elle ajoute que c'est un art pouvant donner des opportunités, autonomiser et transformer [traduction libre] (Peplau, 1988 cité dans Forchuk, 1991, p. 55). Ceci est particulièrement important car Peplau voit les soins infirmiers comme un processus continu dans lequel tant les infirmières que les patients acquièrent des connaissances. Il est vrai qu'en pratique, plus l'infirmière aura de l'expérience et des connaissances, plus elle sera apte à trouver avec le patient des moyens de palier à ses besoins. La notion d'autonomie est aussi importante chez les patients souffrant de schizophrénie car plus le patient apprend à gérer ses symptômes ou son anxiété par exemple, mieux sera sa qualité de vie.

8.3 Limites méthodologiques

Nous avons été confrontées à un problème pour la validité des articles. En effet, de nombreux articles susceptibles de nous intéresser étaient de date antérieure à 2005 et présentaient donc des résultats discutables. Un nombre important d'études s'est avéré être inaccessible car leur acquisition était payante, ce qui nous a donc limité dans le choix des articles retenus. Le fait d'avoir utilisé uniquement deux bases de données pour la recherche des articles est une limite supplémentaire dans l'élaboration de notre travail. Il aurait été préférable de pouvoir en utiliser plus, de façon à trouver des articles supplémentaires.

8.4 Limites à la généralisation des résultats

Une des difficultés à la généralisation des résultats découle du fait que les échantillons sont de petite taille et que par conséquent nous ne pouvons pas les considérer comme étant suffisamment

représentatifs de la réalité. À cela s'ajoute le fait que l'âge moyen de la population des études vacille de façon importante, ce qui ne nous permet pas de généraliser les résultats. Les échelles de mesures utilisées dans chacune des études sont différentes, ce qui peut compromettre la généralisation des résultats. De plus, nous pouvons mettre en évidence la différence de culture entre chacune de nos études, en regard de la diversité des pays où elles ont été faites. Malgré cela, il est possible de penser que ces résultats sont généralisables au contexte de la Suisse. En effet, bien qu'une des études soit issue de Taiwan, il est démontré que les résultats sont concluants dans tous les articles. Il est important de mettre en évidence que l'histoire de vie des patients n'est pas prise en compte et que cela peut être un biais à prendre en considération.

Dans l'étude de Wang et al. (2015), les patients sont en hôpital psychiatrique en phase aiguë et il est donc normal d'observer une amélioration rapide des scores de qualité de vie, d'invalidité fonctionnelle et des symptômes positifs et négatifs. Les études de Chen et al. (2009) et Vancampfort et al. (2011) mettent en évidence que les substances telles que l'alcool et les drogues ou autre médication peuvent être des biais dans les résultats ne sachant pas si ces derniers sont liés aux interventions ou aux substances prises. L'évaluation des interventions n'a malheureusement pas été faite sur le long terme, ce qui ne permet donc pas d'avoir de précision sur l'efficacité des différentes interventions sur le long terme. La formation des auteurs dans l'étude de Brown et al. (2015) est remise en question car il est démontré qu'elle n'a pas forcément été adéquate. Ils parlent également de la problématique des entretiens de pleine conscience conduit par des personnes connaissant déjà les patients qui serait un biais important pour l'interprétation des résultats.

8.5 Recommandations et implications pour la pratique infirmière

Cette revue narrative a permis de mettre en avant que le rôle infirmier dans le traitement de la diminution de l'anxiété par les thérapies complémentaires peut tirer des avantages bénéfiques pour l'état du patient souffrant de schizophrénie. Que ce soit la RMP ou la pleine conscience, il serait recommandé pour les infirmières voulant utiliser ces thérapies d'être formées au préalable. Par ailleurs, il est important que l'infirmière soit attentive aux signaux d'alarme de l'anxiété chez les patients car les manifestations peuvent être différentes en fonction de chaque individu. La mesure de l'anxiété doit se faire avec des outils validés et spécifiques pour les patients anxieux souffrant de schizophrénie. En outre, l'éducation aux patients et à la famille est importante afin de répandre la connaissance des thérapies complémentaires existantes. Dans le rôle éducatif de l'infirmière, il serait pertinent de combiner la RMP avec des séances d'enseignement thérapeutique pour la diminution de l'anxiété. Enfin, nous ne négligeons pas l'administration du traitement médicamenteux pour traiter l'anxiété du patient mais nous pensons qu'une combinaison des deux traitements, à savoir médicamenteux et thérapeutique, peut améliorer l'état anxieux des patients.

Ces recherches nous ont permis de faire des liens avec notre pratique et de nous impliquer différemment quant à la prise en charge de l'anxiété des patients souffrant de schizophrénie. Nous en sommes également venues à la conclusion que ces thérapies peuvent être applicables pour toutes les personnes présentant de l'anxiété. Ce sont des thérapies qui peuvent facilement être praticables en phase préventive et en ambulatoire pour permettre aux patients d'apprendre à reconnaître leurs symptômes d'anxiété et de décompensation. Selon Vancampfort et al. (2011), le patient pourrait donc être plus autonome à l'hôpital car il aurait les moyens de gérer ses symptômes et pourrait y palier plus facilement. En revanche, pour que ces thérapies soient vraiment efficaces, elles devraient être pratiquées de manière régulière. De plus, la thérapie de la pleine conscience et la relaxation musculaire sont des thérapies qui peuvent autant être pratiquées en séance de groupe qu'en séance individuelle. Selon Davis et al. (2007), les infirmières sont idéalement situées pour fournir des séances de pleine conscience et pour aider les patients à continuer de pratiquer ces séances de manière autonome afin de les aider à développer leurs compétences et leurs connaissances [traduction libre] (p. 29).

Parmi les trois articles traitant de la thérapie de la pleine conscience, nous avons pu remarquer que l'échantillon utilisé était de petite taille (maximum 15 participants). Nous pouvons donc penser qu'il serait intéressant de faire des études avec un échantillon plus grand de façon à être le plus représentatif possible. Les trois études menées sur la thérapie de pleine conscience ont été faites sur une durée variant entre huit et dix semaines. Pour ce qui est des études sur la relaxation musculaire progressive, deux d'entre elles étaient faites sur cinq semaines alors que la troisième avait duré 15 semaines. Cela nous démontre que les études ont été faites sur une courte durée et que, par conséquent, il serait certainement intéressant de regarder les effets à plus long terme. Une évaluation à posteriori des effets de chacune des thérapies serait utile afin d'apprécier l'impact sur le long terme. La comparaison des effets des deux thérapies (RMP et pleine conscience) serait pertinente en les étudiant en parallèle. Puis, la combinaison de ces deux thérapies permettrait d'apprécier la probable addition des effets positifs. N'ayant pas inclus les thérapies telles que la musicothérapie, l'acupuncture ou l'hypnose, qui sont en expansion depuis quelques années, il serait curieux de les comparer avec la RMP et la thérapie de la pleine conscience. Enfin, notre travail se base sur des études incluant des patients autant en phase stable qu'en phase aiguë. Il serait donc intéressant de pouvoir comparer les effets des thérapies complémentaires sur chaque catégorie de patients séparément.

9 Conclusion

L'anxiété est une composante incontournable dans le processus de la maladie. Que ce soit la schizophrénie ou une autre pathologie, l'anxiété s'installe, à des degrés différents chez les individus. La qualité de vie et le bien-être des patients sont alors compromis. Par conséquent, il est du ressort de l'infirmière d'identifier et de déterminer la source d'anxiété du patient. La mise en place d'intervention est donc essentielle tant en milieu hospitalier qu'en ambulatoire. L'usage des médicaments comme les benzodiazépines sont déjà des moyens pour palier à l'anxiété des patients. Néanmoins, les thérapies complémentaires telles que la relaxation musculaire et la pleine conscience peuvent être des moyens d'atteindre ce même but. Chez les patients souffrant de schizophrénie, l'anxiété psychotique est particulièrement présente en lien avec les manifestations principales de la maladie. La prise en charge de celle-ci le plus tôt possible est primordiale car elle est susceptible de diminuer la sévérité des symptômes positifs et négatifs et donc d'améliorer la qualité de vie des patients.

Les résultats de la recension des articles a permis de mettre en avant que les thérapies de pleine conscience et de relaxation musculaire sont des moyens qui permettent de réduire l'anxiété chez les patients atteints de schizophrénie. La mise en lien avec notre cadre théorique nous a aidé à déterminer le rôle que l'infirmière a dans la diminution de l'anxiété chez le patient souffrant de schizophrénie. En effet, l'infirmière peut être à la fois une personne-ressource pour le patient qui l'accompagne tout au long de la maladie. Elle peut également avoir un rôle éducatif qui lui permet de mettre à disposition des moyens pour le patient de comprendre sa maladie et de mettre en oeuvre des bonnes pratiques afin de gérer son anxiété.

10 Lexique

Affect émoussé : L'affect émoussé correspond à une réduction significative de l'intensité de l'expression affective (Townsend, 2010, p. 393).

Alogie : Symptôme négatif se caractérisant par une pauvreté du discours. Les réponses sont brèves et vides, la fluidité et le contenu de la parole sont réduits (Townsend, 2010, p. 395).

Anhédonie : Incapacité d'éprouver ou même d'imaginer pouvoir éprouver du plaisir ou une émotion agréable (Townsend, 2010, p. 756).

Avolition : Incapacité ou difficulté à accomplir des activités axées sur un but précis. Chez les personnes schizophrènes, on constate parfois un manque d'intérêt et de motivation ou l'incapacité de terminer une action devant être logiquement conclue (Townsend, 2010, p. 394).

Comportement catatonique : Le comportement catatonique se définit par des perturbations psychomotrices extrêmes où la personne ne fait plus de mouvements spontanés, fréquemment accompagné d'un mutisme. On note également une rigidité musculaire et une flexibilité cireuse (le patient prend des poses bizarres et les maintient pendant de longs moments) (Townsend, 2010, p. 388).

Hallucinations : Les hallucinations sont des perceptions sensorielles fausses sans association avec des stimuli externes réels; elles peuvent faire intervenir un ou plusieurs des cinq sens (Townsend, 2010, p. 393).

Idées délirantes : Les idées délirantes sont des convictions personnelles fausses qui ne correspondent pas aux capacités intellectuelles de la personne ni à son bagage culturel. Le sujet reste convaincu de la pertinence de ses idées délirantes, même devant des preuves évidentes de leur caractère faux ou irrationnel (Townsend, 2010, p. 392).

Patterns : Terme anglais qui représente une caractéristique à la fois dynamique et en changement constant, tout en étant en continuité, de l'humain et de l'environnement, et que l'infirmière et la personne reconnaissent dans le processus de santé (Pépin, 2010, p. 184). Autrement dit, les patterns sont les expressions d'une unité à la fois en changement et en continuité qui permettent à l'infirmière de comprendre l'individu étant un tout indivisible (Pépin, 2010, p. 8).

Symptômes prodromiques : Symptômes caractérisés par le retrait social, la perturbation des rôles, des comportements excentriques ou inhabituels, une négligence de l'hygiène et des soins personnels, un affect émoussé ou inapproprié, des perturbations dans la communication, des idées bizarres, des expériences perspectives inhabituelles ainsi qu'un manque d'initiative, d'intérêt ou d'énergie (Townsend, 2010, p. 381).

Symptômes résiduels : La phase résiduelle de la schizophrénie suit la phase active (ou de décompensation). Les symptômes correspondants à cette phase sont semblables à ceux de la phase prodromique avec prédominance d'un affect plat et perturbation du fonctionnement dans les rôles (Townsend, 2010, p. 381).

11 Liste de références

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd., pp. 116-117). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. Repéré à http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf
- Bardy-Linder, S., Bonsack, C., Ortega, D., Favrod, J., Rexhaj, S., & Maire, A. (2013). Entraînement à la pleine conscience en groupe pour atténuer les symptômes psychotiques persistants. *Annales médico-psychologiques*, 171, 71-76.
- Baylé, F-J., Blanc, O., De Chazeron, I., Lesturgeon, J., Lancon, C., Caci, H., Garay R-P., & Llorca P-M. (2011). Prise en charge médicamenteuse de l'anxiété chez le patient souffrant de schizophrénie. *L'encéphale*, 37, S83-89.
- Belcher, R., J. (2011). *Interpersonal Relation in Nursing. Nursing theories : The base for professional nursing practice* (6^e éd.) (pp.64-86). Upper Saddle River, New Jersey : Pearson Education Inc.
- Braga, J., R., Mendlowicz, V., M., Marrocos, R., P., & Figueira, L., I. (2005). Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 409-414.
- Brown F., L., Davis, W., L., LaRocco, A., V., & Strasburger, A. (2010). Participant Perspectives on Mindfulness Meditation Training for Anxiety in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13, 224-242.
- Chen, W-C., Chu, H., Lu., R-B., Chou, Y-H., Chen, C-H., Chang, Y-C., O'Brien, A., & Chou, K-R. (2009). Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2187-2196.
- Davis, W., L., Strasburger, M., A., & Brown, F., L. (2007). Mindfulness: An Intervention for Anxiety in Schizophrenia. *Journal of Psychological Nursing*, 45(11), 22-30.
- Forchuk, C. (1995). Hildegard E. Peplau. *Interpersonal Nursing Theory : Foundations of Nursing Theory: Contributions of 12 key theorists* (pp.501-505). Thousand Oaks, California : SAGE Publications, Inc.
- Forchuk, C. (1991). Peplau's Theory : Concepts and their Relations. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 54-60.
- Kapsambelis, V. (2010, janvier). La clinique de l'angoisse. *Santé mentale*, 22-33.
- Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal, Québec : Chenelière Education, p. 8 et 184.

- Lysaker, P., H., & Salyers, M., P. (2007). Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 290–298.
- Malgat, R. (2010, janvier). L'angoisse dans la psychose. *Santé mentale*, 40-44.
- Nevid, J., Rathus, S., & Greene, B. (2009). *Psychopathologies*. Paris: Pearson Education France, p. 265.
- Office fédérale de la statistique. (2014). *CIM-10-GM 2014 : Index systématique – version française, volume 1 (chapitres I-XI)*. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/02/05.html#A>
- Peplau, H., E. (1995). *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris : InterEditions, p. 17-67.
- Reed, P., G. (2005). Peplau's theory of interpersonal relations. *Conceptual Model of Nursing : Analysis and Application* (4^e éd., pp. 46-67). Upper Saddle River, New Jersey : Pearson Education Inc.
- Sue Cook, J., Lee Fontaine, K. (1991). *Soins infirmiers : Psychiatrie et santé mentale*. Canada : ERPI.
- Townsend, M., C. (2010). *Soins infirmiers : Psychiatrie et santé mentale* (2^e éd.). Canada : ERPI.
- Vancampfort, D., D., H., M., Knapen, J., Maurissen, K., Raepsaet, J., Remans, S., Probst, M., & Deckx, S. (2011). Effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in people with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 25(6), 567-575.
- Wang, F.-Z., Luo D., Kanb, W., & Wang, Y. (2015). Combined Intervention with Education and Progressive Functional Disability, and Positive Symptoms Muscle Relaxation on Quality of Life, in Patients with Acute Schizophrenia. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(3) 159–165.