

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Sommaire | iii |
| Remerciements..... | vii |
| Introduction | 1 |
| Contexte théorique | 7 |
| Psychothérapie d'inspiration psychanalytique des psychoses | 12 |
| Concepts théoriques psychanalytiques importants chez les psychotiques..... | 12 |
| Structure psychotique | 12 |
| Métopsyhologie de la théorie psychanalytique chez les psychotiques | 13 |
| Relation d'objet et narcissisme | 17 |
| Angoisse..... | 20 |
| Mécanismes de défense | 21 |
| Symptômes..... | 25 |
| L'intervention psychanalytique | 31 |
| Admissibilité | 31 |
| Début, fréquence et durée | 32 |
| Cadre et dispositif | 33 |
| Objectifs et techniques de la méthode | 35 |
| Fin du processus..... | 48 |
| Psychothérapie cognitive comportementale des psychoses | 49 |
| Concepts théoriques cognitifs et comportementaux importants chez les psychotiques..... | 49 |

| | |
|---|----|
| Paradigmes..... | 49 |
| Aspects cognitifs..... | 52 |
| Symptômes..... | 60 |
| L'intervention d'approche TCC..... | 65 |
| Fréquence et durée..... | 67 |
| Structure des rencontres..... | 67 |
| Objectifs et techniques de la méthode..... | 68 |
| Relation thérapeutique..... | 69 |
| Analyse fonctionnelle..... | 71 |
| Normalisation..... | 72 |
| Objectifs..... | 73 |
| Stratégies d'adaptation et comportementales..... | 74 |
| Restructuration cognitive..... | 76 |
| Aspects comportementaux..... | 82 |
| Fin du processus et prévention de la rechute..... | 84 |
| Discussion..... | 86 |
| Similitudes et divergences..... | 87 |
| Théorie..... | 87 |
| Terminologie..... | 87 |
| Catégorisation..... | 88 |
| Considération du biologique..... | 89 |
| Structure du traitement..... | 91 |

| | |
|--|-----|
| Accéder au traitement | 91 |
| Initier le traitement..... | 92 |
| La durée | 92 |
| La structure | 93 |
| Le cadre de traitement..... | 94 |
| Le traitement | 94 |
| La relation thérapeutique | 94 |
| Estime de soi et narcissisme | 96 |
| La confrontation..... | 97 |
| L'écoute | 98 |
| Supervision | 99 |
| La compréhension clinique et le partage de celle-ci..... | 100 |
| Normalisation..... | 101 |
| Limites floues entre le monde interne et externe | 101 |
| Intérêt porté aux affects | 103 |
| Objectifs et changements visés | 104 |
| Perspective critique | 104 |
| Retombées de la présente étude et pistes de recherches futures | 110 |
| Conclusion | 117 |
| Références | 121 |

Remerciements

La réalisation de cet essai n'aurait pu être possible sans le soutien et l'appui de plusieurs personnes. D'abord, je tiens à exprimer ma gratitude à Madame Suzanne Léveillée, directrice de cette recherche, pour sa patience, son aide, son soutien et sa remarquable disponibilité durant tout le processus. Les discussions et les réflexions partagées furent grandement appréciées. Je souhaite également remercier les différents professionnels que j'ai côtoyés et avec qui j'ai pu échanger durant mes études doctorales. Je tiens sincèrement à remercier ma famille et mes amis qui m'ont accompagné durant les années de mon parcours universitaire et doctoral. Votre soutien, vos encouragements et surtout, votre compréhension m'ont permis de persévérer et de rendre à bien ces études. Finalement, je désire remercier profondément mon conjoint, de son empathie, son appui, son écoute ainsi que son réconfort durant l'accomplissement de cet ouvrage.

Introduction

Les troubles psychotiques constituent un centre d'intérêt d'actualité. En effet, on observe une recrudescence de l'intérêt au niveau de la recherche et de la clinique portant sur les individus vivant leurs premiers épisodes psychotiques, tel que remarqué par le développement mondial de cliniques de cet ordre. Au Québec, l'Association québécoise pour premiers épisodes psychotiques (AQPEPP) compte 16 cliniques parmi ses rangs. Au Canada, 1 % des gens vivront un épisode psychotique au cours de leur vie (Santé Canada, 2002). Le même taux est rapporté mondialement (APA, 2004). Toutefois, malgré les dernières décennies de recherches, le traitement de la psychose, ou autre entité nosologique se rapportant au phénomène vécu par les psychotiques, demeure complexe. Bien que certains individus expérimenteront un premier épisode sans vivre de récurrence, certains se chroniciseront, avec une altération du fonctionnement notable et une détresse considérable. Les coûts reliés à cette maladie sont nombreux et affectent les sphères professionnelle, familiale et sociétale (Chambon & Marie-Cardine, 1993).

Depuis l'avènement des antipsychotiques, le traitement pharmacologique fut une modalité thérapeutique largement dispensée et fréquemment de manière autosuffisante. En effet, le traitement usuel de soin met l'emphasis sur la prescription d'une médication antipsychotique et sur l'importance de l'observance à ce traitement (Gumley & Schwannauer, 2006). Pourtant, une proportion importante d'individus psychotiques

demeure symptomatique avec la prise d'antipsychotiques (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2009; Fowler, Garety, & Kuipers, 1995). De plus, Gumley et Schwannauer (2006) soutiennent que plusieurs patients n'acceptent pas l'idée du construit « biologique » de leur maladie. En ce sens, la prise de médication peut exacerber le sentiment d'aliénation et la détresse et augmenter la chance que l'individu n'adhère pas au traitement. Dans un ordre d'idée plus prononcé, Bentall (2009) suggère que les effets positifs attribués à la médication puissent être plutôt tributaires à la relation thérapeutique. Il estime erronée l'hypothèse de la nature génétique de la maladie mentale et critique la prise en considération déficitaire du rôle de l'environnement. Bien que les résultats de recherche supportent que la médication a un effet protecteur contre la rechute, les doses élevées ont des effets secondaires parfois souffrants et possiblement irréversibles (Fowler et al., 1995). Afin de diminuer l'exposition à long terme à une médication psychotique et pallier aux effets secondaires négatifs des antipsychotiques¹, l'implantation d'une approche multimodale s'avère une voie intéressante (Weinmann & Aderhold, 2010). Selon ces auteurs, les interventions psychosociales sont d'autant plus nécessaires considérant le haut taux d'interruption de traitement dans la médication rapportée dans les études.

En regard de ces éléments, les stratégies thérapeutiques psychosociales s'avèrent essentielles au traitement de ces individus. Parmi celles-ci figurent les psychothérapies. Les interventions psychologiques auprès de cette population clinique incluent les

¹ Entre autres, un risque plus élevé de neurodégénérescence et la réduction de l'espérance de vie.

interventions familiales de même que la thérapie individuelle (Paley & Shapiro, 2002). Issues de diverses écoles de pensées et théories, elles ont été développées et parachevées au fil des décennies afin de maximiser le rétablissement des individus psychotiques.

Bien qu'une multitude d'approches soit recensée à l'heure actuelle, deux courants ont attiré notre attention, soit les thérapies d'inspiration psychanalytique (TIP) et les thérapies cognitives et comportementales (TCC). L'objectif de cet essai est de dresser le portrait de l'état des connaissances des TIP et des TCC en ce qui concerne le traitement psychothérapeutique individuel des psychotiques. De ce portrait seront dégagés les similitudes et divergences au regard des modalités thérapeutiques propres aux deux courants. Ainsi, cet essai ne portera pas sur l'efficacité des approches. Il n'offrira pas une élaboration détaillée et exhaustive des aspects théoriques et pratique respectifs aux courants à l'étude puisqu'il vise à obtenir une vision globale de leurs orientations.

Pour ce faire, une recension de la documentation a été effectuée à l'aide des bases de données PsychInfo et « Dissertations and full theses ». Afin de minimiser les risques de divergence entre les concepts étudiés, les termes « psychose » et « psychotique » de même que leur équivalent anglais « psychosis » et « psychotic » furent privilégiés au terme schizophrénie. Malgré cela, certains auteurs appartenant aux deux approches théoriques font référence à la « schizophrénie » dans des textes portant sur la psychose, ce pour quoi ce terme n'a pas été éliminé de ce travail. Les mots clés « psychosis » (psychose, psychotique, Acute Psychosis, Affective Psychosis, Chronic Psychosis,

Reactive Psychosis), « interrelations », « psychotherapy », « psychodynamic therapy » et « cognitive behavior therapy » ont été utilisés. Seuls les écrits de langue française et anglaise traitant d'approches individuelles auprès d'une population majoritairement adulte ont été retenus. Suite aux résultats obtenus, la lecture des titres et du sommaire ont permis d'éliminer dans un premier temps les articles s'éloignant du sujet traité. De même, les psychoses induites par une substance (alcool ou toxique), avec survenue postpartum ou chez la population pédiatrique ou gériatrique, furent éliminées de la recherche. Les ouvrages de référence incluent également des manuels et des chapitres de livres disponibles à l'Université du Québec à Trois-Rivières lors de la production de ce travail. Considérant le nombre vertigineux d'articles et de monographies publiés en lien avec ces thèmes, une revue de tous les auteurs et théories apparaissait utopique à réaliser dans le cadre de ce travail. Dès lors, les auteurs qui ont été majoritairement cités par les autres et reconnus comme des auteurs de référence ont été consultés. En ce qui concerne les TIP, les écrits consultés se rapportaient davantage aux disciples de Freud ayant produit dans la littérature francophone et anglophone des dernières années. Concernant les TCC, les auteurs les plus reconnus et les auteurs récents furent retenus.

Dans un premier temps, le contexte théorique permettra de mieux cerner la problématique. Le concept de la psychose de même qu'un survol succinct de l'histoire de l'intervention auprès des psychotiques seront présentés. Dans un deuxième temps, la revue de la littérature portera sur les facteurs principaux de chaque approche, tant au point de vue théorique que de l'intervention. Ensuite seront dégagés les similitudes et les

divergences entre les deux approches. Enfin, une réflexion sera effectuée sur les orientations futures des recherches et traitements proposés aux psychotiques. Pour conclure, le travail se sommera par une perspective critique.

Contexte théorique

Il faut préciser qu'au départ, le terme psychose ne revêt pas la même signification que celle qu'on lui connaît aujourd'hui. Vers la fin des années 1800, il n'existe pas de division entre la médecine générale et la médecine qui traite les maladies de l'âme (Gortais, 2010). Selon Morrison, Renton, Dunn, Williams et Bentall (2004), trois paradigmes ont été utilisés afin de comprendre la psychose : la maladie, le paradigme stress-vulnérabilité et le paradigme axé sur les symptômes.

D'abord, les troubles mentaux étaient considérés comme issus d'un dysfonctionnement cérébral ou d'infections (Morrison et al., 2004). Par conséquent, le premier travail fut effectué dans un ordre descriptif ou nosologique. La symptomatologie fut étudiée et écrite dans la seconde moitié du XIX^e siècle. Ce qui est aujourd'hui compris par la psychose s'est développé à partir du concept de démence précoce, proposé par Kraepelin (1856-1926, cité dans Gortais, 2010). Il suggère un trouble non organique, caractérisé à la fois par la présence d'hallucinations ou de délires, par une défaillance affective accompagnée d'un trouble de la volonté et de l'action et de la perte d'un sentiment d'unité interne. Ce concept fut par ensuite étudié par Pinel, Morel et Esquirol (Gortais, 2010). La création du terme de schizophrénie serait attribuée à Bleuler qui proposa ce terme en 1906 afin de différencier ce concept à la *Dementia Praecox* de Kraepelin. Bleuler mit l'accent sur la *Spaltung*, traduit en terme français pas « scission »,

au sein du psychisme et s'éloigne de l'aspect démentiel induit par la terminologie employée par Kraepelin (Beck et al., 2009; Gortais, 2010).

Depuis les années 50, les progrès associés à l'utilisation des neuroleptiques ont augmenté l'intérêt biomédical de la psychose (Kline, Becker, & Giese, 1992). De nombreux modèles furent proposés et regroupés dans le paradigme « stress-vulnérabilité », ce dernier étant largement admis auprès de la communauté scientifique (Jeammet, 2010; Morrison et al., 2004). Ces modèles tiennent compte à la fois du caractère physique et génétique (dérèglements neurobiologiques), les facteurs sociaux (environnement de vie, stressseurs, traumatismes) et psychologiques (mécanismes de défense, capacité du Moi, processus cognitifs) (Jeammet, 2010). Par la suite, un autre paradigme s'observa dans la littérature et la clinique, soit l'approche axée sur le symptôme, où l'intérêt est porté sur le symptôme particulier manifeste chez l'individu plutôt que le diagnostic large (Morrison et al., 2004).

Beck et al. (2009) considèrent que le concept de la schizophrénie¹ demeure une énigme en dépit des innombrables articles scientifiques et investigations portant sur le concept. En effet, un désaccord persiste au sein de l'histoire de la médecine, en ce qui a trait à la classification des troubles mentaux, à la stratégie plus pertinente afin de la

¹ Il est à noter que nous ne pouvions pas effectuer ce travail sans nous référer au fondateur de la thérapie cognitive, A. T. Beck. Dès lors, puisque ce dernier use du terme « schizophrénie » dans ses ouvrages, afin de respecter le plus correctement l'idée de l'auteur, nous reprendrons ce terme lorsque nous citerons ses propos. Une discussion concernant la nosologie sera exposée ultérieurement dans ce travail.

construire, la phénoménologie, l'évolution et l'étiologie (APA, 2004). Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux révisé 4^e édition (DSM-IV-R)¹, le terme psychotique aurait été défini de nombreuses façons à travers le temps, dont aucune n'aurait été acceptée de manière unanime. Il aurait été traduit par une « perte des limites du moi » et une « altération marquée de l'appréhension de la réalité » (APA, 2004, p. 343). Une définition simplifiée se limiterait aux symptômes positifs, soit la présence d'hallucinations ou d'idées délirantes (avec ou sans insight) tandis qu'une plus élargie comprendrait également les symptômes tels que la désorganisation du discours, du comportement et une altération du fonctionnement (APA, 2004; Peters, 2011).

En ce qui a trait aux approches à l'étude, déjà dans ses premières publications, Freud fait allusion à la psychose. Par contre, c'est par l'analyse des mémoires du célèbre président Daniel-Paul Schreber qu'il élabore sa théorie sur les psychoses (Gortais, 2010). Depuis ce temps, de nombreux auteurs issus de l'approche psychanalytique se sont intéressés au sujet, pour nommer entre autres Fenichel, Klein et ses successeurs (Bion, Rosenfeld, Segal et Meltzer), Federn, Fairbairn et Winnicott. Harold Searles, célèbre de par son ouvrage « Effort pour rendre l'autre fou » demeure le psychanalyste américain le plus influent. Au Québec, le psychanalyste français Paul-Claude Racamier

¹ Le DSM-IV-R est le manuel le plus utilisé pour ce qui est de la psychopathologie en Amérique du Nord. Ce manuel adopte une approche symptomatologique et catégorielle, c'est-à-dire, le trouble mental est défini par la description de certains symptômes résumés dans des critères diagnostics clairs et brefs et propose une nomenclature officielle. Les troubles psychotiques regroupent plusieurs diagnostics psychiatriques, dont entre autres la schizophrénie, le trouble schizoaffectif, le trouble délirant, le trouble schizophréniforme, le trouble psychotique bref, le trouble psychotique partagé, le trouble psychotique dû à une affection médicale générale, le trouble psychotique induit par une substance, et le trouble psychotique non spécifié (APA, 2004).

prend une importance majeure dans l'intervention avec les psychotiques. Depuis les années 70, la psychologie du Moi (Klein et ses successeurs) influence de plus en plus les interventions des psychanalystes (Doucet, 1996a).

De son côté, le courant comportemental fait son apparition dans les années 30. S'opposant aux concepts de la psychanalyse, avec Watson comme fondateur, il désirait rapprocher la psychologie aux autres sciences, permettant l'observation et la mesure. En lien avec les psychoses, on peut songer au programme d'économie de jetons qui fut instauré auprès des patients institutionnalisés, dans les années 70, de sorte à renforcer les comportements adaptatifs. Les années 80 se sont définies par les programmes de réhabilitation sociale, les techniques de résolution de problème et les thérapies familiales, tandis que la thérapie cognitive prit une plus grande importance dans les années 1990. L'intérêt transitait d'une modification du comportement à une modification des schèmes de pensées, avec comme chef de file reconnu Aaron T. Beck. Dans les dernières décennies, le courant TCC a été très prolifique dans la recherche (Cottraux, 1993).

La révision de la littérature portant sur la psychose met en évidence le développement simultané, mais parallèle des thérapies d'inspiration psychanalytique (TIP) et des thérapies d'inspiration cognitive comportementale (TCC). Considérant que la question contemporaine porterait plutôt sur la complémentarité des approches que sur leur exclusivité (Jeammet, 2010), la mise en commun des connaissances théoriques et

pratiques constitue une démarche intéressante. Le développement intégratif du traitement de la psychose s'avère nécessaire afin de mieux répondre aux besoins des psychotiques, de leur famille et leurs amis (Alanen, González de Chavez, Silver, & Martindale, 2009). Des efforts sont déployés actuellement par les chercheurs et les cliniciens afin de mettre en commun les deux approches (Brabban & Turkington, 2002). C'est dans cet esprit que s'inséreront les sections ci-après, par la présentation successive des deux approches à l'étude.

Psychothérapie d'inspiration psychanalytique des psychoses

Concepts théoriques psychanalytiques importants chez les psychotiques

Dans cette section, les principaux éléments se rapportant aux TIP¹ seront exposés. Les aspects liés à l'intervention seront abordés à la suite de la présentation des éléments d'ordre conceptuels et théoriques.

Structure psychotique. Bergeret (2008a) rappelle que dans un premier temps, Freud a élaboré une théorie du développement qui propose l'existence de deux structures²; névrotique et psychotique. Selon cette théorie, les gens seraient cantonnés dans une structure, dont la formation s'amorcerait aux balbutiements de la vie et se

¹ Il est à noter que plusieurs courants existent en dans les TIP. Dans les sections suivantes, les idées d'auteurs appartenant à différentes allégeances seront exposées. Ultérieurement dans la section portant sur l'intervention, les particularités propres aux différents courants seront brièvement expliquées.

² L'organisation psychique état limite constituerait un aménagement intermédiaire entre les deux structures, n'étant toutefois pas de constitution structurale en raison de l'instabilité des processus impliqués (Bergeret, 1972).

solidifierait vers l'adolescence, ensuite immuable aux modifications¹. Définissant les particularités psychologiques particulières des individus, la structure se caractérise par une fixation à un stade, dominé par une zone érogène et un type de relation d'objet, une angoisse et des mécanismes de défense privilégiés par le Moi. Par conséquent, la structure n'est pas associée directement à un symptôme ou à des signes cliniques, mais constitue davantage un mode de fonctionnement psychique (Bergeret, 2008a).

Les aspects métapsychologiques propres aux psychotiques seront abordés pour ensuite élaborer sur la relation d'objet, l'angoisse, les mécanismes de défense ainsi que les manifestations symptomatiques singulières aux psychotiques. Ces notions seront pertinentes afin de saisir le rationnel sous-jacent aux principales interventions dans les TIP des psychoses.

Métapsychologie de la théorie psychanalytique chez les psychotiques. Selon Freud, la métapsychologie soutient que l'appareil psychique serait partagé en systèmes, se présentant dans une chronologie particulière et responsable de fonctions différentes (Laplanche & Pontalis, 1981). Bien que Chabert (2010) précise que le modèle métapsychologique élaboré par Freud n'est pas suffisant pour comprendre la totalité des processus psychiques psychotiques, elle souligne qu'il demeure néanmoins pertinent.

¹ Racamier (1985) précise toutefois que les auteurs se répartissent selon deux visions, celle plus structurale où il y aurait une faille psychique propre aux psychotiques et celle où les individus se situeraient davantage sur un continuum. Il indique que Freud aurait, au fil de son parcours, adopté les deux visions.

Ainsi, les prochaines lignes font référence aux élaborations d'auteurs ayant succédé Freud. La métapsychologie peut se diviser en trois : l'économique, la topique et la dynamique.

Le point de vue économique propose l'hypothèse d'une division et circulation de l'énergie pulsionnelle, susceptible d'augmentation, de diminution et qui coordonne les processus psychiques (Laplanche & Pontalis, 1981). Il s'agit de ce qui réfère à la gestion des investissements psychiques et des affects (Gimenez, 2010). Chez les psychotiques, trois phénomènes plus particuliers seraient présents du point de vue économique. Premièrement, on note chez ces individus la présence d'un besoin de décharge de l'énergie, sans limites, c'est-à-dire, sans tenir compte des exigences externes et donc, de la réalité, d'où l'émergence accentuée des processus primaires aux dépens des secondaires (Boulanger, 2008). Deuxièmement, le mécanisme de déliaison¹ ou de rupture d'investissement est, selon Racamier, « le phénomène clinique central de toute évolution schizophrénique » (1976, p. 2). Une caractéristique particulière du fonctionnement psychotique est l'intensité et l'irréversibilité des désinvestissements qui blessent le Moi (Racamier, 1976). De la même manière, plusieurs auteurs soulignent l'importance des pulsions destructrices dans le désinvestissement de la réalité et de la vie psychique chez les psychotiques (Brunet, 2010), d'où la notion d'attaque contre les liens élaborée par Bion (1959) et la prévalence des pulsions libidinales agressives

¹ La déliaison ou le désinvestissement se produirait lorsque le sujet reprend la charge libidinale investie dans un objet afin de pouvoir la réinvestir ailleurs (Laplanche & Pontalis, 1981).

(Jacobson, 1999). Freud (1924/1973) suppose qu'il s'agirait d'un retrait brutal de l'investissement. En conséquence du désinvestissement de la représentation de l'objet et du monde externe, la libido serait réinvestie de manière narcissique, c'est-à-dire, caractérisée par l'auto-érotisme (Chabert, 2010; de Masi, 2006).

La première topique, constituée de trois lieux psychiques, soit l'inconscient, le préconscient et le conscient, qui suppose que l'appareil psychique est divisé en lieux qui se partagent le matériel psychique dont le contenu serait plus ou moins accessible à la conscience du sujet. La deuxième topique conceptualisée par Freud, intitulée la conception dynamique, suggère que différents systèmes soit le Ça, le Moi, le Surmoi et la réalité, se trouvent en permanente interaction et conflit les uns avec les autres (Laplanche & Pontalis, 1981). Ces différents lieux psychiques sont séparés par des frontières ou censures, de manière à réguler les énergies afin qu'elles ne circulent pas librement d'un espace à l'autre. D'où le concept de pare excitation, situé entre le monde extérieur et l'appareil psychique, couche protectrice superficielle qui filtre les excitations trop intenses, voire traumatiques, afin qu'elles ne fassent pas infraction dans le psychisme qui ne pourrait les maîtriser (Boulanger, 2008; Laplanche & Pontalis, 1981). D'ailleurs, afin de protéger l'individu contre l'émergence dans la conscience de contenus gênants provenant du Ça, le Moi emploierait des mécanismes de défense, qui résulterait en l'expression déguisée des pulsions ou des dérivés de ceux-ci, en symptômes.

En ce qui concerne les instances, Freud (1924/1973) souligne l'importance des troubles de la fonction du Moi et de l'existence d'un conflit entre le ça et la réalité chez les psychotiques. Contrairement à la névrose, dont le Moi respecte la réalité en réprimant les pulsions du ça et usant de son monde fantasmatique, la psychose retire un fragment de la réalité pour ensuite en créer une nouvelle. C'est par alliance entre le Ça et le Moi qu'une partie intolérable de la réalité est déniée et que le Moi procède à la création d'une nouvelle réalité plus conforme aux désirs du Ça (Brunet, 2010; Pommier, 2010). Aussi, chez les psychotiques, on observerait une porosité entre les instances intrapsychiques. Gortais (2010) explique que la porosité des limites entre le Ça et le Moi mènerait à l'apparition des processus hallucinatoires¹. Il y aurait effacement du préconscient et une défectuosité dans sa capacité à assurer un lien entre l'inconscient et le conscient (Jeammet, 2010). Plusieurs auteurs ont tenté d'expliquer cette déficience du Moi dans la gestion des pulsions. Entre autres, Hartmann (1953) explique l'agressivité non contenue parfois vue chez les psychotiques par le processus de neutralisation des pulsions, qui affaiblirait les défenses du Moi, laissant alors se manifester l'agressivité libre d'où l'émergence des processus primaires² (cité dans Jacobson, 1999). En surcroît, il semblerait que le pare excitation serait peu efficace, n'étant pas apte à protéger le psychisme qui se verrait traumatisé par les contenus exogènes face auquel il serait

¹ En surplus de la porosité, on assisterait à un investissement du système de perception. En effet, les hallucinations utiliseraient des représentations de choses de manière à pallier les représentations de mots qui sont manquantes. Il s'agirait de traces d'expériences sensori-affectives non symbolisées (Gimenez, 2010).

² Par processus secondaire, on parle de l'identité de pensée, lorsque le sujet exerce une réflexion sur son envie de satisfaire ses pulsions en considérant le contexte, le Moi faisant son œuvre en travaillant de concert avec le principe de réalité et le Surmoi (Boulanger, 2008).

dépourvu (Jeammet, 2010). L'investissement narcissique nommé par l'auto-érotisme est nécessairement relié à un investissement d'objet diminué (Federn, 1952).

Relation d'objet et narcissisme. La relation d'objet est un mode de relation du sujet avec son monde, qui résulte d'une organisation de la personnalité, d'une appréhension des objets et de types de défenses privilégiés (Laplanche & Pontalis, 1981). Par objet, on fait référence à l'expérience interne ou fantasmatique du sujet face aux autres; objets internes par le processus d'introjection ou d'internalisation et de projection de son expérience des relations avec les autres. Cette relation particulière à soi et aux autres influencera la pensée, les sentiments et les comportements de l'individu (Jamison & Kane, 1996).

Ce concept renvoie aux frontières psychiques, et donc, à la capacité de l'individu à percevoir un objet autre comme entier et séparé de lui-même (Brunet 2010). Selon Bergeret (2008a), la relation d'objet se constitue par les moments d'absence de l'objet anaclitique, la différenciation rendue possible par l'apparition du désir, qui implique donc l'absence de satisfaction à un besoin, donc l'absence de l'objet, du manque sous-entendant la conscience de l'extérieur du soi ou du non-moi. Cette position de manque, d'absence, servira à organiser le sujet en entité fonctionnelle et lui permettra alors de passer à la situation objectale. Le manque de l'objet anaclitique constitue un sevrage spécifique au conflit relationnel menant à la résolution du stade, laissant émerger la colère, la haine et est conjugué à l'apparition des pulsions sadiques, ce pour quoi Freud

écrivait : « L'objet naît dans la haine » (Houser, 2008, p. 12). Bell, Lysaker et Milstein (1992) indiquent qu'on observerait des déficits importants dans la qualité de la relation d'objet des patients ayant une schizophrénie, dont notamment un niveau d'aliénation important.

Certains auteurs, tels que Freud, Racamier et Bergeret, décrivent les psychotiques par un non-dépassement ou une fixation dans un stade antérieur à la relation d'objet. C'est-à-dire que les psychotiques se situeraient dans une position préobjectale ou anobjectale, où il n'y aurait point de différenciation entre le monde et le Moi, l'objet et le sujet, l'externe et l'interne (Bergeret et al., 2008; Jeammet, 2010). On observe un échec à la différenciation par la relation fusionnelle propre au fonctionnement psychique du nourrisson dans la relation précoce à la mère¹² (Brunet, 2010). Ce stade de relation indifférenciée, où il n'y a pas reconnaissance de l'altérité de l'autre qui est considéré comme le prolongement de soi, a été décrit par Freud (1913) comme un stade

¹ L'utilisation du terme « mère » ici fait référence à la relation primaire du nourrisson, qu'il s'agisse de la mère à proprement parler ou du substitut maternel.

² Voici quelques idées de relation primaire suggérées dans la psychose. Une mère hyperprotectrice, omniprésente ou envahissante, empêchant la conscience de l'absence et du manque de par sa présence permanente, entrave la formation du désir. La relation fusionnelle est ainsi préservée. À l'inverse, une mère absente, ne permettant pas à l'enfant de lier les *désirs et les représentations de l'objet désiré*, puisque les premiers n'ont pas été satisfaits par un objet. Aussi, la discordance entre le besoin physiologique du nourrisson et le sens donné par la mère qui ne sait reconnaître la pulsion empêcherait l'identification et intégration de celle-ci et donc, le développement de l'insight dans le psychisme. C'est donc le rôle de la mère d'aider l'enfant à lier la motion pulsionnelle à l'objet signifiant, à mentaliser, capacité qui s'avèrerait défailante chez le psychotique (Dubor, 2008).

auto-érotique et de narcissisme primaire. Freud (1915) propose que l'investissement objectal retiré dirige vers un état de narcissisme primitif où il ne règne pas d'objet¹.

La lignée psychotique, telle que décrite par Bergeret (2008a), serait marquée par des traumatismes ou des frustrations dès la vie fœtale et durant le stade oral², ce qui entraîneraient des arrêts du développement affectif et relationnel, par une fixation du Moi et la perduranc du noyau psychotique chez l'individu. Lavoie (1996) reprend les propos de Cahn (1986) et souligne le rôle plutôt traumatique de l'objet externe dans les premières interactions, de sa défaillance réelle, ne comblant pas son rôle organisateur et donc, plaçant le sujet devant l'impensable³. Victor Tausk (cité dans Jeammet, 2010) illustre le mouvement de délibidinisation de la relation d'objet du psychotique. Ce dernier, incapable de négocier avec l'excitation libidinale de l'objet investi, va régresser sans pouvoir se rattacher à un point de fixation plus archaïque et transformera la relation pulsionnelle en lien figé et inanimé, indifférencié. Racamier parle de désinvestissement de l'objet, mais également du sujet lui-même (1976).

Ce mode de relation fusionnel, indifférencié, mène à l'angoisse d'une perte de limite d'où le sentiment d'intrusion de l'un dans l'autre (Lavoie, 1996), ou ce que Racamier (1969) décrit comme le phénomène *quasi transfusionnel* vécu par les

¹ Or, certains auteurs, tels que Klein et Fairbairn, soutiennent l'existence d'une relation d'objet dite partielle (Bergeret et al., 2008; Jacobson, 1999).

² Les psychotiques auraient également vécu des expériences de type anales et génitales, cependant, elles seraient simplement peu définies (Bergeret et al, 2008).

³ Par impensable, il est question d'un conflit entre la réalité et le Moi, une expérience sensori-affective inélaborable que l'individu n'arrive pas à symboliser (Gimenez, 2010).

psychotiques. Le retrait du monde extérieur par la dissolution totale ou partielle des représentations d'objets chez le psychotique est engendré par l'angoisse d'effondrement (Jacobson, 1999).

Angoisse. L'angoisse, phénomène normal, conscient et structurant, se différencie du complexe qui, quant à lui, est inconscient et source de souffrance (Bergeret, 2008a). Freud, en 1926 (cité dans Freud, 1964), explique que l'angoisse, engendrée par l'insatisfaction des désirs et par la frustration, est un signal mobilisant les défenses du moi.

Plusieurs auteurs ont élaboré des conceptualisations de sorte à expliquer l'angoisse vécue par les psychotiques. Jacobson (1999) parle d'une crainte de dissolution interne de la structure psychique. De son côté, Klein (1934) indique que pour bien saisir l'angoisse vécue par les psychotiques, un retour dans les âges les plus précoces de l'existence s'impose. Elle compare le contenu des angoisses des *infants*¹ à celle des psychotiques. Selon Winnicott (1965), il faut réfléchir au bébé comme un être en proie ou à risque de vivre une anxiété impensable, qu'il s'agisse de l'angoisse de morcellement, d'être dévoré, de tomber sans fin ou d'être sans repère dans le corps et dans l'espace. Cette angoisse peut être écartée par les bons soins de la mère, qui, par ses réponses répétées qui disent à l'enfant « je ne te laisserai pas tomber », permet la continuité du sens de l'existence et de l'ego (Winnicott, 1958). Ces moments renouvelés qui poussent

¹ Par *infants*, elle fait référence aux nourrissons.

l'anxiété à distance permettent à l'ego de développer la capacité de tolérer la frustration. Toutefois, le psychotique n'aurait pas accédé à de tels apaisements, laissant libre court à une angoisse agonisante (Girard, 2010). L'amour à l'objet à ce stade est caractérisé par deux activités, la succion et la morsure (Laplanche & Pontalis, 1981), d'où l'angoisse du nourrisson d'être mangé, dévoré ou détruit (Bergeret, 2008a).

La faiblesse en matière de la différenciation, de soi et de l'autre, ainsi que le désir de fusion, expose le psychotique à un extérieur menaçant, car la fusion amène l'effondrement de l'identité (Lavoie, 1996). Searles (1965) parle de la menace d'anéantissement et de confusion identitaire; de la menace de ne plus exister en tant qu'humain, que l'identité se réduise à une partie, qu'elle soit perdue dans la fusion à l'autre, ou celle de ne plus exister pour les autres.

Le Moi du psychotique s'en prendra aux affects de l'angoisse plutôt qu'à cette dernière de manière directe, et évacuera celle-ci à l'extérieur, ce qui explique bien pourquoi c'est souvent l'entourage qui vivra cette angoisse et la sévérité de la symptomatologie manifeste chez les psychotiques. Pour échapper à cette angoisse, le schizophrène renoncera jusqu'à son intégrité corporelle et mentale (Racamier, 1976), et usera de différents mécanismes de défense.

Mécanismes de défense. Les mécanismes de défense sont des moyens utilisés par le Moi pour se défendre des pulsions du Ça et des affects liés à ses pulsions (Ionescu,

Jacquet, & Lhote, 1997). De manière générale, les auteurs s'entendent pour dire que les mécanismes de défense visent à protéger l'individu contre des affects ressentis comme désagréables. Le refoulement, mécanisme de défense évolué plus présent chez les névrotiques, serait peu actif dans la psyché des schizophrènes, perdant sa fonction protectrice et exposant ainsi l'individu à la reviviscence de souvenirs ou fantasmes qui seraient normalement refoulés, donc tenus hors portée de la conscience (Racamier, 1976). Le Moi du psychotique emploie des mécanismes plus primitifs et coûteux qui amputent son rapport à la réalité menant jusqu'au morcellement du moi dans des noyaux éparpillés (Jeammet, 2010). Ces mécanismes sont entre autres la dissociation, l'omnipotence, la déréalisation et la dépersonnalisation (Bergeret, 2008a). Toutefois, dans un esprit de synthèse, seuls les mécanismes de défense les plus cités dans la littérature consultée seront abordés, soit le déni, le clivage du moi, la projection et l'identification projective.

Déni. Le déni de la réalité interne et externe est très présent chez les psychotiques (Racamier, 1976). Le déni prendrait la place du refoulement dans les psychoses et serait le mécanisme qui différencierait davantage les psychotiques des états limites (Pommier, 2010). Le déni psychotique, selon le DSM-IV-R (APA, 2004), serait caractérisé par une altération majeure de l'appréciation de la réalité et se définit par l'acte de refus de la réalité d'une perception qui est jugée dangereuse ou douloureuse pour le Moi. Le déni, contrairement au refoulement qui est intégré dans le psychisme, empêche le conflit, en modifiant la perception de la réalité extérieure afin de protéger le Moi. Il s'effectue non

pas seulement sur la représentation ou la résonance émotive des événements psychiques, mais sur les éléments même. Les contenus sont « attaqués, niés et désinvestis en compagnie ou à la suite des faits de réalité qui s'y trouvent associés (Arlow & Brenner, 1964; Freud, 1894, 1924/1973, 1939; Jacobson, 1954, etc.) » (Racamier, 1976, p. 4). D'ailleurs, le déni est utilisé d'une certaine manière dans le clivage, qui tient à l'écart deux systèmes identificatoires de qualité opposée (Bergeret, 2008b), dont l'existence d'une d'entre elles peut être niée.

Clivage du moi. Nommé dans les termes freudiens de clivage du Moi, ce mécanisme retrouve également un commun dans la littérature par le dédoublement des imagos de Bergeret (2008a) ou de la bipartition du Moi chez Racamier (1976). Ce mécanisme permet de garder la partie « bonne » de la réalité et de rejeter la partie mauvaise qui est transformée en positif ou sinon, plus ou moins déniée (Bergeret, 2008a). Selon Ionescu et al. (1997), le clivage se définit par la séparation ou division du Moi ou de l'objet de manière à faire cohabiter deux parties qui se méconnaissent, sans formation de compromis. Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que les psychotiques ne sont pas arrivés à intégrer l'ambivalence, c'est-à-dire des pulsions contraires de l'amour et de la haine pour le même objet (Racamier, 1976). Il permet également de constater l'éclatement du Moi, ou plus visiblement, de la personnalité du psychotique, par des noyaux épars qui ne semblent pas faire un sens.

Projection. Chez les psychotiques, de manière générale, les auteurs s'accordent sur le postulat que la vie psychique du sujet soit placée hors de lui-même. L'intériorité est incertaine et non contenue par le sujet et s'extériorise (Racamier, 1976). Selon Racamier, « la projection est employée par le moi schizophrénique non pas seulement pour évacuer et éjecter hors de soi les pulsions ou fantasmes indésirables, mais aussi pour reconstituer un extérieur par rapport à un intérieur, dans un travail incessamment recommencé » (1976, p. 3). Selon Rosenberg (1997, cité dans Azoulay, 2010), la fonction première de la projection serait la défense contre la destructivité interne. Les affects que le psychisme ne peut surmonter, tels que la rage, l'envie intense, les angoisses et terreurs sont alors projetés à l'extérieur (Lavoie, 1996). La projection du moi morcelé, par le clivage entre autres, entrainerait le psychotique vers la dépersonnalisation et le « sauverait » de l'anéantissement (Chabert, 2010). Par contre, Klein (1934) soutient que la peur ne s'efface pas avec les processus de projection et d'expulsion; le Moi lutte contre les persécuteurs internes avec la même vigueur que les externes, cette lutte constituerait la base de la paranoïa.

Identification projective. Les psychanalystes kleinien rapportent l'importance de l'identification projective chez les schizophrènes (Racamier, 1976). L'identification, mécanisme formant l'identification projective, est un mécanisme universel par lequel l'individu s'identifie et se modèle en fonction de l'Autre, de manière à enrichir son Moi. Les psychotiques n'y parviennent pas, ils usent davantage d'identification fusionnelle, ingérant et introjectant totalement l'Autre ou des parties de l'Autre, par l'identification

projective. Ces identifications sont « primitives, massives et fusionnelles [...] aliénantes. [...] Ainsi sont-ils et se sentent-ils parasités plutôt qu'enrichis par leurs identifications » (Racamier, 1976, p. 3). Les kleinien considèrent de l'identification projective tout ce qui transite d'une psyché à l'autre (Azoulay, 2002). Ionescu et al. (1997) définissent l'identification projective comme un mécanisme issu d'un fantasme de se débarrasser de sentiments ou pulsions considérées indésirables et de s'introduire en partie ou en totalité dans l'autre, de manière à posséder et contrôler l'autre. Racamier (1976) souligne le rapport particulier de ce qui est déposé en l'autre, le sujet craignant de contaminer l'objet conteneur qui pourrait à son tour, le parasiter, si le contenu psychique projeté est violent, ou inversement, être dépossédé d'un contenu qui est apprécié. Selon Bion (1959), l'identification projective utilisée massivement par les psychotiques mènerait à la caractéristique principale du fonctionnement psychotique, soit l'attaque contre les processus de pensée (cité dans Brunet, 2010).

La relation d'objet, les processus économiques et dynamiques des psychotiques ainsi que les mécanismes de défense dressent des manifestations symptomatiques particulières.

Symptômes. Si la structure psychotique se réfère davantage à un mode de fonctionnement psychique plutôt qu'à des symptômes précis, il appert que plusieurs tableaux cliniques peuvent s'y retrouver (Jeammet, 2010). Un individu psychotique compensé dans sa structure ne présentera pas indubitablement une symptomatologie

psychotique, qui n'apparaîtra qu'en période de déséquilibre, de stress, ou en termes psychanalytiques, lors d'une régression ou décompensation. Lors d'une telle période, un individu de structure psychotique ne pourra qu'entrer dans la psychose tandis qu'un névrotique n'entrera que dans la névrose (Bergeret, 2008a). Racamier (1976) rapporte que l'aspect conflictuel entourant les conflits d'autonomie, d'ambivalence et de dédifférenciation pulsionnelle peut entraîner des régressions structurales durant lesquelles seraient observables les manifestations symptomatiques. En termes psychanalytiques, le symptôme consisterait en un phénomène qui révèle un conflit ou désir caché, qui possède un sens propre en fonction de l'histoire de l'individu. Il est alors considéré comme un langage destiné à soi et à l'Autre, l'individu n'étant pas apte à mentaliser ou mettre en mots le conflit inconscient dont il est aux prises. En plus de constituer une défense, l'hallucination, le délire et les symptômes observés seraient une manière de communiquer (Rosenberg, 1952, cité dans Jacobson, 1999).

Les déficiences du système psychique du psychotique s'observeraient, entres autres, par les éléments de l'inconscient surgissant dans la conscience, dont les hallucinations. L'hallucination serait une défense du Moi qui régresse et interrompt sa relation avec la réalité (Pommier, 2010). Pour Freud, les hallucinations sont des symptômes du retour du refoulé. Un auteur contemporain, Gimenez (2010) nuance la proposition de Freud rapportant l'inaptitude des psychotiques à utiliser le refoulement, puisqu'il s'effectue sur une représentation qui, dans le cas des psychotiques, n'aurait pas été développée. Néanmoins, les auteurs s'accordent sur le fait que l'hallucination serait, dans un premier

temps, une défense contre un scénario *irreprésentable, inélaborable* pour l'individu, que l'on pourrait nommer de trauma affectif (Bergeret, 2008a). C'est donc sous cet angle que Gimenez (2010) soutient que le psychotique hallucinera ce dont il n'a pas été apte à mentaliser, à penser. L'activité déficiente du préconscient et du moi, à contenir l'expérience et relier l'affect qui lui est associé, s'observe par une carence en représentation de mots. L'hallucination se construit alors par les représentations de choses, donc de traces d'expériences directes, sensori-affectives non symbolisées laissées dans la psyché. Ensuite s'organise une tentative de réparation par la construction d'une néo-réalité. Enfin, l'hallucination serait à la fois une défense et une tentative de mise en représentation, une amorce de présymbolisation, un lieu de transformation par un dépôt instable des affects libres de leurs représentations (Gimenez, 2010). D'un point de vue économique, le psychotique agirait sous le principe du plaisir, portant vers la décharge immédiate des pulsions du Ça afin d'arriver à une diminution de la tension psychique. L'hallucination constituerait une forme de décharge immédiate, un retour vers les processus qui ont antérieurement diminué la tension par la tentative de recréer les perceptions de l'objet. Mais la satisfaction ne serait ni complète ni durable, faisant fit du principe de réalité et entraînant des conséquences subséquentes, vécues notamment au niveau de l'entourage (Bergeret, 2008a). Selon Gimenez (2010), l'hallucination serait une manière de maintenir à l'extérieur ce qui n'est pas supportable au-dedans par l'identification projective « sur un support « autocréé autosensuel » » (p. 223).

De la même manière que les hallucinations, le délire serait une extériorisation de matériel inélaborable par l'individu. Le psychisme est totalement envahi par le délire qui s'impose à lui, inapte à considérer toute intervention s'y opposant, manifeste par l'enfermement et l'inaccessibilité à la parole de l'autre (Barthélémy & Bilheran, 2007). Lavoie (1996) indique que le délire est très investi par le psychotique, car il est la construction d'une réalité qui est exempte de frustration ou de souffrance. Toujours selon cet auteur, le délire constituerait une sorte de Moi-peau (concept élaboré par Anzieu) ou de pare-excitation. Il permet le contrôle de l'objet, et donc, la diminution de l'angoisse. Le délire pourrait constituer une sorte de « récupération compensatoire » face à une perte d'objet narcissique (Bergeret, 2008c). Racamier (1985) indique que le destin des délires est la désincarnation, permettant à l'individu le sentiment continu d'exister. Le principe de réalité ayant été bafoué par le Ça, le Moi tente de remplacer ce qui a été perdu, par la construction d'un délire (de Masi, 2006).

Les agirs chez les psychotiques sont traduits en partie par la difficulté vécue par le Moi dans la gestion des pulsions du Ça et le surgissement des processus primaires. Selon Jacobson (1999), les psychotiques utiliseraient les objets externes pour régler leurs conflits internes, ce faisant, les parties de soi non tolérées externalisées sur des objets ou individus peuvent être maîtrisées¹. Ceci peut également être compris par la pensée concrète observée chez les psychotiques, où l'espace transitionnel ou le « comme si »

¹ Les difficultés à contenir le monde psychique résultent en une décharge crue de l'énergie et donc des pulsions libidinales sans considération de la réalité. Avec un Surmoi défaillant et un contact à la réalité perdu, la résultante peut parfois s'avérer par des actes violents.

n'existe pas ou peu, prenant les choses pour des mots (Leduc, 1996). Selon Bergeret et al. (2008), il n'existe pas de langage véritable, il s'agirait plutôt d'un *non-langage*, qui serait visible par les différents niveaux de l'agir antérieurs au temps verbal.

L'émoussement des affects observé chez les psychotiques dans les écrits psychanalytiques est explicité partiellement par le processus d'identification projective. La projection d'une partie du Moi, des affects, des représentants pulsionnels voire même jusqu'au sens de soi, à l'extérieur vide la psyché de ce contenu et génère un sentiment de vide et un émoussement (Racamier, 1976). De la même manière, Azoulay (2010) souligne l'importance des processus proéminents de déliaison, de désinvestissement ou de désintrinsication pulsionnelle étayés par plusieurs psychanalystes actuels dans l'émoussement affectif et les dissonances affectives. Le désinvestissement narcissique et la rupture des liens observés chez les psychotiques envers lui-même et son monde externe sont des caractéristiques observées chez les psychotiques (Chabert, 2010). D'un autre côté, ce qui est projeté à l'extérieur, peut en retour, devenir persécuteur et ainsi participer à l'angoisse de morcellement insoutenable vécue par les psychotiques (Pommier, 2010).

Les troubles de la pensée et du discours fréquemment observés chez les psychotiques peuvent s'expliquer par la détérioration importante des fonctions du Moi qui est attaqué et régit par les pulsions du Ça (Racamier, 1976). Par ailleurs, tel que le rapporte Racamier (1976), citant entre autres Natch et Racamier (1958) et

Gressot (1959), la constance de pensée et du Moi est assuré par la constance de l'objet, qui dans le cas des schizophrènes, est loin d'être garantie. Le psychotique se réfugie dans la non-pensée, dans le vide, ce que Meltzer (1975) qualifiait d'*absence autistique* (cité dans Touzé, 1999). L'anxiété ainsi que les pulsions destructrices agressives attaqueraient de l'intérieur le processus de pensée, empêchant ou attaquant le travail de liaison de l'appareil à penser, du contenant. Le travail de liaison entre l'interne et l'externe, les éléments de pensée bruts et impensables (éléments bêta) et les élaborables (éléments alpha) en des représentations psychiques (Théorie de Bion, 1959, 1967, citée dans Racamier, 1976). Par le mécanisme de l'identification projective, le psychotique met en partie des morceaux de lui-même chez l'Autre, cédant son pouvoir de penser et son Moi à l'autre, le « contenant ». Ainsi, son autonomie psychique devient interdite; la pensée reste captive de l'Autre, telle une agression mentale (Racamier, 1969). Searles décrit ce phénomène par la tentative pour rendre l'autre fou, de le priver de sa capacité de penser librement ou sainement (Searles, 1965). Pour Freud, les difficultés langagières observées chez les schizophrènes découlent de la défaillance dans la différenciation des choses et des mots, de leurs représentations, donc de la capacité d'abstraction (Gortais, 2010). La difficulté des processus secondaires à assumer leur rôle de liaison et l'activité interprétative engendre la concrétude caractéristique de la pensée psychotique (Touzé, 1999). Adoptant un point de vue différent, Federn (cité dans Gortais, 2010), le trouble de la pensée serait tel que les pensées seraient considérées comme réelles, d'où le déficit au niveau du contact avec la réalité, que ce dernier interprète davantage comme un « gain de réalité » plutôt que d'une perte.

En somme, la théorie psychanalytique des psychoses considère que l'état psychotique est conséquent à une décompensation qui se pose sur un type de structure de la personnalité, caractérisé par une relation d'objet, un narcissisme primaire, une angoisse d'effondrement et des mécanismes de défense particuliers. En regard de ses éléments, la thérapie d'inspiration psychanalytique auprès des psychotiques fut élaborée.

L'intervention psychanalytique

Dans cette section seront traités les aspects liés à l'intervention d'approche psychanalytique. Seront abordés consécutivement les critères d'indication à la conduite d'une psychothérapie, les aspects liés à l'amorce, la fréquence et la durée du traitement, ainsi que la méthode, comprenant le cadre et le processus.

Admissibilité. Jeammet (2010) rapporte que bien que Freud ait porté un intérêt rapide sur les psychoses, dans le but de les opposer aux névroses, il les sommat comme inaccessibles au processus psychanalytique par la propriété totalement narcissique des investissements qui gênait le transfert, élément essentiel à la cure. Cependant, conséquemment aux avancements théoriques, il modifie sa position en reconnaissant que le psychotique puisse investir une néo-réalité qui échappe au narcissisme ce qui leur donnait accès à la thérapeutique. Or, il soulevait la nécessité d'innover dans les techniques afin qu'un travail opérant puisse s'effectuer auprès de cette clientèle particulière (Jeammet, 2010).

De nos jours, nombre de théoriciens et thérapeutes d'approche psychanalytique sont d'avis que la psychothérapie peut s'avérer bénéfique pour les psychotiques. Certains, néanmoins, précisent des conditions *sine qua non* à la conduite d'une psychothérapie auprès de ces sujets. Par exemple, l'accès à une certaine capacité d'objectivation, c'est-à-dire que le sujet est apte à formuler un désir et à reconnaître la vie chez le thérapeute, par l'aptitude au clivage positif (Lavoie, 1996). Federn (1952) soutient que la capacité de transfert, celle du Moi à percevoir l'anormal et à reconnaître la réalité sont nécessaires au travail avec les psychotiques. D'autres, tels que Racamier (1980), supportent que le travail analytique puisse s'effectuer avec les psychotiques si un espace d'illusion et de jeu subsiste.

Début, fréquence et durée. Le moment opportun à l'entreprise d'une psychothérapie est discuté chez les auteurs. Certains estiment qu'il est préférable que le patient ne se trouve pas dans une phase aiguë de décompensation et d'autres jaugent ce moment propice à développer une alliance où le patient peut se sentir entendu dans ses angoisses primaires (Touzé, 1999). La fréquence des rencontres proposées varie d'une à trois rencontres hebdomadaires¹. Chez les patients psychotiques hospitalisés, cela peut aller à une séance quotidienne. À ce propos, Kestemberg (1974) s'oppose à Segal qui suggère des séances journalières, précisant que la fréquence n'est pas gage de la qualité des séances. De manière générale, les thérapies d'approche psychanalytique auprès des

¹ Il est à noter qu'il s'avère difficile de quantifier la fréquence des rencontres dans la littérature, cet aspect étant apparemment souvent omis. Cependant, les écrits suggèrent de nombreuses années.

psychotiques sont de moyen ou de long court (Hayat, 1999). Kestemberg (1957) tend à croire que le travail non pas symptomatique, mais sur le Moi, requiert que l'on écarte l'option économique du temps. De même, un suivi de quelques semaines voire quelques mois est parfois nécessaire afin d'évaluer les objectifs et la pertinence d'un travail de l'ordre psychanalytique ou d'un simple accompagnement (Touzé, 1999). La régularité des séances ainsi que la présence fiable du thérapeute sont deux éléments essentiels à la prospérité de la thérapie. Cette stabilité du cadre spatiotemporel leur offre un repère externe stable pour leur chaos intérieur (Lecomte, 1995; Touzé, 1999).

Cadre et dispositif. Le travail analytique classique se compose essentiellement du cadre¹, du processus et de deux règles fondamentales, soit celles de la *libre association* et de *l'abstinence*. Lors des séances en psychanalyse ou en cure, le patient est allongé de sorte à ne pas voir son analyste qui offre neutralité bienveillante, écoute flottante et silence (Reid, 1996). Avec le temps et les avancements théoriques, la technique s'est modifiée donnant naissance à de nouvelles thérapies d'inspiration psychanalytique (TIP) (Bergeret, 2008a) divergeant de la cure classique par certaines adaptations, notamment par un rôle plus actif du thérapeute. Selon Doucet (1996b), les TIP ont quelques moyens communs soit l'action de suggérer, de gratifier, de manipuler (le transfert), clarifier et interpréter.

¹ La notion de cadre dans les TIP se réfère globalement à l'ensemble des modalités afin d'instaurer une psychothérapie. Aussi, le cadre inclut le dispositif, qui constitue l'ensemble des conditions physiques et temporelles, tels que le temps, la position et la durée.

Dans le même ordre d'idée, le cadre a été révisé auprès des psychotiques afin de mieux répondre à leurs besoins. Touzé (1999), partageant les idées de Green, est d'avis que si de telles modifications sont apportées au cadre, elles doivent avoir comme objectif premier de favoriser la symbolisation. Auprès des psychotiques, la règle de l'association libre ne tient pas, puisque le matériel psychique fourni est désordonné et que celui apporté par le délire ou les comportements suffit au travail (Touzé, 1999). De plus, la règle de l'abstinence peut parfois être difficilement respectée avec les psychotiques, pour qui la parole est souvent précédée de l'agir. C'est ce que rappelle Chambrier, Perron et Soufrir (1999), lorsqu'ils soutiennent que le temps en thérapie avec les psychotiques peut se caractériser par des passages à l'acte, des crises et des périodes statiques, importantes à respecter. Enfin, la position face à face est préconisée afin de contrer la perte de contact avec la réalité et faciliter l'expression de l'empathie chez le thérapeute. Cette position limite les projections paranoïdes en favorisant le contact avec un objet externe accueillant et bienveillant (Touzé, 1999).

Les ajustements en cours de processus doivent être rappelés et consentis avec le psychotique, de manière à préserver un repère stable (Lavoie, 1996). Tout changement au cadre doit être relevé afin d'éviter l'escalade des attaques destructrices (Lavoie, 1996; Touzé, 1999). Le cadre doit être suffisamment stable pour fournir un lieu de pensée et raisonnablement souple pour ne pas contraindre le Moi du patient (Touzé, 1999).

Aussi, la double prise en charge par un suivi psychiatrique est recommandée par certains auteurs (Gibeault & Roux, 1999; Kestemberg, 1957). À ce sujet, Doucet se réfère à un analyste français Held (1964, cité dans Doucet, 1996c), qui soutenait qu'un traitement médicamenteux pouvait être acceptable avec les TIPs.

Objectifs et techniques de la méthode. Bien que le traitement atténue les symptômes ravageurs et les sentiments débordants, la visée du travail thérapeutique n'est pas d'obtenir des changements structuraux¹ ni d'éradiquer le symptôme. Le traitement psychanalytique des psychoses vise à rétablir l'intégrité du Moi, de sorte qu'il use de modalités défensives attestant d'une meilleure adaptation à la réalité (Freud, 1964). Par-là, la diminution des processus défensifs primaires tels que le déni, les attaques à l'objet, l'identification projective et la déliaison pulsionnelle, est souhaitée. Contrairement aux névroses où l'objectif de la thérapie est la levée du refoulement, l'intervention auprès des psychotiques vise à créer le refoulement puisque l'inconscient a déjà envahi le Moi (Federn, 1952). Federn (1952) relève la différence entre la méthode utilisée dans la psychanalyse, par le réinvestissement du Moi et le refoulement, par le soutien aux parties saines et par l'action de favoriser les défenses névrotiques. Le traitement permettra aux psychotiques de se réapproprier les parties projetées, cette action rendue possible par un Moi plus fort et par un pare-excitation plus efficace, sous-tendant une capacité de contenance améliorée (Lavoie, 1996), par un processus de

¹ Dans le sens où un individu de structure psychotique demeure de structure psychotique, bien que certains éléments structurels (ex. : le Moi) soient visés par le travail.

différenciation des aires psychiques (Brunet, 2010; Chambrier et al., 1999) et un accès à de meilleures capacités de mentalisation (Lavoie, 1996).

En somme, prenant appui sur la relation thérapeutique et transférentielle, le traitement permet l'amélioration de la stabilité des fondations psychiques, défaut du développement précoce, qui provoque les répercussions invalidantes de la psychose (Touzé, 1999).

Racamier (1985) propose deux étapes dans l'élaboration de la relation thérapeutique, celle de la création d'une alliance thérapeutique avec le client, qui se crée malgré les processus de rupture de la psychose, succédée par le travail au niveau du transfert. L'établissement de la relation thérapeutique se base avec un souci particulier porté au plaisir et au narcissisme destructeur (Chambrier et al., 1999; Lavoie, 1996).

Travail du narcissisme. La vulnérabilité des psychotiques aux blessures narcissiques transforme toute frustration comme une injure contre laquelle ils luttent par des défenses qui amènent une régression à des stades de narcissisme primaire (Jacobson, 1999). Dès lors, le thérapeute doit être sensible à cet aspect. Sans disqualifier le délire et tenter de le confronter à la réalité, il vise à renforcer les aspects sains de l'individu, par la reconnaissance des pulsions de vie et par la stimulation de l'investissement des parties non conflictuelles. La relation thérapeutique s'installe dans l'accueil de l'expérience subjective du psychotique et l'acceptation de sa position omnipotente dans laquelle il

s'est construit une néo-réalité exempte de frustrations. Par la reconnaissance de la vie psychique du sujet et de sa parole, le thérapeute prend soin du narcissisme blessé du psychotique et lui apprend à faire confiance à ses facultés de représentations. De même, par des interventions plus nourrissantes et nombreuses, le thérapeute soutient le narcissisme du sujet (Lavoie, 1996) et tâche de rediriger la libido narcissique de manière à respecter la réalité (Leblanc, 1996).

Transfert. Le transfert constitue « tous les émois du patient dus à ses relations avec l'analyste ». (Freud, 1964, p. 16). Ces émois seraient le déplacement sur le thérapeute des relations d'objet du patient, résultat des expériences précoces réelles et celles ayant été fantasmées par l'individu (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1995). Tel que le résume de Masi (2006), le transfert :

[E]st une notion polysémique; sa signification est étroitement liée au cadre théorique de référence de chaque analyste. Pour le dire d'une façon concise, le transfert, tel qu'il est décrit dans la littérature analytique, pourrait être : la manifestation des pulsions infantiles (Freud et les psychologues du Moi), le témoignage des objets internes et de la relation avec l'objet (théorie kleinienne), ou l'expression de l'interaction dyadique mise en place par le patient et par l'analyste (théoriques relationnelles). (p. 228)

Guibeault et Roux (1999) soutiennent que par le transfert, la thérapie amène à revivre la relation aux objets primaires ainsi que toutes les frustrations et leurs conséquences. Cette expérience périlleuse et exigeante apparaît justifiée afin d'améliorer la qualité de la relation d'objet, de leur permettre d'arriver à des échanges vivants et nuancés avec l'Autre et de diminuer la crainte de l'objet qu'ils éprouvent et qui les installe dans un état difficile (Doucet, 1996b). Les « nouveaux transferts » tels que le

proposé Lavoie (1996), permettent de susciter entre autres une plus grande ouverture aux relations objectales et donc, aux rapports sociaux.

Le transfert chez les psychotiques est décrit comme fusionnel, massif ou absent (Hayat, 1999). Klein (1952, cité dans Gortais, 2010) soutient que les patients schizophrènes peuvent élaborer un transfert clivé, à la fois positif et négatif, dans l'amour et la haine. Le transfert positif, teinté par l'idéalisation et l'aspect narcissique fusionnel et symbiotique, s'élabore sur les parties saines ou non psychotiques de l'individu (Lavoie, 1996; Leblanc, 1996). Federn (1952) a adapté la technique pour les psychotiques, s'appuyant sur la partie saine du Moi et favorise une relation de soutien dans le transfert positif. En divisant les matériels de la partie saine et de la partie malade, il aide à la différenciation des espaces psychiques et des frontières et à attribuer les expériences psychotiques à son appareil psychique. De Masi (2006) consent à l'idée de Rosenfeld (1969) qui soulève la divergence entre l'aspect théorique et clinique chez Freud, ce dernier ayant élaboré la notion du clivage du Moi sans l'appliquer aux thérapies.

Le transfert est massif et dans l'aspect fusionnel, le psychotique dépose certaines parties de lui chez le thérapeute, qui est l'hôte des identifications projectives. À ce moment, le thérapeute fonctionne telle une partie du patient (Rosenfeld, 1987; Searles, 1965) et se situe comme un Moi *auxiliaire* (Lavoie, 1996). Toutefois, bien que la fusion soit recherchée, elle n'est pas moins dangereuse pour l'individu, puisque cette dernière

implique une dépendance et la crainte de l'envahissement. Pour lutter contre celles-ci, le psychotique peut fuir dans le délire, ce dernier restituant une distance diminuant l'angoisse de fusion entre l'individu et le thérapeute, prendre les voies de l'idéalisation ou inversement, se vivre dans la réaction thérapeutique négative (Leduc, 1996). La lutte contre la dépendance peut s'effectuer par le contrôle, le mépris, la rage, la colère, et s'exprimera par des voies où le psychotique se détruira lui, et donc, l'autre (Jacobson, 1999). À ce propos, Lavoie (1996) souligne que le transfert des psychotiques est dominé par la force des pulsions mortifères et destructrices, car l'objet est haï par l'envie et l'avidité.

Tel que précisé dans la section antérieure, le psychotique est sujet à se sentir envahi ou persécuté dans son rapport à l'autre (Lavoie, 1996). Dès lors, le maintien d'un espace transitionnel selon les propos de Cahn (1986, cité dans Lavoie, 1996) ou d'une distance confortable dans la relation thérapeutique est un facteur non négligeable dans le traitement des psychotiques, et il appartient au thérapeute de le préserver.

Il est intéressant de noter qu'au sein de la littérature psychanalytique, il existe une discordance chez les différents auteurs et cliniciens dans l'appréciation théorique du transfert, sa nature et son maniement avec les psychotiques (Kestemberg, 1957; Racamier, 1985). À ce sujet, Kestemberg (1957) souligne que les divergences concernant l'appréciation théorique de la psychose ont un impact direct sur son maniement en thérapie. Par exemple, si le Moi est présumé déficitaire, les manifestations

agressives ne seront pas manipulées comme des défenses et sera axé sur la mise en place d'une atmosphère positive et sur les gratifications, évitant d'interpréter le transfert négatif et le travail se basant sur le transfert positif. À l'inverse, selon les tenants de l'école anglaise¹, si l'activité de l'identification projective est présumée responsable de l'appauvrissement du Moi, un travail sera effectué sur le transfert négatif et les relations d'objets archaïques. Kestemberg soutient qu'il lui apparaît pertinent de solliciter à la fois le transfert positif et le transfert négatif, s'efforçant d'activer l'angoisse primaire désorganisante en signifiant au sujet que sa structure psychotique est vouée à le préserver de cette angoisse. Peu importe la voie ou la nature du transfert mis en place par le psychotique, il est susceptible de susciter des émois chez le thérapeute, dans la réaction contre-transférentielle.

Contre-transfert. Le contre-transfert constitue l'ensemble des ressentis, sensations, émotions, images qui se présentent au thérapeute en séance qui peuvent constituer des indices sur la vie psychique du patient (Kernberg et al., 1995; Urtubey, 1994). Selon Winnicott (1947/1964), vivre de la haine et de la crainte est une réaction normale chez le thérapeute et plus ce dernier en est conscient, moins cela affectera négativement la relation thérapeutique. Traiter son contre-transfert est primordial à la vitalité du travail thérapeutique, d'où les propos de Lavoie (1996) qui souligne que « soigner la psychose, c'est d'abord s'occuper de son contre-transfert » (p. 304). Pour ce faire, quelques

¹ De sorte à simplifier le texte, les tenants et particularités de l'école anglaise ne sont pas détaillés. Cependant, pour le lecteur intéressé, l'école anglaise compte quelques courants ayant leurs spécificités théoriques et pratiques propres (ex. : psychologie du Moi, *middle group*, etc.).

moyens ont été identifiés. En autres, l'introduction d'un tiers ou la prise en charge double permet de soigner le contre-transfert du thérapeute, en instaurant une certaine sécurité des agirs, en diminuant le sentiment de toute-puissance pouvant être ressenti par le thérapeute et aussi, en permettant à chacun de jouer leurs rôles respectifs (Gibeault & Roux, 1999; Kestemberg, 1974). En surcroît, jouir d'une supervision ou bénéficier d'une psychothérapie peut favoriser le processus de triage, entre ce qui provient des réactions émotives du thérapeute et ce qui appartient au patient. Mieux saisir son contre-transfert permettra de mieux comprendre le sujet.

Identifier. Dans le transfert positif, le thérapeute peut être amené à vivre un sentiment de toute-puissance et d'omnipotence (Kestemberg, 1974). Il peut ainsi se sentir comme étant le seul apte à aider le patient ou ressentir l'impression de posséder un impact puissant sur le sujet. À l'inverse, dans l'immuabilité rencontrée chez les psychotiques, le thérapeute peut se sentir découragé ou même désinvesti de la thérapie, n'ayant pas l'impression d'amener un impact chez son interlocuteur. Le thérapeute pourra se sentir neutralisé, captif, dominé et « possédé » par le psychotique (selon les termes de Meltzer, 1984). Le thérapeute peut aussi réagir avec rage lorsque son narcissisme est dénié. De même, il peut éviter d'accueillir les parties que le psychotique tente d'introduire en lui. Il apparaît alors important que le thérapeute refuse la négation de son narcissisme (de son identité de personne et de thérapeute), car son intégrité est une condition à l'engagement thérapeutique et ultérieurement, au respect par le sujet lui-même de sa propre condition de sujet. Si l'agressivité n'est pas travaillée, le processus

peut sombrer dans une relation symbiotique où le soignant ne voit plus les attaques¹ hostiles du patient (Lavoie, 1996).

Le thérapeute peut également se sentir privé de sa capacité à réfléchir. Dans un effort pour rendre l'autre fou (Searles, 1965), la destructivité du psychotique attaquera l'activité psychique du thérapeute afin de l'empêcher de penser, puisque cette fonction du thérapeute le confronte à la réalité qu'il dénie et qu'il haït (Lavoie, 1996). Ceci peut se manifester par un silence ou la confusion dans les propos et amener, chez le thérapeute des difficultés à se concentrer ou même à douter de la pertinence de ses interventions. La tâche revient au thérapeute de défendre sa capacité de penser (Lavoie, 1996; Leduc, 1996), notamment par ses facultés à contenir ses charges agressives.

Contenir. La difficulté à contenir la frustration et la détresse est à l'origine de plusieurs symptômes du psychotique. Afin d'arriver à mentaliser, la charge pulsionnelle ressentie par l'individu ne doit pas excéder ses capacités à la contenir, la transformer et la lier (Brunet, 2010). S'élaborant durant la petite enfance, cette faculté est rendue possible lorsque la détresse de l'enfant est dans un premier temps contenue. En effet, le nourrisson en proie à une détresse intolérable, la projettera sur la mère, qui contiendra la

¹ Lavoie (1996) souligne qu'il est nécessaire de lier les expériences qui ont suscité les émois négatifs qui indiquent un virage au transfert négatif, de sorte à éviter sa consolidation. C'est par l'élaboration psychique de l'expérience actuelle du psychotique que l'on évite les agirs ou la décharge dans le corps. Aussi, les attaques peuvent consister en la tentative par le psychotique à paralyser l'activité psychique du thérapeute qui le ramène à une réalité haïe et déniée. Le thérapeute doit alors se protéger en maintenant sa liberté de penser. Par ailleurs, au sujet des attaques, il souligne que souvent ces dernières sont *paisibles* (par exemple, le sujet demandant au thérapeute de sortir de son cadre thérapeutique en l'incitant à établir une relation « d'amitié »).

tension et lui rendra d'une manière *désintoxifiée*, c'est-à-dire secondarisée, pensée, mentalisée et assimilable lui permettant ainsi, de l'introjecter comme un objet apte à tolérer la détresse originale (Bion, 1959¹). Introjectant ainsi un objet sécurisant et contenant, le nourrisson sera apte à utiliser sa propre fonction alpha (Bion, 1959) pour transformer l'impensable en pensée, développant ainsi sa capacité à symboliser, organiser son monde interne en un tout cohérent et à le contenir (Lavoie, 1996). Winnicott (1960, 1965) a élaboré un concept voisin sous le nom de *holding*. Il fait référence par-là à la capacité du parent ou du thérapeute dans la situation analytique, à soutenir le rythme du patient, en portant les affects insupportables vécus par ce dernier. L'échec à la contenance provoquera une anxiété envahissante chez le nourrisson qui, incapable de s'adapter à celle-ci, la dénierait et vivra ultérieurement des moments psychotiques (Touzé, 1999). Selon Winnicott, la régression amenée dans la rencontre thérapeutique permet la correction de l'inadéquation de la réponse au besoin dans le passé développemental du sujet. Chaque intervention, menée à un temps opportun, qui souligne la compréhension profonde et juste du vécu du patient dans l'explication de la réalité partagée, soutient ce dernier (Lavoie, 1996; Winnicott, 1965).

Le délire constituerait le contenant des affects du psychotique (Lavoie, 1996). Il est de constitution identitaire et défensive et rien ne sert de l'attaquer directement; il suffit plutôt de le contenir et l'écouter (Barthélémy & Bilheran, 2007). Lorsque ce dernier perd

¹ Ce concept fait référence à la fonction alpha de Bion (1959), qui transforme par la capacité de rêverie et de contenance les éléments bêta, déliés, pulsionnels et crus en éléments alpha; assimilables et liés à une représentation.

de la vigueur, le psychotique sollicite la fonction contenante du thérapeute qui l'assumera de manière empathique (Bion, 1959; Brunet, 2010; Jamison & Kane, 1996). Le thérapeute doit s'assurer que le Moi se trouve dans les meilleures conditions possibles et il doit parfois en assurer le rôle (Lavoie, 1996), en devenant un contenant à l'expérience du sujet (Brunet, 2010). La capacité de contenance du thérapeute inclut l'aptitude à tolérer les affects déliés et archaïques, les angoisses primitives déposées par le sujet à l'intérieur de lui-même et à tolérer le processus psychothérapeutique en soi, avec les tentatives et bris du cadre. D'ailleurs, cette ouverture à l'autre et la capacité à accepter la totalité de son expérience psychique, par la résonance chez le thérapeute, constitue ce que Lavoie (1996) nomme de « transfert non-dit » et qui aura beaucoup d'importance pour le sujet.

Le psychotique est perturbé par tout aléa de la vie quotidienne, tellement le pare excitation fait défaut et le Moi est affaibli (Fain, 1987; Lavoie, 1996). Lorsque contenus, les éléments psychiques pourront être pensés. C'est ce blocage dans le développement de la pensée que la thérapie d'approche psychanalytique tentera de dénouer, en offrant une disposition permettant de penser sur ces contenus, par l'activité de liaison et de symbolisation.

Soumettre à l'analyse par l'activité interprétative. L'attitude réflexive du psychotique sera développée par les interrogations, la discussion autour des verbalisations. La transformation du délire et de l'expérience intolérable s'effectuera

dans le travail analytique et la relation au clinicien (Barthélémy & Bilheran, 2007). La capacité à mentaliser diminuera du coup la pensée concrète des psychotiques, qui n'ont pas d'aire « comme si » et prennent les mots pour des choses (Leduc, 1996). Lorsque la capacité de penser est rétablie, l'individu est plus apte à reconnaître les barrières temporelles ou spatiales (Lavoie, 1996). Gibeault et Roux (1999) évoquent la notion de retour de l'historicité. Les psychotiques auraient de la difficulté à accepter la réalité, qu'ils tenteraient de changer par différents moyens, afin de ne pas s'y ajuster, et l'utiliser afin de résoudre leurs conflits. En laissant plus de place au fantasme, et donc à la pensée, par le retrait de l'investissement des perceptions, le contact à la réalité peut être rétabli. L'utilisation de projection massive sera atténuée lorsque le patient sera plus apte à percevoir sa vie interne et la vie externe (Lavoie, 1996).

L'activité interprétative ainsi que le travail dans la relation thérapeutique différera en fonction de l'école de pensée du clinicien. Dès lors, la conduite d'une activité interprétative portant sur le passé développemental de l'individu demeure un aspect plus ou moins admis dans la littérature. À ce sujet, Gortais (2010) souligne la différence entre l'école américaine, transportée par Fromm-Reichmann, et l'école Kleinienne de Segal et Rosenfeld, par la réserve des premiers non partagée par les seconds à interpréter les fantasmes archaïques par crainte de submerger le patient. De la même manière, Lavoie (1996) rappelle que ce type d'interprétation n'est que très peu utilisée avec les psychotiques, étant d'accord avec Jimenez (1993) qui indique que l'impact peut s'avérer négatif par une accentuation des angoisses, la blessure soulevée n'étant pas compensée

par le gain narcissique de *l'insight*. Dans le même ordre d'idée, Gibeault et Roux (1999) soutiennent que de passer sous silence le mouvement transférentiel serait même bénéfique, permettant ainsi un premier refoulement. D'ailleurs, la difficulté des psychotiques à percevoir l'abstrait du concret peut porter à confusion sur les interprétations du thérapeute, le sujet pouvant croire que ce dernier interprète le réel et non la vie fantasmatique (Rosenfeld, 1987). De Masi (2006) soulève la divergence entre des auteurs tels qu'Abraham qui suggère une prudence dans l'analyse du transfert et Federn qui croit que les psychotiques sont déjà surpassés par le sens, les interprétations symboliques pouvant générer une confusion plus importante et augmenter la perte de contact. Selon Federn, c'est seulement en fin de thérapie que le thérapeute interprétera le transfert, lorsque le patient aura la faculté de se symboliser et de reconnaître sa vie psychique. Partageant le même point de vue, Lavoie (1996) indique que la dernière phase de la thérapie serait l'interprétation du transfert, et à ses dires, ne serait pas atteinte fréquemment.

Dès lors, le matériel pouvant être soumis à l'activité interprétative porte sur la réalité partagée avec le psychotique, dans le processus thérapeutique. Les interprétations ou plutôt les descriptions que le thérapeute offrira de sa propre expérience, de sa capacité de rêverie, issue du contre-transfert par les éléments qui ont été déposés en lui, viseront à éclairer sur ce que le patient peut vivre (Leduc, 1996). Le matériel psychique inassimilable par le patient est déposé dans l'objet-thérapeute qui par son activité liante, sera transformé (Gimenez, 2010). Il appartient au conteneur (thérapeute) de restituer

l'inconscient qui a été introduit en lui par l'identification projective afin de permettre au patient de réintégrer sa vie psychique (Racamier, 1976). En retournant, au temps opportun, toute évacuation psychique au sujet et en la liant à l'expérience qui lui a donné naissance, le thérapeute aide à la mentalisation et à la délimitation des aires psychiques (Lavoie 1996). L'analyse contre-transférentielle permet la désintoxification des affects bruts, de manière à fournir de nouvelles informations qui aideront le psychotique à intégrer son expérience, ce qui a été manquant dans la relation primaire (Leduc, 1996). Par son apport à combler les lacunes dans le sens, le traitement permet la continuité du sens dans le récit de l'individu, augmentant alors son sentiment de cohésion interne. Par exemple, afin de s'assurer de ne pas consolider le transfert négatif, le thérapeute procède à l'identification des expériences qui ont généré les états émotionnels de rage et de colère, afin d'éviter la décharge par des agirs et d'éclairer l'expérience du sujet (Lavoie, 1996). Pour Brunet (2010), le thérapeute doit faire mieux qu'interpréter l'identification projective en constatant et en lui partageant le désinvestissement relationnel par le sentiment de vide et de distance, mais demeurer relationnel dans les interprétations et vivant dans le lien. Le thérapeute doit conserver sa capacité à penser, être vivant et créatif malgré les défenses du sujet (Brunet, 2010; Gibeault & Roux, 1999).

Dans un processus graduel, le thérapeute incitera plus activement le psychotique à se questionner sur sa vie intérieure, en offrant des hypothèses sur le vécu interne du patient de manière exploratoire. Bien que cette situation puisse s'avérer frustrante au départ, le thérapeute ne lui permettant plus d'être compris sans verbalisation dans la

phase fusionnelle, il soutiendra le narcissisme du sujet (Lavoie, 1996). Brunet (2010) soutient l'importance de permettre une désillusion graduelle, entre l'objet contenant fantasmé et l'objet contenant réel, de l'objet subjectif à l'objectif. L'espace psychique rétabli ou créé par l'intégration progressive de l'objet clinicien permet la différenciation objet-sujet, la poursuite du processus de symbolisation interrompu dans la psychose (Gimenez, 2010). Le processus de différenciation des aires psychiques, entre Soi et le thérapeute, sera mis en lumière par une meilleure capacité à investir des activités de même que par la capacité de symboliser (Chambrier et al., 1999). Racamier (1992) propose que le psychotique n'ait pas atteint le deuil original, la défusion avec la mère. S'écartant de la conception Kleinnienne, Gibeault et Toux (1999) prétendent que le but de la thérapie est de faire naître l'objet. Par la *défusion* apparaîtra la psyché de l'individu ainsi que l'élaboration de ses désirs propres, indifférents de ceux de l'autre auquel il a pu se construire en faux self.

Fin du processus. L'aboutissement de la thérapie constituerait, selon certains auteurs, la partie la plus ardue et la plus signifiante de la démarche, le deuil étant au centre de celle-ci (Brunet, 2010). La thérapie peut se conclure lorsque l'individu a introjecté un objet suffisamment stable et bon, permettant un narcissisme plus sain (Touzé, 1999) et la sécurité intérieure essentielle (Doucet, 1996b). Avec certains sujets, le suivi ne sera pas interrompu de manière définitive, comme avec certains névrotiques. La fin du processus peut alors s'inscrire dans la fin du travail intensif à plusieurs rencontres par semaine. La diminution de la fréquence permet déjà l'établissement du

deuil, par l'élaboration des attaques agressives résultantes de la désillusion-désidérialisation et à ce moment, le thérapeute peut avoir l'impression que le client va plus mal qu'auparavant et que tous les progrès se sont dissipés. La fin du travail psychothérapeutique peut réveiller les angoisses d'anéantissement et les retraits délirants, susceptibles de générer doutes et découragement chez le thérapeute. Il est alors important de se souvenir des progrès que la partie psychotique du patient tente de nier. La pertinence de la fin du suivi peut être questionnée lorsqu'une meilleure gestion des angoisses archaïques est constatée (Touzé, 1999).

Freud proposait que la finalité du traitement psychothérapeutique souhaité soit *d'être capable d'aimer et de travailler*. Comme indice de l'impact de la thérapie, certains éléments peuvent être considérés, tels que la capacité à supporter les frustrations libidinales avec une anxiété moindre et des défenses moins coûteuses, la capacité à assumer le deuil, à fantasmer et à s'investir dans un travail et des loisirs (Doucet, 1996b).

Psychothérapie cognitive comportementale des psychoses

Concepts théoriques cognitifs et comportementaux importants chez les psychotiques

Paradigmes. Tel qu'il a été question précédemment dans cet ouvrage, la psychothérapie des psychoses a connu trois grands paradigmes, selon la classification effectuée par Morrison et al. (2004). La TCC s'est largement insérée dans le deuxième courant, soit le paradigme stress-vulnérabilité. Selon les modèles proposés dans ce

paradigme, ce serait la conjonction des éléments qui mènerait à la schizophrénie; la condition biologique ne pouvant expliquer en elle seule le développement du trouble (Fowler et al., 1995). Le modèle biopsychosocial propose que la psychose, altérant les fonctions cognitives telles que l'attention, la perception et le jugement, et souvent accompagnée de caractéristiques thymiques, soit le résultat d'un événement suffisamment stressant, se posant sur un état vulnérable particulier chez l'individu (Fowler, 2000). Selon le modèle de Strauss et Carpenter (1981), l'état vulnérable peut être constaté notamment par la présence d'une vulnérabilité génétique, de déprivation dans les relations précoces et de traumatismes. De plus, l'expérience de la psychose en soi semble être un événement traumatique (Hooas, Lindholm, Berge, & Hagen, 2011). Selon le modèle de Strauss et Carpenter, les facteurs de risques comportent l'utilisation de substance, un stress psychologique (ex. : perte d'emploi, quitter la maison, deuil, etc.) ou des contextes environnementaux comportant de la critique émotionnelle (Fowler et al., 1995). Enfin, les schémas négatifs¹, les difficultés sociales (manque de support, victimisation, stigmatisation) et l'usage de drogues hallucinogènes constitueraient des facteurs de développement et de maintien (Turkington, Bryant, & Lumley, 2011). Présentant deux avantages, le modèle stress vulnérabilité intègre à la fois des composantes biologiques et psychologiques et génère un effet normalisant, puisque presque tout individu serait à risque de développer une psychose si exposé à un stress suffisant. Bien que ce modèle soit en mesure de spécifier dans quelles conditions les symptômes peuvent se développer, il ne permet pas de comprendre comment ils se

¹ Voir dans une section ultérieure.

forment (Brabban & Turkington, 2002). C'est sur ce point que s'est développé le modèle basé sur les symptômes (Bentall, 2003).

Dans la dernière approche basée sur les symptômes (Morrison et al., 2004), on observe la transition entre une approche diagnostique large, où le traitement était similaire pour tout tableau clinique répondant au diagnostic de schizophrénie, à une approche symptomatique où l'on s'intéresse à la spécificité des symptômes présents chez l'individu (Hagen & Turkington, 2011). Cette approche permet une meilleure appréhension du normal et du pathologique (Fowler et al., 1995). Le paradigme a été construit sur le constat que les symptômes psychotiques, tels que les idées délirantes et hallucinations, seraient plus communs qu'on le croit dans la population générale (Freeman et al., 2005; Turkington et al., 2011) et feraient partie d'un continuum de normalité. Les symptômes psychotiques seraient le résultat d'anomalies plus sévères présentes dans les croyances, les pensées et les expériences que celles présentes chez les gens normaux (Dunn, 2002; Fowler et al., 1995). Cette vision a comme avantage de diminuer la stigmatisation et permettre une vision plus éclairée sur le symptôme (Dutta et al., 2010; Fowler et al., 1995). Aussi, cet élargissement permet d'inclure d'autres pathologies qui étaient jusqu'alors écartées dans le spectre de la psychose tels que les troubles bipolaires (Hagen & Turkington, 2011).

Considérant les symptômes psychotiques comme faisant partie d'un continuum, les techniques jusqu'alors employées pour les autres troubles devenaient employables

auprès de ce sous-groupe clinique (Bentall, 2007; Hagen & Turkington, 2011; Kuipers & Bebbington, 2006).

La TCC est basée sur le principe selon lequel la vision que porte un individu sur sa personne, sur les autres et sur le monde va influencer ses émotions et ses comportements (Beck, 1976, 1991). Les états émotifs seraient le résultat de l'interprétation des événements et non pas des événements eux-mêmes (Rousselet, 2012). Les événements seraient alors traités en fonction de croyances qu'a l'individu sur lui-même, les autres et le monde, et sont sujets à des modifications, des biais, des distorsions et des attributions erronées (Chambon, 1993). De plus, la théorie sous-jacente à l'intervention cognitivo-comportementale considère les concepts liés aux théories de l'apprentissage, les données cognitives, neurobiologiques et neuropsychologiques (Chambon & Marie-Cardine, 1993).

Aspects cognitifs. La théorie cognitive sous-jacente à la psychopathologie s'est développée il y a plus de 40 ans (Beck¹, 2005). La théorie cognitive a d'abord été conçue afin d'expliquer les processus présents dans le développement et le maintien des troubles de l'humeur (Chambon & Marie-Cardine, 1993). Avec le temps, ses prémisses se sont élargies à d'autres troubles, tels que les troubles psychotiques. Le modèle élaboré par Beck, Rush, Shaw et Emery en 1979 explique comment l'individu développe, par

¹ Bien que Beck utilise le terme schizophrénie dans ses écrits, il est intéressant de noter que plusieurs de ses collaborateurs utilisent le terme psychose.

l'apprentissage, un système de pensées, de croyances et de règles, qui par après, influence son état émotif et ses comportements (Dunn, 2002; Renton, 2002).

Les théories cognitives considèrent à la fois des éléments cognitifs comme les pensées automatiques, les biais et les distorsions, ainsi que des éléments structuraux, tels que les schémas¹ (Chambon & Marie-Cardine, 1993). Ces éléments peuvent être classés en trois niveaux; par les pensées automatiques, les croyances et les schémas, et les processus intermédiaires auxquels la théorie cognitive se réfère par les biais ou distorsions cognitives.

Les pensées automatiques. D'abord, à la surface se trouvent les pensées automatiques qui constituent le monologue intérieur, réflexe, involontaire et habituel de l'individu. Ces pensées ne sont pas issues d'une délibération ou du raisonnement, elles surgissent rapidement et parfois même sans que l'individu en ait conscience. Elles peuvent prendre la forme d'image ou de paroles et sont en lien avec une situation spécifique. Les pensées automatiques auront un impact sur les émotions, les comportements de même que les réactions physiques (Beck, 1995).

Beck (1976), dans un premier temps, suscite l'attention sur les cognitions et l'importance des pensées automatiques dans la psychopathologie. Beck (1991) indique

¹ Le schéma est un élément plus profond de l'organisation cognitive. D'ailleurs, Young proposa une thérapie des schémas (1990,2005).

que ses observations initiales ont pris origine lorsqu'il était en psychothérapie avec ses patients, de par leurs verbalisations et leurs associations libres. C'est auprès de la clientèle dépressive qu'il a réalisé l'existence de pensées automatiques, qui s'effectuaient sans que le sujet en ait conscience, bien qu'ils fussent conscients de l'émotion déplaisante qui les succédait. Il soulève avoir ainsi tiré la conclusion selon laquelle les cognitions automatiques portaient sur le présent, le passé et le futur. Il soutient que le patient et le thérapeute doivent porter attention lorsqu'ils perçoivent un changement dans l'affect, modification qui constitue un indice de leur présence. Il soulève par ailleurs qu'Albert Ellis (1962) aurait tiré les mêmes conclusions (Beck, 1991). En somme, la réponse émotionnelle serait conséquente à la perception de la situation, et non pas la situation en elle-même (Beck, 1995).

Croyances et schémas. À un autre niveau se trouvent les schémas, structures plus profondes, qui sont des éléments stables de l'organisation cognitive, qui attachent des significations et une qualité émotionnelle aux événements selon des catégories précises, se rattachant à soi, aux autres et aux objets. Ils influencent les motivations inconscientes, attitudes, émotions et coordonnent d'autres fonctions cognitives, comme l'attention et la perception. Les schémas sont particuliers par leur flexibilité, leur étendue et prédominance dans la vie mentale de l'individu (Chambon, 1993). Les schémas, ou les croyances de base se situent au niveau fondamental; elles sont plus stables et rigides et touchent différentes sphères et situations. Les croyances peuvent être dysfonctionnelles

si elles entraînent des états émotionnels douloureux, modifient la réalité ou entravent l'accès aux buts personnels de l'individu (Beck, 1995).

Biais cognitifs dans le traitement de l'information et attributions. Entre les pensées automatiques et les schémas se situent tous les processus intermédiaires, c'est-à-dire, les règles de transformation de l'information, les biais dans le traitement, la sélection (Chambon, 1993), qui contribuent à maintenir les schémas. À ce niveau se trouvent également les attitudes, les règles et les attentes que l'individu adopte en ce qui a trait à sa conduite. Il était généralement admis que les croyances délirantes n'avaient pas de sens et ne faisaient pas partie du spectre de la normalité (Dunn, 2002). Cette vision a néanmoins changé avec le temps, les symptômes positifs étant perçus comme issus de biais extrêmes dans des processus normaux, au niveau du raisonnement, du traitement de l'information et du jugement (Bentall, 2003; Dunn, 2002; Fowler et al., 1995; Freeman & Garety, 2004; Hagen & Turkington, 2011). Selon Beck et al. (2009), à tous les niveaux du traitement de l'information s'exécutent des erreurs qui culminent en une pensée désorganisée, des croyances irréalistes et distorsionnées. Ce serait l'interprétation des événements qui conduit à une vision irréaliste, génère une détresse importante de même que des comportements inadéquats (Beck et al., 2009).

En ce qui concerne la compréhension des symptômes psychotiques, selon Freeman et Garety (2002), trois grandes hypothèses ont bénéficié de plus d'attention; celle du

biais du raisonnement, de la théorie de l'esprit et des défenses attributionnelles. Ces dernières seront explicitées respectivement ci-après.

Biais du raisonnement. Les distorsions cognitives ou les biais sont observés par une tendance à traiter l'information de manière anormale (Bentall, 1993). Les idées délirantes de persécution s'élaborent de manière identique aux croyances¹ en général, avec quelques perturbations à l'une ou l'autre des étapes. Chez les psychotiques, les biais seraient plus fréquents, notamment lors de situations de tension émotionnelle ou de stress (Perris, 1989, cité dans Chambon, 1993).

En outre, le biais de confirmation, selon lequel l'individu a tendance à retenir et chercher de l'information qui est congruente avec ses croyances, serait présent chez les psychotiques et contribuerait à maintenir les symptômes positifs (Freeman & Garety, 2002). En effet, la confrontation dans la vie quotidienne ne suffirait pas à éradiquer les croyances délirantes, puisque l'individu tenterait de trouver des indices confirmant leurs croyances et le sens de leur monde personnel (Brabban & Turkington, 2002; Fowler et al., 1995). Ils auraient également tendance à surévaluer la fréquence et la signification des coïncidences (Fowler et al., 1995).

¹ Les croyances se forment par la perception d'un événement qui génère une inférence. Celle-ci aboutit en une croyance qui sera par ensuite corroborée par les nouvelles informations que l'individu cherchera afin de la confirmer (Bentall, 1993; Fowler et al., 1995)

Aussi, il est courant que les gens présentent des biais dans le traitement de l'information afin de maintenir leurs croyances. Chez les psychotiques, certains sont plus présents, telles que la pensée dichotomique, l'abstraction sélective et l'inférence arbitraire (Beck et al., 2009; Brabban & Turkington, 2002; Chambon, 1993). La pensée dichotomique suggère que l'individu n'est pas en mesure de fournir une pensée entre-deux, celle-ci étant caractérisée par les extrêmes. Ensuite, l'abstraction sélective consiste à considérer qu'un élément spécifique est représentatif d'une généralité, l'individu ne prenant pas en compte la globalité de la situation (Beck et al., 2009). En ce qui concerne l'inférence arbitraire, il s'agit du mécanisme par lequel l'individu attribue de manière erronée un stimulus réel ou pensé afin d'expliquer une situation ou des sentiments (Beck et al., 2009). Plusieurs études ont démontré que les individus délirants ont tendance à utiliser peu d'information avant d'effectuer une décision, c'est-à-dire, sont prompts à « sauter aux conclusions¹ » (Colbert, Peters, & Garety, 2010).

Dans un point de vue plus global, Beck et al. (2009) identifient trois catégories ou biais spécifiques à la psychose. D'abord, les psychotiques auraient des difficultés au niveau de la catégorisation et de la généralisation, incluant des distorsions telles que la pensée dichotomique, l'étiquetage, l'abstraction sélective, les jugements extrêmes et la surgénéralisation. Ensuite, ils auraient tendance à exagérer le pouvoir des autres, les considérant comme tout puissants ou ayant des pouvoirs particuliers (ex. la télépathie).

¹ Traduction libre de « Jumping to conclusions », qui signifie donner une signification sans toutefois analyser le contexte dans sa globalité (Rousselet, 2012).

Enfin, ils suggèrent que les biais de sélection, les erreurs de discrimination et les croyances telles que la pensée magique seraient significatifs dans cette population. Aussi, ils soutiennent que les psychotiques sont à risque d'erreurs d'attribution.

Défenses attributionnelles et erreurs d'attribution. Selon Kinderman (2011), il existe un consensus dans la littérature d'approche cognitive selon lequel les hallucinations seraient issues d'erreurs d'attribution. Toutefois, Fowler et al. (1995) soutiennent que bien qu'intéressantes, les erreurs d'attribution ne suffiraient pas à expliquer la complexité des pensées délirantes.

Freeman et Garety (2002) partagent les idées de Bentall (1994) qui proposent que les symptômes psychotiques soient une défense contre une estime de soi faible et les attributions permettraient de la protéger de deux manières. D'une part, les éléments négatifs seraient attribués à des causes externes. D'autre part, l'individu inférerait les résultats positifs à sa personne, par le biais d'auto-validation qui est observé chez les sujets délirants (Bentall, 1993).

Dans le même ordre d'idée, concernant l'attribution d'une origine interne ou externe, Kinderman (2011) propose l'idée de Morrison et Haddock (1997) selon laquelle les individus font des erreurs sur leurs propres expériences internes, attribuant une origine externe à leur dialogue interne ou leurs sous-vocalisations. Les événements ne seraient pas reconnus comme provenant de l'individu et seraient attribués à des causes

externes (Fowler et al., 1995; Kinderman, 2011). Aussi, les psychotiques ne seraient pas à l'abri de l'erreur d'attribution fondamentale¹, selon laquelle les individus ont tendance à surestimer le rôle de l'individu et à sous-évaluer l'impact de la situation ou les aspects contextuels (Fowler et al., 1995).

Une autre hypothèse suggère que l'expérience psychotique soit issue d'un déficit dans la théorie de l'esprit. La théorie de l'esprit² (TOM) suppose la capacité d'un individu à discerner ses états mentaux, ses croyances, ses émotions, ses intentions et ceux des autres. Une déficience au niveau de la TOM serait observée chez les individus souffrant de psychose et pourrait contribuer au maintien des pensées erronées voire des idées délirantes (Freeman & Garety, 2002) et des symptômes négatifs (Freeman & Garety, 2002; Turkington et al., 2011). En effet, les personnes ayant des délires de persécution auraient de la difficulté à discerner les motivations des autres (Turkington et al., 2011). Selon Beck et al. (2009), la vulnérabilité face aux stressors vient rapidement surcharger les fonctions cognitives et l'accès aux fonctions demandant plus d'énergie, tels que l'autocritique, l'auto-observation et la capacité à considérer une perspective différente. Ces éléments donneraient lieu à la déficience observée au niveau de l'insight et du test de la réalité.

¹ De Nisbett et Ross, 1980.

² Traduit de l'anglais Theory of Mind (Premack & Woodruff, 1978).

Symptômes. Fowler et ses collaborateurs suggèrent que les délires se formeraient de la même manière que les autres croyances, toutefois, ce serait l'origine, soit les anormalités en matière d'expérience, telle que la surestimation de l'occurrence des coïncidences et de leur signification, qui divergerait de l'expérience normale.

Le délire se forme par l'interaction entre des événements de vie et des vulnérabilités d'ordre génétiques et schématiques (Brabban & Turkington, 2002; Fowler, 2000; Fowler et al., 1995). Par vulnérabilités schématiques, les auteurs considèrent l'impact de l'apprentissage social, la présence de méfiance et la difficulté à clarifier l'intention d'autrui. De même, le retrait social (évitement), ne permettant plus de validation sociale, empêche le psychotique d'obtenir le nécessaire pour modérer ses pensées bizarres et leurs attributions. Ensuite, Fowler et al. (1995) soutiennent que les individus susceptibles de développer ultérieurement des symptômes psychotiques seraient, avant l'apparition des symptômes, des gens isolés, anxieux et méfiants, éprouvant de la difficulté à clarifier les intentions d'autrui. En surcroît, les idées paranoïdes peuvent engendrer des comportements qui vont susciter chez les autres le rejet et la méfiance, renforçant alors les pensées de l'individu (Fowler et al., 1995).

Une vision des autres comme dangereux et non dignes de confiance, juxtaposé à un sentiment de vulnérabilité mènerait à l'expérience de se sentir menacé et à la paranoïa. Le délire constituerait alors un mécanisme de défense contre l'anxiété et la peur d'une éventuelle attaque (Turkington et al., 2011). Menant à l'émission de comportements

recherchant la sécurité évitant ainsi la catastrophe, le style d'adaptation de l'évitement favorisera le maintien des croyances délirantes en empêchant la confrontation avec la réalité (Freeman & Garety, 2002; Turkington et al., 2011). De plus, les sujets présentant des idées de persécution seraient peu enclins à vouloir réévaluer leurs attributions malveillantes, car il s'agirait, à leurs yeux, d'une stratégie afin de se protéger de la déception, d'une attaque ou d'une manipulation (Beck et al., 2009).

Beck et al. (2009) soulèvent que l'égocentricité et le locus de contrôle externe sont les deux éléments centraux du délire. Ils identifient trois biais extrêmes présents. Le premier, l'attention centrée sur soi¹, consiste en la tendance chez les psychotiques à s'attribuer des événements qui ne sont pas pertinents et à considérer être au centre de l'attention de tous. Le second fait référence à la tendance à interpréter les pensées, les émotions ou autres expériences comme le fruit d'agents externes, par un locus de contrôle externe. Enfin, l'attribution d'intentionnalité serait la tendance à prêter des intentions aux gens qu'elles se trouvent de la valence positive ou négative. Les pensées délirantes sont à leur avis maintenues par différents biais et comportements (Beck et al., 2009).

D'ailleurs, des erreurs d'attribution pourraient expliquer la résurgence des hallucinations, les individus attribuant des images ou des pensées à une origine externe

¹ Traduction libre de « preemptive self-centered focus ».

lorsqu'il s'agit de produit cognitif interne. La mésinterprétation des signaux physiques normaux pourrait expliquer les délires somatiques (Fowler et al., 1995).

À un autre niveau, les auteurs considèrent que les croyances que le sujet entretient en lien avec ses symptômes psychotiques, c'est-à-dire sur les croyances délirantes ou les hallucinations, engendreraient de la détresse¹ (Fowler et al., 1995). La société véhicule beaucoup de stigmatisation en lien avec la schizophrénie, de même, l'individu lui-même peut perpétrer cela par le « self stigma² ». Les pensées catastrophiques associées à la stigmatisation peuvent créer un stress supplémentaire et alimenter le cercle vicieux « fragilisant » la personne à vivre d'autres moments psychotiques et maintenir les symptômes (Turkington et al., 2011). Michail et Birchwood (2011) suggèrent même que l'appréciation des croyances concernant les hallucinations serait plus génératrice de détresse que les voix elles-mêmes. Ces auteurs suggèrent d'évaluer la perception de leur pouvoir perçu, de leur identité présumée, leur but de même que leur valeur ou signification pour l'individu (s'inspirant de leur travail en 1994; repris dans Brabban & Turkington, 2002; Tarrier, Haddock, Barrowclough, & Wykes, 2002). Chadwick et Birchwood (1994, cité dans Fowler et al., 1995) ont montré trois grands thèmes au niveau de la perception des voix comme « omnipotentes et puissantes », « bienveillantes » ou « malveillantes ». La manière d'y réagir, soit en s'engageant

¹ Par exemple, le sujet croit que le fait d'avoir des hallucinations fait de lui un fou qui sera interné en psychiatrie à vie.

² « Est le sentiment subjectif d'être dévalué ou marginalisé indépendamment du niveau objectif de discrimination » (Traduction libre, p. 27, Turkington et al., 2011).

(écouter), en y résistant ou en y étant indifférent, serait conséquente des croyances les concernant (Fowler et al., 1995). Aussi, la conviction que les hallucinations ou pensées délirantes sont vraies s'avérerait préoccupante pour l'individu et cela engendrerait des biais dans le traitement de l'information de manière à les maintenir (Hagen & Turkington, 2011).

De même, les schémas de l'individu informeront sur l'expérience des hallucinations et des délires (Brabban & Turkington, 2002). Cinq schémas seraient plus présents chez les psychotiques, soit le schéma de vulnérabilité, vulnérabilité à la perte de contrôle et de dangerosité, de défectuosité interne, d'isolation sociale et des standards élevés (Brabban & Turkington, 2002; Fowler et al., 1995). S'inspirant de la théorie du rang social, Birchwood et al. (2000, 2004) ont montré que la relation qui unit les voix à l'entendeur serait représentative de son mode interpersonnel à l'extérieur; un individu se sentant soumis aux voix se sentirait soumis dans ses relations externes, indice de leur schéma central (Michail & Birchwood, 2011).

Une autre hypothèse est celle selon laquelle les pensées délirantes seraient une défense contre les différences entre leur perception d'eux-mêmes et ce que les autres peuvent penser d'eux. Dès lors, les attributions persécutrices externes seraient le fruit de leur propre représentation de soi négative. Ils se protégeraient contre la perte de l'estime de soi et contre les affects insurmontables. Ce type est souvent observé dans les délires

de grandeur. La personnalisation et l'externalisation sont des déficits de la théorie de l'esprit (Turkington et al., 2011).

Stolar et Grant (2011) remarquent une tendance générale à traiter les symptômes positifs de la psychose, tandis qu'une attention moins marquée est portée aux symptômes négatifs. Dans l'approche TCC, les symptômes négatifs sont expliqués de deux manières : issus de dérèglement biologique ou par des troubles cognitifs.

Dans leur dernier modèle, Beck et al. (2009) intègrent les données issues de la neurobiologie, entre autres, pour expliquer les symptômes négatifs et la désorganisation de la pensée, rapportant les régions spécifiques à la mémoire à court terme et le fonctionnement exécutif. Les auteurs soutiennent que la difficulté observée au niveau de l'insight, à évaluer et corriger les idées irréalistes, proviendrait de l'interaction entre le stress et les capacités cognitives limitées. De même, Stolar et Grant (2011) indiquent que les symptômes négatifs sont issus de déficits au niveau des fonctions supérieures, qui mèneraient à des attentes négatives et perpétueraient l'apathie. Aussi, l'apathie est expliquée par leur tendance à entretenir des attentes négatives sur eux-mêmes, le futur et le monde (Fowler et al., 1995). Selon Beck et al. (2009), l'émoussement affectif, le désinvestissement et le manque d'énergie pourraient être attribués à une tentative d'économiser l'énergie mentale. Ils soulèvent que les interprétations lâches pourraient également être issues de cette stratégie. Aussi, les pensées dysfonctionnelles, les attentes négatives concernant le plaisir et le succès, et les auto-évaluations négatives vont

favoriser le maintien de l'évitement d'activités qui pourraient être bénéfiques et constructives pour l'individu (Beck et al., 2009; Stolar & Grant, 2011). Enfin, Stolar et Grant soulignent que les troubles de la pensée s'observeraient en conséquence d'un stress ou à la suite à des sujets émotifs. Par rapport à ses difficultés à s'exprimer et les croyances anticipées de rejet, le psychotique s'isolera de plus en plus, évitant les situations où il peut se sentir stressé et expérimenter de la frustration chez l'autre qui ne saisit pas ce qu'il tente de lui communiquer. Dans le même ordre d'idée, Tarrier et al. (2002) indiquent que l'isolement social diminuera les habiletés sociales qui, à leur tour, favoriseront l'évitement et l'émission de comportements ayant un but, ce qui ultimement, affectera la motivation de manière négative.

L'intervention d'approche TCC

En 1952/2002, Beck propose la première description d'une thérapie cognitive menée auprès d'un individu ayant des idées délirantes dans le cours d'une schizophrénie (Hagen & Turkington, 2011). Critiquant le traitement dispensé en 1952, Beck (2002) affirme qu'il aurait aujourd'hui effectué quelques changements. D'abord, il partagerait la conceptualisation comme outil de travail plus précocement dans la thérapie, explorant davantage la représentation de soi (faible, hypersensible aux jugements des autres et aux critiques et aux attitudes négatives) et des autres (intrusif, puissant et punitif) en lien avec l'histoire personnelle. Il favoriserait le développement de la reconnaissance des erreurs d'interprétation sur l'intention des autres (TOM) et la stimulation de sa capacité à émettre des explications alternatives. Aussi, il souligne qu'il userait d'une entrevue

structurée pour débiter l'établissement d'un agenda, le questionnement socratique, des résumés, rétroactions et devoirs. Il tenterait aussi de l'aider à élaborer un concept de soi plus cohérent comme, par exemple, un journal quotidien où il se sent en contrôle/maitrise, en aidant à considérer les croyances positives et élaborer sur l'évidence de celles-ci, techniques imaginatives et par l'utilisation de jeux de rôle afin de consolider ses acquis au niveau de l'affirmation et des habiletés sociales (Beck, 2002).

Aussi, l'étude menée par Perivoliotis et al. (2010) cite la thérapie cognitive des psychoses proposée par Fowler et al. (1995) comme modèle de référence. Ces auteurs semblent avoir une notoriété dans le traitement des psychotiques en TCC. Pour ces raisons et en considérant les critiques formulées par Beck, seront détaillés dans la prochaine section les éléments principaux s'attachant à la conduite d'une thérapie cognitivo comportementale, soit les éléments régissant la structure du traitement, les objectifs de la thérapie et les éléments liés à la méthode.

Selon Perivoliotis et al. (2010), les éléments clés de la thérapie cognitive des psychoses se résument par une emphase sur l'engagement dans la relation thérapeutique et une approche axée sur la formulation et orientée vers un but. Ils constatent que le but des patients est souvent centré sur les problèmes émotionnels en dépit des symptômes positifs, ce sur quoi le traitement se fonde, c'est-à-dire la détresse plutôt que les symptômes en particulier.

Fréquence et durée. La thérapie cognitive et comportementale (TCC) est *une approche active, directive, limitée dans le temps et structurée qui traite une variété de problèmes psychiatriques* (Beck et al., 1979; Fowler et al., 1995; Renton, 2002). Les rencontres sont habituellement d'une heure, pouvant toutefois durer 20 ou 30 minutes avec les patients plus atteints (Fowler et al., 1995). Par exemple, Michail et Birchwood (2011) suggèrent l'utilisation d'un bouton symbolique (d'un signe moteur ou verbal) avec le client psychotique afin de signifier que l'entrevue devient trop difficile émotionnellement de sorte à lui donner un sentiment de contrôle. Lorsqu'utilisé, le thérapeute peut changer de sujet, proposer une pause ou mettre fin à la séance, en s'assurant que cette fin prématurée ne soit pas perçue comme un échec chez le patient (Fowler et al., 1995). La fréquence est hebdomadaire ou bimensuelle et s'étend jusqu'à une rencontre par mois durant la phase de maintien de la thérapie (Rousselet, 2012).

La durée du suivi varie selon les auteurs. Pour Fowler et al. (1995), la durée sera conséquente à la complexité et sévérité du trouble, soit entre 20 à 25 entretiens. Dans un article ultérieur, Fowler (2000) souligne que la durée du suivi TCC fluctue entre 8 à 10 semaines jusqu'à 9 mois, pour les suivis long terme. De manière générale, les thérapies se situent entre 8 à 25 rencontres et ne durent habituellement pas plus de 9 mois.

Structure des rencontres. De manière générale, chaque séance a un objectif de travail. Avant de s'y attarder, un certain temps peut être consenti à socialiser avec le

patient, de choses anodines de la vie de tous les jours, pour ensuite identifier les buts de la session du jour. L'intervenant doit maintenir un cadre suffisamment souple, tout en gardant en tête un agenda sur lequel intervenir, puisque la structure et la prédictibilité sont des éléments qui sont bénéfiques dans le traitement des psychoses (Hooas et al., 2011). Fowler et al. (1995) partagent le même avis, suggérant qu'il peut être important de laisser de côté les agendas stricts et parfois considérer des sessions plus courtes.

Une période de 10 minutes est réservée à la récapitulation de la séance à la fin, de sorte que le patient se souvienne de ce qui a été discuté durant celle-ci. Cette partie inclut également des conseils, des stratégies et des devoirs (Fowler et al., 1995; Rousselet, 2012). Hooas et al. (2011) suggèrent qu'après le résumé, le patient donne aussi une rétroaction sur l'utilité de la rencontre. Les oublis de devoirs, la nécessité de travailler des problèmes déjà abordés, la difficulté à comprendre et élaborer sur ce que propose le thérapeute sont interprétés comme des interférences causées par les difficultés cognitives (Fowler et al., 1995).

Objectifs et techniques de la méthode. La TCC des psychoses vise à diminuer la détresse, améliorer la compréhension et l'adaptation aux symptômes plutôt que la guérison, et d'acquérir de nouvelles habiletés de sorte que l'individu soit en mesure de participer socialement et professionnellement (Fowler et al., 1995; Grant, Young, &

DeRubeis, 2005; Hagen & Turkington, 2011). Une attention particulière est consacrée à outiller l'individu face à la gestion du risque de rechute (Fowler et al., 1995).

Selon Hagen et Turkington (2011), quelques principes communs seraient retrouvés dans les différentes TCC. Elles visent à traiter des problèmes de manière opérationnalisée à l'aide d'une formulation (ou analyse fonctionnelle) issue d'un modèle spécifique du trouble. Dans une relation thérapeutique basée sur la collaboration active et réciproque, l'aspect cognitif ou comportemental est mis en avant plan selon les thérapies (Beck, 1995, cité dans Dudley & Turkington, 2011; Hagen & Turkington, 2011). De manière générale, les thérapies cognitives soutiennent que les croyances dysfonctionnelles peuvent être écartées par la création de nouvelles croyances fonctionnelles plus ancrées dans la réalité. Ces dernières sont accessibles à l'apprentissage durant la thérapie (Beck, 1995). Plus précisément, la TCC auprès des psychotiques comporte l'établissement d'une relation thérapeutique de collaboration, le partage de la formulation d'une compréhension clinique, la normalisation et la psychoéducation, un travail sur les stratégies d'adaptation, le travail cognitif et comportemental, et se termine par la prévention de la rechute (Hagen & Turkington, 2011).

Relation thérapeutique. L'amorce de la thérapie cognitive s'effectue par l'établissement d'une relation thérapeutique de confiance (Fowler, et al., 1995; Tarrier et al., 2002) dans laquelle un esprit de collaboration est central (Beck et al., 1979;

Fowler, 2000; Gumley, 2011). Dès lors, la confrontation est à éviter de sorte à favoriser l'engagement du patient (Hagen & Turkington, 2011). De même, en début de processus, il peut être nécessaire « d'être d'accord du désaccord » sur la vision du problème (Fowler et al., 1995).

L'empathie, la collaboration, un consensus au niveau des objectifs, le regard positif, l'authenticité et la chaleur sont des aspects qui contribuent positivement à la relation thérapeutique (Dudley & Turkington, 2011; Fowler et al., 1995; Hooas et al., 2011). Fowler et al. (1995) mentionnent qu'auprès des psychotiques, plus que dans les autres TCC, il est nécessaire d'aborder la relation thérapeutique en corrigeant les visions du patient en session sur la relation. Ces auteurs indiquent même qu'il peut être préférable de spécifier clairement les intentions du thérapeute en début de suivi dans le cas des patients plus paranoïdes, en citant entre autres que dans d'autres suivis avec des gens vivant des problématiques semblables, il peut arriver qu'ils croient qu'ils leur veulent du mal ou face parti du complot. Ils suggèrent de les réassurer en disant que ce n'est pas le cas (Fowler et al., 1995). Aussi, dans le début du contrat, avec les hallucinés de commande, la dyade thérapeutique identifie les moyens de sauvegarder la relation si les croyances ou les voix s'en prennent à la relation thérapeutique (Michail & Birchwood, 2011). L'attitude calme et empathique du thérapeute qui se montre clair diminue la crainte de persécution pouvant être ressentie chez ce dernier (Fowler, 2000). Blackburn et Davidson (1995, cité dans Dunn, 2002) recommandent une écoute empathique totalement centrée sur l'autre. Ils suggèrent aux thérapeutes d'être directifs, intéressés et

didactiques, d'utiliser l'humour et de la créativité pour prodiguer des images. Au contraire, Hooas et al. (2011), s'inspirant des préceptes humanistes de Rogers (1957), soulignent l'importance de l'authenticité du thérapeute dans l'ici maintenant et de l'acceptation du psychotique comme une personne qui a de la valeur sans égard à sa condition. Le dévoilement du thérapeute, par de courtes réponses sur sa vie générale, peut permettre de diminuer la suspicion, de valider, normaliser et renforcer l'alliance (Fowler et al., 1995). Aussi, afin d'encourager l'engagement, le thérapeute insistera sur les expériences thérapeutiques antécédentes réussies ou sur les données scientifiques (Hooas et al., 2011).

Analyse fonctionnelle. De sorte à orienter son intervention, le thérapeute en TCC procédera à une analyse fonctionnelle (Rousselet, 2002). L'analyse fonctionnelle est éducationnelle et collaborative (Renton, 2002). La formulation est l'action d'intégrer les informations spécifiques de l'individu dans le modèle cognitif qui sert à comprendre le développement et le maintien des symptômes (Dudley & Turkington, 2011). Selon Fowler et al. (1995), un modèle de la psychose devrait identifier les expériences anormales et les délires, les croyances portant sur ces expériences, apprécier l'humeur et l'estime de soi, et les aspects du fonctionnement cognitif. Dans le modèle sont inclus les biais, tels que la tendance à interpréter des événements comme menaçants et à baser des conclusions sur peu d'évidence, la tendance à percevoir les autres comme malveillants et les contextes dans lesquels les symptômes psychotiques sont plus présents. Le thérapeute partage sa compréhension clinique de la nature des difficultés vécues par le

patient en lien avec sa situation de vie générale, basée sur une compréhension cognitive et par le modèle stress vulnérabilité (Fowler et al., 1995). En entrevue, la formulation doit permettre de fournir une hypothèse qui sera opérationnalisable et testable, entre la cognition, l'émotion, les comportements et l'environnement (Beck, 1976; Larkin & Morrison, 2006).

L'analyse fonctionnelle vise à établir les bases pour le plan de traitement (Hagen & Turkington, 2011). Dans un esprit de collaboration, les objectifs communs sont consentis avec le psychotique et doivent considérer le niveau de motivation de celui-ci (Hooas et al., 2011).

Normalisation. La normalisation est un processus central dans la TCC. Elle s'effectue de deux manières principalement : par le principe que l'appréciation d'un événement détermine les émotions et les comportements (Beck, 1995, cité dans Dudley & Turkington, 2011; Rousselet, 2012) et par la psychoéducation (Addington, Mansuco, & Haarmans, 2011).

Selon Dunn (2002), la pierre angulaire de la psychose consiste en la normalisation des symptômes en lien avec les croyances qui génèrent des erreurs d'interprétation, qui s'effectue notamment dans le partage de la formulation. L'aspect normalisant signifie à l'individu qu'il n'est pas seul à vivre ces difficultés (Dudley & Turkington, 2011) et vise à dédramatiser le diagnostic (Dunn, 2002). En effet, il semble que l'expérience de la

psychose en soi soit un événement traumatique, dès lors, la normalisation aide à diminuer l'anxiété et la détresse associées à cette expérience (Brabban & Turkington, 2002; Hooas et al., 2011). Selon Larkin et Morisson (2006), les traumas joueraient un rôle dans le développement et dans le maintien de la psychose chez certains individus. Plusieurs personnes vivant différentes problématiques telles que les deuils ou l'état de stress posttraumatique, peuvent expérimenter des hallucinations (Kinderman, 2011). Aussi, il peut être nommé à la personne que la plupart des gens font des erreurs d'interprétation et qu'il peut leur arriver d'expérimenter des hallucinations en cas de privation de sommeil (Dunn, 2002; Fowler et al., 1995). Situer ainsi la psychose dans un continuum de normalité peut soulager et dédramatiser l'expérience (Hagen & Turkington, 2011) et augmenter l'estime de soi par la diminution de la stigmatisation et des émotions telles que la tristesse et l'anxiété (Rousselet, 2012).

La psychoéducation sur les symptômes fait également partie de cette phase (Hagen & Turkington, 2011; Rousselet, 2012). La psychoéducation comprend la communication d'information sur le diagnostic, le modèle explicatif de la psychose, la médication, l'impact de la consommation de substances (drogue et alcool) et le rétablissement (Addington et al., 2011).

Objectifs. Suite à l'énonciation de la formulation du problème, les objectifs communs seront explicités dans un esprit de collaboration. Le plan permettra de réduire les déviations et de structurer les objectifs dans le temps (Dunn, 2002). Le thérapeute ne

doit pas se montrer trop en contrôle en identifiant de son propre chef les objectifs et doit être créatif de manière à ce que les objectifs soient précis et réalistes (Hooas et al., 2011). La thérapie est adaptée aux besoins particuliers de l'individu (Fowler et al., 1995). Beck et al. (2009) suggèrent un modèle basé sur le rétablissement avec l'établissement de buts à long terme (ex. : retour au travail); ceux-ci sont élicités avec le patient et les idées délirantes ou hallucinations sont travaillées lorsqu'ils entravent leurs accès.

Stratégies d'adaptation et comportementales. Les objectifs des thérapies comportementales et cognitives pour les patients présentant une symptomatologie pharmacorésistante sont de réduire le stress et les interférences avec le fonctionnement général (Fowler et al., 1995; Rousselet, 2012). Les symptômes résistants issus de déficits neurobiologiques seront traités par une approche d'adaptation aux symptômes (Chambon & Marie-Cardine, 1993). Puisque les biais d'attribution et les distorsions sont plus présents en cas de stress, un cercle vicieux s'élabore; le stress affecte différents processus mentaux et ceux-ci peuvent contribuer aux erreurs d'interprétation et ainsi générer plus de stress (Kinderman, 2011). Respectant les postulats du modèle de stress vulnérabilité, les techniques de prévention et de gestion du stress permettent de diminuer les chances de rechute sont intégrées dans le programme de soin complet (Brabban & Turkington, 2002).

L'entraînement au développement de l'autorégulation et de nouvelles stratégies d'adaptation bénéficierait aux psychotiques (Tarrier et al., 2002). Dans cette visée peuvent s'inscrire les efforts visant l'acquisition de compétences sociales et la diminution des comportements inadaptés, par notamment, des modules psychoéducatifs (Barthélémy & Bilheran, 2007). Selon Slade et Bentall (1988), leur revue des différentes méthodes d'intervention leur permettait de conclure à trois stratégies générales employées pour traiter les hallucinations : les techniques misant sur la distraction (ex. : en écoutant de la musique ou en effectuant du calcul mental), celles qui concentrent les sujets sur leur propre voix, et celles visant la diminution de l'anxiété (ex. : par la désensibilisation systématique ou la relaxation). Les stratégies comportementales afin de donner un sentiment de contrôle sur les voix peuvent aussi constituer à s'affirmer aux voix (Michail & Birchwood, 2011).

Inversement, selon Fowler (2000), les stratégies comportementales qui permettent de prendre une distance avec les voix et les idées délirantes et de reconnaître calmement les peurs sont plus efficaces que celles visant à confronter les voix qui, par le fait même, déplaceraient l'attention sur celles-ci. Dans les cas de périodes difficiles, l'utilisation d'une carte que l'individu garde sur soi, lui rappelant le caractère momentané de l'épisode (ex. : « Je vais être correct, ça ne va durer que quelques heures, je dois juste tenir le coup et prendre ma médication ») (Fowler et al., 1995).

Dès lors, l'approche s'effectue en deux temps, dans un premier temps intellectuel ou cognitif, et ensuite, dans une approche expérimentale, nécessitant un aspect comportemental, où le patient s'expose à des expériences (Beck, 1976).

Restructuration cognitive. Lorsque le travail s'amorce au niveau des croyances de l'individu, la relation thérapeutique doit être établie, la formulation a été échangée, une quantité suffisante d'informations doit être recueillie et les techniques comportementales (adaptatives) afin de gérer les symptômes ont généralement été introduites (Fowler et al., 1995).

Explication du modèle cognitif. L'un des objectifs des TCC est d'éduquer le client de sorte qu'il devienne son propre thérapeute. Pour ce faire, le thérapeute enseignera le modèle cognitif à son patient verbalement ou en accompagnant ses leçons par des graphiques, où il explicitera le lien unissant les événements, les cognitions, les émotions et les comportements (ex. : situation – pensées – émotion). Le patient sera également familiarisé avec les concepts de pensées automatiques et de croyances (Beck, 1995).

Le travail cognitif permettra à l'individu de réaliser que les croyances qu'il entretient en lien avec ses symptômes ou les croyances délirantes sont problématiques et source de souffrance bien qu'il y adhère fermement (Williams, 2002). D'ailleurs, les idées délirantes ou hallucinations ciblées doivent générer de la souffrance ou diminuer le fonctionnement de l'individu (Fowler et al., 1995). Par différentes techniques, le

psychotique sera ensuite invité à porter à son attention celles-ci de sorte à les identifier et ensuite les réévaluer.

Identifier. Le premier but dans la TCC serait l'enseignement de l'observation de ses pensées et de ses croyances dans différentes situations, de sorte à pouvoir les évaluer et les corriger de manière adaptée à la situation actuelle par ensuite. Le psychotique est invité à identifier ses croyances, sur ses symptômes, sur lui-même et sur les autres (Hagen & Turkington, 2011). Beck (1976) soutient que les pensées sont dysfonctionnelles lorsqu'elles interfèrent avec la capacité de l'individu à s'adapter aux expériences de la vie, génèrent des réponses émotionnelles inappropriées ou excessives ou entravent l'accès à leurs objectifs. Par l'attention portée au changement dans l'état émotionnel, l'individu sera encouragé à se questionner sur ce qui lui a traversé l'esprit immédiatement avant. L'identification des pensées automatiques serait plus aisée lorsque la croyance sous-jacente est identifiée (Beck, 1995).

Fowler (2000) maintient que les évaluations de soi négatives et du monde vont maintenir les idées délirantes et les voix. Il est donc important de les identifier pour qu'il puisse par ensuite, départager entre la présence d'une menace réelle ou plutôt que le problème est issu de sa vision du monde (ex. : comme étant malveillant et menaçant). Le psychotique peut aussi entretenir des croyances de base face à lui-même, comme un sentiment de non-valeur ou d'être diabolique et un travail peut s'effectuer en dessous de la croyance délirante, au niveau du schéma (Turkington et al., 2011). Aussi, les erreurs

d'interprétations au quotidien maintiennent les idées délirantes concernant les voix, d'où la pertinence de les soutenir à reconnaître leurs biais et les erreurs de jugement (Fowler, 2000). Dans la phase de normalisation et psychoéducation, les biais ont été abordés avec la personne de sorte à lui permettre de les identifier. La TCC interviendra sur les croyances de base (ex. : sentiment d'impuissance et de vulnérabilité et vision des autres comme puissants et intrusifs) du psychotique en lui permettant de gagner en son sentiment de confiance de même que par l'enseignement de stratégies qui lui permettront de tester ses idées délirantes (Beck et al., 2009).

Réévaluer. Selon l'hypothèse que l'interprétation des événements génère les états émotifs et non les événements en eux-mêmes, les pensées et croyances sont remises en question (Michail & Birchwood, 2011). Afin d'arriver à réévaluer les pensées, le patient doit être en mesure de se décentrer, ou de prendre une distance avec ses pensées et de les considérer objectivement (Beck, 1979). Il s'agit de la capacité à reconnaître qu'il s'agit d'une perception, de phénomènes psychologiques, d'hypothèses plutôt que des faits sur la réalité (Beck, 1976).

Évaluer le degré de croyance face aux pensées automatiques, l'utilité et la validité.

Les pensées automatiques peuvent être évaluées par leur utilité, à savoir si cela va aider l'état émotif de la personne, et le simple fait d'y répondre peut engendrer une modification positive de l'humeur (Beck, 1995). Aussi, le degré de certitude relativement à la croyance peut être demandé au patient, de même que le niveau de

détresse que cela génère. En lien avec cela, les pensées sont questionnées de sorte à vérifier quels sont les éléments en faveur de celles-ci, sans toutefois confronter directement les pensées, puisque ce ne sont pas toutes les pensées qui sont distordues et que l'idée est de trouver, dans une collaboration commune, une réponse plus adaptée et moins souffrante (Beck, 1995). Le questionnement socratique sera mis à contribution.

Éléments pour et contre. La confrontation des croyances peut se faire par la verbalisation des éléments affirmant et infirmant les croyances. De même, cela peut être fait avec un journal où la personne enregistre les éléments qui sont en faveur ou en défaveur de ses croyances. Sans délaisser son système de croyances, elle est invitée à se questionner sur celui-ci (Freeman & Garety, 2002).

Génération d'hypothèses alternatives pour les croyances anormales. Considérant la volonté et l'ouverture de l'individu à considérer des perspectives alternatives, le thérapeute tentera d'aider le patient à promouvoir des évaluations plus adaptatives et moins souffrantes (Addington et al., 2011; Fowler et al., 1995). Sans avoir recours aux interprétations, mais davantage axé sur l'évaluation des croyances et des hypothèses (Beck, 1995). La restructuration cognitive s'effectue par différents moyens et de la même manière que dans les autres troubles, par le questionnement socratique et sur d'autres explications, positives, neutres ou négatives. La mésinterprétation des signaux physiques normaux pourrait expliquer les délires somatiques, dès lors, la recherche

d'alternatives à ces explications permettrait de diminuer les pensées délirantes (Fowler et al., 1995).

Le processus de réattribution s'avérerait protecteur en soi, par la croyance que les expériences anormales sont issues d'une activité interne¹ plutôt qu'externes (Fowler, 2000).

Le traitement visera à fournir des explications alternatives afin de modifier les croyances par de nouvelles qui s'avèrent moins anxiogènes (Hagen & Turkington, 2011). En mettant l'emphasis sur la multiplicité des interprétations possibles des événements, un changement dans celles-ci peut modifier l'état émotif et les comportements (Brabban & Turkington, 2002). Il est préférable de débiter par des croyances qui sont moins ancrées dans le système de croyances (Fowler et al., 1995). Le thérapeute peut soutenir la personne à fournir des alternatives en lui suggérant d'imaginer ce que quelqu'un d'autre pourrait penser s'il voyait la situation (Freeman & Garety, 2002). Les interventions sur les cognitions peuvent se faire par une discussion verbale, par l'acquisition d'information, par des tests comportementaux et par de la restructuration cognitive (Fowler et al., 1995; Turkington et al., 2011). Williams (2002) précise que la mise à l'épreuve est effectuée sur l'évidence de la croyance et non sur elle en soi. L'analyse des erreurs d'interprétation se fait de manière systématique chaque

¹ Ex. : Remplacer « le monde extérieur est dangereux » par « ma façon de percevoir les choses est bizarre ».

session, pendant 15 minutes, et le reste de la séance est gardée afin de trouver des alternatives. L'écriture au jour le jour des erreurs et trouver une explication rationnelle dans le quotidien peut être suggéré au patient. Il leur est demandé de porter leur attention aux indices qui ne vont pas dans le sens de leurs croyances. Le patient doit ensuite coter la probabilité de chaque énoncé, et ensuite de réévaluer la probabilité du premier ainsi que son niveau de certitude face à la première pensée. Cette stratégie peut être utilisée pour valider les interprétations, mais également pour les pensées concernant les symptômes psychotiques. Les stratégies comme la réinterprétation des interactions sociales au jour le jour, seraient un aspect important afin d'aider les gens à mieux comprendre les interactions avec les gens (Fowler et al., 1995).

Bien que le travail cognitif ait un impact sur les émotions, il est important de garder une « température » émotionnelle optimale durant les rencontres, et éviter les techniques émotionnelles, telles que celles suggérées en Gestalt (Fowler et al., 1995).

Pour parvenir à transformer les produits cognitifs, la mise à l'épreuve des pensées négatives et des croyances qui maintiennent les expériences et comportements problématiques s'effectue aussi par la planification d'expériences comportementales (Hagen & Turkington, 2011).

Aspects comportementaux. En diapason avec ses croyances, l'individu émettra des comportements qui généreront des impacts confirmant leurs croyances, ce qui contribuera à exacerber et maintenir les symptômes (Tarrier et al., 2002).

Exposition et collecte de données. Les patients sont invités à mettre à l'épreuve leurs croyances indirectement par l'acquisition de preuves contraires aux croyances périphériques (Brabban & Turkington, 2002). Les tests comportementaux visent à tester la réalité et la validité de leurs croyances par l'intégration du doute et par la production d'évidence infirmante dans une collecte de données. Suite à cette collecte, il apparaît plus efficace de remettre en doute les croyances (Dunn, 2002). Les tests comportementaux peuvent également s'effectuer en rencontre, comme de faire lire à voix haute de sorte à faire cesser les voix pour tester la croyance qu'elles ne sont pas incontrôlables. La télépathie peut également être vérifiée en séance, de sorte à vérifier si le message a été transmis. Bien que ses stratégies peuvent être intéressantes, ce ne sont pas toutes les croyances qui peuvent être testées d'où l'importance de générer un doute dans les croyances, d'arriver à diminuer la détresse associée à celle-ci (Fowler et al., 1995).

Le travail comportemental visera à développer de nouvelles stratégies d'adaptation et à vérifier les croyances par l'exposition. En effet, l'isolement et l'évitement chez les psychotiques, conséquents à leur perception d'eux-mêmes et des expériences sociales, ne leur permettent pas de recevoir des rétroactions corrigeant leurs perceptions

(Beck, 2002; Brabban & Turkington, 2002). Le thérapeute accompagnera le patient dans la hiérarchisation des contextes difficiles, du moins difficile au plus difficile, de sorte à planifier l'exposition (Renton, 2002).

Jeux de rôles. Les jeux de rôles peuvent être utilisés afin d'aider le psychotique à comprendre que la communication qu'il émet peut être difficile à comprendre par l'autre et ainsi, améliorer la qualité de celle-ci (Stolar & Grant, 2011). Les jeux de rôles peuvent être utilisés ou le renversement de rôle entre le thérapeute et le patient, de manière à générer des alternatives du patient face à ses interprétations et de réaliser qu'il ne s'agit pas de faits (Fowler et al., 1995).

Activation comportementale. Pour les symptômes négatifs, l'approche adoptée est davantage comportementale (Addington et al., 2011; Rousselet, 2012). Par exemple, pour aider l'individu apathique à bouger, un objectif, établi par le patient, sera découpé en plusieurs étapes afin de favoriser la mise en place des comportements (Rousselet, 2012). De la même manière, l'utilisation d'un horaire d'activité de Beck et al. (1979) peut s'avérer intéressant pour aider le patient retiré à surmonter l'évitement des situations sociales. Les activités doivent être importantes et avoir un sens pour le patient, et être reliées à ses espoirs et désirs, et doivent être insérées de manière graduelle de sorte à ne pas surcharger la personne d'activités (Fowler, 2000).

Estime de soi et devoirs. Les gens souffrant de schizophrénie ont souvent une estime de soi déficitaire et une image d'eux-mêmes pauvre (Tarrier et al., 2002). Dans un article, Jones, Hansen, Moskvina, Kingdon et Turkington (2010) soulignent que la relation entre l'estime de soi et les symptômes psychotiques demeure ambiguë. Les conclusions de leur étude, dans laquelle ils ont calculé l'impact des émotions sur la relation entre l'estime de soi et les symptômes psychotiques, suggèrent que l'estime est liée à l'humeur. Dès lors, les interventions visant les schémas négatifs, qui favorisent l'humeur, pourraient améliorer le fonctionnement et l'estime de soi. Donc, par les techniques cognitives, le psychotique bâtit son estime et son sentiment de contrôle (Rousselet, 2012).

Les devoirs accomplis et les défis remportés, par exemple dans l'exposition à la phobie sociale, permettent d'améliorer les habiletés et favorisent l'estime (Addington et al., 2011; Rousselet, 2012). L'estime peut aussi être travaillée par des exercices demandant à la personne d'identifier des qualités leurs qualités (Tarrier et al., 2002) ou par l'attention portée aux réussites et à la distance avec les aspects négatifs (Addington et al., 2011).

Fin du processus et prévention de la rechute. La thérapie se termine lorsque les objectifs de suivi sont atteints. L'efficacité de celle-ci se mesure par un fonctionnement social amélioré et par la diminution de la détresse vécue par l'individu (Hagen & Turkington, 2011).

L'identification des contextes dans lesquels il serait possible que les voix réapparaissent peut être bénéfique, de même que l'offre de contacter à nouveau le thérapeute s'il y a exacerbation des symptômes est proposée à certains patients. Aussi, la prévention de la rechute s'effectue par de l'information donnée sur la nature du trouble et les effets de la médication, l'auto-observation des signes et des symptômes et sur des conseils tels que le retraitement social stratégique et l'intégration de routine de vie stable (Fowler et al., 1995). De même, les stratégies afin de mieux contrôler les symptômes psychotiques sont révisées et les stratégies à prévoir en cas de rechute (Dunn, 2002; Gumley, 2011). La thérapie proposée par Gumley (2011) vise essentiellement la prévention de la rechute et il met une emphase particulière sur la fin du processus et la perte associée. Enfin, le processus se termine par l'augmentation de l'espoir et la croyance que le rétablissement est possible (Hagen & Turkington, 2011).

Discussion

Le présent chapitre porte sur les similitudes et divergences observées entre les deux approches. Les aspects liés à la nosologie, au cadre, à la relation thérapeutique et aux éléments plus spécifiques à l'intervention seront respectivement examinés. Par la suite, l'auteure exposera une perspective critique de cette recherche et suggérera des pistes de recherche futures.

Similitudes et divergences

Théorie

Avant d'aborder des aspects liés à la méthode, certains éléments retiennent notre attention au niveau théorique et influencent le reste de cette analyse. Trois constats principaux sont relevés; la terminologie, la catégorisation et enfin, la considération du biologique dans le traitement du trouble.

Terminologie. On ne peut que constater que les critères servant à définir la psychopathologie à l'étude, soit la psychose, divergent d'une approche à l'autre. Dès lors, si les critères diffèrent, le questionnement portant sur le caractère identique du phénomène étudié apparaît légitime.

D'un côté, la théorie sous-jacente aux TIP suggère une structure psychotique, c'est-à-dire une organisation de la psyché ou de la personnalité. Ces construits portent sur un

point de fixation dans le développement psychosexuel, définit par une angoisse particulière, des mécanismes de défense privilégiés et des particularités au niveau de l'économie et de la dynamique psychique. En regard de ces éléments, plusieurs tableaux cliniques peuvent appartenir à une structuration psychotique sans pour autant développer des symptômes tels que les hallucinations ou les idées délirantes. Par contre, l'individu décompensé dans sa structure pourra présenter ce type de symptômes et répondre ainsi à la classification telle que proposée dans le DSM-IV-R (APA, 2004). La notion de psychose ne prend pas nécessairement un sens syndromique, mais fait davantage référence à une représentation du fonctionnement psychique.

Inversement, les cliniciens et chercheurs d'approche TCC adhèrent à la classification proposée par le DSM, c'est-à-dire, par la présence de symptômes positifs et négatifs (APA, 2004). Dans cet ordre d'idée, la littérature TCC utilise davantage le terme schizophrénie. Toutefois, il appert que certains auteurs parfois éminents, tels que Racamier ou Searles, font référence à la schizophrénie et des auteurs TCC se rapportent au phénomène de la psychose.

Catégorisation. Le modèle sur lequel s'érigent l'intervention et les notions en TCC se modifie au fil du temps. Auparavant, les modèles de traitement issus de la psychopathologie du trouble en général étaient appliqués pour traiter la maladie plutôt que le symptôme particulier manifesté par l'individu. Au fil du temps, l'intérêt s'est déplacé vers la singularité de ce dernier avec l'avènement du troisième paradigme « basé

sur les symptômes » selon la classification proposée par Morrisson et al. (2004). L'accent est mis sur la particularité du symptôme plutôt que sur le trouble général. Cette approche plus personnalisée à l'individu de même que le nouvel intérêt à comprendre l'émergence du symptôme en considérant l'histoire personnelle et les expériences antérieures du psychotique rejoint d'une certaine façon les idées soutenues dans les TIP.

En conséquence, la classification des troubles psychotiques a semblé prendre une direction nouvelle dans les écrits d'approche TCC. Le paradigme basé sur les symptômes partage l'idée que les symptômes psychotiques sont courants dans la population générale et qu'il existe une famille commune à la psychose, incluant d'autres pathologies jusqu'alors écartées, telles que les troubles bipolaires. Dès lors, on note dans certains manuels portant sur l'intervention auprès des psychotiques des chapitres traitant des troubles bipolaires (par exemple, celui de Hagen, Turkington, Berge et Grawe, 2011). Cet élargissement de la conceptualisation de la psychose rejoint la classification des auteurs et théoriciens sous-jacents aux TIP, qui ont notamment largement utilisé le terme des « psychoses maniacodépressives » afin de faire référence aux troubles bipolaires.

Considération du biologique. Bien qu'ayant parfois été considérées comme un traitement antagoniste, les deux approches semblent considérer l'apport d'un traitement psychiatrique comme un allié au traitement psychologique. Il apparaît, dans les milieux cliniques, que la majorité des approches thérapeutiques accepte l'idée d'un certain

déterminisme biologique, et ainsi, de l'utilité d'une pharmacothérapie. Par contre, le rôle que prend l'aspect biologique dans le traitement semble différer dans les deux approches.

Déjà en 1985, Racamier reconnaissait les facteurs biologiques dans la psychose et soulevait la difficulté des psychanalystes à aborder cet aspect. Bien que les écrits d'orientation psychanalytique ne font pas référence au biologique explicitement, il est possible de constater sa considération par la recommandation d'une « double prise en charge » avec un psychiatre, notamment suggérée par Kestemberg (1974) et Gibeault Roux (1999). En revanche, il est difficile de valider si les psychiatres en question appliquent une approche pharmacologique au traitement ou agissent particulièrement en rôle de tiers. Plus récemment, dans un commentaire face à une critique de leur livre, Alanen (2010) soulève que le livre suggère un traitement intégratif des gens souffrant de psychose, incluant le traitement pharmacologique.

À l'opposé, l'approche TCC s'est largement intégrée à la conception stress-vulnérabilité (Beck et al., 2009; Fowler et al., 1995). Par conséquent, les cliniciens expliquent ouvertement au patient l'impact des aspects neurobiologiques de sa problématique lors du partage de l'analyse fonctionnelle et discuteront des bienfaits de la prise de la médication lors des enseignements psychoéducatifs. D'un autre côté, tel que l'indiquent Larkin et Morrison (2006) d'approche TCC, plusieurs professionnels n'adhèrent pas à l'idée que les hallucinations sont l'œuvre d'une maladie mentale ou le

signe d'un dysfonctionnement cérébral et de la pertinence du modèle de la maladie. Or, embrasser l'idée du déterminisme biologique produit des impacts évidents sur l'intervention sous-jacente et appelle à une posture humble, par la reconnaissance de la limite aux interventions psychologiques. De plus, cela encense le travail d'équipe autour d'un sujet psychotique et évite le piège du sentiment d'omnipotence que le psychotique peut créer chez son thérapeute. Le constat émerge selon lequel cet aspect demeure controversé, polémiques qui sont caractéristiques de l'histoire générale de la psychologie et de la psychiatrie, dont les idées et les concepts sont constamment débattus, et ce parfois au sein de la même école de pensée.

Structure du traitement

La présente revue a permis de constater certaines similitudes de même que certaines divergences entourant la structure du traitement.

Accéder au traitement. À la suite des lectures effectuées, bien que les critères d'inclusion et d'exclusion demeurent difficiles à extrapoler, les idées des cliniciens et théoriciens des deux approches semblent converger vers la capacité chez le psychotique à reconnaître un tant soit peu sa condition. En effet, ce que les cliniciens TIP rapportent par la sauvegarde d'un espace de jeu, donc la capacité à s'extraire de la relation fusionnelle avec ses propres émergences et l'environnement, peut trouver son commun dans la littérature TCC par la capacité d'insight cognitive, c'est-à-dire de prendre une

distance avec ses propres cognitions et de considérer des pensées alternatives sur ses interprétations et croyances.

Initier le traitement. D'abord, il semble que le moment opportun afin de débiter le traitement est rarement abordé et s'il l'est, il ne semble pas y avoir de consensus. En effet, il est apparu difficile de déterminer l'idée générale des deux approches à ce sujet. Chez les auteurs TIP, la discordance règne à ce sujet : certains auteurs suggèrent le moment actif de la psychose comme propice et d'autres, préfèrent que le psychotique soit plus *recompensé*. Parallèlement, les écrits TCC consultés ne semblent pas se prononcer sur le sujet, quoique la plupart des illustrations cliniques font référence à des sujets ayant des symptômes positifs actifs, il n'est pas possible d'extraire le moment de cette introduction.

En rapport avec cela, la littérature actuelle portant sur les jeunes psychotiques clame qu'une intervention rapide, de sorte à diminuer la durée de l'épisode psychotique non traité, sera gage d'un meilleur rétablissement et pronostic (Harris et al., 2005). Par cela, à quel type d'intervention ces auteurs font ils référence puisqu'on sait pertinemment que plusieurs corps de professionnels font partie de ces équipes; s'agit-il du traitement pharmacologique, le soutien dans la communauté ou les traitements psychologiques?

La durée. La durée du suivi semble diverger dans les deux approches, les TIP proposant une durée plus longue que les TCC. Toutefois, il est difficile de se prononcer

sur l'amplitude de cette divergence, notamment dû au manque de précision dans les écrits d'inspiration psychanalytique. Suggérant que les suivis se dérouleraient sur des années, il est difficile de quantifier avec exactitude le nombre de celles-ci. D'ailleurs, cela demeure cohérent avec leur règle d'atemporalité qui vise à se rapprocher de l'inconscient. En conséquence, la fin du traitement n'est ni planifiée ni abordée avec le psychotique en début de suivi. Cet aspect demeure un élément distinctif éloquent entre les deux approches. En effet, la TCC se définit en son essence comme une approche limitée dans le temps. Elle s'est d'ailleurs quelque peu développée en réponse aux critiques adressées aux cures interminables de la psychanalyse. Une TCC s'étalant sur neuf mois est considérée comme une thérapie de long terme.

La structure. La structure des séances, et conséquemment l'attitude du clinicien, diffère également dans les deux approches et se rejoint. Dans les TIP, bien que la règle d'association libre ne tienne pas, le patient est libre du choix de thèmes, de ce qu'il amène dans les séances par ses souvenirs, ses associations, ses idées délirantes ou ses expériences de la vie quotidienne. L'attitude du thérapeute, en principe bien que chaleureuse, demeure plus neutre et moins directive que celle adoptée par un thérapeute d'approche TCC. En effet, le thérapeute d'inspiration TCC n'hésitera pas à normaliser, à donner des exemples issus de sa propre histoire afin de supporter ses interventions, à être plus directif et structuré face aux thèmes abordés en séance, ce qui ne s'observera pas dans une TIP. En TCC, l'approche est plus directive; un plan de match détaillé est établi en début de suivi et à chaque séance, de sorte à structurer le traitement et éviter les

déviation. Malgré cela, certains auteurs TCC suggèrent de préserver une souplesse et éviter les agendas stricts avec cette clientèle (Fowler et al., 1995; Hooas et al., 2011). Dès lors, les auteurs des deux approches soutiennent l'importance à la fois d'une capacité d'ajustement et de souplesse tout en assurant une régularité et prédictibilité dans le travail auprès des psychotiques.

Le cadre de traitement. Pour la TIP, le cadre fait partie intégrante du traitement. Le lieu thérapeutique fait office de contenant à la vie débordante du psychotique. Dès lors, le clinicien portera attention au matériel souligné par le psychotique, sur les éléments de l'environnement physique, mais aussi aux agissements sur le cadre, tels que les retards et les absences. Ces derniers seront considérés ou interprétés comme des attaques contre les liens ou autres mécanismes défensifs, et seront explorés en rencontre ou du moins, considérés dans les interventions ultérieures. Dans les écrits TCC, l'importance donnée au respect du cadre ne semble pas prendre la même place de par leurs interprétations en comparaison au TIP. Les cliniciens d'approche TCC considèrent les retards, les oublis ou les absences comme conséquentes à des difficultés frontales ou d'organisation présentes chez l'individu psychotique (Fowler et al., 1995). Donc, les interventions face à ces éléments divergeront.

Le traitement

La relation thérapeutique. Pour sa part, Dunn (2002), d'approche TCC, soutient que si la relation thérapeutique est faible ou négative, les résultats de la thérapie seraient

diminués. Cette vision peut converger avec les auteurs TIP portant sur l'importance de travailler avec le transfert positif du psychotique. Par contre, il est soulevé par d'autres auteurs TCC la nécessité de souligner les ressentis négatifs¹ vis-à-vis la thérapie ou de corriger les interprétations fautives concernant les intentions du thérapeute. Ceux-ci suggèrent de nommer directement en début de suivi la méfiance que peut vivre le psychotique à l'endroit du thérapeute, de le rassurer sur sa fonction et ses intentions et l'aider à se souvenir de cet aspect s'il devient confronté à ce type de sentiment vis-à-vis le thérapeute. Le thérapeute TCC sera plus direct en demandant ouvertement au patient de lui donner une rétroaction (Hooas et al., 2011). Dans le même ordre d'idée, l'expression d'affects négatifs exprimés à l'endroit du thérapeute, conceptualisés par la présence de défenses destructives et archaïques, sera également considérée dans les interventions des TIP. Par contre, il ne sera pas convenu dans un premier temps avec le psychotique que ce type de situation peut se produire. D'ailleurs, certains auteurs TIP (Kestemberg, 1957; Lavoie, 1996; Leduc, 1996) soutiennent que l'expérience de sentiment de frustration et de haine dans le transfert négatif est nécessaire et incontournable dans le traitement. Il revient alors au thérapeute de contenir les décharges agressives et de les restituer à son interlocuteur de manière plus assimilable, par le moyen de la parole. Par contre, les procédés précis par lesquels sont travaillés ces aspects demeurent peu précis au niveau de la technique dans les écrits, ceux-ci étant

¹ Sareen & Skakum (2005), dans un commentaire sur un article portant sur le commun aux différentes approches, argumentent que la critique qui est souvent adressée aux thérapeutes de TCC de ne pas porter attention au transfert leur apparaît non-fondée.

particulièrement définis au niveau théorique, et ce, particulièrement pour un lecteur peu familier aux concepts de cette école de pensée.

D'un côté, les intervenants TCC porteront également attention à l'Expression d'affects négatifs ou d'attaques à l'endroit du thérapeute, mais interviendront directement sur ceux-ci, reflétant les processus de pensées déjà soulevés lors de l'introduction de l'approche. Les psychotiques seront invités à s'interroger sur la véracité de leurs interprétations et à se remémorer les biais cognitifs qu'ils peuvent effectuer. Un travail sera effectué à resituer la pensée du psychotique. Tandis qu'en TIP, le processus présent sera soulevé au psychotique sans pour autant annuler ou le rassurer sur l'émergence de son vécu.

Estime de soi et narcissisme. On constate, à la fois dans les écrits d'inspiration psychanalytique et cognitive-comportementale qu'une attention particulière est accordée au narcissisme ou à l'estime de soi des psychotiques, ces deux notions pouvant, dans une certaine mesure, trouver un semblant l'une dans l'autre. Par contre, les moyens employés pour la préserver divergeront. Selon la théorie cognitive, le biais d'auto-validation et les idées délirantes permettent de préserver l'estime de soi. Dans la TCC, le thérapeute soignera l'estime du psychotique par des interventions spécifiques visant à l'augmenter, par exemple, par l'identification de ses forces et qualités et par l'attention portée aux réussites des défis et des exercices (Addington et al., 2011; Rousselet, 2012; Tarrier et al., 2002). La théorie des TIP suggère que les éléments menaçants au

narcissisme et les pulsions non reconnues par le psychotique sont expulsés à l'extérieur. Le thérapeute TIP prendra soin par des interventions plus fréquentes et plus *supportantes* que celles proposées dans la technique habituelle (Lavoie, 1996).

À ce sujet, Jones et al. (2010) ont mené une étude afin d'approfondir la compréhension de la relation entre l'estime de soi et les idées délirantes. Les résultats indiquent une relation négative entre les idées de persécution et l'estime de soi. Critiquant leur propre étude, ces auteurs ont soulevé le caractère auto rapporté et non pas évalué par un clinicien de la mesure. De même, ils soumettent l'hypothèse selon laquelle s'il s'agit d'une défense, l'estime de soi sera effectivement préservée et donc, les résultats qui ne suggèrent pas de lien entre une estime de soi faible et les idées délirantes ne seraient pas, au contraire, une contradiction de ce postulat théorique. Ils concluent en soutenant que des études demeurent nécessaires afin d'éclairer davantage cet aspect en relation avec les symptômes psychotiques, et proposent entre autres un devis longitudinal afin d'évaluer les délires grandioses et l'estime de soi dans la schizophrénie.

La confrontation. Dans le même ordre d'idée, selon les deux courants, la confrontation directe est à éviter dans l'intervention auprès des psychotiques, celle-ci n'étant pas bénéfique à la thérapie. Elles optent pour une attitude plus douce et *soutenante*. Les deux approches déconseillent d'invalider directement les idées délirantes ou les hallucinations. Sans disqualifier le délire ou le confronter à la réalité, le thérapeute d'IP tâchera de stimuler l'investissement des parties non conflictuelles ou

saines par l'intérêt porté à sa parole (Lavoie, 1996). Dans le même ordre d'idée, afin de minimiser l'aspect confrontant du travail cognitif, les auteurs TCC suggèrent de débiter par les pensées périphériques et d'y aller indirectement, par l'accumulation de preuves à l'encontre de la croyance, dans l'évaluation et la considération de croyances alternatives, sans invalider la croyance centrale de l'individu. Bien que les deux approches suggèrent la prohibition de ce type d'intervention, il appert que l'approche cognitive demeure en soi plus confrontante, demandant activement au psychotique de resonger à ses pensées, ses évaluations des événements et ainsi, ses croyances, ce processus n'étant pas à l'œuvre dans les TIP.

L'écoute. Dans les deux approches, la qualité de la relation thérapeutique et la reconnaissance de la détresse émotionnelle par une écoute empathique sont des aspects importants. Cette écoute porte toutefois sur des éléments différents. D'abord, les ressentis vécus par le thérapeute, dans la relation thérapeutique, sont traités différemment dans les deux approches et parfois même, au sein de la même école de pensée. Dunn (2002) soutient que l'attitude favorisée en TCC est totalement à l'écoute de l'autre. Pour ce faire, le thérapeute fait fit de ses propres émergences, de ses idées, de ses émotions dans la relation thérapeutique afin de mieux saisir l'autre. L'attention du thérapeute portera sur ce qui est verbalisé par le patient. Par contre, d'autres auteurs TCC tels que Hooas et al. (2011) adoptent une ligne de pensée opposée et font même référence dans leurs écrits à Rogers (1957) et Kein, Kolden, Michels et Chisholm-Stockard (2002), invitant les thérapeutes à être authentiques et conscients de leur vécu

interne. La première attitude thérapeutique diverge radicalement de celle préconisée dans les TIP, où le contre-transfert constitue l'un des outils thérapeutiques fondamentaux permettant de saisir des nuances et enrichir la compréhension du vécu de l'autre. Le thérapeute psychanalytique va minutieusement étudier son contre-transfert, donc ses propres ressentis, afin de l'orienter sur ce que peut vivre le patient. Vis-à-vis la seconde position, le thérapeute TIP ne partagera pas son vécu de la même manière que ce qui est suggéré dans certaines TCC, par exemple, il ne fera pas allusion à sa vie externe suite aux demandes du psychotique, ce qu'un thérapeute TCC pourra convenir de dévoiler. Évidemment, cet élément se réfère à l'attitude du thérapeute, qui est quelque peu différente dans les deux approches.

Supervision. Les écrits TIP répètent l'importance de la supervision dans l'intervention auprès des psychotiques, de sorte à départager entre les propres émergences du clinicien et le matériel qui appartient au sujet de sorte à être davantage en habileté à comprendre ce qu'il tente de lui communiquer. Suite aux lectures, cet élément n'occupe pas une importance équivalente dans le courant TCC; peu d'auteurs seulement le recommandent. Néanmoins, Fowler (2000) le suggère afin de fournir des explications alternatives au vécu de la personne et de poursuivre avec des patients difficiles. Il est possible que puisqu'il s'agit d'un outil d'intervention et de compréhension dans les TIP, cette mesure soit davantage recommandée qu'en TCC.

La compréhension clinique et le partage de celle-ci. L'abord des symptômes avec le patient, la compréhension de ses difficultés comporte certaines différences entre les deux approches. Les écrits psychanalytiques visent à comprendre l'herméneutique, le sens derrière les symptômes en portant attention à l'aspect développemental. Les interprétations porteront sur le vécu actuel du psychotique, en apposant des mots sur les affects archaïques exprimés autrement en entrevue, et la recherche de sens s'effectuera en concert avec ce dernier et davantage vers la fin de la thérapie. Toutefois, le partage de ce type d'interprétations demeure controversé chez les cliniciens IP, certains auteurs craignant l'effondrement des défenses, les interventions viseront à contenir le monde débordant plutôt que de fournir des interprétations à ce dernier. Du côté des TCC, s'intégrant dans le paradigme stress-vulnérabilité, les premières thérapies utilisaient ces techniques sans porter attention au développement des symptômes dans leur sens. Avec le temps, la formulation plus conceptualisée du développement chez l'individu a permis de considérer les relations précoces dans le développement des symptômes, par entre autres, le développement de la théorie des schémas. L'analyse fonctionnelle partagée au client comprend des éléments issus des données biologiques, cognitives, comportementales et apprises. Cette compréhension sera explicitement partagée au patient lors des premières entrevues et sera travaillée au fur et à la mesure de la thérapie. On note ainsi une divergence importante entre les deux approches.

D'un côté, il est possible de se questionner sur l'impact de la formulation en début de suivi, si cela ne peut pas occasionner un sentiment d'intrusion chez le psychotique et

raviver le sentiment de persécution, le thérapeute exposant ses difficultés et vulnérabilités au grand jour, certaines mêmes dont il ne peut pas avoir conscience. Par l'exposition des biais dans le raisonnement, des erreurs d'attribution, cela suppose une confrontation dès le départ de son monde interne et sa manière subjective, quoique douloureuse, d'appréhender la réalité externe et interne. Dès lors, cela peut également tester la capacité d'insight et de reconnaître sa maladie, de considérer un autre point de vue et ainsi, accéder un tant soit peu à la différenciation, élément qui sera un indice positif au pronostic.

Normalisation. Selon la recension effectuée, la normalisation constitue un élément primordial et unanimement consenti auprès de tous les auteurs en TCC. Celle-ci est effectuée entre autres par le partage de l'analyse fonctionnelle et d'informations portant sur la maladie. Puisqu'il s'agit d'un concept clé dans les TCC, il y aurait lieu de se questionner sur son existence ou sa place dans les TIP.

Limites floues entre le monde interne et externe. L'un des concepts admis de part et d'autre concerne la difficulté à départager et à reconnaître la limite entre le matériel émergeant du monde interne et celui appartenant au monde externe. Fowler et al. (1995) d'approche TCC soutenaient la théorie de Slade et Bentall (1988) selon laquelle les psychotiques attribuaient des origines externes à des pensées ou images générées intérieurement. Appréhendant cette difficulté par des erreurs d'attribution, les interventions visent à ce que le psychotique puisse d'abord réaliser ses erreurs et ensuite

développer des interprétations ou explications différentes. Ce processus lui permettra éventuellement d'entretenir et développer des croyances sur les autres et sur soi moins souffrantes. Ces idées rejoignent celles proposées dans la TIP, qui soutiennent une fragilité des limites internes et externes observée chez les psychotiques qui expulsent leur monde interne à l'extérieur par les mécanismes projectifs, ce que Freud nommait « ce qui vient de dedans revient du dehors ». En lui reflétant ses états émotifs, le clinicien permettra de mieux mentaliser sur ceux-ci et ainsi, mieux les contenir et s'approprier les projections paranoïdes et agressives. Par l'expérience en thérapie d'un lieu contenant le monde émotif débordant du psychotique, ce dernier développera une meilleure capacité de contenance et respect de la réalité, par un Moi renforcé. L'observation est donc la même dans les deux approches, mais la manière de l'appréhender diverge; l'un étant issu d'un processus cognitif par une erreur d'attribution et l'autre considérant cet aspect comme inconscient et défensif. Les deux approches s'accordent sur la nécessité de bonifier la capacité de l'individu à départager entre ce qui lui appartient de ce qui appartient à l'extérieur.

De façon similaire, dans un premier temps, cette difficulté à reconnaître ses propres productions internes s'explique par la déficience proposée dans la théorie de l'esprit (TOM) dans les TCC et la difficulté de mentalisation dans les TIP. Dans un deuxième temps, à la lecture des théories proposées par les différents auteurs, le rapprochement entre les distorsions cognitives et les mécanismes de défense semble s'effectuer naturellement. Conséquemment, il est possible de lier les concepts d'abstraction

sélective au déni, et la pensée dichotomique au clivage. De même, les erreurs d'attribution, concernant les événements internes et externes, réfèrent au concept des limites floues proposé dans le modèle psychanalytique, selon lequel l'individu psychotique va projeter ses propres pulsions à l'extérieur et ainsi, on observe une confusion entre le dedans et le dehors, l'interne et l'externe.

Intérêt porté aux affects. Les cliniciens des deux approches accordent de l'intérêt aux affects et reconnaissent que les influences émotives ont un impact sur l'expérience psychotique. L'approche TCC s'est intéressée davantage aux aspects cognitifs, biologiques et psychosociaux présents dans la psychose. Toutefois, déjà en 1995, Fowler et al. (1995) soulignaient l'intérêt renouveau qui était porté aux idées psychanalytiques et à l'émotif. Ils soulèvent l'idée selon laquelle la paranoïa et les délires de persécution seraient un résultat de défenses psychologiques. En effet, ils soulèvent l'hypothèse selon laquelle le délire de persécution serait une conséquence d'un dérèglement émotif et évoquent la problématique du deuil dans la dépression psychotique; soit celui de ses anciennes capacités, de ses rôles et statuts. Dans le même sens, le modèle de thérapie interpersonnelle de Gumley et Schwannauer (2006), dans un volume de TCC, propose comme point central à la psychothérapie la régulation des affects. Plus récemment, Gumley, Gillham, Taylor et Schwannaeuer (2013) ont publié un livre dans lequel ils indiquent survoler les différentes visions contemporaines à la fois d'inspiration psychanalytique, cognitive, neurobiologique, développementale et évolutionnaire. Au centre de leurs travaux se trouve la régulation affective dans le traitement de la

psychose. Cette conception semble se rapprocher des postulats des TIP, où la visée est la contenance des émotions, et donc, une meilleure régulation affective. Bien que ce nouveau courant semble intéressant et converger vers des constats communs, de manière générale, la TCC visera davantage à outiller le psychotique à développer une autre manière de penser tandis que la TIP tentera de l'aider à contenir ses affects différemment par l'expérience d'une expérience relationnelle « correctrice » ou par l'expérience d'un lieu contenant.

Objectifs et changements visés. La psychanalyse vise un changement au niveau de la personnalité, au niveau du Moi, sans toutefois chercher un changement structural. Le thérapeute IP ne procède pas à une évaluation directe des projets concrets dans la vie de tous les jours du patient. Inversement, le thérapeute TCC aura toujours un souci d'évaluer les résultats de la thérapie en tenant compte du niveau de fonctionnement et de la capacité à effectuer les exercices (ou devoirs) consentis en thérapie. Enfin, bien que les moyens utilisés afin d'évaluer les résultats de la thérapie divergent, il semblerait que les deux approches aient une vision commune de la visée ultime, qui ne vise pas la disparition des symptômes, mais plutôt une diminution de la détresse psychique.

Perspective critique

Cet essai présente des limites qu'il est nécessaire de souligner. D'abord, considérant la vaste littérature portant sur ce sujet, le survol de toutes les théories et courants actuels auraient été vain et une entreprise trop vaste pour l'envergure du présent essai. Certains

courants ont alors été privilégiés tandis que d'autres ont été écartés. Nommons, par exemple, l'école de pensée Lacanienne dans les TIP et les thérapies d'acceptation et d'engagement dans les TCC. Dans le même sens, certains thèmes, tel que celui du trauma fut quelque peu écarté de cet ouvrage, particulièrement dans un souci d'économie. Par contre, la presque absence de ce thème n'est pas proportionnelle à la place qu'il occupe dans la littérature actuelle. En effet, il semblerait même que les deux approches ont porté attention à ce thème et qu'ils s'entendent, d'une certaine manière, sur le rôle du trauma dans la psychose. En ce sens, une étude plus approfondie de cet aspect aurait pu s'avérer appropriée. Aussi, l'intérêt porté au mouvement général des perspectives donne une vision globale de celles-ci mais ne permet pas une appréciation subtile des éléments de chaque courant présent dans les approches.

La divergence des critères diagnostiques et des notions employés dans la compréhension des concepts, ne permettant pas de voir si nous comparons des tableaux cliniques semblables, a pu compliquer les lectures et diminuer la validité. Selon van Os et Tamminga (2010), plusieurs catégories diagnostiques résument les manifestations de la psychose et elles ne sont pas très spécifiques. Selon notre lecture des présentes publications, le concept est en constante redéfinition et exige encore des questionnements et améliorations. D'ailleurs, de nouvelles catégories ont été proposées pour le DSM-V.

Dans la visée de colliger et comparer les méthodes d'intervention, un aspect lié à la littérature TIP a complexifié la tâche. La littérature psychanalytique est riche en détail en ce qui concerne la compréhension clinique et les aspects théoriques, par contre, il apparaît parfois difficile de discerner de manière précise les interventions effectuées par les thérapeutes. Les écrits de cette approche relatent moins d'informations au niveau des techniques et méthodes d'intervention de manière explicite, permettant au lecteur de réellement transposer ces notions dans des interventions thérapeutiques claires. Cet élément diverge avec la littérature TCC dans laquelle les écrits portent spécifiquement sur les interventions et sont souvent enrichis d'exemples de formulation et de devoirs clairs. Il a donc été plus difficile de comparer les deux approches au point strictement de la méthode appliquée de leur intervention.

Dans un deuxième temps, en surplus de la méthodologie divergente et de l'intérêt de recherche, certains auteurs ont tenté de vérifier si les résultats obtenus dans les études portant sur les interventions sont valides. En effet, est-ce que ce qui est mesuré est bien mesuré (ex. : est-ce vraiment des thérapies à proprement dite TIP ou TCC que les cliniciens appliquent dans les recherches?). Ainsi, les résultats des études comparatives ont été questionnés. À ce propos, Bhar et Beck (2009) suggèrent qu'il existerait possiblement une divergence entre ce que les thérapeutes disent faire et ce qu'ils font en réalité. Ils ont publié un article dans lequel ils critiquent les études comparatives entre les TIP et les TCC, soulignant que les résultats parfois homogènes obtenus sont discutables et que les thérapeutes n'appliqueraient pas nécessairement les méthodes et

stratégies propres à leur approche. Bien que la neutralité des auteurs de cette critique soit interrogeable, il s'avère que la question soulevée demeure pertinente. On peut trouver en quelque sorte une réponse à cette question dans les conclusions de la recherche menée par Kramer, de Roten et Despland (2005), qui avaient déjà abordé cette question, c'est-à-dire, est-ce que les thérapeutes font vraiment ce qu'ils disent faire? Dans leur étude, ils ont comparé les interventions de trois approches court terme; psychodynamique, systémique et cognitive behaviorale. Ils précisent que bien que les thérapeutes appliquent la clinique selon leur modèle théorique de référence de manière principale, ils utiliseraient également des pratiques valorisées par les autres approches. Kramer et al. (2005) précisent que l'allégeance à un modèle n'exclut pas le recours à des pratiques valorisées explicitement par d'autres modèles et qu'au-delà des facteurs communs, cette étude exploratoire met en lumière plusieurs aspects intéressants des pratiques thérapeutiques. Ils poursuivent en suggérant qu'il serait intéressant de favoriser les études portant sur le processus plutôt que sur l'efficacité, ce qui à leur avis, favoriserait une ambiance propice aux échanges entre les différents cliniciens et chercheurs, de sorte à s'extirper des débats théoriques et idéologiques qui entravent ce type de réflexion. Une étude pourrait également demander à des cliniciens, de différentes écoles de pensée, d'observer la thérapie de psychotiques et d'un commun effort, tenter d'en dégager des principes communs.

Selon Paley et Shapiro (2002), la littérature sur les interventions psychologiques auprès des gens ayant une schizophrénie s'est construite en ignorant certains aspects de

la littérature plus vaste, dont entre autres, le paradoxe d'équivalence et le phénomène de l'allégeance de l'investigateur¹. Le premier paradoxe a été mentionné plus tôt dans ce travail. Le second fait référence aux biais présents chez les chercheurs qui peuvent compromettre les conclusions. Ils suggèrent que les études ont montré des résultats cliniques de la TCC auprès des psychotiques, mais par contre, il y a peu d'évidence en faveur de la supériorité de cette approche aux dépens des autres malgré la contribution importante de leurs recherches. Les auteurs proposent que les interventions doivent être basées sur des résultats de recherche libres de biais et craignent que l'intérêt croissant pour les TCC écarte les autres modèles qui pourraient être autant intéressants et efficaces. À ce sujet, ils suggèrent que les TIP devraient être davantage étudiées et évaluées. En réponse à cet article, Tarrier et al. (2002) soutiennent que peu d'évidence supporte le paradoxe d'équivalence et que de l'évidence suggère que la psychothérapie de soutien a démontré de faibles performances en ce qui a trait aux hallucinations. Au sujet du biais d'investigation, ils proposent quelques pistes visant à les corriger et concluent en soutenant que la démonstration de l'équivalence des TIP est de faible attrait et qu'elle ne sera fort certainement pas menée. Ils estiment qu'aucun intérêt ne justifierait une telle démarche, argumentant que l'intérêt de mener ce type d'étude est de permettre de comparer un traitement nouveau à un traitement implanté, s'il y a promesse autre que l'efficacité clinique, mais une diminution des effets secondaires, des coûts, de la formation pour la dispenser. D'une certaine manière, on ne peut nier les arguments présentés par ces auteurs. D'un autre côté, il serait négligent de ne pas tenter de vérifier

¹ Traduction libre de « investigator allegiance » de Luborsky et al. (1999).

les apports d'une TIP si ce type de thérapie s'avère effectivement plus efficace et en plus, qui engendrera moins de coûts à long terme (moins de rechute, etc.).

Afin de bonifier la compréhension de ce qu'est la psychose, l'expérience personnelle de celle-ci a été un intérêt de recherche accru depuis la dernière décennie (McCarthy-Jones, Marriott, Knowles, Rowse, & Thompson, 2013). McCarthy-Jones et al. (2013) ont tenté de faire une synthèse de plusieurs études qualitatives portant sur la psychose, de sorte à identifier les thèmes principaux. Succinctement, leur analyse ressortait quatre thèmes principaux; la perte, la recherche d'aide, le rétablissement et la guérison et les gains de la psychose. Ce type d'étude s'avère intéressant et parfois nécessaire, de sorte à extraire les aspects pertinents de la recherche qualitative.

Néanmoins, selon de Luca (2009), reprenant les idées de Brusset (2002), plusieurs risques guettent l'élaboration d'un modèle intégratif ou « transthéorique ». D'abord, il y a un risque de perte de cohérence épistémologique par un amalgame de différents agents de psychothérapies diverses sans lien. Ensuite, la création d'une théorie supérieure au niveau du résultat et sans pour autant l'être au niveau de la cohérence globale. De plus, il soutient que ce modèle, quoique d'apparence séduisante, pourrait être difficile à construire, car il serait nécessaire de dégager les lignes de changement dans les différentes sphères (psychique, cognitif, affectif, relationnel et social). Il conclut en supportant que le litige entre les différentes écoles théoriques doit orienter vers la prise en charge au sens large (de Luca, 2009).

Retombées de la présente étude et pistes de recherches futures

Cette étude a permis de faire un examen partiel de la littérature pertinente au sujet de l'intervention d'inspiration psychanalytique et cognitive comportementale auprès des psychotiques. Cette recherche se démarque par l'accent porté au processus plutôt qu'au résultat. En effet, plusieurs recherches visent à comparer l'effet thérapeutique des différentes méthodes, instaurant ainsi une ambiance de compétitivité. Cette revue vise plutôt à bâtir des ponts entre les approches, de sorte à favoriser le dialogue entre les différents professionnels et bonifier la compréhension et l'intervention auprès des psychotiques.

De manière générale, nous constatons certains rapprochements entre les deux thérapies, du moins, d'un point de vue théorique. On observe un rapprochement entre les conceptualisations des deux approches au niveau de la classification des troubles appartenant à la catégorie psychotique. De plus, cette revue a permis de constater que la confrontation directe du délire semble être condamnée de part et d'autre des approches. Aussi, les deux approches s'entendent sur l'importance de la capacité à discerner entre le monde extérieur et le monde interne, par une attention particulière attribuée à cet aspect dans les interventions thérapeutiques.

Les grandes divergences se situent particulièrement au niveau de la longueur des suivis et de la structure des rencontres, l'attitude thérapeutique, plus ou moins structurée et directive. Les deux approches s'entendent à porter une attention particulière au

narcissisme-estime de soi du sujet, et à miser, d'une certaine manière, sur les parties saines ou les forces de l'individu psychotique. De plus en plus, la TCC semble considérer l'impact de la régulation des affects dans la psychose, semblant ainsi effectuer un rapprochement avec les intérêts de la TIP. Par contre, bien que certains auteurs TCC aient fait référence à des écrits en TIP, l'inverse a semblé moins courant. Cela dit, l'absence de référence aux théories n'indique pas pour autant une fermeture à l'autre approche. D'ailleurs, Friis (2010) critiquant le livre d'Alanen et al.¹ (2009), rapporte que malgré l'allégeance psychodynamique de ces auteurs, ils reconnaissent la nécessité d'un développement intégratif, afin de mieux répondre aux besoins de l'individu psychotique et de son entourage.

Aussi, ce travail pourra, nous l'espérons, avoir permis de susciter et bonifier l'intérêt des cliniciens à se questionner sur leur propre allégeance théorique, sur la pertinence de considérer des aspects « métathérapeutiques » transcendant leur approche, à adopter une attitude d'ouverture face aux autres écoles de pensée, de même qu'à proposer des pistes afin d'orienter les recherches futures.

Les TIP relevées dans cette revue étaient d'une approche long terme. Or, depuis quelques décennies, le mouvement psychanalytique s'est développé et plusieurs psychothérapies brèves ont été élaborées. La revue de la littérature actuelle ne s'est pas

¹ Du livre « Psychotherapeutic approach to schizophrenic psychoses: past, present and future », publié pour International Society for the psychological treatments of the Schizophrenias and other Psychoses (ISPS).

intéressée à celles-ci. Par contre, il serait captivant de voir si elles sont appliquées ou auraient le potentiel de l'être à des troubles psychotiques. Si tel est le cas, l'analyse comparative des processus propres aux deux approches court terme pourrait certainement permettre une mise en commun plus riche et éloquente. Dans le même sens, des efforts devraient être investis afin d'obtenir une vision plus juste et réaliste de la pratique actuelle des thérapeutes d'inspiration psychanalytique auprès des psychotiques. Dans le même ordre d'idées, il serait intéressant d'obtenir une image plus conforme de la durée des traitements en TCC. Les données issues de la clinique suggèrent qu'elles seraient en réalité plus longues et que les patients pourraient participer à plusieurs thérapies.

De même, devant l'intérêt croissant des chercheurs et des cliniciens depuis une vingtaine d'années, en faveur d'une prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques de sorte à réduire le risque de chronicité, il serait intéressant de mener ce type d'étude auprès de ce type de clientèle, à savoir : quels sont les facteurs prédisant la rémission dans le processus thérapeutique, les interventions les plus bénéfiques, etc. En surcroît, il y a lieu de se questionner non pas sur la supériorité d'une approche à l'autre, mais plutôt si un type de thérapie peut convenir davantage à un type de profil clinique, de particularités, de chronicité ou d'attentes verbalisées par l'individu? Est-ce que d'investir dans ces deux approches, de manière simultanée et complémentaire ou plutôt séquentielle, par le même thérapeute ou deux cliniciens différents, permettrait d'arriver à de meilleurs résultats que l'utilisation d'une seule approche thérapeutique? Au-delà des

soucis d'efficacité, ce genre de considérations devrait orienter les recherches futures. Il serait intéressant d'effectuer le survol des écrits portant sur les thérapies intégratives des psychoses, puisque ceux-ci ne semblent pas très présents dans les articles publiés dans les journaux, mais pourraient être plus nombreux dans les monographies.

Garrett et Turkington (2011) ont d'ailleurs proposé une thérapie intégrative pouvant être dirigée par un même professionnel, incluant à la fois la TCC et la TIP auprès de psychotique. L'hypothèse centrale guidant les interventions est celle que le dedans est expulsé au-dehors. Selon ces auteurs, les éléments inspirés de la TIP tel que l'attention portée à l'empathie de même que le souci porté au tact et au moment opportun de partager les interventions complémenteraient les interventions des cliniciens d'approche CC. De l'autre côté, plusieurs cliniciens d'approche psychodynamique auraient avantage à ajouter des techniques TCC qui offrent les outils permettant d'intervenir sur les éléments théoriques de la TIP. Cette idée, de combiner les deux approches semble prometteuse et mériterait une attention particulière¹.

L'absence d'un langage commun ne favorise pas les échanges, suscitant des malentendus et difficultés de part et d'autre à bien saisir le point de vue proposé par l'autre. Le développement d'un langage commun ou d'un « métalangage », athéorique,

¹ Les auteurs Garrett et Turkington (2011) citent Hingley (1997) et Margison (2005). Benns-Coppin (2008) a publié un article sur un traitement intégratif pour le trouble obsessionnel compulsif. Cette auteure conclut qu'il peut s'avérer intéressant, particulièrement dans les cas complexes, d'allier les deux types de thérapies.

pourrait permettre de meilleurs échanges entre les différents cliniciens des approches. Par exemple, certains termes sont utilisés dans les deux approches, mais revêtent des significations différentes (ex. : insight tel que défini par l'équipe de Perivoliotis et al. (2010). De sorte à favoriser la compréhension mutuelle, au niveau théorique de même que pratique, certains concepts devront être traduits en des termes plus spécifiques ou facilement concevables. Pour illustrer cet aspect, prenons l'exemple des auteurs TIP qui exposent qu'il revient au thérapeute de contenir les décharges agressives et de les restituer à son interlocuteur de manière plus assimilable, par le moyen de la parole. Les procédés précis par lesquels sont travaillés ces aspects peuvent demeurer ambigus pour un lecteur peu familier aux concepts de cette école de pensée. Dès lors, il pourrait être intéressant de produire quelques études qualitatives de l'intervention d'approche TIP de sorte à fournir une meilleure image de comment, pratiquement, sont appliqués les concepts théoriques proposés. Afin de permettre une meilleure mise en commun, l'analyse croisée des séances menées par les thérapeutes de l'autre approche permettrait une lecture de l'intervention de l'Autre avec des mots familiers. Il pourrait être intéressant de demander à des thérapeutes expérimentés de transcrire les verbatim de leur session en séance, et la même chose du côté des intervenants en TCC, de sorte à favoriser la mise en comparaison des interventions. Une recherche qualitative de ce genre, avec une grille d'analyse préalable, athéorique, portant sur le type d'intervention et les éléments considérés, pourrait contribuer à parfaire les connaissances dans ce domaine de recherche.

Puisque les deux approches semblent s'entendre de plus en plus sur le rôle de la régulation des affects sur la psychose, une étude plus approfondie des moyens de sorte à favoriser l'amélioration de cette capacité semblerait une voie intéressante à investir au niveau de la recherche.

Considérant le peu d'intérêt accordé au moment opportun afin d'entamer la psychothérapie dans les écrits consultés en TCC et les opinions divergentes à ce sujet dans la littérature TIP, il pourrait s'avérer intéressant de mener une revue de la littérature plus exhaustive portant spécifiquement sur ce sujet.

Puisque la normalisation constitue un élément essentiel des TCC proposées aux psychotiques, l'étude de ce concept, à la lumière d'une compréhension d'inspiration psychanalytique, revêt un caractère attrayant. Bien que Gortais (2010) soulevait que la réassurance pouvait produire un effet inverse et l'hostilité, apprécier l'application de ce concept dans les TIP, qui pourrait être effectuée de manière indirecte, bonifierait la mise en commun des similitudes ou divergences entre les deux approches.

Enfin, un objectif de cet essai est d'intéresser les lecteurs, tenter de dresser un portrait global de l'intervention auprès des psychotiques et de susciter la réflexion à ce sujet. Cela a permis de constater que la psychopathologie est complexe et que l'intérêt transite de l'expérience du trouble en général à l'expérience singulière de l'individu qui la vit.

Cet essai visait à observer les similitudes et divergences entre les deux approches sans regard aux données probantes. Cependant, il pourrait être intéressant de s'interroger plus spécifiquement sur l'efficacité d'aspects précis propres à l'intervention. Évidemment, ce type de recherche inclut un grand nombre de limitations, car il peut s'avérer difficile de départager l'impact de chaque aspect d'une intervention, ces derniers étant possiblement inscrits dans un phénomène d'interinfluence. Par exemple, dans les thérapies cognitives, est-ce le travail au niveau de la cognition ou la relation thérapeutique qui génère le plus grand effet bénéfique? Un effort prodigieux devra être exercé afin de fournir un devis expérimental permettant de tirer de telles conclusions, de même que des outils de recherches modifiés.

Conclusion

Bien que le traitement pharmacologique s'avère fréquemment l'agent thérapeutique principal, les modalités psychosociales et psychologiques demeurent indispensables dans le traitement de la psychose. Dans un esprit tentant de lier les données accessibles afin de fournir une meilleure pratique, le présent ouvrage a tenté de mettre en lumière les particularités inhérentes à deux approches psychothérapeutiques individuelles, soit les thérapies d'inspiration psychanalytique (TIP) et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Un effort a été fourni afin de reconnaître les similitudes présentes entre les deux approches ainsi que les divergences.

Dans un premier temps, les concepts théoriques importants respectifs aux deux approches de même qu'à l'intervention furent présentés. De cette comparaison ont émergé quelques éléments. D'abord, il est apparu que les deux approches ne font pas nécessairement référence au même phénomène clinique, par des critères et des concepts théoriques divergents, d'où l'importance rappelée par certains auteurs de produire un vocabulaire commun ou un *métalangage* favorisant les échanges entre les différentes écoles de pensées. Ensuite, on observe une attention qui est portée à la singularité de l'expérience psychotique chez chaque individu, le modèle de la psychopathologie large guidant les interventions dans les deux approches tout en portant attention aux particularités de l'individu. La considération du caractère biologique demeure un aspect

controversé. La revue de la littérature a permis de constater que le moment d'initier le traitement ne semble pas univoque ni très présent dans les intérêts de recherche, et que cet élément pourrait être intéressant à étudier. L'analyse permet de mettre en évidence des divergences au niveau de la structure du traitement; par la durée, les règles et le plan en séance. Le maniement de la relation thérapeutique et les ingrédients s'y rapportant, tel que la nécessité de maintenir un climat positif, a été questionné et demeure controversé, notamment dans les TIP. Toutefois, dans les deux approches, ce qui se vit en thérapie sera relevé et travaillé de manière respective aux écoles de pensées. Les deux courants sont d'avis de préserver l'estime de soi ou le narcissisme fragile du psychotique, par une attention particulière à renforcer les aspects positifs du psychotique et par une utilisation minimale voir absente de la confrontation. Au niveau du contenu écouté et utilisé afin de peaufiner la compréhension, les thérapeutes IP semblent porter une attention plus particulière à ce qui émerge en eux durant la thérapie, contrairement aux thérapeutes CC quoique certains auteurs ont toutefois souligné l'intérêt pour cet élément. La supervision demeure fortement recommandée en TIP et n'a été que très peu soulignée dans les TCC. Au niveau du partage de la compréhension clinique, les deux approches apparaissent différentes, la TCC ouvrant directement en exposant l'analyse fonctionnelle et les TIP exposant une retenue et une discrétion plus importante. La normalisation, qui constitue un élément de taille dans les TCC n'occupe pas la même place dans les TIP. De part et d'autre, les intervenants s'entendent à renforcer la capacité de l'individu à différencier le contenu de son monde interne et du monde externe, de supporter la mise en place de limites moins floues.

Enfin, une réflexion a été effectuée sur la pertinence d'une complémentarité des approches et sur la reconnaissance des aires d'ententes et de conflit, au niveau de l'intervention, de sorte à orienter les recherches futures et interroger les professionnels sur ces aspects.

Globalement, les conclusions révèlent que la psychothérapie auprès des psychotiques demeure un champ important de recherche. On observe une volonté, chez les cliniciens et les auteurs, de joindre les ingrédients des thérapies de sorte à favoriser un traitement plus riche et adapté à leur réalité. Diverses observations ont permis de constater que les recherches portant spécifiquement sur les éléments proposés à la technique plutôt que sur l'efficacité de celle-ci en général s'avèreraient plus riches d'un point de vue clinique. Il apparaît que la psychose demeure un mystère, il est difficile d'appréhender toutes les nuances de cette expérience, une « réalité » perdue et dure à saisir. Par la mise en commun des connaissances, expertises et forces des théories et méthodes d'intervention, la clinique ne pourra qu'être maximisée et les individus soulagés de leur détresse insurmontable. Enfin, chaque clinicien des deux approches vise le même résultat : aider leur patient dans le meilleur de leurs moyens au meilleur de leur connaissance.

Références

- Addington, J., Mansuco, E., & Haarmans, M. (2011). Cognitive behaviour therapy and early intervention. Dans R. Hagen, D. Turkington, T. Berge, & R. W. Grawe (Éds), *CBT for Psychosis: A symptom-based approach* (pp. 86-98). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Alanen, Y. O. (2010). Letter to the Editor: A reply to Svein Friis. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 33(2), 149-150.
- Alanen, Y. O., González de Chávez, M., Silver, A. S., & Martindale, B. (2009). *Psychotherapeutic approaches to schizophrenic psychosis: Past, present and future*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- American Psychiatric Association. (2004). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (version révisée, 4^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Paris, France : Masson.
- Association québécoise pour les premiers épisodes psychotiques (AQPEPP). *Cliniques pour premiers épisodes psychotiques*. Repéré à <http://www.aqppep.ca/cliniques.php#solu/>
- Azoulay, C. (2002). Approche psychopathologique et clinique de la schizophrénie. Dans C. Azoulay, C. Chabert, J. Gortais, & P. Jeammet (Éds), *Processus de la schizophrénie* (pp. 61-136). Paris : Dunod.
- Azoulay, C. (2010). Approche psychopathologique et clinique de la schizophrénie. Dans C. Chabert (Éd.), *Traité de psychopathologie de l'adulte – Les psychoses* (pp. 235-306). Paris : Dunod.
- Barthélémy, S., & Bilheran, A. (2007). *Le délire*. Paris : Armand Colin.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: A Meridian Book (c1976).
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.

- Beck, A. T. (2002). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt: A 50-year retrospective. Dans A. P. Morrison (Éd.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis* (pp. 19-36). New York: Brunner-Routledge. (Ouvrage original publié en 1952).
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy A 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, 62(9), 953-959.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2009). *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995) *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Bell, M., Lysaker, P., & Milstein, R. (1992). Object relations deficits in subtypes of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 48(4), 433-444.
- Benns-Coppin, L. (2008). Understanding, respecting and integrating difference in therapeutic practice. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 22(4), 262-284.
- Bentall, R. (1993). Des études cognitives sur la psychose à la thérapie cognitivo-comportementale des symptômes psychotiques. Dans O. Chambon & M. Marie-Cardine (Éds), *Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques* (pp. 13-34). Paris : Masson.
- Bentall, R. (1994). Cognitive biases and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. Dans A. S. David & J. Cutting (Éds), *The Neuropsychology of Schizophrenia* (pp. 337-360). Hove, UK: Lawrence Erlbaum & Associates Ltd.
- Bentall, R. (2003). *Madness explained. Psychosis and human nature*. London: Penguin Books.
- Bentall, R. (2007). The new psychology and treatment of psychosis. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44, 524-526.
- Bentall, R. (2009). *Doctoring the mind: Why psychiatric treatment fails*. London: Pingouin.
- Bergeret, J. (1972). Les états limites et leurs aménagements : *Abrégé de psychologie pathologique*. Paris : Masson.

- Bergeret, J. (2008a). Notion de structure. Dans J. Bergeret (Éd.), *Psychologie pathologique théorique et clinique* (10^e éd., pp. 152-156). Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Bergeret, J. (2008b). Problèmes de défense. Dans J. Bergeret (Éd.), *Psychologie pathologique théorique et clinique* (10^e éd., pp. 104-124). Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Bergeret, J. (2008c). Relations entre déréalisation, dépersonnalisation et délire. Dans J. Bergeret (Éd.), *Psychologie pathologique théorique et clinique* (10^e éd., pp. 209-211). Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Bergeret, J., Bécache, A., Bélanger, J. J., Chartier, J.-P., Dubor, P., Houser, M., & Lustin, J.-J. (2008). *Psychologie pathologique Théorique et clinique* (10^e éd.). Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Bhar, S. S., & Beck, A. T. (2009). Treatment integrity of studies that compare short-term psychodynamic psychotherapy with cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 16, 370-378.
- Bion, W. (1959). Attacks on linking. Dans E. Spillius (Éd.), *Melanie Klein Today: Vol. 1. Mainly theory* (1988, pp. 87-101). London: Routledge.
- Birchwood, M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Murray, E., & Miles, J. (2004). Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant “voice” in schizophrenia: A comparison of three models. *Psychological Medicine*, 34, 1571-1580.
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P., & Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, 30, 337-344.
- Boulanger, J.-J. (2008). Aspect métapsychologique. Dans J. Bergeret (Éd.), *Psychologie pathologique théorique et clinique* (10^e éd., pp. 60-96). Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Brabban, A., & Turkington, D. (2002). The search for meaning: Detecting congruence between like events, underlying schema and psychotic symptoms. Dans A. P. Morrison (Éd.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis* (pp. 59-75). New York: Brunner-Routledge.
- Brunet, L. (2010). Limites, transferts archaïques et fonctions contenant. Dans C. Chabert (Éd.), *Traité de psychopathologie de l'adulte – Les psychoses* (pp. 133-171). Paris : Dunod.

- Brusset, B. (2002). *Les psychothérapies*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Chabert, C. (2010). Quelques réflexions métapsychologiques. Dans C. Chabert (Éd.), *Traité de psychopathologie de l'adulte – Les psychoses* (pp. 339-368). Paris : DUNOD.
- Chambon, O. (1993). Modèles cognitifs des psychoses chroniques. Dans O. Chambon & M. Marie-Cardine (Éds), *Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques* (pp. 35-84). Paris : Masson.
- Chambon, O., & Marie-Cardine, M. (1993). Techniques psychothérapeutiques. Dans O. Chambon & M. Marie-Cardine (Éds), *Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques* (pp. 85-158). Paris : Masson.
- Chambrier, J., Perron, R., & Soufrir, V. (Éds.) (1999). *Psychoses II Aux frontières de la clinique et de la théorie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Colbert, S., Peters, E., & Garety, P. (2010). Jumping to conclusions and perceptions in early psychosis: Relationship with delusional beliefs. *Cognitive Neuropsychiatry*, 15(4), 422-440.
- Cottraux, J. (1993). Préface. Dans O. Chambon & M. Marie-Cardine (Éds), *Psychothérapie cognitive des psychoses chronique* (pp. 1-3). Paris : Masson.
- de Luca, M. (2009). Psychothérapies des psychoses : entre histoire et évaluation. *L'évolution psychiatrique*, 74, 398-408.
- de Masi, F. (2006). Vulnérabilité à la psychose. Étude psychanalytique sur la nature et la thérapie de l'état psychotique. Traduction française par M. Barbon et A. de Staal en 2011, Paris : Les Éditions d'Ithaque.
- Doucet, P. (1996a) La psychose maniacodépressive. Dans P. Doucet & W. Reid (Éds), *La psychothérapie psychanalytique – Une diversité de champs cliniques* (pp. 325-342). Montréal : Gaëtan Morin.
- Doucet, P. (1996b) Le contre-transfert. Dans P. Doucet & W. Reid (Éds), *La psychothérapie psychanalytique – Une diversité de champs cliniques* (pp. 575-592). Montréal : Gaëtan Morin.

- Doucet, P. (1996c). Les rapports de la psychothérapie psychanalytique avec la psychanalyse : parcours historique de la notion de psychothérapie psychanalytique. Dans *La psychothérapie psychanalytique – Une diversité de champs cliniques* (pp. 3-22). Montréal : Gaëtan Morin.
- Dubor, P. (2008). Structure psychotique. Dans J. Bergeret (Éd.), *Psychologie pathologique théorique et clinique* (10^e éd., pp. 192-209). Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Dudley, R., & Turkington, D. (2011). Using normalising in cognitive behavioural therapy for schizophrenia. Dans R. Hagen, D. Turkington, T. Berge, & R. W. Grawe (Éds), *CBT for Psychosis: A symptom-based Approach* (pp. 77-85). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Dunn, H. (2002). Cognitive therapy for psychosis: Emphasizing engagement. Dans A. P. Morrison (Éd.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis* (pp. 37-58). New York: Brunner-Routledge.
- Dutta, R., Greene, T., Addington, J., McKenzie, K., Phillips, M., & Murray, R. M. (2010). Biological, life course, and cross-cultural studies all point toward the value of dimensional and developmental rating in the classification of psychosis. Dans C. A. Tamminga, P. J. Sirovatska, D. A. Regier, & J. van Os (Éds), *Deconstructing psychosis Refining the research agenda for DSM-V* (pp. 11-28). Arlington: American Psychiatric Association.
- Fain, M. (1987). Psychopathologie de la vie quotidienne et délire. *Cahiers du Centre de psychanalyse et de psychothérapie*, 15(automne), 33-43.
- Federn, P. (1952). Vers une psychothérapie des schizophrènes. Dans P. Federn (Éd.), *Les psychoses la perte de la réalité : Les grandes découvertes de la psychanalyse* (1985, pp. 217-234). Malesherbes : Éditions Sand.
- Fowler, D. (2000). Cognitive behavior therapy for psychosis: From understanding to treatment. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4(2), 199-215.
- Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, E. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis theory and practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Freeman, D., & Garety, P. A. (2002). Cognitive therapy for an individual with a long-standing persecutory delusion: Incorporating emotional processes into a multi-factorial perspective on delusional beliefs. Dans A. P. Morrison (Éd.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis* (pp. 173-196). New York: Brunner-Routledge.

- Freeman, D., & Garety, P. A. (Éds). (2004). *Paranoia: The psychology of persecutory delusions*. Hove, UK: Psychology Press.
- Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P. E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., & Kuipers, E. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, 171, 420-426.
- Freud, S. (1913). Pour introduire le narcissisme. Dans *Œuvres complètes : psychanalyse* (1^{re} éd. 2005, vol. XII, 1913-1914, pp. 217-245). Paris : Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1915). *L'inconscient*. Dans *Métapsychologie* (pp. 65-123). Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1973). Névrose et psychose. Dans S. Freud (Éd.), *Névrose, psychose et perversion* (pp. 293-286). Paris : Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1924).
- Freud, A. (1964). *Le moi et les mécanismes de défense* (3^e éd.). Paris : Presses universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1949, traduit de l'allemand par Anne Berman).
- Friis, S. (2010). Reflections on psychotherapeutic approaches to schizophrenic psychoses: Past, present and future, par Alanen, González de Chávez, Silver, & Martindale. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 33(1), 47-51.
- Garrett, M., & Turkington, D. (2011). CBT for psychosis in a psychoanalytic frame. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 3(1), 2-13.
- Gibeault, A., & Roux, M.-L. (1999). Finalités et fin de traitement de patients psychotiques. Dans J. Chambrier, R. Perron, & V. Soufrir (Éds), *Psychoses II Aux frontières de la clinique et de la théorie* (pp. 65-74). Paris : Presses universitaires de France.
- Gimenez, G. (2010). *Halluciner, percevoir l'impensé : approche psychanalytique de l'hallucination psychotique*. Bruxelles : de Boeck.
- Girard, M. (2010) Winnicott's foundation for the basic concepts of Freud's metapsychology? *The International Journal of Psychoanalysis*, 91, 305-324.
- Gortais, J. (2010). Approche historique d'une psychopathologie psychanalytique de la schizophrénie. Dans C. Chabert (Éd.), *Traité de psychopathologie de l'adulte – Les psychoses* (pp. 175-233) Paris : Dunod.

- Grant, P., Young, P. R., & DeRubeis, R. J. (2005). Cognitive and behavioral therapies. Dans G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Éds), *Oxford textbook of psychotherapy* (pp. 15-25). New York, NY: Oxford University Press.
- Gumley, A. (2011). Staying well after psychosis: A cognitive interpersonal approach to emotional recovery and relapse prevention. Dans R. Hagen, D. Turkington, T. Berge, & R. W. Grawe (Éds), *CBT for Psychosis: A symptom-based Approach* (pp. 128-143). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Gumley, A., Gillham, A., Taylor, K., & Schwannaeuer, M. (2013). *Psychosis and emotion: The role of emotions in understanding psychosis, therapy and recovery*. New York: Routledge.
- Gumley, A., & Schwannauer, M. (2006). *Staying well after psychosis a cognitive interpersonnal approach to recovery and relapse prevention*. England: John Wiley & Sons.
- Hagen, R., & Turkington, D. (2011). Introduction. Dans R. Hagen, D. Turkington, T. Berge, & R. W. Grawe (Éds), *CBT for Psychosis: A symptom-based Approach* (pp. 3-11). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Hagen, R., Turkington, D., Berge, T., & Grawe, R. W. (2011). *CBT for Psychosis: A symptom-based Approach*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Harris, M. G., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Purcell, R., Schwartz, O. S., Farrelly, S. E., ... McGorry, P. D. (2005). The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: An eight-year prospective study. *Schizophrenia Research*, 79(1), 85-93.
- Hayat, M. (1999). Rôle et fonction du traitement psychiatrique dans les cothérapies. Dans J. Chambrier, R. Perron, & V. Souffrir (Éds), *Psychoses III Pratiques* (pp. 145-162). Paris : Presses universitaires de France.
- Hooas, L. E. C., Lindholm, S. R., Berge, T., & Hagen, R. (2011). The therapeutic alliance in cognitive behavioral therapy for psychosis. Dans R. Hagen, D. Turkington, T. Berge, & R. W. Grawe (Éds), *CBT for Psychosis: A symptom-based Approach* (pp. 59-76). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Houser, M. (2008). Aspect génétique. Dans J. Bergeret (Éd.), *Psychologie pathologique théorique et clinique* (10^e éd., pp. 5-49). Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Ionescu, S., Jacquet, M-M., & Lhote, C. (1997). *Les mécanismes de défense : théorie et clinique*. Paris : Nathan.

- Jacobson, E. (1999) Conflit psychotique et réalité. Dans J. Chambrier, R. Perron, & V. Souffrir (Éds.), *Psychoses II Aux frontières de la clinique et de la théorie* (pp. 121-151). Paris : Presses universitaires de France.
- Jamison, S., & Kane, C. F. (1996). Object relations and nursing care of persons experiencing psychosis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(3), 129-135.
- Jeammet, P. (2010). Schizophrénie et adolescence. Dans C. Chabert (Éd.), *Traité de psychopathologie de l'adulte – Les psychoses* (pp. 309-337). Paris : Dunod.
- Jimenez, J. P. (1993). A fundamental dilemma of psychoanalytical technique: Reflections on the analysis of a perverse paranoid patient. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74(3), 487-504.
- Jones, R. M., Hansen, L., Moskvina, V., Kingdon, D., & Turkington, D. (2010). The relationship between self-esteem and psychotic symptoms in schizophrenia: A longitudinal study. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 2(3), 218-226.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1995). *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. Paris : Presses universitaires de France.
- Kestemberg, E. (1957). Quelques considérations à propos de la fin du traitement des malades à structure psychotique. Dans E. Kestemberg (Éd.), *La psychose froide* (1^{re} éd., pp. 55-62). Paris : Presses universitaires de France.
- Kestemberg, E. (1974). Note sur le traitement des états psychotiques. Dans E. Kestemberg (Éd.), *La psychose froide* (1^{re} éd., pp. 55-62). Paris : Presses universitaires de France.
- Kinderman, P. (2011). Cognitive models of auditory hallucinations. Dans R. Hagen, D. Turkington, T. Berge, & R. W. Grawe (Éds), *CBT for Psychosis: A symptom-based Approach* (pp. 12-21). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Klein, M. (1934). Contribution à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs. Dans M. Klein (Éd.), *Essais de psychanalyse* (pp. 311-340). Paris : Payot.
- Klein, M. H., Kolden, G. G., Michels J. L., & Chisholm-Stockard, S. (2002). Congruence. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 19-216). New York: Oxford University Press.

- Kline, J., Becker, J., & Giese, C. (1992). Psychodynamic interventions revisited: Options for the treatment of schizophrenia. *Psychotherapy*, 29(3), 366-377.
- Kramer, U. U., de Roten, Y. Y., & Despland, J. N. (2005). Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies. *Pratiques psychologiques*, 11(4), 359-370.
- Kuipers, F., & Bebbington, P. (2006). Cognitive behaviour therapy for psychosis. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 15(4), 267-275.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse* (7^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Larkin, W., & Morrison, A. P. (2006). *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy*. New York: Routledge.
- Lavoie, J.-G. (1996). La psychose et le délire. Dans P. Doucet & W. Reid (Éds), *La psychothérapie psychanalytique – Une diversité de champs cliniques* (pp. 281-306). Montréal : Gaëtan Morin.
- Leblanc, J. (1996). Le développement du champ clinique en psychanalyse : névrose symptomatique, névrose de caractère, dépression, psychose. Dans P. Doucet & W. Reid (Éds), *La psychothérapie psychanalytique – Une diversité de champs cliniques* (pp. 133-145). Montréal : Gaëtan Morin.
- Lecomte, Y. (1995) Fondements théoriques des communautés thérapeutiques pour psychotiques. *Filigrane*, 5, 95-106.
- Leduc, R. (1996) L'expérience psychotique à l'intérieur du processus psychanalytique. Dans P. Doucet & W. Reid (Éds), *La psychothérapie psychanalytique – Une diversité de champs cliniques* (pp. 309-323). Montréal : Gaëtan Morin.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., ... Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 95-106.
- Marriott, M., Knowles, R. E., Rowse, G., & Thompson, A. R. (2013) What is psychosis? A meta-synthesis of inductive qualitative studies exploring the experience of psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 5(1), 1-16.
- Meltzer, D. (1984). Les concepts d'« identification projective » (Klein) et de « contenant-contenu » (Bion) en relation avec la situation analytique. *Revue française de psychanalyse*, 48(2), 541-550.

- Michail, M., & Birchwood, M. (2011). Command hallucinations: Theory and psychological interventions. Dans R. Hagen, D. Turkington, T. Berge, & R. W. Grawe (Éds), *CBT for Psychosis: A symptom-based Approach* (pp. 86-98). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Morrisson, A. P., & Haddock, G. (1997). Cognitive factors in source monitoring auditory hallucinations: A comparative study of intrusions in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1097-1106.
- Morrison, A. P., Renton, J. C., Dunn, H., Williams, S., & Bentall, R. P. (2004). *Cognitive therapy for psychosis. A formulation based approach*. Hove: Brunner-Routledge.
- Nisbett, R. E., & Ross, L. (1980). *Human reference: Strategies and shortcomings of social judgement*. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Paley, G., & Shapiro, D. A. (2002). Lessons from psychotherapy research for psychological interventions for people with schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 5-17.
- Perivoliotis, D., Grant, P. M., Peters, E. R., Ison, R., Kuipers, E., & Beck, A. T. (2010). Cognitive insight predicts favorable outcome in cognitive behavioral therapy for psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 2(1), 23-33.
- Peters, E. (2011). Assesment for symptoms of psychosis. Dans R. Hagen, D. Turkington, T. Berge, & R. W. Grawe (Éds), *CBT for Psychosis: A symptom-based Approach* (pp. 40-56). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Pommier, F. (2010). L'extrême : une réponse entre psychose et fonctionnement limite. Dans C. Chabert (Éd.), *Traité de psychopathologie de l'adulte – Les psychoses* (pp. 3-56). Paris : Dunod.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral And Brain Science*, 1(4), 515-526.
- Racamier, P. C. (1969). Notes brèves sur la clinique psychotique des troubles de la pensée. *Revue française de psychanalyse*, 33, 876-879.
- Racamier, P. C. (1976). *L'Interprétation psychanalytique des schizophrénies*. Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris : Psychiatrie, 37291 A-10.
- Racamier, P. C. (1980) *Les schizophrènes*. Paris : Payot.

- Racamier, P. C. (1985). Préface. Dans P. C. Racamier, S. Freud, S. Ferenczi, & K. Abraham (Éds), *Les psychoses : la perte de la réalité : les grandes découvertes de la psychanalyse* (pp. 11-20). Malesherbes : Éditions Sand.
- Racamier, P. C. (1992). *Le génie des origines, psychanalyse et psychoses*. Paris : Payot.
- Reid, W. (1996) Pour une métapsychologie du cadre analytique ou comment ne pas être un héros? Dans P. Doucet & W. Reid (Éds), *La psychothérapie psychanalytique – Une diversité de champs cliniques* (pp. 415-436). Montréal : Gaëtan Morin.
- Renton, J. (2002). Cognitive therapy for paranoia. Dans A. P. Morrison (Éd.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis*, (pp. 19-36). New York: Brunner-Routledge.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rosenfeld, H. (1969). On the treatment of psychotic states by psychoanalysis: An historical approach. *International Journal of Psychoanalysis*, 50, 615-631.
- Rosenfeld, H. A. (1987). *Impasse et interprétation*. Paris : Presses universitaires de France, collection Le fil Rouge.
- Rousselet, A. V. (2012). Thérapie comportementale et cognitive des troubles schizophréniques : actualités et perspectives. *Annales Médico-Psychologiques*, 170, 349-357.
- Santé Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mm/mac/index-fra.php>
- Sareen, J., & Skakum, K. (2005). Defining the Core processes of psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1549-1550. doi:10.1176/appi.ajp.162.8.1549
- Searles, H. F. (1965). *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris : Gallimard.
- Slade, P. D., & Bentall, R. P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucinations*. London: Croom Helm.
- Stolar, N., & Grant, P. (2011). Cognitive characterization and therapy of negative symptoms and formal thought disorder. Dans R. Hagen, D. Turkington, T. Berge, & R. W. Grawe (Éds), *CBT for Psychosis: A symptom-based Approach* (pp. 116-127). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.

- Strauss, J. S., & Carpenter, W. T. (1981). *Schizophrenia*. New York: Plenum.
- Tarrier, N., Haddock, G., Barrowclough, C., & Wykes, T. (2002). Are all psychological treatments for psychosis equal? The need for CBT in the treatment of psychosis and not for psychodynamic psychotherapy: Comment on Paley and Shapiro (2002). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research And Practice*, 75(4), 365-374.
- Touzé, J. (1999). Contre-transfert et problèmes techniques dans la cure individuelle des patients psychotiques. Dans J. Chambrier, R. Perron, & V. Souffir (Éds), *Psychoses III Pratiques* (pp. 11-34). Paris : Presses universitaires de France.
- Turkington, D., Bryant, C., & Lumley, V. (2011). Cognitive models for delusion. Dans R. Hagen, D. Turkington, T. Berge, & R. W. Grawe (Éds), *CBT for Psychosis: A symptom-based Approach* (pp. 22-39). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Urtubey, L. de. (1994). Le travail de contre-transfert. *Revue Française de psychanalyse*, 58(Spec Issue), 1271-1372.
- van Os, J., & Tamminga, C. A. (2010). Introduction. Dans C. A. Tamminga, P. J. Sirovatska, D. A. Regier, & J. van Os (Éds), *Deconstructing psychosis Refining the research agenda for DSM-V* (pp. xxi-xxii). Arlington: American Psychiatric Association.
- Weinmann, S., & Aderhold, V. (2010). Antipsychotic medication, mortality and neurodegeneration: The need for more selective use and lower doses. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 2(1), 50-69.
- Williams, S. (2002). Anxiety, associated physiological sensations, and delusional catastrophic misinterpretation: Variations on a theme? Dans A. P. Morrison (Éd.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis* (pp. 148-172). New York: Brunner-Routledge.
- Winnicott, D. W. (1964). Further thoughts on babies as persons. Dans D. W. Winnicott (Éd.), *The child, the family, and the outside world* (pp. 85-92). Harmondsworth, England: Penguin Books. (Ouvrage original publié en 1947).
- Winnicott, D. W. (1958). La capacité d'être seul. Dans D. W. Winnicott (Éd.), *De la psychiatrie à la psychanalyse* (pp. 205-213). Paris : Payot.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. Dans D. W. Winnicott (Éd.), *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development* (pp. 37-55). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*.
New York: International Universities Press.