Après un premier traitement pour une psychose : quels défis et quels enjeux?

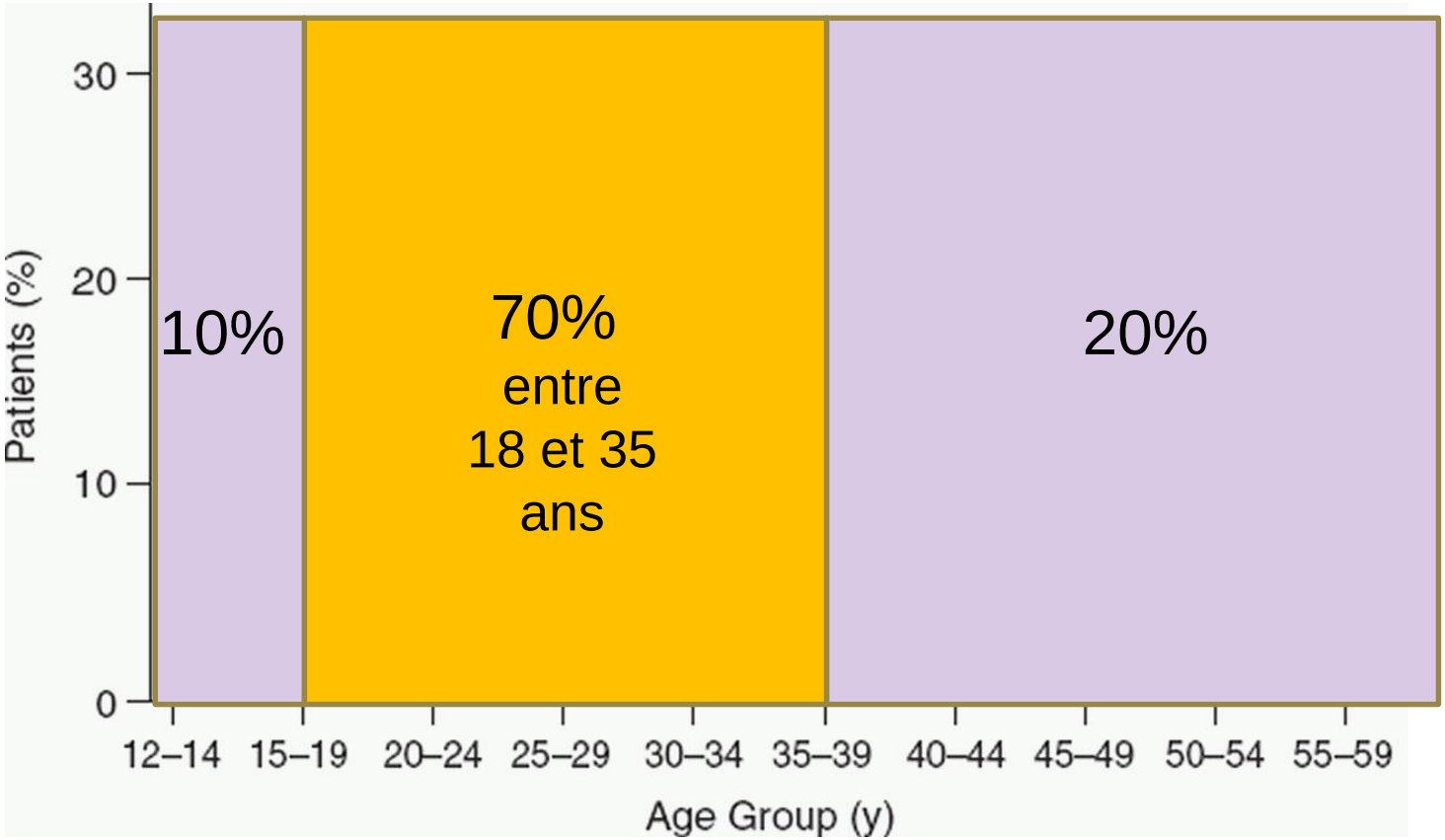
Philippe Conus

Département de psychiatrie CHUV

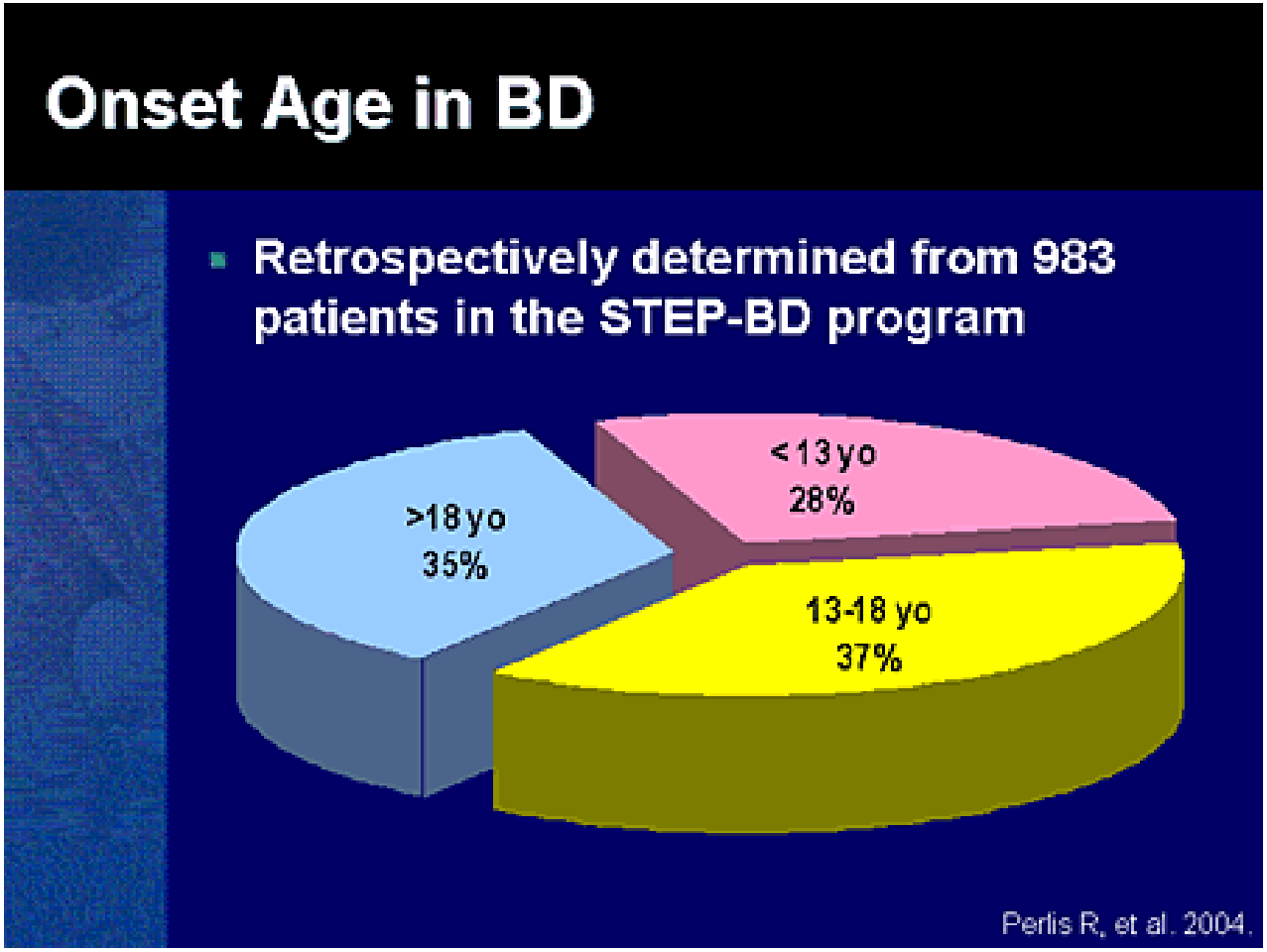
Service de psychiatrie générale

PREMIER EPISODE DE PSYCHOSE: QUEL IMPACT?

A QUEL AGE EMERGE LA PSYCHOSE?



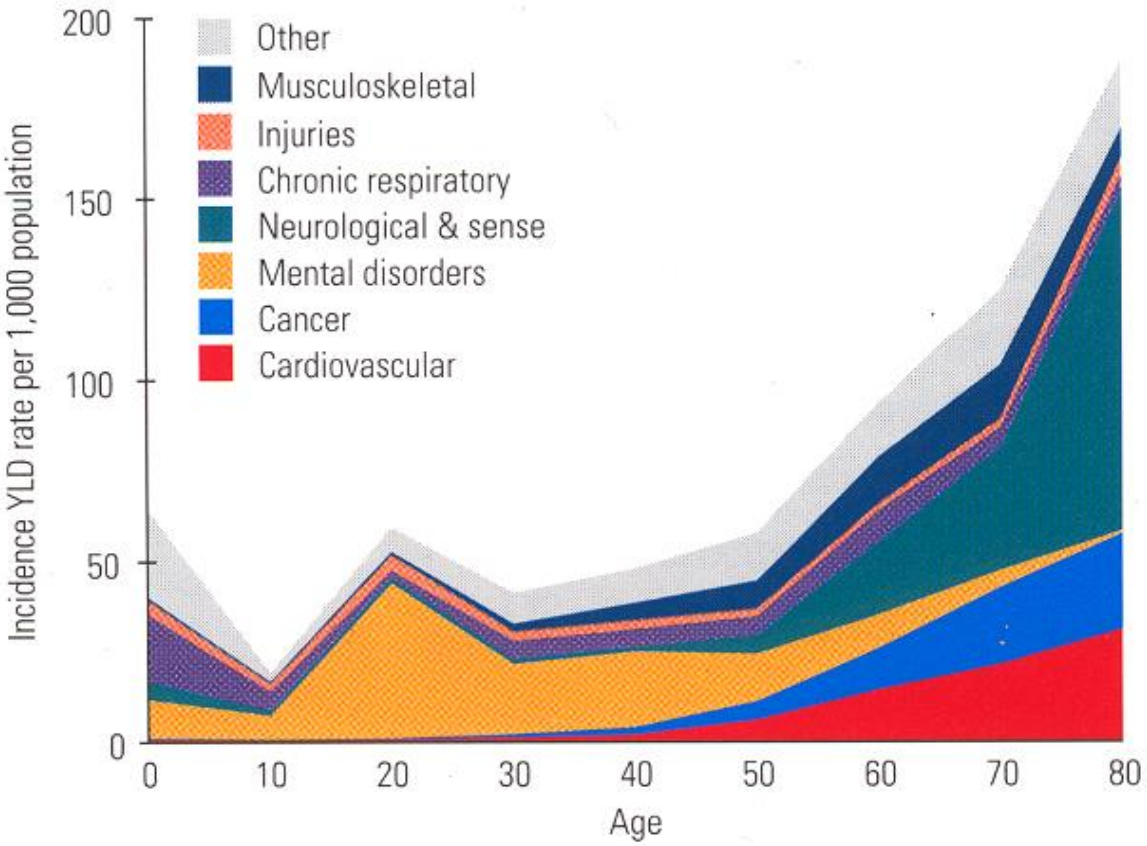
A QUEL AGE EMERGE LA PSYCHOSE?



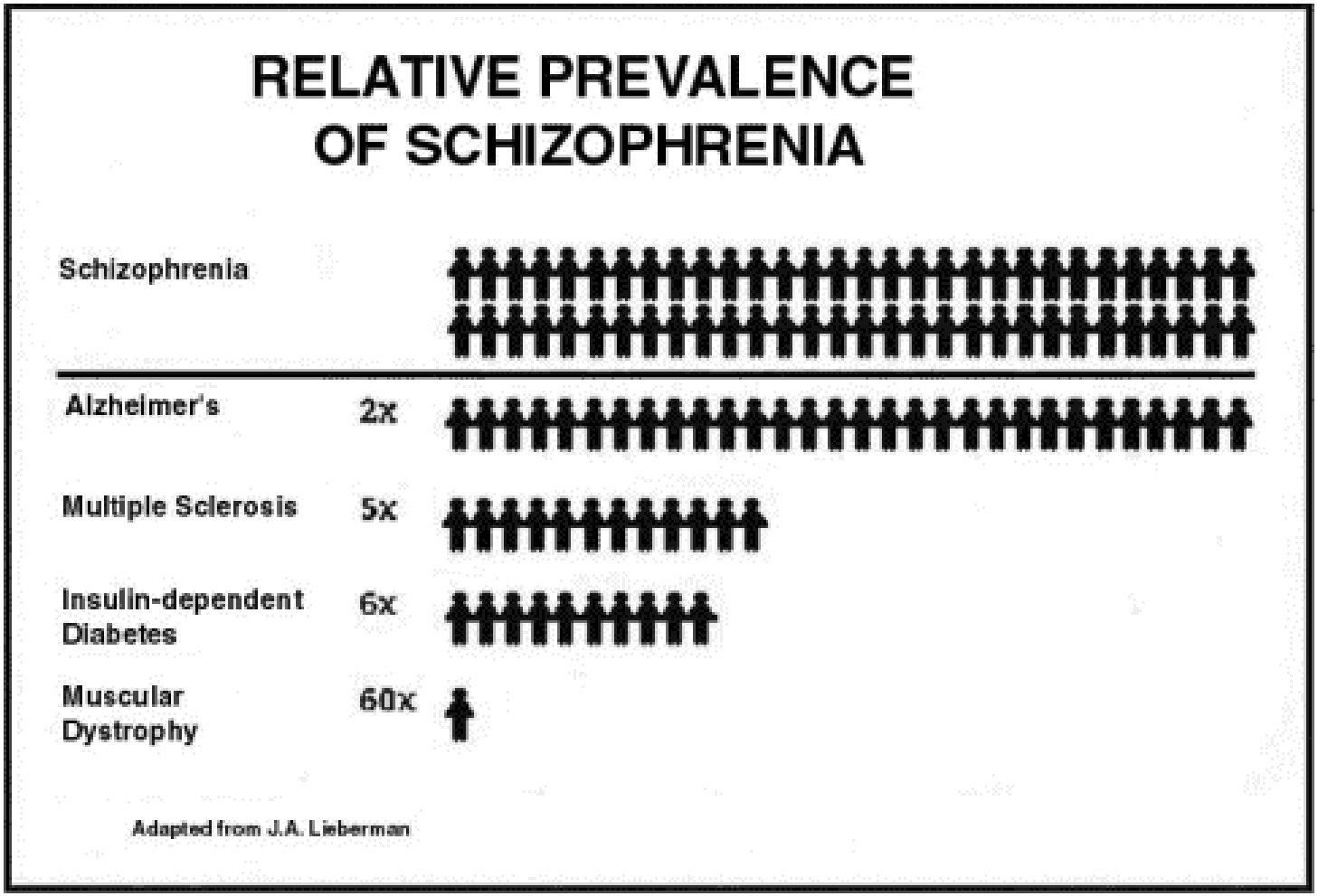
A QUEL AGE EMERGE LA PSYCHOSE?

QUELS PROBLEMES DE SANTE CHEZ LES JEUNES?

Figure 6 Incident YLD Rates per 1,000 Population by Age and Broad Disease Grouping, Victoria 1996



LES PSYCHOSES NE SONT PAS RARES



QUEL IMPACT?

« L'effet de l'émergence de la psychose sur le « self » et sur le développement peut être cataclysmique, causant un déraillement, une cassure, une déflexion voire la paralysie du développement de la trajectoire personnelle.

La psychose a le potentiel de modifier aussi bien la façon qu'a la personne de se construire que son environnement et son futur.

Les ravages ***sont d'autant plus marqués que la personne est jeune*** *et qu'elle se trouve dans une phase précoce de son développement. »*

Jackson et al, 1999

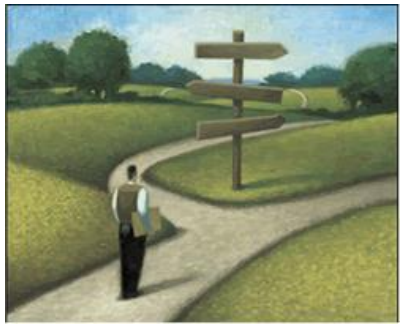
ADOLESCENCE: PLUSIEURS DEFIS AU PLAN « SOCIAL »

- Définir son identité, son individualité
- S'émanciper en préservant les liens familiaux
- Etablir un réseau social
- Faire ses premières expériences de relation intime
- Compléter son éducation
- Faire des choix de trajectoire professionnelle

IMPACT POTENTIEL DES TROUBLES PSYCHIQUES

- La présence de troubles psychiques, même modérés, dans cette phase de la vie, peut donc
  - *avoir un impact majeur dans plusieurs domaines*
  - *limiter le potentiel de développement de la personne à plusieurs égards*

- En cas de troubles plus importants et persistants, certains risques émergent:
  - *Invalidité durable,*
  - *exclusion sociale,*
  - *suicide*



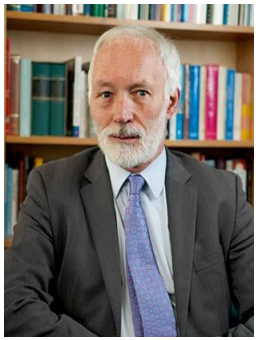
Facteurs de complication pour les soins

- Prévalence élevée d'abus de substance
- Peu d'expérience des systèmes de soin
- Stéréotypes négatifs dans la société à l'égard de la maladie mentale
- Crainte de l'hospitalisation
- Foi en leur propre invulnérabilité et difficultés à accepter le besoin de traitement
- Utilisation du déni comme stratégie pour faire face
- Volonté d'indépendance et d'émancipation qui entre en conflit avec le fait que des soignants se mêlent de leur vie

Premier épisode de psychose: quel impact concret?

- Interférence avec les enjeux de l'adolescence et du début de la vie adulte
  - *Emancipation de la famille*
  - *Développement de compétences et d'intérêts*
  - *Découverte de la sexualité*
  - *Développement d'amitiés durables*
  - *Entrée dans les études supérieures et/ou la formation professionnelle*
- Perte de phase avec les pairs
- Sentiment d'isolement social
- Démoralisation – perte d'espoir
- Sentiment de réduction des chances de développement dans le futur

Premier épisode de psychose: quel impact concret?



0022-3018/91/1795-0253$03.00/0
THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE
Copyright © 1991 by Williams & Wilkins

Posttraumatic Stress Disorder Following Recent-Onset Psychosis

An Unrecognized Postpsychotic Syndrome

PATRICK D. McGORRY, M.B.B.S., M.R.C.P. (U.K.), F.R.A.N.Z.C.P., ANDREW CHANEN, B.MED.SCI., ELIZABETH McCARTHY, B.MED.SCI., RAPHAEL VAN RIEL, B.A.(HONS.), DEAN McKENZIE, B.A.(HONS.), AND BRUCE S. SINGH, M.B.B.S., F.R.A.C.P., F.R.A.N.Z.C.P., PH.D.[1]

Clinical experience with psychotic patients early in the course of their illness suggested that symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) may not be uncommon after recovery from an acute psychotic episode. Thirty-six patients recovering from an acute psychotic episode within 2 to 3 years of onset of their illness were assessed as inpatients and followed up on two occasions during the year after discharge. The prevalence of PTSD was found to be 46% at 4 months and 35% at 11 months, measured by a questionnaire linked to DSM-III criteria. The relationships between negative symptomatology and PTSD symptoms and between depressive symptomatology and PTSD symptoms were also examined; a significant correlation was found only for the latter. The psychopathological, preventive, and therapeutic implications of these findings are discussed, and future research strategies are proposed.

—*J Nerv Ment Dis* 179:253–258, 1991

Premier épisode de psychose: quel impact concret?

Our clinical experience with patients recovering from a psychotic illness of recent onset indicates that most patients have found the experience highly stressful and do experience the kind of symptomatology that has been grouped together under the rubric of PTSD. This includes reexperiencing traumatic aspects of their illness and hospital experiences, particularly seclusion and forced sedation, avoidance and denial of these issues, emotional numbing and reduced responsiveness, and nonspecific features including depression and a fragility or reduced resilience to stress. In the context

Deux réactions normales et fréquentes après un premier éspisode psychotique

Le déni

Le désengagement

Deux réactions normales et fréquentes après un premier éspisode psychotique

Le désengagement

Le premier défi: engager le patient dans les soins

« Pour que puisse le docteur le débarrasser des ses démons, encore faut-il qu'il puisse le voir »

La Palice, 1500

Situation à Lausanne en 2000

MÉMOIRE ORIGINAL

Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose

C. BONSACK [1], T. PFISTER, P. CONUS

L'Encéphale, 2006 ; *32* : 679-85

Linkage to care after first hospitalisation for psychosis

Summary. Background. *First hospitalisation for a psychotic episode causes intense distress to patients and families, but offers an opportunity to make a diagnosis and start treatment. However, linkage to outpatient psychiatric care remains a notoriously difficult step for young psychotic patients, who frequently interrupt treatment after hospitalisation. Persistence of symptoms, and untreated psychosis may therefore remain a problem despite hospitalisation and proper diagnosis. With persisting psychotic symptoms, numerous complications may arise : breakdown in relationships, loss of family and social support, loss of employment or study interruption, denial of disease, depression, suicide, substance abuse and violence. Understanding mechanisms that might promote linkage to outpatient psychiatric care is therefore a critical issue, especially in early intervention in psychotic disorders.* **Objective.** *To study which factors hinder or promote linkage of young psychotic patients to outpatient psychiatric care after a first hospitalisation, in the absence of a vertically integrated program for early psychosis.* **Method.** *File audit study of all patients aged 18 to 30 who were admitted for the first time to the psychiatric University Hospital of Lausanne in the year 2000. For statistical analysis, χ^2 tests were used for categorical variables and t-test for dimensional variables ; $p < 0.05$ was considered as statistically significant.* **Results.** *230 patients aged 18 to 30 were admitted to the Lausanne University psychiatric hospital for the first time during the year 2000, 52 of them with a diagnosis of psychosis (23 %). Patients with psychosis were mostly male (83 %) when compared with non-psychosis patients (49 %). Furthermore, they had (1) 10 days longer mean duration of stay (24 vs 14 days), (2) a higher rate of compulsory admissions (53 % vs 22 %) and (3) were more often hospitalised by a psychiatrist rather than by a general practitioner (83 % vs 53 %). Other socio-demographic and clinical features at admission were similar in the two groups. Among the 52 psychotic patients, 10 did not stay in the catchment area for subsequent treatment. Among the 42 psychotic patients who remained in the catchment area after discharge, 20 (48 %) did not attend the scheduled or rescheduled outpatient appointment. None of the socio demographic characteristics were associated with attendance to outpatient appointments. On the other hand, voluntary admission and suicidal ideation before admission were significantly related to attending the initial appointment. Moreover, some elements of treatment seemed to be associated with higher likelihood to attend outpatient treatment : (1) provision of information to the patient regarding diagnosis, (2) discussion about the treatment plan between in- and outpatient staff, (3) involvement of outpatient team during hospitalisation, and (4) elaboration of concrete strategies to face basic needs, organise daily activities or education and reach for help in case of need.* **Conclusion.** *As in other studies, half of the patients admitted for a first psychotic episode failed to link to outpatient psychiatric care. Our study suggests that treatment rather than patient's characteristics play a critical role in this phenomenon. Development of a partnership and involvement of patients in the decision process, provision of good information regarding the illness, clear definition of the treatment plan, development of concrete strategies to cope with the illness and its potential complications, and involvement of the outpatient treating team already during hospitalisation, all came out as critical strategies to facilitate adherence to outpatient care. While the current rate of disengagement after admission is highly concerning, our finding are encouraging since they constitute strategies that can easily be implemented. An open approach to psychosis, the development of partnership with patients and a better coordination between inpatient*

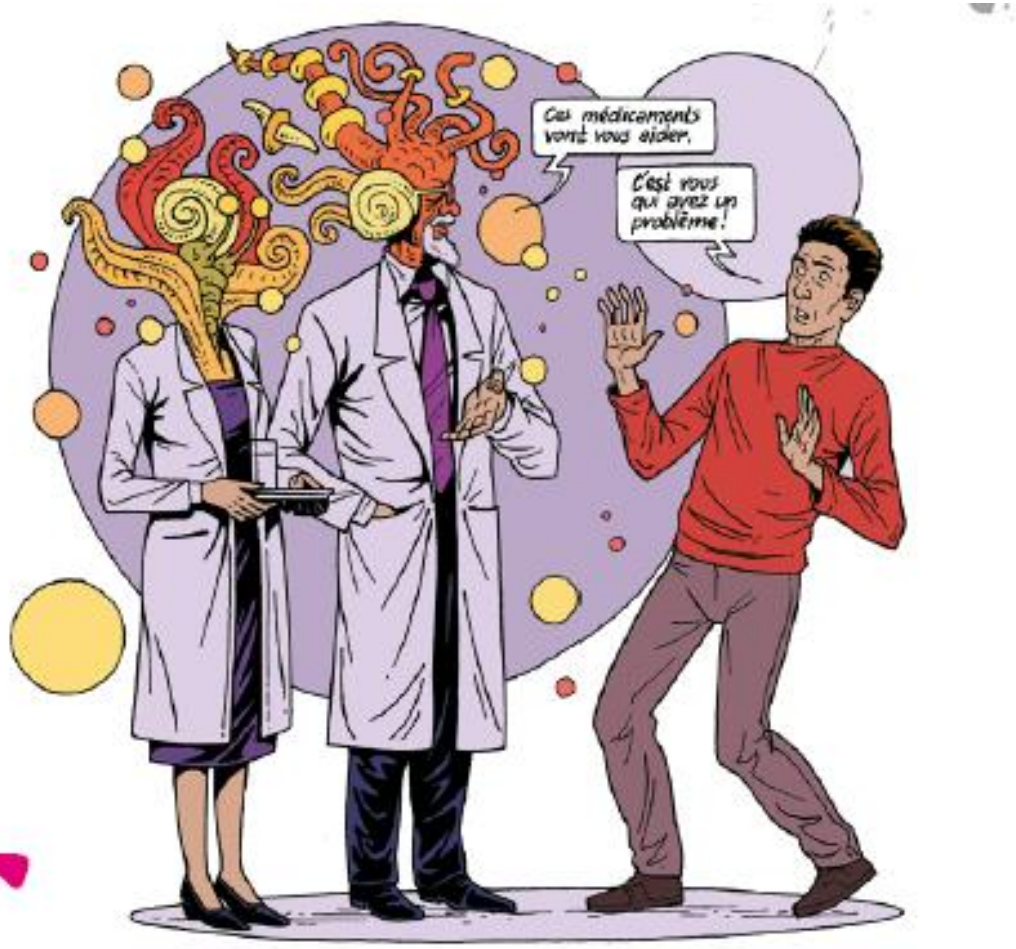
52 premières hospitalisations pour psychose à Lausanne en 2000

- Long délai avant le premier traitement (DUP)
- Développement de co morbidités avant traitement
  - *13% tentative de suicide effectuée*
  - *50% abusent de substance*
- Impact socio-économique *(44% sans emploi à l'admission)*
- Traitement initial traumatisant
- Traumatisme de la famille

- **MAUVAISE INSERTION DANS LES SOINS APRES LA SORTIE: *50% des patients ne se rendent même pas au premier rendez-vous ambulatoire qui leurs est fixé***

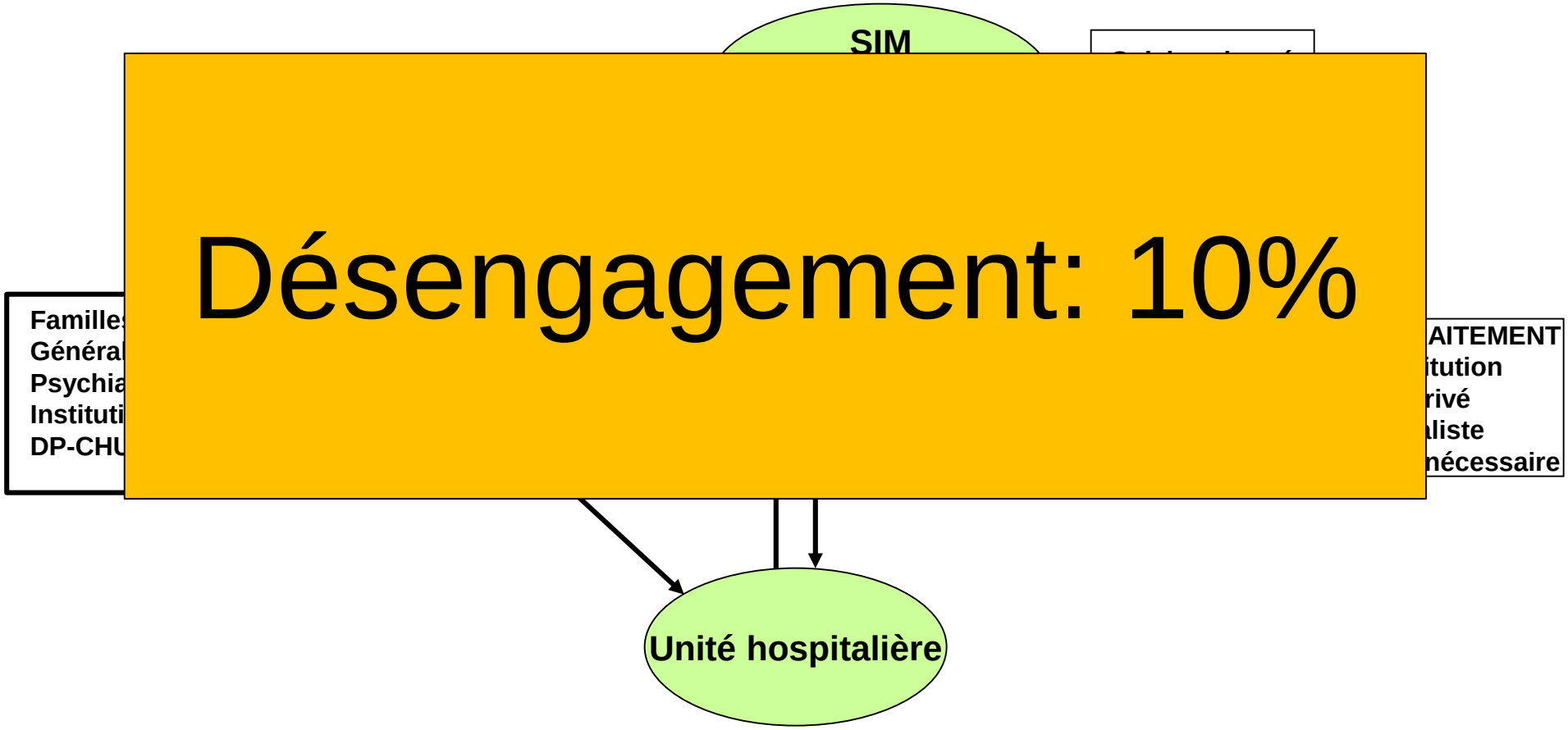
- ***Sans organisation spécialisée, l'engagement dans les soins est mauvais***
- ***Il en découle des rechutes, un retard de traitement et une chronification***

BONJOUR !...
JE ME PRÉSENTE :
JE M'APPELLE JEAN
ET JE SUIS PSY...
MIX & REFIX


Ces médicaments vont vous aider.
C'est vous qui avez un problème !

1. UNE QUESTION D'ORGANISATION

Programme TIPP: Traitement et Intervention dans la phase Précoce des troubles Psychotiques



Désengagement: 10%

2. Favoriser l'engagement des patients

INTERVENTION INSIGHTS

The therapeutic alliance: is it necessary or sufficient to engender positive outcomes?

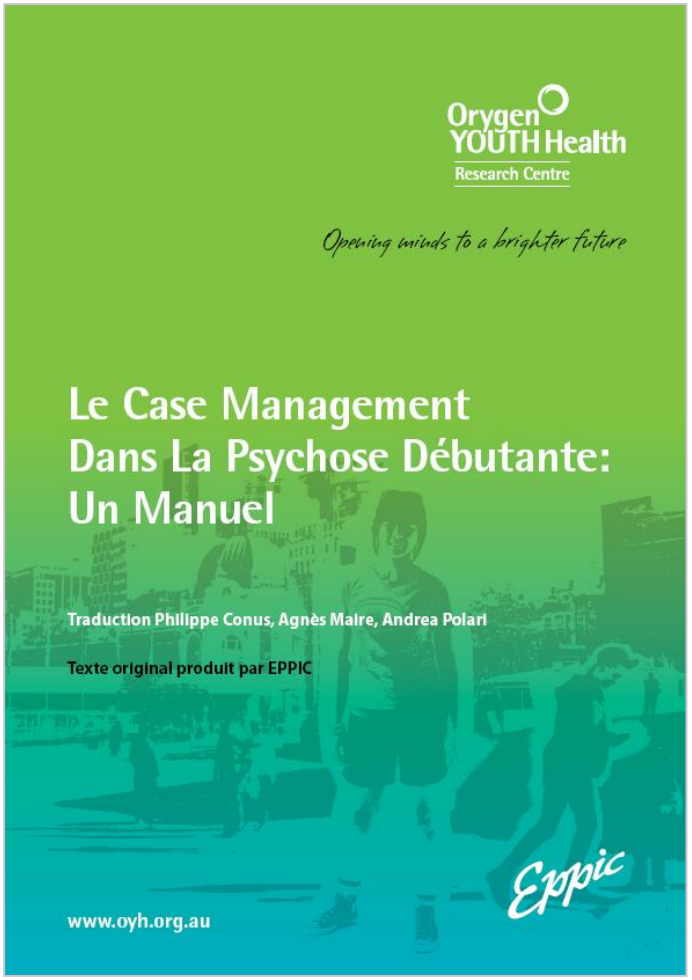
Craig A. Macneil[1], Melissa K. Hasty[1], Melanie Evans[1], Cassie Redlich[1], Michael Berk[1,2,3,4]

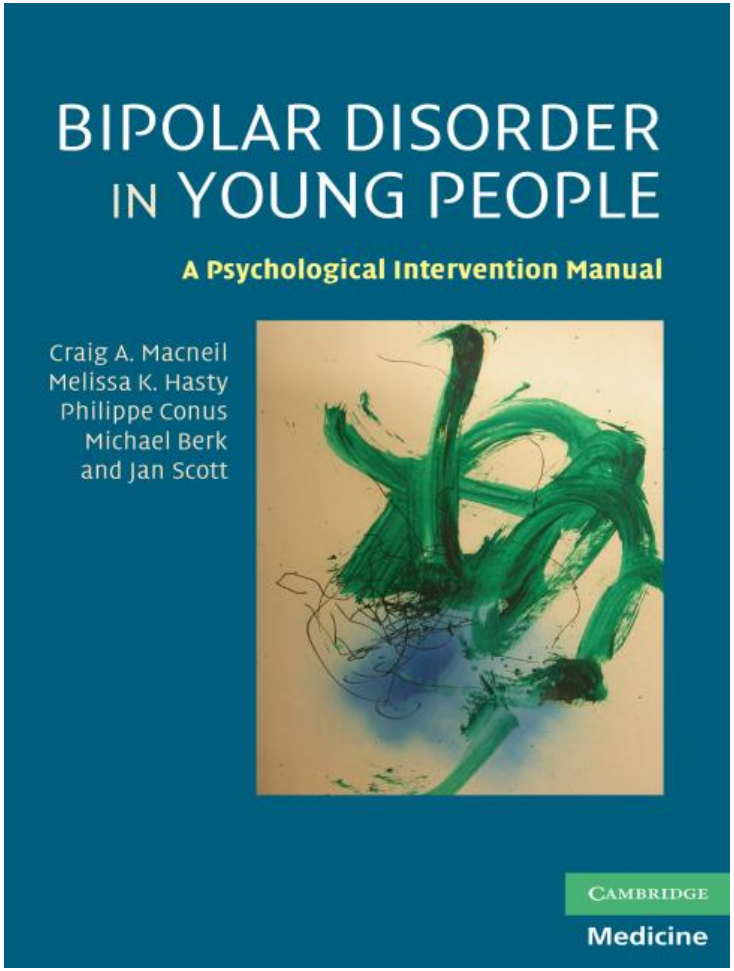
Acta Neuropsychiatrica 2009: 2:95–98

2. Favoriser l'engagement des patients

- *Garantir la continuité des soins*
- *Adapter l'intervention au stade de conceptualisation du patient*
- *Explorer les expériences préalables de traitement*
- *Prendre le temps de comprendre la personne dans son ensemble plutôt que de ne se focaliser que sur les symptômes*
- *Explorer les ressources et les projets, pas seulement les déficits*
- *Identifier les priorités telles que définies par le patient*
- *Comprendre le modèle explicatif du patient*
- *Soutenir l'optimisme réaliste*
- *Etre prêt à faire face à des ruptures qui peuvent aussi permettre des expériences et à terme renforcer l'alliance*
- *L'engagement est un processus progressif: être persévérant*
- *Se laisser toucher par l'histoire du patient*

2. Favoriser l'engagement des patients





3. Prévenir la rupture

Schizophrenia Research 118 (2010) 256–263

Contents lists available at ScienceDirect

Schizophrenia Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/schres

Rate and predictors of service disengagement in an epidemiological first-episode psychosis cohort

Philippe Conus [a,b,*], Martin Lambert [c], Sue Cotton [b], Charles Bonsack [a], Patrick D. McGorry [b], Benno G. Schimmelmann [d]

[a] Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP), Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, Université de Lausanne, Clinique de Cery, Switzerland
[b] Orygen Youth Health and Research Centre, Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia
[c] Psychosis Early Detection and Intervention Centre (PEDIC), Centre for Psychosocial Medicine, Department for Psychiatry and Psychotherapy, University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, Germany
[d] Child and Adolescent Psychiatry, University of Bern, Switzerland

ARTICLE INFO

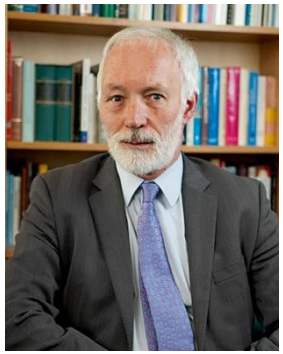
Article history:
Received 29 October 2009
Received in revised form 13 January 2010
Accepted 29 January 2010
Available online 4 March 2010

Keywords:
First-episode psychosis
Disengagement
Treatment adherence
Schizophrenia

ABSTRACT

Objectives: To assess the prevalence and predictors of service disengagement in a treated epidemiological cohort of first-episode psychosis (FEP) patients.
Methods: The Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) in Australia admitted 786 FEP patients from January 1998 to December 2000. Treatment at EPPIC is scheduled for 18 months. Data were collected from patients' files using a standardized questionnaire. Seven hundred four files were available; 44 were excluded, because of a non-psychotic diagnosis at endpoint ($n=43$) or missing data on service disengagement ($n=1$). Rate of service disengagement was the outcome of interest, as well as pre-treatment, baseline, and treatment predictors of service disengagement, which were examined via Cox proportional hazards models.
Results: 154 patients (23.3%) disengaged from service. A past forensic history (Hazard ratio [HR] = 1.69; 95%CI 1.17–2.45), lower severity of illness at baseline (HR = 0.59; 95%CI 0.48–0.72), living without family at discharge (HR = 1.75; 95%CI 1.22–2.50) and persistence of substance use disorder during treatment (HR = 2.30; 95%CI 1.45–3.66) were significant predictors of disengagement from service.
Conclusions: While engagement strategies are a core element in the treatment of first-episode psychosis, particular attention should be paid to these factors associated with disengagement. Involvement of the family in the treatment process, and focusing on reduction of substance use, need to be pursued in early intervention services.

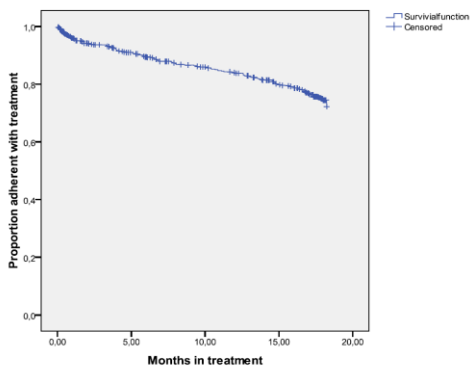
© 2010 Elsevier B.V. All rights reserved.



3. Prévenir la rupture

- Les ruptures de suivi limitent les bénéfices de l'intervention précoce
- Taux de rupture dans la psychose émergente
  - *Structures de soins habituelles: 35 – 60%*
  - *Programmes spécialisés: 18 – 25%*
- Buts: Identification de facteurs prédictifs de la rupture dans un échantillon épidémiologique de 704 premiers épisodes de psychose

Figure 1. Estimated rate of service disengagement over time



- *TAUX DE RUPTURE sur 18 mois:* ***23%***
- *FACTEURS PREDICTIFS*
  - ➢ *Passé judiciaire (OR = 1.7)*
  - ➢ *EGF à l'entrée dans programme (OR = 0.6)*
  - ➢ *Absence de liens avec la famille (OR = 1.7)*
  - ➢ *Persistance d'abus de substance (OR = 2.3)*

3. Prévenir la rupture

- ENGAGEMENT DES FAMILLES DANS LE TRAITEMENT
  - Evaluations et entretiens
  - Approche systémique
- GROUPE MULTI-FAMILIAL SUR LA PSYCHOSE DEBUTANTE
  - 4 sessions
  - Familles de patients récemment entrés dans le programme
  - Focus sur la phase précoce des psychoses
- LE TRIANGLE
  - Séance d'interaction-information: patients, proches et soignants

- PROGRAMME PRO-FAMILLE: 16 sessions multifamiliales pour les proches de patients souffrant de schizophrénie

3. Prévenir la rupture

Regular Article

Psychotherapy and Psychosomatics

Psychother Psychosom 323466
DOI: 10.1159/000323466

Received: July 1, 2010
Accepted after revision: December 8, 2010
Published online: ■■■

Motivational Intervention to Reduce Cannabis Use in Young People with Psychosis: A Randomized Controlled Trial

Charles Bonsack Silvia Gibellini Manetti Jerôme Favrod Yves Montagrin
Jacques Besson Pierre Bovet Philippe Conus

Department of Psychiatry, CHUV, Lausanne, Switzerland

Jérôme Favrod

3. Prévenir la rupture

Psychose, cannabis et groupes motivationnels

En s'appuyant sur les acquis démontrés de l'entretien motivationnel individuel chez les patients psychotiques consommateurs de cannabis, une équipe suisse a complété leur prise en charge individuelle par des groupes motivationnels. Le format de ces groupes mobilise davantage ces patients et favorise notamment une mise en scène de la balance décisionnelle.

Jérôme FAVROD* [a, b],
Silvia GIBELLINI MANETTI** [b],
Sara CRESPI* [b],
Shyhrete REXHAJ* [a,b],
Philippe CONUS*** [c],
Charles BONSACK*** [c]

* Infirmier, ** Psychologue, *** Psychiatre
a) Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, Site de Cery, Prilly.
b) Ecole la Source, Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Lausanne.
c) Service de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, Site de Cery, Prilly.

Plusieurs études montrent que les personnes présentant un premier épisode de psychose consomment davantage de substances toxiques que la population générale, le cannabis étant la drogue la plus populaire (1, 2, 3). Les patients atteints de schizophrénie y recourent également plus fréquemment que ceux souffrant d'autres troubles psychiatriques, avec une prévalence moyenne de 40 %, les variations allant de 13 à 69 %, selon les études (4). Une méta-analyse récente indique par ailleurs que le taux médian d'usage de cette substance est plus élevé lors des premiers épisodes de schizophrénie qu'au long cours (5). En général, la consommation de cannabis est plus importante chez les hommes et chez les jeunes et elle est associée de façon constante à un risque de rechute et de non-adhérence aux traitements (6). Les interventions pour réduire cette consommation sont donc une piste prioritaire de recherche clinique. Deux études indiquent cependant que les patients qui ont diminué leur consommation lors d'un premier épisode psychotique peuvent avoir un meilleur pronostic d'évolution dans la maladie que ceux qui n'ont jamais abusé de substances (7, 8). L'explication tient probablement au fait qu'ils appartiennent à un sous-groupe de patients présentant un bon fonctionnement pré-morbide qui facilite l'accès au cannabis via leur réseau social. Reste que la consommation de cannabis aggrave la psychose (9). Dans ce contexte, on sait aujourd'hui que l'entretien motivationnel (EM) permet de réduire la consommation de substances chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques, en comparaison du traitement usuel, et notamment pour l'alcool. Toutefois, il serait moins efficace pour le cannabis (10). Un inventaire récent des publications (41 études contrôlées avec des personnes atteintes de schizophrénie simultanément à un abus de substances) montre ainsi que les interventions psychosociales comme l'EM ou les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont opérantes sur l'ensemble des substances mais toutefois peu efficaces sur le cannabis (dans onze études ciblées uniquement) (11).

Plus récemment, deux nouvelles études ont été publiées. La première, multicentrique et britannique, qui examine les effets d'une intervention intégrant l'EM et la thérapie cognitive (12) ne note pas d'amélioration en termes d'hospitalisation, de fonctionnement ou de symptômes mais constate la réduction de la quantité de cannabis consommée, au moins un an après la fin de l'intervention. Une autre étude, conduite à Lausanne, évalue l'impact d'une proposition motivationnelle brève sur la consommation de cannabis de patients souffrant de psychose (13). L'intervention met en évidence une réduction de la consommation de cannabis à court terme lorsqu'elle s'ajoute aux soins habituels. Néanmoins, l'effet ne se maintient pas dans les six mois qui suivent la fin de l'intervention.

Selon nos connaissances, l'EM reste le meilleur outil pour réduire à court terme la consommation de cannabis mais il faut développer par ailleurs des interventions plus efficaces.

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Rappelons brièvement que l'EM est une intervention spécifique basée sur la collaboration et centrée sur la personne, avec pour objectif d'engendrer et de renforcer la motivation à changer (14). Développé à partir de l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers (voir l'article de T. Le Mordy p. 42), il est volontairement orienté vers l'objectif de conduire au changement, d'explorer et de résoudre l'ambivalence. L'écoute réflective est un élément central de l'EM mais elle est utilisée pour guider la personne à résoudre l'ambivalence autour du changement de comportement. Le professionnel qui applique l'EM écoute la personne en utilisant des stratégies qui suscitent son propre désir de changer. Durant la séance, le soignant cherche à renforcer le patient dans l'expression de sa motivation pour la modification comportementale visée. L'effet thérapeutique de l'EM paraît lié à trois facteurs : l'expérience interne de contradiction vécue par le patient, son expression de l'intention de changer et le recours par le

3. Prévenir la rupture

Abus de substance: quelques éléments de base

- *Une intervention brève est plus efficace que pas d'intervention du tout*
- *Le traitement doit être adapté au degré de motivation que le patient a de changer*
- *La limitation des risque est souvent un objectif plus réaliste que l'abstinence complète*
- *Un premier épisode de psychose peut constituer un facteur de motivation considérable à changer face à l'abus de substances: ne pas rater cette occasion…*
- *Favoriser les approches motivationelles*

Deux réactions normales et fréquentes après un premier éspisode psychotique

Le déni

Le désengagement

Deux réactions normales et fréquentes après un premier éspisode psychotique

Le déni

Deuxième défi:

favoriser le développement de l'insight

une stratégie thérapeutique

INSIGHT

- L'insight: un des héritages de la psychanalyse
- *Insight* : traduction du terme allemand "Einsicht" qui signifie « *moment privilégié de prise de conscience* ».
- Pour qu'il produise son effet comme facteur de progrès, **l'insight doit être accompagné d'une élaboration** (verbale) ou perlaboration sans quoi il ne devient qu'un phénomène de catharsis sans effet à long terme
- Suggère un **rôle actif du patient**

INSIGHT ET PSYCHOSE

- Dans le domaine des psychoses et de la schizophrénie, utilisation déformée (ou appauvrie?):
  - *Insight:* ***prise de conscience du statut de malade****, de la présence des symptômes de la maladie et de la nécessité/utilité d'un traitement*

- Absence d'insight dans les troubles psychotiques et la schizophrénie:
  - *Considéré comme un problème majeur du fait de son influence supposée sur l'adhérence aux soins:*
    - ***Refus de médication*** *(présent chez 50 à 75% des patients après 2 ans de traitement)*
    - *En cas d'absence de médication:* ***risque de rechute****, de réadmission et de suicide multiplié par un facteur 3 – 4*

Conceptualisation et définitions

- Conceptualisation courante
  - *Un peu simpliste et binaire: l'insight est présent ou absent*
  - ***Insight présent = le patient est d'accord avec le modèle explicatif des soignants (voire d'un soignant particulier…)***

- Conceptualisation contemporaine
  - L'insight est multidimensionnel
  - Il y a plusieurs facettes et plusieurs degrés d'insight à l'égard de chacune de ces facettes

- Greenfeld (1989): concept basé sur 5 dimensions:
  - *Reconnaissance de la présence de symptômes*
  - *Reconnaissance de la présence d'une maladie*
  - *Conceptualisation d'une étiologie*
  - *Perception de la vulnérabilité à la rechute*
  - *Valorisation du traitement*

Conséquences positives de l'insight

- Diminue le risque d'agir les idées délirantes
- Facilite l'établissement d'une relation thérapeutique
- Permet de meilleures relations avec la famille

- Insight et adhérence au traitement médicamenteux
  - Corrélation modérée entre présence d'insight et adhérence au traitement médicamenteux
  - Mais, présence possible d'une bonne adhérence à la médication SANS insight
    - Adhérence à la médication est aussi liée à d'autres éléments: confiance, qualité de la relation thérapeutique, effets secondaires, effet des médicaments sur certains éléments de la psychopathologie comme l'anxiété…

- Insight et outcome:
  - Les patients dotés d'insight ont une meilleure évolution symptomatique et fonctionnelle *(Thompson 2003, …)*

Conséquences négatives possibles de l'insight

- L'absence totale d'insight nuit au traitement, mais un certain degré d'absence d'insight fait partie de la norme…
- Un certain degré de déni peut avoir un effet protecteur, en tout cas dans certaines phases de la maladie
- L'insight peut parfois aggraver les choses: « adding insight to injury »
- « *Les patients ayant un insight peuvent souffrir de la présence même de cette connaissance de leur trouble, et ainsi présenter un degré plus marqué de détresse* » *Roback 1979*
- Dépression post psychotique *McGlashan 1979*
  - *Survient chez 25% des patients*
  - *Est significativement liée à la présence d'insight*
  - *Est plus fréquent chez les patients qui tendent à un processus d'intégration de l'épisode que chez ceux qui utilisent le déni défensif*
- L'insight augmente aussi le risque d'auto-stigmatisation et d'identification au rôle de malade

Psychological Medicine, Page 1 of 12. © Cambridge University Press 2016
doi:10.1017/S0033291716002506

ORIGINAL ARTICLE

Insight as a social identity process in the evolution of psychosocial functioning in the early phase of psychosis

H. S. Klaas[1]*, A. Clémence[2], R. Marion-Veyron[3], J.-P. Antonietti[2], L. Alameda[3], P. Golay[3] and P. Conus[3]

[1] *Swiss National Centre of Competence in Research LIVES, Life Course and Inequality Research Centre (LINES), Faculty of Social and Political Sciences, University of Lausanne, Switzerland*
[2] *Psychology Institute, Faculty of Social and Political Sciences, University of Lausanne, Lausanne, Switzerland*
[3] *Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP), Service of General Psychiatry, Département de Psychiatrie Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Université de Lausanne, Clinique de Cery, 1008 Prilly, Switzerland*

Background. Awareness of illness (insight) has been found to have contradictory effects for different functional outcomes after the early course of psychosis. Whereas it is related to psychotic symptom reduction and medication adherence, it is also associated with increased depressive symptoms. In this line, the specific effects of insight on the evolution of functioning over time have not been identified, and social indicators, such as socio-occupational functioning have barely been considered. Drawing from social identity theory we investigated the impact of insight on the development of psychosocial outcomes and the interactions of these variables over time.

Method. The participants, 240 patients in early phase of psychosis from the Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP) of the University Hospital of Lausanne, Switzerland, were assessed at eight time points over 3 years. Cross-lagged panel analyses and multilevel analyses were conducted on socio-occupational and general

- Au début du traitement, l'insight s'accompagne d'une augmentation des symptômes dépressifs
- Ces symptômes décroissent au fil du temps
- A partir de 12 mois de suivi, impact positif sur le fonctionnement ainsi que sur qualité de vie et estime de soi
- Impact positif lié au développement d'une nouvelle identité sociale intégrée

Approches thérapeutiques du déficit d'insight

OBJECTIFS

- **Ne doivent pas se limiter à augmenter l'adhérence au traitement**, qui ne devrait être qu'un effet secondaire d'une meilleure intégration de l'épisode par le patient
- L'insight **doit se construire dans le contexte d'une approche holistique de la personne, de ses aspirations, de ses besoins**
- Viser le **développement de moyens d'adaptation et de coping** qui sont les moins coûteux possibles
- **Donner le choix au patient, pour autant qu'il ne se mette pas en danger**

ENJEUX

- **Donner du sens à l'épisode et restaurer un sentiment de contrôle sur soi**
  - Lors d'un premier épisode de psychose, le patient fait face à un cataclysme
  - Réaction normale de déni face à un sentiment d'impuissance
- **Restaurer l'estime de soi**
  - Sentiment de danger de perte de son identité
  - Sentiment de destruction
- **Maintenir l'espoir et la combativité**
  - Prévenir l'identification au rôle de malade chronique
  - Informer du potentiel de guérison

Benedetti, à propos du délire

Gaetano Benedetti conçoit le **délire** non pas sur son versant déficitaire, mais comme une « **tentative de recouvrer ce qui n'est pas symbolisé**, ce qui a été scindé mais qui, bien que non représentable, **ne peut être éliminé parce qu'essentiel** »

« Si l'on ne peut pénétrer par l'argument ce roc où demeure le patient […] comment peut-on alors procéder? »

« Etre avec, telle est notre réponse à l'existence négative. **Parce que les symptômes psychotiques ne sont pas seulement défensifs mais sont porteurs d'une intention de communiquer** »

« Etre avec, dans le symptôme, est la seule façon d'être proche du patient sans le dissoudre ou sans se faire totalement rejeter par lui ».

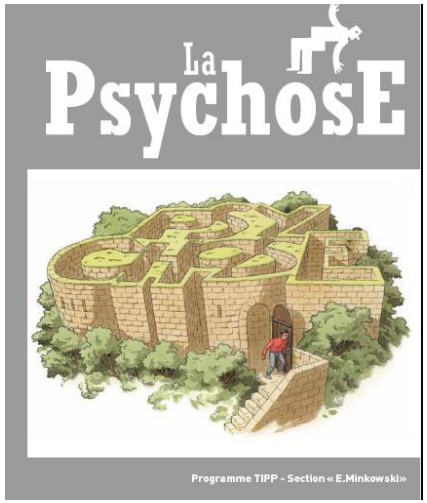
Fugeras: Rencontre avec Benedetti, L'expérience de la psychose, érès 2003

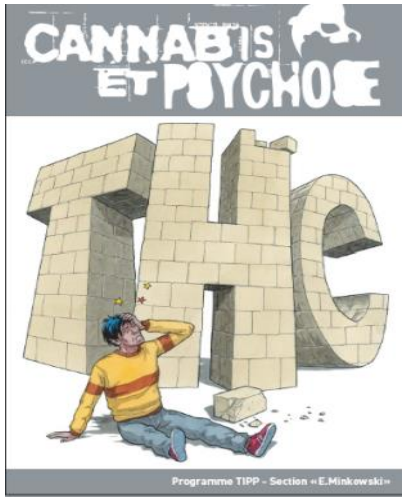
PRINCIPES DE BASE

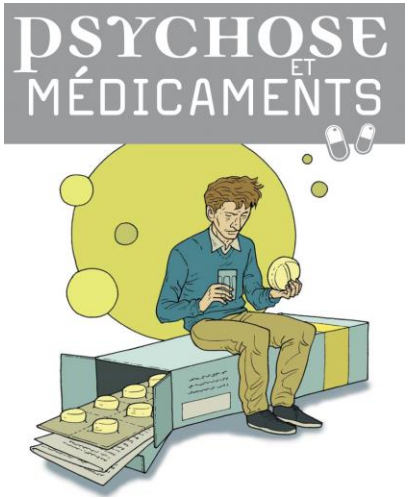
- Ecouter le patient
- Entendre sa conception de ce qui lui arrive
- Définir des objectifs qui lui conviennent
- Ne pas directement remettre en question le déni
- Explorer/chercher à comprendre le contenu du délire
- Identifier les facteurs de crise
- Faire preuve de flexibilité
- Accepter insight partiel…
- Accepter les variations du degré d'insight

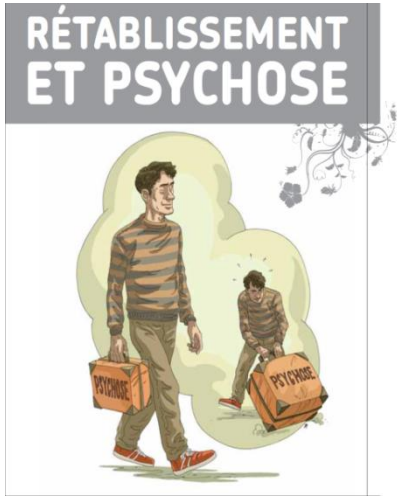
- Processus interactif de construction d'une compréhension de soi
- La phase d'exploration est elle-même une phase de psychothérapie
- L'insight n'est pas un but en soi: ce qui est un but c'est de prévenir les mises en danger et de viser à aider la patient à retrouver un équilibre qui **lui** convienne

INFORMER SUR LA MALADIE









http://www.brico-ces-services.ch/?cat=14

PICTURES & PROSE

A psychoeducation tool for patients with first-episode psychosis

PICTURES & PROSE

patients should also meet these different challenges.

A psychoeducation tool for patients with FEP

In this article, we present a four sessions' psychoeducational programme used in a hospital unit specialised in the acute treatment of FEP patients. The programme is currently composed of four modules: (a) psychotic symptoms, (b) cannabis and psychosis, (c) psychosis and medication and (d) psychosis and recovery. Each module includes a folder containing 9–11 cards. Each card contains a statement title illustrating a theme considered important for psychoeducation, a vignette related to this theme and is illustrated by a cartoon. Examples of cards are to be seen below:

Psychosis is not the end of the world

Suzanne just learned she has a psychotic disorder. She reminisces about 'One Flew over the Cuckoo's Nest' and thinks she will end up like a vegetable. She is terrified because not so long ago, just before she became sick, she had a lot of projects for her future.

The term 'psychotic' is a word that is often been misconstrued from its original meaning by the media. They use it in every way to designate fear, erratic behaviour, dangerousness or phenomena that are beyond belief. Terms stemming from psychiatry have often become part of everyday vocabulary while losing their medical meaning.

Its true that in the past, the treatment of psychotic disorders included medication that knocked the patients out or gave them a rigid demeanour, along with electroshock therapy or confinement. Nowadays, the medications have become much more specific and are prescribed in small dosage. From a neurological standpoint, they have very few to no side effects. Electroshock therapy is very seldom used and once the acute episode is under control, the treatment is ambulatory.

The reduction of risk factors, the monitoring of a preventive medication treatment and the acquisition of competences in disorder management allow to reduce the risk of a relapse and to actively work towards resuming life projects. About 85% of the patients will not experience psychotic symptoms after 6 months of treatment. One third of the patients fully recover. We also know that the chances of recovery increase if the patients and their therapeutic team manage to develop a cooperative relationship.

We now know that its actually a little bit of both. The disease often manifests itself in the context of trying events in life, but biology also plays a part. The overwhelming majority of caregivers agree on the fact that the two kinds of treatments must be combined: medication and psychotherapy.

When dealing with psychosis, the recovery of a person's balance relies on several pillars: the patient's resources, the support of caregivers, friends and relatives, communication, psychotherapy and medication. Once that balance has been re-established, and the patients' resources are solid again, the other pillars can then be gradually removed; the person gets out of the hospital, they do not need as much help from caregivers and medication can be gradually decreased, if not terminated.

Its my soul that's hurting, not my molecules!!

Marita is not feeling well, he hears scary voices, he is sad and he has been suffering for several weeks. Yet, when the doctor suggests medication, he refuses and says:

'…I'm not feeling well, I'm sad, but it's not a chemical thing, it's feelings. It's my soul that's hurting, not my molecules!'

For quite a while, psychiatrists had a hard time agreeing:

1 Some were saying that psychosis was a psychological problem based on life's incidents, going through hardships and that the way to solve the problem was through psychotherapy.
2 Others were saying that psychosis is a brain disease, a matter of biology and that medication was the best way to deal with it.

A good spliff is relaxing

The effects of cannabis vary not only from one person to the next, depending on the quantity used, but also on the context of this use. Consumers look for the relaxing or stimulating effects of Tetrahydrocannabinol (THC). But they do not always obtain these effects. Dependence to the product decreases these effects and increases the negative consequences. Think of the effects of your very first joints. How many do you need now to have the same reaction?

Cannabis makes psychosis worse by increasing strange voices and ideas. It seriously decreases the ability to focus on people suffering from this disorder and it reduces their motivation. These adverse effects increase social exclusion, which causes significant stress to the user.

2

Jérôme Favrod[1,2,3], Sara Crespi[1,3], Jean-Marc Faust[1,3], Andrea Polari[4], Charles Bonsack[3], Philippe Conus[1,3]

[1]Treatment and Early Intervention in Psychosis Program (TIPP), Département de Psychiatrie CHUV, Université de Lausanne, Clinique de Cery, Prilly, Switzerland;

Acta Neuropsychiatrica 2011
© 2011 John Wiley & Sons A/S
DOI: 10.1111/j.1601-5215.2011.00529.x

J'ai mal a l'âme, pas aux molécules !!

Martin se sent mal, il entend des voix qui l'angoissent, il est triste et il souffre depuis plusieurs semaines. Pourtant, quand le médecin lui propose des médicaments il les refuse en disant : *« Je me sens mal, je suis triste, mais c'est pas un truc chimique, c'est des sentiments. J'ai mal à l'âme, pas aux molécules ! »*.

Pendant longtemps les psychiatres ont eu de la peine à se mettre d'accord :

- Certains disaient que la psychose était un problème psychologique, qui dépend d'accidents de la vie, de difficultés rencontrées au cours de l'existence et qu'on devait résoudre le problème par la psychothérapie.
- D'autres disaient que la psychose est une maladie du cerveau, un problème de biologie, et qu'il fallait donc surtout des médicaments.

On sait maintenant que c'est un peu des deux. La maladie se déclare souvent dans le contexte d'événements difficiles de la vie, mais la biologie joue aussi un rôle. La très grande majorité des soignants s'accorde sur le fait qu'il faut combiner les deux formes de traitement : médicaments et psychothérapie.

Dans la psychose, l'équilibre de la personne se rétablit en s'appuyant sur plusieurs piliers : les ressources du patient, le soutien des soignants, des proches et de la famille, la discussion, la psychothérapie et les médicaments. Une fois que l'équilibre est bien établi, que les ressources du patient sont à nouveau solides, on peut enlever les autres piliers progressivement : on quitte l'hôpital, on a moins besoin des soignants et on peut progressivement diminuer, voire interrompre la médication.

JE NE SUIS PAS PSYCHOTIQUE!

Jérôme s'énerve: «Je ne suis pas psychotique! Vous ne dites que des conneries! **Je suis moi, Jérôme, et je ne vois pas le monde comme vous, c'est tout!»**

Etre ou ne pas être psychotique... Jérôme a raison, ça n'est pas une bonne façon de poser la question!

Jérôme est Jérôme, c'est clair... mais il sait bien qu'il entend des voix depuis quelques semaines, et que ses idées s'embrouillent souvent... Et ça, ce sont des manifestations de la psychose.

Refuser de voir les choses en face et de reconnaître que quelque chose se passe n'est certainement pas une bonne solution. Les études montrent que le fait de nier la présence d'une maladie n'est pas un bon moyen pour s'en débarrasser. On a alors tendance à ne pas se soigner et les choses souvent s'aggravent avec le temps.

Par contre, dire qu'on «est psychotique» n'aide pas beaucoup non-plus; c'est comme si on n'était plus rien d'autre qu'une maladie et qu'on ne peut plus rien faire pour que ça change.

Jérôme reste Jérôme, mais il doit reconnaître que depuis quelques semaines il vit des choses bizarres et que son médecin a probablement raison quand il lui dit que ce sont des symptômes d'une maladie qu'on appelle psychose.

Pour Jérôme, le fait de penser qu'il «a des symptômes de psychose» plutôt que de dire qu'il est psychotique, a plusieurs avantages:

1. Il ne considère pas cette maladie comme irrévocable;
2. Il peut se renseigner sur ce qui lui arrive et travailler avec ses soignants pour s'en débarrasser;
3. Il sait qu'il garde sa personnalité et qu'une grande partie de lui reste en bonne santé.

Jérôme s'énerve: «Je ne suis pas psychotique! Vous ne dites que des conneries! **Je suis moi, Jérôme, et je ne vois pas le monde comme vous, c'est tout!»**

Etre ou ne pas être psychotique... Jérôme a raison, ça n'est pas une bonne façon de poser la question!

Jérôme est Jérôme, c'est clair... mais il sait bien qu'il entend des voix depuis quelques semaines, et que ses idées s'embrouillent souvent... Et ça, ce sont des manifestations de la psychose.

C'EST MOI QUI SAIS !

A

Amélie n'en fait toujours qu'à sa tête. Elle s'oppose à son hospitalisation et refuse tout traitements. Elle met toute son énergie à préserver son sentiment de liberté en restant celle qui décide.

Après sa troisième hospitalisation, elle commence à se demander où est sa liberté... Elle hésite entre continuer à « décider toute seule » ou trouver un compromis avec ces choses bizarres qui se passent parfois dans sa tête et qui finissent par la conduire à l'hôpital... Les voix la dérangent, mais elle craint qu'en acceptant d'en parler avec les soignants elle se mette dans une situation de soumission.

Finalement, elle en discute timidement avec son médecin et s'aperçoit que cette dernière ne cherche pas forcément à contrôler ses choix de vie mais au contraire à l'aider à contrôler ses symptômes et prévenir le risque de rechute afin qu'elle puisse construire sa vie. Avec son aide, elle parvient petit à petit à se sentir mieux, à reprendre le contrôle sur sa vie et conserver son sens de l'auto-détermination.

LA PSYCHOSE M'A APPRIS QUELQUE CHOSE SUR MOI.

Durant son premier épisode psychotique, Kevin entendaient des voix qui lui disaient qu'il était nul. Au cours du traitement hospitalier, et ensuite dans le cadre des entretiens avec son psychiatre, il a pu se rendre compte qu'il avait depuis longtemps tendance à mal se juger.

En participant à un groupe et en discutant avec ses soignants, il a pu prendre conscience de ses compétences et de ses qualités et développer une meilleure image de lui. Maintenant il a plus confiance en lui, et depuis quelques mois il sort avec une fille.

Dans les phases aiguës de la psychose, on peut parfois vivre une exagération de sentiments que tout le monde peut éprouver, comme par exemple, douter de soi.

Contrairement à ce que croient certains, les délires qu'on peut développer pendant la maladie ont souvent une signification et peuvent être une métaphore de quelque chose qu'on garde caché au fond de soi. Quant on se soigne, on peut non seulement traiter les symptômes de la maladie, mais aussi aborder des difficultés plus anciennes, et au bout du compte se sentir mieux qu'avant.

Troisième défi:

Une approche psychologique globale

Formulation de cas

The Canadian Journal of Psychiatry /
La Revue Canadienne de Psychiatrie
1-8
© The Author(s) 2017
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0706743717703641
TheCJP.ca | LaRCP.ca
SAGE

Formulation de cas dans la psychose débutante : Quels outils pour le travail en équipe?

Case Formulation in Early Psychosis: What are the Tools for Teamwork?

Philipp S Baumann, MD[1], Julien Elowe, MD[2], Nadir Mebdouhi, DAS[3], Alessandra Solida, MD[4], and Philippe Conus, MD[5]

FORMULATION DE CAS

Figure 1. Modules d'intervention dans la psychose débutante. L'intervention est adaptée à la phase de la maladie. Adapté d'après[15]

FORMULATION DE CAS

LES 5 « P » + 1

1. *Problème actuel*
2. *Facteurs prédisposants*
3. *Facteurs précipitants*
4. *Facteurs perpétuants*
5. *Facteurs protecteurs*

6. *Signification Personnelle de l'épisode*

Objectifs de la formulation

- *Aider le patient a « donner du sens » à l'épisode*
- *Proposer une base de compréhension sur laquelle pourra se construire la suite du traitement*
- *Selon l'état du patient elle peut varier en complexité:*
  - *Résumé bref des éléments tels que rapportés par le patient mais réorganisés en une suite logique*
  - *Hypothèse plus complexe incluant des hypothèses relatives à l'histoire du patient et les éventuels conflits qui ont pu être identifiés*
- *Peut être formulée sur la base d'un travail d'équipe impliquant les divers soignants impliqués dans la prise en charge*
- *Permet de donner une cohérence à la prise en charge de l'équipe*

CONCLUSION

- A premier épisode de psychose peut avoir un impact majeur sur le vie des patients
- Le désengagement des soins et le déni de la maladie sont des réactions habituelles chez les jeunes patients
  - **L'engagement** peut être renforcé par
    - *L'organisation des services (case management assertif)*
    - *Des approches d'engagement spécifiques*
    - *La prévention des facteurs de désengagement (abus de substance et inclure les familles)*
  - **Le développement de l'insight** est un processus thérapeutique
- Une fois le patient engagé, plusieurs stratégies sont disponibles pour promouvoir le rétablissement

- **Il est important de promouvoir la réorganisation de services de psychiatrie, les programmes de soins spécialisés pour les troubles émergents et de proposer des formations adéquates considérant leur impact sur ces éléments**

Merci pour votre attention!