

ISSN 1155-1704
09956

Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive

ASSOCIATION FRANÇAISE DE THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE

Les troubles psychotiques et les TCC

Éditorial
De l'économie de jetons à la remédiation cognitive
M. Willard (France) 79

Articles originaux
Remédiation cognitive en psychiatrie
N. Frank (France) 81

Effet du programme intégratif de thérapies psychologiques sur les performances cognitives et les habiletés sociales de patients atteints de schizophrénie
S. Obeid, G. Kazour et F. Kazour (Liban) 86

Les thérapies de remédiation cognitive font-elles partie des thérapies cognitivo-comportementales ?
Y. Hode et M. Willard (France) 92

Des outils de thérapie cognitivo-comportementale pour la remédiation cognitive
F. Vianin (Suisse) 97

TCC pour premiers épisodes de psychose : pourquoi la thérapie de groupe obtient les meilleurs résultats ?
C. Leclerc et T. Lecomte (Canada) 104

De l'importance du bilan neuropsychologique avant la TCC pour les patients souffrant de schizophrénie
D. Willard, A. Rampazzo, C. Alexandre, A.-V. Rousselet, M. Minetti et M. G. Krebs (France) 111

L'évaluation des fonctions neurocognitives dans la schizophrénie : de l'examen complémentaire à la fonction thérapeutique
T. Langlois, F. Olivier et C. Ansoyal (France) 117

« Michael's game » Une approche cognitive ludique des troubles psychotiques
Y. Khaciat et J. Favrod (Suisse) 125

Gestion de la colère dans la schizophrénie
A. Mural (France) 130

Influence de l'alliance thérapeutique et de l'insight sur l'évolution des habiletés psychosociales – À propos de cinq cas cliniques
L. Mendes, C. Bouvet, R. Alegre, A. Vignaud et M. Wetzler (France) 136

Prochains congrès 144

Septembre 2012
vol. 22 n° **3**

Indexé dans/Indexed in:
American Psychological Association (PsycINFO)
Pascal (INIST-CNRS), Scopus

AETCC
ELSEVIER MASSON
Publication périodique trimestrielle

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Des outils de thérapie cognitivo-comportementale pour la remédiation cognitive

CBT tools for cognitive remediation

Pascal Vianin

Consultation de Chauderon, département de psychiatrie, centre hospitalier universitaire Vaudois, avenue d'Échallens 9, 1004 Lausanne, Suisse

Reçu le 3 mai 2012 ; reçu sous la forme révisée le 21 juin 2012 ; accepté le 21 juin 2012
 Disponible sur Internet le 10 août 2012

MOTS CLÉS

Remédiation cognitive ;
 Schizophrénie ;
 Thérapie cognitivo-comportementale ;
 Métacognition

KEYWORDS

Cognitive rehabilitation;
 Schizophrenia;
 Cognitive behavior therapy;
 Metacognition

Résumé Le programme de remédiation cognitive pour la schizophrénie ou un trouble associé (RECOS) s'appuie sur plusieurs techniques et outils développés par l'approche cognitivo-comportementale. L'évaluation des répercussions fonctionnelles (ERF) permet tout d'abord de saisir l'impact cognitif, comportemental et émotionnel des déficits cognitifs mesurés par une évaluation neuropsychologique détaillée. Au terme de l'évaluation, chaque participant est invité à fixer des objectifs concrets susceptibles d'améliorer sa qualité de vie. Durant les exercices d'entraînement cognitif, il est encouragé à analyser les résultats obtenus au regard des stratégies qu'il a lui-même déployées. Ce travail de « restructuration métacognitive » est fondamental car il lui permet d'identifier les raisons de ses échecs et de générer des stratégies alternatives afin de répondre précisément aux exigences de la tâche. Avec l'aide de son thérapeute, chaque participant visera finalement à transférer ses nouvelles compétences dans son lieu de vie afin d'atteindre l'objectif fixé.

© 2012 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary The Cognitive Remediation Program for Schizophrenia and other related disorders (RECOS) aims to improve participants' skills in one or more cognitive areas in a specific and personalized way. It is based on theoretical principles derived not only from the fields of cognitive psychology, neuropsychology and educational psychology, but also from the cognitive behavioral approach. The program begins with an evaluation phase using psychopathological scales and neuropsychological tests. The evaluation of the functional repercussions then allows us to understand the cognitive, behavioral and emotional impact of measured cognitive deficits. Each participant is then asked to set concrete goals likely to improve their quality of life. Before starting the cognitive training, a session of psychoeducation emphasizes the importance of treating cognitive difficulties to promote independence and increase the chances of social

Adresse e-mail : Pascal.Vianin@chuv.ch

and professional reintegration. The remedial phase itself is designed to improve the deficit skills while promoting the transfer and generalization of skills learned in therapy to everyday life. The objectives set at the beginning of the program and the clinical benefits of cognitive work and cognitive remediation are evaluated at the end of fourteen weeks of cognitive training. Besides the desire to measure progress observed with psychopathological scales, the RECOS program borrows concepts of empathy, positive reinforcement and collaborative relationships from cognitive behavioral therapy. From a neurocognitive point of view, the RECOS program develops the ability to change personal thought processes since each participant is requested to analyze performance against strategies they have themselves deployed. This work of "metacognitive restructuring" is important because patients tend to think that they have no control over their difficulties. They commonly consider that their failures are simply due to the fact that they suffer from schizophrenia. This sense of "learned helplessness" suggests that the drop in performance is due to repeated failures and the subjective impression that the situation is not controllable. On the contrary, the patient must understand that their successes are due to the conscious and systematic use of relevant problem-solving strategies and that their failures are due to strategies which are ineffective or inappropriate for the situation. Their sense of self-efficacy and motivation is then increased on a long-term basis. Therefore, the therapist's role is to help each participant to identify the strategies used, compare them with results and restructure these metacognitive processes to achieve the desired result. Based on our understanding, this work includes three metacognitive restructuring phases. The first stage of self-assessment is based on the techniques of "current and retrospective introspection" and work and observation by the therapist. The second step is to analyze the results in light of the chosen strategies. When the result is satisfactory, the therapist positively encourages the participant by underlining the relevance of the strategies used. If this is not the case, they are asked to generate and apply new strategies for problem solving. The results obtained with these alternative strategies ultimately determine their future use. This restructuring work is fundamental because it allows everyone to identify the reasons for their failures and to seek alternative solutions to respond appropriately to the requirements of the task. The therapist then helps each participant transfer these newly-acquired skills to their own environment to achieve their set goals. Thus, the RECOS therapy program aims to understand changes in the cognitive and metacognitive processes in each individual patient. The great heterogeneity of clinical and cognitive manifestations of schizophrenia prompted us to develop specific training modules and to work on a one-to-one basis. This personalized work is defined in terms of true functional analysis. As proposed by cognitive behavioral therapy, the results obtained after the phase of cognitive remediation are evaluated using an experimental approach with dedicated psychopathological tools and standardized tests. Due to the common use of techniques and a clinical approach based on functional objectives, cognitive remediation offered by the RECOS program seems to be able to integrate tried and tested cognitive-behavioral techniques in the field of psychosis. © 2012 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La remédiation cognitive est généralement considérée comme un outil appartenant à l'approche cognitivo-comportementale, sans que cette relation soit très explicite. Cet article a pour objectif de montrer que le programme de remédiation cognitive pour la schizophrénie ou un trouble associé (RECOS) utilise plusieurs outils et techniques thérapeutiques propres à ce courant, et qu'il s'inscrit résolument dans une même philosophie des soins.

Le texte est divisé en trois parties. En premier lieu, les différentes étapes du programme RECOS seront brièvement présentées afin que le lecteur prenne connaissance de notre démarche. Dans une deuxième partie, des techniques propres à la thérapie cognitivo-comportementale et leur utilisation dans le programme RECOS seront exposés. Finalement, nous développerons la notion de

«restructuration métacognitive» qui traduit bien, à notre sens, l'appartenance de notre démarche à l'approche cognitivo-comportementale. Ce travail de restructuration permet à chaque participant d'identifier ses propres processus cognitifs et de les modifier si les résultats escomptés ne sont pas obtenus.

Le programme de remédiation cognitive pour la schizophrénie ou un trouble associé

Le programme RECOS comprend les éléments suivants (Fig. 1).

Évaluation clinique

Des questionnaires cliniques évaluent la symptomatologie négative (émoussement affectif, retrait social, anhédonie)

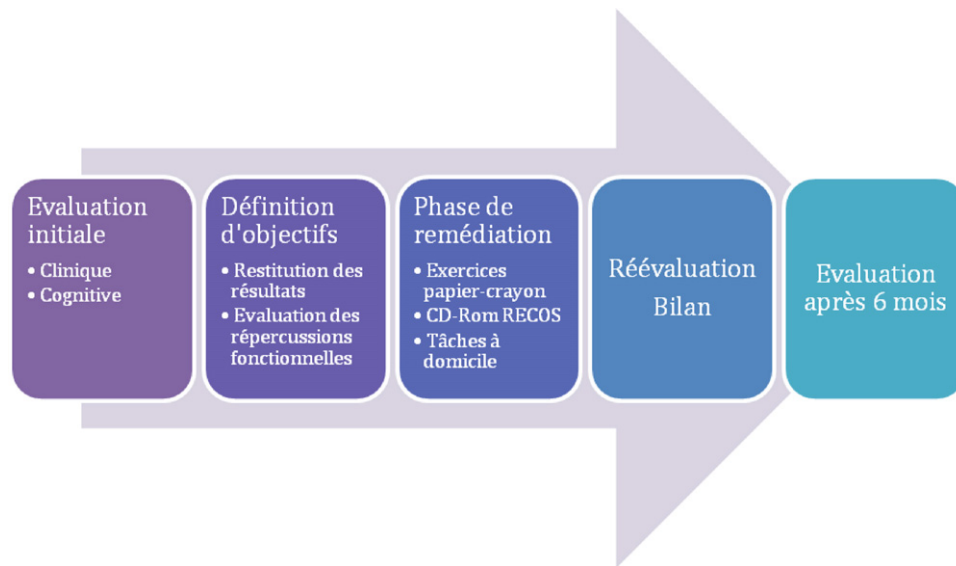


Figure 1 Chronologie des étapes du programme de remédiation cognitive pour la schizophrénie ou un trouble associé (RECOS).

et positive (idées délirantes, hallucinations), l'estime de soi, les plaintes subjectives des déficits cognitifs, les troubles de l'adaptation sociale du patient et la conscience des symptômes de la maladie (*insight*). Cette évaluation clinique a lieu avant et après la phase de remédiation cognitive. Outre le fait de comprendre les relations entre les déficits cognitifs et les symptômes de la maladie, cette évaluation vise à mesurer les bénéfices cliniques d'un programme de remédiation cognitive ciblé.

Évaluation des fonctions cognitives

Les tests sélectionnés (voir [1] pour une présentation complète de la batterie neuropsychologique actuelle), pour lesquels nous disposons de normes bien établies, permettent d'évaluer les fonctions cognitives à entraîner. Nous avons cherché à sélectionner les tests neuropsychologiques couvrant au mieux les déficits cognitifs les plus souvent mesurés chez les patients souffrant de schizophrénie.

Restitution des résultats

Au terme de l'évaluation cognitive, les résultats sont présentés au participant. Cette séance de restitution des résultats se déroule en présence du thérapeute RECOS et du neuropsychologue en charge des évaluations. Ce dernier prend soin d'indiquer la signification de chacun des résultats enregistrés en évoquant les différentes fonctions cognitives évaluées par la batterie RECOS.

Évaluation des répercussions fonctionnelles (ERF)

Le questionnaire ERF [2] a été développé dans le but de mesurer les conséquences dans la vie quotidienne des six domaines cognitifs évalués préalablement par la batterie neuropsychologique : mémoire verbale, mémoire et attention visuospatiales, mémoire de travail, attention sélective, fonctions exécutives et vitesse de traitement. Le choix du

module d'entraînement se fait non seulement en fonction de l'évaluation cognitive, mais aussi en fonction des réponses données à l'ERF. Cette séance permet également de discuter des objectifs individualisés poursuivis durant la phase de remédiation.

Psychoéducation

La séance de psychoéducation fournit à chaque participant des informations concernant les fonctions cognitives entraînées par les modules du programme RECOS. Elle permet également de connaître l'impact fonctionnel des déficits cognitifs et souligne l'intérêt de les traiter. Une récente revue de la littérature [3] souligne les nombreux effets bénéfiques des séances de psychoéducation pour les patients souffrant de schizophrénie.

Phase de remédiation

Chaque module d'entraînement propose des exercices « papier-crayon », des exercices informatisés¹ et des tâches à domicile. Les séances « papier-crayon » permettent au patient – avec l'aide de son thérapeute – de développer les stratégies les plus efficaces pour faire face au problème posé. Ces stratégies sont ensuite appliquées par le patient au cours des exercices sur ordinateur. Les séances à domicile favorisent le transfert des compétences acquises en séance.

Au cours du programme, les patients sont amenés à verbaliser, catégoriser, organiser et planifier. Les stratégies de résolution de problèmes sont également utilisées dans la mesure où elles permettent de contrer la tendance des

¹ Ces exercices ont été conçus initialement par la société Scientific Brain Training (SBT) et ont ensuite été adaptés aux patients souffrant de psychose. Il n'est pas possible de se procurer ces exercices informatisés sans une formation préalable à l'utilisation du programme RECOS (voir <http://www.programme-recos.ch>).

patients les plus déficitaires à persévérer dans leur fonctionnement.

Réévaluation cognitive et clinique

Au terme des modules d'entraînement, une évaluation cognitive similaire à celle réalisée initialement est effectuée dans le but de comparer les performances cognitives avant et après la phase de remédiation. La même évaluation clinique permet également d'évaluer l'effet des progrès cognitifs sur la symptomatologie et le fonctionnement psychosocial. Une même évaluation est proposée six mois après la fin du traitement, de manière à observer le maintien des progrès éventuellement observés au terme de la phase de remédiation.

Les outils TCC du programme RECOS

Le programme RECOS emprunte à la thérapie cognitivo-comportementale un certain nombre de techniques et surtout une manière de concevoir les soins.

Une démarche expérimentale

L'approche cognitivo-comportementale, tout comme la remédiation cognitive, se fonde sur le raisonnement expérimental pour induire et mesurer le changement espéré. La première étape, appelée « analyse fonctionnelle » en thérapie cognitivo-comportementale et « évaluation cognitive et clinique » dans le programme RECOS, porte sur la mesure et l'observation du fonctionnement initial, avant l'intervention. Il s'agit ensuite de formuler des hypothèses permettant d'expliquer les problèmes observés. Ces hypothèses guideront la prise en charge en proposant la thérapie la mieux adaptée. L'évaluation finale permettra de mesurer l'efficacité de cette intervention. Cette démarche expérimentale se traduit sur le plan méthodologique par une série d'échelles cliniques et de tests utilisés avant et après l'intervention, de manière à quantifier l'effet de la variable indépendante – l'intervention thérapeutique – sur les variables dépendantes qui peuvent être, par exemple, le niveau d'anxiété ou d'humeur dépressive pour la thérapie cognitivo-comportementale, et le fonctionnement cognitif et social pour la remédiation cognitive.

L'analyse fonctionnelle

Le programme RECOS a mis l'accent sur une évaluation cognitive initiale suffisamment riche et précise, afin de répondre de manière ciblée aux problèmes rencontrés par le patient dans sa vie quotidienne. La démarche diagnostique des déficits cognitifs est en outre rendue opérationnelle grâce à l'utilisation d'outils tels que l'ERF. Plutôt que de se contenter du bilan cognitif pourtant détaillé, RECOS interroge le participant dans son contexte individuel et particulier. L'idée est de ne pas considérer un score obtenu à un test neuropsychologique comme un argument suffisant pour décider de la manière de venir en aide au participant, mais bien d'analyser avec lui les conséquences cognitives, comportementales, voire émotionnelles des

difficultés mesurées lors de cette évaluation. Le moment de l'analyse de ces répercussions fonctionnelles permet au participant de définir et d'exprimer les problèmes qu'il souhaite résoudre en participant au programme RECOS. Une démarche très similaire est entreprise dans le cadre de la thérapie cognitivo-comportementale lors de l'analyse fonctionnelle.

Le rapport collaboratif

Durant le programme RECOS, patient et thérapeute travaillent de concert pour résoudre les problèmes identifiés lors de l'évaluation initiale et pour atteindre les objectifs fixés. Une des grandes forces de la thérapie cognitivo-comportementale est précisément ce rapport collaboratif établi avec le patient. Cungi [4] rappelle les trois composantes, établies par Rogers en 1951 [5], du rapport collaboratif :

- l'empathie permet au thérapeute de mieux comprendre ce que vit réellement le patient et de ne pas induire la difficulté à partir de ses propres informations. Selon nous, l'évaluation neuropsychologique présente le risque d'identifier à tort des difficultés chez la personne évaluée. Par exemple, on peut identifier des compétences visuospatiales déficitaires lors du bilan cognitif, alors que la personne évaluée ne rapporte pas de difficultés particulières dans ce domaine dans la vie quotidienne. Il est donc primordial d'interroger le participant sur les problèmes rencontrés et de ne pas conclure à des difficultés uniquement en fonction des déficits mesurés. L'empathie doit en outre perdurer durant toute la phase de remédiation, car il n'est pas rare d'observer des difficultés ou des ressources inattendues chez les participants au programme RECOS à un moment ou l'autre de la prise en charge ;
- l'authenticité est la capacité du thérapeute à se sentir à l'aise avec les différentes situations qui se présentent au cours du suivi. Lorsqu'on travaille avec des patients psychotiques, on peut être décontenancé par l'attitude ou les réflexions produites en cours de séance. Même si cela est probablement moins fréquent durant une séance de remédiation cognitive que lors d'une thérapie cognitivo-comportementale, il est important pour le thérapeute de considérer avec naturel et professionnalisme chacun des problèmes manifestés ;
- être chaleureux et avoir du plaisir à travailler avec les participants constitue la troisième composante du rapport collaboratif.

Le renforcement positif

Sans revenir sur la notion même de renforcement positif qui a pour effet d'augmenter l'apparition du comportement souhaité, signalons que la remédiation cognitive est conçue pour permettre aux participants de progresser et de se sentir valorisés pour cela. Il est très important que les succès soient fréquemment mentionnés par le thérapeute. Ce renforcement positif a pour objectif de maintenir l'alliance thérapeutique et de s'assurer que la remédiation cognitive est une expérience positive pour le patient. Il est

nécessaire que le thérapeute se réfère aux notes de la séance précédente ou qu'il affiche les résultats obtenus en fin de séance, de manière à apporter des preuves tangibles de l'amélioration constatée.

Outre les outils présentés jusqu'ici, le programme thérapeutique RECOS développe la capacité de chacun à changer ses processus de pensée. Comme nous le verrons, cette véritable restructuration sollicite la capacité du patient à se décentrer de sa manière d'aborder les problèmes et de les résoudre.

La restructuration métacognitive

Les personnes souffrant de schizophrénie présentent des troubles métacognitifs qui altèrent leur fonctionnement à quatre niveaux : difficulté d'autoévaluation, peine à adapter leurs comportements pour répondre aux contraintes de l'environnement, difficulté à penser en termes de stratégies, faible capacité à transférer les compétences développées en séance dans des contextes différents. Nous ne reviendrons pas sur les techniques qui ont été développées pour entraîner ces compétences métacognitives [1,6]. Nous nous intéressons ici à la possibilité d'entrer dans la fameuse boîte noire du fonctionnement cognitif des personnes souffrant de schizophrénie, afin d'y déceler et de traiter d'éventuels biais de raisonnement. Tout comme la restructuration cognitive consiste à identifier ses propres pensées automatiques et à y substituer des pensées alternatives, ce que nous désignons par « restructuration métacognitive » concerne la recherche, par le participant, de ses propres processus cognitifs et les moyens de les modifier, afin de répondre plus directement aux contraintes de la situation.

La restructuration métacognitive passe par les trois étapes suivantes.

Identifier ses propres mécanismes de pensée, les stratégies utilisées

Lorsque nous demandons aux patients d'identifier les stratégies utilisées pour résoudre une difficulté, un grand nombre d'entre eux nous indique ne pas utiliser de stratégies. Ils interprètent leurs échecs comme la conséquence logique de la maladie schizophrénique. Ce sentiment d'« impuissance apprise » [7,8] définit la tendance d'une personne à s'attribuer toute la responsabilité de l'échec (internalité), à considérer que celui-ci est définitif (stabilité) et qu'il n'a aucune prise sur ses difficultés (contrôlabilité). En cas de réussite ou d'événement positif, le patient schizophrène a tendance à émettre des jugements externes (« mon médecin a augmenté la dose journalière de mon neuroleptique » ; « l'exercice était facile »). L'impuissance apprise suggère que la baisse de performance des patients est due aux échecs répétés et à l'impression subjective que la situation n'est pas contrôlable. Le patient doit comprendre que ses réussites sont dues à l'utilisation consciente et systématique de stratégies de résolution de problèmes pertinentes et que ses échecs sont dus au contraire à des stratégies inefficaces ou mal adaptées à la situation. Son sentiment d'auto-efficacité et sa motivation s'en trouveront alors augmentés durablement. Dès lors, le rôle du thérapeute est d'aider

chaque participant à identifier les stratégies utilisées, de les confronter aux résultats obtenus et de restructurer ses techniques et stratégies, afin de parvenir au résultat souhaité.

Dans notre travail de remédiation cognitive, nous appliquons trois techniques principales permettant d'identifier les stratégies utilisées par le patient.

L'« introspection actuelle » consiste à demander au participant de verbaliser à voix haute sa manière de résoudre le problème. Dans notre travail de remédiation cognitive, cette technique est largement utilisée, car elle offre l'avantage de comprendre les stratégies déployées durant la tâche en cours. Pour Vermersch [9], l'introspection actuelle constitue une technique beaucoup plus difficile à utiliser que la démarche rétrospective, car elle doit se surajouter à l'activité principale sans s'y substituer et sans interférer avec elle. En réalité, nous n'avons pas observé de difficultés particulières, de la part des participants au programme RECOS, à verbaliser les stratégies utilisées durant la résolution de tel ou tel exercice.

L'introspection « rétrospective » consiste à demander au participant d'indiquer comment il s'est pris pour résoudre la tâche, une fois celle-ci terminée. L'introspection rétrospective est utilisée fréquemment par le thérapeute, que ce soit avec ou sans la phase d'introspection actuelle. Le thérapeute revient en effet systématiquement en fin de séance sur les stratégies utilisées pour résoudre les différents exercices proposés pendant la séance. Il peut également arriver que l'introspection actuelle n'ait pas donné les résultats escomptés, notamment lorsque l'exercice exige une grande vitesse de traitement. L'introspection rétrospective devient alors la piste privilégiée pour s'entretenir sur les stratégies déployées et sur leur efficacité à résoudre les problèmes posés. Chez des patients psychotiques, l'introspection rétrospective nous paraît cependant moins fiable que l'introspection actuelle. En présence de certains symptômes, ce discours a posteriori peut en effet souffrir de la présence de pensées intrusives, d'hallucinations auditivo-verbales, voire de pensées délirantes qui rendent sa fiabilité plus aléatoire. Si ces mêmes symptômes interfèrent avec le raisonnement du participant en cours d'exécution de l'exercice, l'introspection actuelle pourra les mettre à jour directement et il sera plus aisé pour le thérapeute de proposer des pistes pour en réduire la nuisance.

Comme nous le voyons, la verbalisation de l'action par le participant constitue l'outil privilégié de ces techniques introspectives. Elle permet de s'intéresser aux stratégies déployées dans une attitude d'écoute et sans que le thérapeute n'induisse de stratégie ou de réponse.

La troisième voie proposée dans l'identification des processus engagés par le participant est celle de l'observation. Le thérapeute est en effet attentif aux mouvements, fixations du regard, organisation des données et autres attitudes générales du patient durant la résolution de problèmes. Ces observations pourront à leur tour alimenter la démarche d'introspection rétrospective proposée par le thérapeute en fin de séance.

Au même titre que l'identification des pensées automatiques dans la thérapie cognitivo-comportementale, cette première étape d'autoévaluation des stratégies mises en place est cruciale, car elle permet de comprendre les échecs

répétés des patients. Les patients schizophrènes sont en effet peu flexibles dans leur manière de réagir face à des changements de contextes. Savoir quand, où et comment appliquer telle stratégie s'apparente souvent à un défi pour des patients habitués à persévérer dans des mêmes schémas de résolution de problèmes. Identifier leur manière de traiter les informations devient capital, car les échecs qu'ils attribuaient jusque-là à leur maladie (cause incontrôlable et non modifiable) deviennent explicables par un mauvais choix de stratégies. La voie est ouverte pour travailler sur ces stratégies en invitant les participants à en proposer de nouvelles, plus en adéquation avec les contraintes très spécifiques du problème à résoudre.

Analyser les résultats obtenus à la lumière des stratégies déployées

Il est essentiel de s'assurer que le participant analyse le résultat obtenu au regard de la stratégie déployée, le but recherché n'étant pas l'application de la stratégie choisie, mais bien son résultat effectif. L'évaluation empirique des différentes stratégies permet finalement de décider de la meilleure stratégie à adopter face au problème posé. Si les résultats sont directement mesurables en séance (par exemple, en calculant le taux d'erreurs ou le temps mis pour réaliser la tâche), cette analyse devient plus complexe lorsque l'efficacité d'une stratégie est évaluée sur le plan de la vie quotidienne. Il s'agira alors pour le participant d'identifier les situations où il conviendra de solliciter telle ou telle compétence. Si les personnes ont connaissance de leurs difficultés, savent comment faire pour y remédier, mais ne sont pas capables d'identifier les moments et les situations où il s'agit d'utiliser ces capacités, l'intérêt d'avoir identifié ses propres processus de pensée restera limité.

Appliquées dans la vie quotidienne, les nouvelles compétences du participant seront alors analysées aussi bien sur le plan fonctionnel, qu'aux niveaux relationnel ou clinique. Par exemple, le fait d'avoir noté par écrit les consignes de son employeur a permis à tel participant de mémoriser l'information sans avoir été perturbé par ses hallucinations auditivo-verbales.

Génération de stratégies alternatives de résolution de problèmes

Lorsque les résultats ne sont pas satisfaisants, le thérapeute encourage le participant à proposer des stratégies alternatives de résolution de problèmes. Chaque participant du programme RECOS est ainsi constamment invité à générer de nouvelles solutions et de ne pas persévérer dans l'utilisation de stratégies vouées à l'échec. Comme on le voit, le participant est invité à auto-observer sa manière de réagir aux contraintes de l'environnement et à trouver des solutions pour y faire face.

Il est souvent tentant pour le thérapeute de générer lui-même les stratégies qui permettront au participant de résoudre la tâche proposée. C'est probablement le danger le plus fréquent dans notre travail de remédiation cognitive. Aux dires mêmes des personnes que nous formons à notre programme thérapeutique, la plus grande difficulté est de ne pas intervenir avant que le participant n'ait lui-même

proposé sa manière de traiter un problème. L'expérience que nous avons accumulée durant ces dernières années nous a néanmoins convaincu de l'utilité de cette démarche de « restructuration métacognitive ».

Conclusion

Cet article a souligné en quoi l'approche cognitivo-comportementale a largement inspiré le développement du programme RECOS. Comme nous l'avons montré, notre travail thérapeutique s'intéresse à comprendre les processus cognitifs et métacognitifs altérés chez chaque patient considéré individuellement. La diversité des manifestations cliniques et des altérations cognitives de la maladie nous a incités à développer des modules d'entraînement spécifiques et à travailler de manière individualisée. Ce travail personnalisé commence par une évaluation très détaillée qui, couplée à l'ERF, permet d'établir une véritable analyse fonctionnelle. Cette analyse va conditionner l'ensemble de la prise en charge, puisque des objectifs individualisés seront fixés dans une démarche collaborative. Par la suite, les séances de remédiation concerneront aussi bien des exercices définis en fonction des déficits mesurés (les séances informatisées) que des exercices plus en lien avec les difficultés rencontrées au sein de la vie quotidienne. Comme le proposent les thérapies cognitivo-comportementales, des tâches à domicile sont prévues par la thérapie RECOS et visent à concrétiser le travail thérapeutique sur le lieu de vie. Ces tâches sont en lien avec des objectifs fonctionnels et mesurables. L'évaluation finale permet de mesurer les progrès avec des mesures standardisées. Toutes les données récoltées au cours du traitement sont discutées avec le patient. Un travail psychoéducatif est également proposé aux participants durant le déroulement du programme. Il permet notamment à chacun de connaître la nature de ses difficultés cognitives et de les comprendre à la lumière des difficultés rencontrées dans la vie quotidienne.

D'autres articles de ce numéro se penchent sur des techniques cognitivo-comportementales éprouvées dans le domaine des psychoses. Dans bien des cas et à l'instar du traitement pharmacologique, ces techniques peuvent compléter le travail entrepris en remédiation cognitive. Comme Beck et ses collaborateurs [10] le soulignent dans un ouvrage bien documenté, il est probablement utile d'intégrer différents niveaux de traitement et d'aménager une prise en charge ciblée en considérant le profil cognitif et clinique de chacun.

Déclaration d'intérêts

L'auteur est le concepteur principal de RECOS au sein du centre hospitalier universitaire Vaudois (CHUV) ; il effectue des enseignements sur RECOS pour le compte du CHUV à Lausanne et pour le compte de l'hôpital du Vinatier à Lyon.

Références

- [1] Vianin P. Programme RECOS : remédiation cognitive et transfert des compétences. Mémoriser des blasons, pour quoi faire? In: Franck N, editor. Remédiation cognitive. Paris: Masson; 2012.

- [2] Vianin P, Grillon ML. Comment adapter le travail de remédiation au profil cognitif des patients schizophrènes? In: Prouteau A, editor. *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie. Enjeux et débats*. Paris: Dunod; 2011.
- [3] Favrod J, Maire A. *Se rétablir de la schizophrénie. Guide pratique pour les professionnels*. Paris: Masson; 2012.
- [4] Cungi C. *L'alliance thérapeutique*. Paris: Retz; 2006.
- [5] Rogers CR. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
- [6] Vianin P, Favrod J. Les troubles métacognitifs dans la schizophrénie. In: Prouteau A, editor. *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie. Enjeux et débats*. Paris: Dunod; 2011.
- [7] Seligman M. *Helplessness: on depression, development, and death*. San Francisco: WH Freeman; 1975.
- [8] Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abn Psych* 1978;87:49–74.
- [9] Vermersch P. Bases de l'auto-explicitation. *Expliciter* 2007;69:1–31.
- [10] Beck AT, Rector NA, Stolar NM, Grant PM. *Schizophrenia: cognitive theory, research, and therapy*. New York: Guilford Press; 2009.