

## INTRODUCTION

- La schizophrénie serait caractérisée par la présence d'un déficit fondamental de la conscience auto-néotique (CA) (Cuervo-Lombard et al., 2007; Danion et al., 2001, 2005; Riutort et al., 2003).
- La CA implique la capacité à voyager mentalement dans le temps c'est-à-dire retourner dans le passé, afin de revivre des événements spécifiques, mais également se projeter dans des événements spécifiques futurs, dans le but de faire des prédictions. Elle renvoie à la notion de self et à son individualité de ce fait, elle rend nos souvenirs uniques. En conséquence, elle est essentielle pour notre identité personnelle.
- La CA est étroitement liée à la mémoire autobiographique et plus particulièrement la mémoire autobiographique épisodique (MAE). La MAE concerne l'ensemble des événements personnels, spécifiques et détaillés, situés dans un « espace » et un « temps » définis. La récupération de ces événements, spécifiques et détaillés, est généralement associée à la CA.
- Un trouble au niveau de la CA devrait être lié à un déficit des capacités à accéder aux détails en MAE (Conway et al., 2004; Conway, 2005; Gallagher, 2000; Schechtman, 1996).
- Selon le modèle de Danion (2001), la perturbation de la CA pourrait expliquer la symptomatologie positive et négative mais également les déficits qui apparaissent au niveau des processus cognitifs stratégiques (mémoire à court et à long terme, langage, attention).
- La schizophrénie se caractérise par des déficits au niveau de la CA, la MAE et la projection dans le futur (Danion, 1999; D'Argembeau et al., 2008; Neumann et al., 2008; Riutort et al., 2003; Wood et al., 2006)
- Enfin, les patients souffrant de schizophrénie présentent une identité personnelle pauvre, instable et peu élaborée. (Boulangier et al., submitted; Blankenburg, 1991; Danion et al., 2001; Nieznanski, 2004).

Vu l'importance de la CA, de la MAE et de la projection dans le futur dans le développement de l'identité et la conscience de soi, nous avons développé une thérapie qui tente de remédier à ces perturbations dans la schizophrénie.

## OBJECTIF

Cette étude compare les résultats de 2 thérapies cognitives mises en place auprès d'une population de patients schizophrènes:  
(1) Self-Awareness Therapy (SAT) développée par notre laboratoire et, (2) Integrative Psychological Treatment (IPT) développée par Brenner.

## RESULTATS

15 patients ont participé au groupe SAT et 11 patients ont participé au groupe IPT

Il n'y a pas d'interaction entre 2 (thérapies) x 2 (nombre d'événements spécifiques) x 2 (temps) au niveau du TEMPAu et des 2 versions du TeMA.

Pour la SAT, contrairement à l'IPT, les analyses montrent que les participants après la thérapie, comparé à avant:

- recupèrent plus de souvenirs spécifiques détaillés, ou non, au TEMPAu ( $t(13) = 2.2$ ;  $p = .046$ );
- se projettent dans plus d'événements spécifiques futurs au TeMA ( $t(14) = 2.64$ ;  $p = .019$ );
- reportent moins de symptômes négatifs et moins de symptômes dépressifs ( $t(14) = 2.18$ ;  $p = .047$ ,  $t(14) = 3.33$ ;  $p < .01$ , respectivement);
- montrent une tendance à augmenter leur niveau de CA liée aux événements spécifiques passés AA ( $t(12) = 1.26$ ;  $p = .23$ ).

For IPT, les analyses réalisées mettent en évidence une diminution de l'intensité des symptômes anxieux après la thérapie ( $t(10) = 2.3$ ;  $p = .044$ ). Néanmoins, excepté ce résultat, les analyses ne montrent pas d'améliorations significatives au niveau de la MAE, de la CA et de la projection dans le futur. De plus, l'intensité de la symptomatologie et des symptômes dépressifs ne diminuent pas significativement après la thérapie.

Pour l'IPT & la SAT, les analyses ne montrent pas de différences significatives après la thérapie, comparativement à avant, aux trois tests neuropsychologiques ainsi qu'au niveau de la qualité de vie.

## DISCUSSION

- La SAT peut améliorer la récupération de souvenirs spécifiques passés aussi bien que l'imagination d'événements spécifiques futurs dans la schizophrénie. Ces résultats sont en ligne avec ceux de la précédente étude publiée en 2008 (Blairy et al., 2008). De plus, les résultats provenant des analyses de la CA vont dans le sens espéré.
- Pour l'IPT, les résultats concernant la MAE, au TEMPAu et au TeMA, tendent à s'améliorer après la thérapie même s'ils ne sont pas significatifs. Ces résultats ne sont pas surprenant vu que la thérapie IPT s'adresse également aux déficits cognitifs. Ainsi, l'IPT se penche sur les déficits cognitifs de base (concentration, mémoire et fonctions exécutives) tandis que la SAT tente de remédier à des déficits qui concernent un niveau cognitif plus intégré (MA, CA, projection dans le futur). Même si ces cognitions diffèrent, elles sont étroitement reliées entre elles : les cognitions plus intégrées ont besoin de cognitions de base pour assurer leur rôle de façon optimale. Un changement au niveau des cognitions de base peut entraîner une modification au niveau des cognitions plus intégrées.
- Il est important de noter la diminution du niveau d'intensité des symptômes dépressifs mais également la non aggravation de la symptomatologie anxieuse chez les patients du groupe SAT malgré un voyage mental dans le temps qui peut ne pas toujours être plaisant pour ces patients.
- La diminution de la symptomatologie négative pour les patients ayant pris part à la SAT est prometteuse et n'est pas à attribuer à un effet de « thérapie de groupe » vu que cette diminution n'apparaît pas pour les patients du groupe IPT. Nous supposons que cette différence est due à la fréquence des exercices. La SAT propose des travaux à domicile quotidiens (journaux et agendas). Ceux-ci augmentent le nombre et la fréquence des exercices pour les patients du groupe SAT, contrairement aux patients du groupe IPT. Cet entraînement régulier rejoint les principes thérapeutiques de l'activation comportementale (AC) utilisée dans le traitement de la dépression. L'AC postule qu'un changement d'action (de comportement) peut amener un changement d'émotion (d'humeur). Comme la symptomatologie négative semble parfois étroitement associée aux symptômes dépressifs, il n'est pas surprenant que l'augmentation des activités quotidiennes chez des patients souffrant de schizophrénie (tel que pour les patients du groupe SAT) contribue à diminuer la symptomatologie négative mais également, l'intensité des symptômes dépressifs.
- La validation de la thérapie est en cours. Ces 1<sup>er</sup> résultats sont encourageants et nous permettent de rester optimistes quant aux possibilités d'augmenter la connaissance de soi et dès lors, la qualité de vie chez des patients schizophrènes.

## METHODE

Les 2 programmes ont une structure similaire mais proposent des exercices différents. Les patients participent à 2 séances d'1h45 par semaine durant 10 semaines.

### SAT:

La 1<sup>ère</sup> session de la semaine est dédiée à la reviviscence du passé tandis que la 2<sup>ème</sup> session de la semaine est réservée à la projection et l'imagination du futur.

### Le contenu:

- Exercices journaliers à domicile au cours desquels les patients tiennent :
  - un **journal** dans lequel ils notent un événement détaillé et spécifique qui s'est déroulé la **veille**.
  - un **agenda** dans lequel ils notent un événement détaillé et spécifique qui pourrait se dérouler le **lendemain**
- Exercices en sessions:
  - échanges sur les journaux lors de la 1<sup>ère</sup> session de la semaine en sous-groupe;
  - échanges sur les agendas lors de la 2<sup>ème</sup> session de la semaine en sous-groupe;
  - la réalisation de projets individuels et communs;
  - exercices afin de mieux se connaître: « Qui suis-je? », « Quels sont mes goûts? », « Quels sont mes rôles »...

Le 1<sup>er</sup> sous-programme de l'IPT appelé Différentiation Cognitive (Brenner et al., 1994; Pomini, Ness, Brenner Hodé & Roder, 1998) :

Le 1<sup>er</sup> sous-programme de l'IPT a comme objectif la remédiation des déficits cognitifs de base tels que la mémoire à court terme, l'attention et les fonctions exécutives. Il consiste en l'application de 6 exercices dont la difficulté va en augmentant.

La batterie de mesures utilisée avant et après la SAT et l'IPT.

- Le TEMPAu (Palma, 2000) est un entretien semi-structuré qui évalue la mémoire autobiographique et la CA sur 5 périodes de vie (âge 0-9, 10-19, 20-30, after 30 years and past 12 months) et à travers différents thèmes (une rencontre ou un événement lié à quelqu'un, un voyage ou un déplacement, un événement familial). Les participants reçoivent pour instructions de récupérer des événements spécifiques et détaillés pour chaque période et chaque thème. Suite au rappel d'événements spécifiques détaillés le niveau de CA liés aux événements était investigué à l'aide du paradigme « Remember, Know or Guess ».
- 2 versions écrites du TeMA, a & b, étaient utilisées (Version française de l'IMI, Neumann and Philippot, unpublished). En réponse à 10 mots indices, les participants doivent générer des événements personnels spécifiques qui (a) pourraient se produire dans le futur pour la version future (b) qui se sont déroulés dans le passé pour la version passée.
- Questionnaires évaluant la symptomatologie, les symptômes dépressifs et anxieux ainsi que la qualité de vie:
  - Beck Depression Inventory II (Beck, 1996): une auto-évaluation qui mesure la sévérité de la dépression.
  - Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1983): une auto-évaluation qui mesure l'intensité de l'anxiété trait.
  - PANSS (Kay, Opler, Fiszbein, 1987) est une interview brève utilisée pour mesurer la sévérité de la symptomatologie des patients schizophrènes (positive, négative tel que symptomatologie générale).
  - S-QOL (Larsen et al., 2007): instrument d'auto-évaluation de la qualité de vie de patients schizophrènes.
- Questionnaires évaluant les cognitions de base:
  - Mémoire des chiffres; ordre direct et ordre indirect (Wechsler, 1997);
  - Stroop-Color Word Test (Stroop, 1935);
  - Tâche de fluence verbale (Benton & Hamsher, 1976).

Moyennes (écarts-typés) des variables dépendantes en fonction du groupe (SAT & IPT) et du temps (avant & après)

	BEFORE		AFTER	
	SAT	IPT	SAT	IPT
TEMPAU				
Événements Spécifiques Passés	0.72 (0.17)	0.72 (0.23)	0.8 (0.21)	0.84 (0.12)
Conscience Auto-néotique	0.42 (0.22)	0.4 (0.24)	0.52 (0.29)	0.42 (0.37)
TeMA				
Événements Spécifiques Passés	5.78 (2.39)	5.36 (2.65)	6.74 (2.27)	6 (2.4)
Événements Spécifiques Futurs	3.53 (2.29)	4.1 (3.04)	5.47 (2.36)	5.45 (3.44)
PANSS				
Symptomatologie Positive	12.47 (4.44)	16.36 (3.77)	10.93 (2.55)	13.90 (3.67)
Symptomatologie Négative	18.8 (7.4)	19.9 (7.17)	15.27 (7.67)	19.27 (7.84)
Psychopathologie Générale	33.53 (9.38)	35.36 (6.26)	32.67 (13.95)	32.45 (8.11)
BOL-I				
	18.53 (11.4)	25.54 (10.95)	11.73 (9.1)	23.63 (12.94)
STAI-V (trait)				
	45.16 (12.6)	49 (10.39)	42.42 (11.3)	45.18 (12.24)
S-QOL				
	44.41 (13.4)	49.65 (19.01)	47.06 (15.36)	49.43 (17.45)
MEMOIRE DES CHIFFRES				
Ordre Direct	5.2 (0.94)	4.72 (1.1)	5.4 (1.3)	4.63 (1)
Ordre Inverse	3.87 (1.5)	3.36 (1.5)	3.67 (1.3)	3.1 (1.51)
FLUENCE VERBALE				
	29.14 (9.47)	23.27 (8.17)	30 (10.16)	24.1 (9.17)
STROOP				
Temps Interférence	140 (44)	162 (45)	136.5 (38.7)	138.6 (51.44)