



HAL
open science

Thérapie comportementale et cognitive des symptômes négatifs de la schizophrénie : revue de la question : pratiques actuelles et directions futures.

S. Raffard, Alexander O'Connor, H Hazbek, A Decombe, Catherine Bortolon

► To cite this version:

S. Raffard, Alexander O'Connor, H Hazbek, A Decombe, Catherine Bortolon. Thérapie comportementale et cognitive des symptômes négatifs de la schizophrénie : revue de la question : pratiques actuelles et directions futures.. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, In press. hal-02096968

HAL Id: hal-02096968

<https://hal.univ-grenoble-alpes.fr/hal-02096968v1>

Submitted on 20 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Mémoire

Thérapie comportementale et cognitive des symptômes négatifs de la schizophrénie.

Revue de la question : pratiques actuelles et directions futures

Cognitive and Behavioral Therapy of negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions

**Stéphane Raffard ^{a,b*}, Alexandre De Connor ^b, Hanan Yazbek ^b, Amandine Décombe ^{a,b},
Catherine Bortolon ^c**

^a Université Paul Valéry Montpellier 3, Laboratoire Epsilon, EA 4556, Montpellier, France

^b Service Universitaire de Psychiatrie Adulte, CHU Montpellier, France

^c Laboratoire Interuniversitaire de Psychologie, Grenoble, France

Auteur correspondant : Stéphane Raffard, Université Paul Valéry Montpellier 3, Laboratoire Epsilon, EA 4556, Montpellier, France

Email : s-raffard@chu-montpellier.fr;

Texte reçu le 21 novembre 2018 ; accepté le 28 janvier 2019

Résumé

Les symptômes négatifs tels que l'apathie, l'anhédonie ou l'émoussement des affects ont des effets délétères sur la qualité de vie et le devenir fonctionnel de l'individu. Aucun traitement, qu'il soit pharmacologique, via les techniques de stimulations transcâniennes, ou psychologique, n'a clairement démontré une efficacité quant à leur prise en charge. Toutefois, des données récentes suggèrent que certaines approches cognitivo-comportementales pourraient avoir des effets positifs dans l'amélioration des symptômes négatifs. L'objectif de cet article est de présenter ces prises en charge, en détaillant les modèles théoriques sous-jacents ainsi que les preuves empiriques mettant en évidence leur efficacité. Ces interventions seront présentées selon différents axes de prise en charge : cognitif, comportemental, émotionnel et motivationnel. Bien que les traitements TCC soient prometteurs pour le traitement des symptômes négatifs, certaines limitations existent, notamment concernant la conceptualisation et la prise en compte de la complexité des différents symptômes négatifs, ainsi que le manque de modèles psychologiques intégratifs proposés dans la littérature. Comme recommandation clinique, il nous apparaît important de souligner qu'une formulation psychologique fonctionnelle de chaque symptôme négatif est nécessaire avant toute prise en

charge, afin de déterminer l'influence et les interactions entre les différents facteurs psychologiques, biologiques et environnementaux à l'œuvre. Nous fournirons dans cet article un exemple et un modèle d'analyse fonctionnelle des symptômes négatifs. Par ailleurs, une approche intégrative et individualisée, mêlant réhabilitation neuropsychologique, habiletés sociales et thérapie cognitive, nous semble être particulièrement prometteuse pour la prise en charge des symptômes négatifs dans la schizophrénie.

Mots clés : Schizophrénie ; Symptôme négatif ; Thérapie comportementale et cognitive (TCC)

Abstract

Negative symptoms, such as a lack of motivation, anhedonia or poverty of speech, constitute a major difficulty in schizophrenia. Indeed, these symptoms have deleterious effects on quality of life and functional outcome of individuals with schizophrenia. However, although multiple interventions have been the subject of investigation, to date, including pharmacological strategies, brain stimulation, physical activity and psychosocial interventions, none reached the threshold for clinically significant improvement. Therefore the treatment of negative symptoms represents a major challenge for mental health care in schizophrenia. If recent advances in CBT have clearly shown their efficiency on positive symptom and are now recommended as first line treatment for schizophrenia, CBT trials mainly focused on positive symptoms and investigated change in negative symptoms only as a secondary outcome. The aim of this article is to describe and to provide a brief description of the different CBT interventions targeting negative symptoms, the theoretical models on which they are based and empirical evidence highlighting their effectiveness. Of the interventions reviewed, cognitive interventions, behavioral activations and social skills training appear to have the most empirical support. The cognitive approach suggests the role of negative cognitions, or dysfunctional attitudes in the maintenance and exacerbation of behaviors is associated with negative symptoms in schizophrenia (Rector et. al., 2005; Beck et. al., 2009). Consequently, cognitive therapy interventions focus primarily on changing generalized beliefs that prevent patients with prominent negative symptoms from goal attainment. Clinical trials showed improvements on apathy, avolition, and functioning but not on anhedonia, blunted affects, and alogia suggesting that cognitive models of negative symptoms would be valid for the dimension avolition but less for the dimension diminished expression. Regarding behavioral interventions, there is now clear evidence that social skills training should be routinely recommended in treatment guidelines for psychological

intervention targeting negative symptoms as a whole (Turner et al., 2018). However, its distinct impact on the two main dimensions of negative symptoms is still unknown. Behavioral activation appears particularly promising in the treatment of negative symptoms secondary to depression. Although psychosocial treatments show promise for the treatment of negative symptoms, certain limitations exist, particularly regarding the conceptualization of the different negative symptoms and the lack of integrative psychological models proposed in the literature. However, cognitive and behavioral therapy offer interesting possibilities for the improvement of negative symptomatology, particularly recovery-oriented cognitive therapy, focusing on dysfunctional beliefs, and adaptations to circumvent neurocognitive and engagement difficulties. As recommendations, we emphasize the need for a detailed and integrative functional analysis of each negative symptom before any interventions in order to understand the influence of the different environmental factors and psychological processes. Specific CBT interventions have utility in ameliorating negative symptoms in psychosis but validated and integrative psychological models need to be developed to increase their effectiveness.

Key-words: Cognitive and Behavioral Therapy (CBT); Negative symptoms ; Schizophrenia

1. Introduction

Les troubles du spectre schizophrénique et psychotique représentent un fardeau extrêmement important pour l'individu et sa famille, impactant de manière sévère leur qualité de vie et leur bien-être psychologique. Il existe désormais des preuves scientifiquement établies que les antipsychotiques et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) peuvent être efficaces dans la prise en charge des adultes présentant un diagnostic de schizophrénie ou souffrant de symptômes psychotiques. De nombreuses recommandations cliniques suggèrent donc que les personnes souffrant de psychose devraient pouvoir recevoir des antipsychotiques et des interventions psychologiques de type TCC (ainsi que des interventions familiales) tout en étant impliquées de manière collaborative dans les décisions concernant ces options de traitement¹.

¹ National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014.

Cependant, et contrairement aux symptômes positifs et plus particulièrement aux idées de persécution pour lesquelles les prises en charges récentes en TCC ont pu apporter des données probantes en faveur de leur efficacité [11], les TCC des symptômes négatifs demeurent à l'heure actuelle peu développées. En effet, jusqu'à très récemment, les interventions TCC visant les symptômes psychotiques se sont focalisées sur les symptômes positifs et n'ont évalué leur impact sur les symptômes négatifs qu'en tant que cibles secondaires pour une efficacité quasi nulle [36]. Pourtant, les symptômes dits négatifs sont systématiquement associés à une double peine : à la fois responsables d'une baisse du fonctionnement et de la qualité de vie, et responsables d'un plus faible engagement dans les soins et notamment dans les prises en charge TCC dans les phases précoces du trouble [7,9]. De plus, il n'existe à l'heure actuelle aucune évidence de l'efficacité des traitements pharmacologiques ou de la stimulation cérébrale sur ce type de symptômes [12,28].

En France, on estime qu'environ 600 000 personnes sont touchées par des troubles psychotiques. Cependant, les interventions TCC restent à l'heure actuelle peu développées en ce qui concerne la prise en charge des symptômes négatifs. En tenant compte de l'impact négatif de ces symptômes sur le bien-être de l'individu mais aussi de la méconnaissance de leurs interventions TCC en France, l'objectif de cet article est de faire une revue non exhaustive des modèles sous-jacents et des interventions (1) cognitives, (2) comportementales, (3) émotionnelles/motivationnelles et aussi (4) intégratives actuellement proposées pour cette catégorie de symptômes. Nous discuterons aussi des limites de ces prises en charge et des perspectives cliniques qui en découlent.

2. Symptômes négatifs : définitions et consensus actuels

Les symptômes négatifs constituent un groupe de symptômes qui correspondent à des comportements ou des états anormaux par leur absence, par miroir avec les symptômes positifs (comme les hallucinations ou les idées délirantes) qui sont définis comme des états anormaux par leur présence. Les symptômes négatifs, notamment la dimension amotivation, sont considérés comme transnosographiques car retrouvés dans des troubles neurologiques comme la maladie de Parkinson ou les maladies dites dégénératives [31]. Si cinq sous-domaines de symptômes négatifs ont été proposés par la conférence de consensus de 2005 du NIMH-MATRICES [22], comprenant l'avolition, l'anhédonie, l'asociabilité, l'alogie et les affects émoussés, il existe actuellement un consensus international, qui nous apparaît critiquable car réductionniste, et repris par le DSM 5 proposant de les différencier en deux

dimensions : la dimension volition et la dimension expressivité émotionnelle. La dimension volition comprend les symptômes tels que la perte d'intérêt, le retrait social ou l'anhédonie tandis que la dimension expressivité correspond à la diminution de la fluence verbale (alogie) ou de la réduction de la production d'émotions au niveau facial ou gestuel [31].

3. Prises en charges TCC des symptômes négatifs.

3.1. Interventions cognitives

3.1.1. Modèle sous-jacent à l'intervention

Le modèle conceptuel de la thérapie cognitive, appliqué aux symptômes négatifs, postule que des croyances spécifiques, incorporées dans les structures cognitives étiquetées schémas [2], joueraient un rôle central dans leur développement et leur maintien. On doit à Beck et Rector [1] et aux travaux de Grant et Beck [16] d'avoir proposé les premiers travaux mettant en évidence des liens entre croyances dysfonctionnelles et symptômes négatifs notamment concernant la dimension amotivation, liens confirmés par la méta-analyse récente de Campellone et al. [5]. Pour Beck et Rector [1], des croyances négatives sur les aptitudes, ainsi que des attentes plus faibles pour le plaisir et le succès, contribuent au maintien de la symptomatologie négative. Par exemple, la croyance « Je vais avoir l'air bizarre, stupide ou étrange » serait associée à des symptômes d'alogie, et le type de pensée « Pourquoi s'embêter, je vais juste échouer » participerait au maintien des symptômes d'avolition. Deux modèles cognitifs ciblant les symptômes négatifs ont été proposés [3,29] avec l'idée centrale que des croyances défaitistes spécifiques (voir tableau 1) pouvaient expliquer en partie des déficits précis d'ordre interpersonnel, mais aussi d'allocation de l'effort, ou de difficultés dans le traitement du plaisir anticipé qui ont été retrouvés chez les individus avec des niveaux élevés de symptômes négatifs.

Insérez Tableau 1

3.1.2. Supports empiriques

Plusieurs études soutiennent le lien entre pensées défaitistes et symptômes négatifs, notamment la perte de motivation. Par exemple, Grant et Beck [16] ont constaté que les croyances défaitistes au sujet des capacités de performance étaient associées à des symptômes négatifs élevés et à un fonctionnement plus faible. Ce type de distorsion cognitive

contribuerait à éviter des activités agréables par anticipation d'échec. De manière similaire concernant le domaine des relations interpersonnelles, Grant et Beck [17] ont mis en évidence que les croyances asociales prédisaient significativement la communication interpersonnelle et les comportements prosociaux lors d'un suivi prospectif à un an. En ce qui concerne les études cliniques interventionnelles, il n'existe à l'heure actuelle qu'une seule étude contrôlée randomisée de Grant et al. [18]. Celle-ci a pu montrer qu'une intervention visant à stimuler l'intérêt et la motivation de l'individu à atteindre des objectifs réalisables, en travaillant notamment sur les croyances défaitistes, améliorerait les symptômes négatifs. Lors de cette étude, les croyances défaitistes étaient considérées comme d'importants obstacles à la réussite des objectifs choisis par l'individu et constituaient ainsi la cible principale de l'intervention via l'utilisation de techniques classiques de TCC comme l'identification des croyances dysfonctionnelles, la psychoéducation sur le lien entre pensées et comportements, la présentation des distorsions cognitives, et enfin les techniques de modifications des croyances comme la production d'hypothèses alternatives ou des expériences de mise à l'épreuve en réalité. Une étude ultérieure [29] a proposé une intervention visant les symptômes négatifs en se basant sur le travail de Grant et al. [18], mais avec certaines adaptations pour prendre en compte aussi le rôle de la stigmatisation. Telle que dans l'étude de Grant et collaborateurs [18], l'intervention proposée par Staring et collaborateurs [29] impliquait aussi la psychoéducation, le choix des objectifs du traitement, la formulation de cas, l'identification des obstacles, notamment des croyances dysfonctionnelles défaitistes et les comportements d'évitement et de techniques tels la restructuration cognitive, le jeu de rôle et les expériences comportementales.

Enfin, l'étude expérimentale récente de Grant et al. [20] a manipulé le succès à l'aide d'une tâche de tri des cartes. Dans la condition « succès » (comparée à une condition contrôle), les participants ayant reçu un diagnostic de schizophrénie travaillaient en collaboration avec le chercheur. Ce dernier devait aider le participant à se fixer des objectifs réalisables et le renforcer indépendamment de sa performance. Les résultats montrent que la condition « succès » permettait une amélioration de l'humeur, des croyances défaitistes et des performances. Ces résultats apportent des éléments supplémentaires de preuve concernant l'importance de l'évaluation et la prise en charge spécifique des croyances défaitistes afin d'améliorer les symptômes négatifs. Il est cependant important de noter que les croyances portant sur l'énergie ou l'effort nécessaire pour réaliser des comportements dirigés vers un but manquent de support empirique. Des études semblent nécessaires pour confirmer l'implication de croyances spécifiques défaitistes dans l'initiation et le maintien de l'effort

pour la réalisation d'une tâche. Enfin, du fait des liens forts entre les symptômes négatifs, notamment les symptômes d'amotivation, de perte d'énergie et d'anhédonie (voir la revue systématique [24]), il est légitime de se demander si la cible d'efficacité de l'approche cognitive des symptômes négatifs ne concernerait pas les facteurs dépressifs de la dimension avolition de ces mêmes symptômes négatifs.

4. Interventions comportementales

4.1. Entraînement aux habiletés sociales (EHS)

4.1.1. Modèle sous-jacent à l'intervention

L'entraînement aux habiletés sociales (EHS) vise à aider les individus ayant reçu un diagnostic de schizophrénie à gérer leurs difficultés dans les situations interpersonnelles et les interactions sociales. Le but de l'entraînement aux habiletés sociales est d'aider une personne à acquérir des compétences sociales, généralement définies par un ensemble distinct d'habiletés expressives, réceptives et conversationnelles, ainsi que tout autre facteur pouvant affecter la capacité d'une personne à participer à des activités sociales (par ex., compétences en matière d'assertivité, facteurs situationnels, habiletés de vie autonome et gestion des médicaments). Classiquement, l'EHS comprend des stratégies cognitives (identifier le lien entre les émotions, pensées et comportements, apprendre à gérer ses pensées autrement), sociales (jeu de rôle et autres exercices pour modeler, répéter et renforcer les habiletés sociales verbales et non verbales), et orientées à la résolution de problèmes [14].

4.1.2. Supports empiriques

Si l'EHS n'a pas été conçu au départ pour améliorer les symptômes négatifs, des données fortes suggèrent que ce type d'intervention est efficace pour traiter les symptômes négatifs (méta-analyse [33]). Donnée intéressante, plusieurs études de Ganholm et collaborateurs [13,15] montrent que les croyances défaitistes constituent un médiateur de l'efficacité de l'EHS et pourraient donc constituer une composante cognitive particulièrement importante à intégrer dans ce type de programme.

4.2. Activation comportementale (AC)

4.2.1. Modèle sous-jacent à l'intervention

L'AC est un traitement qui a montré des preuves d'efficacité dans la dépression [8]. L'objectif de l'AC est de permettre au patient un réengagement graduel dans des activités potentiellement bénéfiques telles que activités sociales, physiques ou de loisirs, tout en diminuant l'engagement dans des activités qui maintiennent les affects négatifs. Le modèle sous-jacent de l'AC est de briser le cercle vicieux baisse de plaisir (anhédonie)-baisse de motivation (amotivation) en reconnectant l'individu avec des expériences de plaisir via l'augmentation et la planification d'activités plaisantes centrées sur les valeurs et les buts personnels de la personne. Comme montré par des données récentes [30], les individus expérimentant des symptômes négatifs ont pour une partie des difficultés à anticiper et se remémorer des expériences de plaisir. L'hypothèse de l'efficacité de l'AC dans la schizophrénie est que le suivi quotidien des activités aiderait les individus à focaliser leur attention sur les activités quotidiennes ayant un sens et agréables pour eux, leur permettant à la fois d'augmenter les expériences de plaisir et donc de motivation mais aussi dans un second temps à se rappeler les expériences plaisantes afin de diminuer les croyances défaitistes et les biais de remémorations associés aux expériences plaisantes.

4.2.2. Supports empiriques

On retrouve une étude pilote de Mairs et collaborateurs [26] qui a porté sur huit participants avec des symptômes négatifs sévères. La compliance était de 44 % avec une diminution significative de la dépression et du score global des symptômes négatifs. À notre connaissance, une seule étude randomisée a été réalisée dans la schizophrénie [6]. Celle-ci montre une amélioration significative des symptômes négatifs après l'intervention et très peu de *drop out* (5 %). Comme écrit précédemment, du fait de l'importante prévalence de la dépression chez les individus ayant reçu un diagnostic de schizophrénie, l'AC semble particulièrement pertinente et d'intérêt dans la prise en charge des symptômes d'amotivation et des anomalies hédoniques quand celles-ci seraient associées à des pensées défaitistes ou à une baisse d'obtention de renforçateurs hédoniques.

5. Interventions émotionnelles/motivationnelles

5.1. Intervention PEPS (Positive Emotions Program for Schizophrenia [10,27])

5.1.1. Modèle sous-jacent à l'intervention

Jérôme Favrod et son équipe ont développé un programme original visant les déficits d'anticipation et de motivation mis en évidence chez un certain nombre d'individus ayant reçu un diagnostic de schizophrénie. Ce programme se base en grande partie sur le modèle de l'amotivation de Kring et Barch [23] dans lequel un comportement dirigé vers un but dépend d'un ensemble d'étapes de génération et de maintien du plaisir éprouvé pendant la réalisation passée de ce but. Ce modèle postule qu'après qu'une expérience a été initiée et appréciée, le souvenir de cette expérience ainsi que la capacité de créer et de maintenir cette représentation contribuent au plaisir anticipatoire. Une fois que le plaisir est anticipé puis que le ratio valeur/effort du but pour l'atteindre est calculé, le comportement orienté vers un but est généré. Comme l'écrivent les auteurs, « Le programme émotions positives pour la schizophrénie (PEPS) est un programme groupal qui cherche à réduire l'anhédonie et l'apathie en augmentant le contrôle cognitif des émotions positives. Il s'agit d'un programme en huit séances d'une heure, administré à l'aide de matériel multimédia (visuel et sonore) et présenté sous forme de fichiers PowerPoint projetés sur un écran. Les groupes sont composés de 5 à 10 participants. Chaque séance commence par un accueil et un exercice de relaxation ou de méditation. Dès la seconde séance, les animateurs passent en revue la tâche à domicile qui a été prescrite à la fin de la séance précédente. La séance se poursuit avec la remise en question d'une croyance défaitiste, puis l'apprentissage d'une compétence pour améliorer l'anticipation, le maintien, l'augmentation ou la réactualisation d'émotions positives. La séance se termine par la prescription d'une tâche à accomplir pour la séance suivante. Les compétences enseignées sont : savourer l'expérience agréable, exprimer les émotions de manière comportementale, capitaliser les moments positifs et anticiper les moments agréables ». Il s'agit donc d'un programme utilisant des techniques provenant de la troisième vague des TCC (pleine conscience détachée), de planification de l'action ainsi que des techniques plus cognitives visant les croyances défaitistes.

5.1.2. Support empirique

Deux études encourageantes [10,27], bien que présentant des limites importantes (faible échantillon, étude la plus importante n'incluant pas de patients mais des professionnels de santé), apportent des arguments pour mettre en place des études à plus large échelle et incluant des patients afin d'en tester l'efficacité clinique. Cependant et comme le soulignent les auteurs, si l'on retrouve des effets positifs de PEPS sur les sous-échelles apathie, amotivation et anhédonie de la SANS, ainsi qu'une réduction significative de la dépression, les processus d'efficacité du programme nécessitent d'être évalués. Est-ce la composante

comportementale, de maintien du plaisir ressenti, le travail sur les croyances défaitistes, les techniques de pleine conscience, et/ou le travail sur l'entraînement à imaginer de manière détaillée et spécifique des événements futurs plaisants qui constituent les ingrédients potentiellement efficaces de l'intervention ? Des études futures semblent en cela nécessaires.

6. Interventions Intégratives

6.1. MOVE ou « *MOtiVation and Enhancement training* »

6.1.1. Modèle sous-jacent à l'intervention

Comme décrit ci-dessus, plusieurs facteurs semblent contribuer au développement et au maintien des symptômes négatifs. Afin d'adresser ces facteurs lors d'une seule prise en charge, un modèle intégratif des symptômes négatifs a été proposé par Velligan et al. [34]. Dans ce modèle, les auteurs mettent l'accent sur les croyances défaitistes, le déficit dans l'anticipation du plaisir, ainsi que sur les déficits dans l'initiation de l'action et l'atrophie des compétences sociales et professionnelles.

6.1.2. Support empirique

À partir de ce modèle, Velligan et al. [34,35] proposent le MOVE ou « *MOtiVation and Enhancement training* » [35], une intervention d'une durée de neuf mois qui vise à intégrer différentes stratégies en TCC afin de cibler plusieurs facteurs qui contribuent à la persistance des symptômes négatifs. Les objectifs du traitement sont élaborés en collaboration avec le participant. Les séances se déroulent au domicile ou dans la communauté de la personne avec une fréquence hebdomadaire mais peuvent être plus nombreuses au début suivant le handicap de la personne.

Les composantes de cette intervention impliquent : (1) l'utilisation des aides externes pour inciter l'initiation et la persistance du comportement ; (2) l'entraînement des habilités visant les interactions sociales mais aussi les compétences nécessaires dans la vie quotidienne ; (3) les techniques classiques de TCC pour changer les croyances défaitistes telles que celles décrites par Grant et Beck [16] ; (4) l'augmentation des activités plaisantes afin d'aider le patient à prendre conscience du contraste entre le plaisir anticipé et le plaisir ressenti ; (5) et enfin, l'entraînement aux habilités de reconnaissance et expression émotionnelle. L'efficacité de cette intervention a été testée par Velligan et al. [35] lors d'une étude pilote randomisée auprès de 51 personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie

avec des symptômes négatifs persistants. Les participants ont été randomisés soit au groupe « traitement habituel » ou au groupe « MOVE ». Cette étude a mis en évidence une réduction des symptômes négatifs à neuf mois, notamment une amélioration de la motivation et de l'engagement social. De plus, il a été montré qu'à neuf mois, la modification des pensées défaitistes s'est montrée modérément et est positivement corrélée au changement de l'amotivation mesurée. Cependant, cette intervention porte des limites importantes, notamment le nombre de patients qui ont renoncé à suivre l'intervention jusqu'à la fin — probablement en raison de la durée qui exige de ces patients un haut niveau d'engagement.

7. Conclusion

7.1. Limites actuelles des thérapies comportementales et cognitives des symptômes négatifs dans la schizophrénie

Une des raisons majeures du peu d'études visant une prise en charge des symptômes négatifs est que ceux-ci se caractérisent par une absence de comportements observables rendant la mise en évidence des facteurs impliqués difficiles à quantifier. Une autre limite existante des prises en charges TCC actuelles concerne l'absence de modèles psychologiques validés portant sur les symptômes négatifs. Par exemple, même si les croyances défaitistes apparaissent impliquées dans le maintien de l'amotivation, d'autres variables comme les troubles cognitifs, les symptômes positifs, un environnement pauvre en stimulation et apportant peu de renforcements positifs constituent des variables de maintien évidentes dans les symptômes négatifs (pour une revue [32]). Cette absence de modèle validé et intégratif explique d'après nous en grande partie l'absence d'efficacité des interventions TCC visant à intervenir sur les symptômes négatifs extrêmement hétérogènes et multi-déterminés. De plus, il apparaît que la dimension expressivité a reçu très peu d'intérêt de la part des interventions en TCC, certainement en grande partie pour les raisons évoquées précédemment. En effet, la séparation actuelle des symptômes négatifs en deux dimensions ne prendrait pas en compte l'extrême hétérogénéité et diversité des symptômes négatifs [25].

7.2. Perspectives et recommandation cliniques

L'influence de facteurs psychologiques dans le développement et le maintien des symptômes négatifs est désormais bien démontrée. Toute prise en charge devrait se fonder sur

une analyse fonctionnelle précise des difficultés de l'individu. Lincoln et al. [25] ont récemment proposé une analyse fonctionnelle spécifique des symptômes négatifs intégrant l'ensemble des facteurs psychologiques pouvant participer à leur maintien. Nous recommandons d'intégrer celle-ci en pratique clinique et la proposons en annexe (voir figures 1, 2 et 3).

Cette analyse fonctionnelle est une analyse SORC classique [21] qui présente l'avantage de cibler à la fois la dimension volition et de la dimension expressivité des symptômes négatifs.

Au niveau des interventions, l'approche intégrative développée par Beck et Grant (*Recovery Oriented Cognitive Therapy*; [19] pour une illustration clinique) intégrant en fonction des buts et valeurs personnels des patients des techniques de revalidation neuropsychologique, des habiletés sociales, ou de la thérapie cognitive, nous semble particulièrement prometteuse dans la gestion des symptômes négatifs. En effet, celle-ci intègre de manière individualisée et centrée sur les buts personnels plusieurs types d'intervention impliqués dans les symptômes négatifs comme les troubles cognitifs et de cognition sociale, les habiletés sociales, la gestion des symptômes positifs et les pensées défaitistes.

D'un point de vue plus fondamental, deux étapes essentielles nous apparaissent devoir être développées : quels sont les différents processus en jeu pour un même état psychopathologique appartenant à la sphère négative ? Un état amotivationnel peut par exemple être expliqué par des croyances défaitistes mais aussi par un environnement peu stimulant et laissant peu de place à l'auto-détermination, une anxiété sociale, un état dépressif ou une prise de poids trop importante entraînant une sédentarité excessive. Enfin, comprendre les interactions entre les différents symptômes et variables impliqués dans un symptôme négatif via les approches par réseau [4] devrait aider les cliniciens à mieux guider leur intervention dans un futur que nous espérons proche.

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

[1] Beck AT, Rector NA. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:577-606.

[2] Beck AT, Haigh EA. Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10:1-24.

[3] Beck AT, Himelstein R, Grant PM. In and out of schizophrenia: Activation and deactivation of the negative and positive schemas. *Schizophr Res* 2017.

[4] Borsboom D, Cramer A, Kalis A. Brain disorders? Not really... Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behav Brain Sci* 2018;24:1-54.

[5] Campellone TR, Sanchez AH, Kring AM. Defeatist Performance Beliefs, Negative Symptoms, and Functional Outcome in Schizophrenia: a Meta-analytic Review. *Schizophr Bull* 2016;42:1343-52.

[6] Choi KH, Jaekal E, Lee GY. Motivational and Behavioral Activation as an Adjunct to Psychiatric Rehabilitation for Mild to Moderate Negative Symptoms in Individuals with Schizophrenia: A Proof-of-Concept Pilot Study. *Front Psychol* 2016;7:1759.

[7] Doyle R, Turner N, Fanning F, Brennan D, Renwick L, Lawlor E, et al. First-episode psychosis and disengagement from treatment: a systematic review. *Psychiatr Serv* 2014;65:603-11.

[8] Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and subgroup analysis. *PLoS One* 2014;9:e100100.

[9] Fanning F, Foley S, Lawlor E, McWilliams S, Jackson D, Renwick L, et al. Group cognitive behavioural therapy for first episode psychosis: who's referred, who attends and who completes it? *Early Interv Psychiatry* 2012;6:432-41.

[10] Favrod J, Nguyen A, Fankhauser C, Ismailaj A, Hasler JD, Ringuet A, et al. Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC Psychiatry* 2015;15:231.

[11] Freeman D. Persecutory delusions: a cognitive perspective on understanding and treatment. *Lancet Psychiatry* 2016;3:685-92.

[12] Fusar-Poli P, Papanastasiou E, Stahl D, Rocchetti M, Carpenter W, Shergill S, et al. Treatments of Negative Symptoms in Schizophrenia: meta-Analysis of 168 Randomized Placebo-Controlled Trials. *Schizophr Bull* 2015;41:8892-99.

[13] Granholm E, Holden J, Link PC, McQuaid JR. Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: improvement in functioning and experiential negative symptoms. *J Consult Clin Psychol* 2014;82:1173-85.

[14] Granholm EL, McQuaid JR, Holden JL. Cognitive-behavioral social skills training for schizophrenia: A practical treatment guide. Guilford Press; 2016.

- [15] Granholm E, Holden J, Worley M. Improvement in Negative Symptoms and Functioning in Cognitive-Behavioral Social Skills Training for Schizophrenia: Mediation by Defeatist Performance Attitudes and Asocial Beliefs. *Schizophr Bull* 2018;44:653-61.
- [16] Grant PM, Beck AT. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35:798-806.
- [17] Grant PM, Beck AT. Asocial beliefs as predictors of asocial behavior in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010;177:65-70.
- [18] Grant PM, Huh GA, Perivoliotis D, Stolar NM, Beck AT. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:121-7.
- [19] Grant PM, Reissweber J, Luther L, Brinen AP, Beck AT. Successfully breaking a 20-year cycle of hospitalizations with recovery-oriented cognitive therapy for schizophrenia. *Psychol Serv* 2014;11:125-33.
- [20] Grant PM, Perivoliotis D, Luther L, Bredemeier K, Beck AT. Rapid improvement in beliefs, mood, and performance following an experimental success experience in an analogue test of recovery-oriented cognitive therapy. *Psychol Med* 2018;48:261-8.
- [21] Kanfer FH, Karoly P. Self-control: a behavioristic excursion into the lion's den. *Behav Ther* 1972;3:398-416.
- [22] Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT Jr, Marder SR. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophr Bull* 2006;32:214-9.
- [23] Kring AM, Barch DM. The motivation and pleasure dimension of negative symptoms: neural substrates and behavioral outputs. *Eur Neuropsychopharmacol* 2014;24:725-36.
- [24] Krynicki CR, Upthegrove R, Deakin JFW, Barnes TRE. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2018;137:380-90.
- [25] Lincoln TM, Riehle M, Pillny M, Helbig-Lang S, Fladung AK, Hartmann-Riemer M, et al. Using Functional Analysis as a Framework to Guide Individualized Treatment for Negative Symptoms. *Front Psychology* 2017;8:2108.
- [26] Mairs H, Lovell K, Campbell M, Keeley P. Development and pilot investigation of behavioral activation for negative symptoms. *Behav Modif* 2011;35:486-506.

[27] Nguyen A, Frobert L, McCluskey I, Golay P, Bonsack C, Favrod J. Development of the Positive Emotions Program for Schizophrenia: An Intervention to Improve Pleasure and Motivation in Schizophrenia. *Front Psychiatry* 2016;17:7:13.

[28] Remington G, Foussias G, Fervaha G, Agid O, Takeuchi H, Lee J, et al. Treating Negative Symptoms in Schizophrenia: an Update. *Curr Treat Options Psychiatry* 2016;3:133-50.

[29] Staring AB, Ter Huurne, MA, van der Gaag M. Cognitive Behavioral Therapy for negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2013;44:300-6.

[30] Strauss GP, Gold JM. A new perspective on anhedonia in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2012;169:364-73.

[31] Strauss GP, Cohen AS. A Transdiagnostic Review of Negative Symptom Phenomenology and Etiology. *Schizophr Bull* 2017;43:712-9.

[32] Strauss GP, Esfahlani FZ, Galderisi S, Mucci A, Rossi A, Bucci P, et al. Network Analysis Reveals the Latent Structure of Negative Symptoms in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 2018.

[33] Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P, van der Gaag M, Karyotaki E, MacBeth A. A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophr Bull* 2018;44:475-91.

[34] Velligan D, Maples N, Roberts DL, Medellin EM. Integrated psychosocial treatment for negative symptoms. *Am J Psychiatr Rehabil* 2014;17:1-19.

[35] Velligan DI, Roberts D, Mintz J, Maples N, Li X, Medellin E, et al. A randomized pilot study of MOtiVation and Enhancement (MOVE) Training for negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Res* 2015;165:175-80.

[36] Velthorst E, Koeter M, van der Gaag M, Nieman DH, Fett AK, Smit F, et al. Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med* 2015;45:453-65.

Tableau 1 (Beck et al., [14]): Attitudes dysfonctionnelles spécifiques à la situation propre au facteur amotivation de la symptomatologie négative.

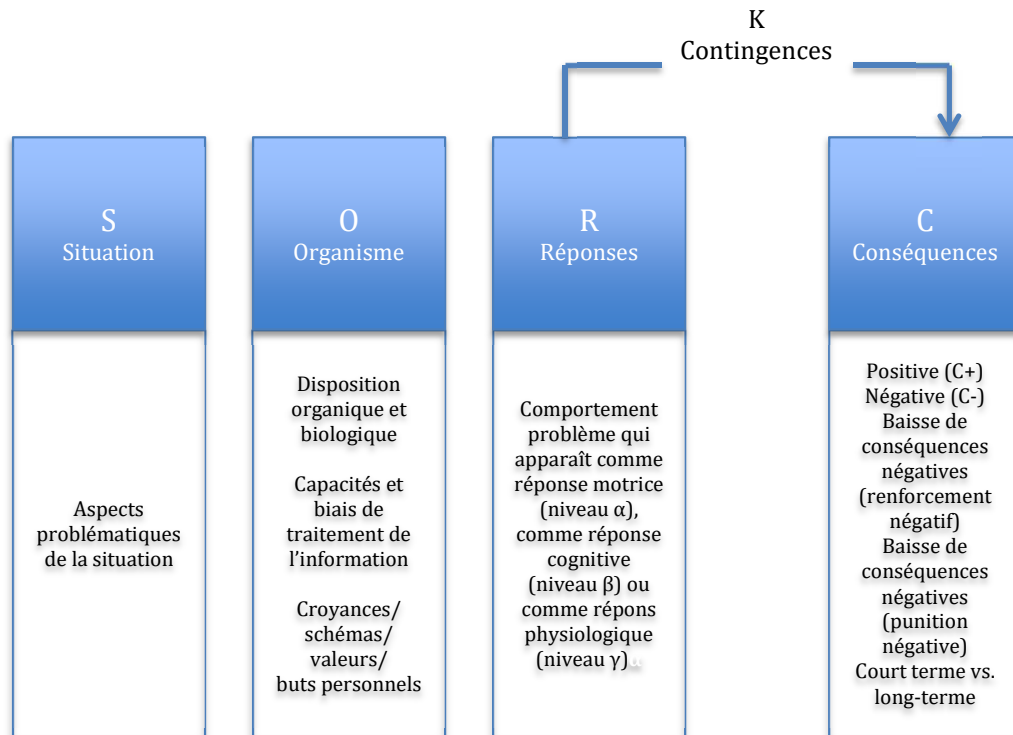
	Soi	Les autres/le monde	futur	Symptômes
Orientation Tâche	Je suis quelqu'un d'inadapté, d'incompétent	La tâche est trop exigeante	J'échouerais	Amotivation & évitement
Plaisir	Je ne suis pas capable de ressentir du plaisir	Rien dans ce monde n'est plaisant	Je n'apprécierai pas cette activité	Anhédonie
Interpersonnel	Je ne suis pas quelqu'un d'agréable	Les gens ne sont pas amicaux	Si je vais vers les autres je serai rejeté	Asocialité/évitement
Énergie	Je ne suis pas quelqu'un d'énergique	Ce qu'on me demande m'épuise	Je n'aurai pas l'énergie pour le faire	Manque d'énergie

Figure 1 : Modèle d'analyse fonctionnelle

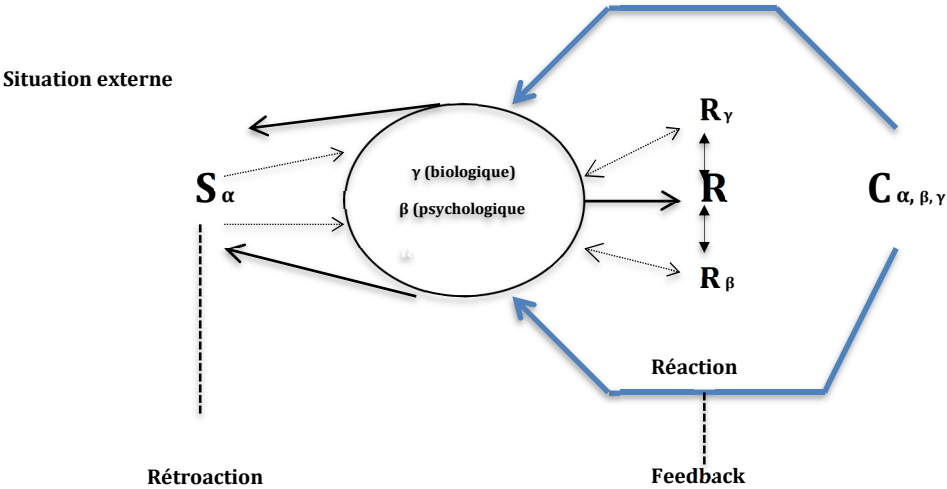
Figure 2 : Modèle d'auto-régulation du comportement (modèle de Kanfer and Karoly, 1972 [2]), adapté par Lincoln et al., 2017 [1] pour les symptômes négatifs.

Figure 3 : Exemples de comment les connaissances existantes sur les symptômes négatifs peuvent être incorporées dans le cadre d'une analyse fonctionnelle.

I. Figure 1 : Modèle d'analyse fonctionnelle



II. Figure 2 : Modèle d'auto-régulation du comportement (modèle de Kanfer and Karoly, 1972 [2]), adapté par Lincoln et al., 2017 [1] pour les symptômes négatifs.



III. Figure 3 : Exemples de comment les connaissances existantes sur les symptômes négatifs peuvent être incorporées dans le cadre d'une analyse fonctionnelle.

S (situation)	O(organisme)	R(réponses)	C (conséquences)
<p>Niveau micro: déclencheur situationnel spécifique (par exemple, sonnerie d'alarme, approche d'une autre personne, être seul à la maison, etc.)</p> <p>Niveau macro: Environnement sous-stimulant ou sur-stimulant et stressant (par exemple, déprivation institutionnelle, traumatisme, adversité sociale, statut socio-économique faible, discrimination, réseau social médiocre, faible soutien social, critiques et stigmatisation)</p>	<p>Niveau β</p> <p>Déficits neurocognitifs : par ex., altération de la vitesse de traitement, de l'attention / de la vigilance, de la mémoire de travail, de la mémoire verbale, du raisonnement et de la résolution de problèmes, de la compréhension verbale</p> <p>Cognition sociale: par ex., déficits de la théorie d'esprit, altération de l'identification et de la discrimination des expressions faciales et émotionnelles, difficultés dans les inférences sociales, compétences plus faibles dans la compréhensions des interactions interpersonnelles et la transmission de l'empathie</p> <p>Schémas durables sur soi et les autres: par ex., faible estime de soi, réduction du sentiment d'auto-efficacité, croyances d'asocialité, faibles espérances de succès, et/ou de plaisir, attachement insécure</p> <p>Anticipation du plaisir et de la récompense: p. Ex. Anticipation réduite de plaisir anticipé et de résultats positifs(récompenses).</p> <p>Représentation de la récompense et prise de décision : représentation dégradée de la valeur d'une récompense, surestimation des coûts de l'effort pour obtenir une récompense</p> <p>Apprentissage par renforcement: Difficulté à apprendre des conséquences positives d'un comportement.</p> <p>Niveau γ : Par ex. une forme physique réduite, une prévalence accrue de maladies somatiques, effets secondaires des médicaments antipsychotiques, abus de substances, prédispositions génétiques</p>	<p>Niveau α</p> <p>Baisse de la motivation : Manque d'initiative ou de persévérance dans les activités quotidiennes centrées sur des objectifs, comme se rendre au travail ou à l'école, prendre soin de soi, ou interagir avec ses amis et sa famille</p> <p>Expressivité réduite: par exemple, comportement verbal réduit, prosodie vocale altérée, communication non verbale réduite (par exemple, expression faciale positive réduite comme effectuer des sourires), gestes réduits (par exemple, hochement de tête ou inclinaison vers l'avant), synchronisation altérée des mouvements interpersonnels</p> <p>Niveau β</p> <p>Par ex., pensées automatiques négatives (par exemple, "je n'ai pas ce qu'il faut pour faire cela", "je ne m'amuserai pas", "ça ne marchera pas pour moi de toute façon", "ça ne vaut pas la peine d'essayer")</p> <p>Niveau γ Par exemple, une activité musculaire réduite (par exemple, zygomatiques), activation accrue du système autonome et de l'axe HPA ?</p>	<p>Renforcement positif: Effort accru des partenaires d'interaction, vigilance accrue des professionnels de santé mentale, soutien social, aide pratique et financière (p. Ex., Pensions d'invalidité)</p> <p>Renforcement négatif: Réduction de la peur, de l'inquiétude ou de la tension, soulagement à court terme des conséquences sociales et émotionnelles</p> <p>Punition: rejet social, critiques, problèmes de santé</p> <p>Punition négative: Perte de réalisation/autonomie sociale Moins de réponses affectives positives et de sympathie provenant des partenaires d'interaction Diminution des interactions sociales, Moins d'événements agréables Moins d'expérience de succès, Non-réalisation d'objectifs</p>

[1] Kanfer FH, Karoly P (1972). Self-control: a behavioristic excursion into the lion's den. Behav. Therapy 1972;3:398-416.

[2] Lincoln TM, Riehle M, Pillny M, Helbig-Lang S, Fladung AK, Hartmann-Riemer M, et al. Using Functional Analysis as a Framework to Guide Individualized Treatment for Negative Symptoms. Front Psychology;8:2108