



**nant**  
fondation

*Secteur psychiatrique de l'Est vaudois*



**Sous l'égide de :**

**ISPS** (International Society for Psychologic Treatments of Schizophrenias and other psychoses)

**Fondation de Nant**

**Département de Psychiatrie CHUV**

**ISPS - US**

**Journées scientifiques à Nant**

**P s y c h o s e & T r a u m a**

**\*\*\*\*\***

**Conférence du Prof. Paul H. Lysaker**

**« Signification clinique et psychosociale d'une histoire de trauma  
chez les patients souffrant d'un trouble du spectre  
de la schizophrénie »**

# Signification clinique et psychosociale d'une histoire de trauma chez les patients souffrant d'un trouble du spectre de la schizophrénie

Paul H. Lysaker

## **Abstract :**

*Les résultats de plusieurs travaux de recherche suggèrent que beaucoup de schizophrènes ont été exposés à un traumatisme significatif dans leur vie, non seulement après, mais également avant le début de leur maladie. Cet article passe en revue la littérature suggérant que l'exposition à certaines formes de traumatismes, y compris l'abus sexuel pendant l'enfance, puissent augmenter le risque de développer une schizophrénie. Il présente également des données d'études longitudinales qui suggèrent qu'une histoire de traumatisme puisse également affecter le cours de la maladie et les manifestations symptomatiques du trouble, avec pour conséquences un niveau plus important de dysfonctionnement psychosocial et une intensité plus marquée du niveau d'anxiété et des hallucinations. Une vignette clinique illustrant ces éléments sera présentée et les implications pour la compréhension, l'évaluation et le traitement des patients seront discutés.*

Paul H. Lysaker 1,2,3

### Address:

1 Roudebush VA Medical Center, Day Hospital 116H, 1481 West 10th St, Roudebush VA Medical Center, Indianapolis, Indiana 46202, USA

2 Department of Psychiatry, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, Indiana 46202, USA.

3 School of Psychological Science, University of Indianapolis, Indianapolis IN.

Email: Paul H Lysaker - [plysaker@iupui.edu](mailto:plysaker@iupui.edu);

## ***Introduction***

Au cours des cent dernières années, la recherche psychiatrique a été le témoin de l'apogée, puis du déclin de beaucoup d'affirmations péremptoires au sujet de la nature, de l'étiologie, des symptômes centraux, des caractéristiques associées et de l'évolution de la schizophrénie. Un défi récemment lancé aux idées bien établies sur les facteurs de risque pour l'apparition de ce trouble est l'observation d'une incidence étonnamment élevée de traumatismes significatifs chez les personnes souffrant de schizophrénie. En effet, il est frappant de constater que la prévalence élevée d'expériences traumatiques chez les individus souffrant de schizophrénie n'est pas simplement due à une probabilité exceptionnellement élevée de subir des traumatismes après le début de la maladie ; beaucoup de patients ont été victimes d'abus sexuels et physiques avant même le début de la maladie. Une implication de ces découvertes est que les facteurs de stress survenant dans la phase tardive du développement du cerveau, c'est-à-dire ceux qui surviennent après la phase prénatale et néonatale, peuvent avoir un impact sur le développement de processus neurobiologiques et aboutir ultérieurement au développement d'une schizophrénie. Cependant, au-delà de la question théorique des facteurs de risque et des approches pratiques relatives à la prévention, la question se pose de savoir si la mise en évidence d'un lien entre trauma et schizophrénie a des implications pour l'évaluation et le traitement des sujets qui souffrent déjà d'une telle pathologie. Autrement dit, est-ce qu'une histoire de trauma joue un rôle dans l'évolution du trouble et affecte la vie de tous les jours d'une telle manière que les cliniciens devraient s'en préoccuper, ou au contraire est-ce que de tels facteurs qui pourraient avoir contribué à l'émergence de la schizophrénie ne constituent plus un enjeu thérapeutique une fois que la personne est malade depuis plusieurs années ?

Afin d'explorer cette question et l'importance d'aborder la question d'une possible histoire de trauma dans le traitement des personnes souffrant d'une schizophrénie, cette présentation passera en revue les résultats de la recherche sur la prévalence et sur les corrélations entre trauma et schizophrénie. Spécifiquement, je vais d'abord passer en revue la littérature qui rapporte une prévalence étonnamment élevée de traumatismes chez les hommes et femmes souffrant de schizophrénie, et qui suggère la possibilité que certaines formes de traumatismes survenant dans l'enfance puissent multiplier par cinq le risque de développer un tel trouble. Deuxièmement, je vais passer en revue diverses études qui suggèrent qu'une histoire de trauma est liée à une évolution particulièrement défavorable de la maladie, ce qui se manifeste par une intensité élevée de certains symptômes particuliers, des difficultés profondes dans la relation avec les autres et des difficultés de fonctionnement professionnel. Afin d'explorer si ces éléments ont une utilité clinique dans l'approche de cas individuels, je présenterai une vignette clinique dans la troisième section. Finalement, dans la quatrième section, j'examinerai les implications pour le traitement.

## ***Incidence d'histoire de traumatisme chez les personnes souffrant de schizophrénie et d'autres psychoses***

Les enquêtes systématiques de population suggèrent que le taux d'exposition à des expériences potentiellement traumatiques est relativement élevé dans la population générale, avec des prévalences situées autour de 60% pour les hommes et de 51% chez les femmes (1). Les recherches qui ont exploré la prévalence de traumatismes chez les personnes souffrant de schizophrénie ou de psychose en général suggèrent des taux sensiblement plus élevés. Par exemple, parmi un groupe de 47 sujets diagnostiqués comme souffrant de schizophrénie et vivant dans la communauté, Resnick et coll. (2) ont constaté que près de trois quart d'entre eux rapportaient une exposition à un événement traumatique remplissant le critère A pour un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) et que 13% remplissaient tous les critères d'un PTSD. Parmi les types de traumatismes identifiés chez plus de 20% des sujets de l'échantillon,

on relevait : le fait d'avoir été impliqué dans un accident, d'avoir subi un contact sexuel non désiré en tant qu'enfant ou adulte, d'avoir subi une agression avec ou sans arme, d'avoir été le témoin d'un meurtre ou d'avoir un membre de sa famille ou un ami qui s'est fait assassiner.

Un des problèmes dans l'évaluation de l'impact des traumatismes réside dans le fait que le type et l'impact du traumatisme sur les individus ne sont pas uniformes. Au contraire, il y a plusieurs formes de traumatisme, et l'intensité du traumatisme dépend de beaucoup de facteurs qui sont difficiles à mesurer. Afin de rétrécir le champ d'investigation, beaucoup de travaux se sont concentrés sur les traumatismes survenant dans l'enfance et sur la forme probablement la plus grave, c'est-à-dire l'abus sexuel. Par exemple, dans une large enquête de population portant sur 8'580 adultes en Grande-Bretagne, Bebbington et coll. (3) ont trouvé que 34,5% des individus souffrant d'un trouble psychotique rapportaient une histoire d'abus sexuels, alors que seulement 1,8% des individus sans diagnostic psychiatrique le faisaient. Comparé à la population générale, il était ainsi 15,5 fois plus probable que les sujets souffrant de psychose aient vécu un abus sexuel dans l'enfance. Ces résultats sont en accord avec ceux d'une étude portant sur un plus petit échantillon, qui a rapporté qu'environ un tiers des personnes souffrant de schizophrénie ont une histoire d'abus sexuel dans l'enfance (4). Ceci est également confirmé par une étude de Whitfield et coll. (5), qui ont constaté que les individus ayant vécu sept événements traumatisants ou plus pendant leur enfance (définis dans l'étude comme des événements allant d'être victime d'un abus grave à vivre dans une famille dont un membre souffre de maladie mentale ou d'un abus de substance) étaient cinq fois plus susceptibles que les individus qui n'avaient éprouvé aucun événement défavorable dans l'enfance de développer des symptômes psychotiques (tels que des hallucinations). D'autres études ont essayé d'aller plus loin que ces settings purement transverses, et de conduire des conduites prospectives. Spauwen et coll. (6) ont évalué 2'524 sujets âgés de 14 à 24 ans, et ont trouvé que le fait de rapporter, au début de l'étude, une histoire d'abus dans l'enfance (abus émotionnel, physique, psychologique ou sexuel), était associé à la survenue de symptômes psychotiques trois ans et demi plus tard. Cette association entre abus dans l'enfance et survenue ultérieure de symptômes psychotiques est également décrite par Janssen et coll. (7). Ces investigateurs suggèrent en plus qu'une relation dose-effet existe entre abus et psychose, la probabilité de développer une psychose étant d'autant plus élevée que la fréquence des abus l'est. Ils ont ainsi constaté que les individus exposés à une haute fréquence d'abus étaient trente fois plus susceptibles de développer une psychose deux ans après que ceux qui n'en avaient subi aucun. Le risque n'était que de cinq fois plus élevé pour ceux qui rapportaient une faible fréquence d'abus dans l'enfance.

Il est important de noter qu'étant donné que la psychose, par définition, implique une certaine perte de contact avec la réalité, on peut être tenté de douter de la validité des informations rapportées par les personnes souffrant de troubles psychotiques. Aucune donnée scientifique ne suggère cependant que les individus souffrant de maladie mentale exagèrent leur potentielle exposition à des traumatismes. Au contraire, les recherches indiquent que l'anamnèse d'abus chez les personnes psychotiques est habituellement précise, et ont démontré une bonne répliquabilité de cette information (8).

### ***Corrélations cliniques et psychosociales du traumatisme chez les adultes souffrant de schizophrénie***

Alors que la recherche suggère que beaucoup d'individus souffrant de schizophrénie ont subi des traumatismes importants, on peut se demander si, au-delà des questions relatives à l'importance probable de la prévention de l'exposition au trauma, ces éléments ont également une implication par rapport au traitement des patients. Pour étudier ce point, Ross et coll. (9) ont interviewé 83 adultes porteurs d'un diagnostic confirmé de schizophrénie afin de déterminer de quels types de symptômes ils souffraient et s'ils avaient été abusés dans leur enfance. Les 37 participants qui rapportaient une histoire d'abus présentaient des niveaux plus graves d'hallucinations et de délire

que ceux qui n'avaient pas souffert d'abus. Les auteurs ont alors suggéré que l'histoire d'abus peut être un facteur contribuant à la survenue d'une forme de schizophrénie caractérisée principalement par des symptômes positifs.

Dans une étude du fonctionnement psychosocial de 156 adultes sans domicile fixe et souffrant d'un trouble psychiatrique grave et d'un problème d'abus de substance, Blankertz et coll. (10) ont observé que pratiquement 90% de l'échantillon rapportait une histoire de traumatisme dans l'enfance. Les auteurs suggèrent qu'une histoire d'abus dans l'enfance est un facteur de risque d'abus de substance ultérieur et de clochardisation. Poursuivant l'étude du lien entre l'histoire de trauma dans l'enfance et le fonctionnement social, Lysaker et coll.<sup>4</sup> ont évalué la qualité du travail et du fonctionnement psychosocial de 54 patients schizophrènes, dont 19 rapportaient une histoire d'abus sexuel dans l'enfance. Les analyses ont indiqué que le groupe rapportant des abus sexuels dans l'enfance avait de plus grandes difficultés au travail, et disposaient de moins des éléments psychologiques de base essentiels à l'établissement et au maintien de relations intimes, démontraient une vulnérabilité plus grande à l'instabilité émotionnelle, au sentiment d'insécurité et à l'instabilité affective.

Une limitation de ce type d'études réside cependant dans le fait que toutes les évaluations ont été effectuées de manière transverse; il est ainsi difficile de savoir si l'histoire de traumatismes est liée de façon causale au niveau de sévérité des symptômes et du fonctionnement psychosocial. Pour aborder cette question, Lysaker et coll. (11) ont comparé l'évaluation bi-hebdomadaire des symptômes positifs, de l'instabilité émotionnelle et du nombre d'heures de travail hebdomadaire effectuées pendant quatre mois, entre 12 sujets souffrant d'un trouble du spectre de la schizophrénie et ayant une histoire d'abus sexuels dans l'enfance, et 31 sujets souffrant d'un trouble du spectre de la schizophrénie, mais sans aucune histoire d'abus sexuels dans l'enfance. L'évaluation, conduite par des évaluateurs neutres ignorant la présence ou l'absence d'une histoire d'abus sexuels, a montré que le groupe avec une histoire d'abus sexuels avait des niveaux moyens plus élevés de symptômes positifs, de symptômes de déséquilibres émotionnels et participaient moins bien à la réadaptation professionnelle. De plus, les résultats indiquent qu'au fil du temps, le groupe qui a été abusé sexuellement travaillait de moins en moins d'heures comparé aux autres. De manière intéressante, l'évaluation révélait que les participants rapportant un abus avaient des niveaux sensiblement plus élevés d'hallucinations et d'anxiété. Enfin, l'examen du niveau moyen de la sévérité des hallucinations et de l'anxiété chez les patients abusés indiquait des variations sensibles de semaine en semaine, ce qui suggère une plus grande vulnérabilité émotionnelle chez ces sujets.

Etant donné ces liens possibles entre traumatisme et hallucinations, Hardy et coll. (12) ont examiné si le contenu et la forme des hallucinations étaient liés à une histoire de traumatisme. En d'autres termes, les personnes schizophrènes traumatisées ont-elles des hallucinations non seulement plus sévères, mais également de nature différente ? Pour explorer cette question, les évaluateurs ont évalué le taux de quatre types d'associations présumées entre trauma et hallucinations (directe, indirecte, stress, aucune) chez 75 participants souffrant de psychose non affective. Parmi les 40 participants qui avaient subi un traumatisme, 12,5% présentaient des hallucinations dont le contenu était similaire à celui de leur traumatisme, 45% avaient des hallucinations dans lesquelles le thème était le même que celui de leur traumatisme mais pas le contenu, et chez 42,5%, on n'identifiait aucune association entre leurs hallucinations et le traumatisme précédemment vécu. Il est intéressant de noter que les traumas évalués comme étant de nature intrusive étaient associés à des hallucinations évaluées également comme étant de nature intrusive, bien que des hallucinations intrusives n'étaient pas associées à un traumatisme dans le passé en général. Les types de traumatisme les plus susceptibles d'être associés à des hallucinations étaient l'abus sexuel ou l'intimidation (bullying en milieu scolaire). En plus de l'association entre traumatisme et sévérité au type d'hallucination, certains éléments suggèrent que l'expérience d'événements traumatiques puisse avoir un impact sur la survenue d'autres types de symptômes chez les individus atteints de schizophrénie. Etant donné l'association possible entre le traumatisme et les symptômes anxieux dans la schizophrénie,

quelques études ont exploré les liens possibles entre une histoire de traumatisme, les symptômes de PTSD et le fonctionnement général. Par exemple, Lysaker et coll. (13) ont recueilli des données sur l'histoire de traumatismes, les symptômes de PTSD, l'anxiété sociale et les symptômes anxieux chez 40 personnes schizophrènes et 11 personnes portant un diagnostic de PTSD sans histoire de psychose. Le groupe souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie comprenait 21 sujets avec une histoire d'abus sexuels dans l'enfance et 19 sujets sans histoire d'abus. Les analyses ont indiqué que le groupe des schizophrènes abusés présentait des niveaux sensiblement plus élevés de dissociations, d'expériences intrusives et d'anxiété d'état et de trait que le groupe des schizophrènes non maltraités. Les groupes n'étaient toutefois pas différents statistiquement au niveau de l'état anxieux, de l'évitement défensif ou de l'anxiété sociale. Par rapport au sujet PTSD sans psychose, le groupe de schizophrènes ayant subi des traumatismes présentait un niveau significativement plus bas d'anxiété et d'expériences intrusives, mais ne différait pas statistiquement sur d'autres points. Pour explorer l'impact des symptômes de PTSD sur le fonctionnement général, Calhoun et coll. (14) ont obtenu des évaluations de qualité de vie, d'utilisation des services de santé et de comorbidités de PTSD dus à un éventail de causes, chez des vétérans militaires masculins souffrant de schizophrénie. Les résultats ont indiqué que les participants porteurs d'une comorbidité de PTSD avaient une qualité de vie sensiblement moindre, une multiplication par deux de l'utilisation des services médicaux, un plus grand nombre d'hospitalisations psychiatriques et un doublement du nombre de visites médicales dans des services ambulatoires non psychiatriques.

Enfin, dans une étude récente que nous avons juste soumise pour publication (15), nous avons essayé d'examiner la confluence de tous ces facteurs, c'est-à-dire hallucinations, anxiété, diminution de la qualité de vie, sentiment de désespoir et traumatisme dans un groupe de 128 adultes souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif. Dans cette étude, nous avons pris une stratégie analytique visant à déterminer, par le biais d'analyses de cluster de l'anxiété mesurée par le multidimensional-anxiety-questionnaire (16), si nous pouvions identifier un groupe qui présentait des niveaux particulièrement élevés d'anxiété et si ce groupe avait également une moins bonne qualité de vie, plus d'hallucinations, plus de sentiments de désespoir et une histoire de traumatisme. Comme on le voit dans les tableaux 1, 2 et 3, nous avons trouvé, comme prévu, un groupe avec un niveau élevé d'anxiété qui, en comparaison au groupe avec une anxiété modérée ou minimale, avait une qualité de vie inférieure, plus d'hallucinations, plus de sentiments de désespoir et une plus haute prévalence d'histoire de traumatisme.

En résumé, dans leur ensemble, ces recherches, conduites dans divers contextes, suggèrent qu'une histoire de traumatisme, en particulier un traumatisme sexuel survenant avant le début de la maladie, peut avoir un impact clinique et être lié à un profil clinique particulier. Les personnes ayant une histoire de traumatisme peuvent éprouver des niveaux plus volatiles et plus élevés d'anxiété et d'hallucinations. Les hallucinations qu'elles éprouvent peuvent avoir un contenu ou des thèmes semblables à ceux du traumatisme qu'elles ont subi, et tout ceci peut être lié à des symptômes de PTSD, de plus grandes difficultés à maintenir un emploi et un besoin accru de soins médicaux.

### ***Implication pour la conceptualisation des cas : vignette clinique***

Alors que les résultats de ces recherches fournissent des éléments convaincants pour considérer la possibilité d'un impact durable du trauma sur les personnes souffrant de schizophrénie, il est important d'évaluer comment cette information pourrait nous aider à comprendre ce qu'éprouvent les patients. Est-ce que cette connaissance nous aide à contextualiser différemment les souffrances des patients schizophrènes qui ont une histoire de traumatisme ? Afin d'illustrer ce qu'il peut en être, j'ai choisi de discuter le cas de Purcell, qui a été présenté ailleurs pour décrire des éléments de technique de psychothérapie s'adressant à des personnes présentant un grave niveau de désorganisation (17).

Purcell est un homme dans la quarantaine, souffrant de schizophrénie désorganisée. Il parle fort et de manière rapide, avec de fréquentes associations relâchées. Ses affects vont de l'émoussement à l'inadéquation, avec des expressions occasionnelles d'anxiété mal contrôlée, apparemment sans lien avec la situation. Il est hypervigilant, pense que les autres peuvent entrer dans son corps et causer des douleurs, entend des voix que les autres ne peuvent pas entendre et croit qu'il est persécuté par un « autre », qui semble en fait être toute personne qui se trouve autour de lui. Il a été hospitalisé pendant plus de vingt ans dans une institution. Au cours de cette période, il n'avait aucun ami proche, pas d'emploi ni de contact avec sa famille. Il a eu une foule de problèmes légaux dans l'adolescence et au début de l'âge adulte. Physiquement, il est en mauvaise santé et souffre de douleurs chroniques. Des tests neurocognitifs ont révélé des déficits profonds et les divers essais de traitements médicamenteux n'ont eu que peu d'effets. Voici une illustration de la façon dont Purcell décrit son état, avec des segments (modifiés) de son discours pendant sa psychothérapie :

*« Puisqu'il est difficile de se retrouver soi-même. N'importe qui peut proposer une question et déformer complètement la situation. N'importe qui peut trouver une réponse et ils ne peuvent pas vous sentir. Mais si vous avez quelque chose à quoi tenir, quelque chose que vous pourriez tenir contre eux, ça vous réduira en miettes et ça les réduira en miettes. Et quelqu'un peut vous soutenir dans votre vie, et d'un autre côté, ça peut être votre propre famille. Ils ne veulent pas qu'ils prennent votre parti. »*

*« Je me suis absenté plusieurs fois du service sans l'annoncer, tandis que j'étais là-dedans. Je ne sais pas pourquoi... c'était de ma faute, parce que, de l'une ou de l'autre manière, si je n'étais pas en fugue, si j'étais resté là-dedans, j'étais en grand danger. J'ai déjà eu un truc qui clochait chez moi, les accidents qui m'étaient infligés et accidentels, et dans les modes de vie, j'ai eu des difficultés parce qu'il y avait une grande occasion à ce moment-là par les compagnies autour et autres trucs. Une personne peut gagner de quoi vivre en dehors de la compagnie et ne doit pas travailler pour la compagnie, ce qui est mauvais dans un sens et bon dans l'autre. C'est mélangé, mais je ne peux pas aligner les histoires correctement, parce qu'elles sont toutes dans des tranches de temps différents. »*

Connaissant l'importance possible du traumatisme, il était normal de demander à Purcell s'il avait été victime de traumatisme dans le passé. Il souffrait d'anxiété sévère et rapportait que « quelque chose ne jouait pas » chez lui et qu'une partie de ce qui ne fonctionnait pas lui avait été « infligé ». Cependant, quand on le questionnait sur une possible histoire de trauma, Purcell restait évasif et semblait plutôt nier que confirmer un tel événement. Préoccupé par cette question du traumatisme, le psychothérapeute remarqua plusieurs références à des « accidents infligés » et par la suite, Purcell pu reconnaître qu'il avait été victime d'un abus sexuel quand il était enfant par un homme en position d'autorité et de confiance : *« nous sommes allés regarder des livres dans sa bibliothèque et il m'a attaqué... comme un animal. »*

Avec la poursuite de la psychothérapie, Purcell a développé la capacité d'identifier et de distinguer ses propres pensées et sentiments au cours des sessions. Il a également commencé à discuter de ses expériences antérieures avec plus de clarté et de détails, et des sentiments liés à la sexualité ont été réanimés. Cependant, au lieu de le réjouir, cette évolution a réveillé des sentiments de douleur. Purcell rapporta et exprima de la rage; il commença à abuser de substances et s'engagea dans une multitude d'actes autodestructeurs. Il expliquait alors qu'il « était envahi par des idées et des images » et « inondé par la haine ». Il stoppa finalement son travail et dit que « se négliger était la seule manière qu'il avait pour « contrôler » le flots d'affects et de mémoire qui le « détruisait » ».

Ainsi, la connaissance des effets du trauma sur la schizophrénie peut-elle nous aider à comprendre cet ensemble complexe de questions ? Comment peut-on comprendre que Purcell, tout en évoluant favorablement (capacité à discuter plus clairement de sa situation), se soit

soudainement engagé dans une cavalcade autodestructrice ? Je suggère que la revue de littérature ci-dessus permet au moins l'hypothèse d'une explication. Au commencement, Purcell vivait immergé dans ses propres expériences psychotiques, en marge du monde. Il présentait les hallucinations intenses, l'anxiété et le retrait social apparemment liés au traumatisme, mais en même temps, du fait qu'il se trouvait à une telle distance de la possibilité d'un contact intime avec l'autre, il était en quelque sorte protégé contre la ré-expérience intrusive du traumatisme. Dans le cadre de la psychothérapie, il s'est trouvé en situation de former un lien avec l'autre, et il a soudain été en proie à tout une gamme de réactivation de son traumatisme qui s'accompagnait de niveaux extraordinaires d'anxiété et de rage, et qui l'ont finalement conduit à une nouvelle forme de retrait par le biais de l'automédication à travers l'alcool. Ainsi, ses actes d'autodestruction prennent sens, et certaines de leurs causes fondamentales peuvent être identifiées et probablement abordées dans la psychothérapie.

### ***Séquelles du trauma : implication pour l'évaluation et l'intervention***

Considérant tous les liens possibles entre trauma et dysfonctionnement, quelles mesures un clinicien peut-il prendre quand il travaille avec des personnes souffrant de schizophrénie et qui ont souffert d'un traumatisme ? On en sait encore très peu sur la façon d'aider concrètement les patients dans ce domaine, dont on ne vient finalement que récemment de prendre la pleine mesure. Néanmoins, je suggère qu'il y a au moins cinq implications pour les praticiens, qui sont liées les unes aux autres, mais qui toutes sont importantes.

D'abord, il est important que les praticiens aient connaissance de l'incidence élevée de traumatismes chez les patients souffrant de schizophrénie et qu'ils sachent que ce domaine doit être évalué, bien que de manière progressive et sensible. On devrait interroger le patient sur une possible histoire de traumatisme en utilisant un discours compréhensible tout en respectant leur droit à révéler ou non ce qu'ils veulent sur le sujet, à un rythme qu'eux seuls choisissent. L'évaluation du traumatisme ne devrait pas se produire de telle manière que le patient se sente obligé ou contraint à révéler des événements traumatisants, et ne devrait pas non plus créer un climat qui conduirait le patient à inventer des traumatismes afin de satisfaire ou de faire taire le clinicien. Comme l'illustre le cas de Purcell, l'évaluation peut prendre du temps, et nécessite de la patience. Les facteurs qui ont éventuellement permis à Purcell de révéler les traumatismes dont il avait été la victime étaient la certitude que le clinicien : a) ne le rejetterait pas; b) ne serait pas accablé ou débordé par la connaissance de ces faits; c) ne le forcerait pas à en discuter une fois qu'il en aurait parlé; d) ne tenait pas à tout prix à exhumer des événements traumatisants ou à « sauver » son patient.

Une deuxième implication est que les cliniciens devraient comprendre qu'en s'engageant davantage dans la relation avec l'autre et dans la vie quotidienne en général, les patients souffrant de trauma peuvent éprouver plus d'angoisse, de douleur et de dépression. En d'autres termes, avec la « santé » peut venir la douleur. Il est possible qu'en se coupant du monde, les patients puissent être protégés des effets du trauma. En conséquence, l'augmentation des liens avec les autres peut générer des niveaux de détresse contre lesquels ils peuvent n'avoir que peu de mécanismes de défenses adaptés. Ici, il est important de noter qu'avec les troubles cognitifs qui accompagnent la schizophrénie, il peut également être particulièrement difficile pour les patients de faire face non seulement à leur trauma, mais également à ce qui se produit quand ils ont des flash-back ou des souvenirs intrusifs. Par exemple, comme dans le cas de Purcell, qui a un sens très limité et très fragmentaire de soi<sup>17</sup>, il peut sembler particulièrement difficile que le patient puisse donner un sens aux événements traumatiques qui défient les frontières les plus fondamentales qui devraient exister entre les personnes (par exemple qu'on ne doit pas nuire aux autres physiquement ou sexuellement). On doit donc parfois prendre soin d'aider les personnes à comprendre la douleur qui semble accompagner le recouvrement de la « santé ». Dans le cas de Purcell, il a rapidement été nécessaire de comprendre quelle fonction avait la « négligence de



soi » pour lui; c'est-à-dire contre quoi elle le protégeait. De plus, voulait-il également que le reste de sa vie fut celle d'un « roi de la négligence de soi » ? Les interventions qui aident les personnes à identifier leurs pensées et à faire des liens avec leurs affects peuvent être efficaces avec les patients tels que Purcell qui luttent avec ce qu'elles pensent et sentent. Les interventions qui aident les patients à commencer à rassembler des pensées fragmentées en des éléments d'expériences individuelles peuvent être nécessaires comme base pour qu'une expérience douloureuse individuelle soit quelque chose qui puisse être toléré.

Une troisième implication est que la relation thérapeutique, qu'il s'agisse de psychothérapie, de case-management ou d'intervention de réhabilitation, peut être orageuse. Avec la confusion qui émerge du fait d'aborder les souvenirs traumatisants, les cliniciens peuvent être perçus comme menaçants, voire comme des abuseurs supplémentaires potentiels. Ils peuvent être perçus comme des figures d'autorité contre lesquelles le patient peut se rebeller, ou comme des personnes aidantes mais qui dans le passé ont profité d'elles. Les mises à l'épreuve de la fiabilité de la relation peuvent être fréquentes, ce qui rend d'abord plus important, comme dans tous les rapports thérapeutiques, le maintien de limites claires, le fait de rester objectif et de s'abstenir d'excès d'empathie ou de conseils non sollicités. Purcell considérait son thérapeute alternativement comme un prédateur ou un sauveur, et les deux positions devaient être élaborées.

Une quatrième implication est que pendant la réhabilitation ou la psychothérapie, alors que l'expérience de l'angoisse peut être un moteur, elle peut également être paralysante et dévastatrice, et les patients peuvent avoir besoin d'une intervention pharmacologique. Les cliniciens pourraient vouloir considérer les médicaments qui peuvent traiter l'anxiété, les cauchemars ou une exacerbation des symptômes positifs, ce qui permet d'aborder des domaines qui seraient sinon trop déstabilisants.

Enfin, comme chez tous les patients souffrant de schizophrénie, en dépit de la douleur et du malaise, je préconise que les cliniciens ne battent pas en retraite dans une position de protection des patients et ne les découragent pas de tenter d'améliorer leur vie. Les patients souffrant de schizophrénie et de traumatismes peuvent avoir d'importantes difficultés dans le travail et la vie sociale, mais la capacité d'avoir une qualité de vie satisfaisante devrait toujours être considérée comme possible, et ce aussi par les cliniciens qui devraient donc encourager les patients à se la fixer comme but.

## Références

1. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 1048-1060.
2. Resnick, S.G., Bond, G.R., & Mueser, K.T. (2003). Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *112*, 415-423.
3. Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T., Singleton, N., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., & Meltzer, H. (2004). Psychosis, victimization and childhood disadvantage. *British Journal of Psychiatry*, *185*, 220-226.
4. Lysaker, P.H., Myers, P.S., Evans, J.D., Clements, C.A., & Marks, K.A. (2001). Psychosocial correlates of childhood sexual trauma in schizophrenia. *Psychiatric Services*, *52*, 1485-1489.
5. Whitfield, C. L., Dube, S. R., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2005). Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse and Neglect*, *29*, 797-810.
6. Sauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H., & van Os, J. (2005). Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: Relationship with psychosis. *British Journal of Psychiatry*, *188*, 527-533.
7. Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R., & van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*, 38-45.
8. Goodman, L.A., Thompson, K.M., & Weinfurt, K. (1999). Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, *12*, 587-599.
9. Ross, C.A., Anderson, G., & Clark, P. (1994). Childhood abuse and positive symptoms of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, *45*, 489-491.
10. Blankertz, L.E., Cnaan, R.A., Freedman, E. (1993). Childhood risk factors in dually diagnosed homeless adults. *Social Work*, *38*, 587-596.
11. Lysaker, P.H., Hunter, N.L., Strasburger, A.M., & Davis, L.W. (2005b). Reported history of child sexual abuse in schizophrenia: Associations with heightened levels of hallucinations and anxiety and poorer participation over four months in vocational rehabilitation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*, 790-795.
12. Hardy, A., Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Steel, C., Evans, J., Garety, P., Kuipers, E., Bebbington, P., & Dunn, G. (2005). Trauma and hallucinatory experiences in psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*, 501-507
13. Lysaker, P.H., Davis, L.W., Gattton, M.I., & Herman, S.M. (2005a). Associations of anxiety related symptoms with reported history of childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*, 1279-84.
14. Calhoun, P.S., Bosworth, H.B., Stechuchak, K.A., Strauss, J., Butterfield, M.I. (2006). The impact of posttraumatic stress disorder on quality of life and health service utilization among veterans who have schizophrenia. *Journal of Traumatic Stress*, *19*, 393-397
15. Lysaker, P.H. & Salyers, M.P. (Submitted for publication). Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: Associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history.
16. Reynolds, W.M. (1999). Multidimensional Anxiety Questionnaire Lutz, Florida, Psychological Assessment Resources.
17. Lysaker, P.H., & Lysaker, J.T. (2006). Psychotherapy and schizophrenia: An analysis of requirements of an individual psychotherapy for persons with profoundly disorganized selves. *Journal of Constructivist Psychology* *19*, 171-189.