

Pratique d'une intervention motivationnelle pour les consommateurs de cannabis souffrant de psychose

■ C. Bonsack, Y. Montagrin, S. Gibellini, J. Favrod, J. Besson, P. Conus

Département de Psychiatrie du CHUV, Faculté de Biologie et Médecine de l'Université de Lausanne

Summary

Bonsack C, Montagrin Y, Gibellini S, Favrod J, Besson J, Conus P. [Practice of a motivational intervention for cannabis users with psychosis.] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 2008;159:378–85.

Background: The use of cannabis among people suffering from psychosis is common and doubles the risk of relapse, aggravates positive symptoms and decreases the level of social functioning. Access to care remains difficult for these patients. Psychotic symptoms themselves could either be a powerful motivation to change behaviour when patients link traumatic psychotic events with cannabis use, or represent a cognitive and symptomatic obstacle to the treatment. Principles of treatment of dual diagnosis disorders have been described, mainly for cocaine and opiate users. However, cannabis among persons with psychosis is generally perceived as trivial and inoffensive, although particularly harmful for these subjects. Treatment strategies must therefore be adapted to these specificities. Acceptable and effective interventions must be developed on the basis of the following principles: (a) simultaneously treating psychosis and consumption of cannabis, (b) taking account of cognitive deficits associated with schizophrenia and (c) adapting the motivational interviewing to these cognitive deficits. The first four sessions of our intervention include: (1) the creation of an alliance and evaluation consumption, (2) the resolution of the ambivalence about the consumption of motivational techniques and (3) the adaptation of goals according to the stage of change.

Objectives: The purpose of this article is to describe and illustrate a clinical scenario, stages of a motivational intervention aimed at consumers of cannabis with psychotic symptoms.

Method: The intervention has been developed and performed on 30 subjects as part of a controlled study. The first four sessions are: (1) the establishment of a therapeutic alliance and the evaluation of consumption, (2) resolution of the ambivalence about cannabis use by motivational techniques, (3) adaptation of goals according to the stage of change. The description of the intervention was based on an anonymised clinical vignette.

Results: The population covered by the study is predominantly male (87%) with a diagnosis of schizophrenia (60%) and with a dependence on cannabis (87%). The intervention is well accepted by the subjects, who are maintained at 80% in the treatment after one year. The initial assessment of consumption makes it possible to evaluate the extent of the problem and can be accompanied by the user's awareness about the links between psychotic symptoms and cannabis use. The motivational approach allows the therapist to get an empathetic understanding of the patient's reasons for cannabis use and to explore possible alternatives. The patient may also share ambivalent aspects without fearing retaliation. The goals of treatment are then set according to the current stage of motivation. Thus, this method is also applicable to persons without perception of the problem and no desire for change.

Conclusion: The intervention is well accepted and allows access and maintenance to treatment for psychotic patients with problematic cannabis use. Preliminary data available do not yet permit the analysis of results in terms of reducing cannabis, positive changes in symptoms or use of acute psychiatric services.

Keywords: *cannabis; substance-related disorders; psychological intervention; psychotic disorders; schizophrenia*

Correspondance:
Charles Bonsack
Unité de réhabilitation
Site de Cery
CH-1008 Prilly
e-mail: Charles.Bonsack@chuv.ch

Introduction

Bien qu'il soit difficile de distinguer le cannabis des autres consommations de substance dans la plupart des études, de nombreux éléments dans la littéra-

ture indiquent que le cannabis aggrave l'évolution symptomatique et fonctionnelle des troubles psychotiques. De manière générale, les consommateurs de substances souffrant de schizophrénie ont un nombre de jours d'hospitalisation augmenté [1–3] et plus de risque de présenter un comportement agressif [4] ou suicidaire [5]. Plus spécifiquement, les consommateurs de cannabis souffrant de psychose ont deux fois plus de chance de faire une rechute dans l'année et leurs symptômes sont plus sévères [6]. Dans les phases précoces de psychose, le cannabis représente la substance la plus fréquemment consommée. Chez ces patients, la consommation de substance est associée à un niveau de fonctionnement social inférieur aux non-consommateurs après un an de suivi [7]. Dans une étude rétrospective portant sur 637 premiers épisodes psychotiques, Lambert et al. [8] montrent que 74% des sujets abusent de substances, le cannabis étant la substance la plus fréquemment utilisée (70%). De nombreux sujets traités dans ce programme spécialisé diminuent leur consommation de substances après 18 mois de traitement. Néanmoins, la poursuite de la consommation de substances chez ces sujets est associée à une moins bonne adhésion au traitement, un nombre de rupture plus élevé et un taux de rémission plus faible, notamment en terme de symptômes psychotiques positifs. La même étude relève toutefois que les utilisateurs de substances au moment du premier épisode psychotique qui diminuent leur consommation ou parviennent à l'abstinence retrouvent un niveau de rémission des symptômes psychotiques comparable ou supérieur aux non-consommateurs 18 mois plus tard. Bien que les aspects naturalistes et rétrospectifs de cette étude ne permettent pas de conclure formellement à un lien de causalité dans cette association, ces résultats suggèrent que des interventions visant à diminuer la consommation de cannabis pourraient favoriser la reprise d'une évolution favorable dans les psychoses débutantes.

Malgré la prévalence élevée de l'abus de cannabis dans la population, la question de la légalisation a largement occulté celle du traitement, ce qui donne un contexte particulier à la consommation de cette substance et à sa gestion dans les soins. Par exemple, alors que la consommation d'alcool est souvent clairement perçue comme néfaste, voire interdite dans le cadre des traitements psychiatriques, la consommation de cannabis a un statut beaucoup plus variable et influencé par l'idéologie de chacun. Il est donc nécessaire de développer des approches pragmatiques, sans jugement et destinées à réduire les risques de la consommation plutôt qu'une abstinence absolue.

Afin de répondre à ces attentes, on utilise actuellement dans les abus de substance des méthodes qui s'inspirent de l'intervention motivationnelle [9]. L'intervention motivationnelle est destinée à initier des changements en aidant les clients à résoudre leur ambivalence. Elle repose sur deux principes essentiels: (1) éviter les phénomènes de réactance [10] et (2) s'adapter au stade de changement dans lequel se trouve le sujet [11]. L'intervention motivationnelle part du principe que tous les sujets, même les plus résolus éprouvent un certain degré d'ambivalence vis-à-vis de leur comportement. Selon la théorie de la réactance [10], une attitude moralisante ou interdictrice pousse l'individu à nier son ambivalence, à revendiquer et poursuivre son comportement, afin de lutter contre la limitation de sa liberté personnelle. Par ce biais, l'attitude moralisatrice favoriserait donc la poursuite des comportements de consommation et empêcherait la perception des inconvénients de la poursuite des comportements et des avantages de les modifier. Au contraire, l'intervention motivationnelle «roule avec les résistances»: elle vise à explorer en profondeur les raisons de la consommation afin de laisser émerger l'expression de l'ambivalence. L'intervenant se borne à souligner ce que la personne exprime en reformulant et en résumant les propos du patient, jusqu'à ce que ce dernier exprime ses doutes et les inconvénients de sa consommation. Cette exploration permet également au sujet de mesurer l'importance souvent démesurée de la consommation de substance dans son existence, ainsi que de prendre conscience de son incapacité à la maîtriser.

L'intervention s'adapte à des cycles individuels de changement en six stades: précontemplation, contemplation, préparation, action, maintenance et rechute [11]. Les personnes en «précontemplation» pensent que la consommation de substance n'est pas un problème. Au stade de «contemplation», la consommation est reconnue comme un problème, mais la personne reste très ambivalente à changer ses habitudes. Au stade de «préparation», la personne est prête à fixer des objectifs pour modifier sa consommation. Dans l'«action», elle essaie activement de changer ses habitudes de consommation; et durant la «maintenance», elle cherche à maintenir ses acquis et à prévenir une rechute. L'intervention thérapeutique doit s'adapter au stade dans lequel se trouve le patient: souvent, les thérapeutes assument à tort que les patients sont dans un stade d'«action», alors qu'ils restent très ambivalents, et sont au mieux dans un stade de contemplation. Par exemple, au stade de précontemplation, le thérapeute devrait plutôt focaliser son intervention sur le développement

de la relation thérapeutique, l'échange d'informations et sur des techniques qui permettent d'augmenter l'ambivalence.

Des interventions brèves ont été développées et ont démontré leur efficacité pour engager les personnes alcooliques dans un traitement [12]. Ces interventions ont l'avantage de pouvoir être utilisées par différents professionnels après une courte formation et sont déjà implantées à Lausanne dans le domaine de l'alcoologie [13]. L'adaptation de l'entretien motivationnel aux doubles diagnostics (abus de substances et psychose) reprend les concepts centraux de cette méthode (soit exprimer de l'empathie, développer les contradictions, rouler avec la résistance et développer le sentiment d'efficacité personnelle) en y ajoutant des aspects spécifiques aux troubles psychotiques (adopter une démarche globale qui inclut l'ensemble du traitement et s'adapter aux troubles cognitifs) [14, 15]. Ces auteurs ont d'abord développé des interventions destinées aux personnes souffrant de schizophrénie et consommant des «drogues dures» de type héroïne ou cocaïne. Plus récemment, des méthodes spécifiques d'intervention destinées à traiter la consommation de cannabis conjointement aux troubles psychotiques ont néanmoins été développées avec les principes suivants [16]: (1) les interventions brèves sont préférables; (2) viser une réduction des risques est plus réaliste que l'abstinence; (3) l'intervenant doit s'adapter au stade de préparation au changement et adopter une attitude non-jugeante; (4) le traumatisme de l'expérience psychotique peut constituer une motivation puissante pour changer les habitudes de consommation. Trois formes d'interventions motivationnelles de groupe ont également été développées pour les doubles diagnostics, sous une forme ludique particulièrement adaptée à l'environnement hospitalier et permettant de discuter les pour et les contre de la consommation de cannabis dans une perspective motivationnelle [17].

L'objectif de cet article est de présenter une intervention motivationnelle adaptée aux jeunes adultes souffrant de psychose et consommant du cannabis, en l'illustrant avec une vignette clinique.

Méthode

L'intervention motivationnelle décrite a été développée dans le cadre d'une étude randomisée en cours destinée à examiner l'efficacité d'une intervention motivationnelle pour des consommateurs de cannabis dans une phase précoce de psychose [18]. L'intervention s'inspire des modèles déve-

loppés pour les doubles diagnostics par Ziedonis et Trudeau [15], Martino et al. [14], Carey et al. [19] et Edwards et al. [16]. A partir des recommandations des auteurs précités, les adaptations ont concerné (1) le matériel d'information pour le rendre spécifique à l'approche motivationnelle et au cannabis, (2) la structuration des séances afin d'éviter à l'intervenant de perdre le focus et (3) des feedbacks écrits afin de contourner les déficits cognitifs de la mémoire verbale et (4) une adaptation de la technique motivationnelle afin de simplifier et structurer le discours [20]. Dans cette adaptation, les aspects motivationnels des interventions ont été développés sur quatre séances dans une perspective spécifique à la consommation de cannabis. Les aspects psycho-éducatifs présents dans certains programmes ont été réduits à une information expliquant les liens connus entre psychose et cannabis sur la base d'une plaquette. Plus de détails sur les quatre premières séances de l'intervention telle que nous l'avons proposé dans le cadre structuré d'un protocole de recherche ont été décrits ailleurs, et nous en rapportons ici l'essentiel (tab. 1) [20].

La *première séance* comprend la prise de contact et l'évaluation systématique de la consommation de cannabis et de ses éventuelles conséquences sur le fonctionnement social et psychologique. Elle permet de poser le diagnostic d'abus ou de dépendance, et d'examiner les conséquences immédiates ou à long terme de la consommation. En cas d'abus, les patients les plus «motivés au changement» relèvent, généralement, les conséquences: financières, psychologiques (diminution de la mémoire de travail ou altération de l'humeur, par exemple), professionnelles ou scolaires (par exemple, absentéisme) et relationnelles (par exemple, disputes avec le conjoint ou avec la famille). En cas de dépendance, les patients qui ont du recul par rapport à leur consommation, mentionnent parfois: le temps important consacré à la consommation, les essais infructueux pour arrêter, les symptômes de sevrage, la poursuite de la consommation malgré des conséquences néfastes reconnues [21]. Par ailleurs, l'évaluation permet de mettre en évidence des sources potentielles de motivation externe telles qu'une possible perte anticipée de logement, de soutien financier, d'emploi, ou l'aggravation d'un conflit familial ou de couple. Les leviers externes peuvent aider à susciter et à maintenir des changements, à augmenter la motivation interne, et à changer les habitudes de consommation [15].

La *deuxième séance* est un entretien motivationnel adapté aux doubles diagnostics et vise à évaluer le stade de changement et à mettre en

évidence l'ambivalence du patient face au changement. Un principe essentiel de l'entretien motivationnel évoqué plus haut est de limiter la réactance. La réactance est un phénomène psy-

chologique qui survient lorsqu'une personne pense que sa liberté de choix est limitée; la personne aura tendance à accomplir le comportement «interdit», de façon à prouver qu'elle n'a pas été privée de son libre arbitre [10]. Les techniques motivationnelles limitent la réactance, d'une part en adaptant l'intervention au stade de changement, et d'autre part en augmentant l'ambivalence de la personne sans argumenter. On parle de «rouler avec les résistances» du patient. Le thérapeute ne fait que souligner certains éléments du discours de manière sélective et à amplifier la propre motivation du patient à changer ses habitudes de consommation [13]. Même chez les patients peu motivés qui font l'apologie du cannabis, l'ambivalence finit par se manifester suite à une exploration des avantages liés à la consommation. L'adaptation de la technique motivationnelle aux doubles diagnostics inclut la simplification et la répétition des feedbacks et l'utilisation fréquente de résumés pour pallier aux troubles de la mémoire verbale [20].

La *troisième séance* inclut un feedback au patient et une discussion sur des objectifs en rapport avec le degré de motivation. Les pour et les contre de la consommation (ou de la limitation de la consommation) de cannabis sont résumés par le thérapeute, pour s'assurer d'avoir bien compris le patient, manifester de l'empathie et relancer le dialogue. Une grille de balance décisionnelle manuscrite est discutée avec le patient. Ce support écrit et sa discussion permettent de compenser les déficits mnésiques des patients psychotiques. Nous proposons ensuite de demander au patient s'il souhaite une information sur le cannabis et la santé psychique. Le but de cette information n'est pas de convaincre la personne, mais d'examiner avec elle comment elle se situe par rapport à ces connaissances. Le patient peut être encouragé à adopter une attitude critique par rapport au matériel présenté. Par exemple: «voici des données scientifiques sur les liens entre troubles psychiques et cannabis. Qu'en pensez-vous? N'hésitez pas à être critique, votre avis nous intéresse». Une telle attitude favorisera l'intégration mnésique du matériel en limitant la réactance et en amenant le patient à reconstruire l'information de façon personnalisée.

Le contenu et le rythme de la *quatrième séance* et des suivantes sont adaptés en fonction du stade de changement et des objectifs fixés avec le patient. Le but du traitement pour des patients peu motivés (stade de précontemplation ou de contemplation) est d'augmenter leur perception des conséquences à court terme et à long terme de leur consommation de substance. L'intervention se poursuit donc sur le même modèle motivationnel que la deuxième

Tableau 1

Déroulement des séances d'intervention motivationnelle pour les consommateurs de cannabis avec symptômes psychotiques.

séance 1	
but:	créer une alliance et évaluer la consommation de substances
	définir les conditions d'intervention pour favoriser l'engagement et établir une relation de confiance
	évaluer la consommation et ses conséquences
séance 2	
but:	développer la motivation au changement en augmentant les contradictions
	donner un feedback au patient sur l'évaluation de la consommation
	discuter des données scientifiques sur le lien entre la psychose et la consommation de cannabis (l'intervenant propose un dépliant qui résume les principales informations sur ce thème)
	effectuer un entretien motivationnel destiné à augmenter l'ambivalence, en utilisant des techniques adaptées à la psychose et en suivant le déroulement temporel de la Grille de Balance Décisionnelle (GBD)
séance 3	
but:	définir des objectifs en fonction du stade de préparation au changement
	donner un feedback écrit au patient des séances précédentes
	discuter des attentes du patient au sujet de son avenir
	souligner l'efficacité personnelle
	convenir des objectifs des séances suivantes en fonction du stade de changement
	synthèse des propositions à l'équipe traitante
séance 4 et suivantes	
but:	séances de renforcement selon le stade de changement
	précontemplation et contemplation
	augmenter les contradictions
	entretien motivationnel selon modèle séance 2
	explorer les liens fonctionnement psychosocial – cannabis
	préparation
	fixer des objectifs visant à la réduction des risques
	alternatives au cannabis, check-list d'activité (relaxation, s'enivrer sans substance)
	action ou maintenance
	gestion du sevrage
	discussions sur les difficultés liées à la réduction de la consommation
	prévention de la rechute
	entraîner la capacité à refuser le produit
	rechute
	expliquer que la rechute fait partie du processus de changement
	fixer des nouveaux objectifs
	analyser le contexte de rechute
	tous stades de changement: participation aux groupes motivationnels «le grand débat», «le tribunal» ou «ange et démon» [17]

séance pour augmenter l'ambivalence et continuer l'exploration des liens entre symptômes et cannabis. A ce stade, la discussion peut aussi s'orienter sur «comment obtenir des effets équivalents aux cannabis sans substances», en s'appuyant sur les avantages du cannabis perçus par le patient. Dans le stade de contemplation, le patient est prêt à considérer que la consommation peut constituer un problème, en particulier si certains liens avec les troubles psychiatriques ont pu être établis. La balance décisionnelle aide à mettre à jour de façon objective les conséquences positives et négatives de la consommation ou de sa diminution. Ainsi, le patient est confronté aux conséquences contradictoires qu'engendre sa consommation. Le thérapeute ne doit pas insister sur les désavantages mais plutôt décrire de façon neutre le «dilemme» dans lequel se trouve le patient. Par exemple: «d'un côté vous vous sentez mieux quand vous fumez et d'un autre, par moments, cela peut vous faire déli-

rer». Si la personne tend à négliger superficiellement les aspects positifs, il est également possible d'«appuyer» un peu plus sur le «plateau» de la balance du côté des aspects positifs.

Au stade de préparation, le but de l'intervention est de fixer avec le patient des objectifs réalistes visant à la réduction des risques. L'intervenant peut discuter avec le patient des avantages et des inconvénients de diverses stratégies pour modifier les habitudes de consommation, comme par exemple un arrêt brusque ou progressif, l'abstinence totale ou la restriction de la consommation à certains moments particuliers. Aux stades d'action ou de maintenance, le patient peut avoir besoin d'aide pour exercer ses compétences pour refuser le cannabis, pour gérer son sevrage ou pour prévenir une rechute.

Résultats

L'intervention a été pratiquée auprès de 30 personnes souffrant de psychose et consommant du cannabis, principalement issues de la clientèle d'un programme spécialisé pour les psychoses débutantes à Lausanne [22, 23]. Les caractéristiques des sujets sont décrites dans le tableau 2. Ce sont principalement de jeunes hommes célibataires souffrant de schizophrénie et ayant une consommation fréquente et élevée de cannabis.

Illustration d'une intervention

La vignette clinique a été reconstituée à partir de plusieurs situations différentes et rendue anonyme.

Séance individuelle 1

Fred a 30 ans. Il a commencé à fumer régulièrement vers l'âge de 17 ans. Au début de sa consommation, il fumait avec des amis, pour s'intégrer au groupe, se sentir plus à l'aise, pour le plaisir et pour communiquer plus facilement. Il a été hospitalisé de nombreuses fois lors de décompensations psychotiques souvent associées à une consommation de cannabis et à un arrêt du traitement médicamenteux. Ce patient remplit les critères pour un diagnostic de schizophrénie paranoïde.

Le but principal de la première séance est d'engager le patient dans un dialogue sur la consommation de cannabis et d'évaluer l'importance de cette consommation et de ses conséquences. Fred a une vision très positive du cannabis, au point qu'elle constitue une activité à part entière. Il est prêt à partager l'intérêt qu'il porte au sujet du cannabis, à condition d'obtenir une écoute ouverte,

Tableau 2 Caractéristiques des consommateurs de cannabis souffrant de psychose ayant bénéficié d'une intervention motivationnelle.

	N = 30
homme	26 (86,7)
âge	25,8 (4,8)
célibataire	29 (96,7)
années de traitements	4,75 (3,97)
diagnostic (CIM 10)	
schizophrénie/trouble schizophréniforme	18 (60,0)
psychose affective	3 (10,0)
autres troubles psychotiques	9 (30,0)
dépendance au cannabis	26 (86,7)
consommation de cannabis	
nombre de joints / semaine	29,6 (21,9)
% jours de consommation	76,2 (22,7)
indice de sévérité de la consommation	
non problématique	0 (0)
légèrement problématique	4 (13,3)
moyennement problématique	18 (60,0)
sévèrement problématique	8 (26,7)
âge début	15,4 (1,9)
âge consommation régulière	18,4 (3,8)
symptômes	
symptômes positifs (PANSS P)	17,5 (3,9)
symptômes négatifs (PANSS N)	18,2 (4,2)
niveau de fonctionnement	
EGF	38,9 (5,4)
SOFAS	44,9 (7,2)
moyennes (écart-types) ou valeurs absolues (pourcentage)	

bilan de la consommation de cannabis de Fred	
votre consommation en septembre 2006:	environ 25 joints par semaine, soit, environ 3 par jour
coût:	280.– CHF par mois
motivation:	sur une échelle de 0 à 100, vous envisagiez d'arrêter à 50
	sur une échelle de 0 à 100, à ce moment c'était important pour vous de changer votre consommation à 60
	sur une échelle de 0 à 100, vous étiez confiant à 80% dans le fait que vous allez changer votre consommation de cannabis
raisons principales de consommer:	pour se relaxer
	pour dissiper l'ennui
	pour se sentir à l'aise dans des situations sociales
	pour faire partie d'un groupe
	pour faire l'expérience de nouveaux «états mentaux» (p. ex. spirituels, créatifs, etc.)

curieuse et sans jugement. C'est pourquoi, l'évaluation se centre sur les faits en évitant de moraliser ou de le juger.

Actuellement, Fred consomme environ 25 joints par semaine. Il passe une bonne partie de son temps à consommer du cannabis ou à chercher à s'en procurer. Cette consommation a provoqué de nombreux conflits avec ses parents. Il a également été interpellé et amendé par la police. Il ne s'imagine pas pouvoir s'abstenir de cannabis, malgré plusieurs tentatives dans le passé. Il tend à être logorrhéique, délirant et désorganisé. Il dit qu'il ne se pose pas trop de questions au sujet du cannabis, dont il connaît l'effet.

Séance individuelle 2

Au début de la deuxième séance, le thérapeute discute avec Fred des liens entre psychose et cannabis exposés dans la plaquette. Le thérapeute fait un résumé succinct des constats sur la consommation et de la position du patient par rapport à cette consommation.

Le thérapeute ne parvient à revoir Fred qu'un mois plus tard. Il est mieux stabilisé. Comme convenu, le thérapeute lui donne un bilan écrit de l'évaluation de base (encadré 1).

Pour limiter la réactance, le thérapeute commence par demander: «Qu'est ce qui vous plaît dans votre consommation de cannabis?» Fred répond qu'il y a les éléments qui sont apparus dans le questionnaire mais qu'il fume aussi parce que c'est un moyen d'évasion par rapport à la réalité qu'il trouve terne et ennuyeuse. Il dit qu'il crée ainsi une autre réalité «pour se rebeller contre celle-ci». Ensuite, quand le thérapeute est certain qu'il a évoqué tous les aspects positifs possibles au sujet de sa consommation, il lui demande: «Y a-t-il des aspects moins positifs liés à votre consommation?» Voici les points qu'il relève:

- Affecte mémoire à court terme, oubli du présent;

- augmentation des voix (p. ex. insultes sur la famille);
- augmentation de la difficulté à avoir les idées claires, les idées arrivent en même temps, dés-organisation;
- augmentation de l'amplitude du délire et du degré de conviction dans les croyances (p. ex.: mon frère est un diable).

Fred considère que le poids des inconvénients est un peu plus important que celui des avantages. Toutefois, sa motivation reste fragile; le thérapeute, sur la base de son observation clinique et de l'évaluation, conclut que le patient se trouve au stade de contemplation dans les stades de préparation au changement de Prochaska et DiClemente. Le changement est envisagé, mais l'ambivalence prédomine.

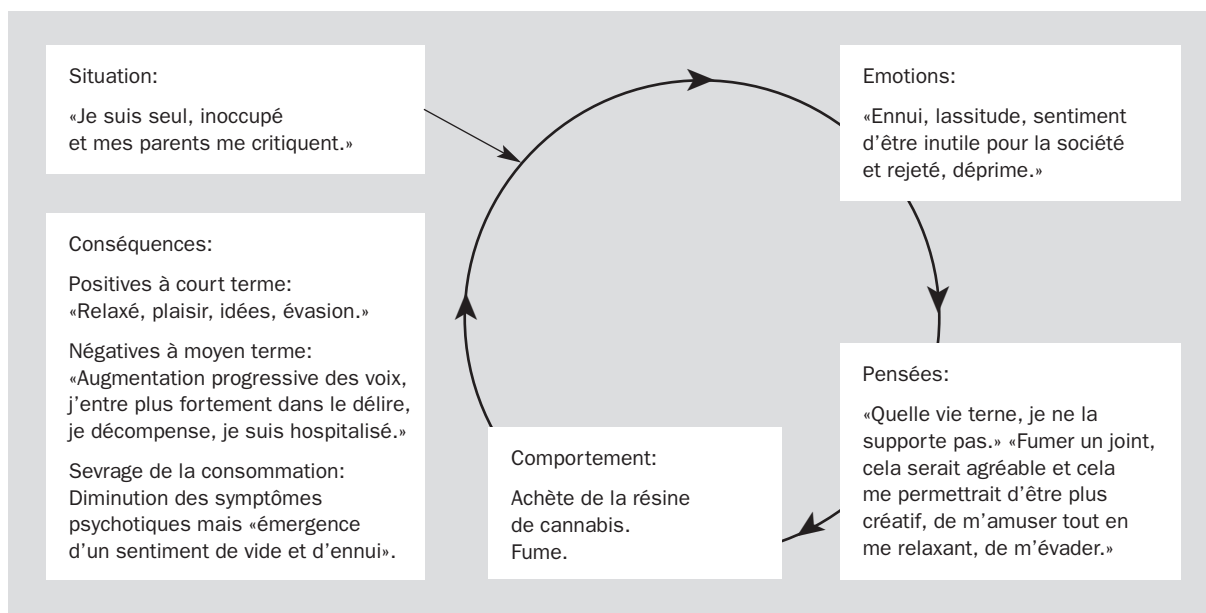
Séance individuelle 3: analyse fonctionnelle et cercle vicieux

La semaine suivante, le thérapeute fait avec Fred une analyse fonctionnelle à partir des éléments rapportés par le patient au sujet de sa consommation. Finalement, ils parviennent à simplifier la problématique en mettant en évidence un cercle vicieux (fig. 1).

Séance 4 et suivantes

Fred se trouvant dans un stade de préparation au changement, l'intervention vise à augmenter les contradictions et à fixer des objectifs réalistes. Marqué par ses troubles psychotiques récents, il aimerait changer son comportement sans vraiment

Figure 1 Cercle vicieux de la consommation de cannabis de Fred.



savoir comment s’y prendre. Sans faire un lien direct entre les troubles et la consommation de cannabis, il est troublé par la possibilité d’un lien entre son premier épisode psychotique et une consommation de champignons hallucinogènes. Ce constat semble le motiver à modifier sa consommation de cannabis.

Deux semaines après, Fred arrête une première fois de fumer. Pour renforcer son sentiment de compétence, le thérapeute le félicite d’être parvenu à changer sa consommation en précisant que ce n’est jamais facile de changer un comportement. Le patient précise alors: «ce qui a aussi déréglé mon cerveau c’est la fois où j’ai pris des champignons hallucinogènes, après, je pensais que je pouvais communiquer avec les animaux.»

Dans le but de réduire les risques de rechute, nous essayons d’établir quelles sont les situations à risque qui pourraient l’amener à consommer à nouveau. Fred évoque qu’il «s’emmerdait dans son travail et que lorsqu’il fumait, délirer et se prendre pour un mage était beaucoup plus amusant». Ainsi, il ajoute que le risque réside dans le vide et l’ennui qu’il peut ressentir dans sa vie, l’absence de plaisirs, le sentiment d’inutilité. Il évoque aussi avec le thérapeute les avantages qu’il a obtenus en arrêtant de fumer: «ça se passe nettement mieux avec ma famille».

Par la suite, bien que Fred commence à prendre conscience des problèmes liés à la consommation de cannabis, ses vœux d’abstinence restent fragiles et sa consommation de cannabis restera fluctuante et fortement dépendante de son équilibre relationnel. Il obtient des petites victoires comme partir pour la première fois en vacances sans souffrir de troubles psychotiques, ce qui renforce progressivement son sentiment de compétence. Il est capable de parler ouvertement de sa consommation et garde un lien durable avec le thérapeute malgré ses difficultés. Sa consommation évolue par cycles,

qui le rapprochent néanmoins à chaque étape d’une meilleure connaissance de lui-même et des risques liés à la consommation de cannabis pour sa propre personne. Il est également mieux capable de gérer l’ampleur de sa consommation et de prévenir ses conséquences négatives.

Discussion et conclusion

La consommation de cannabis est très répandue parmi les personnes souffrant de troubles psychotiques, notamment dans les phases précoces des troubles. Alors que la diminution ou l’arrêt de cette consommation est associée à un pronostic plus favorable [8], les praticiens manquent de conseils spécifiques pour traiter ces doubles diagnostics. Nous avons tenté d’illustrer dans cet article une intervention motivationnelle adaptée aux consommateurs de souffrant de troubles psychotiques [20] que nous avons expérimentée auprès d’une trentaine de patients dans le cadre d’une étude randomisée. Le modèle motivationnel apparaît particulièrement pertinent pour cette population parce qu’il permet de limiter la réactance de personnes souvent hypersensibles aux questions du pouvoir exercé sur elles [24]. L’intervention que nous avons décrite est bien acceptée et permet aux patients de parler librement et sans crainte de leur consommation. Elle permet au thérapeute de structurer les entretiens et le déroulement des séances, pour ne pas perdre le fil et s’assurer d’une bonne compréhension réciproque malgré la présence de symptômes psychotiques. Pour pallier aux problèmes de mémoire, l’intervention utilise aussi des

feedbacks et les résumés fréquents complétés par des supports écrits. Ce modèle motivationnel adapté permet d'accéder à des sujets symptomatiques dont la motivation au changement est souvent faible et dont la perception des conséquences négatives de la consommation reste initialement très réduite. Combiné à une approche psychiatrique globale de type case management, ces interventions permettent également de maintenir les patients en traitement sur la durée, tout en facilitant l'abord des questions de consommation. La pertinence de développer de telles interventions et leur faisabilité apparaissent ainsi acquises; reste à démontrer leur efficacité.

Références

- 1 Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P, et al. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *Br J Psychiatry*. 1996;168:612-9.
- 2 Drake RE, Mueser KT. Managing comorbid schizophrenia and substance abuse. *Curr Psychiatry Rep*. 2001;3:418-22.
- 3 Swofford CD, Kasckow JW, Scheller-Gilkey G, Inderbitzin LB. Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophr Res*. 1996;20:145-51.
- 4 Scott H, Johnson S, Menezes P, Thornicroft G, Marshall J, Bindman J, et al. Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *Br J Psychiatry*. 1998;172:345-50.
- 5 Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry*. 2000;176:345-50.
- 6 Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:273-9.
- 7 Addington J, Addington D. Effect of substance misuse in early psychosis. *Br J Psychiatry*. 1998;172:134-6.
- 8 Lambert M, Conus P, Lubman DI, Wade D, Yuen H, Moritz S, et al. The impact of substance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112:141-8.
- 9 Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addict Behav*. 1996;21:835-42.
- 10 Brehm J. *A Theory of Psychological Reactance*. New York: Academic Press; 1966.
- 11 Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N, editors. *Treating Addictive Behaviours: Processes of Change*. New York: Plenum; 1986. p. 3-27.
- 12 Chafetz M, Blane H, Abram H, Golner J, Lacy E, McCourt WF, et al. Establishing treatment relations with alcoholics. *J Nerv Ment Dis*. 1962;134:395-409.
- 13 Daeppen J, Gammeter R. Interventions brèves. *Médecine et Hygiène*. 2000;2320:2163-6.
- 14 Martino S, Carroll K, Kostas D, Perkins J, Rounsaville B. Dual diagnosis motivational interviewing: a modification of motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2002;23:297-308.
- 15 Ziedonis DM, Trudeau K. Motivation to quit using substances among individuals with schizophrenia: implications for a motivation-based treatment model. *Schizophr Bull*. 1997;23:229-38.
- 16 Edwards J, Mark H, Elkins K, Athanasopoulos O. Cannabis and first-episode psychosis: the CAP Project. In: Graham HL, Copello A, Birchwood MJ, Mueser KT, editors. *Substance Misuse in Psychosis: Approaches to Treatment and Service Delivery*. Chichester, West Sussex, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Ltd.; 2003.
- 17 Van Horn DH, Bux DA. A pilot test of motivational interviewing groups for dually diagnosed inpatients. *J Subst Abuse Treat*. 2001;20:191-5.
- 18 Bonsack C, Conus P, Bovet P, Zullino D, Besson J. Efficacy of a Brief Motivational Intervention to Reduce Cannabis Use in Early Psychosis. Lausanne: Département de psychiatrie du CHUV; 2004.
- 19 Carey KB, Purnine DM, Maisto SA, Carey MP. Enhancing readiness-to-change substance abuse in persons with schizophrenia. A four-session motivation-based intervention. *Behav Modif*. 2001;25:331-84.
- 20 Bonsack C, Montagrin Y, Favrod J, Gibellini S, Conus P. Une intervention motivationnelle brève adaptée aux consommateurs souffrant de psychose. *Encéphale*. 2007;33:819-26.
- 21 OMS. CIM-10/ICD-10. 1994.
- 22 Conus P, Lubman DI, Zullino D, Pilet F, Bonsack C. Drogues et psychose: que faire? *Rev Méd Suisse Romande*. 2004;124:149-51.
- 23 Conus P, Bonsack C. Intervention précoce dans la phase initiale des troubles psychotiques à Lausanne: quels problèmes et quelles solutions? *Rev Méd Suisse Romande*. 2004;124:221-4.
- 24 Watts J, Priebe S. A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. *Bioethics*. 2002;16:439-54.