

Année 2012

Thèse n°1978

THÈSE

pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALEN

Ecole doctorale Sociétés, Politique, Santé Publique

Mention : Psychologie

Présentée et soutenue publiquement

Le 10 décembre 2012

Par Hélène TASTET

Né(e) le 07 juin 1983 à Talence

Insight et Qualité de vie Subjective dans la schizophrénie :

Rôles des facteurs interpersonnels

Membres du Jury

M J.M. Mazaux, Professeur	Président
M H. Chabrol, Professeur.....	Rapporteur
M N. Franck, Professeur	Rapporteur
M P. Antoine, Professeur	Juge
Mme A. Prouteau, MCU	Membre invité
M. S. Raffard, MCU.....	Juge
Mme H. Verdoux, Professeur.....	Membre invité
M J. Bouisson, Professeur émérite	Directeur de Thèse

Remerciements

Monsieur le professeur Jean-Michel Mazaux,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Votre expertise et votre renommée dans le domaine du handicap invisible, et de l'approche systémique de ce handicap sont une grande chance pour un jeune chercheur qui se destine à l'étude de ces thèmes.

Monsieur le professeur Henry Chabrol,

Je tiens à vous remercier pour avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse, dont le travail se veut porteur de perspectives thérapeutiques spécifiques dans le champ de la psychopathologie. Je suis particulièrement honorée de compter comme rapporteur de ce travail, un professeur de votre renom dans le domaine de la psychopathologie.

Monsieur le professeur Nicolas Franck,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être rapporteur de cette thèse, qui tend à adopter une démarche intégrative, à travers notamment la prise en compte des processus cognitifs en jeu dans l'insight. Votre regard en tant que spécialiste de la réhabilitation dans la schizophrénie est extrêmement précieux pour apprécier la qualité de ce travail.

Monsieur le professeur émérite Jean Bouisson,

Je tiens à vous remercier tout particulièrement pour avoir accepté de diriger cette thèse, alors même que je devenais ainsi la dernière de vos doctorantes. Vous avez toujours été présent dans toutes les situations importantes pour l'accomplissement de mon cursus universitaire. L'écoute, la bienveillance et la confiance que vous m'avez témoignée sont un honneur venant de la part d'un professeur ayant votre renommée.

Madame Antoinette Prouteau, maître de conférences,

Je tiens à te remercier, du plus profond de mon cœur, d'avoir accepté d'assurer ce statut si particulier et essentiel à la réalisation de ce travail de thèse. Cette thèse est ce qu'elle est grâce à plus de 6 ans de formation à tes côtés et de collaboration. Des années qui resteront des souvenirs forts et importants pour moi, parce qu'elles ont participé à me définir professionnellement et personnellement. Grâce à nos échanges, je sais pourquoi j'aime tant cette profession et je me rappelle pourquoi la recherche et la clinique sont pour moi si

indispensables. Tu m'as aidé à voir ce qu'il y a de meilleur en moi et en mes idées. Mes hiéroglyphes n'avaient aucun mystère pour toi...Malgré tous les chocolats que je pourrais t'offrir, je crois qu'ils ne suffiront pas à te témoigner toute l'estime, la gratitude et la confiance que je te porte.

Monsieur le professeur Pascal Antoine,

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Votre regard de spécialiste en psychologie clinique de la santé ouvre des perspectives nouvelles, transversales, sur la question de la conscience des troubles et de la psychoéducation.

Monsieur Stéphane Raffard, maître de conférences,

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de faire partie du jury. C'est pour moi un honneur de compter dans ce jury un expert sur les thèmes centraux de ce travail. Vos travaux sur l'insight et l'identité narrative nous ont largement inspirés. Cette soutenance sera, je l'espère, l'occasion d'échanger sur ce phénomène si complexe et passionnant.

Madame le professeur Hélène Verdoux,

Veillez accepter tous mes remerciements pour votre présence à cette soutenance de thèse. Votre soutien et vos conseils durant ces quatre dernières années m'ont été très précieux. C'est une grande chance pour un jeune doctorant de bénéficier du regard bienveillant d'un chercheur de votre renommée dans le domaine de la schizophrénie.

A l'équipe du Centre Hospitalier de Charles Perrens.

Je remercie tout particulièrement l'implication des différents médecins du service dans l'inclusion des participants, et votre disponibilité face à mes demandes parfois chronophages. Un merci particulier à **Patrick, Annie** pour leur accueil chaleureux et leur jovialité rafraîchissante.

Monsieur le docteur Jean-Marc Destailats

Un grand merci pour la qualité de l'accueil que tu m'as réservé, dès les premiers jours dans ton équipe. Un accueil qui est allé au-delà de ce à quoi je pouvais m'attendre. Jamais je n'aurais pensé pouvoir participer à certains temps cliniques, et pouvoir partager des instants de convivialité aussi sincères. Il était possible que la recherche et la clinique cohabitent dans un même espace avec un réel partage. Ce fut pour moi beaucoup d'honneur que de travailler

dans ce service si profondément engagé auprès du sujet et de sa famille. Déjà sensibilisée au travail autour de la famille, l'importance que revêt l'intégration de celle-ci dans la prise en charge du sujet a pris d'autant plus son sens à travers nos échanges. Mon budget chocolat risque d'exploser...

L'équipe de l'UASM du centre hospitalier de Jonzac. Je remercie en particulier **Pascal** pour avoir été si spontané et bienveillant, **Kyrha** pour son sens de l'organisation, **Julien** pour m'avoir épargné quelques trajets solitaire.

A l'équipe du CRPS de la Tour de Gassie.

Je remercie tout particulièrement **Monsieur Jean-Philippe Dupérier, cadre du CRPS** pour l'accueil que vous m'avez réservé et pour votre gestion de l'inclusion des participants, qui ont su instaurer un climat agréable dans le recueil de données. Je remercie également **Monsieur Gerard Monlun, responsable du CRPS et médecin psychiatre**, pour votre disponibilité, la confiance que vous m'avez accordé, et l'intérêt que vous avez porté à cette recherche.

A toute les secrétaires rencontrées au cours du recrutement

Une pensée particulière à **Cécile, Céline, Elisabeth, Marie et Sonia**. Je garde un très bon souvenir de la façon dont vous avez pris part à l'organisation de ma venue sur vos lieux de travaux respectifs. Je tiens à vous remercier pour la façon dont vous vous êtes mobilisées dans ce travail avec autant de naturel. Vous avez su pallier certains de mes écarts organisationnels avec brio.

A toutes les personnes ayant accepté de participer à cette étude.

Tout ce travail ne pouvait être sans vous, et n'a de sens qu'à travers vous.

Au laboratoire EA 4139 et tout particulièrement à ses doctorants qui en font la vie. Une vie faite de complaints dans lesquelles on tend parfois à se complaire face à nos destins incertains, mais aussi de rêves parfois un peu utopistes auxquels on tient. Une pensée particulière à Sabrina. On a débuté ensemble, on termine ensemble... Merci pour ton amitié qui a compté et compte encore beaucoup pour moi.

A Marine,

Je n'ai pu achever cette thèse avant ton départ du laboratoire. Je garde un chaleureux souvenir de notre rencontre et de ton implication dans le quotidien de tous les doctorants. Ton amitié et tes encouragements m'ont permis de me sentir moins démunie dans les moments de doutes et de poursuivre ce travail jusqu'au bout. Je te remercie pour tout ce que tu es.

Monsieur Jean-Pierre Leymarie, psychologue

Vous avez été le premier professionnel que j'ai eu la chance de rencontrer et qui représente à mes yeux la clinique dans son sens le plus noble du terme. Votre bienveillance et votre confiance vis-à-vis de ma pratique, m'aident à accomplir des projets professionnels qui me paraissent parfois trop ambitieux. Sans votre soutien dès le début de ma formation, mon parcours n'aurait certainement pas été le même.

Ma famille, qui par bien des aspects, est une source de soutien dans l'accomplissement de mes projets. Une pensée particulière à ma grand-mère **Reine**, pour qui la restitution de mon *mémoire* est une source de soulagement. Je vais enfin pouvoir travailler... Une pensée particulière à mon frère, **David**. Entre ton marathon et le mien, je tiens le pari. J'ai eu un très bon entraînement morale durant ces quatre années... Une pensée tendre à ma mère, **Annie**. La force de ton amour m'est restée pour accomplir des projets fabuleux.

Tous mes amis, vous avez beaucoup entendu parler de cette thèse, et contribué à ce que moi je l'oublie un peu de temps en temps. Vous donnez un sens à ma vie. Une pensée particulière pour Alice, Emeline, Florent, Jennifer. Merci d'avoir toujours été là pour moi.

Fabrice, tu m'as toujours soutenu voir encouragé à aller jusqu'au bout de mes projets. Merci d'avoir été aussi patient et présent pour moi. Parmi tous mes projets, les nôtres sont ceux en lesquels je crois le plus, et en lesquels je trouve le plus d'amour et de force. Ceux-là, ils n'ont pas de limites, de bornes, ils sont infinis.

Résumé

Dans la partie introductive (**Partie A**) de cette thèse, le **Chapitre 1** présente en quoi la schizophrénie constitue une pathologie psychique sévère et peut entraîner un handicap important. Dans le modèle de la CIF, les facteurs personnels et environnementaux modulent les conséquences invalidantes de la pathologie sur les différents aspects du handicap (déficiences, limitation d'activité, restriction...). Parmi ces aspects, la Qualité de vie subjective est un indicateur privilégié pour rendre compte de la santé mentale, à travers la satisfaction qu'a un sujet concernant sa propre vie. Longtemps critiquée, l'étude de la subjectivité a pâti d'un stéréotype encore actif dans la schizophrénie, essentiellement basé sur les troubles de l'insight souvent relevés dans cette population. Se dessine ainsi un paradoxe, où, d'un côté, les politiques d'empowerment encouragent l'intégration du sujet comme acteur de sa prise en charge, alors que, d'un autre côté, les troubles de l'insight peuvent limiter voire empêcher l'engagement thérapeutique. Encore s'agit-il de s'accorder sur la définition et la modélisation de l'insight.

Le **Chapitres II** et **III** présentent les conceptualisations classiques de l'insight clinique dans la schizophrénie. Ce phénomène se situe à la frontière d'autres concepts processuels tels que la métacognition ou la conscience. Multidimensionnel, l'insight porte sur des objets spécifiques, implique le jugement du sujet envers ses expériences personnelles, et se construit au travers d'interactions signifiantes. Pourtant les méthodes de mesure restent centrées sur le résultat de ce processus et non sur le processus. Parmi les modélisations classiques, les prédicteurs sont essentiellement des facteurs personnels (ressources cognitives, stratégies d'adaptation, métacognition) et cliniques (symptômes). Les travaux ont progressivement intégré d'autres variables personnelles modératrices ou médiatrices, n'ayant pas toujours relevé de relation directe entre ces facteurs classiques et l'insight. Cependant, les modélisations tiennent essentiellement compte des capacités propres au sujet, en omettant de relever le processus éminemment interactif en jeu dans l'insight.

Le **Chapitre IV** présente les études ayant porté sur les relations entre insight et certains indicateurs centraux du soin (observance, risque suicidaire/dépression, qualité de vie subjective). Ce chapitre permet de situer le débat encore vif autour de la balance potentielle bénéfices/coûts d'une intervention thérapeutique centrée sur l'insight. Là encore, les résultats des études demeurent contradictoires. Ils laissent supposer que les facteurs interpersonnels pourraient apporter des informations cruciales pour préciser les conditions d'une intervention centrée sur l'insight.

Le **Chapitre V** décrit les quelques études internationales sur l'insight ayant inclus des facteurs interpersonnels. Seules les caractéristiques personnelles impliquées dans les relations interpersonnelles (cognition sociale) ont été étudiées comme variables explicatives de l'insight. Les caractéristiques de l'environnement proche impliquées dans les relations interpersonnelles ont été partiellement interrogées afin d'expliquer les relations insight-corrélats cliniques. Plus rares encore sont les études ayant porté sur les variables interpersonnelles expliquant les relations insight et qualité de vie subjective.

Le **Chapitre VI** synthétise cette partie introductrice et présente les objectifs principaux des études personnelles réalisées dans le cadre de cette thèse. Dans le cadre d'une étude transversale, il s'agissait premièrement d'explorer la pertinence de l'inclusion de facteurs interpersonnels dans les modèles explicatifs de l'insight, et ceci selon le mode auto ou hétéro-évaluatif. Deuxièmement, il s'agissait d'explorer la pertinence de l'inclusion de facteurs interpersonnels dans l'explication des relations insight et qualité de vie subjective.

La **Partie B** décrit en détail la méthode utilisée, avec la procédure et les différentes analyses réalisées afin d'explorer ces questions.

La **Partie C** présente en détail les caractéristiques de l'échantillon constitué et les résultats significatifs aux différentes analyses conduites, en les resituant face aux recherches internationales.

La **Partie D** présente une discussion des résultats principaux de cette thèse, en insistant sur les limites de la recherche et les perspectives qu'elles ouvrent en conséquence. Quatre points d'intervention spécifique autour de l'insight sont développés, chacun propre à considérer et intégrer les facteurs interpersonnels comme leviers thérapeutiques.

Mots clés : schizophrénie, insight, facteurs interpersonnels, qualité de vie subjective

SOMMAIRE

A. INTRODUCTION.....	13
I. PRESENTATION GENERALE DE LA SCHIZOPHRENIE.....	14
A. DEFINITION ET FREQUENCE	14
B. LE HANDICAP PSYCHIQUE DANS LA SCHIZOPHRENIE.....	15
1. <i>Définition du handicap psychique.....</i>	<i>15</i>
2. <i>La qualité de vie subjective comme indicateur du handicap psychique.....</i>	<i>16</i>
C. LE MANQUE D'INSIGHT DANS LA SCHIZOPHRENIE.....	18
II. QU'EST-CE QUE L'INSIGHT ?	18
A. DEFINITION DE L'INSIGHT.....	18
1. <i>Etymologie et traductions</i>	<i>18</i>
2. <i>L'insight clinique en psychiatrie.....</i>	<i>18</i>
3. <i>Un concept frontalier.....</i>	<i>19</i>
4. <i>Insight et notions oubliées.....</i>	<i>24</i>
B. QUELLES METHODES DE MESURE?.....	25
1. <i>L'objet de l'évaluation.....</i>	<i>26</i>
2. <i>Le mode d'évaluation.....</i>	<i>28</i>
III. LES MODELISATIONS DE L'INSIGHT CLINIQUE	28
A. LES MODELES CLINIQUES : SYMPTOME DE LA MALADIE.....	29
B. LE MODELE DE DENI PSYCHOLOGIQUE	29
C. LE MODELE NEUROPSYCHOLOGIQUE	30
D. MODELES DE RELATIONS CURVILINEAIRES.....	31
1. <i>Neuropsychologie et Déni.....</i>	<i>31</i>
2. <i>Une variable modératrice supplémentaire : la métacognition.....</i>	<i>32</i>
IV. LES CONSEQUENCES POTENTIELLES D'UN INSIGHT ELEVE.....	33
A. L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT.....	33
B. SUICIDE ET DEPRESSION	33
C. LA QUALITE DE VIE SUBJECTIVE	34
1. <i>QdV-S et Insight auto-évalué.....</i>	<i>34</i>
2. <i>QdV-S et Insight hétéro-évalué.....</i>	<i>34</i>
V. INSIGHT ET FACTEURS INTERPERSONNELS	35
A. DEFINITION DES FACTEURS INTERPERSONNELS	35
B. QUELLES METHODES DE MESURE DES FACTEURS INTERPERSONNELS	37
1. <i>Facteurs personnels impliqués dans les relations interpersonnelles.....</i>	<i>37</i>
2. <i>Facteurs de l'environnement proche impliqués dans les relations interpersonnelles</i>	<i>38</i>
3. <i>Facteurs d'interaction entre les caractéristiques personnelles et de l'environnement proche.....</i>	<i>39</i>
C. LES RELATIONS ENTRE INSIGHT ET FACTEURS INTERPERSONNELS	40
1. <i>Justification de la revue systématique.....</i>	<i>40</i>
2. <i>Méthode employée dans la revue systématique.....</i>	<i>40</i>
3. <i>Résultats de la revue systématique.....</i>	<i>41</i>
4. <i>Discussion.....</i>	<i>45</i>
VI. SYNTHESE	47
B. METHODE.....	49
I. SUJETS.....	50
A. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	50
B. LIEUX DE RECRUTEMENT.....	50

II. PROCEDURE	51
A. PROCEDURE DE RECRUTEMENT.....	51
B. PHASES D’EVALUATION.....	51
C. ÉVALUATIONS	52
1. <i>Caractéristiques sociodémographiques et cliniques</i>	52
2. <i>Evaluation de l’insight</i>	52
3. <i>Évaluation du fonctionnement exécutif</i>	53
4. <i>Evaluation des facteurs interpersonnels</i>	54
5. <i>Évaluation de la symptomatologie</i>	57
6. <i>Evaluation de la qualité de vie subjective</i>	57
III. HYPOTHESES OPERATIONNELLES.....	59
A. EFFETS DES FACTEURS INTERPERSONNELS SUR L’INSIGHT.....	59
B. EFFETS DES FACTEURS INTERPERSONNELS SUR LA RELATION ENTRE INSIGHT ET QUALITE DE VIE SUBJECTIVE.....	59
IV. ANALYSES STATISTIQUES	60
A. DISTRIBUTION DES VARIABLES.....	60
B. REGRESSIONS LINEAIRES MULTIPLES.....	60
1. <i>Evaluation de l’effet des facteurs interpersonnels : Transformation de variables polytomiques</i>	60
2. <i>Analyse de la fiabilité des modèles</i>	61
C. EVALUATION DES EFFETS DE MODERATION DES FACTEURS INTERPERSONNELS	61
1. <i>Création de variables d’interaction</i>	61
2. <i>Evaluation des effets de groupe</i>	62
D. SYNTHÈSE DES ANALYSES STATISTIQUES MENEES	62
C. RESULTATS	64
I. ANALYSES DESCRIPTIVES DES VARIABLES.....	65
A. DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L’ECHANTILLON	65
B. DESCRIPTIONS DES CARACTERISTIQUES CLINIQUES DE L’ECHANTILLON	66
C. DESCRIPTION DE LA VARIABLE D’INTERET INSIGHT.....	68
1. <i>Tableaux de fréquences : insight faible versus bon</i>	68
2. <i>Etude des corrélations entre hétéro-évaluation et auto-évaluation de l’insight</i>	69
D. DESCRIPTION DES FACTEURS INTERPERSONNELS.....	70
1. <i>Corrélations entre les facteurs interpersonnels</i>	71
2. <i>Analyse en composante principale des facteurs interpersonnels</i>	72
E. DESCRIPTION DE LA QUALITE DE VIE SUBJECTIVE.....	74
II. EFFETS DES FACTEURS INTERPERSONNELS SUR L’INSIGHT	75
A. RESULTATS DES REGRESSIONS LINEAIRES MULTIPLES	75
B. EFFETS DES FACTEURS INTERPERSONNELS SUR LA RELATION ENTRE INSIGHT ET QUALITE DE VIE SUBJECTIVE.....	76
1. <i>Etude des modèles d’interactions insight*facteurs interpersonnels</i>	76
2. <i>Etude des groupes</i>	76
D. DISCUSSION	78
I. DISCUSSION DES RESULTATS.....	79
A. ROLE DES FACTEURS INTERPERSONNELS DANS L’INSIGHT	79
1. <i>Justification de l’étude et objectifs</i>	79
2. <i>Synthèse des résultats principaux</i>	79
B. EFFETS DES FACTEURS INTERPERSONNELS SUR LA RELATION ENTRE INSIGHT ET QdV-S	80
1. <i>Justification de l’étude</i>	80
2. <i>Synthèse des résultats</i>	81
C. AUTO VERSUS HETERO-EVALUATION : UN OU DES INSIGHT(S) ?.....	81

II. LIMITES DE LA RECHERCHE ET PERSPECTIVES	82
A. LIMITES STATISTIQUES	82
1. <i>Echantillon</i>	82
2. <i>Contrôle a priori des facteurs personnels</i>	83
3. <i>Etude des liens entre les facteurs personnels et interpersonnels</i>	83
B. LIMITES DUES AUX METHODES DE MESURES DES VARIABLES D'INTERET	84
1. <i>Mesures subjectives et/ou explicites</i>	84
2. <i>Mesures transversales : Une fenêtre temporelle réduite</i>	85
3. <i>Activation du stéréotype : Dimension interpersonnelle et évaluation de l'insight</i>	87
III. TRAVAILLER AUTOUR DE L'INSIGHT : LE ROLE MAJEUR DES FACTEURS INTERPERSONNELS	88
A. INTERET D'UN TRAVAIL AXE SUR LES REPRESENTATIONS/CROYANCES DU SUJET SUR LA MALADIE	88
B. IDENTITE ET REGARD DE L'AUTRE FACE A LA PATHOLOGIE	90
C. PSYCHOEDUCATION AUPRES DE L'ENTOURAGE FAMILIAL ET SOIGNANT.....	91
D. INTERVENTION AUTOUR DE LA COGNITION SOCIALE.....	92
E. CONCLUSION GENERALE	95
F. BIBLIOGRAPHIE	97
ANNEXES.....	116
ANNEXE 1 : CONTRIBUTIONS PERSONNELLES.....	117
ANNEXE 1-1 : COMMUNICATIONS ET PUBLICATIONS REALISEES	118
ANNEXE 1-2 : ARTICLE "COGNITIVE INSIGHT IN SCHIZOPHRENIA: THE MISSING LINK BETWEEN INSIGHT AND NEUROCOGNITIVE COMPLAINT?"	120
ANNEXE 1-3: ARTICLE "LES MESURES DES FACTEURS INTERPERSONNELS DANS LA SCHIZOPHRENIE"	121
ANNEXE 1-4: ARTICLE "INSIGHT AND INTERPERSONAL FACTORS IN SCHIZOPHRENIA : A SYSTEMATIC REVIEW"	132
ANNEXE 2 : ANALYSES STATISTIQUES.....	160
ANNEXE 2-1 : ANALYSE EN COMPOSANTE PRINCIPALE ET COHERENCE INTERNE DE LA QSSP	161
ANNEXE 2-2 : ANALYSE FACTORIELLE ET COHERENCE INTERNE DE L'ISMI	164
ANNEXE 2-3 : DISTRIBUTION DES VARIABLES SELON LE TEST DE KOLMOGOROV-SMIRNOV	167
ANNEXE 2-4 : CRITERES DE FIABILITE APPLIQUES AUX REGRESSIONS LINEAIRES.....	170
ANNEXE 2-5 : CRITERES DE FIABILITE APPLIQUES AUX REGRESSIONS EVALUANT L'INTERACTION INSIGHT*FACTEURS INTERPERSONNELS	184
ANNEXE 2-6 : CRITERES DE FIABILITE APPLIQUES AUX REGRESSIONS LINEAIRES PAR GROUPE	190
ANNEXE 3 : LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	199
ANNEXE 3-1 : LISTE DES TABLEAUX.....	200
ANNEXE 3-2 : LISTE DES FIGURES.....	200

Préambule

« L'essence même de la psychiatrie, sa raison d'être, l'originalité de sa position dans le cadre des sciences médicales, la spécificité de ses méthodes c'est, en effet, l'acte par lequel l'esprit vient au secours de l'esprit dans une rencontre salutaire de compréhension et de restauration » (Ey, 1970, p.1041)

L'état de conscience étant posé comme le représentant de ce qu'il y a de plus fondamental dans le genre humain, son altération a longtemps été ressentie comme une expression de la déshumanisation liée aux pathologies psychiatriques. Associé à la « folie » du temps de Pinel, à la « démence précoce » du temps de Morel et Kraepelin et enfin à la « schizophrénie » du temps de Bleuler et Ey, le trouble de la conscience a cependant évolué dans son acception.

L'étude de l'altération de la conscience dans la schizophrénie peut être relevée avant même que le concept de schizophrénie n'existe. Kraepelin en 1896 propose de nommer « Démence précoce » (*Dementia praecox*) les cas de folies caractérisées par une perte de l'unité intérieure (Kraepelin, 1987), et dans lesquelles l'altération de la conscience peut générer des vécus d'influences. Bleuler en 1911, propose d'appeler la démence précoce « Schizophrénie » pour mettre l'accent sur la dissociation affectant la pensée, les affects et le comportement du patient, impliquant ainsi une affection plus générale du soi.

L'approche de la schizophrénie en tant que pathologie de la conscience remonte aux premières descriptions cliniques d'Henry Ey. L'atteinte de la conscience en général serait responsable de l'évolution progressive du sujet souffrant de schizophrénie vers un état autistique, avec un fort trouble de la conscience de soi. Il fera cependant la distinction entre les patients souffrant de psychoses aiguës et ceux présentant des pathologies chroniques. Les premiers présenteraient une conscience « constituée des niveaux de dissolution ou de déstructuration qui décomposent son activité. » (Ey, 1954, p.33), alors que les seconds présenteraient un trouble de la personnalité (Ey, 1954, p.33). Il distinguera ainsi différents niveaux d'altération de la conscience : la conscience du monde ou de l'objet, et la conscience de soi ou de l'identité. Dans la schizophrénie ces deux troubles de la conscience se manifestent de façon évolutive.

Depuis ces premiers travaux, le devenir de la conscience dans la schizophrénie demeure une question phare dans la littérature sur la schizophrénie. A l'instar de l'évolution de la psychiatrie qui désinstitutionnalise les patients et met en avant les potentialités de

restauration, l'étude de la conscience dans la schizophrénie tend à s'interroger sur le « comment devenir conscient » de son trouble.

Comme nous le développerons en introduction (**partie A**), l'insight interroge bien plus que les capacités du sujet à avoir conscience de sa maladie (**parties A-I à A-III**). L'insight entretient ainsi des rapports complexes avec d'autres facteurs, et notamment avec les ressources psychologiques, qui faciliteraient ou non son déploiement (**partie A-III**). Souvent considéré comme un facteur limitant l'engagement thérapeutique (Lysaker et al, 1994a ; Cuffel et al, 1996 ; Kemp & David, 1996 ; Droulout et al, 2003 ; Quach et al, 2009 ; Segarra et al, 2012) et l'accès à l'autonomie, le trouble de l'insight est devenu une cible thérapeutique. Pourtant, le bien-fondé des interventions ciblant l'amélioration de l'insight suscite de nombreux débats, compte tenu des relations encore mal connues de l'insight avec la dépression (Lincoln et al, 2007), le risque suicidaire (López-Moríñigo et al, 2012) ou la qualité de vie (Karow et al, 2006) (**partie A-IV**). Sous l'influence des nouvelles modélisations du handicap par l'OMS, intégrant à la fois les facteurs personnels et environnementaux, des travaux récents ont tenté d'aborder la place des facteurs interpersonnels dans l'insight (**partie A-V**). La revue systématique de la littérature que nous avons menée dans le cadre de ce travail doctoral (article en préparation, **partie A-V-C**) révèle que les facteurs interpersonnels sont majoritairement conçus comme modérant les conséquences de l'insight sur le plan clinique. Les facteurs interpersonnels sont plus rarement envisagés comme impactant directement le niveau d'insight, ou modérant les relations avec la qualité de vie.

Ainsi, l'objectif du présent travail doctoral, synthétisé dans la **partie A-VI**, est d'explorer la pertinence d'inclure les facteurs interpersonnels dans les modèles prédictifs de l'insight et d'interroger leur rôle dans l'association entre insight et qualité de vie subjective.

La méthode employée (**Parties B**) est essentiellement fondée sur une méthode d'évaluation subjective des variables d'intérêt. Les résultats (**Parties C**) permettent de souligner les limites des méthodes classiquement employées pour appréhender l'insight (**Partie D-II**). Ces résultats offrent de nouvelles perspectives pour le développement de recherches sur les mécanismes interpersonnels en jeu dans l'insight, et permettent également de décrire les conditions dans lesquels les facteurs interpersonnels constituent des leviers thérapeutiques dans l'amélioration compréhensive de l'insight (**Parties D**).

A. Introduction

I. Présentation générale de la schizophrénie

A. Définition et fréquence

Le terme schizophrénie signifiant dans l'étymologie grecque : esprit (« phrên ») fendu (« schizein »), a été proposé par Bleuler en 1911 pour désigner un groupe de psychoses déjà isolé par Morel en 1856, puis par Kraepelin en 1896 sous le terme de « démence précoce » (Kraepelin, 1987). Ce trouble se caractérise par une « altération de la pensée, du sentiment et des relations avec le monde extérieur » (Bleuler, 1993, p.45). Cette altération est liée à un symptôme fondamental dans la schizophrénie : la dissociation (« spaltung ») des fonctions psychiques (Bleuler, 1993) qui peut être présente dans le discours, les affects et/ou les comportements. Ainsi, une forte désorganisation de l'esprit (Laplanche et Pontalis, 1997) s'observe à la fois sur le versant positif (hallucinations, délires) et/ou sur le versant négatif (émoussement affectif, alogie, aboulie) de la pathologie (APA, 2000).

La schizophrénie est une des maladies les plus répandues (APA, 1994), avec une **prévalence** de l'ordre de 0,5 à 1,5% (APA, 2000). Le début de la maladie, généralement entre 15 et 35 ans, peut également être plus tardif (entre 40 et 65 ans), voire très tardif. Il existe alors des différences dans la présentation et dans l'évolution des troubles (Tastet et Prouteau, 2011). Il existe également des différences liées au sexe, avec pour les femmes un début plus tardif, des symptômes thymiques plus prononcés et un meilleur pronostic (APA, 2000).

Le Tableau 1 résume les critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-IV. Ces symptômes sont associés à un « dysfonctionnement social et/ou des activités de sorte que **le travail, les relations interpersonnelles** ou **les soins personnels** sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation » (APA, 2000). Ce dysfonctionnement engendre donc des conséquences lourdes du point de vue social et personnel, d'autant que cette maladie peut évoluer « tantôt sur le mode chronique, tantôt par poussées, (...) s'arrêter ou rétrocéder à n'importe quel stade » et ne permet pas de rémission complète (Bleuler, 1993, p.45).

Tableau 1 : Résumé des critères diagnostiques de la schizophrénie, selon le DSM-IV

A – Symptômes caractéristiques de la phase active : présence d'au moins deux des manifestations suivantes, chacune durant au moins un mois : (1) idées délirantes, (4) comportement catatonique, (2) hallucinations, (5) affects émoussés ou inappropriés. (3) discours désorganisé,
NB : un seul symptôme du critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations sont au premier plan.
B – Dysfonctionnement de la vie professionnelle, sociale ou personnelle.
C – Exclusion d'un trouble de l'humeur (syndrome dépressif majeur ou état maniaque).
D – Durée du trouble d'au moins 6 mois : cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes qui répondent au critère A (symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels.
E – Exclusion d'une affection médicale générale ou due à une substance.

NB : les critères diagnostiques de la schizophrénie ne sont pas modifiés dans la version révisée du DSM-IV : le DSM-IV-TR (APA, 2000).

Depuis Bleuler, les efforts de désinstitutionalisation des sujets souffrant de schizophrénie visent la réintégration des sujets dans la communauté et luttent contre le handicap psychique.

B. Le handicap psychique dans la schizophrénie

1. Définition du handicap psychique

Aujourd'hui, « constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (**Loi février 2005, art. L. 114**).

Le modèle du handicap de l'OMS constitue un des plus aboutis (OMS, 2000). Selon ce modèle, le handicap en termes de déficiences, limitations d'activité ou restrictions de la participation est modulé par deux types de facteurs : les facteurs personnels et les facteurs environnementaux (cf. Figure 1). Parmi ces derniers, les facteurs environnementaux individuels désignent l'environnement personnel immédiat du sujet, y compris des milieux tels que le domicile, le milieu de travail et l'école, sans toutefois s'y limiter. Ce niveau comprend les caractéristiques physiques et matérielles de l'environnement auxquelles l'individu est directement confronté de même que les contacts personnels directs avec les autres comme la famille, les connaissances, les pairs et les étrangers (OMS, 2000). Ainsi, ces

facteurs environnementaux individuels incluent à la fois des facteurs **relationnels** et **matériels**.

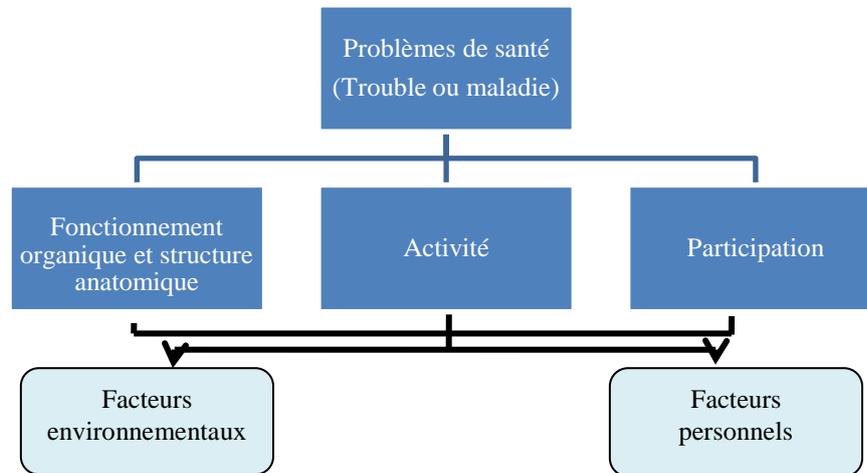


Figure 1 : Modèle du handicap par l'OMS (2000)

2. La qualité de vie subjective comme indicateur du handicap psychique

La santé et le handicap ont souvent été étudiés à travers l'évaluation du fonctionnement dans la communauté (FDC). Le FDC reflète les **capacités d'un individu** à vivre de manière intégrée et satisfaisante dans son environnement social ou sa communauté (Prouteau & Doron, 2008), cibles thérapeutiques essentielles. Il s'agit d'un indicateur de la qualité de vie pouvant être qualifié d'objectif (QdV-O), car appréhendé par l'intermédiaire d'échelles remplies directement par le soignant, par le biais ou non d'entretiens semi-directifs, ou encore à travers des mesures des compétences en vie quotidienne (Prouteau & Doron, 2008).

Cependant, la santé et le handicap sont, à l'heure actuelle, des notions qui renvoient au vécu subjectif de l'individu. En effet, selon les principes de Constitution de l'OMS, la **santé** ne se définit pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité, mais consiste en un état complet de bien-être physique, mental et social. De manière similaire, la définition actuelle de la **santé mentale** ne se limite pas à l'absence d'un trouble mental, mais englobe également des notions telles que le **bien-être subjectif** ou l'**auto-perception de l'efficacité personnelle** (OMS, 2001).

Par définition, la **qualité de vie subjective** (QdV-S) renvoie à la satisfaction d'un sujet concernant sa propre vie (Lehman, 1983). En effet, « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* » (The WHOQOL group, 1993, p. 153) fait partie intégrante de son bien-être. En tant que mesure du bien-être subjectif, la QdV-S est donc un facteur majeur de santé mentale, qu'elle soit psychique mentale ou physique, et représente une dimension importante du fonctionnement psycho-social, en ce sens qu'elle participe au handicap.

Il faut souligner que la question de la subjectivité dans le handicap psychique demeure actuellement peu développée. Elle a longtemps pâti d'un stéréotype encore actif, qui part du principe que les individus souffrant de schizophrénie n'ont pas les capacités de s'autoévaluer ou de décrire leurs expériences de manière fiable, notamment eu égard aux difficultés d'insight et de fonctionnement cognitif largement décrits dans cette pathologie (Katschnig, 2000; Bobes et al, 2005; Strauss, 2008). Une étude montre notamment que seuls les patients présentant un insight élevé ont une évaluation de leur QdV-S proche des évaluations de la QdV-O (Doyle et al, 1999). Cependant, il existe également des corrélations, certes plus faibles, entre la QdV-S et QdV-O, dans le groupe de patients présentant un plus faible insight (Whitty et al, 2004). De plus, des données recueillies en vie quotidienne suggèrent que les sujets gardent une évaluation stable de leur qualité de vie dans le temps, et ce indépendamment des conditions de cette évaluation (moment de la journée, environnement usuel de vie versus hôpital) (Prouteau et al, 2008).

Ainsi, à l'heure actuelle, la prise en compte du point de vue du sujet quant à sa propre vie est nécessaire si l'on souhaite se situer dans une perspective de réhabilitation, qui s'attache à prendre en compte les possibilités **et demandes** du patient. Le sujet et le regard qu'il porte sur son quotidien ont été au centre du développement des politiques d'**empowerment**, devenues particulièrement influentes dans les secteurs de santé mentale en Amérique du Nord. Adopté comme guide principal de promotion de la santé et du soin par l'OMS (1997), l'empowerment vise à ce que les individus soient considérés comme « partenaires de soin » afin d'améliorer leurs capacités d'agir et la prise de décisions concernant les actions affectant leur santé (Kilian et al, 2003).

Ainsi, bien que le manque d'insight ne puisse pas être considéré comme un argument définitif pour ne pas prendre en compte le vécu du patient, il interroge davantage sur la possibilité de faire du sujet souffrant de schizophrénie un partenaire de soin au sens de l'empowerment.

C. Le manque d'insight dans la schizophrénie

La prévalence des troubles de l'insight est forte, puisque 50 à 80% des patients souffrant de schizophrénie présenteraient un manque d'insight (Amador et Gorman, 1998). Il a été rapporté que les personnes souffrant de troubles psychoaffectifs, troubles dépressifs majeurs avec ou sans caractéristiques psychotiques ont un insight moins affaibli que celles souffrant de schizophrénie (Amador et al, 1994). Compte tenu de sa forte prévalence dans la schizophrénie, le manque d'insight a été considéré comme étant un des 12 signes de la schizophrénie, identifiés par Carpenter et ses collaborateurs en 1973. A l'heure actuelle le manque d'insight n'est cependant pas indexé dans les critères diagnostiques du DSM-IV-TR, mais est abordé dans le manuel comme une caractéristique fréquente de la pathologie. Cette observation reflète les débats encore vifs autour de cette question, suscitant de nombreuses recherches visant à mieux définir et comprendre ce phénomène.

II. Qu'est-ce que l'insight ?

A. Définition de l'insight

1. Etymologie et traductions

Insight vient de l'allemand « Einsicht » qui en français peut signifier inspection, examen, connaissance de cause, bon sens, jugement (Marková, 2009). Il est intéressant de relever que le terme anglophone se traduit littéralement par « vision intérieure », regard tourné vers soi, notion qui a été récemment retenue par l'Insight Study Group de Jaafari à Poitiers, pour en proposer le néologisme « Introvision ». Encore peu usité, le concept d'insight en français reste associé à la conscience de la maladie mais n'y est pas restreint.

2. L'insight clinique en psychiatrie

E. Bleuler affirmait l'existence chez les patients souffrant de schizophrénie de « *tous les intermédiaires [...] depuis la conscience critique presque entière jusqu'à la réinterprétation complète de toutes les conditions, et ce non seulement d'un patient à l'autre, mais parfois aussi chez le même patient, le cas échéant d'un moment à l'autre* » (Bleuler, 1993, p. 478). Très souvent rapportée, cette citation présente à elle seule trois aspects fondamentaux de l'insight : il se situe sur un **continuum**, est **multidimensionnel** et

changeant. Pourtant, l'insight a longtemps été abordé de façon binaire comme un phénomène présent ou absent (Jasper, 1968, Lewis, 1934) et comme un phénomène unitaire. A l'heure actuelle, l'existence de différents degrés de sévérité dans la conscience de la maladie ou « awareness of illness » fait consensus (Amador et al, 1993, David et al, 1992). De plus, la multiplicité des objets de l'insight est aujourd'hui reconnue. Il s'agit, plus précisément, de la **conscience de son trouble, de tout ce qui s'y rattache** (e.g. les symptômes) ainsi que de ses **implications** (e.g. le besoin d'un traitement ou les stress psychosociaux) (Aghababian et al, 2003).

Ainsi, chaque sous-dimension de l'insight évolue dans le temps, mais de manière spécifique, différemment des autres. Il est donc possible qu'une personne fasse preuve d'un insight élevé à un moment mais que ce niveau d'insight ne se maintienne pas dans le temps. De la même façon, une personne peut reconnaître la nécessité d'un traitement tout en ayant conjointement un insight faible concernant certains de ses symptômes.

Il reste cependant un débat entre ceux qui considèrent que l'insight renvoie à « la capacité de discerner la **vraie nature** d'une situation », c'est-à-dire reflétant la réalité (Mintz et al, 2003, p. 76) et ceux qui y préfèrent l'idée que l'insight demande avant tout des capacités réflexives et de communication autour de sa maladie (Rusch & Corrigan, 2002). Cette question des mécanismes qui sous-tendent l'insight peut partiellement être éclairée en recrutant d'autres notions, proches mais plus fonctionnelles, comme la métacognition et l'insight cognitif.

3. Un concept frontalier

Le concept d'insight clinique partage des caractéristiques, voire présente des recouvrements partiels avec d'autres concepts tels que la métacognition, l'insight cognitif, l'anosognosie ou la conscience.

a) Métacognition

L'insight de façon générale est considéré par certains auteurs comme étant sous-tendu par des capacités métacognitives (González-Suárez et al, 2011). Originellement décrite et étudiée par Flavell (1979), la métacognition renvoie aux croyances et attitudes d'un sujet vis-à-vis de sa cognition telle que la cognition sur sa cognition ou, de manière plus générale, de la

connaissance que la personne a de ses propres connaissances ainsi que le contrôle qu'elle exerce sur son propre système. Cependant, c'est aussi une compétence à se poser des questions pour planifier, s'évaluer constamment avant, pendant et après une tâche et se réajuster au besoin. Ainsi, il s'agit de savoir relier de nouvelles connaissances à des connaissances antérieures et de savoir sélectionner des stratégies cognitives adaptées (Broyon, 2001). Il s'agit donc de la capacité d'apprécier l'occurrence de son propre savoir et de ses propres compétences afin d'ajuster ses comportements correctement dans le monde réel.

En somme, la métacognition peut-être décrite à deux niveaux : 1) la connaissance que les sujets ont de leur contenu et de leur schéma de pensée (niveau cognitif) et 2) la connaissance que les sujets ont de leur fonctionnement neuropsychologique (niveau neurocognitif).

Présentant des troubles métacognitifs, les personnes souffrant de schizophrénie ont des difficultés à évaluer une expérience cognitive et/ou symptomatique (pour revue, voir Quiles et al, sous presse). Frith dès 1992 proposait d'expliquer les symptômes positifs dans la schizophrénie comme résultant d'un problème de monitoring métacognitif des actions et intentions. Beaucoup d'études ont vérifié ces propos (Franck et al, 2001 ; Mlakar et al, 1994 ; Frith and Done, 1989 ; Frith, 1987).

Du point de vue méthodologique, il existe diverses mesures de la métacognition. Ces mesures portent en réalité sur deux objets différents : l'insight vis-à-vis des troubles cognitifs ou insight neurocognitif (Johnson et al, 2011 ; Gilleen et al, 2011 ; Saperstein et al, 2012), et l'insight cognitif (Beck et al, 2004). Ces deux construits ont donc quelques divergences théoriques. Le concept d'**insight cognitif** renvoie à la flexibilité des croyances et la façon dont les individus évaluent leur jugement (Warman et al, 2007 ; Garety et al, 2005), portant ainsi sur le contenu des pensées. Le concept d'**insight neurocognitif** interroge l'estimation que le sujet porte sur son fonctionnement cognitif (mémoire, attention), renvoyant ici aux contenants de pensées.

Bien qu'une étude préalable (Lysaker et al, 2008) rapporte des corrélations positives entre l'insight cognitif évalué avec la Beck Cognitive Insight Scale (BCIS, Beck et al 2004) et la métacognition évaluée avec la Metacognition Assessment Scale (MAS, Semerari et al, 2003), les relations entre insight clinique et métacognition n'ont que peu été investiguées. Or, la métacognition au sens des « *connaissances qu'un sujet présente vis-à-vis de ses connaissances* » semble proche de la conception de l'insight clinique comme une capacité réflexive et de communication autour de sa maladie (Rusch & Corrigan, 2002).

Aussi, dans une étude préparatoire nous avons investigué les relations entre ces 3 construits théoriques : 1) l'insight clinique, 2) l'insight cognitif, envisagé comme une mesure

des connaissances du sujets vis-à-vis de leur contenu de pensées, 3) les plaintes cognitives, comme mesure de la métacognition en tant que connaissance du sujets vis-à-vis de leur fonctionnement neuropsychologique (Tastet et al, 2012, cf annexe 1-2).

Les résultats de cette étude mettent en évidence des corrélations significatives entre l'insight cognitive (BCIS) et les plaintes cognitives (SSTICS, Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia, Stip et al, 2003), mais aucune avec l'insight clinique (SUMD, Scale to assess Unawareness of Mental Disorder, Amador et al, 1993). Ce dernier point contraste avec d'autres études ayant obtenu des corrélations significatives entre insight clinique et insight cognitif (Beck et al, 2004 ; Bora et al, 2007 ; Favrod et al, 2008 ; Pedrelli et al, 2004). Cependant, les études précédentes n'ont pas contrôlé l'effet de variables potentiellement confondantes, comme la dépression et l'anxiété. De plus, l'absence de corrélation entre l'insight clinique et l'insight neurocognitif, est en accord avec une autre étude récente (Bayard et al, 2010). Nos résultats suggèrent donc que les deux mesures métacognitives (insight cognitif et insight neurocognitif) ont un degré de proximité qu'elles n'ont pas avec l'insight clinique. Ce constat étaye l'idée selon laquelle l'insight clinique reflète davantage le résultat de processus que ces processus en eux même, plus directement identifiables dans les mesures de la métacognition.

b) Anosognosie

L'anosognosie est un terme usité en neurologie. Initialement décrite par Babinski dans l'hémiplégie (Babinski, 1914), le terme renvoie globalement aujourd'hui aux difficultés de conscience des troubles. Bien que parfois employé de façon interchangeable (Rickelman, 2004), l'insight se distingue quelque peu de l'anosognosie. Marková en 2009 propose trois principales différences conceptuelles. Premièrement, l'anosognosie renvoie au concept étroit d'**absence** de conscience alors que l'insight laisse la possibilité d'apprécier différents degrés de conscience. Deuxièmement, l'absence de conscience dans l'anosognosie est entendue au sens de la **perte de perception sensorielle** rendant ainsi impossible la prise de conscience. A l'inverse, dans l'insight, le trouble de la conscience peut être lié à un dysfonctionnement dans le jugement. Troisièmement, l'**étiologie** neurologique, unique dans l'anosognosie, est plurielle dans l'insight. En plus de ces distinctions, il semble que l'insight soit davantage réservé aux troubles psychiatriques alors que l'anosognosie est associée aux **troubles neurologiques** (Raffard et al, 2008a).

c) Conscience

La conscience est un concept complexe. De nombreux écrits ont porté sur ce phénomène, et ce dans des disciplines diverses (philosophie, psychologie, phénoménologie, psychiatrie) (pour revue, voir Villagrán, 2003 ; Berrios & Marková, 2004). La conscience dans la schizophrénie a été définie par Dagonet dans son article « Conscience et aliénation mentale », cité par Villagrán (2003). Il propose une définition de la conscience en prenant pour référence la définition du dictionnaire Littré (1877) de l'époque : « *le sentiment intime, immédiat, constant, de l'activité du soi dans chacun des phénomènes de la vie morale et intellectuelle* » (Dagonet, 1881 ; p. 369). Il étaye également sa conception en faisant référence à Despine (1875) qui définit la conscience comme « *la connaissance par l'esprit de ses opérations, de ses pensées...* » (Dagonet, 1881, p. 370). Dagonet va plus loin en donnant à la conscience un rôle actif, en affirmant que non seulement elle « *capture les phénomènes de notre vie intérieure et les imprime dans la mémoire* », mais elle est en plus « *la force qui éclaire l'esprit et dirige la raison* » (ibid.). D'autre part, Dagonet inclut dans sa conception de la conscience « *le sentiment de la personnalité [et] les transformations subies par celui-ci sous l'influence de la maladie* » (ibid.). Ainsi, la conscience des troubles est ici conçue comme connectée à la personnalité, au soi.

Depuis, l'insight comme conscience des troubles est parfois envisagé comme en lien avec la conscience de soi (Recasens et al, 2002). Or, un **excès** de conscience de soi chez les patients souffrant de schizophrénie a été décrit d'un point de vue phénoménologique. Ceci contraste avec les prévalences élevées de personnes présentant une **faible** conscience du trouble, comme mentionnées ci-dessus. Kimura (1992) rapporte en effet que ce qui distingue les sujets souffrant de schizophrénie des sujets « sains », c'est que ces derniers doivent faire un effort important pour réaliser l'auto-observation simultanée entre soi réfléchissant et soi réfléchi, en jeu dans la conscience de soi. Il semble au contraire que cette auto-observation soit automatique chez certains patients. En présence de l'autre, le soi réfléchissant et le soi réfléchi seraient alors en permanence sollicités et le patient perdrait de la spontanéité dans le contact. La co-présence de ces deux subjectivités pourrait générer alors un sentiment d'altérisation du soi chez le sujet. Selon le lieu de l'altérisation du soi, des délires de référence (altérisation du soi réfléchissant) ou délires d'influence (altérisation du soi réfléchi) pourraient émerger. L'unique étude ayant mis à l'épreuve l'association entre conscience de soi et conscience des troubles ne présente pas de résultats significatifs (Recasens et al, 2002). Ainsi

l'absence de corrélation entre la conscience de soi et la conscience du trouble souligne la distinction entre ces deux objets de conscience (soi versus maladie).

On peut enfin relever une certaine nuance entre conscience et insight. Notamment, Marková (2009) considère que la conscience ou la perception d'un changement est un prérequis, une composante nécessaire, pour une conceptualisation de l'insight telle qu'elle est proposée et explorée en psychiatrie. Cependant, elle n'est pas suffisante : « *Ce sont en réalité les jugements issus de cette conscience qui constituent l'insight* » (Marková, 2009, p. 275). Autrement dit, comme Parant semblait le relever, une « *conscience qui implique non seulement connaissance, mais encore à divers degrés, appréciation et jugement* » (Parrant, 1988, p. 174). Aussi, Marková (2009) d'ajouter que les jugements, déterminés par « les objets » de l'insight, constituent la différence entre conscience et insight.

Marková et Berrios (1995) ont développé une conceptualisation en trois niveaux de traitement de l'information qui permet de rendre compte, à notre sens, de la nuance effectuée entre conscience et insight (cf Figure 2).

-Dans le niveau 1, suite à un signal cérébral dysfonctionnel provoquant le symptôme, le sujet peut percevoir un changement, **prendre conscience qu'une expérience est en inadéquation avec les autres**, uniquement si le seuil de discordance est franchi.

-Dans le niveau 2, les expériences reconnues comme étant inhabituelles sont sujettes à une élaboration émotionnelle et cognitive secondaire qui peut permettre ou non la prise de **conscience des expériences comme symptômes**.

-Enfin, dans le niveau 3, le sujet juge l'impact des symptômes dans sa vie personnelle. Les facultés intellectuelles, culturelles et comportementales auraient alors un rôle important. **L'insight** est alors plus ou moins « bon ».

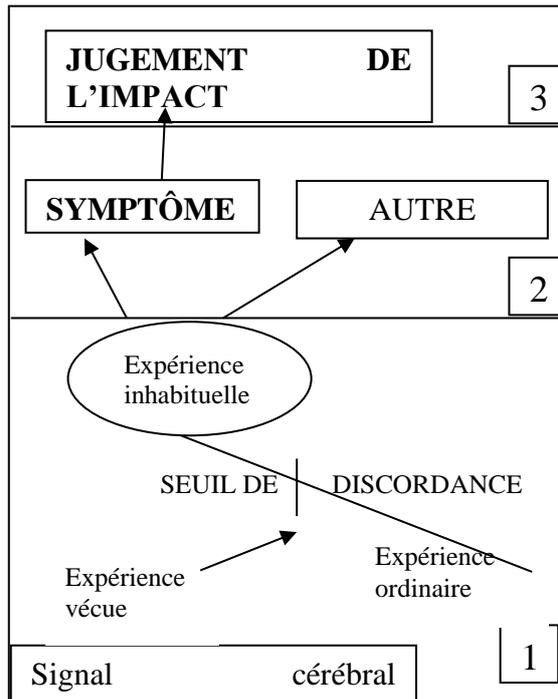


Figure 2 : D'après la conceptualisation de Marková et Berrios, 1995 et la schématisation de Cooke et al, 2005.

4. Insight et notions oubliées

a) Degré d'assimilation

Il semble important de rappeler que l'insight est un concept ayant pris originellement naissance dans les approches psychanalytiques afin de rendre compte de la capacité du patient à se percevoir de l'intérieur (Raffard, 2008a). Dans le développement de cette aptitude, les descriptions psychanalytiques de l'insight ont mis en exergue des niveaux spécifiques d'acquisition de l'insight. Par exemple, un premier niveau nommé : « descriptive insight » obtenu par des mots et qui correspond à ce que « *l'analyste dit et transmet à l'analysé* » (Etchegoyen, 1991, p.677). Un second nommé : « ostentive insight » ou insight de familiarité, rend compte du moment où l'analysé accepte profondément, assimile, cet insight de description (ibid.). D'autres terminologies conceptuelles renvoient à ces stades d'assimilation tels que l'insight intellectuel et l'insight émotionnel dans les approches cognitivo-comportementales (Rorer, 1999 ; Beck et al, 2004). Appartenant ici à la **conception interactive** de l'insight, cette conception d'assimilation « profonde » reste difficilement appréhendable dans les recherches, mais constitue une des critiques formulées à l'égard des

échelles actuellement employées pour appréhender le niveau d'insight. Celles-ci ne permettent pas toujours de dissocier un discours authentique d'un discours plaqué. En effet, les personnes souffrant de schizophrénie peuvent tout à fait affirmer avoir conscience d'être malade sans l'avoir réellement intériorisé, ayant tout simplement la faculté de **répéter le discours des soignants** (Beck et al, 2004).

b) Insight interactif

Toujours dans les théorisations psychanalytiques, le rôle de l'analyste a donné lieu à quelques conceptions contradictoires. Certains décrivent le processus d'insight comme un phénomène qui se produit essentiellement chez et par le patient, même aidé par les conseils de l'analyste (Bibring, 1954 ; Segal, 1962, 1991 ; Blum, 1979, 1992). D'autres voient le processus d'insight comme intrinsèquement interactif entre le patient et l'analyste (Loewald, 1960 ; Poland, 1988 ; Pulver, 1992 ; Etchegoyen, 1993 ; Levine, 1994 ; Steiner, 1994 ; Currin, 2000). De ces deux conceptions, il reste cependant en amont la notion d'interactions significatives nécessaires pour que le patient acquière un insight. Cette notion est peu intégrée dans les conceptions psychiatriques de l'insight. Une des explications possibles est celle de l'opérationnalisation de l'insight, actuellement plus centrée sur le résultat (niveau d'insight à un temps T) que sur les processus y conduisant.

B. Quelles méthodes de mesure?

L'insight s'appréhende via l'utilisation d'échelles spécifiques renseignées par le patient lui-même (auto-administration) ou par un tiers connaissant bien (clinicien, soignant, famille) ou non (chercheur) le patient. La majorité des échelles développées pour évaluer l'insight est anglo-saxonne. La Schedule Assessment Insight (SAI, David et al, 1992) ou la Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD, Amador et al, 1993), en hétéro-passation, sont celles qui sont majoritairement utilisées dans la revue internationale et en France, bien que non validée (SAI) ou de façon très récente (SUMD, Paillot et al, 2010, 2011). Il est intéressant de noter que, parmi les échelles en auto-administration, seule l'Insight Scale (IS) de Birchwood et ses collaborateurs (1994) est traduite en français, mais toujours non validée. Pourtant cette échelle est régulièrement employée dans les études francophones.

1. L'objet de l'évaluation

Comme synthétisé dans le Tableau 2, l'objet d'évaluation peut être sensiblement différent d'une mesure à l'autre. A l'exception d'un modèle tridimensionnel de l'insight (maladie, symptômes/conséquences, traitement), identique pour la SAI et l'IS et proche des trois premiers items de la SUMD, les autres échelles renvoient à des objets d'insight différents (cf Tableau 2). Ainsi, il est possible d'interroger l'impact de la diversité des objets de l'insight dans ces différents modes d'appréhension, chaque opérationnalisation mesurant un concept sous-jacent pouvant être expliqué par des prédicteurs différents (Tranulis et al, 2008a ; Sanz et al, 1998).

Tableau 2 : Principales échelles mesurant l'insight clinique

Echelle	Nombre d'items	Dimensions	Validation francophone	Administration
Q8	8	Insight total regroupant : la conscience de la maladie, de la nécessité de l'hospitalisation et des conséquences psychosociales.	Oui	Hétéro
Insight instrument	10	Croyances sur les symptômes, conscience de la maladie et des causes de l'hospitalisation, sentiment de vulnérabilité aux rechutes, croyances des bénéfiques du traitement	Non	Auto
ITAQ	11	Centré sur l'acceptation des traitements dans un contexte hospitalier : Reconnaissance de la maladie mentale, le besoin de soins hospitaliers, besoin de prendre des médicaments	Non	Hétéro
PANSS G12	1	Insight total	Oui	Hétéro
SAI	3	Conscience de la maladie, capacité à renommer les expériences psychotiques comme anormal, accepter la nécessité du traitement	Non	Hétéro
SRIS	32	Hospitalisation, maladie mentale, perception d'être malade, changement en Soi, contrôle de la situation, perception de l'environnement, souhait de comprendre sa situation	Non	Auto
SRIS	30	Supprime questions sur hospitalisation et traitement et mettent accents sur la conscience d'un changement et les relations avec l'environnement.	Non	Auto
SUMD	74	Insight présent et passé. Conscience du trouble mental (item 1), conscience des conséquences sociales (item 2), conscience du besoin de traitement (item 3), perception de chaque symptômes présents et attributions des symptômes à la maladie (items 4-20).	Oui	Hétéro
IS	8	Besoin du traitement, conscience de la maladie, renommer les symptômes comme pathologiques.	Traduite	Auto
SAIQ	17	Non connaissance de la maladie, non connaissance du besoin de traitement psychiatrique, anxiété vis-à-vis du la maladie et de ses corrélats.	Non	Auto
AII	7	Reconnaissance de la maladie mentale, perception du besoin de traitements psychiatriques.	Non	Auto

Q8 (Bourgeois et al, 2002); Insight instrument (Davidhizar et al, 1987) ; ITAQ, Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (McEvoy et al, 1989) ; SAI, Schedule for Assessing the 3 components of Insight (David et al, 1992) ; PANSS, Positive and Negative syndrome scale (Kay et al, 1987); SRIS, Self-Report Insight Scale for psychosis (Marková et al, 1992, 2003); SUMD, Scale to assess Unawareness of Mental disorder (Amador et al, 1993 ; Paillot et al 2010, 2011), IS, Insight Scale(Birchwood et al, 1994) ; SAIQ, Self-Appraisal of illness questionnaire (Marks et al, 2000); AII, Awareness of illness interview (Cuffel et al, 1996).

2. Le mode d'évaluation

La question du mode d'administration/évaluation n'est pas sans intérêt. D'une part, certaines études ont pu relever l'impact de l'ordre d'administration sur la force de la corrélation entre les échelles (Jovanovsky et al, 2007 ; Young et al, 2003), l'auto-administration en première intention rendant significative la corrélation à l'hétéro-administration. Ceci peut venir interroger les fondements sur lesquels se construit le jugement du clinicien. Marková (2009) en mentionne certains, tels que les caractéristiques du patient (discours, comportement), l'interaction clinicien/patient (degré d'alliance, sentiment de confidentialité, durée de la prise en charge) et les caractéristiques propres du clinicien (expérience professionnelle, niveau de connaissance, sa conception de l'insight, ses attitudes, partis pris etc.). Plus la méthode serait « ouverte » (ex. entretien semi-directif, appréciation du clinicien) et plus importante serait la contribution des facteurs individuels du clinicien. Ainsi, l'auto-administration en première intention, pourrait limiter les biais propres au clinicien lors de l'appréciation consécutive en hétéro-évaluation, expliquant alors les corrélations retrouvées dans les études (Jovanovsky et al, 2007 ; Young et al, 2003). Ainsi, au-delà des exigences de validité et de fiabilité d'une mesure, le choix d'une évaluation doit également être effectué en tenant compte du mode d'administration. Les mesures intégrant un entretien semi-structuré ou une hétéro-évaluation peuvent être davantage sensibles au phénomène interactif patient-professionnel. On peut faire l'hypothèse que l'utilisation conjointe d'une auto et d'une hétéro-évaluation peut servir à interroger l'insight dans sa dimension interactive. Ainsi, de même que les différents objets de l'insight ont des prédicteurs spécifiques (Tranulis et al, 2008a ; Sanz et al, 1998), les modes d'évaluation pourraient aussi faire intervenir des prédicteurs distincts, en particulier sur le plan interpersonnel.

III. Les modélisations de l'insight clinique

Les modélisations de l'insight clinique se sont progressivement diversifiées et complexifiées au cours de ces dernières années comme en témoignent les nombreuses revues systématiques qui ont eu à cœur d'en synthétiser les données (Raffard et al, 2008a, 2008b ; Chakraborty et al, 2010 ; Cooke et al, 2005).

A. Les modèles cliniques : symptôme de la maladie

Le manque d'insight a été considéré comme étant un des 12 signes ou symptômes de la schizophrénie identifié par Carpenter et al, 1973. Cependant l'American Psychiatric Association (APA, 1994) ne l'inclut pas dans les critères diagnostiques de la schizophrénie. Pourtant l'absence d'insight comme symptôme reste un cadre conceptuel très présent dans de nombreuses études (Raffard et al, 2008a). Cuesta et Peralta (1994), notamment, considèrent qu'un faible insight peut provenir directement du processus de la maladie. De nombreuses études ont pu étayer ces propos, l'insight clinique étant corrélé soit *i*) aux **symptômes positifs** (Carroll et al, 1999 ; Lysaker et al, 1998 ; Collins et al, 1997 ; Kim et al, 1997 ; Kemp & Lambert, 1995 ; Amador et al, 1994) ; *ii*) aux **symptômes négatifs** (Kemp & Lambert, 1995 ; Laroit et al, 2000) ; *iii*) à la **désorganisation** (Smith et al, 1998), *iv*) à la fois aux **symptômes positifs et négatifs** (Keshavan et al, 2004 ; Mintz et al, 2004) et enfin *v*) à des **symptômes spécifiques** (Lysaker et al, 1994a ; Dickerson et al, 1997 ; Baier et al, 2000). Une méta-analyse en 2003 révèle des pourcentages de variance des symptômes positifs (6,3%), négatifs (5,2%) et globaux (7,2%) relativement faibles pour expliquer le niveau d'insight. Il est fait mention du rôle modérateur du début de la pathologie et du statut (aigu, stabilisé) du patient. Une piste nouvellement développée porte sur l'étude des relations entre chaque dimension de l'insight et la symptomatologie (Sevy et al, 2004). Ainsi, les modèles cliniques étudient l'insight comme un symptôme de la schizophrénie dont la description ne permet pas d'expliquer les variations du niveau d'insight. Les modèles neuropsychologiques et du déni ont permis d'interroger le sens de ce phénomène.

B. Le modèle de déni psychologique

Ce modèle a été développé afin d'expliquer le lien positif existant entre l'insight et la dépression ou une estime de soi faible (Mintz et al, 2003). Il est ainsi supposé que face à l'aspect menaçant de la psychose, certains individus utilisent le déni afin de se protéger de cette « menace » et de réduire la détresse qu'elle engendre (Cooke et al, 2005). L'insight faible refléterait l'utilisation d'une stratégie de coping spécifique. Cependant, si ce modèle du déni a beaucoup été présumé, il a rarement été testé directement (Cooke et al, 2007 ; Donohoe et al, 2004 ; Moore et al, 1999 ; Young et al, 1998). Quelques études ont pu également émettre l'hypothèse de la levée du déni après avoir observé un niveau d'insight plus important chez les personnes ayant eu de multiples épisodes psychotiques (MEP), contrairement à celles

ayant un premier épisode psychotiques (PEP) (Thompson et al, 2001). Cette hypothèse jette cependant un doute important sur le bienfondé de l'amélioration de l'insight.

C. Le modèle neuropsychologique

Dans la schizophrénie, les facteurs cognitifs (mémoire, fonctions exécutives) constituent le principal prédicteur du statut fonctionnel (Green et al, 2004), des difficultés de vie dans la communauté (Prouteau & Doron, 2008), ou encore des limitations d'activités (Bowie et al, 2008), (pour revue voir Prouteau & Verdoux, 2011). L'importance que peuvent revêtir les troubles cognitifs, dans le handicap psychique des personnes souffrant de schizophrénie, en font l'un des potentiels critères diagnostiques futurs du DSM-V. C'est l'une des premières raisons ayant motivé l'étude des relations entre insight et troubles cognitifs dans la schizophrénie. La seconde renvoie à l'analogie pouvant être effectuée entre le concept d'insight et d'anosognosie. Ainsi, une autre façon de percevoir les troubles de l'insight consiste à les relier à des dysfonctionnements cognitifs, eux-mêmes conséquences de dysfonctionnements cérébraux (Lysaker et al, 1994b ; Young et al, 1993).

Une méta-analyse assez récente (Aleman et al, 2006) met en exergue que les fonctions exécutives, mesurées à l'aide du WCST (Wisconsin Card Sorting Test, Heaton, 1993), présentent le plus important pourcentage de variance expliquant le niveau d'insight parmi d'autres fonctions cognitives explorées (Kurtz & Tolman, 2011). Il s'agit de la fonction cognitive la plus souvent étudiée (Godefroy et al, 2003 ; Funahashi, 2001). Elle figure comme l'une des principales fonctions altérées dans la schizophrénie et reflète un panel de processus et sous processus cognitifs complexes. Un certain nombre d'études rapporte un lien significatif avec le niveau d'insight (Laroi et al, 2000 ; Drake & Lewis, 2003 ; Chan et al, 2012). Il s'agit de la relation la plus fiable retrouvée dans la littérature (Shad et al, 2006). Malgré tout, certaines études n'ont pu mettre en évidence un lien significatif (Cuesta & Peralta, 1994 ; Cuesta et al, 1995 ; Collins et al, 1997 ; Dickerson et al, 1997 ; Sanz et al, 1998 ; Arduini et al, 2003). Il est important de relever que certaines recherches révélant une corrélation ne retrouvaient pas de significativité dans les modèles en régression (Monteiro et al, 2008). De plus, certaines études modèrent la littérature, mettant en avant que la préservation de compétences cognitives ne protège pas systématiquement d'un insight affaibli (Garrett et al, 2011).

Face à ces modélisations et résultats divergents, l'intérêt d'associer ces modèles ou d'y ajouter des variables intermédiaires en proposant des relations curvilinéaires a été étudié.

D. Modèles de relations curvilinéaires

1. Neuropsychologie et Dén

D'après ce modèle, le premier déterminant de l'insight serait neuropsychologique, le déterminant psychologique n'intervenant que si les capacités neuropsychologiques sont préservées (Green et al, 2000). Ceci est en accord avec des études ayant trouvé des relations curvilinéaires entre cognition et insight (Startup et al, 1996) et d'autres études ayant pu mettre en évidence, grâce à des analyses en cluster, trois profils spécifiques de patients: i) fonctionnement exécutif préservé/bon insight; ii) fonctionnement exécutif préservé/faible insight; iii) faible fonctionnement exécutif/faible insight (Lysaker et al, 2003a). La comparaison des stratégies de coping entre ces trois groupes met en évidence que le deuxième groupe a une préférence plus importante pour l'utilisation du déni que le troisième groupe. Ainsi, un bon fonctionnement neuropsychologique permettrait l'accès à un insight élevé qui sera effectif (1) ou non (2) selon l'intervention du déni, alors qu'un mauvais fonctionnement neuropsychologique entraîne nécessairement un insight modéré à très faible (3) (cf Figure 3).

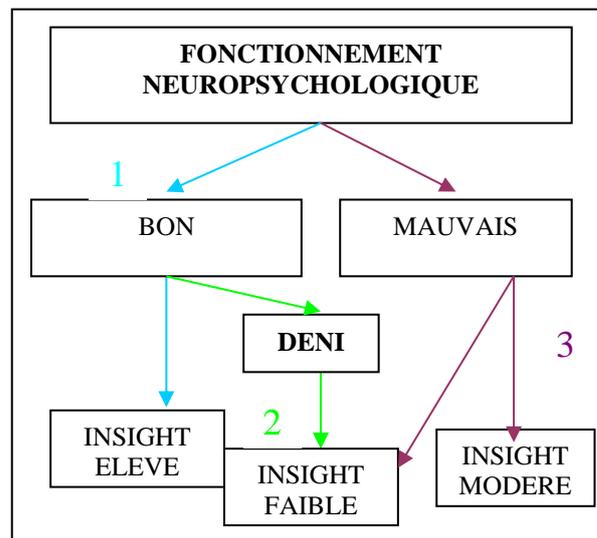


Figure 3 : Modèle explicatif de l'insight : Dén et Neuropsychologie (Tastet, 2007)

2. Une variable modératrice supplémentaire : la métacognition

En 2004, Koren et son équipe mettent à l'épreuve l'idée d'une variable intermédiaire entre l'insight et les fonctions exécutives : la métacognition. Ils demandent aux sujets d'auto évaluer leurs certitudes vis-à-vis de leurs réponses au WCST. Ils opérationnalisent ainsi « la conscience et la connaissance que la personne possède vis-à-vis de ses capacités cognitives » et obtiennent un lien plus important entre l'insight et les résultats métacognitifs qu'entre l'insight et le score obtenu au WCST (Koren et al, 2004).

En dépit de la présence de certaines limites telles qu'un nombre faible de sujets (N=30) et d'une perte dans la force de l'association insight-métacognition lorsque la variable QI est contrôlée, cette étude permet tout de même de mettre en exergue l'importance de la prise en compte des variables modératrices. D'autres études ont confirmé l'existence d'une relation positive entre insight et métacognition (Lysaker et al, 2005a ; Brüne et al, 2011). Cependant d'autres n'ont pas trouvé de relation significative (Kircher et al, 2007 ; Tastet et al, 2012). Reconnus comme centraux dans l'explication de la symptomatologie positive et négative de la schizophrénie (Frith, 1992), les déficits métacognitifs peuvent inclure les difficultés dans les capacités de théorie de l'esprit (Raffard et al, 2008b ; Frith, 1992) ou encore le concept d'insight cognitif, comme précisé plus haut (Beck et al, 2004 ; Tastet et al, 2012). Aucune étude n'a encore pris en compte ces différentes dimensions métacognitives.

En conclusion les différents modèles, leur pluralité, mettent en exergue l'aspect **multifactoriel** en jeu dans la variabilité interindividuelle du niveau d'insight. Ainsi il semble que la conception de l'insight comme symptôme ne puisse rendre compte à lui seul de cet aspect multidimensionnel. Le niveau d'insight est en relation avec d'autres facteurs tels que la cognition, les mécanismes de défense, la métacognition. Cependant ces facteurs prédictifs restent propres au patient, à ses défenses et aptitudes et n'interrogent pas les facteurs relationnels pourtant inhérents au concept même d'insight.

Une meilleure compréhension des facteurs explicatifs de l'insight a des implications pour le développement d'interventions thérapeutiques visant son amélioration. Il faut souligner, cependant, que la littérature ne rend pas toujours compte d'une association stable et positive entre le niveau d'insight et l'état clinique du sujet.

IV. Les conséquences potentielles d'un insight élevé

A. L'observance du traitement

Un certain nombre d'études ont relevé une association significative entre le niveau d'insight et l'observance au traitement pharmacologique et psychosocial (Lysaker et al, 1994a ; Cuffel et al, 1996 ; Kemp & David, 1996 ; Droulout et al, 2003 ; Quach et al, 2009 ; Segarra et al, 2012). Cependant ces études sont controversées sur plusieurs aspects. Tout d'abord, il semble que l'insight vis-à-vis du traitement soit plus à même d'agir sur l'observance au traitement (Beck et al, 2011). D'autre part, certaines études relèvent que le niveau d'insight ne permet pas de discriminer les personnes ayant une bonne observance pharmacologique de celles ayant une mauvaise observance pharmacologique (Garavan et al, 1998 ; Lecomte et al, 2008). De plus, une revue de littérature constate que le lien s'affaiblit avec le temps, et discute de l'influence d'autres facteurs (e.g. facteurs propres au traitement, conduites addictives) (Lincoln et al, 2007).

Au-delà des bénéfices possibles cités grâce à l'amélioration de l'insight, il demeure toujours en arrière fond l'inquiétude du soignant de voir apparaître un vécu dysphorique, des pensées négatives et d'éventuels passages à l'acte chez ses patients.

B. Suicide et dépression

Le lien entre insight et passage à l'acte suicidaire a fait l'objet de nombreuses études. Certaines rapportent une relation positive entre insight et comportements ou idéations suicidaires (Robinson et al, 2009 ; Schennach-Wolff et al, 2009 ; Gonzalez, 2008 ; Harvey et al, 2008 ; Crumlish et al, 2005 ; Evren & Evren, 2004 ; Schwartz & Smith, 2004) alors que d'autres ne relèvent aucune association significative (Barrett et al, 2010 ; Robinson et al, 2010 ; Bakst et al, 2010 ; Restifo et al, 2009 ; Bourgeois et al, 2004 ; Kim et al, 2003 ; Yen et al, 2002 ; Amador et al, 1996 ; Hu et al, 1991). On ne peut actuellement pas affirmer qu'il existe un lien entre le niveau d'insight à un temps T1 et le passage à l'acte suicidaire à un temps T2 (López-Moríñigo et al, 2012). Cependant, il est possible que certaines dimensions de l'insight (e.g. insight vis-à-vis de la nécessité du traitement, insight vis-à-vis de la maladie mentale) soient associées à un risque accru de comportement suicidaire, alors que d'autres ne le sont pas (Schwartz & Smith, 2004 ; Dantas & Banzato, 2007). Il est important de noter que des variables modératrices -telles que la perte d'espoir (Wilson & Amador, 2007 ; Carroll et

al, 2004 ; Kim et al, 2003) ou le niveau de dépression (Crumlish et al, 2005) expliquent la relation parfois obtenue entre l'insight élevé et la tentative de suicide (pour revue, voir Pompili et al, 2004).

Une méta-analyse récente (Mintz et al, 2003) rapporte qu'il n'existe qu'une association faible entre insight et dépression ($r= 0,18$; $p<0,05$). Cependant, la plupart des études, transversales, ne permet pas d'établir des relations de cause à effet entre dépression et insight (Lincoln et al, 2007). Il apparaît de plus que ces relations varient dans le temps et sont plus stables durant les premiers épisodes psychotiques (Mutsatsa et al, 2006 ; Mintz et al, 2004 ; Sim et al, 2004). Pour certains, il s'agirait d'une étape transitoire, au cours de laquelle la prise de conscience de souffrir de schizophrénie s'accompagnerait naturellement d'une élévation du niveau de dépression, liée à cette phase d'acceptation d'un nouveau statut (Wittmann & Keshavan, 2007 ; Wittmann et al, 2010).

C. La qualité de vie subjective

Même si l'insight est aujourd'hui inclus parmi les prédicteurs classiques de la QdV-S (symptomatologie dépressive, négative, cognition, stratégies de coping, métacognition) (Kusel et al, 2007 ; Narvaez et al, 2008), la synthèse des données reste sujette à caution.

1. QdV-S et Insight auto-évalué

Peu d'études ont pris en compte tant l'évaluation subjective de la QdV que de l'insight. Une étude concernant les relations entre l'insight subjectif et la QdV-S, en contrôlant la symptomatologie et les variables sociodémographiques, ne trouve pas de relations significatives (Hofer et al, 2006). A l'inverse une autre étude montre que l'insight subjectif est un prédicteurs positif de la QdV-S dans certains domaines uniquement (santé physique, psychologique) (Kao et al, 2011).

2. QdV-S et Insight hétéro-évalué

Des relations négatives entre insight et QdV-S ont été relevées (Sim et al, 2004 ; Hasson-Ohayon et al, 2006). Il semble que parmi les personnes présentant un premier épisode psychotique (PEP), celles ayant une comorbidité dépressive présentent des niveaux d'insight plus élevés et une QdV-S plus pauvre que celles ne présentant pas de comorbidité dépressive

(Sim et al, 2004). De plus, certaines dimensions de l'insight (total, symptôme) sont négativement associées au bien-être émotionnel subjectif (Hasson-Ohayon et al, 2006). A noter cependant qu'un insight plus élevé dans le besoin de traitement est positivement associé au bien-être émotionnel subjectif (Ibid.).

Une recherche relève également des relations positives entre insight et certains domaines de la QdV-S (Lysaker et al, 1998). Les personnes présentant un insight altéré sont moins satisfaites de leurs relations interpersonnelles en comparaison aux personnes présentant un « bon » insight, et cela indépendamment des symptômes négatifs (Lysaker et al, 1998).

Enfin, il existe des recherches qui ne trouvent pas de relation significative entre insight hétéro-évalué et QdV-S (Williams & Collins, 2002 ; Goldberg et al, 2001 ; Ritsner et al, 2000; Holloway & Carson, 1999 ; Smith et al, 1999 ; Browne et al, 1998).

Seule une étude récente prend en compte simultanément les évaluations subjective et objective de l'insight afin d'en étudier les relations avec la QdV-S. Ici, un insight hétéro et auto rapporté élevé est associé à une QdV-S faible (Karow et al, 2008). Cette étude soulève en outre l'intérêt de prendre en compte des facteurs interpersonnels tels que l'alliance thérapeutique, afin d'aider à l'amélioration de l'insight sans craindre un risque de détérioration de l'humeur.

Ainsi, face à ces résultats parfois contradictoires, l'étude du rôle des facteurs interpersonnels constitue, là encore, une piste compréhensive qui peut se révéler pertinente.

V. Insight et facteurs interpersonnels

A. Définition des facteurs interpersonnels

Comme présenté ci-dessus (partie I-B-1), le modèle du handicap psychique de l'OMS est aujourd'hui un modèle dans lequel sont pris en compte tant les facteurs personnels modérateurs du handicap que les facteurs environnementaux.

Il apparaît ici que les facteurs interpersonnels font partie des facteurs environnementaux mais ne sont pas clairement définis et délimités. Howard et ses collaborateurs (2008) ont appréhendé les facteurs interpersonnels selon 4 niveaux écologiques : le niveau intra-personnel, interpersonnel, communautaire et politique. Le niveau interpersonnel fait référence à une sous-dimension des facteurs environnementaux identifiés par l'OMS et renvoie à ce que Howard définit comme « *les relations avec la famille, les amis,*

les collègues, les pairs qui peuvent représenter un modèle ou apportent une part du soutien social, affectif, instrumental » (Howard et al, 2008, p.945, traduction personnelle). Ici le soutien social est donné en exemple comme étant un facilitateur ; mais il semble important de rappeler que, dans le cadre de la conception de l’OMS, ces facteurs peuvent devenir des obstacles par leur absence (soutien social, alliance thérapeutique), mais aussi pour certains par leur présence (stigmatisation, rejet social) (OMS, 2000).

Pour aller au-delà de la conception proposée ici par Howard et son équipe (2008), ou de celle de l’OMS en 2000, d’autres travaux réalisés au Québec ont cherché à poursuivre le débat théorique et opérationnel de l’interrelation entre les facteurs environnementaux et personnels, dans une approche interactionniste et systémique. Ces travaux ont permis la proposition d’un modèle sur le processus de production du handicap (Fougeyrollas et al, 1996 ; 2002) schématisé en Figure 4. Ceux-ci mettent l’accent sur l’interaction entre les facteurs personnels et environnementaux.

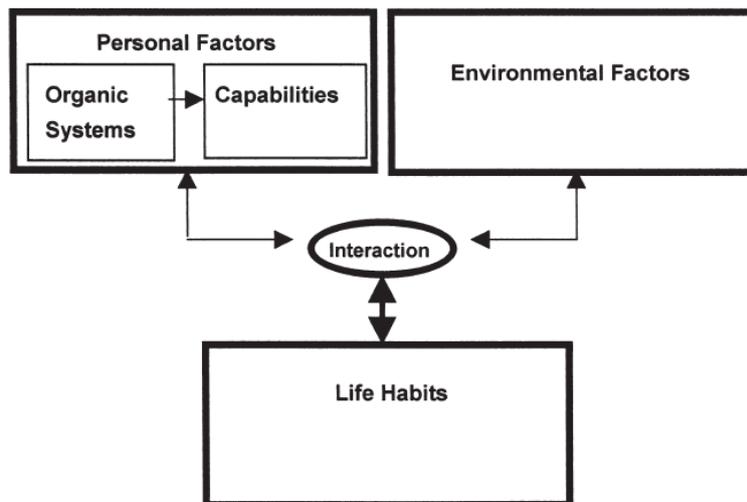


Figure 4 : Processus de production du handicap de Fougeyrollas (2002)

A l’identique de cette approche, il nous semble que les facteurs interpersonnels sont nécessairement interactionnistes. Ils intègrent à la fois des caractéristiques personnelles, des caractéristiques de l’environnement proche du patient souffrant de schizophrénie (famille, pairs, amis, collègues, soignants), chacune de ces catégories étant sollicitée dans les relations interpersonnelles, et leur interaction. Une synthèse de notre revue systématique sur les mesures des facteurs interpersonnels (Tastet et al, en préparation, cf annexe 1-3) est proposée ici (Figure 5).

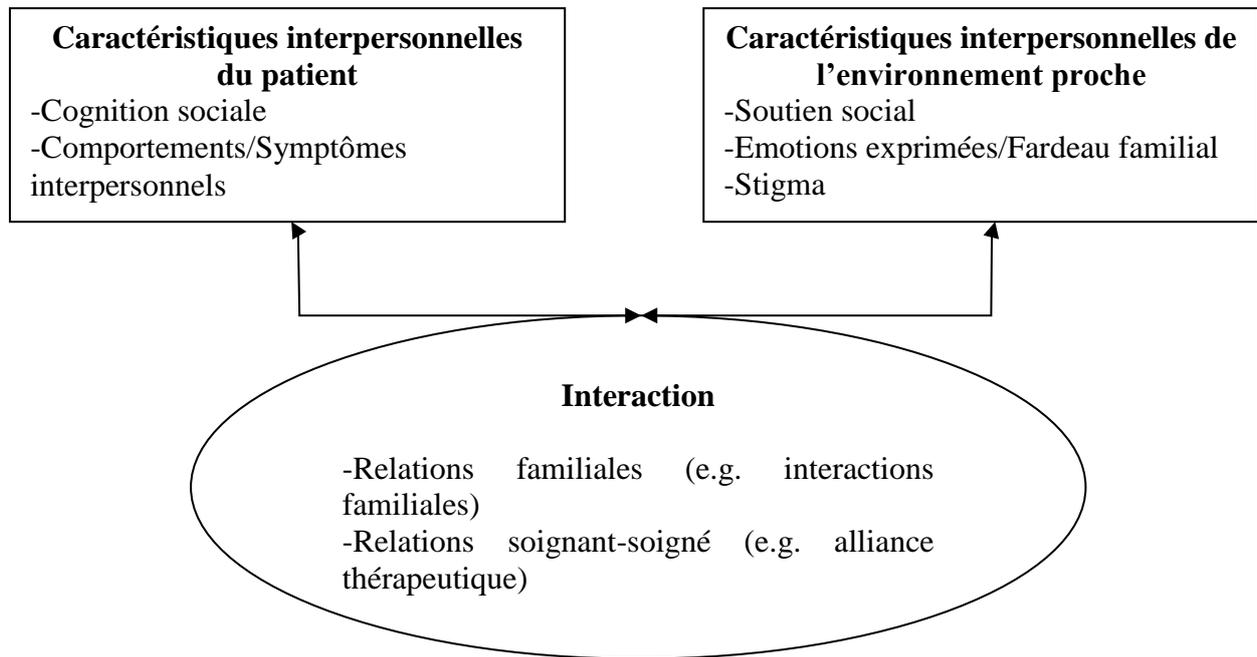


Figure 5 : Une proposition de classification des facteurs interpersonnels

Les conséquences potentiellement invalidantes de la schizophrénie seraient la résultante de l'association entre plusieurs facteurs. De la même façon, les interventions auprès des personnes souffrant de ce trouble s'effectuent tant auprès du patient que dans une approche globale prenant en compte les facteurs environnementaux et relationnels. Ainsi plusieurs méthodes de mesures peuvent être recensées.

B. Quelles méthodes de mesure des facteurs interpersonnels

Les mesures interpersonnelles relevées comme validées et employées auprès de personnes souffrant de schizophrénie font l'objet d'un article en cours de réalisation (Tastet et al, en préparation) dont la synthèse est proposée en annexe (cf annexe 1-3).

1. Facteurs personnels impliqués dans les relations interpersonnelles

Parmi les facteurs personnels impliqués dans les relations interpersonnelles, deux grands regroupements peuvent être observés. Tout d'abord le comportement/symptôme

interpersonnel, tel que l'attachement (e.g. The 16-item Psychosis attachment measure, Bartholomew & Horowitz, 1991), la soumission ou l'assurance sociale (e.g. The Inventory of Interpersonal Problem-32 items, IIP-32, Barkham et al, 1996), ou encore la cognition sociale. En effet, les processus personnels connus comme étant impliqués dans les relations interpersonnelles sont la capacité à i) reconnaître les émotions ; ii) discriminer les émotions d'autrui ; iii) comprendre les situations sociales ou iv) juger et inférer des états mentaux à autrui. La cognition sociale regroupe donc des processus et fonctions qui permettent à une personne de comprendre, agir sur et bénéficier du monde interpersonnel (Corrigan et al, 2001). Les mesures existantes, bien que non rapportées de façon exhaustives, sont synthétisées dans le Tableau en annexe (cf annexe 1-3). Elles consistent en des épreuves de reconnaissance d'émotions faciales, d'attribution d'intentions ou de reconnaissance des maladresses sociales.

2. Facteurs de l'environnement proche impliqués dans les relations interpersonnelles

a) Des facteurs facilitateurs par leur présence

Parmi les caractéristiques de l'environnement impliquées dans les relations interpersonnelles, le soutien social ou familial perçu est défini comme les perceptions d'un individu quant à la qualité de ses relations interpersonnelles (Gentry & Kobasa, 1984). En tant que concept multidimensionnel, quatre types de soutien peuvent être identifiés : le soutien émotionnel, le soutien d'estime, le soutien matériel et le soutien informatif. Deux aspects sont à distinguer, quel que soit le type de soutien perçu : la disponibilité de certaines personnes et la satisfaction qui correspond à l'adéquation entre les difficultés éprouvées et l'aide de l'entourage (Sarason et al, 1983). Il se distingue du réseau social « réel », objectif (e.g. Norbeck Social Support Questionnaire, Norbeck et al, 1981, 1983).

b) Des facteurs obstacles par leur présence

Au-delà des facteurs facilitant, d'autres aspects peuvent avoir une fonction limitant les relations interpersonnelles, tel que le fardeau familial, le niveau d'émotion exprimé par la famille ou la stigmatisation perçue. Il s'agit de facteurs environnementaux subjectifs pouvant être appréciés par le patient (stigmatisation perçue, niveau d'émotion exprimée par les

proches) ou par le proche (émotion exprimée, fardeau familial), cependant toujours focalisés sur le vécu ou le comportement du proche. Par exemple, une échelle évaluant le niveau d'émotion exprimé aura pour objet soit le sentiment de rejet du patient rapporté par la famille (e.g. The Patient Rejection Scale, Krelsman et al, 1979), soit le rejet ressenti par le patient de la part de sa famille (e.g. The Level of Expressed emotion, Gerlsma & Hale, 1997, Gerlsma et al, 1992; Cole et al, 1993).

3. Facteurs d'interaction entre les caractéristiques personnelles et de l'environnement proche

Certaines démarches d'analyse statistique permettent d'étudier les interactions entre les caractéristiques personnelles et les caractéristiques de l'environnement proche impliquées dans les relations interpersonnelles. Il existe cependant des mesures permettant d'apprécier les interactions in vivo telles que le *Five Minutes speech sample* (FMSS, Magaña et al, 1986 ; Leeb et al, 1991). Cette procédure permet d'apprécier la qualité des échanges entre le proche et le patient lors d'un entretien réalisé par un professionnel. Il existe également des mesures plus écologiques, au cours desquelles le patient et des membres de la famille sont invités à réaliser une tâche quotidienne (e.g. planification d'un menu) permettant d'apprécier implicitement l'alliance familiale, la capacité à résoudre des problèmes ou même d'identifier le leader du groupe (e.g. The Structural family systems rating, Robbins et al, 2001). Enfin, de façon plus classique, des mesures portent sur l'interaction entre le sujet et sa famille à travers l'utilisation de mesures subjectives interrogeant conjointement les attitudes du patient envers ses proches et les attitudes des proches vis-à-vis du patient. Ces mesures sont dites subjectives car administrées auprès du patient, du proche ou des deux personnes (e.g. The dyadic adjustment scale, Spanier, 1976, 1989). Il est à noter qu'il existe peu d'échelles permettant d'évaluer la qualité des interactions entre le patient et son équipe médicale. Toutefois, une mesure de l'alliance thérapeutique, administrée à la fois au patient et au thérapeute, permet d'interroger les représentations et attitudes des soignants vis-à-vis du patient et du patient vis-à-vis des soignants (e.g. Working alliance inventory, Horvath & Greenberg, 1989).

C. Les relations entre insight et facteurs interpersonnels

Cette partie correspond à la revue systématique en préparation disponible en annexe (cf annexe 1-4).

1. Justification de la revue systématique

Comme souligné précédemment, les recherches portant sur la modélisation de l'insight intègrent un grand nombre de facteurs. Au-delà des facteurs personnels principalement étudiés, les facteurs environnementaux, et plus précisément interpersonnels, peuvent venir améliorer les modèles prédictifs de l'insight et expliquer de façon partielle certains résultats contradictoires.

Cette revue systématique avait pour objectif de recenser les différentes études ayant investigué le rôle des facteurs interpersonnels dans les modèles de l'insight. Dans cette perspective, les résultats portant sur les associations entre facteurs interpersonnels et insight (niveau, conséquence) ont été analysés, afin d'en faire la synthèse et de proposer des perspectives pour les futures recherches auprès des patients souffrant de schizophrénie.

2. Méthode employée dans la revue systématique

Afin d'examiner systématiquement les études internationales traitant de l'insight et des facteurs interpersonnels dans la schizophrénie, nous avons conduit une recherche sur Medline à l'aide des mots clefs suivants : "schizo*" or "psychosis" combinés à "insight" or "awareness", et avec des mots clefs interpersonnels ("inter*" or "caregivers" or "family" or "social" or "relatives" or "support" or "environ*" or "culture*" or "stigma" or "theory of mind"). De plus, les facteurs interpersonnels renvoyant à un nombre important de termes, tous les résumés des articles ont été consultés afin de sélectionner ceux relevant de notre sujet. La recherche initiale se limitait aux articles accessibles en langue anglaise ou française, portant sur un échantillon humain et devaient être publiés entre 1977 et mars 2012. Cette première recherche obtint 1242 résultats.

Les critères suivants furent appliqués aux résumés:

- Taille de l'échantillon supérieure à 10 sujets
- Participants âgés de 16 à 65 ans,

- Diagnostic: Trouble du Spectre Schizophrénique (TSS), incluant la schizophrénie et les troubles schizo-affectifs selon la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 9, OMS, 1977 ; CIM 10, OMS, 1993), ou selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-III, APA, 1980 ; DSM-IV, APA, 1994 ; DSM-IV-TR, APA, 2000); ou Premier épisode psychotique (PEP) selon le DSM-IV-TR (APA, 2000);
- Une échelle évaluant l'insight clinique devait être utilisée. A noter que les études utilisant des échelles d'insight cognitif ont été exclues, ayant des divergences conceptuelles (Tastet et al, 2012).
- Au moins un facteur interpersonnel devait être évalué avec une échelle spécifique ou indirectement grâce à la mise en place d'une procédure d'interaction (e.g. croiser les évaluations de l'insight ou utiliser des contextes d'interactions).
- Fournir des données concernant les relations entre insight et variables interpersonnelles.

Enfin, les références des articles sélectionnés ont été consultées et incluses dans la revue si elles étaient indexées dans Medline et remplissaient les critères décrits ci avant.

3. Résultats de la revue systématique

La recherche initiale a regroupé 1242 articles. Seulement 37 ont rempli les critères décrits, dont 2 étant des articles trouvés secondairement dans les références des articles sélectionnés.

La plupart des études investigate les relations entre le niveau d'insight et les caractéristiques individuelles impliquées dans les relations interpersonnelles à travers trois procédures: i) étudier les associations entre insight et caractéristiques personnelles (cognition sociale, comportement social); ii) explorer les associations entre les auto-évaluations et les hétéro-évaluations de l'insight ou iii) explorer les associations entre l'insight du patient et l'insight d'un des membres de la famille. De plus, quelques études ont étudié les associations entre l'insight et les caractéristiques de l'environnement proche. Enfin, peu d'études ont investigué le rôle des facteurs interpersonnels dans les associations entre insight et corrélats cliniques.

a) Insight et cognition sociale

Parmi les 8 études recensées, seules 2 études ne relèvent pas d'association linéaire (Pousa et al, 2008 ; Drake & Lewis, 2003). Cependant, une de ces études obtient une association négative entre insight et cognition sociale en fonction des caractéristiques sociodémographiques (ex : une durée de la pathologie > à 10 ans ; un début de la pathologie après 20 ans) (Pousa et al, 2008). 3 études rapportent une association positive (Langdon et al, 2009 ; Vaz et al, 2002 ; Lysaker et al, 2007a), chacune en utilisant des hétéro-évaluations de l'insight et des évaluations implicites ou non verbales de la cognition sociale. Enfin, 3 études (Langdon et al, 2006 ; Bora et al, 2007 ; Quee et al, 2011) trouvent que la cognition sociale est un des prédicteurs significatifs du niveau d'insight. L'une d'entre elle réalisée sur un large échantillon intègre des facteurs personnels comme co-variables (symptômes, stade de la maladie, neurocognition) (Quee et al, 2011). La cognition sociale est un prédicteur significatif dans ces modèles de l'insight, seulement quand les sujets ont présenté des épisodes psychotiques multiples. En conclusion, 7 des 8 études recensées relèvent des relations significatives entre insight hétéro-évalué et cognition sociale.

Seules 2 études investiguent les associations entre les comportements sociaux et l'insight (Mutsatsa et al, 2006 ; Simon et al, 2004). Une association significative est obtenue auprès des personnes présentant leur premier épisode psychotique (PEP) (Mutsatsa et al, 2006) mais pas chez des sujets stabilisés (Simon et al, 2004).

b) Association entre auto et hétéro-évaluation de l'insight

Parmi les 7 études recensées, il existe des corrélations significatives entre auto et hétéro-évaluations, et cela que la procédure d'administration des échelles propose en premier l'auto-évaluation (Garavan et al, 1998 ; Gastal & Januel, 2010), l'hétéro-évaluation (Marks et al, 2000), ou que cela soit randomisé (Karow et al, 2008). Cependant, des études plus récentes comparent l'effet de l'ordre d'administration sur les associations entre évaluations subjective et objective de l'insight (Jovanovski et al, 2007 ; Young et al, 2003). Ici, seul le groupe ayant répondu à l'auto-évaluation en premier présente des associations significatives avec l'hétéro-évaluation. A noter que Young et ses collaborateurs (2003) comparent également le niveau d'insight entre l'auto et l'hétéro évaluation. Ici l'insight est supérieur lorsqu'il est apprécié par l'examineur plutôt que par le patient, quel que soit l'ordre d'administration des échelles. Ce résultat est contraire à l'étude de Karow et ses collaborateurs (2008) dans laquelle l'auto-

évaluation fournit un niveau d'insight supérieur à celui obtenu avec l'hétéro-évaluation. Cependant, cette étude est réalisée exclusivement auprès de sujets hospitalisés, alors que l'étude de Young (2003) inclut des sujets hospitalisés et non hospitalisés. Enfin, seule une recherche porte sur les associations entre l'auto-évaluation de l'insight et l'hétéro-évaluation effectuée par un clinicien, mais aussi par un des membres de la famille du patient (Tranulis et al, 2008b). Il existe des corrélations entre l'évaluation du patient et de son proche, alors qu'aucune corrélation n'est retrouvée avec l'évaluation du clinicien.

c) Insight du patient et Insight du proche parent

4 études explorent les associations entre l'insight du patient et l'insight de ses proches. Smith et ses collaborateurs, en 1997, montrent que les patients et leurs proches ne diffèrent pas dans leur niveau de conscience du trouble, alors que Gigante et son équipe (2004) relèvent que les proches présentent un insight plus élevé que les patients. Cependant, dans l'étude de Smith, le proche attribue moins correctement les symptômes à la maladie (Smith et al, 1997). D'autres études portent sur les corrélations entre l'insight du patient et l'insight du proche parent. Des associations positives sont obtenues entre le niveau de conscience des patients et celui de leur proche (Gigante et al, 2004 ; Brent et al, 2011), alors qu'une association négative est trouvée pour la reconnaissance du phénomène psychotique (Gigante et al, 2004). Brent et ses collaborateurs (2011) effectuent également des corrélations concernant le score d'attribution mais les résultats ne sont pas significatifs. Enfin, Chen et ses collaborateurs (2005) ne relèvent aucune corrélation entre l'insight du patient et la perception du proche évaluée à l'aide d'échelles sur les perceptions de la maladie.

d) Insight et caractéristiques de l'environnement proche

Une étude explore les caractéristiques de l'environnement proche à travers l'évaluation du réseau social et du soutien social. Seules certaines caractéristiques du **réseau social** sont significativement associées à l'insight (ex. fréquence des contacts avec les amis, nombre d'amis proches) (White et al, 2000). Une autre étude s'est intéressée aux prédicteurs de **l'alliance thérapeutique** et rapporte que l'insight est le seul prédicteur de l'alliance thérapeutique apprécié à la fois par le médecin et par le patient (Barrowclough et al, 2010). Il est également intéressant de relever que, bien que non concluantes, certaines études ont cherché à étudier le potentiel effet de la qualité des collaborations entre professionnels sur

l'insight des patients (Nakanishi et al, 2006). Enfin, une étude a cherché à évaluer l'impact de la qualité des informations apportées aux patients sur le niveau d'insight (Gastal & Januel, 2010). Les patients ayant bénéficié d'un protocole d'annonce de diagnostic incluant des séances de psychoéducation présentent un insight plus élevé que ceux n'ayant pu en bénéficier. Cependant, ces deux groupes ne sont pas comparables concernant des variables sociodémographiques (âge, durée de la maladie) et cliniques (symptômes positifs).

Au total, parmi les recherches ayant étudié les associations entre l'insight et les caractéristiques de l'environnement proche, seule une étude intègre ces facteurs interpersonnels comme un prédicteur de l'insight.

e) Les facteurs interpersonnels et leur association dans la relation insight-corrélats cliniques

Les facteurs interpersonnels comme facteurs facilitant ou limitant le fonctionnement dans la communauté ont été déjà intégrés dans les nouvelles modélisations du handicap psychique. Ainsi, certaines études récentes ont interrogé la place de ces facteurs interpersonnels comme pouvant intervenir dans les relations insight-corrélats cliniques. Ici ne sont synthétisées que les données sur les relations entre l'insight et les corrélats cliniques présentés plus haut (partie A- IV).

Concernant les relations entre observance du traitement pharmacologique et insight, deux études rapportent que l'insight médiatise les relations entre **l'auto-stigmatisation** et l'adhésion au traitement psychosocial (Fung et al, 2008 ; 2010) ; **l'alliance thérapeutique**, comme le niveau d'insight, prédisent l'observance pharmacologique (Day et al, 2005). Cependant, dans une étude réalisée auprès des PEP utilisant la régression logistique, l'insight ne permet pas de discriminer les sujets observants des autres, alors que le soutien social et familial le permet (Rabinovitch et al, 2009).

Concernant les relations entre insight et dépression, Staring et ses collaborateurs (2009) montrent à l'aide d'analyses post-hoc que le groupe de sujets ayant un bon insight et un haut niveau de **perception du stigma** ont un niveau de dépression plus élevé que le groupe ayant un faible insight. Dans une autre étude, la satisfaction vis-à-vis du **soutien social** et l'insight présentent une association curvilinéaire: ceux ayant un insight élevé ou faible tendent à avoir une haute satisfaction du soutien social alors que ceux ayant un insight modéré tendent à avoir une faible satisfaction du soutien social reçu. De plus, ils obtiennent une relation

significative négative entre la satisfaction vis-à-vis du soutien social et le niveau de dépression.

Enfin concernant les relations entre insight et QdV. Staring et ses collaborateurs (2009) montrent que le groupe de sujets ayant un bon insight autoévalué et un haut niveau de perception du stigma a une qualité de vie et une estime de soi plus altérées que les deux autres groupes (Insight bon/Faible perception du stigma; Faible insight). Cependant l'échelle de qualité de vie est ici objective, évaluée par un tiers. Lysaker et son équipe ont également pu mettre en avant la variable modératrice de l'internalisation du stigma sur la relation entre insight hétéroévalué et QdV-O (Lysaker et al, 2007b). Une étude ayant utilisé une mesure subjective de la QdV ne relève pas d'association entre l'insight et la QdV-S, alors que la satisfaction quant au **soutien social** est un prédicteur significatif de la QdV-S (Ritsner et al, 2000). Cependant, la mesure subjective de l'insight est un prédicteur de la QdV-S chez les sujets souffrant de troubles schizo-affectifs, mais pas chez ceux souffrant de schizophrénie.

4. Discussion

Bien que présentant plusieurs limites (ex : pas de méta-analyse), les résultats de cette revue systématique suggèrent que les facteurs interpersonnels sont impliqués dans les variations du niveau d'insight et des relations insight-corrélats cliniques. Chaque dimension est reliée à des facteurs spécifiques et distincts.

Le niveau d'insight est généralement associé à la cognition sociale. La majorité des auteurs argue que la cognition sociale est un prérequis de l'insight, alors que seules 3 études ont employé des méthodes statistiques permettant de le tester (Langdon et al, 2006 ; Bora et al, 2007 ; Quee et al, 2011). D'un autre côté, une étude obtient des corrélations négatives entre insight et cognition sociale, déduisant que la cognition sociale peut représenter un prérequis pour les pensées délirantes et, par conséquent, induire un faible niveau d'insight (Pousa et al, 2008). Enfin, il semble que le stade de la pathologie ou le statut clinique puissent modérer les associations (Quee et al, 2011).

Les études utilisant des mesures subjective et objective de l'insight trouvent des associations lorsque l'évaluation subjective est proposée en premier (Garavan et al, 1998 ; Gastal & Januel, 2010 ; Jovanovski et al, 2007 ; Young et al, 2003) alors que les résultats sont plus variables lorsque l'évaluation objective est administrée en premier (Marks et al, 2000 ; Jovanovski et al, 2007 ; Young et al, 2003). Les études croisant l'évaluation de l'insight du patient et de son proche, soulignent le contexte interactionnel de l'appréciation de l'insight.

Pour autant, les caractéristiques de l'environnement proche ont peu été étudiées comme prédictrices du niveau d'insight et nécessiteraient d'être développées.

La revue met en évidence un rôle probable des facteurs interpersonnels dans l'association insight-corrélat clinique. Cependant, selon le corrélat clinique, les facteurs interpersonnels ne sont pas toujours identiques (Staring et al, 2011 ; Day et al, 2005). Le soutien social est corrélé avec les différents corrélats cliniques (qualité de vie, observance pharmacologique, dépression) (Ritsner et al, 2000 ; Rabinovitch et al, 2009 ; Kaiser et al, 2006) mais pas toujours avec l'insight (Ritsner et al, 2000 ; Rabinovitch et al, 2009). Plus souvent investiguée, la perception/internalisation de la stigmatisation peut générer des fluctuations sur les conséquences des variations de l'insight (e.g. bien-être, qualité de vie) (Lysaker et al, 2007b ; Norman et al, 2011). Enfin, parmi les études portant sur la qualité de vie, peu ont finalement employé une mesure subjective de ce concept, pourtant conceptuellement singulier. Il est à noter que certaines études observent que la QdV-S est associée à l'**alliance thérapeutique** sur le long terme (McCabe et al, 1999), au **réseau social** (Sibitz et al, 2011) à l'**internalisation de la stigmatisation** ou encore à la **perception de la dévaluation et de la discrimination** (Ibid.). Dans cette perspective, les facteurs interpersonnels, quoique théoriquement pertinents, n'ont été que rarement étudiés, et les informations restent partielles. Il apparaît intéressant d'intégrer les facteurs interpersonnels déjà étudiés entre insight et QdV-O dans les modèles visant la QdV-S.

VI. Synthèse

La schizophrénie est un trouble psychique sévère associé à un handicap important, désormais reconnu au travers de la loi de février 2005. Aussi, afin de favoriser une évolution positive de la maladie, l'association entre le traitement pharmacologique et psychosocial fournit de réels espoirs d'amélioration symptomatologique (OMS, 2004) mais elle reste vaine sans la participation du sujet. Ainsi, le constat d'un trouble de l'insight chez 50 à 80% des patients (Amador & Gorman, 1998), a suscité de nombreuses recherches. Souvent considéré comme un facteur limitant l'engagement thérapeutique et l'accès à l'autonomie, la question de la pertinence de l'amélioration de l'insight comme cible thérapeutique reste en suspens. D'une part, l'évolution conjointe de l'insight et de l'observance n'est pas toujours vérifiée (Lincoln et al, 2007). D'autre part, les conséquences sur la qualité de vie subjective demeurent mal connues (pour revue voir, Karow et al, 2006).

Les études réalisées jusqu'à aujourd'hui soulignent la complexité de ce phénomène multifactoriel. Parmi les facteurs explicatifs de l'insight dit clinique, les facteurs personnels restent les plus majoritairement étudiés. Parmi eux, la symptomatologie et la cognition sont les plus stables, mais ne permettent pas d'expliquer la variance totale de l'insight. La définition, la mesure et les corrélats de l'insight interrogent la place des facteurs interpersonnels. Certaines études suggèrent l'existence de déterminants distincts selon que l'insight soit mesuré via une auto-évaluation ou une hétéro-évaluation (Karow et al, 2008 ; Tastet et al, 2012). L'hétéro-évaluation peut refléter, au-delà de l'insight d'un sujet, l'aptitude du patient à communiquer son vécu interne, mais aussi l'aptitude du clinicien à comprendre le vécu du patient, plus largement dépendant de la qualité de leurs interactions. D'autres études suggèrent que les facteurs interpersonnels modèreraient les relations entre insight et observance du traitement pharmacologique, dépression, ou encore qualité de vie. Force est de constater que les facteurs interpersonnels, quoique de plus en plus fréquemment évoqués, restent rarement mis à l'épreuve dans les modèles de l'insight, et des relations de ce dernier avec la qualité de vie subjective.

OBJECTIF GENERAL DE L'ETUDE

Explorer la pertinence théorique et statistique d'un modèle prédictif de l'insight dans la schizophrénie incluant des facteurs interpersonnels.

ETUDE 1

Les facteurs interpersonnels (qualitatifs versus quantitatifs), améliorent-ils les modèles prédictifs de l'insight (auto-évalué versus hétéro-évalué) ?

ETUDE 2

Les facteurs interpersonnels participent-ils à l'association entre insight et qualité de vie subjective (QdV-S) ?

B. Méthode

Ce projet, financé par la MiRe DRESS et la CNSA (Programme handicap et perte d'autonomie, 2009), est issu d'une étude plus vaste menée dans la région Aquitaine sur le thème du handicap psychique dans la schizophrénie. Nous avons été chargée d'en assurer la coordination.

I. Sujets

A. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les sujets répondant aux critères d'inclusion suivants ont été sélectionnés: 1) présenter une schizophrénie ou un trouble schizoaffectif selon les critères du DSM-IV-TR (APA, 2000) ; 2) être âgé de 18 à 60 ans ; 3) être stable du point de vue clinique (se situer à distance d'un épisode psychotique aigu, avoir un traitement pharmacologique stable depuis au moins un mois) ; 4) être suivi en ambulatoire.

Les critères d'exclusion sont : 1) suivre un protocole de traitement par électroconvulsivothérapie ou stimulation magnétique transcrânienne ; 2) présenter des antécédents neurologiques (sur la vie, tel que traumatisme crânio-cérébral) ; 3) présenter à l'inclusion un épisode dépressif majeur ou un épisode maniaque, un trouble lié à l'usage d'alcool ou à une autre substance psycho-active selon les critères du DSM-IV-TR pendant le cours de l'étude.

B. Lieux de recrutement

Le recrutement des sujets souffrant de schizophrénie ou d'un trouble schizoaffectif s'est d'abord déroulé dans un pôle universitaire de psychiatrie adulte. Ce pôle assure les soins sectoriels d'une population urbaine de 170 000 habitants, avec une file active de plus de 200 personnes souffrant de schizophrénie ou d'un trouble schizoaffectif.

Parmi cette file active, 43 sujets ont accepté de participer. Pour augmenter la taille de l'échantillon et s'approcher au maximum du nombre de sujets prévus initialement (environ 100), le recrutement de sujets a été mis en place dans deux milieux cliniques supplémentaires, en suivant les mêmes procédures:

-Une structure d'accueil de personnes souffrant d'un handicap psychique (essentiellement schizophrénie ou trouble schizo-affectif), dévolue à l'insertion professionnelle. Il est à noter que ce type de structure spécialisée est rare, comme l'est l'opportunité pour les projets de

recherche d'avoir accès à un échantillon suffisamment important de sujets souffrant de schizophrénie et concernés directement par une problématique de retour au travail. A l'occasion de la présente étude, un partenariat de recherche a donc été établi avec cette structure.

-Un autre centre hospitalier regroupant deux secteurs de population urbaine et rurale. La collaboration s'est établie depuis plusieurs années avec ces deux secteurs de psychiatrie adulte.

Les deux structures cliniques qui ont accepté de collaborer ont permis de recruter 37 participants supplémentaires. Nous avons bien conscience, cependant, que la multiplication des lieux de recrutement crée un biais potentiel.

II. Procédure

A. Procédure de recrutement

Les participants ont été recrutés de la manière suivante :

- 1-Repérage de tous les patients répondant au diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif (à partir du dossier informatisé).
- 2-Repérage de tous les patients répondant aux critères d'inclusion par les psychiatres.
- 3-Proposition de participation par les cliniciens (psychiatres) : acceptation ou refus.
- 4-Si acceptation, alors inclusion dans le projet.

B. Phases d'évaluation

L'étude globale (handicap psychique dans la schizophrénie) s'est déroulée en 2 phases. Après avoir sélectionné les participants selon les critères d'inclusion et d'exclusion, une **première phase** a concerné l'évaluation à l'inclusion, effectuée dans le cadre des centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, ou centres de réhabilitation. Elle a ciblé les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des sujets, le diagnostic, les antécédents médicaux, le fonctionnement cognitif, l'insight, les facteurs interpersonnels, la qualité de vie ainsi que plusieurs autres facteurs d'influence reconnus dans la littérature (le fonctionnement métacognitif, états émotionnels). La **deuxième phase** a consisté en un suivi des sujets inclus à

6 mois, avec un re-test sur les variables principales (handicap psychique, fonctionnement cognitif et métacognitif, émotions et insight).

Les sujets ont été évalués à l'inclusion et au cours du suivi par des psychologues cliniciens, et des étudiants en master 2 (psychologie, psychiatrie) ayant une expérience dans le domaine de la psychiatrie. Le reste de l'évaluation clinique (diagnostic, troubles comorbides) a, quant à elle, été conduite par le médecin psychiatre responsable de la prise en charge clinique du participant.

L'ordre des évaluations a été contrebalancé par bloc (cognition, insight, facteurs interpersonnels). Les évaluations de l'insight (auto-évaluation versus entretien semi-directif servant à l'hétéro-évaluation) ont été contrebalancées afin de contrôler les effets d'ordre, précédemment soulignés par certaines études (Young et al, 2003). Ensuite, l'échelle de qualité de vie a toujours été administrée en premier lieu pour éviter la contamination par les autres évaluations. Enfin, l'échelle d'internalisation de la stigmatisation a toujours été administrée en fin de passation afin que l'activation du stéréotype n'influence pas les autres évaluations.

C. Évaluations

1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Une fiche de recueil standardisée a été utilisée pour réunir les informations sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'éducation, statut conjugal et familial, résidentiel et professionnel, ressources), les antécédents psychiatriques (âge de la première hospitalisation psychiatrique, durée de maladie, nombre d'hospitalisations), le diagnostic et le traitement pharmacologique actuel.

2. Evaluation de l'insight

L'insight a été évalué avec 2 outils. Le premier est la SUMD (Scale to assess unawareness of mental disorder) (Amador et al, 1993) traduite et validée en français (Paillot et al., 2010). En hétéro-passation, chaque item est évalué sur une échelle de Likert de 1 à 5 et toujours sur deux aspects : le niveau de conscience et l'attribution. Plus le sujet obtient un score élevé, moins la personne a conscience de ses troubles et/ou moins il parvient à les expliquer. La seconde échelle est l'IS (Insight Scale) (Birchwood et al, 1994) traduite en français (Linder & Favrod, 2006). Il s'agit ici d'un auto-questionnaire où les réponses sont

cotées 0 (pas du tout conscient), 1 (partiellement conscient) ou 2 (conscient). Ici, plus le sujet obtient un score élevé, meilleure est sa conscience des troubles.

Ces échelles ont été sélectionnées conjointement, comme ceci a déjà été pratiqué dans de précédentes études internationales (Karow et al, 2008 ; Young et al, 2003). Elles sont cotées en 3 niveaux de qualité de l'insight distinct (nul, modéré, fort) et mesurent des dimensions comparables de l'insight : la conscience de la maladie ; la conscience de la nécessité du traitement. L'IS mesure également la conscience des symptômes, qui est abordée de façon individualisée dans la SUMD. La SUMD interroge également le niveau de consciences des conséquences générales de la maladie. Chacune de ces échelles fournit également un score d'insight global. L'IS total résulte de la somme des trois scores obtenus aux trois sous-dimensions (maladie, symptômes, traitement) ; la SUMD totale résulte de la moyenne des trois scores obtenus aux dimensions : maladie, traitement, conséquence.

3. Évaluation du fonctionnement exécutif

Le choix du test a été effectué en fonction de deux critères : être utilisé dans les recherches internationales comme épreuve sensible aux fonctions exécutives et être relié à l'insight et à la qualité de vie dans la littérature internationale sur la schizophrénie. Le Modified Card Sorting Test (Godefroy & GREFEX, 2008 ; Nelson, 1976) évalue le fonctionnement exécutif à travers plusieurs indices :

-le nombre d'erreurs : nombre de fois où l'examineur dit non, incluant les erreurs de persévérations. Il est révélateur des difficultés de flexibilité cognitive ou d'inhibition.

-le nombre d'abandons prématurés : nombre de fois où le participant change de règles alors qu'il a pu maintenir une règle à deux reprises successives. Il est un révélateur des capacités des difficultés de maintien des règles.

-le nombre de catégories réalisées : Lorsqu'il est faible, il peut refléter des difficultés à établir des catégorisations, des conceptualisations.

-le temps de réalisation de la tâche : Il renvoie à la vitesse de traitement pouvant être affaiblie par les difficultés mentionnées ci-dessus.

Dans la présente étude, le choix s'est porté sur le nombre d'erreurs commises par le participant, cet indice étant le plus utilisé dans la littérature.

4. Evaluation des facteurs interpersonnels

Dans l'évaluation de l'insight, la littérature met en avant l'implication de facteurs interpersonnels « objectifs » (Tranulis et al, 2008b ; White et al, 2000). Des facteurs « subjectifs » tels que le soutien social (Kaiser et al, 2006), l'internalisation de la stigmatisation (Lysaker et al, 2007b) sont identifiés comme intervenant dans l'interaction entre l'insight et les conséquences cliniques (e.g. bien être, qualité de vie etc) (cf annexe 1-4). Les mesures objectives et subjectives des facteurs interpersonnels recueillies sont décrites ci-dessous.

a) Les mesures dites « objectives »

(1) La fréquence des contacts

La fréquence des contacts avec la famille est recueillie lors de la passation de la Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP ; Oliver et al, 1997) selon une échelle de Likert (1 : quotidien ; 2 : hebdomadaire ; 3 : mensuel ; 4 : annuel ; 5 : moins d'une fois par an ; 6 : jamais). La fréquence des contacts avec le psychiatre et les infirmiers a été recensée en reprenant ces mêmes questions et catégories lors de l'entretien d'évaluation avec le participant.

Les antécédents de prise en charge familiale (e.g. thérapie systémique, psychoéducation) ont été recueillis lors de l'entretien d'évaluation et recherchés dans les dossiers médicaux.

(2) Cognition sociale

Le Faces Test (Baron-Cohen et al, 1997) évalue la cognition sociale, et plus précisément la reconnaissance des émotions faciales. Il a été utilisé bien qu'il n'existe pas de version validée en français auprès de la population schizophrène. Une version bordelaise, en cours de validation auprès d'une population de sujets sains, a été utilisée. Les scores s'étendent de 0 à 20 (Merceron et al, 2011 ; Merceron & Prouteau, en révision). Cette épreuve comporte, premièrement, une condition d'évocation libre, dans laquelle le participant doit verbaliser l'émotion qu'il pense être associée à l'expression du visage photographiée. Deuxièmement, une condition de choix forcé est administrée, dans laquelle les mêmes photographies sont présentées, mais cette fois avec un choix possible entre 4 émotions.

b) Les mesures dites « subjectives »

(1) Le soutien social perçu

Le Questionnaire de Soutien Social Perçu (QSSP) (Bruchon-Schweitzer et al, 2002 ; Boujut & Bruchon-Schweitzer, 2007; Laugaa & Bruchon-Schweitzer, 2008) est un auto-questionnaire élaboré afin d'évaluer le type de soutien reçu, le nombre de personnes qui le procurent ou la **disponibilité** ainsi que l'origine (famille, amis, collègues, spécialistes), et la qualité perçue de ce soutien ou **satisfaction**. Il ne s'agit pas de soutien reçu au sens strict, car tous ces indices sont autoévalués.

Quatre types de soutien sont répertoriés et correspondent à ceux identifiés par House (1981). *Le soutien émotionnel*, qui consiste à exprimer à une personne les affects positifs que l'on ressent à son égard (confiance, amitié...), et qui apporte à celle-ci des sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.328). *Le soutien d'estime*, qui consiste à rassurer une personne en ce qui concerne ses compétences et ses valeurs. *Le soutien informatif*, qui implique des conseils, des suggestions, de l'apport de connaissance sur un problème, des propositions concernant la résolution d'un problème nouveau, par exemple. *Le soutien matériel ou instrumental*, qui implique une assistance effective comme le prêt ou le don d'argent ou de bien matériel, ou de services rendus dans des moments difficiles.

Le score total de disponibilité du soutien social perçu s'étend de 0 à N personnes identifiées. La satisfaction du soutien social perçu est estimée à l'aide d'une échelle de Likert en 5 point (1 : pas du tout à 5 : tout à fait). Le score total moyen de satisfaction du soutien social reçu s'étend de 1 à 5. Les analyses en composante principale effectuées sur notre échantillon, en utilisant une méthode de rotation varimax, permettent d'extraire deux facteurs qui expliquent 56% de la variance : le facteur « satisfaction » regroupe les scores de satisfaction aux quatre types de soutien ; le facteur « disponibilité » regroupe les scores de disponibilité pour les quatre types de soutien. Les alphas de Cronbach élevés (0,7) attestent d'une cohérence interne satisfaisante (cf annexe 2-1).

(2) L'alliance thérapeutique

Évaluée uniquement chez le participant, l'échelle sélectionnée est le 4 Point ordinal Alliance Self-report (4PAS, Misdrahi et al, 2009), développée et validée auprès de personnes souffrant de schizophrénie. Contrairement aux autres échelles francophones opérationnalisant

ce même construit (e.g. Working Alliance Inventory, Horvath & Greenberg, 1989 ; Corbière et al, 2006), cette échelle ne se limite pas à l'alliance thérapeutique en jeu dans un processus psychothérapeutique, mais porte plus largement sur l'alliance avec le clinicien, quelle que soit la thérapie employée (e.g. psychothérapeutique, pharmacologique). Constitué de 11 items pouvant être estimés selon une échelle de Likert en 4 points (1 : pas du tout d'accord ; 4 : tout à fait d'accord), le questionnaire présente deux facteurs : *expérience d'empathie* qui renvoie à une perception générale positive de la relation patient-praticien et *psychoéducation* qui est une dimension qualifiée de « comportementale », car centrée sur l'appréciation du patient concernant les soins, les prises en charge proposées par son psychiatre. A cette autoévaluation est associée une Echelle Visuelle Analogique (EVA) de 8 cms. Rapide et simple de passation, elle présente une bonne cohérence interne (alpha global : 0,91), une bonne validité de convergence ($r = 0,62$; $p < 0,001$).

(3) Internalisation de la stigmatisation

L'échelle d'internalisation de la stigmatisation (Internalized Stigma of Mental Illness scale : ISMI, (Boyd Ritsher et al, 2003 ; Livingston & Boyd, 2010) est un questionnaire d'auto-évaluation conçu pour évaluer l'expérience subjective de la stigmatisation. Elle contient 29 items rédigés à la première personne sur une échelle de stigmatisation. L'ISMI est constituée, du point de vue théorique, de cinq sous échelles. L'*aliénation* (six items) mesure l'expérience subjective de ne pas se considérer comme un membre à part entière de la société. L'*approbation du stéréotype* reflète le degré d'accord avec les stéréotypes négatifs sur les personnes ayant des troubles psychiatriques en sept items. L'*expérience de discrimination* évalue par cinq items la perception que le répondant se fait de la considération que les autres lui portent. La sous dimension *retrait social* (6 items) reflète l'évitement des autres à cause du trouble psychiatrique. La dernière sous échelle, *résistance à la stigmatisation*, rend compte de l'expérience de ne pas être affecté par la stigmatisation avec 5 items. Ces derniers items servent également à contrôler la validité puisqu'ils suivent une cotation inverse. Cependant, il est à noter que les analyses factorielles ne confirment pas la structure théorique de l'échelle (Boyd Ritsher et al, 2003). Le score total, dans sa version anglaise, montre de bonnes propriétés psychométriques : coefficient de l'alpha = 0,90 et fiabilité test-retest $r = 0,92$. Cette échelle avait fait l'objet d'une traduction en français (Brohan et al, 2007). Cependant, devant le manque de données concernant sa validation, et la méthode utilisée pour sa traduction, une

version francophone a été développée lors de l'étude plus large à laquelle cette recherche participe, dont les données serviront pour la validation (Grados, 2010).

Une exploration de la structure factorielle de l'échelle dans notre échantillon montre que les facteurs proposés par l'auteur de la version originale ne sont pas retrouvés (cf annexe 2-2). En conséquence, seul le score total a été utilisé dans la présente étude.

5. Évaluation de la symptomatologie

La symptomatologie psychotique a été évaluée à l'aide de l'échelle PANSS (Kay et al, 1987), traduite et validée en français (Guelfi, 1996). Elle permet d'obtenir un profil détaillé des symptômes de chaque participant, et constitue l'outil le plus utilisé dans la littérature, ce qui permettra de situer notre échantillon par rapport à d'autres études internationales. Une formation des investigateurs a été effectuée avant les premières inclusions, pour optimiser la cotation consensuelle de l'échelle.

Les états émotionnels pourraient constituer des facteurs potentiellement confondants, eu égard aux relations multiples qu'ils entretiennent avec le fonctionnement cognitif et le handicap psychique, notamment la QdV-S. L'évaluation des états émotionnels sera effectuée grâce aux versions françaises de deux auto-questionnaires validés dans la population générale et auprès de diverses populations cliniques. L'anxiété et la dépression seront respectivement mesurées par le State-Trait Anxiety Inventory (STAI Y-B) (Spielberger, 1983), traduit et validé en français (Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1993) et l'inventaire de dépression de Beck (Beck Depression Inventory : BDI-II) (Beck et al, 1998).

6. Evaluation de la qualité de vie subjective

La QdV-S des participants est évaluée à l'aide de la Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP) (Oliver et al, 1997), traduite et validée en français (Salomé et al, 2004). La LQOLP contient 94 items, et fournit une mesure de la QdV-O et de la QdV-S dans 9 domaines de la vie : travail, loisirs, religion, finances, mode de vie, loi et sécurité, relations familiales, relations sociales, santé. Les mesures de la QdV-O sont basées sur des réponses catégorielles (oui, non, ne sait pas) et celles de la QdV-S (par domaine et globale) sur une échelle de satisfaction en 7 points (de 1 : « ne peut être pire » à 7 : « ne peut être mieux »). La LQOLP possède des qualités psychométriques satisfaisantes et a été traduite en plusieurs langues (Gaite et al, 2000; Oliver et al, 1997). La variable retenue dans la présente étude est le score

moyen global à la QdV-S globale calculé à partir des 9 scores de satisfaction fournis par le participant sur l'échelle de Likert (1 à 7).

Le Tableau 3 synthétise les mesures effectuées.

Tableau 3 : Variables retenues pour l'évaluation des participants

Construits mesurés	Outils utilisés / Source	Modalités retenues
Caractéristiques sociodémographiques	Dossier médical, entretien	-Age
Age	Dossier médical, entretien	-Genre, niveau d'étude, statut marital et familial
Genre, niveau d'études, statut marital et familial	Dossier médical, entretien	
Domicile, ressources, profession		
Caractéristiques cliniques		
Diagnostics	Dossier médical	-diagnostic principal et comorbidité
Age de la première hospitalisation	Dossier médical, entretien	-Age de la première hospitalisation
Age d'annonce du diagnostic	Dossier médical, entretien	
Traitement pharmacologique	Dossier médical	
Symptomatologie	PANSS	-Traitement principal -Symptômes positifs, négatifs
Insight		
Auto-évalué	IS	-Score à l'IS total.
Hétéro-évalué	SUMD	-Score à la SUMD totale et symptômes.
Fonctionnement cognitif		
Fonctionnement exécutif	MCST	-Nombre d'erreurs
Facteurs interpersonnels objectifs		
Fréquence des contacts	Téléphoniques et/ou physiques	-Somme total des fréquences de contact
Famille	LQOLP (item)	
Psychiatre	Entretien	
Infirmiers	Entretien	
Soutien social perçu	QSSP	-Disponibilité totale
Cognition sociale	Faces test	-Libre et indicé
Facteurs interpersonnels subjectifs		
Soutien social perçu	QSSP	-Satisfaction totale
Alliance thérapeutique	4PAS	-Alliance totale
Stigma internalisé	ISMI	-Score total
Etats émotionnels		
Anxiété	STAI Y-B	-Scores d'anxiété trait total
Dépression	BDI-II	-Score de dépression total
Qualité de vie subjective	LQOLP	-Moyenne des scores de satisfaction rapportée aux 9 domaines de vie

Abréviations : PANSS : Positive And Negative Syndrome Scale ; IS: Insight Scale; SUMD: Scale to assess Unawareness of Mental Disorder; MCST : Modified Card Sorting test ; LQOLP : Lancashire Quality of Life Profile; QSSP: Questionnaire de Soutien Social Perçu; 4PAS : 4 Point ordinal Alliance Self-report ; ISMI : Internalized Stigma of Mental Illness Scale; STAI Y-B : State-Trait Anxiety Inventory, version Y-B ; BDI-II : Beck Depression Inventory.

III. Hypothèses opérationnelles

A. Effets des facteurs interpersonnels sur l'insight

- H1 : Les facteurs interpersonnels prédisent significativement l'insight, indépendamment des facteurs personnels classiquement identifiés dans la littérature (*Béta*).
- H2 : Le modèle intégrant les facteurs interpersonnels améliore significativement les modèles classiques de l'insight (*R2*).
- H3 : Les facteurs interpersonnels expliquant l'insight seront différents selon le mode d'évaluation de l'insight (auto versus hétéro évaluation).

B. Effets des facteurs interpersonnels sur la relation entre insight et qualité de vie subjective

- H4 : Les facteurs interpersonnels modèrent la relation entre l'insight et la QdV-S.

Dans le but de clarifier ces effets (sens et force), une exploration par groupe sera menée. Pour chaque facteur interpersonnel, deux groupes seront constitués en scindant l'échantillon à la médiane de chacun de ces facteurs. Cette manipulation entraînant une diminution de moitié de la taille de l'échantillon et donc une perte de puissance statistique, ces analyses seront réalisées seulement avec l'IS de Birchwood car celle-ci a pu être renseignée par l'intégralité de notre échantillon (N=80). Les hypothèses sont donc les suivantes :

- H5 : Dans le groupe de participants présentant un plus haut niveau d'alliance thérapeutique, l'insight et la QdV-S seront positivement associés.
- H6 : Dans le groupe de participants présentant un plus haut niveau de satisfaction du soutien social, l'insight et la QdV-S seront positivement associés.
- H7 : Dans le groupe de participants présentant un plus haut niveau de disponibilité du soutien social perçu, l'insight et la QdV-S seront positivement associés.

-H8 : Dans le groupe de participant présentant un plus bas niveau d'internalisation de la stigmatisation, l'insight et la QdV-S seront positivement associés.

-H9 : Dans le groupe de participant présentant un plus haut niveau de fréquence des contacts, l'insight et la QdV-S seront positivement associés.

-H10 : Dans le groupe de participant présentant un plus haut niveau de cognition sociale, l'insight et la QdV-S seront positivement associés.

N.B : Pour des raisons de clarté du manuscrit, les hypothèses sont ici présentées uniquement dans leur formulation positive (facteurs interpersonnels facilitateur de la relation positive entre insight et QdV-S). Cependant, l'effet limitant des facteurs interpersonnels sera également testé.

IV. Analyses statistiques

A. Distribution des variables

Notre échantillon étant supérieur à 50, la distribution gaussienne a été étudiée pour chaque variable à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov (K-S), afin d'établir l'utilisation de tests paramétriques ou non paramétriques.

B. Régressions linéaires multiples

1. Evaluation de l'effet des facteurs interpersonnels : Transformation de variables polytomiques

Parmi les variables interpersonnelles, la fréquence des contacts est une variable qualitative polytomique (F_5) car comportant 5 modalités de réponse (jamais, annuel, semestriel, mensuel, hebdomadaire, quotidien). Aussi, pour l'intégrer dans les modèles de régression, il a été tout d'abord créé 4 variables muettes¹ (F_1 , F_2 , F_3 , F_4), avec la dernière modalité comme référence. Ainsi transformées, certaines modalités ne présentaient que peu, voire aucun individu, et auraient été exclues des modèles de régression (Bressoux et al, 2008, p. 133). Finalement, nous avons opté pour un traitement continu de la variable en créant une

¹ Une variable muette est cotée de façon binaire (1-0) et qui prend la valeur 1 si la modalité de réponse (ex : jamais) est effective chez le sujet. Elle permet un traitement discret des données dans lequel il y a autant de variable muette qu'il y a de modalité dans une variable polytomique.

variable globale « fréquence des contacts » représentant la somme de la fréquence des contacts avec la famille, les soignants et le psychiatre.

2. Analyse de la fiabilité des modèles

Après avoir réalisé chaque régression, différents critères seront analysés afin d'en étudier la fiabilité (Bressoux et al, 2008, p101-110):

- La distribution normale des résidus (histogramme et courbe de gauss)
- La linéarité des résidus (droite de régression)
- L'homoscédasticité des erreurs (nuage de point)
- L'indépendance des erreurs à travers l'étude du test d de Durbin-Watson (≈ 2)
- l'absence de colinéarité des variables à travers l'analyse de la tolérance (TOL $>.20$) et du VIF (<5)

C. Evaluation des effets de modération des facteurs interpersonnels

1. Création de variables d'interaction

Selon Baron et Kenny (1986), une variable modératrice est une variable qualitative (ex. sexe, race, classe sociale) ou quantitative (ex. niveau de récompense) qui influe sur la direction et/ou la force de la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante. Un effet modérateur élémentaire peut être représenté par une interaction entre une variable indépendante principale et un facteur qui spécifie les conditions appropriées de son impact sur la variable dépendante.

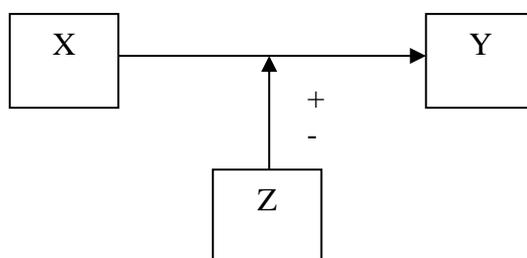


Figure 6 : Effet d'une variable modératrice sur la relation entre deux variables

Ainsi, l'étude des effets modérateurs s'effectue statistiquement par l'introduction dans les modèles de régression des deux variables isolées X et Z, et du produit entre ces deux variables (X*Z) comme variables prédictrices de la variable Y. Afin d'éviter les problèmes de colinéarité, une solution revient à centrer², sans nécessairement réduire, les variables en interaction (Bressoux, 2008). Ainsi on inclut dans les modèles les variables simples centrées et leur produit centré.

2. Evaluation des effets de groupe

Après avoir scindé l'échantillon en 2 groupes pour chaque variable interpersonnelle, l'association entre insight et QdV-S sera testée dans chacun des groupes. Pour cela, des régressions linéaires multiples seront utilisées en contrôlant a priori des facteurs personnels. Dans ces régressions, la variable à expliquer sera la QdV-S. Les variables prédictrices seront donc les facteurs personnels et l'insight.

D. Synthèse des analyses statistiques menées

Afin de clarifier le nombre de **régressions réalisées** et les facteurs intégrés dans chaque modèle, le Tableau 5 ci-dessous synthétise les manipulations affiliées à chaque hypothèse. Pour les hypothèses portant sur les **effets des facteurs interpersonnels** sur l'insight (H1, H2, H3), trois régressions en méthode pas à pas descendante seront effectuées afin d'isoler les facteurs interpersonnels permettant d'expliquer significativement l'insight (lecture du Beta) et d'étudier la variation du modèle par l'intégration de ces variables interpersonnelles (variation du R² ajusté).

Concernant les hypothèses portant sur les **effets modérateurs** des facteurs interpersonnels dans la relation insight et QdV-S (H4), 21 régressions seront réalisées, soit 7 régressions par mesures d'insight dans lesquelles les significativités du Beta et du modèle (R²) seront étudiés.

Enfin, concernant les hypothèses portant sur l'étude des **effets de groupe**, les facteurs interpersonnels étant au nombre de 7 dimensions, 14 régressions seront donc réalisées entre l'IS et la QdV-S. Ces 7 facteurs interpersonnels sont rappelés dans le Tableau 4.

² Une variable est dite centrée et réduite si sa moyenne est nulle et si son écart-type est de 1. Ainsi pour centrer une variable il suffit de soustraire sa moyenne à ses valeurs initiales

Tableau 4 : Synthèse des variables interpersonnelles sélectionnées pour les régressions

Niveau interpersonnel	Echelle	Variable sélectionnée
Personnel	Faces Test	FTL (Faces test version libre) FTI (Faces test version indiquée)
Environnement objectif proche	Fréquence des contacts	Somme total de Fréquences des contacts
Environnement proche subjectif	4-PAS	PASTT (score total à la 4PAS)
	QSSP (soutien social perçu)	SATISTT (satisfaction totale) DISPOTT (disponibilité totale)
	ISMI	ISMITT (ISMI Total)

4PAS : 4 Point ordinal Alliance Self-report ; QSSP: Questionnaire de Soutien Social Perçu; ISMI : Internalized Stigma of Mental Illness Scale.

Tableau 5 : Synthèse des analyses statistiques de l'étude

Facteurs personnels contrôlés à priori	Inclusion des facteurs interpersonnels dans les modèles de l'insight (H1, H2, H3)			
	Prédicteurs	VD	Nb de régressions	
	Facteurs interpersonnels		ISTT SUMDTT SUMDA	3
	Modération des facteurs interpersonnels entre insight et QdV-S (H4)			
	Prédicteurs	VD	Nb de régressions	
	Age			
	Sexe			
	Age 1 ^{ère} Hp.			
	MCSTE		QdV-S	21
	STAIB			
	BDITT			
	PANSSN	Effet de l'insight subjectif sur la QdV-S selon le groupe des facteurs interpersonnels (H5-H10)		
Prédicteurs	Groupe	VD	Nb de régressions	
	Echantillon total scindé selon la médiane du facteur interpersonnel	QdV-S	14	

H, Hypothèse ; VD, Variable dépendante ; Nb, nombre ; Hp, Hospitalisation ; MCST : Modified Card Sorting test ; MCSTE, Nombre d'erreurs au MCST; STAI : State-Trait Anxiety Inventory ; STAIB, version trait-B de la STAI ; BDI : Beck Depression Inventory. BDITT, Score total à la BDI ; PANSS : Positive And Negative Syndrome Scale ; PANSSN, Symptômes négatifs à la PANSS ; PANSSP, Symptômes positifs à la PANSS ; IS: Insight Scale; ISTT, Score total à l'IS ; SUMD: Scale to assess Unawareness of Mental Disorder; SUMDTT, Score total à la SUMD ; SUMDA, Conscience des symptômes à la SUMD ; QdV-S, Qualité de vie subjective à la Lancashire Quality of Life Profile.

C. Résultats

I. Analyses descriptives des variables

A. Description des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de l'étude

	N	Fréquence (%)	Moyenne (ET)	Min-Max
Age*	80	100%	35,7(10,08)	20-63
Genre	80	100%		
<i>Homme</i>	60	75%		
<i>Femme</i>	20	25%		
Niveau éducation	80	100%		
<CAP	21	26,3%		
CAP-BEP	15	18,8%		
BAC	20	25,0%		
<ou =BAC+2	11	13,8%		
>BAC+2	12	15,0%		
Protection des biens	80	100%		
<i>Aucune</i>	51	63,8%		
<i>Curatelle</i>	23	8,8%		
<i>Tutelle</i>	4	5%		
Emploi	80	100%		
<i>Oui</i>	8	10%		
<i>Non</i>	72	90%		
Logement	80	100%		
<i>Foyer</i>	2	2,5%		
<i>Domicile parental</i>	12	15%		
<i>Appartement associatif</i>	10	12,5%		
<i>Hôpital</i>	7	8,8%		
<i>Appartement protégé</i>	6	7,5%		
<i>Appartement personnel</i>	31	38,8%		
<i>Maison personnelle</i>	8	10%		
<i>Autres (e.g. famille d'accueil)</i>	4	5%		
Cohabitation	80	100%		
<i>Oui</i>	49	61,2%		
<i>Non</i>	31	38,8%		
Situation maritale	80	100%		
<i>Marié/en couple</i>	11	13,8%		
<i>Célibataire</i>	60	75%		
<i>Veuf</i>	0	0%		
<i>Divorcé</i>	2	2,5%		
<i>Séparé</i>	7	8,8%		
Enfants	80	100%		
<i>Oui</i>	15	18,75%		
<i>Non</i>	65	81,25%		
Ami jugé proche	80	100%		
<i>Oui</i>	50	62,5%		
<i>Non</i>	30	37,5%		

N, nombre, ET, Ecart-type ; Min, minimum ; Max, maximum ; CAP, Certificat d'aptitude professionnelle ; BEP, Brevet d'étude professionnelle ; BAC, Baccalauréat

*Test de normalité refusée (Test de Kolmogorov-Smirnov : $p < 0,05$)

Les données sociodémographiques (cf Tableau 6) sont proches de celles relevées dans une étude européenne (Gorwood, 2011) incluant 2608 participants non hospitalisés. La moyenne d'âge de notre échantillon [35,7 ans (10,08)] est légèrement inférieure à celle de cette étude [37,8 ans (11,2)]. Cependant, le pourcentage de femmes incluses dans l'étude (25%) est inférieur à celui de la cohorte (40,1%). De plus ces moyennes sont relativement similaires à celles retrouvées dans une autre cohorte européenne de 295 patients souffrant de schizophrénie (European Group On Functional Outcomes and Remission in Schizophrenia, EGOFORS) (Üçok et al, sous presse). En conséquence, sur ces facteurs, notre échantillon apparaît assez représentatif de la population souffrant de schizophrénie en général.

B. Descriptions des caractéristiques cliniques de l'échantillon

Les données cliniques (cf Tableau 7) sont proches de celles relevées dans une étude européenne (Gorwood, 2011) auprès de participants non hospitalisés. L'âge moyen d'annonce du diagnostic [27,4 ans (SD 8,7)] est similaire à celui de notre échantillon [27,8 ans (8,35)]. Cependant, comme renseignée dans les caractéristiques socio-démographiques, la moyenne d'âge de notre échantillon [35,7 ans (10,08)] est légèrement inférieure à celle de cette étude [37,8 ans (11,2)]. Notre population présente une sévérité des symptômes positifs [17,26 (7,25)] et négatifs [19,83 (8,43)] également comparable à celle rapportée dans cette étude [16,2 (7,3)] et [19,6 (8,0)]. De plus ces moyennes sont relativement similaires à celles retrouvées dans une cohorte européenne de 295 patients souffrant de schizophrénie (European Group On Functional Outcomes and Remission in Schizophrenia, EGOFORS) (Üçok et al, sous presse). En conséquence, sur ces facteurs, notre échantillon apparaît assez représentatif de la population souffrant de schizophrénie en général.

Tableau 7 : Caractéristiques cliniques de l'échantillon de l'étude

Variables	N	Fréquence (%)	Moyenne (ET)	Min - Max	Distribution normale (si K-S : p>0,05)
Age 1ere Hp	80	100%			Refusée
<i>Déjà hospitalisé</i>	77	96,25%	25(8,31)	14-53	
<i>Jamais hospitalisé</i>	3	3,75%			
Nombre total d'hp	77	96,25%			
<i>Estimation patient</i>	77	96,25%	5,03 (4,43)	0-20	
<i>Estimation dossier</i>	76	98,7%	4,78(4,46)	0-22	
Nombre d'hp dans l'année (patient/dossier)	76	98,7%	0,46 (0,73)	0-3	
Débuts	80	100%			
<i>Précoce (<40 ans)</i>	72	91,1%			
<i>Tardif (>ou= 40 ans)</i>	7	8,9%			
Annonce du diagnostic	80	100%			
<i>Oui</i>	64	80%			
<i>Non</i>	16	20%			
Age annonce du diagnostic (ans)	64	100%			Refusée
<i>Rappelé</i>	56	87,5%	27,8 (8,35)	15-47	
<i>Ne sait pas</i>	8	12,5%			
<18	1	1,56%			
18-25	25	39,06%			
26-30	12	18,75%			
31-40	13	20,3%			
>40	5	7,81%			
Traitements	79	98,75%			
<i>Neuroleptique</i>	79	98,75%			
<i>Thymo-régulateur</i>	17	1,1%			
<i>Anxiolytique</i>	33	41,3%			
<i>Antidépresseur</i>	13	16,25%			
<i>Antiépileptique</i>	20	25%			
<i>Antiparkinsonien</i>	16	20%			
<i>Hypnotique</i>	5	6,25%			
<i>Antitoxicomanie</i>	2	2,5%			
Symptômes (PANSS)	77	96,25%			
<i>Symptômes Positifs (7-49)</i>			17,26(7,25)	7-36	Refusée
<i>Symptômes Négatifs (7-49)</i>			19,83(8,43)	8-41	Refusée
<i>Symptômes Généraux</i>			40,4(15,89)	19-87	
MCST (0-n)	73	91,25%			Acceptée
<i>N Erreurs</i>			13, 04 (8,56)	0-22	
STAI B Total (20-80)	78	97,5%	47, 78 (11, 09)	28-80	Refusée
BDI Total (0-63)	79	98,75%	13, 82 (8, 26)	1-36	Refusée

N, nombre; ET, Ecart-type; Min, minimum; Max, maximum; K-S, test de normalité de Kolmogorov-Smirnov ; Hp, Hospitalisation; PANSS, Positive And Negative Syndrome Scale; MCST, Modified Card Sorting test ; STAI B, State-Trait Anxiety Inventory, version B ; BDI, Beck Depression Inventory.

C. Description de la variable d'intérêt Insight

Tableau 8 : Moyennes aux échelles évaluant l'insight (SUMD-IS)

Variables	N	Moyenne (ET)	Min - Max	Distribution normale (Si K-S : $p > 0,05$)
SUMD Total (1-5)	54	6,54 (3,12)	3-15	Refusée
<i>Conscience de la maladie</i>		1,98 (1,14)	1-5	Refusée
<i>Conscience du besoin de traitement</i>		2,22 (1,28)	1-5	Refusée
<i>Conscience des conséquences</i>		2,33 (1,35)	1-5	Refusée
<i>Conscience des symptômes (SUMDA)</i>		2,35 (0,96)	1-5	Refusée
IS Total (0-16)	78	11,41 (3,61)	0-16	Refusée
<i>Conscience des symptômes</i>		2,60 (1,31)	0-4	Refusée
<i>Conscience de la maladie</i>		2,04 (1,26)	0-4	Refusée
<i>Conscience du besoin de traitement</i>		3,3 (1,13)	0-4	Refusée

N, nombre; ET, Ecart-type; Min, minimum; Max, maximum; K-S : test de normalité de Kolmogorov-Smirnov ; SUMD, Scale to assess Unawareness of Mental Disorder; IS: Insight Scale.

Aucune dimension ni somme totale aux échelles de l'insight ne présente une distribution normale selon les résultats du K-S (cf annexe 2-3).

1. Tableaux de fréquences : insight faible versus bon

Afin de pouvoir réaliser des comparaisons entre les fréquences et la qualité de l'insight des deux échelles, les sous échelles et le score total de l'IS ont été dichotomisés en « bon » et « faible » insight selon le seuil prédéfini de 9 pour le score total et de 2 pour les sous scores (Birchwood et al, 1994). Ces catégories ont déjà été utilisées par ailleurs dans des études internationales (Karow et al, 2008 ; Cooke et al, 2007). Ainsi, les scores de la SUMD ont été dichotomisés en insight « pauvre » (3-5) et « bon » insight (1-2) comme cela a déjà pu être réalisé dans des études anglophones précédentes (Karow et al, 2008).

Les fréquences sont décrites sur les 53 participants ayant répondu aux 2 échelles de l'insight. 26,4 % des sujets présentent un « bon » insight vis-à-vis de la maladie, 88,7 % un « bon » insight vis-à-vis du besoin de traitement et 64,2 % un « bon » insight vis-à-vis des symptômes avec l'IS. Avec la SUMD, 60,4 % des sujets présentent un « bon » insight vis-à-vis de la maladie, 56,6 % un « bon » insight vis-à-vis du besoin du traitement et 73,6 % un « bon » insight vis-à-vis des symptômes. Enfin 50,9 % présentent un « bon » insight vis-à-vis des conséquences de la maladie (cf Tableau 9). Bien que ces pourcentages ne soient pas exactement identiques à ceux rapportés dans une précédente étude (Karow et al, 2008), ils amènent à la même conclusion : on trouve davantage de sujets ayant un « bon insight » à l'IS (besoin de traitement, score total) qu'à la SUMD. En revanche, nos résultats contrastent en

partie avec la précédente étude puisque le pourcentage de participants présentant un « bon » insight vis-à-vis de la maladie est beaucoup plus élevé avec la SUMD qu'avec l'IS.

Tableau 9 : Fréquences des catégories d'insight « bon » vs « faible » dans l'échantillon

Dimensions de l'insight	Echelle	Faible	Bon
Maladie	SUMD	39,6 %	60,4 %
	IS	73,6 %	26,4 %
Besoin de traitement	SUMD	43,4 %	56,6 %
	IS	11,3 %	88,7 %
Symptômes	SUMD	26,4 %	73,6 %
	IS	35,8 %	64,2 %
Conséquences	SUMD	49,1 %	50,9 %
Total	SUMD	39,6 %	60,4 %
	IS	17 %	83 %

SUMD, Scale to assess Unawareness of Mental Disorder; IS, Insight scale

2. Etude des corrélations entre hétéro-évaluation et auto-évaluation de l'insight

La distribution des variables d'intérêts de l'insight ne suivant pas une loi normale (K-S ; $P < 0,05$), les corrélations ont donc été effectuées avec le Rho de Spearman (cf Tableau 10).

On retrouve, sur les 20 corrélations testées, 13 corrélations significatives (au seuil de 5%) entre la SUMD et l'IS. Les corrélations sont dans le sens attendu, puisque la conscience à la SUMD varie avec la conscience à l'IS. Ainsi les dimensions de l'IS corrélaient négativement avec les dimensions de la SUMD, sauf la conscience de la maladie de l'IS qui ne corréla avec aucune dimension de la SUMD.

En revanche, il faut noter que les corrélations significatives sont globalement modérées, alors qu'on aurait pu s'attendre à des corrélations fortes entre deux mesures du même construit. Ce résultat a déjà été souligné par ailleurs (Young et al, 2003).

Tableau 10 : Corrélations Rho de Spearman entre les dimensions de la SUMD et de l'IS

SUMD	IS	Symptôme	Maladie	Traitement	Total
Maladie (N=53)	-0,35* p= 0,01		-0,25 p= 0,07	-0,23 p= 0,11	-0,36** p= 0,01
Traitement (N=53)	-0,28* p= 0,04		-0,18 p= 0,19	-0,42* p= 0,01	-0,38* p= 0,01
Conséquences (N=53)	-0,41** p= 0,01		-0,12 p= 0,41	-0,33* p= 0,02	-0,38** p= 0,01
Total	-0,39** p= 0,01		-0,17 p= 0,23	-0,38** p= 0,01	-0,39** p= 0,01
N					p= 0,01
Symptômes	-0,31* p= 0,02		-0,23 p= 0,10	-0,22 p= 0,13	-0,34* p= 0,01

*p<0,05 ; **p<0,01 ; Sig, significativité; SUMD, Scale to assess Unawareness of Mental Disorder ; IS, Insight scale

D. Description des facteurs interpersonnels

Tableau 11 : Moyennes de l'échantillon aux échelles mesurant les facteurs interpersonnels

Variables	N	Moyenne (ET)	Min - Max	Distribution normale (Si K-S : p>0,05)
Faces Test (0-20)	80			
<i>Score condition libre</i>		6,07 (2,32)	1-12	Refusée
<i>Score condition indicée</i>		14,28 (2,49)	7-19	Refusée
4-PAS Total (11-44)	79	35,42 (0,59)	22-44	Refusée
<i>Score d'empathie</i>		16,68 (0,29)	7-20	
<i>Score de psychoéducation</i>		18,73 (0,35)	12-24	
<i>EVA</i>		72,38 (1,89)	25,5-100	
QSSP (1-5)	79			
<i>Disponibilité totale</i>		1,22 (0,84)	0-4,5	Refusée
<i>Satisfaction totale</i>		3,9 (0,75)	1,75-5	Acceptée
ISMI Total (1-4)	78	2,24 (0,42)	1-4	Refusée
<i>Aliénation</i>		2,33 (0,60)	1-4	
<i>Approbation du stéréotype</i>		1,93 (0,48)	1-3	
<i>Expérience de discrimination</i>		2,17 (0,58)	1-4	
<i>Retrait social</i>		2,24 (0,56)	1-4	
<i>Résistance au stigma</i>		2,39 (0,50)	1-4	
Fréquence totale des contacts	75	8,37 (1,59)	4-12	

N, nombre; ET, Ecart-type; Min, minimum; Max, maximum; K-S : test de normalité de Kolmogorov-Smirnov ; 4PAS : 4 Point ordinal Alliance Self-report ; EVA, Echelle visuelle analogique ; QSSP: Questionnaire de Soutien Social Perçu; ISMI : Internalized Stigma of Mental Illness Scale.

Aucun des facteurs interpersonnels évalués (Faces Test, soutien social perçu, alliance thérapeutique, internalisation du stigma) ne présente une distribution normale selon les K-S réalisés, à l'exception de la satisfaction totale du soutien social perçu (cf annexe 2-3). Ainsi il ne pourra être appliqué de tests paramétriques pour l'analyse des corrélations.

Tableau 12 : Détail des fréquences de contacts (famille, psychiatre, infirmier)

Variables	N	Fréquence (%)
Fréquence des contacts avec la famille	80	100%
Quotidien	32	40%
Hebdomadaire	41	51,3%
Mensuel	2	2,5%
Annuel	3	3,8%
Jamais	2	2,5%
Fréquence des contacts avec le psychiatre	76	95%
Quotidien	0	0%
Hebdomadaire	7	8,75%
Mensuel	63	78,75%
Annuel	6	7,5%
Jamais	0	0%
Fréquence des contacts avec les infirmiers	76	95%
Quotidien	8	10%
Hebdomadaire	13	16,25%
Mensuel	20	25%
Annuel	0	0%
Jamais	35	43,75%

1. Corrélations entre les facteurs interpersonnels

A partir de la synthèse de la littérature internationale, une modélisation conceptuelle des facteurs interpersonnels a été proposée (cf partie A-V-A). Elle consiste à les classer selon trois blocs théoriques : i) facteurs personnels impliqués dans les relations interpersonnelles, ii) facteurs environnementaux impliqués dans les relations interpersonnelles et iii) l'interaction entre ces deux facteurs.

De manière à explorer la validité de cette classification, des corrélations entre les différents facteurs interpersonnels ont été réalisées (cf Tableau 13). On peut ici observer des corrélations modérées significatives entre le soutien social perçu, l'alliance thérapeutique et l'internalisation du stigma. A l'inverse, ni la cognition sociale ni la fréquence des contacts ne présentent de corrélation significative avec les autres facteurs interpersonnels. Ces deux aspects peuvent être qualifiés de plus objectifs, car ne faisant pas intervenir une appréciation du sujet sur la qualité des interactions ou des compétences.

Tableau 13: Corrélations entre les facteurs interpersonnels

Rho de Spearman	FTL	FTI	DISPO Total	SATIS Total	4-PAS Total	ISMI Total	Fréquence Contact
FTL	1,00	0,48**	0,06	-0,01	0,01	-0,11	0,10
FTI	0,48**	1,00	p=0,59	p=0,96	p=0,95	p=0,38	p=0,38
Disponibilité totale	p=0,00		-0,01	0,03	-0,03	-0,14	-0,09
Satisfaction totale	0,06	-0,01	1,00	0,17	0,22	-0,32**	-0,14
PAS Total	p=0,56	p=0,99		p=0,15	p=0,06	p=0,01	p=0,25
ISMI Total	-0,01	0,03	0,17	1,00	0,34**	-0,43**	-0,22
Fréquence Contact	p=0,97	p=0,82	p=0,15		p=0,01	p=0,01	p=0,07
	0,01	-0,03	0,22	0,34**	1,00	-0,12	-0,20
	p=0,95	p=0,83	p=0,06	p=0,01		p=0,32	p=0,09
	-0,11	-0,14	-0,32**	-0,43**	-0,12	1,00	0,06
	p=0,38	p=0,26	p=0,01	p=0,00	p=0,32		p=0,63
	0,10	-0,09	-0,14	-0,22	-0,20	0,06	1,00
	p=0,38	p=0,41	p=0,25	p=0,07	p=0,09	p=0,63	

**p<0,01 ; FT, Faces test ; FTL, condition libre du FT ; FTI, condition indiquée du FT ; DISPO, score de disponibilité au questionnaire de soutien social perçu QSSP (Questionnaire de Soutien Social Perçu) ; SATIS, score de satisfaction au QSSP ; 4-PAS : 4 Point ordinal Alliance Self-report ; ISMI : Internalized Stigma of Mental Illness Scale.

2. Analyse en composante principale des facteurs interpersonnels

Dans un deuxième temps, une analyse factorielle en composante principale (ACP) a été effectuée sur l'intégralité des facteurs interpersonnels. Cette analyse a pour but de discerner et de quantifier les dimensions supposées être des axes de classifications par lesquels les tests dans une batterie peuvent être représentés graphiquement (Kinnear & Gray, 2005, p. 389). Celle-ci permet donc de confirmer ou d'infirmer des classifications modélisées précédemment.

Le graphique 1 présente les valeurs propres et indique qu'après le troisième facteur, la quantité de variance expliquée des facteurs successifs chute nettement.

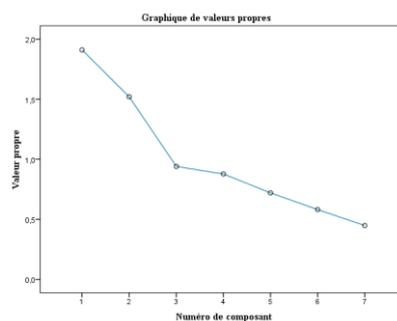


Figure 7 : Graphique des valeurs propres de l'Analyse en composante principale réalisée sur les facteurs interpersonnels

On peut voir que la matrice a extrait trois facteurs expliquant 62,45% de la variance totale.

Tableau 14 : Pourcentage de variance expliquée par la création de 3 dimensions des facteurs interpersonnels

Variance totale expliquée									
Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
dimension 1	1,911	27,297	27,297	1,911	27,297	27,297	1,614	23,058	23,058
2	1,520	21,715	49,013	1,520	21,715	49,013	1,528	21,825	44,883
3	,941	13,440	62,453	0,941	13,440	62,453	1,230	17,570	62,453
4	,878	12,542	74,995						
5	,720	10,290	85,286						
6	,581	8,304	93,590						
7	,449	6,410	100,000						

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Le tableau suivant permet de relever la répartition des différentes variables dans ces trois grands facteurs.

Tableau 15 : Répartition des différentes variables dans les 3 facteurs

Matrice des composantes après rotation*	Composante		
	1	2	3
FTL		0,82	
FTI		0,87	
DISPO Total	0,40		-0,57
SATIS Total	0,76		
4-PAS Total	0,72		
ISMI Total	-0,59		
Fréquence des Contacts			0,88

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

*Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.

FT, Faces test ; FTL, condition libre du FT ; FTI, condition indicée du FT ; DISPO, score de disponibilité au questionnaire de soutien social perçu QSSP (Questionnaire de Soutien Social Perçu) ; SATIS, score de satisfaction au QSSP ; 4-PAS : 4 Point ordinal Alliance Self-report ; ISMI : Internalized Stigma of Mental Illness Scale.

Cette ACP permet de confirmer la distinction entre l'objectif et le subjectif. Elle distingue aussi, parmi les facteurs objectifs, la cognition sociale de la fréquence des contacts. Cette distinction va dans le sens de celle théoriquement proposée entre les caractéristiques personnelles impliquées dans les relations interpersonnelles et les caractéristiques environnementales impliquées dans les relations interpersonnelles. Il est également intéressant de relever que la disponibilité du soutien social est à la fois retrouvée dans les facteurs « subjectifs » et dans les facteurs « objectifs » avec la fréquence des contacts. Ce résultat n'est

pas étonnant puisque la disponibilité du soutien social est une mesure subjective quantitative du nombre de personnes (par catégorie) disponibles pour fournir du soutien social. En ce sens, il est intuitivement logique de rapprocher cette variable de la fréquence des contacts.

Ainsi, ces analyses vont dans le sens d'une classification en trois blocs :

- les caractéristiques personnelles impliquées dans les relations interpersonnelles,
- les caractéristiques de l'environnement proche « subjectifs » impliquées dans les relations interpersonnelles et
- les caractéristiques de l'environnement proche « objectifs » impliquées dans les relations interpersonnelles.

E. Description de la qualité de vie subjective

Tableau 16 : Moyennes aux évaluations subjectives de la QdV

Variables	N	Moyenne (ET)	Min-Max (1-7)	Distribution normale (Si KS : $p > 0,05$)
Items subjectifs de la LQOLP	80			
Satisfaction religion (1-7)		5,27 (1,20)	2-7	
Satisfaction sécurité (1-7)		5,25 (1,16)	2-7	
Satisfaction vie familiale (1-7)		5 (1,24)	1-7	
Satisfaction loisirs (1-7)		4,68(0,82)	2-6	
Satisfaction santé (1-7)		4,63 (0,98)	2,33-6,67	
Satisfaction habitat (1-7)		4,48 (0,93)	1,86-7	
Satisfaction finance (1-7)		4,14 (1,63)	1-7	
Satisfaction relation sociales (1-7)		4,11 (1,33)	1-6	
Satisfaction vie professionnelle (1-7)		3,74 (1,32)	1-7	
Satisfaction moyenne totale* (1-7)	80	4,59 (0,63)	2,56-5,87	Acceptée
Bien être général (Début de questionnaire) (1-7)	80	4,15 (1,32)	1-7	
Degré de satisfaction de vie (fin de questionnaire) (1-7)	80	4,43 (1,22)	1-7	
EVA Qualité de vie subjective (évaluée par le participant) (1-100)	80	55,61 (21,88)	1,64-96,72	

N, nombre; ET, Ecart-type; Min, minimum; Max, maximum; K-S : test de normalité de Kolmogorov-Smirnov; LQOLP; Lancashire Quality of Life Profile; EVA, Echelle Visuelle Analogique.

Les scores moyens obtenus aux items évaluant chaque dimension de la QdV-S et la satisfaction totale sont sensiblement identiques à ceux rapportés dans une cohorte européenne portant sur la validation multi-site de la LQOLP (N=404) (Gaité et al, 2000).

II. Effets des facteurs interpersonnels sur l'insight

A. Résultats des régressions linéaires multiples

De manière à explorer l'effet des facteurs interpersonnels sur l'insight, des régressions linéaires multiples pas à pas descendantes ont été effectuées pour chaque mesure de l'insight, en contrôlant a priori l'influence potentielle des facteurs personnels (cf partie B-III-A et B-IV-B). Pour chaque modèle significatif, les sujets aberrants ont été recherchés à l'aide de la distance de Mahalanobis, mais aucun n'a été identifié. Les critères de distribution, linéarité, homoscedasticité des résidus et d'absence de multicollinéarité sont globalement respectés³ (cf annexe 2-4).

Comme le tableau 17 le synthétise, les analyses montrent que, pour chaque mesure de l'insight, il existe un ou des facteurs interpersonnels significativement associés. Cependant, ces facteurs varient selon la mesure de l'insight utilisée. De plus, les modèles classiques de prédiction de l'insight sont significativement améliorés par l'inclusion des facteurs interpersonnels, en termes d'augmentation du pourcentage de variance expliquée. La variation du F de Fisher ($p < 0,05$) témoigne de la significativité de cette amélioration.

Tableau 17 : Modèles explicatifs de l'insight incluant les facteurs interpersonnels

Variables contrôlées a priori	Dimension insight	Modèle classique	Modèle avec facteurs interpersonnels	Amélioration du modèle (significativité de la variation du F)
	SUMD symptômes	R ² = 0,54 ; p<0,001	R ² = 0,73 ; p<0,001	P<0,001
Age Age à la 1 ^{ère} hp			FTL ($\beta = -0,46$; p<0,001) Fréquence des contacts ($\beta = 0,19$; p<0,05)	
Sexe MCSTE STAIB BDI	SUMD Total	R ² = 0,48 ; p<0,001	R ² = 0,55 ; p<0,001	P<0,05
PANSSN PANSSP	IS Total	R ² =0,23 ; p<0,05	SATIS Total ($\beta = -0,29$; p<0,05) R ² =0,30 ; p<0,01 4-PAS Total ($\beta = 0,27$; p<0,05)	P<0,05

Hp, Hospitalisation ; MCSTE, Modified card sorting test ; STAIB, State-Trait anxiety inventory, version trait ; BDI, Beck depression inventory ; PANSS, Positive and negative syndrome scale ; PANSSN, symptômes négatifs évalués avec la PANSS ; PANNSP, symptômes positifs évalués avec la PANSS ; SUMD, Scale to assess unawareness of mental disorder ; IS, Insight scale ; FT, Faces test ; FTL, condition libre du FT ; SATISTT, score de satisfaction au QSSP (Questionnaire de Soutien Social Perçu) ; 4-PAS : 4 Point ordinal Alliance Self-report.

³ Conditions d'applications nécessaires à la réalisation d'une régression linéaire.

B. Effets des facteurs interpersonnels sur la relation entre insight et qualité de vie subjective

Les paragraphes qui suivent décrivent les résultats par étape de la procédure d'analyse des effets de modération et de groupe.

1. Etude des modèles d'interactions insight*facteurs interpersonnels

Sur les 18 modèles d'interactions testés, seul un se révèle significatif. Ainsi, la cognition sociale interagit avec la conscience des symptômes évaluée avec la SUMD pour expliquer la QdV-S.

En effet, au sein du modèle explicatif de la QdV-S intégrant la variable d'interaction Insight*Cognition sociale ($R^2 = 0,40$; $p < 0,05$), le Béta de la variable d'interaction Insight*Cognition sociale présente un coefficient partiel significatif ($\beta = -0,31$; $p < 0,05$). Celui-ci est supérieur à ceux des variables « cognition sociale » et « conscience des symptômes » de la SUMD considérées isolément. Aucun sujet aberrant n'a été identifié avec la distance de Mahalanobis et les critères appliqués aux résidus sont respectés à l'exception de la présence d'une tolérance inférieure à 0,20 pour l'échelle d'anxiété. Par conséquent l'anxiété n'étant pas significative et étant une variable contrôle, la régression a été réitérée en enlevant la variable d'anxiété.

Le modèle final explicatif de la QdV-S intégrant la variable d'interaction Insight*Cognition sociale ($R^2 = 0,40$; $p < 0,05$) présente toujours un Béta significatif pour la variable d'interaction ($\beta = -0,31$; $p < 0,05$) et cette fois-ci avec un respect de tous les critères requis permettant une interprétation du modèle (cf annexe 2-5). Aucun sujet aberrant n'est identifié par l'analyse de la distance de Mahalanobis. Les résultats montrent que la cognition sociale est un facteur qui modère la relation entre la conscience des symptômes à la SUMD et la QdV-S.

2. Etude des groupes

Parmi les 14 analyses effectuées, seules 2 sont significatives.

Tout d'abord, le groupe ayant le plus haut niveau d'alliance thérapeutique (>36) présente un modèle significatif explicatif de la QdV-S ($R^2 = 0,50$; $p < 0,05$) dans lequel le score total de l'insight évalué par l'IS présente un Béta dont le coefficient partiel est

significatif ($\beta = 0,43$; $p < 0,05$). A l'inverse, le même modèle dans le groupe présentant un plus bas niveau d'alliance thérapeutique (< 36) n'est pas significatif ($R^2 = 0,38$; $p > 0,05$).

Cependant, un certain nombre de critères ne sont pas respectés. En effet, les échelles de dépression et d'anxiété présentent des tolérances inférieures à 0,20 attestant d'une multicolinéarité, les erreurs ne sont pas normalement distribuées, ni linéaires, ni homoscedastiques. Ce modèle ne peut donc pas être interprété. A l'inverse, le critère d'indépendance des erreurs (Durbin-Watson = 1,8) est respecté.

Ainsi, afin de pouvoir interpréter le modèle de régression linéaire, des transformations logarithmiques ont été effectuées concernant la QdV-S, notre variable dépendante. Nous avons réitéré l'analyse. Les critères de normalité, linéarité et homoscedasticité sont mieux respectés. Cependant les tolérances des échelles de dépression et d'anxiété sont toujours inférieures à 0,20. Nous avons donc considéré deux modèles : l'un sans l'échelle d'anxiété et l'autre sans l'échelle de dépression. Parmi ces deux modèles, celui qui conserve l'échelle de dépression est le plus satisfaisant. En effet, les critères de non multicolinéarité, de normalité, de linéarité et d'homoscedasticité sont ici satisfaits. De plus, aucun sujet aberrant n'est identifié à l'aide de la distance de Mahalanobis. Ainsi les résultats sont interprétables (cf annexe 2-6).

Le groupe ayant le plus haut niveau d'alliance thérapeutique (> 36) présente un modèle significatif explicatif de la QdV-S ($R^2 = 0,53$; $p < 0,05$) dans lequel le score total de l'insight évalué par l'IS présente un Béta dont le coefficient partiel est significatif ($\beta = 0,44$; $p < 0,05$). L'introduction du niveau d'insight dans le modèle améliore de façon significative (variation du F de Fisher $p < 0,05$) le modèle classique de la QdV-S ($R^2 = 0,39$; $p < 0,05$).

Enfin, la régression réalisée auprès du groupe ayant le plus haut niveau de satisfaction du soutien social perçu (> 4) présente un modèle significatif ($R^2 = 0,54$; $p < 0,05$) dans lequel le score total de l'insight évalué avec l'IS, présente un coefficient partiel explicatif significatif ($\beta = 0,47$; $p < 0,05$) de la QdV-S. Les critères de non multicolinéarité (Tol $> 0,20$ et VIF < 5), normalité, linéarité et homoscedasticité des résidus, ou encore d'indépendance des erreurs (Durbin-Watson = 1,95) sont respectés. De plus, aucun sujet aberrant n'est identifié à l'aide de la distance de Mahalanobis. Les résultats sont donc interprétables (cf annexe 2-6).

A noter que le groupe ayant le plus bas niveau de satisfaction du soutien social perçu (< 4) ne présente pas un modèle significatif ($R^2 = 0,40$; $p > 0,05$).

D. Discussion

I. Discussion des résultats

A. Rôle des facteurs interpersonnels dans l'insight

1. Justification de l'étude et objectifs

Les études internationales portant sur les modèles explicatifs de l'insight dans la schizophrénie investiguent classiquement les facteurs personnels, considérant l'insight comme dépendant des aptitudes du sujet à accepter ou comprendre ses difficultés. A notre connaissance, la prise en compte du contexte interpersonnel comme potentiellement explicatif d'un insight faible ou plus élevé n'a encore jamais été mise à l'épreuve en ces termes. Cependant, des facteurs interpersonnels comme l'alliance thérapeutique, le soutien social, la cognition sociale pourraient améliorer les modèles explicatifs de l'insight. De plus, parmi les outils de mesure de l'insight, il existe tantôt des hétéro-questionnaires remplis par un expert, tantôt des auto-questionnaires remplis par le sujet concerné. Ces deux modes d'évaluation pourraient donc impliquer théoriquement des facteurs interpersonnels spécifiques, du fait du contexte même d'évaluation, qui diffère dans ces deux modes d'évaluation.

La première étude avait deux objectifs. Il s'agissait d'abord d'identifier les **prédicteurs interpersonnels** spécifiques des mesures dites « subjectives » versus « expertes » ou « objectives » de l'insight. Il s'agissait ensuite, d'estimer l'**amélioration des modèles classiques de l'insight** par l'intégration de ces facteurs interpersonnels.

Les analyses de cette étude ont donc été menées sur l'échantillon total (N=80) pour l'évaluation subjective de l'insight, et sur 54 participants pour l'évaluation « experte » de l'insight. Des analyses de régression linéaire multiple ont été réalisées dans lesquelles les facteurs personnels classiquement décrits comme prédicteurs de l'insight ont été introduits afin d'en contrôler les effets potentiellement confondants. Pour chaque mesure de l'insight, une procédure de sélection pas à pas a été utilisée pour isoler les variables interpersonnelles les plus pertinentes pour prédire le niveau d'insight. Dans ces modèles, les Béta significatifs des facteurs interpersonnels et la significativité de l'amélioration du R2 ont été étudiés.

2. Synthèse des résultats principaux

Les analyses révèlent que l'évaluation « experte » de la conscience des symptômes est expliquée par le niveau de cognition sociale du participant et la fréquence des contacts avec l'environnement proche, alors que la conscience générale des troubles est expliquée par la satisfaction totale du soutien social perçu par le participant. D'un autre côté, l'évaluation

« subjective » de la conscience générale des troubles est expliquée par le niveau d'alliance thérapeutique perçu par le participant. Ainsi, l'hypothèse selon laquelle les évaluations « objective » ou « experte » d'une part, et « subjective » d'autre part auraient des prédicteurs interpersonnels différents est vérifiée. Ces associations sont significatives indépendamment des facteurs sociodémographiques et cliniques personnels. Enfin, l'intégration de ces facteurs interpersonnels améliore significativement la qualité des modèles explicatifs classiques de l'insight, ce qui valide notre seconde hypothèse.

B. Effets des facteurs interpersonnels sur la relation entre insight et QdV-S

1. Justification de l'étude

Comme nous l'avons précédemment souligné, la QdV-S fait partie intégrante de la définition de la santé mentale (OMS, 2001). Sa prise en compte et son amélioration peuvent également constituer un facteur de motivation important pour l'implication des patients souffrant de schizophrénie dans leur processus de réhabilitation. Bien que les données demeurent contradictoires quant aux relations entre l'insight et l'observance pharmacologique (Lincoln et al, 2007), l'insight est considéré comme étant un élément crucial de l'observance. Ainsi, des interventions spécifiques ciblant l'amélioration de l'insight ont été développées, ayant pour visée implicite l'amélioration du suivi thérapeutique pour une meilleure qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie.

Pourtant, les relations entre l'insight et la qualité de vie sont encore mal connues : là encore les données restent hétérogènes, et essentiellement ciblées sur la qualité de vie objective (Karow et al, 2006). Récemment, quelques études ont isolé des facteurs interpersonnels (Staring et al, 2009 ; Lysaker et al, 2007b ; Ritsner et al, 2000) modérant les relations entre insight et qualité de vie. Enfin, parmi ces recherches, rares sont celles ayant distinguées l'auto-évaluation de l'hétéro-évaluation de l'insight, qui pourraient pourtant mobiliser des facteurs interpersonnels spécifiques (Marková et al, 2009).

Le but de la seconde étude était donc d'explorer **l'implication des facteurs interpersonnels dans les relations entre insights et QdV-S**. Des modèles intégrant des interactions entre facteurs interpersonnels et mesures de l'insight ont donc été testés, afin d'étudier leur pouvoir prédictif quant à la QdV-S. Ici encore, des facteurs personnels classiquement identifiés comme étant associés à l'insight et à la QdV ont été a priori contrôlés. Enfin, afin de fournir des informations complémentaires pour la pratique clinique, des groupes ont été constitués, en scindant l'échantillon total en deux selon la médiane de

chaque facteur interpersonnel. L'association entre insight subjectif et QdV-S a été testée dans chacun de ces groupes.

2. Synthèse des résultats

Les modèles explicatifs de la QdV-S intégrant des interactions entre facteurs interpersonnels et insight révèlent que le score d'évocation libre au Faces test, comme indicateur du niveau de cognition sociale, modère la relation entre insight subjectif et QdV-S. En l'absence de cette interaction, les variables cognition sociale et insight, prises isolément, ne présentent pas d'association significative avec la QdV-S.

La constitution de groupes a permis de préciser les conditions d'association entre insight auto-évalué et QdV-S. Tout d'abord, l'insight subjectif explique significativement la QdV-S, seulement quand l'alliance thérapeutique ou le soutien social perçu rapportés par le participant sont élevés. Ces deux associations sont significatives, indépendamment des facteurs sociodémographiques et cliniques personnels.

C. Auto versus hétéro-évaluation : Un ou des insight(s) ?

Nos résultats suggèrent l'existence d'un recouvrement seulement partiel entre les mesures auto versus hétéro-évaluative de l'insight. En effet i) les corrélations modérées entre les dimensions de ces deux types de mesures pourtant renvoyant pourtant à un même concept, ii) les facteurs interpersonnels prédictifs distincts pour chacune de ces mesures et iii) les relations différentes entretenues avec la QdV-S, sont autant d'arguments venant à l'appui de la distinction effectuée à un niveau conceptuel par Marková et al en 2009. De plus, les niveaux d'insight divergent selon la méthode d'évaluation : auto-évaluation versus hétéro-évaluation. Dans notre échantillon, les pourcentages de personnes ayant un « bon » insight vis-à-vis du traitement, des conséquences de la maladie et de l'insight total, sont plus élevés avec l'auto-évaluation. Ce résultat, par ailleurs retrouvé dans la littérature auprès de personnes hospitalisées (Karow et al, 2008), est classiquement interprété comme la preuve d'une mauvaise évaluation subjective dans le sens d'une surestimation du niveau de conscience ou d'une sous-estimation des difficultés (Karow et al, 2008 ; Startup et al, 1998). Cependant, ce résultat diverge de l'étude de Young et al (2003). Sur un échantillon de personnes hospitalisées et non-hospitalisées, les scores d'insight sont significativement supérieurs avec l'hétéro-évaluation. De la même manière, dans notre étude, le pourcentage de personnes ayant un « bon » insight vis-à-vis de la maladie selon l'hétéro-évaluation est plus élevé que celui obtenu via l'auto-évaluation. Ainsi, l'hypothèse de la surestimation par les participants n'est

pas ici validée. Il paraît intéressant de relever que ce pourcentage a pour objet d'évaluation la « maladie psychiatrique ». En effet, certains qualificatifs pourraient être considérés comme la manifestation d'un insight élevé vis-à-vis de la maladie psychiatrique pour certains cliniciens, et pas pour d'autres (Marková et al, 2009). Pour illustrer cet argument, certains participants de l'étude pouvaient dire lors de l'entretien avoir un trouble psychiatrique et pour autant ne pas se considérer comme « malade mental », selon la terminologie employée dans l'IS. A la question de cette échelle : « Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale il aurait raison », nombre de participants ont pu rétorquer « *je ne suis pas un malade mental* » ou « *les autres n'ont pas à me dire ça* », signifiant un refus d'indifférenciation identitaire d'avec le groupe de personnes souffrant de schizophrénie. La réponse signalait alors plutôt la souffrance liée à la stigmatisation ou à l'amalgame entre identité et maladie.

En conclusion, on ne peut affirmer en l'état actuel des connaissances que la sous-estimation des troubles est une caractéristique de la schizophrénie. Cette idée est pourtant fort répandue dans la littérature. Or il existe plusieurs biais méthodologiques qui peuvent influencer les données telles que la divergence des terminologies employées dans les échelles, le niveau de compréhension des questions par les sujets, les propres représentations de l'évaluateur etc.

II. Limites de la recherche et perspectives

Nos résultats doivent cependant être interprétés en tenant compte de certaines limites méthodologiques.

A. Limites statistiques

1. Echantillon

Notre échantillon est composé de sujets cliniquement stables. Ainsi nos résultats ne peuvent s'appliquer à l'ensemble de la population de sujets souffrant de schizophrénie et en particulier aux sujets en phase aiguë de la pathologie. De plus, notre échantillon comprend peu de sujets présentant une durée de maladie importante. Il est donc difficile de généraliser nos résultats à des patients ayant un long passif de suivi institutionnel.

Le recrutement réalisé sur plusieurs sites cliniques durant plus d'un an (Janvier 2010-Avril 2011) a permis d'inclure 80 participants. La taille de l'échantillon était donc insuffisante

pour permettre la réalisation d'équations structurales, méthode pourtant privilégiée pour mettre à l'épreuve un modèle théorique spécifique. De plus, seuls 54 sujets ont reçu une évaluation objective de l'insight à l'aide de la SUMD, ce qui a limité la constitution de groupes dans ce sous-échantillon.

2. Contrôle a priori des facteurs personnels

Pour étudier les liens spécifiques entre facteurs interpersonnels et insight, nous avons inclus les facteurs personnels (sociodémographiques, cliniques, cognitifs) classiquement décrits comme explicatifs de l'insight comme variables contrôlées à priori. Cependant, cette méthode, plus sévère, peut avoir influencé les résultats, et limité l'obtention d'associations significatives entre facteurs interpersonnels et insight. Cependant les critères de non colinéarité ayant été toujours respectés, ce biais semble limité. Enfin, la multiplication des facteurs prédicteurs pourrait avoir artificiellement augmenté la valeur du R².

3. Etude des liens entre les facteurs personnels et interpersonnels

Les modèles explicatifs de l'insight ont permis d'isoler des facteurs interpersonnels prédictifs de l'insight en fonction de l'évaluation subjective et experte. L'objectif était d'interroger la pertinence de l'inclusion des facteurs interpersonnels dans les modèles prédictifs de l'insight. Aucun effet d'interaction entre les facteurs personnels et interpersonnels n'a été testé. Pourtant, il est possible qu'il puisse exister un effet d'interaction entre les variables sociodémographiques et les facteurs interpersonnels ou entre les variables cliniques et les facteurs interpersonnels sur l'insight. Certaines études rapportées ici ont démontré des associations entre cognition sociale et insight en fonction de certaines variables sociodémographiques (Quee et al, 2011 ; Pousa et al, 2008). Il a été démontré dans une étude que le soutien tant social que médical est moins intense auprès des sujets âgés qu'auprès de patients jeunes (Straub, 2002 in Thomas et al, 2006). De plus, le soutien familial tendrait à être plus difficile lorsque la pathologie est présente depuis longtemps. Le fardeau familial augmente avec l'âge de l'aidant (Chien et al, 2007) ou la durée de la maladie du patient (Gülseren et al, 2010). Ainsi la relation entre certains facteurs interpersonnels et l'insight pourrait varier en fonctions des caractéristiques sociodémographiques des participants, la qualité du soutien étant différente selon ces critères sociodémographiques. Ces questions pourraient faire l'objet d'études plus détaillées dans l'avenir.

B. Limites dues aux méthodes de mesures des variables d'intérêt

1. Mesures subjectives et/ou explicites

Une critique pouvant être formulée concerne le caractère potentiellement peu écologique des mesures sélectionnées. L'insight comme les facteurs interpersonnels, a été principalement évalué à l'aide de mesures subjectives (renseignées directement par le sujet) et/ou explicites (les consignes/questions sont verbales et directes). Seule la SUMD est une mesure plus « objective », dite « experte » de l'insight, mais n'en est pas moins explicite. Bien que présentant l'avantage de recueillir la façon dont le sujet se positionne vis-à-vis de son trouble et la façon dont il perçoit son environnement, les mesures subjectives peuvent faire intervenir un biais d'auto-présentation du sujet vis-à-vis d'un investigateur externe, même si ce dernier est présenté comme neutre concernant la prise en charge. Le paradigme d'auto-présentation, tel qu'il a été proposé par Jellison et Green en 1981, est l'héritier d'une longue tradition de recherches dont on situe habituellement l'origine aux travaux de Goffman (1959). Ce concept de présentation de soi rend compte d'un ensemble de stratégies plus ou moins conscientes qu'un individu va développer pour contrôler l'image qu'il donne de lui-même durant une interaction (pour revue: Schlenker & Weigold, 1992). La situation d'évaluation dans le cadre de recherches peut faire émerger chez le sujet répondant un désir de présentation pouvant basculer dans l'exagération ou la dissimulation d'un mal être ou d'un bien être, en fonction de la façon dont il souhaite être perçu. Il existe des procédures expérimentales permettant de contrôler ce biais d'auto-présentation telles que l'administration d'un même questionnaire avec trois consignes spécifiques : i) répondre honnêtement, ii) répondre de façon à se faire « bien voir », iii) répondre de façon à se faire « mal voir ». Dans le cadre de l'évaluation des facteurs interpersonnels, des outils d'évaluation des relations familiales systémiques (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, FACES III, (Olson, 1986), validation française de Tubiana-Rufi et al (1991)) utilisent deux consignes où le sujet doit répondre en fonction de la façon dont la famille est perçue et en fonction de la façon dont il se représente une famille idéale. D'autres outils proposent de répondre à des épreuves systémiques (Family System Test, FAST, Gehring & Page, 2000), selon i) la situation idéale, ii) la situation conflictuelle et iii) la situation habituelle ou « réelle ». Cette technique pourrait être intéressante et permettrait de contrôler en partie ce biais d'auto-présentation. D'un autre côté, l'utilisation de mesures plus implicites, ou plus indirectes, des facteurs interpersonnels ou de l'insight, permettrait de mobiliser les mécanismes de défenses du sujet de façon moins directe, moins confrontante, tels que le Five minutes speech sample (Magaña et al, 1986, Leeb et al, 1991) pour l'expression des émotions, le Social cognitions

and object relations scale (SCORS, Westen et al, 1985 ; Strober et al, 1979) du Thematic Apperception Test (TAT, Murray, 1943) pour la cognition sociale ou encore le Indiana Psychiatric Illness Interview (IPII, Lysaker et al, 2002) pour l'insight. Une analyse qualitative, anthropologique du discours de ces sujets durant ces évaluations, pourrait également être plus apte à laisser libre cours à l'expression des croyances du sujet, plutôt que de vouloir simplement identifier leur convergence ou divergence vis-à-vis des modèles théoriques actuellement dominant de l'insight (Kinderman et al, 2006)

2. Mesures transversales : Une fenêtre temporelle réduite

L'insight est théoriquement un processus que l'on peut qualifier de dynamique, au sens où il signe un mouvement psychique, qu'il soit inscrit **dans le temps** ou dans **des relations interpersonnelles**. L'insight est cependant considéré par certains comme un processus lent et graduel, par d'autres comme un phénomène soudain d'illumination consciente. La recherche se heurte donc à une limite méthodologique, courante en psychologie, qui est celle de ne saisir un processus psychique que par son résultat. Dans cette étude, là aussi, la très brève fenêtre temporelle qui caractérise toute recherche transversale, isolée du quotidien du participant, ne permet pas de saisir les mouvements d'hésitation ou la construction que le sujet se fait de son histoire personnelle. On se retrouve finalement face à un temps à part au cours duquel on invite le sujet à se raconter dans l'ici et le maintenant. Masson et Haas (2010), dans leur article portant sur « Le dire et le taire dans les entretiens de recherche », rappellent que « ce que recueille l'interviewer, dès lors, ne saurait être considéré comme la vérité du sujet, une vérité permanente et intemporelle ; ce qui est dit, fait véritablement sens pour celui qui l'énonce dans l'« ici et maintenant » de l'interaction interviewé/interviewer, et rien ne permet d'étendre la pertinence du propos à tous les autres contextes » (Masson & Haas, 2010, p.11).

Il existe plusieurs pistes alternatives pour contourner cette difficulté de mesure. Une étude longitudinale, et en vie quotidienne, pourrait permettre d'en analyser les fluctuations quantitatives en terme de variation de niveau d'insight. De plus, le processus narratif participe à la construction du Soi (Singer, 2004). Développé dans des travaux notamment philosophiques (Ricoeur, 1985), ou psychanalytiques (Spence, 1982), le concept d'identité narrative a aussi été développé en psychologie, et notamment à propos de la personnalité (Murray, 1938). Longtemps difficilement abordable d'un point de vue scientifique, des études récentes en ont proposé des opérationnalisations (McAdams, 1995). L'identité narrative se définit comme la manière dont les individus cherchent à se comprendre comme individus

uniques, et la manière dont l'emploi de récits développe le sens de l'unicité personnelle tout au long de la vie (McAdams, 2001). Les études psychologiques ont permis d'isoler des fonctions psychiques participant à l'identité narrative telles que la mémoire autobiographique. Une vaste liste d'informations et d'expériences personnelles sont disponibles en mémoire, mais seules certaines sont significatives pour la construction de l'identité narrative (Robinson & Taylor, 1998). L'identité narrative dépend également de la capacité à faire du sens et à organiser les expériences passées dans le but de prendre conscience de notre personnalité, de nos valeurs et de nos attentes (Singer, 2004 ; Raffard, 2010). Peu développées encore auprès de patients souffrant de schizophrénie, les recherches de l'équipe de Lysaker en sont les précurseurs (Lysaker, 2007c ; Lysaker, 2005a, 2005b). Lysaker et son équipe sont à l'origine d'échelles qui pourraient être utiles dans l'investigation de la narration autour de l'identité et du trouble : The Indiana Psychiatric Illness Interview (IPII, Lysaker et al, 2002), the Narrative Coherence Rating Scale (NCRS, Lysaker et al, 2002), the Scale to Assess Narrative Development (STAND, Lysaker et al, 2003b). D'autres échelles sont également fréquemment utilisées : the Metacognition Assessment Scale (MAS, Semerari et al, 2003) ou encore The Self-Defining Memories (SDM, Singer & Moffitt, 1991) dans les études de l'équipe de Raffard (2009, 2010). Ces outils permettent de venir introduire une temporalité, plus large avec une fenêtre temporelle ouverte à la fois sur « le présent du passé, le présent du présent et le présent du futur », formule de St Augustin reprise par Ricoeur pour évoquer le temps dans le récit (Ricoeur, 1983, p. 27). Sur la base d'entretiens semi-directifs non explicitement axés sur le construit mesuré (mesures implicites), ces échelles évaluent les aptitudes métacognitives (MAS), l'insight (IPII) ou encore la cohérence de Soi (NCRS), le rétablissement (STAND) à travers le discours du patient. Ici l'évaluation est en partie plus objective. En effet, la cotation est réalisée pendant le visionnage de l'enregistrement vidéo de l'entretien. Ainsi, on peut toujours se demander si en évaluant on ne transforme par le phénomène que l'on veut mesurer. Cette question est particulièrement pertinente dans le cadre des mesures explicite et/ou objective. Une autre piste pour minimiser l'impact des représentations de l'examineur dans l'évaluation serait de proposer la même évaluation à différents professionnels/ aidants (entretien avec le psychiatre, échange avec la famille, un soignant, un ami etc.).

3. Activation du stéréotype : Dimension interpersonnelle et évaluation de l'insight

Une dimension implicite, non exploitée dans notre étude, relève de la réactivation du stéréotype lié à la maladie psychique lors des évaluations, en particulier celles portant sur la conscience des troubles. Un certain nombre d'études ont mis en évidence qu'une interaction entre deux personnes est biaisée quand l'une d'entre elle est désignée comme « patient souffrant de maladie mentale ».

D'un côté, le stéréotype associé au trouble peut affecter le comportement de la personne, indépendamment de ses réelles aptitudes (Farina et al, 1968 ; Farina et al, 1971). Certaines études plus récentes ont notamment mis en évidence que la réactivation, même implicite, d'une appartenance à un groupe social, pouvait tant faciliter que limiter des performances à des tâches quantitatives, selon la valence du stéréotype (Shih et al, 1999). Ainsi, le simple fait de savoir que l'évaluateur connaît le diagnostic serait suffisant pour faire émerger le spectre du stéréotype sur les personnes ayant un trouble psychiatrique.

D'un autre côté, les comportements de la personne dite « saine » seront influencés par la connaissance du diagnostic (Cohen & Struening, 1964 ; Farina et al, 1966). Ces comportements contribueraient alors aux difficultés présentes durant l'interaction. Les professionnels de la santé ne sont pas protégés de cette activation des stéréotypes telles que certaines études plus récentes ont pu le montrer (Nordt et al, 2006).

Ainsi, l'activation des stéréotypes peut générer deux biais dans les évaluations de la conscience des troubles : les « patients » ainsi désignés peuvent être moins performants; les évaluateurs, plus sévères.

Notre étude montre que la cognition sociale est à la fois prédicteur de l'insight total de la SUMD et modératrice de la relation entre insight et QdV-S. De même, l'alliance thérapeutique est à la fois prédicteur de l'insight total de l'IS et influence la relation insight-QdV-S. La transversalité de l'étude ne permet pas de conclure quant à l'existence de relation de cause à effet entre ces construits. Cependant, la place des facteurs interpersonnels comme à la fois prédicteurs de l'insight, et explicatifs de la relation insight - QdV-S étaye l'idée que les facteurs interpersonnels participent non seulement à ce que le patient présente un insight élevé mais encore à ce que cet insight s'accompagne d'une bonne QdV-S. Sur le plan clinique, ces résultats suggèrent que l'augmentation de l'insight ne devrait pas être visée à tout prix. D'abord parce que l'élévation de l'insight ne s'accompagne pas forcément d'une amélioration de la QdV-S en l'absence d'un environnement étayant, et d'autre part parce que « devenir

conscient » de sa maladie devrait aussi être doublé d'un « devenir conscient de ses potentialités ».

III. Travailler autour de l'insight : le rôle majeur des facteurs interpersonnels

Face à l'altération de l'insight et les potentielles complications thérapeutiques qu'elle engendre, un certain nombre de thérapies centrées sur l'insight ont vu le jour. Paradoxalement, le fait de délivrer des informations sur la maladie et le traitement entraîne encore aujourd'hui de fortes réticences chez certains professionnels de la santé (Rocamora et al, 2005). Si l'information est considérée comme une étape préalable à toute démarche thérapeutique, elle renvoie également à un certain questionnement éthique. Il existe de nombreux leviers thérapeutiques actuellement développés qui, pour beaucoup, sont l'utilisation d'une confrontation aux mécanismes liés à la pathologie (Billiet et al, 2009). La confrontation trop directe peut accroître les affects dépressifs (Carroll et al, 1998).

Nous développerons ci-après quelques pistes d'intervention psychologique autour de l'insight, sur la base des critiques formulées sur les thérapies centrées sur l'insight et les résultats de notre étude. Ainsi, ces pistes peuvent être déclinées en 5 thèmes : d'abord un travail axé sur les représentations/croyances de la personne sur la maladie ; la dissociation identité/pathologie ; la prise en compte de la satisfaction du patient vis-à-vis du soutien familial, social et médical perçu ; un travail de psychoéducation auprès de l'entourage familial et/ou soignant ; la considération des capacités de cognition sociale.

A. Intérêt d'un travail axé sur les représentations/croyances du sujet sur la maladie

Une étude de Quillams et al en 2003 insiste sur l'insuffisance d'un travail thérapeutique qui serait uniquement centré sur l'insight. Si l'amélioration du niveau de connaissance générale de la pathologie peut s'accompagner d'une amélioration de la conscience des troubles, elle n'implique pas forcément **une amélioration** des représentations que le sujet a de sa pathologie. Ainsi, cette étude a pour orientation la recherche d'une amélioration des représentations du sujet sur son trouble, car celles-ci pourraient entraîner des attitudes négatives du sujet envers lui-même. En ce sens, Quillams et son équipe recommandent l'utilisation de TCC pour travailler et corriger ces croyances négatives.

Quelques études ayant porté sur les bénéfices de l'utilisation de techniques cognitivo-comportementales révèlent que ces dernières sont efficaces quant à l'amélioration de l'insight (Kemp & David, 1996 ; Garety et al, 1994 ; Rathod et al, 2005) mais certaines soulignent l'association de cette augmentation avec celle du niveau de dépression (Rathod et al, 2005).

Pour théoriser les réponses adaptatives du sujet face à la maladie, le modèle d'auto-régulation de Leventhal comprend 5 dimensions : i) l'identité du trouble, ii) **les causes** de la maladie, iii) **les conséquences** de la maladie, iv) **la durée** de la maladie, v) **le contrôle perçu** par le sujet souffrant (Leventhal et al, 2001). La visée de ce modèle est la réduction de la détresse, une amélioration de la qualité de vie subjective et du fonctionnement du sujet à travers une amélioration du sentiment d'efficacité personnelle (Billiet et al, 2009). Ainsi, ces théories pourraient mener à des applications directes en clinique, notamment à travers le développement d'interventions visant à identifier les manques d'informations et les représentations des patients (Ibid.).

Depuis, Kinderman et son équipe (2006) ont isolé 5 croyances autour de la maladie, nuanciant le modèle originel de Leventhal :

-La première croyance concernant « **La non séparation entre la maladie et l'identité** ». La version initiale, qui désigne à travers « l'Identité », la pathologie comme une entité externe, semble ici impossible pour les personnes souffrant de schizophrénie.

-La seconde est nommée « **flexibilité et incertitude dans les croyances** ». Les patients semblent avoir de grandes difficultés à pouvoir construire un modèle stable de la maladie.

-La troisième, nommée « **dimension sociale de l'étiquette diagnostique** », renvoie à l'hostilité et au vécu douloureux consécutifs au fait qu'une autre personne nomme le diagnostic, même si le sujet souffrant peut de son côté la nommer.

-La quatrième croyance : « **séparation du soi présent des expériences passées** », concerne les patients stabilisés et à distance des expériences psychotiques qui parviennent à évoquer leurs anciens épisodes. Cependant ils semblent se vivre comme spectateurs et non agents de leurs expériences.

-La cinquième « **désespoir et résignation** » signale ici une impossibilité pour ces sujets à penser le futur.

Pour chacune de ces croyances relevées, il est évident que leurs origines sont à questionner. Sont-elles l'effet des expériences psychotiques ou des représentations véhiculées par l'entourage proche, parental ou soignant ? Cette étude ne permet pas d'y répondre.

En prenant pour mesure un outil construit en référence au modèle de Leventhal, une étude récente a montré que la relation positive entre insight et dépression est médiatisée par le fait que les sujets perçoivent la maladie comme chronique et invalidante (Cavelti et al, 2012). Ainsi l'investigation des représentations véhiculées par les patients et leur proche est cruciale, afin de favoriser l'échange autour de celles-ci et aider le sujet à se construire une identité au-delà de la pathologie.

B. Identité et regard de l'autre face à la pathologie

Depuis les premières conceptualisations, la schizophrénie est décrite comme le produit d'une désintégration des processus associatifs requis pour donner un sens à l'expérience vécue (Kraepelin 1987). Cette pathologie vient fragiliser considérablement le sens d'un soi cohérent. Ainsi ces patients ont des difficultés à narrer leur histoire, comme un certain nombre d'études ont pu le relever (Raffard et al, 2010 ; Lysaker et al, 2005a ; 2005b ; 2007c). Le développement de l'insight commencerait par un processus de transformation de l'identité ou plutôt du sentiment d'identité (Williams, 2008). Or les patients souffrant de schizophrénie ont tendance à construire leur identité en faisant référence à la pathologie (Saavedra et al, 2009). Une étude signale que lorsqu'intervient le processus de stigmatisation de soi, les personnes perdent souvent l'identité qu'ils avaient précédemment acquise (étudiant, travailleur, conjoint, parent, enfant) alors que l'identité-maladie (illness identity) devient dominante (self-stigma) (Yanos et al, 2010). Cependant, il semble que d'autres identités puissent intervenir. Williams (2008) propose quatre types d'identités post-diagnostiques dépendant du niveau élevé ou faible de deux dimensions. L'identité post-diagnostique serait le résultat de deux importants jugements: l'identification au groupe schizophrène et l'internalisation de la stigmatisation. La première nommée identité **engloutie** (internalisation du stigma élevée/identification au groupe élevée) et qui renvoie donc à la notion d'identité-maladie; l'identité **habilitée** (internalisation du stigma faible/identification au groupe élevée) ; l'identité **résistante** (internalisation du stigma élevée/faible identification au groupe) et l'identité **détachée** (faible internalisation du stigma/faible identification au groupe). Ces identités sont conceptualisées comme pouvant fluctuer au cours de l'histoire de la pathologie. Selon Williams, aucune identité post-diagnostique n'est plus désirable qu'une autre au cours de l'évolution de la schizophrénie et aucune n'est à idéaliser ou rejeter. Cependant, certaines peuvent favoriser une baisse d'estime de soi et de l'espoir (Lysaker et al, 2007b). L'important reste de faire en sorte que le patient puisse reconstruire un sens entre la maladie et le soi, sens qui se construit grâce au processus narratif (Williams, 2008), mais aussi grâce aux expériences relationnelles positives

subjectivantes (Saavedra et al, 2009). L'importance d'aider les personnes ayant un trouble psychiatrique à se raconter dans et par-delà leur trouble a souvent été rappelée (Estroff, 1989 ; Williams, 2008 ; Saavedra et al, 2009 ; Yanos et al, 2010). Ainsi, la transformation de l'identité, intégrant la survenue d'une pathologie comme la schizophrénie, s'étaye sur des phénomènes interpersonnels. Les professionnels de la santé pourraient initier un échange avec les sujets en utilisant pour repère les identités post-diagnostiques et les possibilités de se projeter dans d'autres rôles sociaux (Williams, 2008).

C. Psychoéducation auprès de l'entourage familial et soignant

Dans notre étude, la satisfaction du soutien social et l'alliance thérapeutique apparaissent comme des facteurs d'importance dans la conscience du trouble. De manière intéressante, nos résultats suggèrent qu'insight et QdV-S sont positivement associés lorsque ces deux facteurs interpersonnels présentent des valeurs élevées. Aussi est-il important de considérer le niveau d'étayage environnemental perçu par le sujet avant de proposer une prise en charge centrée sur l'insight. Nos résultats vont dans le sens de l'importance cruciale de travailler autour de l'alliance thérapeutique et de la satisfaction que possède le sujet de son soutien familial et relationnel avant de proposer un travail autour de l'insight, de façon à en optimiser l'impact sur la QdV-S du participant, et de minimiser les éventuelles implications négatives de l'augmentation de l'insight (dépression, passages à l'acte suicidaire).

Ces différents éléments posent la question de savoir comment le soutien social perçu et l'alliance thérapeutique peuvent être optimisés. Ces considérations résonnent avec le développement, assez récent, des psychoéducations auprès de l'entourage familial ou soignant.

Il existe une multitude d'orientations théoriques différentes de l'approche thérapeutique de la famille qui contribuent à envisager la psychiatrie comme « *une matrice sociale de communication* » (Miermont, 2004, p.2). Elles sont psychodynamiques, systémiques, cognitivo-comportementales, humanistes etc. Parmi celles-ci, la psychoéducation a pour objectif premier d'apporter des informations sur les symptômes du patient. Les psychoéducations offrent la possibilité d'intégrer l'environnement proche du patient dans ce travail de mise en sens, tout en conservant une approche individualisée (Billiet et al, 2009). Dans la mesure où certaines études ont pu relever que les divergences concernant la perception de la maladie entre patient et famille étaient associées à des conséquences

néfastes pour le patient et leur famille (Kuipers et al, 2007), ces techniques ont pour charge de favoriser le partage des expériences.

Cependant, la situation actuelle de la place des familles dans le système de soins et de prise en charge de leur proche est difficile à résumer. « *Les relations entre la psychiatrie et la famille ont longtemps été marquées par des attitudes d'ignorance, voire de méfiance et de rejets réciproques* » (Miermont, 2004, p.1). Or, avec la politique de désinstitutionalisation et les avancés thérapeutiques, celles-ci ont vu leur rôle devenir d'autant plus essentiel dans la prise en charge de leur proche. Ces répercussions ont fait subir aux familles des modifications de statut passant de « responsables de la maladie de leur proche » à « responsables de leur devenir ». Ainsi, la frontière anciennement perçue par les familles, entre elles et le corps médical, tend à être réduite. Malgré tout, l'entourage a encore le sentiment de ne pas être informé sur l'état et le devenir de son proche. En effet, certaines études ont permis de recenser un sentiment de frustration dans la communication avec le monde hospitalier, accentuant le fardeau familial (Reid et al, 2005). Les familles ont toujours le sentiment d'être « laissées pour compte », rarement consultées et tenues à l'écart des décisions importantes telles que le choix de la médication et du protocole de traitement (Carpentier & Bungener, 2001). De plus, un des écueils potentiels de ces techniques est de réduire le proche au rôle de « soignant à domicile », au risque d'annihiler sa fonction première de parent. Au contraire, il s'agit d'optimiser la communication entre les différents acteurs de l'environnement proche, pour ne pas rester dans des mésinterprétations mais dédramatiser certaines situations, clarifier les rôles respectifs, et ainsi optimiser la richesse et la qualité du réseau de soutien des patients. En effet, la psychoéducation se définit comme « *une méthode d'intervention familiale qui utilise la combinaison de **matériels didactiques** sur la maladie destinés aux patients et à ses proches, et de **stratégies thérapeutiques** propres à favoriser la gestion du stress par tous les membres de la famille* » (e.g. amélioration des habiletés de communication, résolution de problème), (Anderson et al., 1980 in Cook-Darzen, 2007, p.41). L'implication de la famille est un élément important concourant à l'obtention et au maintien d'une alliance thérapeutique de qualité (McFarlane et al, 1995).

D. Intervention autour de la cognition sociale

Nos résultats mettent en évidence le pouvoir prédictif de la cognition sociale sur l'insight, résultat déjà révélé par ailleurs (Langdon et al, 2006 ; Bora et al, 2007 ; Quee et al, 2011). Récemment, des thérapies centrées sur la cognition sociale des patients souffrant de schizophrénie ont été développées. Roberts et Penn, en 2009, ont développé un programme

d'intervention structuré sur la cognition sociale qui se centre explicitement sur la dimension sociale de la remédiation cognitive appelée « Entraînement à la Cognition Sociale et aux interactions (ECSI) ». D'autres se concentrent sur l'entraînement à la reconnaissance des affects (Frommann et al, 2003). Depuis, d'autres études ont mis en avant l'intérêt de faire intervenir les familles afin de favoriser le transfert dans la vie quotidienne des techniques travaillées avec le patient durant les séances (Tas et al, 2012). Dans cette étude, une version de l'ECSI intégrant des personnes ressources des patients a donc été développée. Les membres de la famille ou des amis sélectionnés sont activement entraînés aux techniques de cognition sociale et d'apprentissage social, considérés alors comme des « partenaires de la cognition sociale » (Tas et al, 2012, p.34). Les résultats de cette étude montrent que lorsqu'un membre de la famille ou un ami aide le patient dans l'accomplissement des objectifs établis durant les entraînements à la cognition sociale, le fonctionnement social et la qualité de vie des patients augmentent considérablement, en comparaison à un groupe témoin ayant participé à un groupe de stimulation sociale n'intégrant pas un membre de la famille.

Cette intervention nous semble tout à fait intéressante, et ce pour plusieurs raisons. Bien que le facteur interpersonnel visé soit la cognition sociale, elle inclut à la fois la famille et les soignants, renforçant ainsi potentiellement le soutien social et l'alliance thérapeutique, comme évoqué plus haut. En effet, cette approche thérapeutique peut favoriser la communication entre les soignants et la famille à travers un objet commun : la cognition sociale, et donc venir participer à une amélioration de l'alliance thérapeutique famille-patient-soignant. Ainsi, elle permet d'avoir une action sur plusieurs facteurs interpersonnels, ce qui, selon les résultats de notre étude, apparaît souhaitable, étant donné que chacun a des liens spécifiques avec l'insight.

Une étude en cours a de ce point de vue retenu notre attention, dans la mesure où les auteurs cherchent à mettre à l'épreuve un programme visant l'amélioration de l'insight en se centrant à la fois sur la cognition sociale et sur l'internalisation du stigma. Cette étude encore en cours, met à l'épreuve l'efficacité de ce nouveau programme nommé REFLEX destiné aux patients souffrant de schizophrénie (Pijnenborg et al, 2011). Ce programme comprend trois modules de quatre sessions d'une heure chacune. Attentifs aux potentiels risques d'augmentation du niveau de dépression chez des patients améliorant leur conscience des troubles, ils ont intégré un premier module centré sur la stigmatisation, et notamment sur le développement des mécanismes d'adaptation face à la stigmatisation internalisée (« Coping with stigma »). Les patients apprennent ainsi que le diagnostic est juste une étiquette, disant peu sur ce qu'ils sont. Dans le second module (« You and your personal narrative »), les patients sont invités à envisager des perspectives différentes. Les patients ont ainsi pour

instruction de se demander ce que les autres pourraient penser de leurs idées et de vérifier cela avec une personne importante de leur entourage. Enfin dans le troisième module intitulé « Toi au présent » (« You in the present »), des réflexions sur les pensées et sentiments sont stimulées. Ainsi, les sujets contrôlent leurs pensées et leurs sentiments dans la vie quotidienne par la méthode de l'échantillonnage des expériences (Myin-Germeys et al, 2003). Cette méthode de Mihaly Csikszentmihalyi (Csikszentmihalyi & Larson, 1987), s'effectue par le biais d'un appareil de type agenda électronique que les patients ont toujours sur eux. L'appareil sonne six fois à intervalles aléatoires : le sujet l'allume alors et répond aux questions qui apparaissent sur l'écran et qui stimulent la réflexion sur soi. Durant les sessions, les réponses à ces questions sont discutées. Enfin des exercices de groupes et des séquences vidéo sont utilisées pour pratiquer la prise de perspectives différentes durant les sessions.

Ainsi ce programme n'intervient pas directement sur l'insight mais cherche à travailler en amont sur les facteurs expliquant l'insight, à savoir ici l'internalisation du stigma et certains aspects de la théorie de l'esprit. Là encore, il permet d'intervenir sur plusieurs facteurs interpersonnels, et ce directement dans une visée d'amélioration de l'insight. Cependant, contrairement au programme précédent, la famille n'est pas associée au travail de façon active. Il peut être intéressant d'associer un membre de la famille, perçu comme ressource pour le sujet, dans le premier module portant sur la stigmatisation. En effet, il est aujourd'hui connu que la famille peut tout autant souffrir de la stigmatisation (González-Torres et al, 2007 ; Gao et al, 2005).

E. Conclusion générale

Les études menées dans le cadre de ce travail doctoral étaient essentiellement exploratoires compte tenu du peu de recherches internationales portant sur l'insight et les facteurs interpersonnels. Face à la complexité du phénomène de l'insight, l'enjeu n'est pas tant de **savoir si le sujet est capable** d'accéder à la même représentation que celle de son entourage proche (soignant, familiale). Il s'agit, bien plus, de chercher à comprendre **comment** sa sensibilité au discours de l'autre et comment la qualité de ses relations interpersonnelles peuvent participer à la reconsidération de ses expériences psychotiques.

Nos deux études suggèrent que l'inclusion des facteurs interpersonnels améliore la qualité des modèles explicatifs de l'insight. Ainsi, les caractéristiques personnelles impliquées dans les relations interpersonnelles (i.e. cognition sociale), et celles de l'environnement proche (i.e. soutien social perçu, alliance thérapeutique) prédisent différents aspects de l'insight, évalué « subjectivement » ou « objectivement ». De plus, une bonne qualité d'étayage interpersonnel apparaît comme une condition nécessaire pour que l'insight soit positivement relié à la qualité de vie subjective.

Cependant, il est important de distinguer deux niveaux subjectifs dans l'insight, et plus généralement dans les mesures que l'on propose en psychologie. Le premier renvoie aux mesures dans lesquelles les réponses du sujet à des questions fermées sont cotées comme bonnes ou mauvaises selon la réponse attendue. Ce niveau de subjectivité reste donc relatif à une norme unique pré-définie. Le second niveau, que l'on pourrait davantage qualifier de subjectivant, au sens d'engendrement d'un processus de subjectivation, consiste à investiguer la façon singulière dont le sujet conçoit, intègre et comprend ses difficultés. Ici, il n'y a pas de référentiel particulier si ce n'est celui que le sujet décide spontanément d'évoquer. Le développement de méthodes visant la sollicitation de la narrativité autour de l'insight renvoie à ce niveau de subjectivité. Ces pistes de recherches semblent prometteuses pour l'étude compréhensive des facteurs interpersonnels dans l'insight. En effet, la narrativité implique d'avoir l'autre comme miroir, comme réceptacle ou comme interlocuteur. Cet autre, à qui le sujet se raconte, participe à la construction de soi et donc à l'identité. Les facteurs interpersonnels pourraient donc constituer des leviers thérapeutiques pertinents, dans une perspective de réhabilitation où le sujet occupe une place active. Des études supplémentaires sur l'insight et la qualité de vie dans leur acception subjective demeurent nécessaires.

F. Bibliographie

- Aghababian, V., Coudray, P., Reine, G., Siméoni, M.-C., Pédinielli, J.-L., Lançon, C., & Auquier, P. (2003). Relation entre niveau de conscience de la maladie et qualité de vie subjective des patients schizophrènes. *Annales Médico-Psychologiques*, *161*(9), 660-665.
- Aleman, A., Agrawal, N., Morgan, K. D., & David, A. S. (2006). Insight in psychosis and neuropsychological function: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *189*(3), 204-212.
- Amador, X. F., Flaum, M., Andreasen, N. C., Strauss, D. H., Yale, S. A., Clark, S. C., & Gorman, J. M. (1994). Awareness of Illness in Schizophrenia and Schizoaffective and Mood Disorders. *Archives of General Psychiatry*, *51*(10), 826-836.
- Amador, X. F., Friedman, J. H., Kasapis, C., & Yale, S. A. (1996). Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *The American Journal of Psychiatry*, *153*(9), 1185-1188.
- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J., & Gorman, J.M. (1993). Assesment of insight in psychosis. *The American journal of Psychiatry*, *150*(6), 873-879.
- Amador, X.F., & Gorman, J. M. (1998). Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *The Psychiatric Clinics of North America*, *21*(1), 27-42.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Revised Third Edition.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition.* Washington, DC
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} Ed.* Paris: Masson.
- Anderson, C.M., Hogarty, G., & Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, *6*(3), 490-505.
- Arduini, L., Kalyvoka, A., Stratta, P., Rinaldi, O., Daneluzzo, E., & Rossi, A. (2003). Insight and Neuropsychological Function in Patients With Schizophrenia and Bipolar With Psychotic Features. *Canadian Journal of Psychiatry*, *48*(5), 338-341.
- Babinsky, J. (1914). Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (Anosognosie). *Revue Neurologique*, *27*, 845-847.
- Bakst, S., Rabinowitz, J., & Bromet, E. J. (2010). Antecedents and patterns of suicide behavior in first-admission psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *36*(4), 880-889.
- Baier, M., DeShay, E., Owens, K., Robinson, M., Lasar, K., Peterson, K., & Bland, R. S. (2000). The relationship between insight and clinical factors for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, *14*(6), 259-265.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173- 1182.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Jolliffe, T. (1997). Is there a "language of the eyes"? Evidence from normal adults and adults with autism or Asperger syndrome. *Visual Cognition*, *4*(3), 311-331.
- Barrett, E. A., Sundet, K., Faerden, A., Agartz, I., Bratlien, U., Romm, K. L., . . . Melle, I. (2010). Suicidality in first episode psychosis is associated with insight and negative beliefs about psychosis. *Schizophrenia Research*, *123*(2-3), 257-262.

- Barrowclough, C., Meier, P., Beardmore, R., & Emsley, R. (2010). Predicting therapeutic alliance in clients with psychosis and substance misuse. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(5), 373-377.
- Bayard, S., Capdevielle, D., Boulenger, J. P., & Raffard, S. (2009). Dissociating self-reported cognitive complaint from clinical insight in schizophrenia. *European Psychiatry*, 24(4), 251-258.
- Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J., Steer, R., & Warman, D. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2-3), 319 - 329.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1998). *BDI-II : Inventaire de dépression de Beck*. Paris: ECPA.
- Beck, E.-M., Cavelti, M., Kvrjic, S., Kleim, B., & Vauth, R. (2011). Are we addressing the 'right stuff to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication (English). *Schizophrenia Research*, 132(1), 42-49.
- Berrios, G. E., & Marková, I. S. (2004). Insight in the psychoses: A conceptual history. In X. F. Amador, A. S. David, X. F. E. Amador & A. S. E. David (Eds.), *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders (2nd ed.)*. (pp. 31-50). New York, NY US: Oxford University Press.
- Bibring, E. (1954). Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of the American psychoanalytic association*, 2, 745-770.
- Billiet, C., Antoine, P., Lesage, R., & Sangare, M. L. (2009). Insight et interventions psychoéducatives dans la schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques*, 167(10), 745-752.
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., & Healy, J. (1994). A self-report insight scale for psychosis: Reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(1), 62-67.
- Bleuler, E. (1993). *Daemencia Praecox : ou groupe de schizophrénie : suivi de la conception d'Eugen Bleuler*. Paris : E.P.E.L. Clichy.
- Blum, H.P. (1979). The curative and creative aspects of insight. *Journal of the American psychoanalytic association*, 27S, 41-69.
- Blum, H.P. (1992). Psychic change: the analytic relationship(s) and agents of change. *International journal of psycho-analysis*, 73, 255-265.
- Bobes, J., Garcia-portilla, P., Saiz, P.A., Bascaran, T., & Bousoño, M. (2005). Quality of life measure in schizophrenia. *European Psychiatry*, 20(Suppl3), S313-S317.
- Bora, E., Sehitoğlu, G., Aslier, M., Atabay, I., & Veznedaroglu, B. (2007). Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia: Is poor insight a mentalizing deficit? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(2), 104-111.
- Boujut, E., & Bruchon-Schweitzer, M. (2007). Rôle de certains facteurs psychosociaux dans la réussite universitaire d'étudiants de première année. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 36(2), 157-177.
- Bourgeois, M. L. (2002). L'insight (conscience de la maladie mentale), sa nature et sa mesure (insight (awareness of illness), nature and measure. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 160(8), 596-601.
- Bourgeois, M., Swendsen, J., Young, F., Amador, X., Pini, S., Cassano, G. B., . . . Meltzer, H. Y. (2004). Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: Results of the international suicide prevention trial. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1494-1496.
- Bowie, C.R., Leung, W.W., Reichenberg, A., McClure, M.M., Patterson, T.L., Heaton, R.K., & Harvey, P.D., 2008. Predicting schizophrenia patients' real-world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biological Psychiatry*, 63(5), 505-511.

- Boyd Ritsher, J., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research, 121*(1), 31-49.
- Brent, B. K., Giuliano, A. J., Zimet, S. V., Keshavan, M. S., & Seidman, L. J. (2011). Insight into illness in patients and caregivers during early psychosis: A pilot study. *Schizophrenia Research, 127*(1-3), 100-106.
- Bressoux, P. (2008). *Modélisation statistique appliquée aux sciences sociales*. Bruxelles : De Boeck.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2007). ISMI, translated as part of the GAMIAN-EUROPE stigma study: International perspectives on the experience of self-stigma. Données non publiées.
- Browne, S., Garavan, J., Gervin, M., Roe, M., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (1998). Quality of life in schizophrenia: Insight and subjective response to neuroleptics. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*(2), 74-78.
- Broyon, M.A. (2001). *Metacognition et cultures*. Paper presented at the VIIIème Congrès de l'association pour la recherche InterCulturelle. Université de Genève. <http://www.unifr.ch/ipg/aric/assets/files/ARICManifestations/2001Actes8eCongres/BroyonMA.pdf>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Paulhan, I. (1993). *Manuel du STAI, forme Y, adaptation française*. Paris : ECPA.
- Brüne, M., Dimaggiò, G., & Lysaker, P. H. (2011). Metacognition and social functioning in schizophrenia: Evidence, mechanisms of influence and treatment implications. *Current Psychiatry Reviews, 7*(3), 239-247.
- Carpenter, W.T., Strauss, J.S., & Bartko, J.J. (1973). Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from the WHO International Pilot Study of schizophrenia. *Science, 182*(4118), 1275-1278.
- Carroll, A., Clyde, Z., Fattah, S., Coffey, I., Johnstone, E. C., & Owens, D. C. (1998). The effect of an educational intervention on insight and suicidal ideation in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 29*(1-2), 28-29.
- Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., Coffey, I., Owens, D. G. C., & Johnstone, E. C. (1999). Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 35*(3), 247-253.
- Carroll, A., Pantelis, C., & Harvey, C. (2004). Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry, 38*(3), 169-173.
- Cavelti, M., Beck, E. M., Kvrđić, S., Kossowsky, J., & Vauth, R. (2012). The role of subjective illness beliefs and attitude toward recovery within the relationship of insight and depressive symptoms among people with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychology, 68*(4), 462-476.
- Chakraborty, K., & Basu, D. (2010). Insight in schizophrenia—A comprehensive update. *German Journal of Psychiatry, 13*(1), 17-30.
- Carpentier, N., & Bungener, M. (2001). Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXème siècle. Commentaire. *Sciences sociales et santé, 19*(1), 79-111.
- Chan, S. K. W., Chan, K. K. S., Lam, M. M. L., Chiu, C. P. Y., Hui, C. L. M., Wong, G. H. Y., . . . Chen, E. Y. H. (2012). Clinical and cognitive correlates of insight in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research, 135*(1-3), 40-45.
- Chen, K. C., Chu, C. L., Yang, Y. K., Yeh, T. L., Lee, I. H., Chen, P. S., & Lu, R. B. (2005). The relationship among insight, cognitive function of patients with schizophrenia and their relatives' perception. *Psychiatry & Clinical Neurosciences, 59*(6), 657-660.

- Chien, W.-T., Chan, S. W. C., & Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, *16*(6), 1151-1161.
- Cohen, J., & Struening, E.L. (1964). Opinions about mental health: hospital social atmosphere profiles and their relevance to effectiveness. *Journal of Consulting Psychology*, *28*, 291-298.
- Cole, J. D., & Kasarian, S. S. (1993). Predictive validity of the level of expressed emotion (LEE) scale: Readmission follow-up data for. *Journal of Clinical Psychology*, *49*(2), 216-218.
- Collins, A. A., Remington, G. J., Coulter, K., & Birkett, K. (1997). Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *27*(1), 37-44.
- Cook-Darzens, S. (2007). *Thérapies multifamiliales. Des groupes comme agents thérapeutiques*. Ramonville St Agne : Eres.
- Cooke, M. A., Peters, E. R., Kuipers, E., & Kumari, V. (2005). Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*(1), 4-17.
- Cooke, M., Peters, E., Fannon, D., Anilkumar, A. P. P., Aasen, I., Kuipers, E., et al. (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *94*(1-3), 12-22.
- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *15*(1), 36-45.
- Corrigan, P.W.P., & Penn DL. (2001). Introduction: framing models of social cognition and schizophrenia. In P.W.P Corrigan, & D.L. Penn, (Eds.), *Social cognition and schizophrenia*. (pp. 3-21). Washington, DC: American Psychological Association.
- Crumlish, N., Whitty, P., Kamali, M., Clarke, M., Browne, S., McTigue, O., . . . O'Callaghan, E. (2005). Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*(6), 449-455.
- Csikszentmihalyi, M., & Larson, R. (1987). Validity and reliability of the Experience-Sampling Method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *175*(9), 526-536.
- Cuesta, M. J., & Peralta, V. (1994). Lack of Insight in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *20*(2), 359-366.
- Cuesta, M. J., Peralta, V., Caro, F., & de Leon, J. (1995). Is poor insight in psychotic disorders associated with poor performance on the Wisconsin Card Sorting Test? *The American Journal of Psychiatry*, *152*(9), 1380-1382.
- Cuffel, B. J., Alford, J., Fischer, E. P., & Owen, R. R. (1996). Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *184*(11), 653-659.
- Currin, J. (2000). What are the essential characteristics of the analytic attitude? Insight, the use of enactments and relationship. *Journal of clinical psychoanalysis*, *9*, 75-91.
- Dagonet, M.H. (1881). Conscience et alienation mentale. *Annales medico-psychologiques*, *5*, 368-397.
- Dagonet, M.H. (1881). Conscience et alienation mentale. *Annales medico-psychologiques*, *6*, 19-32.
- Dantas, C. R., & Banzato, C. E. M. (2007). Predictors of insight in psychotic inpatients. [doi: DOI: 10.1016/j.schres.2006.12.006]. *Schizophrenia Research*, *91*(1-3), 263-265.
- David, A., Buchanan, A., Reed, A., & Almeida, O. (1992). The assessment of insight in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *161*, 599-602.
- Davidhizar, R. E. (1987). Beliefs, feelings and insight of patients with schizophrenia about taking medication. *Journal Of Advanced Nursing*, *12*(2), 177-182.

- Day, J. C., Bentall, R. P., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., Cattell, D., . . . Power, C. (2005). Attitudes Toward Antipsychotic Medication: The Impact of Clinical Variables and Relationships With Health Professionals. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 717-724.
- Despine, P. (1875). *De la folie au point de vue philosophique ou plus spécialement psychologique*. Paris : Savy.
- Dickerson, F. B., Boronow, J. J., Ringel, N., & Parente, F. (1997). Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 48(2), 195-199.
- Donohoe, G., Donnell, C. O., Owens, N., & O'Callaghan, E. (2004). Evidence that health attributions and symptom severity predict insight in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(9), 635-637.
- Doyle, M., Flanagan, S., Browne, S., Clarke, M., Lydon, D., Larkin, E., & O'Callaghan, C. (1999). Subjective and external assessments of quality of life in schizophrenia: Relationship to insight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(6), 466-472.
- Drake, R. J., & Lewis, S. W. (2003). Insight and neurocognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62(1-2), 165-173.
- Droulout, T., Liraud, F., & Verdoux, H. (2003). Influence de la conscience du trouble et de la perception subjective du traitement sur l'observance médicamenteuse dans les troubles psychotiques. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 29(5,Pt1), 430-437.
- Estroff, S. E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 189-196.
- Etchegoyen, H. (1991). *The fundamental of psychoanalytic technique*. London: Karnac Books.
- Etchegoyen, R.H. (1993). Psychoanalytic technique today: a personal view. *Journal of clinical psychoanalysis*, 2, 529-540.
- Evren, C., & Evren, B. (2004). Characteristics of schizophrenic patients with a history of suicide attempt. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8(4), 227-234.
- Ey, H. (1953-1954/2006). *Etudes psychiatriques, Volume I (Tomes I et II), et II (Tome 3)*. Perpignan : Editions Crehey.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1970). *Manuel de psychiatrie*. Troisième édition. Paris : Masson.
- Farina, A., Gliha, D., Bourdreau, L. A., Ale, J. G., & Sherman, M. (1971). Mental illness and the impact of believing others know about it. *Journal of Abnormal Psychology*, 77(1), 1-5.
- Farina, A., Allen, J.G., & Saul, S.B.B. (1968). The role of the stigmatized in affecting social relationships. *Journal of Personality*, 36, 169-182.
- Farina, A., Holland, C.H., & Ring, K. (1966). The role of stigma and set in interpersonal interaction. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 421-428.
- Flavell, J.H., (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911.
- Fougeyrollas, P. (1996). Les déterminants environnementaux de la participation sociale des personnes ayant des incapacités: Le défi socio-politique de la révision de la CIDIH. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 10(2), 147-160.
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., & Boschen, K.A. (2002). Interaction of environment with individual characteristics and social participation: theoretical perspectives and applications in persons with spinal cord injury. *Topics in spinal cord injury rehabilitation*, 7(3), 1-16.
- Franck, N., Farrer, C., Georgieff, N., Marie-Cardine, M., Daléry, J., D'Amato, Th., & Jeannerod, M. (2001). Defective Recognition of One's Own Actions in Patients With Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 454-459.

- Frith, C.D. (1987). The positive and negative symptoms of schizophrenia reflect impairments in the perception and initiation of action. *Psychological Medicine*, 17(3), 631-648.
- Frith, C.D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Frith, C.D., & Done, J. (1989). Experience of alien control in schizophrenia reflect a disorder in the central monitoring of action. *Psychological Medicine*, 19(2), 359-363.
- Frommann, N., Streit, M., & Wölwer, W. (2003). Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: A new training program. *Psychiatry Research*, 117(3), 281-284.
- Funahashi, S. (2001). Neuronal mechanisms of executive control by the prefrontal cortex. *Neuroscience Research*, 39, 147-165.
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 95-104.
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Fong, C. (2010). Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(5), 561-568.
- Gaite, L., Vazquez-Barquero, J. L., Arrizabalaga, A. A., Vazquez-Bourgon, E., Retuerto, M. P., Schene, A. H., . . . Ruggeri, M. (2000). Quality of life in schizophrenia: development, reliability and internal consistency of the Lancashire Quality of Life Profile - European Version: EPSILON Study 8. *The British Journal of Psychiatry*, 177(39), s49-54.
- Gaite, L., Vazquez-Barquero, J.L., Borra, C., Ballesteros, J., Schene, A., Welcher, B.,... Herran, A. 2002. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(4), 283-292.
- Gao, S.-Y., Phillips, M., & Wang, X.-Q. (2005). Experience of Stigma among Patients with Schizophrenia and Their Family Members and Attitudes of Different Groups about this Stigma. *Chinese Mental Health Journal*, 19(2), 82-85.
- Garavan, J., Browne, S., Gervin, M., Lane, A., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (1998). Compliance with neuroleptic medication in outpatients with schizophrenia; relationship to subjective response to neuroleptics; attitudes to medication and insight. *Comprehensive Psychiatry*, 39(4), 215-219.
- Garety, P. A., Kuipers, L., Fowler, D., & Chamberlain, F. (1994). Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. *British Journal of Medical Psychology*, 67(3), 259-271.
- Garety, P. A., Freeman, D., Jolley, S., Dunn, G., Bebbington, P. E., Fowler, D. G., . . . Dudley, R. (2005). Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(3), 373-384.
- Garrett, M., Singh, A., Amanbekova, D., & Kamarajan, C. (2011). Lack of insight and conceptions of "mental illness" in schizophrenia, assessed in the third person through case vignettes. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 3(2), 115-125.
- Gastal, D., & Januel, D. (2010). Long-term impact of the diagnostic announcement on the insight of patients suffering from schizophrenic disorders. *Encephale*, 36(3), 195-201.
- Gehring, T. M., & Page, J. (2000). Family Systems Test (FAST): A systemic approach for family evaluation in clinical practice and research. In K. Gitlin-Weiner, A. Sandgrund & C. Schaefer (Eds.), *Play diagnosis and assessment (2nd ed.)*. (pp. 419-445). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc.
- Gentry, W. D., & Kobasa, S. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationship in humans. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 87-116). New York: Guilford Press

- Gerlsma, C., & Hale, W. W., III. (1997). Predictive power and construct validity of the Level of Expressed Emotion (LEE) scale: Depressed out-patients and couples from the general community. *British Journal of Psychiatry*, *170*, 520-525.
- Gerlsma, C., Van der Lubbe, P. M., & Van Nieuwenhuizen, C. (1992). Factor analysis of the Level of Expressed Emotion Scale, a questionnaire intended to measure 'perceived expressed emotion'. *British Journal of Psychiatry*, *160*, 385-389.
- Gigante, A. D., & Castel, S. (2004). Insight into schizophrenia: a comparative study between patients and family members. *São Paulo Medical Journal = Revista Paulista De Medicina*, *122*(6), 246-251.
- Gilleen, J., Greenwood, K., & David, A. S. (2011). Domains of Awareness in Schizophrenia : Lack of Insight, Searching the Core of Psychoses. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(1), 61-72.
- Godefroy, O. (2003). Frontal syndrome and disorders of executive functions. *Journal Of Neurology*, *250*(1), 1-6.
- Godefroy, O., & GREFEX. (2008). *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques : Evaluation en pratique clinique*. Marseille : Solal.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in Everyday Life*. Garden City, NY: Doubleday Anchor Books.
- Goldberg, R. W., Green-Paden, L. D., Lehman, A. F., & Gold, J. M. (2001). Correlates of insight in serious mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *189*(3), 137-145.
- Gonzalez, V. M. (2008). Recognition of mental illness and suicidality among individuals with serious mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(10), 727-734.
- González-Suárez, B., Gomar, J. J., Pousa, E., Ortiz-Gil, J., García, A., Salvador, R., . . . McKenna, P. J. (2011). Awareness of cognitive impairment in schizophrenia and its relationship to insight into illness. *Schizophrenia Research*, *133*(1-3), 187-192.
- González-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., & Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members: A qualitative study with focus group. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(1), 14-23.
- Gorwood, P. (2011). Factors associated with hospitalisation of patients with schizophrenia in four European countries. *European Psychiatry*, *26*(4), 224-230.
- Grados, C., (2010). Traduction française de l'Internalized stigma of mental illness, département de Psychologie. Université Bordeaux Segalen, Bordeaux.
- Green, M. F., Kern, R. S., & Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, *72*(1), 41-51.
- Green, M.F., Kern, R.S., Robertson, M.J., Sergi, M.J., & Kee, K.S. (2000). Relevance of neurocognitive deficits for functional outcome in schizophrenia. In T. Sharam, & P.D. Harvey (Eds.), *Cognition in schizophrenia*. (pp: 178-192). New York: Oxford University Press.
- Guelfi, J.D. (1996). *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Boulogne : Editions médicales Pierre Fabre.
- Gülseren, L., Cam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Cubukçuoğlu, Z., . . . Mete, L. (2010). The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. *Turkish Journal Of Psychiatry*, *21*(3), 203-212.
- Harvey, S. B., Dean, K., Morgan, C., Walsh, E., Demjaha, A., Dazzan, P., . . . Murray, R. M. (2008). Self-harm in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *192*(3), 178-184.
- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Roe, D., David, A. S., & Weiser, M. (2006). Insight into psychosis and quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, *47*(4), 265-269.

- Heaton, R.K., Chelune, G.L., Talley, J.L., Kay, G.G., & Curtis, G. (1993). *Wisconsin Card Sorting test : revised and expanded*. Odessa, FL: Psychological Assessment resources inc.
- Hofer, A., Rettenbacher, M. A., Widschwendter, C. G., Kemmler, G., Hummer, M., & Fleischhacker, W. W. (2006). Correlates of subjective and functional outcomes in outpatient clinic attendees with schizophrenia and schizoaffective disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(4), 246-255.
- Holloway, F., & Carson, J. (1999). Subjective quality of life, psychopathology, satisfaction with care and insight: An exploratory study. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(4), 259-267.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- House, J.S. (1981). *Work, Stress and Social Support*, Addison-Wesley: Reading, MA.
- Howard, D., Nieuwenhuijsen, E.R., & Saleeby, P. (2008) Health promotion and education: application of the ICF in the US and Canada using an ecological perspective. *Disability and Rehabilitation*, 30(12-13), 942-954.
- Hu, W. H., Sun, C. M., Lee, C. T., Peng, S. L., Lin, S. K., & Shen, W. W. (1991). A clinical study of schizophrenic suicides. 42 cases in Taiwan. *Schizophrenia Research*, 5(1), 43-50.
- Jasper, K. (1968). The phenomenological approach in psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1313-1323.
- Jellison, J. M., & Green, J. (1981). A self-presentation approach to the fundamental attribution error: The norm of internality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(4), 643-649.
- Johnson, Ines, Tabbane, Karim, Dellagi, Lamia, & Kebir, Oussama. (2011). Self-perceived cognitive functioning does not correlate with objective measures of cognition in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 688-692.
- Jovanovski, D., Zakzanis, K. K., Atia, M., Campbell, Z., & Young, D. A. (2007). A Comparison Between a Researcher-Rated and a Self-Report Method of Insight Assessment in Chronic Schizophrenia Revisited: A Replication Study Using the SUMD and SAIQ. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(2), 165-169.
- Kaiser, S. L., Snyder, J. A., Corcoran, R., & Drake, R. J. (2006). The Relationships among Insight, Social Support, and Depression in Psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(12), 905-908.
- Kao, Y.-C., Liu, Y.-P., Chou, M.-K., & Cheng, T.-H. (2011). Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia: Relationships between psychosocial and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), 171-180.
- Karow, A., & Pajonk, F. G. (2006). Insight and quality of life in schizophrenia: Recent findings and treatment implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(6), 637-641.
- Karow, A., Pajonk, F.-G., Reimer, J., Hirdes, F., Osterwald, C., Naber, D., & Moritz, S. (2008). The dilemma of insight into illness in schizophrenia: self- and expert-rated insight and quality of life. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 258(3), 152-159.
- Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl407), 33-37.
- Kay, S., Fiszbein, A., & Opler, L. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261 - 276.
- Kemp, R. A., & Lambert, T. J. R. (1995). Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophrenia Research*, 18(1), 21-28.
- Kemp, R., & David, A. (1996). Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 169(4), 444-450.

- Keshavan, M. S., Rabinowitz, J., DeSmedt, G., Harvey, P. D., & Schooler, N. (2004). Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 70(2-3), 187-194.
- Kilian, R., Lindenbach, I., Löbig, U., Uhle, M., Petscheleit, A., & Angermeyer, M.C. (2003). Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: a qualitative and quantitative analysis. *Social Science & Medicine (1982)*, 57(6), 1127-1142.
- Kim, C.-H., Jayathilake, K., & Meltzer, H. Y. (2003). Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia Research*, 60(1), 71-80.
- Kim, Y., Sakamoto, K., Kamo, T., & Sakamura, Y. (1997). Insight and clinical correlates in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 38(2), 117-123.
- Kimura, B. (1992). *Écrits de psychopathologie phénoménologique*. Paris: PUF « Psychiatrie ouverte ».
- Kinderman, P., Setzu, E., Lobban, F., & Salmon, P. (2006). Illness beliefs in schizophrenia. *Social Science & Medicine*, 63(7), 1900-1911.
- Kinney, P., & Gray, C. (2005). *SPSS facile appliqué à la psychologie et aux sciences sociales : maîtriser le traitement des données*. Bruxelles : DeBoeck.
- Kircher, T. T. J., Koch, K., Stottmeister, F., & Durst, V. (2007). Metacognition and reflexivity in patients with schizophrenia. *Psychopathology*, 40(4), 254-260.
- Koren, D., Seidman, L. J., Poyurovsky, M., Goldsmith, M., Viksman, P., Zichel, S., & Klein, E. (2004). The neuropsychological basis of insight in first-episode schizophrenia: A pilot metacognitive study. *Schizophrenia Research*, 70(2-3), 195-202.
- Kuipers, E., Watson, P., Onwumere, J., Bebbington, P., Dunn, G., Weinman, J., . . . Garety, P. (2007). Discrepant illness perceptions, affect and expressed emotion in people with psychosis and their carers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 277-283.
- Kraepelin, E. (1896). Dementia praecox. In J. Cutting, & M. Shepherd, (Eds.) (1987), *The clinical roots of the schizophrenia concept*. (pp 13-24). Cambridge: Cambridge University Press.
- Krelsman, D. E., Simmens, S. J., & Joy, V. D. (1979). Rejecting the patient: Preliminary validation of a self-report scale. *Schizophrenia Bulletin*, 5(2), 220-222.
- Kurtz, M. M., & Tolman, A. (2011). Neurocognition, insight into illness and subjective quality-of-life in schizophrenia: What is their relationship? (English). *Schizophrenia Research*, 127(1-3), 157-162.
- Kusel, Y., Laugharne, R., Perrington, S., McKendrick, J., Stephenson, D., Stockton-Henderson, J., . . . Burns, T. (2007). Measurement of quality of life in schizophrenia: a comparison of two scales. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42(10), 819-823.
- Langdon, R., & Ward, P. (2009). Taking the perspective of the other contributes to awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 1003-1011.
- Langdon, R., Corner, T., McLaren, J., Ward, P. B., & Coltheart, M. (2006). Externalizing and personalizing biases in persecutory delusions: The relationship with poor insight and theory-of-mind. *Behaviour Research and Therapy*, 44(5), 699-713.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1997). *Vocabulaire de la psychanalyse, 13ème édition*. Paris: PUF.
- Larøi, F., Fannemel, M., Rønneberg, U., Flekkøy, K., Opjordsmoen, S., Dullerud, R., & Haakonsen, M. (2000). Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 100(1), 49-58.

- Laugaa, D., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Stress and burnout among French elementary school teachers : A transactional approach (English). *European review of applied psychology*, 58(4), 241-251.
- Lecomte, T., Spinel, A., Leclerc, C., MacEwan, G.W., Greaves, C., & Bentall, R.P. (2008). Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophrenia research*, 102(1-3), 295-302.
- Leeb, B., Hahlweg, K., Goldstein, M. J., & Feinstein, E. (1991). Cross-national reliability, concurrent validity, and stability of a brief method for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 39(1), 25-31.
- Lehman, A. F. (1983). Well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life. *Archive of general psychiatry*, 40, 369-373.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A., & Cameron, L.C. (2001). Representations, procedures and affects in illness self-regulation. In A., Baum, T., Revenson, J., Singer. (Eds.), *Handbook of health psychology*. (pp 19-48). New York: Erlbaum.
- Levine, H.B. (1994). The analyst's participation in the analytic process. *International journal of psycho-analysis*, 75, 665-676.
- Lewis, A. (1934). The psychopathology of insight. *British Journal of Medical Psychology*, 14, 332-348.
- Lincoln, T. M., Lullmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and Long-Term Consequences of Poor Insight in Patients With Schizophrenia. A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1324-1342.
- Linder, S., & Favrod, G. (2006). Traduction de l'IS de Birschood. http://homepage.hispeed.ch/Jerome_Favrod/Birchwood%20IS.pdf
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Loewald, H.W. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. *International journal of psycho-analysis*, 41, 16-33.
- LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1). *Journal Officiel de la République Française*, 36, p. 2353.
- López-Morfiño, J. D., Ramos-Ríos, R., David, A. S., & Dutta, R. (2012). Insight in schizophrenia and risk of suicide: a systematic update. *Comprehensive Psychiatry*, 53(4), 313-322.
- Lysaker, P. H., Bell, M. D., Bryson, G. J., & Kaplan, E. (1998). Insight and interpersonal function in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(7), 432-436.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., Taylor, A. C., & Roe, D. (2007c). Associations of metacognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-experience in narratives of schizophrenia. *Psychiatry research. Neuroimaging*, 157(1-3), 31-38.
- Lysaker, P. H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J. K., Nicol, G., Procacci, M., & Semerari, A. (2005a). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 64-71.
- Lysaker, P. H., Clements, C. A., Plascak-Hallberg, C. D., Knipscheer, S. J., & Wright, D. E. (2002). Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65(3), 197-206.
- Lysaker, P. H., Daroyanni, P., Ringer, J. M., Beattie, N. L., Strasburger, A. M., & Davis, L. W. (2007a). Associations of awareness of illness in schizophrenia spectrum disorder with social cognition and cognitive perceptual organization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(7), 618-621.

- Lysaker, P. H., France, C. M., Hunter, N. L., & Davis, L. W. (2005b). Personal Narratives of Illness in Schizophrenia: Associations with Neurocognition and Symptoms. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 68(2), 140-151.
- Lysaker, P. H., Lancaster, R. S., Davis, L. W., & Clements, C. A. (2003a). Patterns of neurocognitive deficits and unawareness of illness in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(1), 38-44.
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007b). Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199.
- Lysaker, P. H., Wickett, A. M., Campbell, K., & Buck, K. D. (2003b). Movement Towards Coherence in the Psychotherapy of Schizophrenia: A Method for Assessing Narrative Transformation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(8), 538-541.
- Lysaker, P., & Bell, M. (1994b). Insight and cognitive impairment in schizophrenia: Performance on repeated administrations of the Wisconsin Card Sorting Test. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(11), 656-660.
- Lysaker, P., Bell, M., Milstein, R., & Bryson, G. (1994a). Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 57(4), 307-315.
- Lysaker, P.H., Warman, D.M., Dimaggio, G., Procacci, M., LaRocco, V.A., Clark, L.K.,...Nicola, G. (2008). Metacognition in schizophrenia: Associations with multiple assessments of executive function. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 384-389.
- Magaña, A. B., Goldstein, M. J., Karno, M., & Miklowitz, D. J. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17(3), 203-212.
- Marková, I. S., & Berrios, G. E. (1992). The assessment of insight in clinical psychiatry: A new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(2), 159-164.
- Marková, I. S., & Berrios, G. E. (1995). Insight in clinical psychiatry: A new model. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(12), 743-751.
- Marková, I. S., Roberts, K. H., Gallagher, C., Boos, H., McKenna, P. J., & Berrios, G. E. (2003). Assessment of insight in psychosis: a re-standardization of a new scale. *Psychiatry Research*, 119(1-2), 81-88.
- Marková, I.S. (2009). *L'Insight en psychiatrie*. Rueil-Malmaison Cedex : Doin.
- Marks, K. A., Fastenau, P. S., Lysaker, P. H., & Bond, G. R. (2000). Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 45(3), 203-211.
- Masson, E., & Haas, V. (2010). Dire et taire: L'intersubjectivité dans l'entretien de recherche. *Bulletin de Psychologie*, 63(1), 5-13.
- McAdams, D. P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63(3), 1125-1146.
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100-122.
- McCabe, R., Roder-Wanner, U.-U., Hoffmann, K., & Priebe, S. (1999). Therapeutic relationships and quality of life: Association of two subjective constructs in schizophrenia patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(4), 276-283.
- McEvoy, J. P., Apperson, L. J., Appelbaum, P. S., Ortlip, P., Brecosky, J., Hammill, K., . . . Roth, L. (1989). Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(1), 43-47.
- McFarlane, W.R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., & Crilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups : Four year relapse outcome in scizophrenia. *Family Process*, 34(2), 127-144.

- Merceron, K., Cady, F., Vila, E., & Prouteau, A. (2011). Evaluation de la cognition sociale dans la schizophrénie : intérêts et limites. In A. Prouteau, (Eds). *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*. (pp.161-199). Paris: Dunod.
- Merceron, K., & Prouteau, A. Evaluation de la cognition sociale en langue française chez l'adulte : outils disponibles et recommandations de bonne pratique clinique. *L'évolution psychiatrique*, en révision.
- Miermont, J. (2004). *Thérapies familiales et psychiatrie*. Paris: Doin.
- Mintz, A. R., Addington, J., & Addington, D. (2004). Insight in early psychosis: a 1-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 67(2-3), 213-217.
- Mintz, A. R., Dobson, K. S., & Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61(1), 75-88.
- Misdrahi, D., Verdoux, H., Lançon, C., & Bayle, F. (2009). The 4-Point ordinal Alliance Self-report: A self-report questionnaire for assessing therapeutic relationships in routine mental health. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 181-185.
- Mlakar, J., Jensterle, J., & Frith, C. D. (1994). Central monitoring deficiency and schizophrenic symptoms. *Psychological Medicine*, 24(3), 557-564.
- Monteiro, L. C., Silva, V. A., & Louza, M. R. (2008). Insight, cognitive dysfunction and symptomatology in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 258(7), 402-405.
- Moore, O., Cassidy, E., Carr, A., & O'Callaghan, E. (1999). Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *European Psychiatry*, 14(5), 264-269
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- Murray, H.A. (1943). *Thematic apperception test manual*. Cambridge, Massachussets: Harvard university press.
- Mutsatsa, S. H., Joyce, E. M., Hutton, S. B., & Barnes, T. R. E. (2006). Relationship between insight, cognitive function, social function and symptomatology in schizophrenia: The West London first episode study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(6), 356-363.
- Myin-Germeys, I., Delespaul, P. A. E. G., & van Os, J. (2003). Experience sampling onderzoek bij psychose Eert overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45(3), 131-140.
- Nakanishi, M., Koyama, A., Ito, H., Kurita, H., & Higuchi, T. (2006). Nurses' collaboration with physicians in managing medication improves patient outcome in acute psychiatric care. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 60(2), 196-203.
- Narvaez, J. M., Twamley, E. W., McKibbin, C. L., Heaton, R. K., & Patterson, T. L. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 201-208.
- Nelson, E. (1976). A modified card sorting test sensitive to frontal lobe defects. *Cortex*, 12, 313-324.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30(5), 264-269.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1983). Further development of the Norbeck Social Support Questionnaire: Normative data and validity testing. *Nursing Research*, 32(1), 4-9.
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709-714.
- Norman, R. M. G., Windell, D., Lynch, J., & Manchanda, R. (2011). Parsing the relationship of stigma and insight to psychological well-being in psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 133(1-3), 3-7.

- Oliver, J. P. J., Huxley, P. J., Priebe, S., & Kaiser, W. (1997). Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(2), 76-83.
- Olson, D. H. (1986). Circumplex Model VII: Validation studies and FACES III. *Family Process*, 25(3), 337-351.
- OMS. (1997). The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf, accessed 15 November 2005).
- OMS. (2001). Rapport sur la santé dans le monde. <http://www.who.int/publications/fr/>
- OMS. (2000). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Projet final, version complète*. Genève, Suisse.
- OMS. (1977). *The ICD-9. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: WHO.
- OMS. (1993). *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: WHO.
- OMS. (2004). Investir dans la santé mentale. Genève : OMS.
- Paillot, C. M., Ingrand, P., & Jaafari, N. (2011). Pertinence clinique du calcul d'un score global à l'échelle de conscience des troubles mentaux (SUMD). *Annales Médico-Psychologiques*, 169(7), 459-460.
- Paillot, C., Ingrand, P., Millet, B., Amador, X. F., Senon, J. L., Olié, J. P., & Jaafari, N. (2010). Traduction et validation Française de l'échelle d'évaluation de la conscience des troubles mentaux des patients schizophrènes: The Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD). *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 36(6), 472-477.
- Parant, V. (1988). *La raison dans la folie*. Paris : Doin.
- Pedrelli, P., McQuaid, J., Granholm, E., Patterson, T., McClure, F., & Beck, A. (2004). Measuring cognitive insight in middle-aged and older patients with psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 71, 297-305.
- Pijnenborg, G. H. M., Van der Gaag, M., Bockting, C. L. H., Van der Meer, L., & Aleman, A. (2011). REFLEX, a social-cognitive group treatment to improve insight in schizophrenia: study protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry*, 11, 161-161.
- Poland, W.S. (1988). Insight and the analytic dyad. *Psychoanalytic quarterly*, 57, 341-369.
- Pompili, M., Ruberto, A., Kotzalidis, G. D., Girardi, P., & Tatarelli, R. (2004). Suicide and awareness of illness in schizophrenia: An overview. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(4), 297-318.
- Pousa, E., Duno, R., Blas Navarro, J., Ruiz, A. I., Obiols, J. E., & David, A. S. (2008). Exploratory study of the association between insight and Theory of Mind (ToM) in stable schizophrenia patients. *Cognitive Neuropsychiatry*, 13(3), 210-232.
- Prouteau, A., & Doron, J. (2008). Cognitive predictors of the community functioning dimensions in schizophrenia: state of the art and future directions. *Encephale*, 34(4):360-368.
- Prouteau, A., Destailats, J.M., Grondin, O., **Bergua, V.**, Tastet, H., Doron, J., & Swendsen, J. (2008). Computerized ambulatory assessment of quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 102,(1-3), Supplement 2:234.
- Prouteau, A., & Verdoux, H. (2011). Les relations entre cognition et handicap psychique dans la schizophrénie. In A., Prouteau. (Eds.), *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*. (pp. 135-160). Paris : Dunod.
- Pulver, S.E. (1992). Psychic change: insight or relationship. *International journal of psychoanalysis*, 73, 199-206.
- Quach, P. L., Mors, O., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P., Bertelsen, M., . . . Nordentoft, M. (2009). Predictors of poor adherence to medication among patients

- with first-episode schizophrenia-spectrum disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(1), 66-74.
- Quee, P. J., Van Der Meer, L., Bruggeman, R., De Haan, L., Krabbendam, L., Cahn, W., . . . Aleman, A. (2011). Insight in Psychosis: Relationship With Neurocognition, Social Cognition and Clinical Symptoms Depends on Phase of Illness : Lack of Insight, Searching the Core of Psychoses. *Schizophrenia Bulletin*, 37(1), 29-37.
- Quiles, C., Prouteau, A., & Verdoux, H. (sous presse). Caractéristiques et impact des déficits métacognitifs dans la schizophrénie. *Revue de la littérature. L'Encéphale*.
- Quillams, L., & Addington, J. (2003). Insight, knowledge, and beliefs about illness in first-episode psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 48(5), 350.
- Rabinovitch, M., Bécharde-Evans, L., Schmitz, N., Jooper, R., & Malla, A. (2009). Early Predictors of Nonadherence to Antipsychotic Therapy in First-Episode Psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(1), 28-35.
- Raffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J.-P., & Gely-Nargeot, M.-C. (2008). Lack of insight in schizophrenia: A review. Part I: Theoretical concept, clinical aspects and Amador's model. *Encephale*, 34(6), 597-605.
- Raffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J.-P., & Gely-Nargeot, M.-C. (2008)b. Lack of insight in schizophrenia: A review. Part II: Explanatory models and psychopathological hypothesis. *Encephale*, 34(5), 511-516.
- Raffard, S., D'Argembeau, A., Lardi, C., Bayard, S., Boulenger, J.-P., & Van Der Linden, M. (2009). Exploring self-defining memories in schizophrenia. *Memory*, 17(1), 26-38.
- Raffard, S., D'Argembeau, A., Lardi, C., Bayard, S., Boulenger, J.-P., & Van der Linden, M. (2010). Narrative identity in schizophrenia. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 19(1), 328-340.
- Rathod, S., Kingdon, D., Smith, P., & Turkington, D. (2005). Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics--data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*, 74(2-3), 211-219.
- Recasens, C., Mimic, L., Dardennes, R., Guelfi, J. D., & Rouillon, F. (2002). Conscience de soi et conscience de la maladie dans la schizophrénie : relations avec l'anxiété et la dépression. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 160(8), 589-595.
- Reid, J., Lloyd, C., & De Groot, L. (2005). The psychoeducation needs of parents who have an adult son or daughter with a mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(2), 1-13.
- Restifo, K., Harkavy-Friedman, J. M., & Shrout, P. E. (2009). Suicidal behavior in schizophrenia: A test of the Demoralization Hypothesis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(3), 147-153.
- Rickelman, B. L. (2004). Anosognosia in Individuals with Schizophrenia: Toward Recovery of Insight. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(3), 227-242.
- Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit*, Tome 1. Paris: Seuil.
- Ricoeur, P. (1985). *Temps et récit*, Tome 3. Le temps raconté. Paris : Seuil.
- Ritsner, M., Modai, I., Endicott, J., Rivkin, O., Nechamkin, Y., Barak, P., . . . Ponizovsky, A. (2000). Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(11), 880-891.
- Robbins, M. S., Hervis, O., Mitrani, V. B., & Szapocznik, J. (2001). Assessing changes in family interaction: The Structural Family Systems Ratings. In P. K. Kerig & K. M. Lindahl (Eds.), *Family observational coding systems: Resources for systemic research*. (pp. 207-224). Mahwah, NJ US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Roberts, D. L., & Penn, D. L. (2009). Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Psychiatry Research*, 166(2-3), 141-147.

- Robinson, J. A., & Taylor, L. R. (1998). Autobiographical memory and self-narratives: A tale of two stories. In C. P. Thompson, D. J. Herrmann, D. Bruce, J. D. Read, D. G. Payne & M. P. Toglia (Eds.), *Autobiographical memory: Theoretical and applied perspectives*. (pp. 125-143). Mahwah, NJ US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Robinson, J., Cotton, S., Conus, P., Schimmelmann, B. G., McGorry, P., & Lambert, M. (2009). Prevalence and predictors of suicide attempt in an incidence cohort of 661 young people with first-episode psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*(2), 149-157.
- Robinson, J., Harris, M. G., Harrigan, S. M., Henry, L. P., Farrelly, S., Prosser, A., . . . McGorry, P. D. (2010). Suicide attempt in first-episode psychosis: A 7.4 year follow-up study. *Schizophrenia Research*, *116*(1), 1-8.
- Rocamora, J.-F., Benadhira, R., Saba, G., Stamatadis, L., Kalalaou, K., Dumortier, G., . . . Januel, D. (2005). Annonce du diagnostic de schizophrénie au sein d'un service de psychiatrie de secteur. *Encephale*, *31*(4), 449-455.
- Rorer, L. G. (1999). Dealing with the intellectual-insight problem in cognitive and rational emotive behavior therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, *17*(4), 217-236.
- Rusch, N., & Corrigan, P.W. (2002). Motivational Interviewing to improve Insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *26*(1), 23-32.
- Saavedra, J. (2009). Schizophrenia, Narrative and Change: Andalusian Care Homes as Novel Sociocultural Context. *Culture, Medicine & Psychiatry*, *33*(2), 163-184.
- Salomé, F., Petitjean, F., Germain, C., & Demant, J.-C. (2004). Influence de la psychopathologie et des attentes sur la qualité de vie subjective des patients schizophrènes : une étude comparative. *L'Encéphale*, *30*(1), 60-68.
- Sanz, M., Constable, G., Lopez-Ibor, I., Kemp, R., & David, A. (1998). A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychological Medicine*, *28*, 437 - 446.
- Saperstein, A. M., Thyssen, J., & Medalia, A. (2012). The Measure of Insight into Cognition: reliability and validity of clinician-rated and self-report scales of neurocognitive insight for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *134*(1), 54-58.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*(1), 127-139.
- Schennach-Wolff, R., Jäger, M., Seemüller, F., Obermeier, M., Schmauss, M., Laux, G., . . . Riedel, M. (2010). Outcome of suicidal patients with schizophrenia: Results from a naturalistic study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *121*(5), 359-370.
- Schlenker, B. R., & Weigold, M. F. (1992). Interpersonal processes involving impression regulation and management. *Annual Review of Psychology*, *43*, 133-168.
- Schwartz, R. C., & Smith, S. D. (2004). Suicidality and psychosis: The predictive potential of symptomatology and insight into illness. *Journal of Psychiatric Research*, *38*(2), 185-191.
- Segal, H. (1962). The curative factors in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, *43*, 212-217.
- Segal, H. (1991). Psychoanalyse et thérapeutique. *Revue française de psychoanalyse*, *55*, 365-376.
- Segarra, R., Ojeda, N., Peña, J., García, J., Rodríguez-Morales, A., Ruiz, I., . . . Gutiérrez, M. (2012). Longitudinal changes of insight in first episode psychosis and its relation to clinical symptoms, treatment adherence and global functioning: One-year follow-up from the Eiffel study. *European Psychiatry*, *27*(1), 43-49.

- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolo, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*(4), 238-261.
- Sevy, S., Nathanson, K., Visweswaraiyah, H., & Amador, X. (2004). The Relationship Between Insight and Symptoms in Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry, 45*(1), 16-19.
- Shad, M. U., Tamminga, C. A., Cullum, M., Haas, G. L., & Keshavan, M. S. (2006). Insight and frontal cortical function in schizophrenia: A review. *Schizophrenia Research, 86*(1-3), 54-70.
- Shih, M., Pittinsky, T. L., & Ambady, N. (1999). Stereotype susceptibility: Identity salience and shifts in quantitative performance. *Psychological Science, 10*(1), 80-83.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., & Amering, M. (2011). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 37*(2), 316-323.
- Sim, K., Mahendran, R., Siris, S. G., Heckers, S., & Chong, S. A. (2004). Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry Research, 129*(2), 141-147.
- Simon, A. E., Berger, G. E., Giacomini, V., Ferrero, F., & Mohr, S. (2004). Insight in relation to psychosocial adjustment in schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease, 192*(6), 442-445.
- Singer, J. A., & Moffitt, K. H. (1991). An experimental investigation of specificity and generality in memory narratives. *Imagination, Cognition and Personality, 11*(3), 233-257.
- Singer, J. A. (2004). Narrative Identity and Meaning Making Across the Adult Lifespan: An Introduction. *Journal of Personality, 72*(3), 437-460.
- Smith, C., Barzman, D., & Pristach, C. (1997). Effect of patient and family insight on compliance of schizophrenic patients. *The Journal of Clinical Pharmacology, 37*(2), 147-154.
- Smith, T. E., Hull, J. W., & Santos, L. (1998). The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: A longitudinal perspective. *Schizophrenia Research, 33*(1-2), 63-67.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Goodman, M., Hedayat-Harris, A., Willson, D. F., Israel, L. M., & Munich, R. L. (1999). The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder (English). *The Journal of nervous and mental disease, 187*(2), 102-108.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*(1), 15-28.
- Spanier, G. B. (1989). *Manual for the Dyadic Adjustment Scale*. North Tonowanda, NY: Multi-Health Systems.
- Spence, D. P. (1982). 'Vérité narrative et vérité théorique'. Traduction française, 1998. *Revue Française de Psychanalyse, 3*, 889-893.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait anxiety inventory (For mY)*. Palo Alto, CA : Consulting Psychology Press.
- Staring, A. B. P., van der Gaag, M., & Mulder, C. L. (2011). Recovery style predicts remission at one-year follow-up in outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *The Journal of nervous and mental disease, 199*(5), 295-300.
- Staring, A. B. P., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H. J., & Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research, 115*(2-3), 363-369.
- Startup, M. (1996). Insight and cognitive deficits in schizophrenia: Evidence for a curvilinear relationship. *Psychological Medicine, 26*(6), 1277-1281.

- Startup, Mike. (1998). Insight and interpersonal problems in long-term schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 7(3), 299-308.
- Steiner, J. (1994). Patient-centered and analyst-centered interpretations: some implications of containment and countertransference. *Psychoanalytic inquiry*, 14, 406-422.
- Strauss, J.S. (2008). Prognosis in schizophrenia and the role of subjectivity. *Schizophrenia Bulletin*, 34(2), 201-203.
- Strober, M. (1979). The structuring of interpersonal relations in adolescent schizophrenics: A decentering analysis of Thematic Apperception Test stories. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7, 309-316.
- Tas, C., Danaci, A. E., Cubukcuoglu, Z., & Brüne, M. (2012). Impact of family involvement on social cognition training in clinically stable outpatients with schizophrenia -- a randomized pilot study. *Psychiatry Research*, 195(1-2), 32-38.
- Tastet, H. (2007). L'insight cognitif à l'œuvre dans la schizophrénie : validation française de la Beck Cognitive Insight Scale. Université Victor Segalen, Bordeaux.
- Tastet, H., & Prouteau, A. (2011). Insight, Schizophrénie, Vieillesse. In J., Bouisson, C., Brisse, I., Tournier, C., Vion. (Eds.), *Vieillesse et vieillesse, vulnérabilité et ressources : regards croisés*. Pessac : Maison des sciences de l'Homme d'Aquitaine.
- Tastet, H., Verdoux, H., Bergua, V., Destailats, J.M., & Prouteau, A. (2012). Cognitive insight in schizophrenia: the missing link between insight and neurocognitive complaints. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(10), 908-910.
- Tastet, H., Verdoux, H., Bouisson, J. & Prouteau, A. A systematic review of relationships between interpersonal factors and insight in schizophrenia. En préparation.
- Tastet, H., Verdoux, H., Bouisson, J., & Prouteau, A. Les mesures des facteurs interpersonnels dans la schizophrénie. En préparation.
- The WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 1533-159.
- Thomas, K., & Shute, R. (2006). The old and mentally ill in Australia: Doubly stigmatised. *Australian Psychologist*, 41(3), 186-192.
- Thompson, K. N., McGorry, P. D., & Harrigan, S. M. (2001). Reduced awareness of illness in first-episode psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 498-503.
- Tranulis, C., Corin, E., & Kirmayer, L. J. (2008)b. Insight and psychosis: Comparing the perspectives of patient, entourage and clinician. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(3), 225-241.
- Tranulis, C., Lepage, M., & Malla, A. (2008)a. Insight in first episode psychosis: who is measuring what? *Early Intervention in Psychiatry*, 2(1), 34-41.
- Tubiana-Ruffi, N., Moret, L., Bean, K., Mesbah, M., Feard, S., Deschamps, J.P.,...Chwalow, A.J. (1991). Validation en langue française d'une échelle d'évaluation du fonctionnement
- Üçok, A., Gorwood, P., & Karadayı, G. (in press). Employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with schizophrenia: EGOFORs Study. *European Psychiatry*.
- Vaz, F. J., Béjar, A., & Casado, M. (2002). Insight, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 311-317.
- Villagrán, J. M. (2003). Consciousness disorders in schizophrenia: A forgotten land for psychopathology. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 3(2), 209-234.
- Warman, D., Lysaker, P., & Martin, J. (2007). Cognitive insight and psychotic disorder: the impact of active delusions. *Schizophrenia Research*, 90, 325 - 333.
- Westen, D, Lohr, N, & Silk, K. (1985). *Measuring Object Relations and Social Cognition Using the TAT: Scoring Manual*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan.

- White, R., Bebbington, P., Pearson, J., Johnson, S., & Ellis, D. (2000). The social context of insight in schizophrenia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 35(11), 500.
- Whitty, P., Browne, S., Clarke, M., McTigue, O., Waddington, J., Kinsella, T., ... O'Callaghan, E. (2004). Systematic Comparison of Subjective and Objective Measures of Quality of Life at 4-Year Follow-Up Subsequent to a First Episode of Psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 805-809.
- Williams, C. C., & Collins, A. A. (2002). The social construction of disability in schizophrenia. *Qualitative Health Research*, 12(3), 297-309.
- Williams, C. C. (2008). Insight, Stigma, and Post-Diagnosis Identities in Schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 71(3), 246-256.
- Wilson, S. T., & Amador, X. F. (2007). Awareness of illness and the risk of suicide in schizophrenia. In R. Tatarelli, M. Pompili, P. Girardi, R. E. Tatarelli, M. E. Pompili & P. E. Girardi (Eds.), *Suicide in schizophrenia*. (pp. 133-145). Hauppauge, NY US: Nova Biomedical Books.
- Wittmann, D., & Keshavan, M. (2007). Grief and Mourning in Schizophrenia. [Article]. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 70(2), 154-166.
- Wittmann, D., Smith, P., Rajarethinam, R. P., Foley, S., Vanbrussel, A., Philip, B., & Keshavan, M. (2010). Do Patients With Psychosis Experience Loss and Grief As a Result of Their Illness? *Psychoanalytic Social Work*, 17(1), 30-39.
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 73-93.
- Yen, C.-F., Yeh, M.-L., Chen, C.-S., & Chung, H.-H. (2002). Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: A prospective study. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 443-447.
- Young, D. A., Campbell, Z., Zakzanis, K. K., & Weinstein, E. (2003). A comparison between an interview and a self-report method of insight assessment in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63(1-2), 103-109.
- Young, D. A., Davila, R., & Sher, H. (1993). Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 10(2), 117-124.
- Young, D. A., Zakzanis, K. K., Bailey, C., Davila, R., Griese, J., Sartory, G., & Thom, A. (1998). Further parameters of insight and neuropsychological deficit in schizophrenia and other chronic mental disease. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(1), 44-50.