



Le patient « désinstitutionnalisé » à votre cabinet

par Daniel Bordeleau

Établir une alliance thérapeutique avec un patient psychiatrique... Plus facile à dire qu'à faire.

- Comment s'y prendre ?
- Comment éviter certains pièges et leurs conséquences ?
- Comment utiliser la prescription pharmacologique comme moyen de favoriser un partenariat avec le patient pour le traitement de sa maladie ?

M^{ME} BONSECOUR vous consulte habituellement pour une évaluation annuelle. Aujourd'hui, elle accompagne un homme que vous ne connaissez pas. Elle vous salue en vous annonçant qu'elle vous amène M. Tremblay, qu'elle héberge depuis deux semaines. C'est ainsi que vous apprenez que M^{me} Bonsecour vient d'ouvrir une résidence d'accueil et qu'elle compte sur vous pour assumer le suivi médical de ses « protégés ». Elle enchaîne en disant que M. Tremblay est sorti l'année précédente d'un établissement psychiatrique où il a séjourné durant une vingtaine d'années. Plus récemment, il y est retourné parce qu'il a vécu une période difficile ayant nécessité un séjour à l'hôpital de quelques semaines. Il en est sorti pour s'installer chez elle.

À ce moment-là, vous vous tournez vers M. Tremblay. Bien que l'on parle de lui, il regarde ailleurs et ne semble pas intéressé, ni impatient, ni concerné. Vous remarquez qu'il porte un chapeau déformé enfoncé sur la tête, qu'il est trop habillé pour la saison, qu'il a l'air un peu bizarre et qu'il ne fait aucun effort pour établir un contact. Il semble ignorer votre présence, malgré le regard intéressé que vous lui adressez. Vous pensez qu'il souffre probablement de schizophrénie.

Cependant, vous savez que nonobstant son caractère essentiel, le diagnostic n'est pas le seul élément à considérer dans le rapport entre un médecin et son patient. Vous savez que le rapport interpersonnel est déterminant pour le suivi d'une personne malade. Voilà

Le Dr Daniel Bordeleau, médecin, analyste jungien et chargé d'enseignement clinique au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, exerce à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, à Montréal.

pourquoi, en évitant soigneusement de la heurter, vous demandez à M^{me} Bonsecour d'attendre un peu avant de vous énumérer les médicaments que prend le patient, comme elle s'appretait à le faire. Vous préférez vous tourner résolument vers M. Tremblay pour vous enquérir de son état actuel. Après vous être présenté à lui, vous lui demandez comment il va, comment il se sent de se trouver dans votre cabinet, face à un médecin qu'il ne connaît pas.

La recherche d'une alliance thérapeutique

Il n'est pas impossible que le patient paraisse encore plus gêné par votre approche. Il pourrait même ne pas répondre à vos questions, ou y répondre par monosyllabes. Cela importe peu pour le moment, parce que vous savez par expérience que vous venez de lui signifier votre intérêt pour lui en tant que personne, pas uniquement en tant que malade. Vous pourriez également prendre appui sur les données que vous a fournies M^{me} Bonsecour et vous enquérir de son séjour à l'hôpital. En règle générale, il est préférable de s'intéresser d'abord à l'expérience la plus récente. Dans ce cas, ce serait sa

rencontre avec vous, puis le placement chez M^{me} Bonsecour. Ce lieu constitue un nouvel environnement pour lui. Après une longue période dans un établissement, toute personne qui doit s'adapter à un nouveau milieu a des réactions. Le fait d'avoir l'occasion d'en parler permet de s'en rendre compte, diminue le refoulement et réduit l'anxiété inhérente à l'expérience.

Étant donné que l'on pense que M. Tremblay présente un syndrome schizophrénique, on s'attend à ce qu'il ne fournisse pas de réponses d'ordre personnel ou émotionnel aux questions. Malgré cela, il est indiqué de procéder à une investigation minimale. L'anamnèse n'a pas pour seul objectif d'obtenir des informations. Dans un contexte psychiatrique, l'évaluation du patient constitue simultanément une intervention à visée thérapeutique¹.

Dans le cas présent, il est peu probable que le diagnostic soit mis en doute. Il est posé depuis de nombreuses années. S'il y avait lieu de le remettre en question, ce ne serait pas urgent. Il est plus pressant, par contre, d'établir une relation qui soit fondée sur un rapport interpersonnel. La visée thérapeutique consiste à poser les fondements d'une telle relation. Dans le cas qui nous

occupe, il ne saurait être question d'imaginer que le rapport sera d'emblée ouvert. Ce patient prendra certainement longtemps à s'ouvrir. Le but du praticien est de signifier au patient son intérêt pour lui **en tant que personne**. La notion de dosage est tout aussi importante sur le plan de l'établissement de la relation thérapeutique que sur le plan de la pharmacothérapie. Une insistance trop grande est aussi néfaste que l'indifférence. Le médecin doit pouvoir juger si son message s'est rendu à destination. Si le patient a perçu qu'on s'intéresse à lui, l'intervention suffit pour le moment. Il reste alors à attendre que le patient intègre ce rapport. Avec des patients schizophrènes qui ont été hospitalisés pendant une très longue période, cela peut nécessiter des mois et plusieurs rencontres. Certains mettent plus d'une année avant de manifester (timidement) leur satisfaction face à l'intérêt qu'on leur porte. L'appréciation n'en est pas moindre pour autant.

Dans le rapport entre un patient et son médecin, il arrive que certains patients se perçoivent ou se sentent traités comme s'ils étaient réduits à de simples consommateurs de pilules. Au point de départ, il ne fait pas de doute que le patient a besoin du traitement médicamenteux. Il parvient à le reconnaître, même si, en psychiatrie, plusieurs patients ont besoin d'une longue période de temps pour apprivoiser cette idée. À partir de là, un suivi est instauré. Le patient se rend donc régulièrement voir son médecin. Celui-ci s'enquiert alors de l'effet des médi-

caments : effets favorables et effets indésirables. Aucune difficulté jusque-là. Le problème survient lorsque la consultation est réduite à cette unique dimension. Le patient se voit alors traiter comme une machine dans laquelle on introduit un peu plus de ceci ou un peu moins de cela pour, ensuite, en observer les effets. Parallèlement, il en vient à réduire le médecin à un pharmacologue (ce qu'exprime le terme « donneur de pilules »). Une telle situation ne favorise ni l'alliance thérapeutique ni la fidélité au traitement pharmacologique.

Avec le type de patient présenté ici, l'une des difficultés réside dans le fait qu'il répond peu ou pas aux questions d'ordre personnel. Cela laisse le médecin dans une position inconfortable. On le comprendra facilement de se tourner vers un domaine comme la pharmacologie, où il peut obtenir des réponses qui lui disent quelque chose. Cependant, ce faisant, il se place dans une position qui peut devenir difficile plus tard. En effet, un tel rapport fait en sorte que le patient est involontairement incité à « jouer » avec la prise de ses médicaments. La prise ou la non-prise des médicaments deviennent alors ses moyens de communication avec le médecin. C'est ainsi que l'on entendra un patient dire : « Êtes-vous content docteur, je prends **vos** médicaments » ! Cette expression a pour corollaire que le même patient ne prendra pas ses médicaments lorsqu'il éprouvera de l'insatisfaction à l'égard de son médecin. Le traitement médicamenteux occupe alors une place

inappropriée. Il ne devrait pas faire l'objet d'une lutte de pouvoir. C'est le patient qui a besoin des médicaments, pas le médecin. Cette position doit être claire pour tous. L'idéal est que le patient prenne ses médicaments parce qu'il reconnaît en avoir besoin, pas parce que son médecin le lui demande ou, pire encore, le lui ordonne. Bien que le médecin puisse et doive favoriser la prise de médicaments lorsqu'il le juge nécessaire, il ne peut pas l'imposer (ni légalement, ni éthiquement). Il ne devrait pas prendre l'entière responsabilité de la fidélité au traitement. Ce faisant, le patient est indirectement encouragé à se départir de cette responsabilité. Dans un rapport complémentaire, la responsabilité se partage entre les partenaires. Ce qui est assumé par l'un n'a pas à être endossé par l'autre. Il est de loin préférable que le médecin insiste davantage sur des interventions psychoéducatives² visant la reconnaissance de la maladie comme une caractéristique inhérente à la personne qui en souffre, plutôt que de se retrouver dans une lutte de pouvoir au centre de laquelle se trouve le médicament. En ne prenant pas la responsabilité de la fidélité du patient au traitement (ce qui ne signifie pas que l'on ne s'y intéresse pas), on l'aide à prendre en charge cette part de son traitement. La fierté qu'éprouvent certains patients lorsqu'on leur remet ce type de responsabilité est souvent frappante. Le milieu institutionnel a une forte propension à la prise en charge totale. Elle est nécessaire en période d'exacerbation des symptômes. Le problème se pose lorsque cette situation se perpétue au-delà de la crise. On néglige souvent de considérer l'intensité de la blessure narcissique vécue par un patient ainsi privé de la possibilité de développer ses aptitudes.

La notion de dosage est tout aussi importante sur le plan de l'établissement de la relation thérapeutique que sur le plan de la pharmacothérapie.

Repère

Pharmacothérapie et relation patient-médecin

De retour à M. Tremblay et à M^{me} Bonsecour. On aura remarqué que M^{me} Bonsecour a eu involontairement tendance à reproduire le système dans lequel les médicaments sont présentés avant la personne. Vous avez contré cette propension en vous occupant de la personne et de son expérience actuelle. Vous pouvez maintenant vous soucier de ses médicaments. Vous constatez que M. Tremblay reçoit la dose maximale d'un nouvel antipsychotique en association avec une faible dose d'halopéridol. Ce second antipsychotique a été ajouté pendant la période de crise. Il prend également un stabilisateur de l'humeur sous forme d'acide valproïque. Une benzodiazépine à prendre au besoin (p.r.n.) a été prescrite en cas d'agitation ou de stress important. Toujours dans la même perspective **relationnelle**, vous demandez à M. Tremblay comment ça va avec ses médicaments. Vous lui demandez aussi s'il connaît le nom des médicaments qu'il prend. En lui en donnant les noms (même s'il peut les oublier), vous demeurez conséquent avec le cadre que vous avez établi. Ce sont **ses** médicaments. C'est la moindre des choses qu'il en connaisse la dénomination. Ainsi, vous lui signifiez à nouveau que vous voulez faire alliance avec lui dans son traitement. Autrement dit, il s'agit de faire équipe avec le patient pour le traitement du problème avec lequel il est aux prises.

Votre première rencontre se termine là. Elle vous aura pris de 15 à 20 minutes. C'est suffisant pour le patient, et elle ne vous met pas en retard dans votre horaire. Lorsqu'il n'y a pas d'imperatif médical, il est bon d'éviter de modifier le traitement médicamenteux à la première consultation. On évite ainsi d'être automatiquement associé aux pilules. Vous offrez au patient un rendez-vous dans deux semaines ou dans un mois, à son choix. Cet intervalle lui donnera le temps de « digérer » la première rencontre avec un étranger. Au début du suivi, un intervalle trop long entre les rencontres peut être interprété comme une manifestation d'indifférence, ce qui n'est pas souhaitable à ce moment-là. Un intervalle trop court peut augmenter le niveau d'anxiété. En lui donnant le choix, vous lui signifiez votre confiance dans sa capacité de choisir.

Avant la prochaine rencontre, vous aurez reçu le résumé du dossier que le patient vous aura autorisé à demander. Ce document vous révèle que M. Tremblay souffre effectivement de schizophrénie. Il y est décrit comme retiré, apathique, peu enclin aux contacts interpersonnels. Il n'a jamais posé de problèmes sérieux sur le plan comportemental. Il sait se faire oublier. Son niveau de présence est minimal, comme vous l'aviez constaté au cours de votre rencontre.

Au plan pharmacologique, vous notez qu'il a pris des antipsychotiques traditionnels durant la plus grande partie de son long séjour à l'hôpital. Pendant les trois dernières années, il a pris un nouvel antipsychotique. Les notes révèlent qu'il a eu une bonne réponse, c'est-à-dire qu'on le considère moins apathique qu'auparavant. Par ailleurs, vous constatez qu'il recevait la moitié de la dose qu'il prend actuel-

lement. Elle a été doublée lors de la période de désorganisation qui a fait suite à sa sortie de l'établissement. Que pouvons-nous tirer de ces données ?

La dose minimale efficace

Bien que 17 % des patients traités pour psychose chronique prennent plus d'un antipsychotique³, la tendance actuelle en psychopharmacothérapie est de favoriser autant que possible une monothérapie antipsychotique⁴. On cherche également à prescrire la dose minimale efficace (DME), c'est-à-dire la dose en dessous de laquelle le patient se trouve quasi automatiquement en déséquilibre psychique. Cette posologie se détermine par l'observation clinique : elle est imprédictible et varie d'un patient à l'autre. Il n'est pas du tout impossible que M. Tremblay puisse fonctionner adéquatement en situation « normale » avec une dose moindre de l'antipsychotique qu'il prend actuellement. La période de crise était possiblement due à la difficulté d'adaptation à un nouveau milieu, ce qui correspond à la situation présente. Lorsqu'un patient présente de l'agitation ou une exacerbation aiguë de sa maladie, il est recommandé, lorsque la DME est faible, d'augmenter la dose d'antipsychotique. Une augmentation de la dose au coucher favorisera le sommeil s'il souffre d'insomnie, alors qu'une augmentation de la dose matinale pourra contrer l'anxiété ou la tendance à l'agitation diurne. On peut aussi

En période d'instabilité, on peut ajouter une benzodiazépine et (ou) un antipsychotique traditionnel à faible dose pour une courte période de temps au lieu d'augmenter la dose des nouveaux antipsychotiques au-dessus des niveaux habituels.

Repère

Tableau I

Médicaments d'appoint (p.r.n.)

Benzodiazépines	Posologie* (p.r.n.)	Antipsychotiques**	Posologie* (p.r.n.)
Bromazépam (Lectopam®)	1,5-3 mg	Chlorpromazine (Largactil®)	10-25 mg
Clonazépam (Rivotril®)	0,5-1 mg	Halopéridol (Haldol ^{MD})	1-5 mg
Lorazépam (Ativan®)	0,5-1 mg	Loxapine (Loxapac®)	10-25 mg
Oxazépam (Serax®)	10 mg	Risperidone (Risperdal®)	1-2 mg

* Dose pouvant être reprise après une heure ou deux si l'agitation persiste ; maximum de deux à trois doses par jour.

** Deuxième option lorsque le choix d'une benzodiazépine est non souhaitable ou contre-indiqué. Les antipsychotiques suggérés sont disponibles en comprimés ou sous forme liquide.

40
ajouter une benzodiazépine et (ou) un antipsychotique traditionnel à faible dose pour une courte période de temps au lieu d'augmenter la dose des nouveaux antipsychotiques (comme la rispéridone ou l'olanzapine) au-dessus des niveaux habituels⁵. Si le patient reçoit de la quétiapine, il est plutôt conseillé d'augmenter la dose en période d'agitation⁶. Ces recommandations ont été appliquées à M. Tremblay. Cela signifie pour vous qu'il faudra songer à revenir à la DME. Il faudra alors le faire très progressivement, en plusieurs mois, sans oublier d'informer le patient des modifications que vous apportez à son traitement médicamenteux. Vous pouvez ainsi devenir partenaires de sa psychopharmacothérapie. Nous avons souvent l'impression que la personne qui ne répond pas à nos questions ne les entend pas. Cela peut nous amener à nous priver d'une alliance avec le patient qui serait très profitable.

On peut aussi déduire qu'il sera préférable de donner à ce patient le temps de bien s'acclimater à son nouvel environnement avant d'entreprendre le processus de retour à la dose minimale qui lui suffisait en milieu hospitalier. Un suivi assez étroit vous permettra certainement de pouvoir juger du degré d'habituation du patient à son

nouveau milieu.

La détermination et l'application d'une DME visent de multiples objectifs. Premièrement, l'efficacité du traitement n'est pas supérieure avec des doses qui dépassent les besoins réels du patient. Deuxièmement, on évite les effets indésirables ou on en amoindrit l'intensité, ce qui favorise la fidélité à la dimension pharmacologique du traitement⁷. Troisièmement, le maintien d'une DME donne une marge de manœuvre beaucoup plus grande dans les périodes d'exacerbation aiguë. En effet, lorsqu'un patient maintenu à une DME présente des signes avant-coureurs de désorganisation, on hésite peu à augmenter la dose pour une courte période. Si le même patient est dans la même situation mais reçoit une forte dose, le praticien hésitera probablement à l'augmenter, ce qui peut favoriser indirectement une désorganisation. Quatrièmement, la prise de psychotropes à doses élevées durant une longue période donne au patient une image négative de lui-même. Ce portrait est renforcé par le fait qu'il a l'air d'un « patient psychiatrique » en raison de la neuroleptisation : ralentissement moteur, faciès peu expressif, etc. En pratique, des doses élevées sont souvent liées à une résistance au traite-

ment et à la prise d'un deuxième médicament pour contrer les effets secondaires du premier, et d'un troisième pour potentialiser l'effet du premier ou comme stabilisateur de l'humeur. La prise de tous ces médicaments renvoie une image de déficience personnelle importante. La blessure narcissique qui en résulte n'est pas souvent exprimée clairement, mais on peut en voir l'expression indirecte lors de certaines crises. Le patient est alors dans un état de révolte et cesse de prendre ses médicaments. On attribue alors la crise, avec raison, à l'arrêt de la prise des médicaments. Toutefois, une exploration plus approfondie montre que le patient a cessé de les prendre pour se donner à lui-même une image différente : celle de celui qui n'a pas besoin de médicaments. En somme, il s'agit d'une manifestation d'indépendance dont le patient a besoin pour se maintenir en équilibre au plan narcissique. Cependant, elle a pour conséquence d'entraîner un déséquilibre neurophysiologique. La rechute découle de ce déséquilibre. Il est donc important et utile que la dose soit maintenue au minimum efficace. Il est tout aussi crucial de discuter avec le patient de la façon dont il perçoit le fait de prendre ce médicament. Il aura ainsi la possibilité

d'exprimer ses sentiments à ce sujet. On évite parfois une telle discussion de crainte de donner au patient l'occasion d'exprimer le souhait de ne plus prendre ses médicaments, ce qui nous fait peur. En se déroband ainsi, on laisse le patient continuer à ruminer sa frustration de devoir prendre ses pilules. Le refoulement entraînera une accumulation de tension qui pourra trouver un exutoire dans une crise aiguë. Le fait d'en parler avec vous directement constitue une soupape beaucoup moins dérangeante et considérablement plus efficace à moyen et à long terme.

Le médicament d'appoint « p.r.n. »

Même si on applique les meilleures interventions possibles, les patients souffrant de maladies psychiatriques graves et persistantes ont occasionnellement des périodes de désorganisation. En général, ces crises sont précédées de signes avant-coureurs. Les signes en question varient d'une personne à l'autre. Cependant, chaque patient présente un modèle qui semble se répéter. Une connaissance approfondie du patient permet de dépister rapidement ce modèle et de réagir. La responsabilité de rester en éveil face aux signes précurseurs d'une désorganisation ne devrait pas appartenir uniquement au médecin et aux intervenants qui entourent le patient. L'un des buts de l'alliance thérapeutique est l'établissement d'une complicité qui permette aux partenaires de faire

équipe face aux aléas de la maladie. Il est de loin préférable que ce soit le patient qui devienne celui qui assume la surveillance de ses déséquilibres. Il est mieux placé que quiconque !

Malgré cela, nous savons par expérience que les situations cliniques ne sont pas toujours telles que nous le souhaiterions. C'est ainsi qu'il vaut mieux prévoir des moyens de limiter les dérapages. Un médicament d'appoint connu sous le nom de « p.r.n. » fait partie de ces moyens (*tableau I*). Dans le cas qui nous occupe, il y a lieu de prescrire un médicament « p.r.n. » pour plusieurs raisons. D'abord, M. Tremblay vient de s'installer dans un nouveau milieu, ce qui cause un stress important. Ensuite, en situation urgente ou semi-urgente, s'il reçoit rapidement un anxiolytique, il y a de bonnes chances d'éviter une détérioration plus grande. De plus, M^{me} Bonsecour est nouvelle dans son rôle de responsable d'une résidence d'accueil. Elle a certainement besoin de se sécuriser en ayant à sa disposition un moyen d'intervenir en cas de besoin. Bien que cela puisse paraître étrange, il faut reconnaître qu'en pratique, si le médicament anxiolytique que prend le patient permet de réduire l'anxiété de l'intervenante, le résultat est meilleur que si le médicament avait été pris par l'intervenante elle-même. En somme, les deux partenaires sont plus calmes et peuvent réagir plus adéquatement.

Bien que l'on ait affaire à un patient présentant une maladie psychotique, l'usage d'une benzodiazépine⁸ est à privilégier en tant que médica-

ment d'appoint. Lorsqu'on le juge nécessaire, il faut donner une dose suffisante sur une courte période plutôt qu'une dose minime qui ne produit pas l'effet souhaité. Lorsque des médicaments « p.r.n. » sont prescrits sur une base régulière en période difficile (trois ou quatre fois par jour), on doit prendre soin d'en arrêter l'utilisation progressivement pour éviter les complications du sevrage (voir l'article de la D^{re} Johanne Fréchette, dans ce numéro).

IL EST D'UN GRAND intérêt pour le médecin et pour le patient souffrant d'une maladie psychiatrique grave et persistante que ce dernier soit d'abord considéré comme une personne. Le médecin qui oriente son attitude dans ce sens favorise une alliance thérapeutique qui facilite énormément le suivi de ces patients. Lorsqu'elle est stratégiquement orientée, la prescription pharmacologique peut être utilisée comme un moyen de favoriser un partenariat avec le patient pour le traitement de sa maladie. Un tel partenariat est également souhaitable avec le psychiatre du patient. Une bonne communication peut résoudre de nombreux problèmes. □

Date de réception : 10 octobre 2000.

Date d'acceptation : 19 janvier 2001.

Mots clés : alliance, psychopharmacothérapie, antipsychotique, dose minimale efficace.

Bibliographie

1. Shea SC. *Psychiatric Interviewing. The Art of Understanding*. Philadelphie : WB Saunders, 1988 ; chap. 1 et 2.
2. Lalonde P, et al. *Démystifier la maladie mentale : La schizophrénie*. Boucherville : Gaëtan Morin, 1995 : 101.
3. Wang PS, West JC, Tanielian T, Pincus HA. Recent patterns and predictors of antipsychotic medication regimen used to treat

Lorsqu'elle est stratégiquement orientée, la prescription pharmacologique peut être utilisée comme un moyen de favoriser un partenariat avec le patient pour le traitement de sa maladie.

Repère



Congrès de formation médicale continue FMOQ

Mars 2001

15, 16 **La thérapeutique**
Hôtel des Gouverneurs, Québec

Avril 2001

2, 3 **Les soins palliatifs**
Palais des Congrès, Montréal

Mai 2001

10, 11 **Les maladies infectieuses**
Hôtel Delta, Trois-Rivières
17 au 25 **La santé cardiovasculaire**
Bordeaux (France)

Septembre 2001

13, 14 **La neurologie**
Hôtel Sheraton Laval, Laval

Octobre 2001

4, 5 **La santé des femmes**
Hôtel des Gouverneurs, Québec

Novembre 2001

15, 16 **L'appareil locomoteur/La santé au travail**
Hôtel Wyndham, Montréal

Décembre 2001

6, 7 **La périnatalité/obstétrique**
Hôtel Hilton, Québec

Février 2002

7, 8 **L'endocrinologie**
Hôtel Radisson Gouverneurs, Québec

Avril 2002

18, 19 **La pédiatrie**
Hôtel Radisson Gouverneurs, Québec

Mai 2002

16, 17 **La pneumologie**
Montréal

Summary

The formerly institutionalized patient. The meeting with an institutionalized patient is not an easy task. This article stresses the importance of a trust relationship between the doctor and the patient based on a relationship to the person instead of rapport to his or her disease. Some suggestions are given to help establish this kind of rapport. With psychiatric patients, the evaluation is also a therapeutic intervention. A good therapeutic alliance makes the follow-up easier and encourages pharmacotherapeutic compliance. Many reasons to justify the use of the lowest effective dose of medication are presented. When it is appropriate to use supplemental medication (PRN), it is suggested to use benzodiazepines at the adequate dosage. The doctor should try to form a team with the patient and with the psychiatrist.

Key words: alliance, psychopharmacotherapy, antipsychotic medication, lowest effective dose.

schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin* 2000 ; 26 (2) : 451-7.

4. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. *Am J Psychiatry* avril 1997 ; 154 (Suppl 4) : 9-25.
5. Stahl SM. *Psychopharmacology of Antipsychotics*. London : Martin Dunitz, 1999 : 77, 80.
6. Stahl SM. *Psychopharmacology of Antipsychotics*. London : Martin Dunitz, 1999 : 83.
7. Glick ID, Braff DL, Janowsky DS. Short- and long-term psychopharmacological treatment strategies. Dans : Bloom FE, Kupfer DJ, réd. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. New York : Raven Press, 1995.
8. Janicak PG, Davis JM, Preskorn SH, Ayd FJ. *Principles and Practice of Psychopharmacotherapy*. Baltimore : Williams & Wilkins, 1993 : 149.