Guide de pratique pour le traitement cognitif-comportemental des troubles psychotiques

Paquette Houde, C., Abdel Baki, A.*,
Lecomte, T. et coll.

1re édition

Éditeur : Jean Goulet – tccmontreal
2018

*Auteur contact : Amal Abdel-Baki, MD, FRCPC, M.Sc., Centre hospitalier de l'Université de Montréal, amal.abdel-baki@umontreal.ca

Table des matières

SECTION 1. Théorie et approches générales 6
  1.1 Introduction 6
    1.1.1 Historique de la TCCp 6
    1.1.2 Objectifs de la TCCp 8
    1.1.3 Particularités de la TCCp 9
    1.1.4 Efficacité de la TCCp 10
  1.2 Traitement pharmacologique des symptômes psychotiques 11
    1.2.1 Les antipsychotiques 12
  1.3 Évaluation et engagement 13
    1.3.1 Développer une alliance thérapeutique – favoriser l'engagement 14
    1.3.2 Évaluation de la symptomatologie psychotique 17
    1.3.3 Critères diagnostiques d'un trouble psychotique 20
    1.3.4 Outils d'évaluation des troubles psychotiques 24
  1.4 Modèle vulnérabilité-stress-facteurs de protection 26
  1.5. Formulation de cas et planification du traitement 31
    1.5.1 Offrir une autre explication 32
    1.5.2 Fixer des objectifs 34
  1.6 Approche générale en TCC 36
    1.6.1 Établir un plan de séance (agenda) 37
    1.6.2 Psychoéducation 37
    1.6.3 Expliquer les bases de la TCC 37
    1.6.4 Modifier les attributions 38
    1.6.5 La spirale descendante 39
    1.6.6 Utiliser les exercices à la maison ou « devoirs » 40

Section 2 : Renforcement et développement des stratégies d'adaptation (coping) 41
  2.1 Étapes 41
  2.2 Exemples de stratégie d'adaptation 42
    2.2.1 Auto-instruction 42
    2.2.2 Distractions comportementales 42
    2.2.3 Distractions cognitives 42
    2.2.4 Socialisation 43
    2.2.5 Stratégies médicales 43
    2.2.6 Focus 43

SECTION 3. Approches spécifiques aux symptômes 44
  3 .1 : Travail spécifique pour les hallucinations auditives 44
    3.1.1 Techniques visant à améliorer l'impression d'être en mesure d'avoir un certain contrôle sur les voix 46
    3.1.2 Les voix impérieuses 50
  3.2 Travail spécifique aux délires et distorsions cognitives 53
    3.2.1 Questionnement socratique 54
    3.2.2 Technique de la « Réponse rationnelle aux délires » 55
    3.2.3 Créer une dissonance cognitive 56
    3.2.4 Vérifier les faits 57
    3.2.5 Rechercher des alternatives à ses croyances 57
    3.2.6 Les délires résistants 60
  3.3 Travail spécifique sur les schémas et l'estime de soi 61

    3.3.1 Étapes du travail des schémas 63
  3.4 Travail spécifique sur les symptômes négatifs 64
    3.4.1 Modèle explicatif des symptômes négatifs de Kingdon et Turkington (1994) 65
    3.4.2 Établir les objectifs du traitement dans le contexte de symptômes négatifs 67
    3.4.3 Travailler avec les familles et proches 68

Section 4 : Prendre de la distance et améliorer l'acceptation des symptômes psychotiques 70
  4.1 Exemples d'acceptation 70
    4.1.1 La feuille de papier 70
    4.1.2 Le conducteur d'autobus 71
    4.1.3 Le voisin désagréable 71
  4.2 Pleine conscience du moment présent 71
    4.2.1 Exercice de centration sur le corps 71
    4.2.2 Exercice de pleine conscience grâce aux sens 72
  4.3 Travailler la distanciation par rapport aux voix 73
  4.4 Initiation à l'autocompassion 74

SECTION 5 : Terminaison et prévention des rechutes 76
  5.1 Résumé de thérapie 76
  5.2 Fiche de prévention des rechutes 76
    5.2.1 Étapes pour l'élaboration d'une fiche de prévention des rechutes 77
  5.3 Entrevues de consolidation (« boosters ») 79

SECTION 6 : Prise en charge des comorbidités 80
  6.1 Formulation de cas et comorbidités 80
  6.2 Trouble lié à l'utilisation de substances 82

Astuces pour faciliter l'alliance et favoriser l'engagement :

- Adapter le lieu, la durée, la fréquence des séances au patient
- Expliquer les buts de l'intervention au patient « Je vous pose ces questions pour savoir à quel point la situation a pu vous causer du stress »
- Être stable et prévisible dans sa manière d'être
- Communiquer que nous prenons ses problèmes (tels qu'il les perçoit) au sérieux et avec intérêt en s'intéressant à sa compréhension de la situation.
- Éviter d'agir en expert ou d'imposer sa vision, mais plutôt considérer la vision du patient comme aussi pertinente que celle du thérapeute voire plus.
- Maintenir une attitude très empathique et refléter les émotions vécues par la personne
- Poser sur la personne un regard positif, rempli d'espoir
- Éviter d'être trop directif tout en gardant un but à la conversation
- Clarifier les problèmes mais ne pas insister si la détresse augmente
- Éviter de vouloir modifier les symptômes psychotiques qui ne causent pas de détresse ou de dysfonction. Considérer le rôle protecteur qu'ont certains symptômes.
- Limiter l'utilisation du silence (qui peut augmenter l'angoisse chez les patients atteints de psychose)
- Privilégier un questionnaire sous forme de conversation, plutôt qu'un « interrogatoire trop type policier »
- Adapter son langage au patient ; reprendre ces termes exacts (prendre des notes pour s'assurer de cela ex. ne pas confondre « extraterrestres » et « martiens »
- Utiliser un langage plus technique, lorsqu'approprié, dans le but d'augmenter la distanciation par rapport aux symptômes générant trop de détresse (par exemple, appeler certains phénomènes psychotiques des « expériences » ou « voix »).
- Suggérer au patient de parler des phénomènes comme s'ils avaient été vécus par une autre personne (par exemple, utilisation de la troisième personne)
- Éviter des formulations telle que : « Il s'agit d'un symptôme de psychose »
- Faire du dévoilement personnel pour donner un modèle au patient (ex. « J'utilise un agenda sinon j'oublie mes rendez-vous ») ou pour normaliser les expériences vécues (« Lorsque je dois parler devant des inconnus, je suis anxieuse, avant, j'avais même souvent de la difficulté à dormir la veille. »)
- Définir un objectif thérapeutique avant d'utiliser des techniques de TCCp. Ne pas les utiliser de manière aléatoire ou selon nos préférences.