

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

Paquette Houde, C., Abdel Baki, A.*,

Lecomte, T. et coll.

1^{re} 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

**Auteurs : Paquette Houde, C., Abdel Baki, A., Lecomte, T.,
Lussier-Valade, M et Ngô, T. L.**

Éditeur : Jean Goulet - tccmontreal
Montréal, QC, Canada
2018
ISBN 978-2-924935-11-8
Dépôt légal 4e trimestre 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2018
Bibliothèque et Archives Canada 2018
1re édition

À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout au clinicien afin de lui fournir une information concise, pratique et actuelle, sur la compréhension et la thérapie cognitive-comportementale des troubles psychotiques (TCCp). Elle n'a pas la prétention d'être complète et elle pourra faire l'objet de discussion, de corrections ainsi que de modifications futures.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult et coll. (2008) pour une présentation pratique des principes fondamentaux et techniques de base de TCC.

Il est préférable que la TCCp soit offerte par des cliniciens qui possèdent une bonne connaissance de la psychose et de la TCC. Après une formation sur la TCCp, des supervisions de groupe par les pairs ou en individuel par un thérapeute expérimenté sont essentielles. Par contre, la philosophie qui sous-tend la TCCp, c'est-à-dire centrée sur la personne et son rétablissement, devrait teinter toutes les interventions faites avec cette clientèle. Elle permet certainement un meilleur lien thérapeutique qui est à la base de tout succès clinique en psychiatrie, et tout particulièrement pour la psychose, de même qu'une meilleure acceptation et adaptation à la maladie et aux conséquences qui y sont associées. (Waller et al. 2013) (Hazell et al. 2016)

À PROPOS DES AUTEURS

Chloée Paquette Houde est médecin résident en psychiatrie à l'Université de Montréal depuis 2014. Elle a complété son doctorat en médecine à l'Université de Sherbrooke et possède une mineure en psychologie de l'Université de Montréal. Elle s'intéresse à la réadaptation des maladies chroniques en psychiatrie et aux troubles du spectre de l'autisme.

Amal Abdel-Baki est médecin psychiatre. Elle travaille au CHUM depuis 2002 comme psychiatre clinicien et est chef du service santé mentale jeunesse. Elle est responsable de la recherche à la clinique JAP (Jeunes Adultes ayant eu un épisode Psychotique) et chercheur-investigateur du centre de recherche du CHUM.

Elle est professeur titulaire et directrice adjointe aux études supérieures au département de Psychiatrie de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Depuis 2003, elle supervise des résidents en psychiatrie dans le cadre de stages en réadaptation mais également en psychothérapie cognitivo-comportementale et donne des cours à ce sujet aux résidents en psychiatrie, psychiatres et professionnels en santé mentale..

Elle est présidente de l'Association des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP) et membre du comité directeur du Consortium Canadien en Intervention précoce pour la psychose (CCEIP).

Tania Lecomte est chercheure au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et chercheur au Centre de Recherche Fernand Séguin. Elle est également professeure titulaire au département de psychologie de l'Université de Montréal et auteure de plusieurs interventions manualisée en thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles psychotiques. Ses travaux portent sur l'amélioration des soins prodigués aux personnes atteintes d'un trouble mental grave principalement sur l'impact des thérapies cognitivo-comportementales pour les clientèles psychotiques.

Magalie Lussier-Valade est médecin résident en psychiatrie depuis 2014 à l'Université de Montréal, où elle a également complété son doctorat en médecine. Ses champs d'intérêt sont les troubles psychotiques, les troubles du sommeil et la thérapie cognitive-comportementale.

Thanh-Lan Ngô est médecin psychiatre. Elle est chef de la clinique des maladies affectives de l'Hôpital en santé mentale Albert Prévost de l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. Elle est professeure agrégée de clinique au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Remerciements:

- **Florence Chanut** est médecin psychiatre et chef de la clinique des troubles relationnels et dépendances de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost. Elle est également, entre autres, membre du groupe de travail sur la psychiatrie des toxicomanies et professeure adjoint de clinique à l'Université de Montréal

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
6.3 Épisode dépressif majeur	84
6.3.1 L'activation comportementale.....	84
Section 7 : Déroulement du traitement	86
7.1 Déroulement général :	86
7.1.1 Étapes proposées de la TCCp avec formulation individuelle	87
7.2 Déroulement détaillé.....	87
7.2.1 Première ENTREVUE	87
7.2.2 ENTREVUES 2 à 3 (et +).....	88
7.2.3 ENTREVUES 3 à 4-5 (et +)	88
7.2.3 ENTREVUES 5 et + (contenu #1)	89
7.2.4 ENTREVUES 5 et + (contenu #2)	89
7.2.5 Trois à quatre dernières ENTREVUES.....	89
SECTION 8 : Conclusion	90
8.1 Variantes de la TCCp	90
8.2 Implantation de la TCCp : solutions et défis à venir.....	90
Annexes	92
Bibliographie.....	137

SECTION 1. Théorie et approches générales

1.1 Introduction

La thérapie cognitive-comportementale est un traitement efficace pour une grande variété de difficultés psychiatriques et psychologiques, incluant les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles alimentaires, etc. Son efficacité a également été reconnue dans le traitement des troubles psychotique, de pair ou sans le traitement pharmacologique, à ce jour considéré comme la pierre angulaire de la prise en charge (Morisson, 2018) . En effet, une proportion substantielle de patients atteints de troubles psychotiques souffre de symptômes résistants à la médication, d'autres présentent des effets indésirables nuisant à l'observance. La présentation clinique est fréquemment compliquée par la présence de comorbidités et de difficultés au niveau de l'observance au suivi ou à la médication. Les troubles psychotiques amènent également souvent des problèmes au niveau de la gestion des émotions et du fonctionnement social. Confrontés aux limites du traitement pharmacologique, des cliniciens et chercheurs ont développé des protocoles de traitement cognitif-comportementaux de la psychose (TCCp), dont l'efficacité est de plus en plus démontrée. Il existe plusieurs modèles de TCCp. Celui que nous présenterons dans ce guide est grandement inspiré du modèle de David Fowler, qui intègre la plupart des techniques utiles en pratique selon nous. Ce document s'inspire aussi d'autres auteurs, dont Max Birchwood, Philippa Garety, David Kingdon, Douglas Turkington et Tania Lecomte (co-auteure de ce guide).

1.1.1 Historique de la TCCp

Les interventions psychologiques dans le traitement de la psychose ont été longtemps mises au rancart, en partie en lien avec la croyance répandue depuis Jaspers en 1913 que les psychoses étaient des maladies du cerveau, traitables seulement par médication (Bentall, 2003). Bien que l'introduction des premiers antipsychotiques, comme la chlorpromazine dans les années 50, ait permis une diminution des symptômes positifs, le rétablissement fonctionnel demeurait souvent limité. Ces limites de la médication ont motivé un éloignement d'une vision biologique réductrice au profit des facteurs psychologiques. Les années 60 ont ainsi vu l'essor de la psychanalyse, qui s'est répandue dans plusieurs établissements psychiatriques. Toutefois, ces interventions, basées sur la reconstruction de mécanismes de défenses dits archaïques causés par une mère froide "schizophrénogène" (théorie non-soutenue empiriquement), eurent très peu de succès, voire contribuaient à l'augmentation des symptômes psychotiques chez certains (Malmberg et

Fenton, 2001). Les interventions comportementales des années 80 avaient quant à elles comme but premier de faciliter la désinstitutionalisation en renforçant les comportements adaptés à la vie dans la collectivité et de réduire les comportements non désirables (Lecomte et al. 2000). Ce n'est que vers la fin des années 80 que le concept de rétablissement psychiatrique commence à émerger, de pair avec le modèle biopsychosocial et le postulat d'un modèle stress-diathèse global intégrant le stress, la vulnérabilité et les facteurs de protection comme modèle explicatif de la maladie et de son traitement.

Dans les années 90, les interventions se centrent de plus en plus sur l'individu avec pour objectif de favoriser l'autodétermination (*empowerment*) et de redonner à la personne sa dignité et son pouvoir d'agir. La thérapie cognitive développée dans les années 50 et 60 par Albert Ellis (nommée Rational Emotive Behavior Therapy), et Aaron T. Beck, de par sa philosophie et son mode d'intervention, s'inscrit parfaitement dans ce nouveau courant de la psychiatrie. C'est d'abord au Royaume-Uni, suite à des études de chercheurs en psychologie cognitive expérimentale, ayant trouvé des biais cognitifs spécifiques aux troubles psychotiques, qu'a été développée l'adaptation de la TCC pour la psychose. Celle-ci s'appuie sur la métathéorie du constructivisme qui suppose que l'humain construit et crée activement son modèle personnel de la représentation qu'il se fait du monde, modèle à partir duquel il attribue une signification à ses expériences. L'accent est mis sur le développement des croyances à toutes les étapes de la vie et sur le sentiment d'efficacité personnelle. Autrement dit, la personne tente de donner un sens à des expériences inhabituelles vécues (par exemple entendre des voix) ce qui mène à des explications souvent irrationnelles ou bizarres (idées délirantes).

Les dernières décennies marquent un tournant dans la conception des troubles psychotiques en psychiatrie. Les délires ne sont plus perçus comme étant immuables et irréductibles par la raison, mais bien comme étant fluctuant dans le temps, et pouvant faire l'objet d'interventions cognitives et comportementales. Le patient est considéré comme l'expert de sa propre expérience et il décide lui-même ce qu'il considère comme central dans son plan de traitement et ses objectifs de vie. Le rôle du thérapeute TCCp en est un de facilitateur, œuvrant dans le contexte d'une alliance thérapeutique. Concernant les croyances dans la psychose, elles ne sont plus évaluées de façon dichotomique comme étant normales ou anormales, mais s'inscrivent plutôt sur un continuum d'intensité de conviction et de marginalité. On ne cherche plus à les modifier à tout prix, mais bien à les comprendre et à diminuer la détresse qu'elles provoquent ou les difficultés de fonctionnement ou d'intégration sociale associées.

Au cours des 20 dernières années, le concept de la schizophrénie comme maladie unique a été remis en question et on parle actuellement des troubles du spectre de la schizophrénie, qui incluent le trouble schizo-affectif ainsi que d'autres troubles psychotiques. Cet élargissement des catégories diagnostiques et l'hétérogénéité des tableaux cliniques ont mené à l'élaboration de plusieurs modèles de TCCp axés sur l'adaptation ou la gestion de symptômes spécifiques ou de dimensions symptomatiques, plutôt que sur un trouble (diagnostic catégoriel) sous-jacent. Les manifestations de la psychose sont donc considérées comme des expériences à part entière et la souffrance engendrée par celles-ci représente le focus du processus thérapeutique. (Mander et Kingdon, 2015)

Selon l'American Psychological Association, Task Force on Severe Mental Illness (APA, 2004), l'Association des psychiatres du Canada, et Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Adults (Normand et al., 2017), la TCCp constitue maintenant un traitement de choix dont l'efficacité est bien démontrée, en complémentarité à la pharmacothérapie, pour les personnes qui présentent une détresse liée à des symptômes psychotiques. Pourtant, sa dissémination et sa disponibilité, tout comme celle d'autres interventions psychosociales, demeure trop marginale, le manque de moyens (professionnels qualifiés, dissémination des connaissances, temps limité, manque d'outils, etc.) contribuant à cet état de fait. Néanmoins, plusieurs patients demandent à pouvoir bénéficier d'une psychothérapie et ses bienfaits ont été démontrés dans plusieurs études.

1.1.2 Objectifs de la TCCp

La thérapie cognitive-comportementale pour la psychose est une thérapie structurée, limitée dans le temps, qui a 4 objectifs principaux :

1. Réduire la détresse et le dysfonctionnement associé aux symptômes psychotiques
2. Réduire les réactions affectives, anxieuses associées aux symptômes, et améliorer la gestion des émotions
3. Promouvoir la participation active de l'individu dans la maîtrise du risque de rechute et du dysfonctionnement social
4. Aider la personne à atteindre ses buts et objectifs de vie.

1.1.3 Particularités de la TCCp

La thérapie cognitive comportementale pour la psychose doit tenir compte de certaines particularités des individus atteints de psychose. Ceux-ci peuvent présenter :

- Des troubles de concentration, de mémoire, de planification et de gestion des informations complexes ainsi que les difficultés à reconnaître leurs émotions, celles des autres et leurs intentions qui peuvent entraver le processus thérapeutique ;
- La crainte des autres, la méfiance, parfois liée à la paranoïa mais également liée aux préjugés auxquels les patients doivent faire face et qui peut parfois nuire au développement de l'alliance thérapeutique, surtout en début de thérapie ;
- La motivation au changement n'est pas toujours présente, car la personne peut présenter plusieurs symptômes négatifs ou encore être convaincue que sa situation/condition ne peut changer ;
- Une altération voire absence d'autocritique est fréquente. Ce manque d'introspection a parfois une fonction protectrice (pour préserver l'estime de soi, entre autres), mais peut aussi compromettre la sécurité d'un individu ou diminuer la motivation au changement.

La TCCp se distingue également par sa conception de la psychose et des phénomènes associés, vus sur un continuum. Cette position se base sur l'observation que bien souvent, les symptômes reflètent l'exacerbation de processus psychologiques, comportementaux ou perceptuels présents bien avant l'atteinte fonctionnelle caractéristique des troubles diagnostiqués. De plus, plusieurs expériences du spectre psychotique sont retrouvées dans la population générale. Par exemple, une personne non atteinte de trouble psychotique peut présenter des hallucinations ou de la paranoïa dans un contexte de privation de sommeil. Cette vision de la psychose plus normalisante a d'importantes implications dans le processus thérapeutique.

La thérapie cognitive comportementale doit prendre en considération l'hétérogénéité des problèmes que présentent les personnes atteintes de psychose et s'adapter aux besoins de chaque individu. Ce guide se différenciera donc des précédents puisqu'il ne proposera pas un échancier fixe et rigide, mais une structure un peu plus flexible, adaptable à chaque individu selon ses forces, ses difficultés, sa condition, l'étape de l'évolution dans la maladie, les troubles cognitifs, le niveau d'autocritique, le niveau d'anxiété et la capacité à tolérer des séances prolongées. Différentes techniques seront proposées et leur utilisation sera guidée par la

formulation des difficultés uniques à chaque individu. **Le thérapeute débutant en TCCp ne pourra donc pas seulement se baser sur ce guide pour faire le suivi d'une personne atteinte d'un trouble psychotique. Nous recommandons au lecteur de consulter des ressources complémentaires (Cf Annexe) et d'être supervisé par un thérapeute d'expérience.**

L'Association des psychiatres du Canada (APC) propose actuellement de faire un suivi d'un minimum de 16 séances (Norman et al. 2017). En pratique, le nombre de séances, leur durée et leur fréquence dépendront de la complexité et de la sévérité des problèmes présentés ainsi que du degré d'implication de chaque individu, de leur désir de s'engager dans une relation thérapeutique de collaboration et du contexte clinique dans lequel la TCCp sera offerte. À titre d'exemple, au début, pour faciliter l'engagement et développer une alliance, les séances ont habituellement lieu une fois par semaine (ou jusqu'à 2 à 3 fois par semaine pour un patient hospitalisé en phase aiguë pendant deux ou trois semaines puis à toutes les semaines). Après trois ou quatre mois, les séances peuvent être espacées aux deux semaines (ex. pour les dernières 4 séances). Après les six mois de thérapie, des séances de rappel peuvent être offertes pour une période additionnelle de six mois, d'abord de façon mensuelle, puis espacées aux deux mois. Pour les personnes présentant des symptômes de méfiance et avec qui le lien de confiance est plus difficile et lent à se développer, les rencontres peuvent également être plus espacées au début (ex. aux 2 semaines) pour être ensuite plus fréquentes (hebdomadaires). Typiquement la durée d'une séance sera de maximum 45-50 minutes. Toutefois si le patient est plus méfiant, plus agité ou que ses troubles cognitifs sont plus importants dans le contexte d'une phase aiguë, les rencontres seront plus courtes (selon la tolérance du patient) mais possiblement alors plus fréquentes.

1.1.4 Efficacité de la TCCp

La TCCp s'est surtout développée au cours des 20 dernières années et a maintenant démontré son efficacité pour diminuer les symptômes psychotiques et la détresse, et ce dans plus d'une vingtaine de méta-analyses et une quarantaine d'essais contrôlés randomisés (par ex. (Gould, Mueser, Bolton, Mays, & Goff, 2001), (Zimmermann, Favrod, Trieu, & Pomini, 2005), (Wykes, Steel, Everitt, & Tarrier, 2008), (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012), (Turner, van der Gaag, Karyotaki, & Cuijpers, 2014)). La plupart des méta-analyses appuient l'utilisation de la TCC pour améliorer les symptômes (surtout positifs et dépressifs), diminuer la détresse et

améliorer d'autres indices de bien-être tels que le fonctionnement social, l'estime de soi et la qualité de vie, avec des tailles d'effet souvent plus grandes au suivi qu'immédiatement après le traitement, ce qui suggère des gains durables. Une étude récente auprès de personnes avec un trouble psychotique refusant toute médication a montré des améliorations des symptômes psychotiques de près de 60% suite à une TCCp, ce qui correspond au taux moyen obtenu avec la médication (Morrison et al., 2014). Seul un petit nombre d'études incluses dans les méta-analyses ont utilisé un format de groupe, mais celles-ci ont également montré des améliorations significatives sur l'estime de soi, les stratégies d'adaptation, ainsi que sur le soutien social au-delà des bénéfices obtenus dans un groupe de comparaison portant sur la gestion comportementales des symptômes (Lecomte et al., 2008; Lecomte, Leclerc et Wykes, 2012).

Néanmoins, ce guide, tout comme les guides de pratique sur le traitement de la schizophrénie, quoiqu'ils suggèrent fortement qu'on offre la TCCp aux patients qui en font la demande, ne prétend pas que la TCCp puisse se substituer à la pharmacothérapie, du moins dans la plupart des cas. Toutefois, il s'agit d'un traitement adjuvant ou complémentaire à considérer et intégrer dans les plans d'interventions multimodaux proposés.

1.2 Traitement pharmacologique des symptômes psychotiques

Depuis la découverte de la chlorpromazine en 1951, les médicaments antipsychotiques ont profondément modifié l'évolution des symptômes positifs de la schizophrénie. La phase aiguë est maintenant abrégée et il est rare que les symptômes positifs ne soient pas grandement améliorés avec une médication antipsychotique efficace et ce surtout en début de maladie, notamment lors du premier épisode psychotique.

L'APC recommande l'introduction d'un antipsychotique le plus tôt possible suivant l'apparition de symptômes psychotiques dont l'intensité et/ou la fréquence atteignent ou dépassent le seuil de la psychose. Une monothérapie à dose minimale est alors le traitement de choix. De manière générale, à des doses équivalentes, tous les antipsychotiques (sauf la clozapine) ont un effet similaire sur la réduction des symptômes. Le choix de l'antipsychotique se fait conjointement avec le patient et se basera sur les différents profils d'administration et d'effets secondaires pour un patient donné, chaque individu étant différent quant à sa tolérance à la médication. La médication doit être maintenue de 4 à 6 semaines à posologie optimale (sauf en cas d'intolérance significative) avant d'être déclarée inefficace. Le cas échéant, une autre médication sera proposée (Remington et al. 2017)

Pour un premier épisode psychotique, il convient de poursuivre le traitement pour un minimum de 18 mois suivant la résolution des symptômes psychotiques. Le taux de récurrences suite à l'arrêt de la médication demeure très élevé (environ 80%) et aucun facteur ne permet de mieux prédire le risque qu'une personne donnée expérimente une rechute. (Remington et al. 2017) Dans ce contexte, on continue de prescrire la médication pour une période prolongée et on offre également un traitement psychosocial, tel que la TCCp, aux individus atteints d'un trouble psychotique.

Il est également important de traiter les troubles comorbides tel que la dépression, l'anxiété ou l'utilisation abusive de substances, selon les normes de pratique. Nous référons alors le lecteur aux autres guides de pratiques disponibles au www.tccmontreal.ca.

1.2.1 Les antipsychotiques

Les antipsychotiques sont généralement divisés en 3 classes selon leur mécanisme d'action. Chacune des classes présentent un profil d'effets secondaires qui peut être similaire. Cependant, il existe une grande hétérogénéité malgré tout à l'intérieur d'une même classe, chaque molécule ayant ses caractéristiques propres. En début de traitement, le médecin proposera donc l'antipsychotique présentant le profil d'effets indésirables le plus acceptable pour le patient. (Abdel-Baki et al. 2016)

1. Les antipsychotiques de 1^{re} génération (A1G) ou «typiques» :
 - Mécanisme d'action : Blocage des récepteurs dopaminergiques D2
2. Les antipsychotiques de 2^e génération (A2G) ou «atypiques» :
 - Mécanismes d'action principaux: Blocage des récepteurs dopaminergiques D2 et sérotoninergiques 5HT_{2A}.
 - Molécules principales : Olanzapine, clozapine, quétiapine, risperidone, paliperidone, ziprasidone, lurasidone, asenapine
3. Les antipsychotiques de 3^e génération (A3G) :
 - Mécanisme d'action : Agonistes partiels des récepteurs dopaminergiques et sérotoninergiques 5-HT_{1A}.
 - Molécules principale : Aripiprazole, brexpiprazole

La majorité des antipsychotiques causent également (dans des proportions variant énormément d'une molécule à une autre) les effets secondaires suivants (Abdel-Baki et al. 2016) (Stahl, 2008)

- Symptômes extrapyramidaux : parkinsonisme, dyskinésies (surtout avec les A1G)
- Acatisie
- Gain de poids
- Syndrome métabolique : obésité, dyslipidémie, hyperglycémie (surtout A2G)
- Sédation
- Effets anticholinergiques : sécheresse de la bouche, constipation, vision embrouillée
- Troubles sexuels, galactorrhée, hyperprolactinémie
- Effets cardiovasculaires : tachycardie, hypotension orthostatique, étourdissements, allongement du QTc (qui augmente le risque d'arythmies cardiaques).
- Diminution du seuil convulsif

Il peut parfois être difficile de différencier des symptômes négatifs de la schizophrénie de certains effets secondaires de la médication (ralentissement parkinsonien, anhédonie). Nous recommandons au thérapeute d'en discuter avec le médecin traitant du patient ou d'inviter le patient à le faire

1.3 Évaluation et engagement

La TCCp débute par la construction de l'alliance et l'établissement d'une relation thérapeutique collaborative. Cette étape est d'une **importance capitale**.

A ce stade, l'entrevue d'évaluation vise à identifier les objectifs de thérapie de la personne, ses problèmes actuels, ainsi que d'évaluer tous les facteurs impliqués afin d'élaborer une formulation cognitive personnalisée et axée sur les buts de l'individu. Pour ce faire, le thérapeute invite le patient à présenter sa perception de la situation. Tryon et Winograd (2002) ont démontré que l'effet thérapeutique augmente lorsque la personne et le thérapeute collaborent mutuellement au processus de changement. Il est donc important que la personne soit le principal instigateur dans le choix des objectifs à travailler, dans la mesure du possible. Lorsque le patient comprend la relation entre les tâches/exercices et les buts qu'il s'est fixé, il est plus motivé à fournir les efforts requis pour les atteindre et son engagement dans la thérapie est

accru. Bien que le thérapeute puisse avoir une vision différente des problèmes, son agenda ne doit jamais primer sur celui du patient. Les objectifs et les moyens pour y parvenir évolueront la plupart du temps durant la thérapie. Le thérapeute et le patient pourront les rediscuter et les modifier au besoin selon l'évolution.

Dans l'étape de l'engagement (ainsi que dans les subséquentes), le thérapeute doit prendre en considération différents éléments, soit l'image de soi, les aspirations de la personne, ses forces, son histoire personnelle et sa façon de comprendre ses difficultés.

1.3.1 Développer une alliance thérapeutique – favoriser l'engagement

Avec toute clientèle, le développement d'une bonne alliance est absolument nécessaire avant de procéder à une évaluation détaillée des difficultés rencontrées par la personne et l'utilisation d'interventions thérapeutiques. Certaines caractéristiques des personnes souffrant de symptômes psychotiques (comme le manque d'autocritique, la méfiance, l'interprétativité et la paranoïa, les hallucinations auditives ou les symptômes négatifs et cognitifs) peuvent toutefois complexifier le développement de l'alliance. Davantage de temps y est donc consacré dans la TCCp que dans la TCC traditionnelle. Il n'est pas rare qu'elle prenne plusieurs sessions pour se développer et elle augmentera au cours de la thérapie. En évitant la confrontation et le jugement, le thérapeute prend une position empathique de soutien. Sans alimenter le délire, le thérapeute s'abstient de le contredire. Idéalement, l'entretien de TCCp prend la forme d'une discussion et il peut être bénéfique d'interrompre temporairement l'évaluation clinique au profit d'une conversation sur un sujet non menaçant choisi par la personne. Idéalement, chaque session doit être une expérience positive et plaisante. Le patient doit finir l'entrevue avec l'impression d'avoir obtenu quelque chose (nouvelle vision de sa situation ou d'un symptôme, apprentissage de stratégies ou le fait de se sentir mieux qu'avant le début de l'entrevue).

Normalisation

En adoptant une attitude de normalisation, le thérapeute permet :

- De favoriser l'alliance
- De réduire la stigmatisation de la part des autres ou de soi-même
- De réduire le sentiment d'isolement
- De réduire la peur de devenir fou
- D'améliorer l'estime de soi
- D'améliorer la compréhension de phénomènes psychologiques ressemblant aux symptômes de psychose
- De faciliter la réattribution des hallucinations et les explications alternatives des délires

Il y a plusieurs façons de normaliser la situation. Le thérapeute pourra utiliser différentes techniques comme la psychoéducation, le reflet empathique, un dévoilement personnel adéquat, etc. Par ailleurs, l'objectif n'est pas de dire que l'élément du délire est vrai. Le message que le thérapeute doit transmettre est que « compte tenu de ce que la personne vit et comment elle interprète la situation, son sentiment est normal et compréhensible » ou « les symptômes psychotiques sont un phénomène biologique au niveau du cerveau et sont présents dans la population générale. Ce n'est pas parce qu'on entend des voix que l'on est fou. L'important est que cela ne cause pas de détresse ou que cela n'empêche pas la personne d'accomplir ce qu'elle veut dans sa vie. »

Voici des exemples d'énoncés utilisant la normalisation.

- « Saviez-vous que le manque de sommeil a des effets importants sur le cerveau? Les études démontrent que, même dans la population générale, si on ne dort pas durant une période prolongée, certaines personnes vont entendre des voix ou voir des choses? »
- « La grande majorité de la population peut avoir des hallucinations de manière occasionnelle. Par exemple, plusieurs parents vont dire avoir entendu leur enfant les appeler pendant qu'ils prenaient leur douche et que leur enfant était en fait endormi dans son lit. Ou, il arrive souvent qu'on croit entendre son nom dans une foule. »
- « C'est compréhensible que vous soyez fatigué et anxieux si vous avez toujours à vous inquiéter pour votre sécurité et que vous devez constamment prendre des précautions. »

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'anxiété 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.

1.3.2 Évaluation de la symptomatologie psychotique

Avant de procéder à l'évaluation, il faut s'assurer d'obtenir des informations suffisantes des sources de référence et du dossier. Cette première étape permet de s'adapter plus rapidement au patient dès le début de la première rencontre. Il est important de garder en tête qu'une évaluation se poursuit tant que la thérapie n'est pas terminée, que les problèmes identifiés en début de processus peuvent fluctuer ou se modifier et que les priorités d'interventions sont identifiées en collaboration avec le patient.

L'évaluation complète ne peut se faire au détriment du développement et du maintien de l'alliance thérapeutique, qui demeurent essentiels afin d'obtenir des informations fiables.

Objectifs de l'évaluation:

1. Identification de la perception du patient de ses problèmes courants et ce qu'il vise avec la thérapie (ses objectifs préliminaires)
2. Donner des explications sur le processus de psychothérapie
3. Obtenir une description détaillée des difficultés rencontrées actuellement, l'empêchant de rencontrer ses buts ou objectifs de vie
4. Obtenir l'histoire du développement des difficultés et de l'adaptation à celles-ci (emphasis sur les comportements)
5. Évaluer les relations sociales actuelles et les comportements habituels
6. Déterminer le but et plan de vie à court et long terme pour le patient
7. Évaluer le fonctionnement cognitif et style de raisonnement du patient

Étapes de l'évaluation

1. Se présenter et commencer à établir une alliance thérapeutique
 - mettre en évidence ce qui va accrocher le patient. Par exemple, « Je travaille avec les jeunes, comme vous »; « Je rencontre régulièrement des gens qui comme vous, souhaitent trouver des façons de réduire leur détresse ou de développer des stratégies pour mieux gérer le stress généré par leurs difficultés »; « Mon travail est d'aider les gens à mieux comprendre ce qui leur arrive et pourquoi ceci leur arrive, à eux, à ce moment de leur vie, afin de les aider à trouver des solutions à leur situation ».
2. Identifier problèmes actuels (subjectifs)

3. Établir avec le patient le but de l'évaluation et du suivi thérapeutique
 - Par exemple, pour expliquer la première rencontre d'évaluation « Aujourd'hui, nous allons nous rencontrer environ 45-50 minutes. Mon objectif est d'avoir une petite idée de qui vous êtes et ce qui vous amène à me consulter. Pour ce faire je vais d'abord vous demander de m'expliquer votre situation, puis si cela vous convient, je compléterai en vous posant des questions plus précises pour comprendre votre situation actuelle et votre histoire de vie. »
 - Il est important d'expliquer comment le thérapeute tentera de comprendre les problèmes du patient : « Vous m'avez déjà parlé un peu des difficultés que vous rencontrez dans votre vie. Je crois pouvoir vous aider avec celles-ci. Cependant, je comprends qu'elles sont présentes depuis plusieurs années. Je ne pense donc pas être capable de toutes les comprendre aujourd'hui. Je vous propose qu'on se donne quelques rencontres (3-4) pour que vous m'expliquiez bien ce que vous vivez. »
 - Expliquer au patient que le but de la thérapie est de lui permettre de mieux gérer les expériences difficiles vécues ou ses émotions. Lui expliquer que des objectifs précis en fonction de ce qu'il veut accomplir seront également établis après l'évaluation
4. Expliquer le processus du suivi ou thérapie (approximation du nombre et fréquence des sessions, etc.)
5. Évaluation détaillée de l'expérience psychotique récente

Attention : Cette partie peut être faite d'emblée s'il s'agit de la raison de consultation et que le patient semble ouvert ou intéressé à s'ouvrir tout de suite sur le sujet. Sinon, **prioriser l'établissement d'une alliance thérapeutique solide** à la recherche de détails sur le vécu psychotique. Un patient qui s'ouvre trop rapidement sur son intimité psychique sans qu'une alliance thérapeutique sécurisante soit bien établie, peut par la suite regretter, se sentir menacé/vulnérable et ne plus vouloir continuer la thérapie.

 - Questionner les hallucinations
 - Fréquence (ex. 2 fois par mois, vs 6 fois par jour)
 - Durée (quelques secondes, vs heures, vs en continu)
 - Moments et endroit où elles apparaissent
 - L'intensité (ex. chuchotement vs cris)
 - Le degré de contenu négatif (ex. 70% sont des propos négatifs)
 - Le niveau de détresse associé aux hallucinations
 - La fréquence de la détresse
 - Leur croyance à propos de leurs origines

- L'impact sur la vie et la possibilité de contrôler les voix
 - Stratégies d'adaptations utilisées et efficacité
 - Questionner le délire :
 - Retracer l'origine du délire (1^{re} fois que la personne a pensé/compris cela et son contexte)
 - Construire une image de la période prodromale au délire (identifier les événements de vie significatifs, identifier les perceptions et pensées, réviser pensées négatives et assomptions dysfonctionnelles telles que la tendance à interpréter personnellement ou hors-contexte)
 - Explorer le contenu du délire de façon systématique, détaillée, précise (cela peut prendre plusieurs séances et n'être développé que plus tard dans la thérapie lorsque les délires seront travaillés).
6. Évaluation longitudinale : Origine et développement des symptômes dans le temps. Séquence d'événements, circonstances de vie entourant de début de la psychose, les symptômes antérieurs, etc.
 7. Explorer la nature des évidences qui confirment le délire et la capacité du patient à identifier des éléments qui l'infirmieraient. Faire élaborer le patient sur des explications alternatives qu'il a déjà pensées et auxquelles il a déjà peut-être adhéré ou qu'il a rejetées. (cela va souvent être plutôt exploré plus tard dans la thérapie, lorsque les délires seront travaillés).
 8. Observer les facteurs de vulnérabilité, précipitants et de maintien des symptômes
 9. Histoire de l'adaptation à psychose, les stratégies d'adaptation utilisées, les facteurs de résilience, les forces et facteurs protecteurs du patient.
 10. Évaluation détaillée des autres problèmes et comorbidités du patient
 11. Comprendre les explications et la vision du patient de ses « symptômes » ou ses problèmes.
 12. Réactions/attitudes face à la médication, à d'autres psychothérapies et au suivi en psychiatrie

1.3.3 Critères diagnostiques d'un trouble psychotique

Bien que les troubles psychotiques soient caractérisés par une expression clinique hétérogène, les symptômes principaux peuvent généralement être regroupés en 5 dimensions principales, soit les symptômes positifs (incluant les hallucinations et délires), les symptômes négatifs (regroupant l'aboulie, l'anhédonie, l'amotivation, la diminution de l'expression émotionnelle, l'alogie et l'asociabilité) la désorganisation (impliquant les troubles du cours de la pensée, du comportement et les comportements moteurs anormaux comme les stéréotypies), les déficits neurocognitifs (dont les troubles attentionnels, mnésiques et les dysfonctions exécutives) et les troubles affectifs (ex. dysrégulation (intensité émotionnelle inappropriée, affect non congruent au discours ou inapproprié à la situation), dépression, exaltation). Ainsi, les répercussions de la psychose sont multiples et touchent les perceptions, les pensées, les émotions et les comportements.

Le terme « psychose » regroupe plusieurs diagnostics distincts. Cette section ne se veut pas une revue exhaustive des critères de tous les troubles psychotiques, mais a plutôt comme objectif de présenter les troubles psychotiques les plus fréquents en clinique et pour lesquels ce guide pourrait être appliqué. Il est cependant important de ne pas perdre de vue que l'approche décrite dans ce guide est destinée à tenter de diminuer la souffrance générée par des symptômes psychotiques, indépendamment du diagnostic psychiatrique. La psychose est plutôt considérée comme une dimension symptomatique sur un continuum entre la normalité et le pathologique.

Le trouble schizoaffectif

- A. Période ininterrompue de maladie pendant laquelle sont présents à la fois un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque) et le critère A de schizophrénie.
N.B. : En cas d'épisode dépressif caractérisé, le critère A1 (humeur dépressive) doit être présent.
- B. Idées délirantes ou hallucinations pendant au moins 2 semaines sur toute la durée de la maladie, en dehors d'un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque).
- C. Les symptômes qui répondent aux critères d'un épisode thymique caractérisé sont présents pendant la majeure partie de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.
- D. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Type bipolaire : Ce sous-type est retenu lorsqu'un épisode maniaque fait partie du tableau clinique. Des épisodes dépressifs caractérisés peuvent aussi être observés.

Type dépressif : Ce sous-type est retenu lorsque seuls des épisodes dépressifs caractérisés font partie du tableau clinique.

La schizophrénie

- A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présents :
 - 1. Idées délirantes.
 - 2. Hallucinations.
 - 3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).
 - 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
 - 5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).
- B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).
- C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace); dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p.ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).
- D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.
- E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.
- F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de la schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

Le trouble délirant

- A. Présence d'une (ou de plusieurs) idées délirantes pendant une durée de 1 mois ou plus.
- B. Le critère A de la schizophrénie n'a jamais été rempli.
N.B. Si des hallucinations sont présentes, elles ne sont pas prééminentes et elles sont en rapport avec le thème du délire (p. e. la sensation d'être infecté par des insectes associés à des idées délirantes d'infestation).
- C. En dehors de l'impact de l'idée (des idées) délirante(s) ou de ses (leurs) ramifications, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement.
- D. Si des épisodes maniaques ou dépressifs caractérisés sont survenus concomitamment, ils ont été de durée brève comparativement à la durée globale de la période délirante.
- E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale et n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental comme l'obsession d'une dysmorphie corporelle ou d'un trouble obsessionnel-compulsif.

Spécifier le type :

Type érotomaniaque : Ce sous-type s'applique quand le thème central des idées délirantes est qu'une personne est amoureuse du sujet.

Type mégalomaniaque : Ce sous-type s'applique quand le thème central des idées délirantes est la conviction d'avoir un grand talent (mais non reconnu), ou une compréhension profonde des choses ou d'avoir fait des découvertes importantes.

Type de jalousie : Ce sous-type s'applique quand le thème central des idées délirantes de la personne est que le conjoint ou l'être aimé est infidèle.

Type de persécution : ce sous-type s'applique quand le thème central des idées délirantes consiste en la croyance d'être la cible d'un complot, d'une escroquerie, d'espionnage, d'une filature, d'un empoisonnement, de harcèlement, de calomnies ou d'une obstruction à la poursuite de ses projets à long terme.

Type somatique : Ce sous-type s'applique quand le thème central des idées délirantes concerne des fonctions ou des sensations corporelles.

Type mixte : Ce sous-type s'applique quand aucun thème délirant ne prédomine.

Type non spécifié : Ce sous-type s'applique quand la croyance délirante dominante ne peut pas être clairement identifiée ou quand elle n'est pas décrite dans un des sous-types spécifiques (p. ex. idées délirantes de référence sans persécution prédominante ni idée mégalomaniaque).

1.3.4 Outils d'évaluation des troubles psychotiques

Dans l'approche cognitive-comportementale, il peut être utile de bien répertorier les symptômes du patient et d'en évaluer la gravité avant de débiter le processus thérapeutique. Les résultats sont ensuite réutilisés en cours et en fin de traitement pour en mesurer l'efficacité. Il existe plusieurs échelles pour les troubles psychotiques. Nous en présentons ici quelques-unes qui nous semblent les plus utiles. Il ne s'agit cependant pas d'une liste exhaustive. Certaines ne seront pas pertinentes pour un patient donné et il pourra parfois être nécessaire d'utiliser des échelles qui ne sont pas présentées dans cette section. Le thérapeute choisira les échelles les plus adaptées au vécu du patient.

Rappelons également qu'il ne s'agit pas d'outils diagnostics mais plutôt d'outils pour aider à documenter la sévérité et le détail des symptômes. Les résultats obtenus doivent toujours être évalués à la lumière de la clinique par des cliniciens expérimentés.

Le Psychotic symptom rating scale (PSYRATS)

Ce questionnaire à remplir par le thérapeute permet de mesurer les différentes dimensions des hallucinations auditives et des idées délirantes. Il détaille la durée, la fréquence, l'intensité et l'impact fonctionnel des symptômes psychotiques. Il compte six items notés de zéro à quatre. L'échelle a été validée en français.

L'inventaire de Beck pour la dépression

Cet inventaire permet d'identifier et de mesurer la gravité des symptômes dépressifs qui peuvent découler des symptômes psychotiques et vice-versa. Les principaux symptômes couvrant les sphères affective, cognitive, comportementale et biologique sont documentés à tour de rôle. Pour mesurer l'intensité du symptôme, on demande au sujet de choisir entre trois, quatre ou cinq phrases qui représentent chacune une intensité différente. Puis on note le pointage selon la phrase choisie, on additionne et le résultat final nous donne une meilleure idée de la gravité de la dépression.

The Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)

Il s'agit d'une échelle de symptômes administrée par le clinicien qui prend la forme d'une entrevue semi-structurée. Elle comporte neuf items et est rapide à compléter. Un score supérieur à six a une spécificité de 82% et une sensibilité de 85% pour la prédiction de la présence d'un épisode dépressif majeur. Le CDSS est disponible en 40 langues différentes gratuitement sur leur site internet : www.uclagary.ca/cdss/. Elle est particulièrement intéressante à utiliser dans le contexte de la schizophrénie ou autre psychose non-affective puisqu'elle a été

créé pour cette population. Elle permet de distinguer entre la dépression post-psychotique ou chez le patient atteint de schizophrénie et les symptômes négatifs associés à cette maladie (qui pour plusieurs peuvent ressembler à des symptômes dépressifs).

L'inventaire de Beck pour l'anxiété

La comorbidité entre la dépression et les troubles anxieux est importante. L'anxiété peut déclencher ou amplifier l'expérience psychotique et vice-versa, Cet inventaire permet de mieux évaluer les symptômes anxieux. Il est constitué de 21 symptômes de l'anxiété. Le patient indique, sur une échelle de zéro pour "pas du tout" à trois pour "beaucoup", jusqu'à quel point il a présenté chaque symptôme au cours de la dernière semaine.

The Choice Questionnaire

Il s'agit d'une échelle visant à déterminer les cibles de la TCCp. La personne évaluée, pour chaque question, à quel point cet élément est problématique pour elle, son auto-efficacité personnelle, et l'importance qu'elle y accorde. Les items couvrent des éléments tels que mieux résoudre des problèmes, réaliser que d'autres ont des expériences similaires, ne pas se sentir envahi par des émotions difficiles, gérer ses voix, etc. Le questionnaire est rempli par la personne elle-même. (Stancliffe R.J. & Parmenter T.R, 1999)

Questionnaire des schémas de Young (YSQ-L3)

Ce questionnaire a été conçu afin de mesurer la présence des 18 schémas précoces inadaptés de Young au moyen de questions invitant la personne à évaluer si chaque affirmation représente bien son vécu/son ressenti au cours de la dernière année. Chaque question couvre un des 18 schémas et repose donc sur l'abandon/le rejet, le manque d'autonomie et performance, l'absence de limites, la dépendance aux autres et l'hypervigilance/inhibition. L'individu est encouragé à répondre en fonction de sa réalité émotionnelle et non pas ce qu'il pense rationnellement être la bonne réponse. Chacun des items est coté sur une échelle de Likert de 6 points. La version française de l'échelle est disponible sur le site internet : [http://www.cheneliere.info/cfiles/complementaire/cognitivo_9782896320219/pdf/Annexes\(2941-M-01\)TCC_WEB_2_tous.pdf](http://www.cheneliere.info/cfiles/complementaire/cognitivo_9782896320219/pdf/Annexes(2941-M-01)TCC_WEB_2_tous.pdf) (Young, 2003).

Échelle d'invalidité Sheehan (Sheehan Disability Scale)

Il s'agit d'une échelle permettant d'évaluer la capacité fonctionnelle au niveau professionnel, social et familial d'un individu au cours des deux dernières semaines. Initialement conçue pour mesurer l'impact fonctionnel accompagnant les troubles anxieux, elle est maintenant utilisée

dans plusieurs autres troubles, notamment le trouble dépressif caractérisé, le trouble obsessionnel-compulsif et la schizophrénie. Cet outil, que remplit le patient, lui permet d'évaluer l'impact de ses symptômes sur une échelle de 0 à 10 pour trois aspects de sa vie : le travail/études, la vie sociale et la vie familiale/tâches domestiques. La version française du SDS est disponible gratuitement sur le site internet :

http://cran.gc.ca/sites/default/files/outils/echelleinvaliditesheehan_francais.pdf

First Episode Social Functioning Scale (FESFS)

L'échelle de fonctionnement social pour premier épisode psychotique (FESFS) a été conçue spécifiquement pour les individus souffrant d'un premier épisode psychotique, pour qui l'atteinte fonctionnelle perdure souvent malgré une rémission symptomatique. Cet outil de 42 questions évalue plusieurs domaines du fonctionnement social d'une jeune personne, comme l'autonomie, les relations interpersonnelles et intimes, les interactions sociales, l'école/le travail et les activités sociales. En plus de mesurer le sentiment de compétence pour une habileté donnée, l'échelle évalue également la fréquence du comportement, le tout sur une échelle de Likert de 1 à 4. (Lecomte et al. 2014)

1.4 Modèle vulnérabilité-stress-facteurs de protection

Le modèle dominant actuellement en psychiatrie est celui vulnérabilité-stress-compétence élaboré par Antony et Liberman (1986) qui a évolué vers le modèle vulnérabilité-stress-facteurs de protection. Il s'inspire du modèle théorique cognitif diathèse-stress, qui souligne l'action du stress sur la vulnérabilité biopsychologique et y intègre les éléments protecteurs et de compétence qui modulent cette interaction. Il inclut donc dans sa compréhension la capacité de la personne à influencer le cours de ses difficultés. L'apparition de symptômes psychotiques dépendra alors du degré de vulnérabilité (génétique et psychologique) de l'individu, de l'importance de son exposition aux stressseurs (et de la sévérité de ceux-ci) et de la présence de facteurs de protection (figure 2.1). L'intégration de tous ces facteurs dans ce modèle favorise une approche thérapeutique impliquant autant l'usage de la médication que de la psychothérapie ou autres interventions psychosociales.

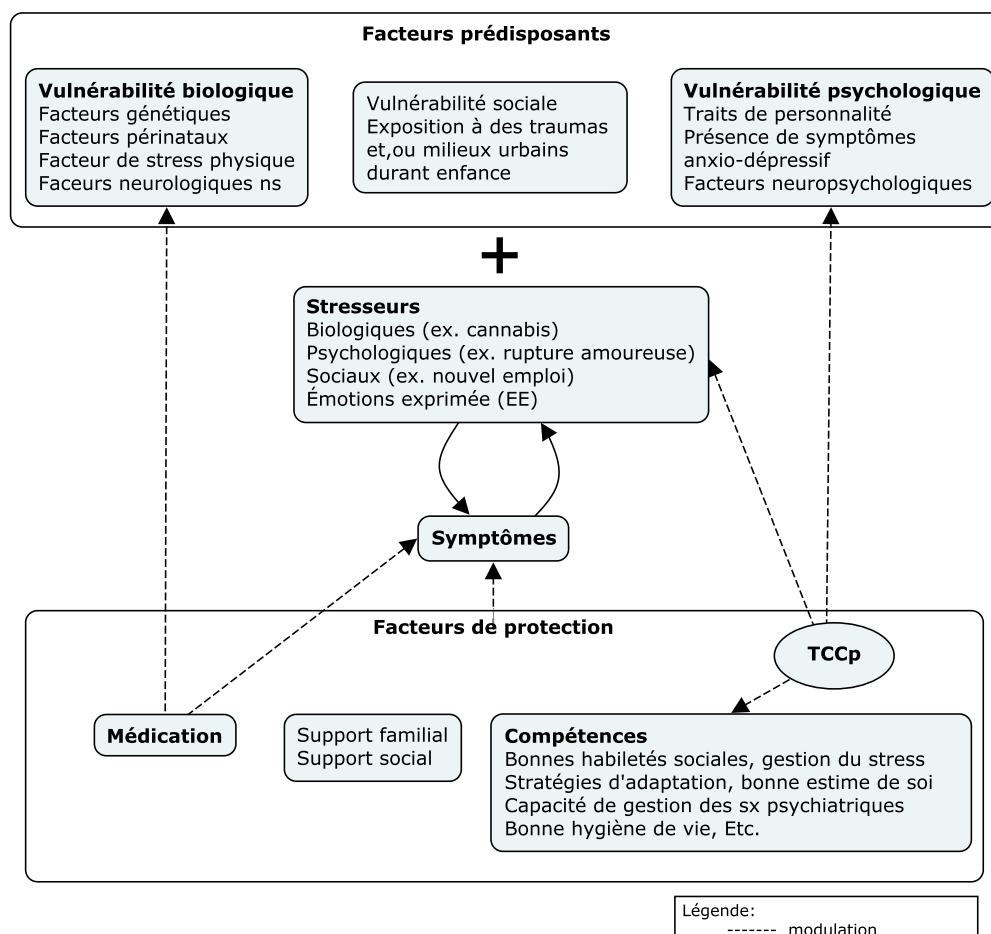


Figure 1 Modèle Vulnérabilité-stress-facteurs de protection

Depuis l'élaboration de ce modèle, plusieurs facteurs de vulnérabilité à la psychose ont été identifiés dans la littérature et sont habituellement classifiés en facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Il est par ailleurs, bien démontré que les différents types de facteurs de risque peuvent s'influencer l'un l'autre. Par exemple, il est démontré que de l'abus en jeune âge (facteur de stress psychologique/social précoce) aura un impact épigénétique qui augmentera la vulnérabilité biologique à développer des symptômes de psychose (génétiquement déterminée) lorsqu'exposé à un stress ultérieur plus tard au cours de la vie (qu'il soit de nature biologique (ex. consommation de cannabis) ou de nature psychologique/sociale (rupture amoureuse, immigration, etc)). Parmi les facteurs de vulnérabilité les plus fréquemment cités, nous retrouvons :

- **Vulnérabilité biologique :**
 - Facteurs génétiques : Les caractéristiques personnelles permanentes, provenant de l'héritage génétique, peuvent conférer une vulnérabilité aux troubles psychotiques, tel que démontré par les études de linkage génétique ou sur les populations de

jumeaux ou d'enfants jumeaux de parents atteints de schizophrénie adoptés. La présence d'antécédents familiaux est un bon indice de l'existence d'une telle vulnérabilité.

- Facteurs périnataux : Cela inclus, les particularités de l'environnement intra-utérin, les complications durant la grossesse (comme les infections gestationnelles ou stress important vécu par la mère) ou durant l'accouchement (comme l'anoxie néonatale). Tous ces stressors peuvent exacerber une vulnérabilité à la psychose en causant des changements immunitaires ou épigénétiques, par exemple.
- Facteurs de stress physique : Des événements tels qu'une infection cérébrale ou traumatisme crânio-cérébral suffisamment sévère pour perturber l'organogénèse ou la maturation du cerveau (qui s'étend jusqu'au début de l'âge adulte) peuvent entraîner une vulnérabilité aux symptômes psychotiques.
- Facteurs neurologiques non-spécifiques ou d'instabilité du système nerveux autonome : il a été noté dans la littérature que les personnes atteintes de troubles psychologiques présentaient des particularités non-spécifiques telles que des déficits moteurs ou des anomalies de conductivité de la peau, ce qui pourrait indiquer que ces facteurs sont en lien avec une vulnérabilité accrue.
- *Vulnérabilité psychologique* :
 - Facteurs liés aux caractéristiques psychologiques innées : Des études ont démontré que les traits de personnalité schizotypique (retrait social, croyances bizarres ou perception) étaient surreprésentés dans les familles touchées par la schizophrénie, soulevant la possibilité que ces traits soient le reflet d'une vulnérabilité sous-jacente ou même d'un facteur de risque indépendant.
 - Facteurs liés aux altérations des affects : La présence de symptômes dépressifs ou anxieux augmente la vulnérabilité à la psychose, que ce soit par le biais d'une influence physiologique ou par le développement d'explications délirantes afin de protéger de la dépression.
 - Facteurs neuropsychologiques: certains styles, biais, ou processus cognitifs, qui favorisent le développement d'importantes distorsions cognitives, confèrent une vulnérabilité accrue aux troubles psychotiques. En voici des exemples :
 - Déficit de la théorie de l'esprit (Brüne, 2005) (Frith, 1992): La théorie de l'esprit réfère à la capacité d'une personne à reconnaître son état mental ou celui des autres. Lorsqu'il y a une atteinte, cela peut mener à une incapacité à distinguer la source des stimuli (interne ou externe), favorisant ainsi le

développement et maintien des délires. Les biais d'attribution et les déficits de personnalisation et d'externalisation en sont des exemples.

- L'incapacité à reconnaître sa propre influence sur ses actions pourrait ainsi mener à un délire de contrôle, de référence.
- Les difficultés à comprendre les interactions sociales pourraient également mener à un délire de persécution.
- Tendance à sauter aux conclusions : Plusieurs études démontrent que les personnes souffrant de trouble psychotique utilisent moins d'informations que la population générale avant de formuler une hypothèse, générant ainsi des croyances hâtives et erronées. (Garety et al., 2005);
- Rigidité cognitive : Une incapacité à élaborer d'autres explications ou prendre en compte d'autres évidences par rapport aux croyances peut favoriser le maintien des expériences psychotiques (Garety et al., 2005);
- Tendance à surestimer les coïncidences; les patients avec schizophrénie ont tendance à faire des liens entre deux événements non-reliés et vont ainsi attribuer une signification erronée aux coïncidences.
- Dérèglement dans la filtration dans le traitement de l'information (idées de références); l'attention serait un filtre permettant ou bloquant l'accès au système central de traitement (dont la capacité est limitée) à certaines informations. Un dérèglement dans ce « filtre à stimuli » pourrait contribuer à l'apparition d'idées délirantes
- *Vulnérabilité sociale* :
 - Facteurs liés à des traumatismes: Plusieurs individus aux prises avec des symptômes psychotiques, particulièrement des hallucinations négatives ou dégradantes, ont été victimes d'abus ou de violence plus jeune. (Varese et al. 2012) En effet, la prévalence de traumatismes dans l'enfance dont les abus, négligence, séparation d'une figure d'attachement intimidation, etc. sont beaucoup plus fréquents chez la population atteinte de troubles psychotiques que la population générale. Aussi, l'état d'hypervigilance lié à un traumatisme ou l'insomnie en découlant peuvent exacerber la vulnérabilité à la psychose. Il est également possible que les souvenirs vifs et intrusifs du traumatisme soient perçus comme une hallucination si l'individu ne peut faire le lien entre ses pensées et le traumatisme antérieur (abus, négligence,)

- Facteurs liés aux milieux urbains durant l'enfance: Être élevé en milieu urbain serait un facteur de risque pour développer un trouble psychotique (Krabbendam L. & Van Os, J. 2005) (Kuepper et al. 2011)

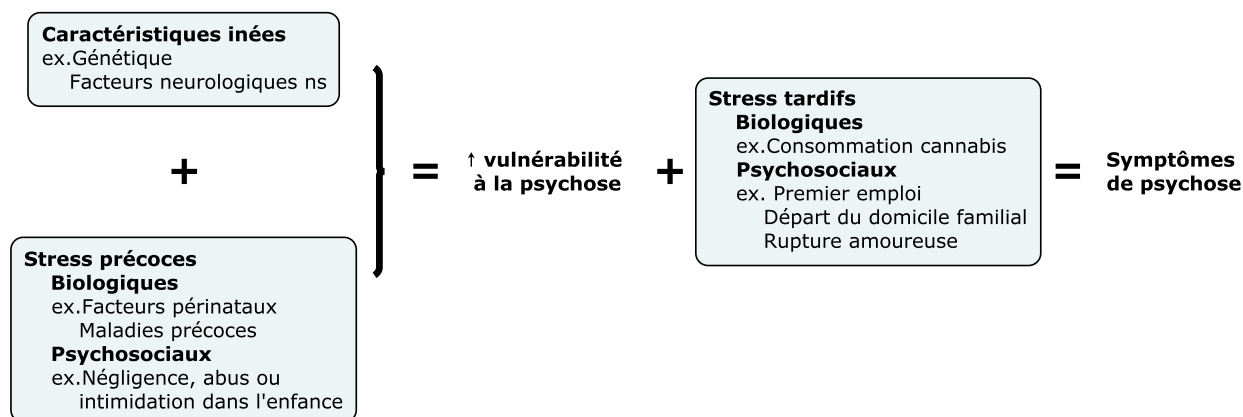


Figure 2 Rôles des stressseurs précoces et tardifs dans le développement de la psychose

- **Stresseurs**

Il est important de garder en tête qu'autant les événements positifs (mariage, accouchement, promotion, etc.) que négatifs (rupture, perte d'emploi, isolement social, etc.) peuvent être une source de stress importante. Le thérapeute peut utiliser l'échelle d'ajustement social de Holmes et Rahe. (Cf annexes). Elle fait la liste des événements fréquents qui nécessite une adaptation de la part de la personne. Plus le score est élevé, plus la personne vit un niveau de stress important. (Holme & Rahe, 1967)

- Facteurs biologiques : La consommation de drogue, la prise de certains médicaments, un manque de sommeil ou une maladie physique (entres autres) peuvent précipiter un épisode psychotique chez une personne ayant une vulnérabilité.
- Facteurs liés aux milieux urbains: Il a été observé dans la littérature qu'il y a une prévalence plus élevée de troubles psychotiques dans les villes, particulièrement les quartiers les plus densément peuplés et souvent les plus défavorisés. Plusieurs hypothèses ont été formulées afin d'expliquer cette vulnérabilité, incluant un accès aux substances illicites plus facile, une population différente (immigrants et réfugiés, par exemple, qui peuvent vivre le racisme ou conflits interculturels), une migration vers les villes chez les personnes vulnérables ou différentes, et une exposition plus grande à la violence ou la privation, qui peuvent mener à un stress accru et le

développement de schémas négatifs. La consommation de cannabis aurait un effet d'amplification du risque de psychose associé avec l'urbanité.

- Présence de fortes émotions exprimées (EE) dans l'entourage familial: Le concept des EE concerne les attitudes de l'entourage d'une personne souffrant d'un trouble mental, particulièrement le surinvestissement émotionnel, les critiques négatives et l'hostilité qui constituent des facteurs de stress reliés aux rechutes des personnes souffrant de schizophrénie et d'autres maladies mentales (Cechnicki et al. 2013) (King et al, 2003).

- *Facteurs de protection / compétence :*

- Compétences et habiletés sociales
- Capacités d'adaptation (coping)
- Bonne estime de soi
- Soutien du réseau social (famille, amis, groupe d'appartenance, etc.)
- Capacités de gestion du stress
- Habiletés à gérer les symptômes psychiatriques
- Bonne hygiène de vie
- Utilisation adéquate de la médication

Au-delà de ce modèle, afin d'en avoir une compréhension globale, le thérapeute doit considérer la psychose comme une expérience le plus souvent traumatique en elle-même (ex. en présence de délire de persécution) ou parfois à cause de l'expérience du premier contact avec les soins urgents (contact avec policiers, ambulanciers en contexte d'agitation, hospitalisation contre le gré chez un jeune qui n'a jamais quitté le domicile familial, etc). Elle survient souvent pour la première fois à un âge où l'individu consolide sa personnalité, développe son identité, construit son estime de soi et apprend à devenir autonome. Elle complique donc la réalisation d'étapes importantes au développement personnel et au maintien des acquis. Cette régression ou retard de développement peut se maintenir dans le temps et doit être considéré dans la prise en charge de l'individu puisqu'elle entraîne souvent des lacunes au plan fonctionnel.

1.5. Formulation de cas et planification du traitement

À partir de l'évaluation du vécu du patient, il est possible d'offrir au patient de développer une explication alternative aux phénomènes et difficultés vécus qui entraînent moins de détresse. Cette conceptualisation se fait en **collaboration**, bien qu'elle comportera habituellement des

hypothèses élaborées par le thérapeute pendant l'évaluation en intégrant les propos du patient et ses propres hypothèses.

À partir de cette compréhension commune, le patient et le thérapeute pourront développer un plan de traitement qui orientera le suivi thérapeutique.

1.5.1 Offrir une autre explication

Le thérapeute pourra proposer doucement d'élaborer une nouvelle perspective à propos de la nature des expériences du patient et de la vision de sa vie en générale. La nouvelle formulation tentera de se rapprocher le plus possible de la formulation cognitive des symptômes psychotiques en utilisant, par exemple, le modèle vulnérabilité-stress des troubles psychotiques. Cependant, cela ne sera pas toujours possible. Souvent, dans un premier temps, le modèle conservera des éléments explicatifs de nature délirante. Toutefois, l'objectif est de rendre l'explication du vécu la plus normalisante possible afin qu'elle soit **associée à moins de détresse**. Par exemple, une interprétation du vécu psychotique comme « On m'envoie un message que je dois changer ma vie » provoquera moins de détresse que « le Diable veut me punir et je suis damné ». Le thérapeute peut utiliser le schéma *Modèle cognitif des symptômes positifs de la psychose* (Cf annexe) pour articuler sa compréhension cognitive-comportementale en fonction des éléments qu'il aura déjà discutés avec le patient lors de la phase d'évaluation-engagement.

Des efforts sont faits afin de faciliter la discussion de façon collaborative avec le patient afin de voir à quel point, à son avis, une nouvelle perspective pourrait expliquer les expériences particulières vécues. L'utilisation d'un schéma trop détaillé peut s'avérer complexe et inadapté avec certains patients. Pour cette étape, le thérapeute se basera sur l'impression qu'il a eu durant l'évaluation des difficultés cognitives, du niveau de scolarité et du degré d'autocritique du patient afin de tester si on peut amener le patient à considérer une explication alternative et la complexité de celle-ci ainsi que le niveau de langage à utiliser. La façon d'aborder le sujet se fait sur le mode d'une **discussion où l'on propose une idée (un peu différente de celle apportée par le patient avec sa permission) qui peut être tout aussi valide ou non-valide que celle du patient**. Le modèle explicatif pourra évoluer avec l'avancement de la thérapie (notamment à partir du travail sur les délires). A cette étape, si le patient semble ouvert et intéressé, un peu de psychoéducation sur la psychose et sur la TCC peut être utilisée.

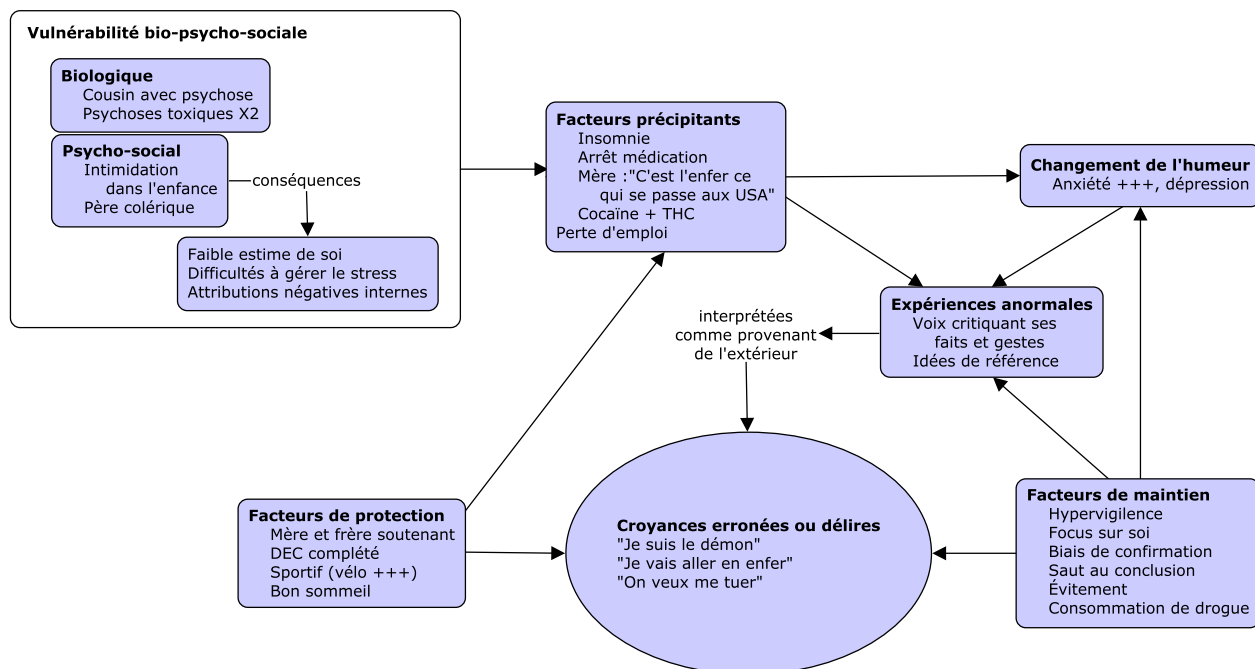


Figure 3 Modèle cognitif des symptômes de la psychose

Les objectifs de cette étape de la thérapie sont d'aider le patient à :

1. Comprendre sa vulnérabilité à certaines croyances ou expériences (ex. voix)
2. Reconnaître qu'il peut y avoir des erreurs de raisonnement à propos des expériences psychotiques et que celles-ci peuvent être modifiées

Attention : Ne jamais oublier de considérer la fonction des symptômes psychotiques. Par exemple, il faut éviter de travailler des idées de grandeurs qui auraient pour fonction de préserver l'estime de soi. Le thérapeute doit se concentrer sur les symptômes causant de la détresse chez la personne.

3. Proposer une explication qui engendre moins de détresse et qui est plus adaptée.
4. Réduire la « stigmatisation » et mettre fin à une série d'échecs
5. Fixer des objectifs précis pour sa thérapie de façon collaborative avec le thérapeute

Astuces pour l'élaboration d'une nouvelle perspective

- ⇒ Laissez la personne mener
- ⇒ Explorer leur modèle de leur problème de santé mentale d'abord
- ⇒ Normaliser, mais ne pas minimiser la détresse ou les symptômes
- ⇒ Utiliser les modèles vulnérabilité stress pour expliquer la maladie → psychoéducation selon l'ouverture du patient
- ⇒ Identifier les vulnérabilités et les stressors qu'ils soient biologiques, psychologiques ou sociaux
- ⇒ Faire ressortir les forces du patient et les efforts qu'il peut avoir faits

La formulation de cas peut être consignée de plusieurs façons, sous forme d'écrits ou de diagrammes et peut être remise au patient en tant qu'outil thérapeutique (sous forme simplifiée ou non, selon les besoins du patient). Il est donc essentiel que les éléments s'y retrouvant aient fait l'objet d'un accord préalable entre le patient et son thérapeute. Il est possible que le patient ne soit pas d'accord avec une ou plusieurs parties de la formulation. Cette situation peut être propice à de la psychoéducation, mais il est préférable de mettre de côté les éléments avec lesquels le patient est en désaccord ou de revoir ensemble une façon alternative de formuler les choses.

Ce processus est souvent thérapeutique en lui-même car il permet de structurer ce qui auparavant pouvait sembler n'être qu'un amas confus de symptômes et expériences. Le patient et le thérapeute font des liens et il devient plus facile d'identifier les zones de souffrance et les zones d'incertitudes. Ils ciblent alors des objectifs. Au cours du processus thérapeutique, il peut être aidant pour le patient et le thérapeute de se référer à la formulation clinique afin d'évaluer les progrès faits et les interventions utilisées pour y arriver.

1.5.2 Fixer des objectifs

Lorsque l'alliance est bien développée et que le thérapeute a pris le temps de saisir la compréhension que la personne a de ses difficultés, il peut élaborer des objectifs écrits pour le suivi thérapeutique. Avoir un but clair à la thérapie favorise l'engagement et le maintien de la motivation. Nous suggérons 2 moyens de déterminer des objectifs, soit par l'acronyme SMART, soit par une discussion par rapport aux valeurs de la personne. Ces 2 techniques ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent être utilisées simultanément par le thérapeute.

De manière générale, la thérapie doit principalement viser les symptômes associés à un dysfonctionnement psychosocial ou à une détresse significative. Il est important de considérer la fonction d'un symptôme. Par exemple, des hallucinations auditives peuvent être réconfortantes, donner des bons conseils ou donner un statut « spécial » à la personne qui les entend.

En présence de symptômes négatifs, nous référons le lecteur à la section 2.4.2 pour des considérations spécifiques à l'élaboration d'objectifs dans ce contexte.

Objectifs SMART

Les objectifs peuvent être déterminés en collaboration avec le patient à l'aide de l'acronyme SMART. Il s'agit d'un moyen mnémotechnique permettant de retenir les caractéristiques nécessaires qu'un objectif doit présenter pour aider le cheminement du patient.

1. **Spécifique**: L'objectif spécifique doit être suffisamment détaillé et personnalisé.
2. **Mesurable** : Il doit être possible de quantifier ou qualifier de manière objective l'objectif. Cela implique la définition d'un seuil à atteindre. En d'autres mots, les résultats doivent être observables. Par exemple, l'objectif pourrait être de réduire de moitié la fréquence d'apparition des 'voix' ou 'hallucinations' d'ici la fin de la thérapie. Il importe alors de bien quantifier leur fréquence au départ (ex. les voix qui apparaissent quotidiennement durant 30 min, n'apparaîtront qu'un jour sur 2 ou quotidiennement mais pendant 15 minutes).
3. **Atteignable, Ambitieux** : Plusieurs définitions peuvent être données à la lettre A. D'abord l'objectif doit être accepté du patient. Il doit ensuite être assez ambitieux pour représenter un défi motivant. Enfin, il doit être possible pour le patient d'atteindre cet objectif.
4. **Réaliste** : Un objectif est réaliste lorsqu'il est possible pour le patient d'atteindre. Des objectifs irréalistes auront pour conséquence de démotiver le patient et de favoriser l'abandon.
5. **Temporellement défini** : un objectif temporellement défini est délimité précisément dans le temps, par exemple, avec une date butoir et des dates intermédiaires. Il faut éviter les termes flous comme « bientôt ».

Objectifs en fonction des valeurs

Une autre façon de travailler des objectifs thérapeutiques peut être en fonction des valeurs de la personne. En effet, au lieu de mettre le focus sur le « quoi », le thérapeute peut aider la personne à identifier le « pourquoi » de ses actions. Cette approche permet d'augmenter et de maintenir plus efficacement la motivation. En raison du vécu et des déficits associés à la psychose, il peut parfois être difficile pour l'individu d'identifier ses valeurs. (Johns, L. et al. 2017)

Astuce pour aider à l'identification des valeurs

- ⇒ Qu'est-ce qui est prioritaire pour vous en ce moment? Qu'est-ce qui passe en premier?
- ⇒ Supposons qu'un miracle se produise et que vous n'aviez plus de problème, que feriez-vous?
- ⇒ Si vous aviez 3 souhaits à faire, quels seraient-ils?

Exercice des cartes des valeurs

Le thérapeute peut également utiliser les cartes représentant différentes valeurs suggérées en annexe.

1. Demander à la personne de parcourir les cartes et de les classer en trois piles : les valeurs très importantes, importantes et pas du tout importantes.
2. Prendre la pile des valeurs très importantes et demander à la personne de ne conserver que les 10 valeurs primordiales à ces yeux.
3. Classer ensuite ses 10 valeurs de la plus importante à la moins importante.
4. Identifier avec la personne quelles actions elle pourrait prendre qui reflèteraient ses valeurs et identifier des objectifs en ce sens.
 - Voici quelques exemples de comportements associés à des valeurs spécifiques :
 - Santé physique : prendre une marche tous les jours, aller au gym quelques fois par semaine, prendre un fruit pour dessert, etc.
 - Écologie : utiliser son vélo ou marcher pour se déplacer, faire du recyclage, ramasser les déchets sur le trottoir, etc.
 - Famille : appeler fréquemment les membres de sa famille, être présent aux événements familiaux, etc.
 - Fiabilité : arriver à l'heure pour ses rendez-vous, respecter les dates de paiement de ses comptes, etc.

1.6 Approche générale en TCC

Cette section a pour objectif de présenter quelques-unes des techniques élémentaires en TCC. Ces dernières faciliteront la poursuite du développement de l'alliance et de la confiance envers le thérapeute. Il est important de garder en tête que, parfois, selon la situation du patient, il peut être préférable d'aborder des sujets moins confrontant en premier tel que la gestion du stress.

Par ailleurs, même si les techniques TCC et les exercices à faire à la maison (ou « devoirs ») sont des outils importants de cette approche, ils sont accessoires à une bonne relation thérapeutique. L'enseignement des techniques de TCC peut, en effet, être contreproductif en l'absence d'une bonne alliance thérapeutique (le patient doit faire confiance au thérapeute et en la thérapie pour être en mesure d'explorer les idées présentées et appliquer les techniques proposées). (Lecomte et Lecomte, 1999; Lecomte et Lecomte, 2002). Cet obstacle est d'ailleurs la cause la plus fréquente des exercices non faits.

1.6.1 Établir un plan de séance (agenda)

Au début de chaque rencontre, le thérapeute prendra le temps de planifier avec la personne ce qui sera couvert durant la séance, discuter de comment cela se passera et vers où nous nous dirigeons. Ceci est important et rassurant. Il prendra soin de toujours revenir sur les aspects retenus de la dernière semaine, ce qui a été discuté à la dernière rencontre, les exercices faits entre les séances, etc. CF annexe

1.6.2 Psychoéducation

La psychoéducation peut permettre la normalisation. Une meilleure compréhension du stress et de ses effets sur le corps, les pensées et les émotions permet une meilleure prévention des symptômes psychotiques. Voir modèle vulnérabilité-stress-compétence.

Il peut également être utile de faire de la psychoéducation sur les phobies d'impulsion, les relations interpersonnelles, les drogues, le fonctionnement du cerveau, etc.

1.6.3 Expliquer les bases de la TCC

Expliquer les bases de la TCC permet à la personne de réaliser que ce n'est pas tant la situation que la perception de la situation qui est source de détresse. En modifiant la perception, il est donc possible de modifier les émotions provoquées et donc de diminuer la détresse. (CF annexe pour tableau vierge sur les bases de la TCC.)

Pour illustrer le modèle, nous proposons au thérapeute d'utiliser ce court vidéo :

- Annonces de la compagnie d'assurance Ameriquet où ce que l'on voit et ce qui est perçu par une autre personne diffère. Le message est : « Don't judge too quickly, we won't » https://www.youtube.com/watch?v=EHG9-of_WtQ

Le thérapeute peut également présenter des situations fictives et demander au patient d'identifier ses croyances et leurs conséquences. Par la suite, il l'aidera à identifier des croyances alternatives et leurs conséquences.

Des situations fictives sont par exemple:

- Les élèves dans la classe chuchotent lorsque j'entre.
- Mon amie ne semble ne pas m'écouter et ne me propose pas de sortir prendre un café alors qu'elle m'invite d'habitude au moins une fois par semaine.
- Le chauffeur d'autobus et un client aux bras tatoués me regardent bizarrement, alors que j'entre dans l'autobus. Quelqu'un me bouscule lorsque l'autobus freine brusquement.

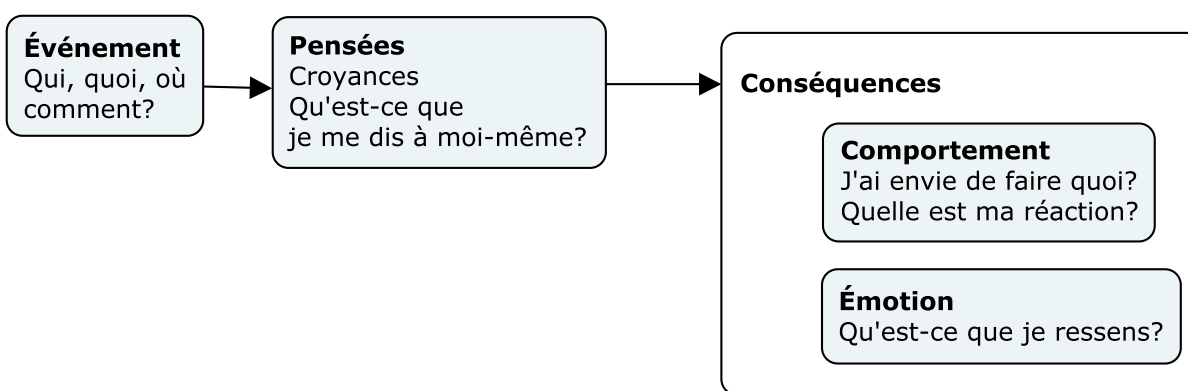


Figure 4 Les bases de la TCC

1.6.4 Modifier les attributions

La modification des attributions peut débuter par une discussion sur l'optimisme et le pessimisme. Notre tendance à attribuer nos succès à notre talent ou à la chance et notre tendance à attribuer nos erreurs à des traits personnels permanents ou comme reliées au contexte. Le thérapeute peut utiliser l'exemple du verre d'eau à moitié vide ou à moitié plein et proposer à la personne de trouver ensemble des moyens de voir la vie de manière plus optimiste. Le thérapeute explique à l'aide d'exemples les attributions internes et externes ainsi que leur effet sur le moral et l'estime de soi.

Suggestion d'exemples d'attribution :

- Josée a eu 100% à son examen d'histoire. Elle explique sa réussite par : « J'ai été chanceuse, l'examen était facile. » -> attribution externe d'un succès -> effet négatif sur le moral et l'estime de soi.

- Josée a eu 100% à son examen d'histoire. Elle explique sa réussite ainsi : « J'ai réussi! J'ai beaucoup étudié et cela a porté fruit! » -> attribution interne d'un succès -> effet positif sur le moral et l'estime de soi.
- Rémi a perdu son emploi Il explique la situation ainsi : « J'ai été renvoyé, car j'étais un mauvais employé. Je faisais mon travail moins bien que les autres... » -> attribution interne d'une erreur -> effet négatif sur le moral et l'estime de soi.
- Rémi a perdu son emploi. Il explique la situation ainsi : « Les finances de la compagnie allaient mal. J'étais le dernier arrivé. Ils étaient obligés de me laisser partir. » -> attribution externe d'une erreur -> effet positif sur le moral et l'estime de soi.

On peut résumer ainsi : « Si mes succès sont dus à la chance (attribution positive externe) et que mes échecs sont toujours ma faute (attribution négative interne), j'ai raison de me sentir comme un moins que rien. »

Le thérapeute doit considérer dans son intervention l'hypothèse avancée par certains auteurs, selon laquelle des croyances opposées (externe négative, personnelle positive), telles que observées dans la paranoïa, pourraient protéger la personne contre une faible estime de soi. (Bentall & Kinderman, 1998)

1.6.5 La spirale descendante

Le thérapeute peut aider à diminuer la détresse associée à une croyance à l'aide de la technique de la spirale descendante. Cela consiste à considérer la croyance est vraie et d'en évaluer la gravité des conséquences. « Et si c'était le cas, qu'est-ce qui arriverait? Serait-ce si terrible? Pourriez-vous supporter cette conséquence? Etc.»

Par exemple :

- Patient : « Si je me trompe en répondant à voix haute en classe, les gens vont rire de moi. »
- Thérapeute : « Si cela devait se produire, quelles en seraient les conséquences pour vous? Que se passerait-il? »
- Patient : « Jamais je n'oserais répondre! Si je me trompais, je deviendrais complètement rouge et je voudrais m'enfuir aux toilettes. »
- Thérapeute : « Est-ce que rougir et vouloir s'enfuir serait si terrible? Seriez-vous capable de passer au travers ce moment? »
- Patient : « C'est vrai qu'il m'est déjà arrivé de rougir en classe. Quand cela m'est arrivé, je me suis concentré sur mes livres et ça a fini par passer. »

- Etc.

Un principe similaire est aussi utilisé en TCC pour identifier les croyances fondamentales. Dans cette situation, la plupart des auteurs y font référence comme la technique de la flèche descendante. Si le thérapeute cherche effectivement à identifier des croyances fondamentales plutôt que d'évaluer les conséquences qu'aurait une croyance si elle était vraie, cela doit être fait avec prudence. En effet, un tel processus peut générer de fortes réactions émotives.

1.6.6 Utiliser les exercices à la maison ou « devoirs »

À la fin d'une rencontre, le thérapeute peut demander au patient d'effectuer des tâches à domicile comme compléter des questionnaires pour le suivi de la symptomatologie, un journal des activités personnelles dans le cadre de l'activation comportementale, un journal des expériences comportementales dans le cadre du travail spécifique sur les hallucinations, etc. Ces « exercices à la maison » sont un excellent moyen de mettre en pratique ce qui a été discuté durant la séance de thérapie et d'impliquer la personne dans son rétablissement. Le thérapeute et le patient doivent noter par écrit les exercices à faire. Le thérapeute fera un retour sur ceux-ci de manière systématique à chaque rencontre. Il est préférable parfois préférable d'utiliser le termes « exercices » que « devoirs » qui peut avoir une connotation péjorative pour certains, ou leur rappeler les « devoirs » obligatoires à l'école.

Section 2 : Renforcement et développement des stratégies d'adaptation (coping)

Les stratégies d'adaptation sont des techniques cognitives ou comportementales qui visent les hallucinations, les idées de références, les délires ou la réponse affective à ceux-ci.

Leur objectif est d'amener chez le patient une impression de contrôle, de faire naître ou de nourrir l'espoir et de contenir les sentiments négatifs envahissants. De telles stratégies peuvent être intégrées dans la phase de l'engagement et de l'évaluation s'il y a un urgent besoin d'offrir de l'aide un peu plus structurée dès les premières rencontres. Elles permettent souvent d'augmenter la motivation pour le suivi psychothérapeutique puisqu'elles fonctionnent rapidement pour diminuer l'anxiété ou les symptômes psychotiques.

2.1 Étapes

1. Identifier les différentes stratégies d'adaptation déjà utilisées par le patient
2. Faire de la psychoéducation sur les stratégies d'adaptation.
3. Documenter l'efficacité des stratégies déjà mises en place par le patient. Attention, certains comportements servant à atténuer les symptômes peuvent également être symptomatiques (par exemple, soliloquer, consommer de l'alcool ou des drogues illicites ou avoir des comportements agressifs en réponse aux voix, crier dans la rue en réponse aux voix).
4. Renforcer les stratégies d'adaptation adéquates (qui diminuent la souffrance et augmentent le fonctionnement) déjà utilisées par le patient.
5. Présenter de nouvelles stratégies d'adaptation au patient. (Cf annexe liste des stratégies d'adaptation). Déterminer avec lui quelles sont les plus pertinentes (efficacité, applicabilité, etc.) à tester selon son contexte. Certaines stratégies peuvent être très efficaces chez un patient et exacerber les symptômes chez un autre. Rester ouvert aux suggestions apportées par le patient.
6. Choisir une stratégie à tester en devoir à l'aide du *Tableau d'enregistrement des stratégies d'adaptation aux voix* (Cf annexe).
7. Donner en devoir la pratique de la stratégie d'adaptation choisie et faire noter au patient le niveau de détresse avant et après l'utilisation de la stratégie d'adaptation.
8. Revenir sur la stratégie testée la session suivante

*Se concentrer sur le développement d'une ou 2 stratégies à la fois. Choisir les plus efficaces pour le patient après en avoir expérimenté quelques-unes.

*Certaines stratégies d'adaptation peuvent être pratiquées en rencontre. Si la personne se sent envahie ou en détresse, le thérapeute peut saisir l'occasion et pratiquer les stratégies avec la personne. Sinon, la personne peut également s'imaginer une situation stressante ou le thérapeute peut jouer le rôle des « voix » alors que le patient applique les stratégies.

2.2 Exemples de stratégie d'adaptation

2.2.1 Auto-instruction

Il s'agit d'énoncés que le patient peut se répéter mentalement, qu'il peut écouter (enregistrement), ou avec un support visuel (carte écrite). Par exemple :

- « Il n'y a pas de voisins qui parlent de moi. »
- « Je me suis déjà débrouillé avec ces voix avant. »
- « Les voix ne sont entendues que par moi et non par les autres. »
- « Les voix sont générées par mon cerveau; elles viennent de moi, je dois être stressé. »

2.2.2 Distractions comportementales

L'objectif est de détourner l'attention des symptômes par des comportements. Par exemple :

- Faire des exercices
- Prendre un bain chaud
- Aller marcher
- Jouer de la musique classique ou de la musique rock
- Se retirer dans une pièce tranquille
- Techniques de relaxation simples (ex. respiration, Jacobson (mp3))...

2.2.3 Distractions cognitives

L'objectif est de détourner l'attention des symptômes par la stimulation cognitive. Par exemple :

- Jouer à l'ordinateur
- Regarder la télé
- Écouter de la musique
- Faire des mots croisés,
- Essayer la méditation, des techniques de yoga, prier
- Chanter à voix basse.
- Compter des objets de l'environnement, soustraire mentalement
- Se concentrer sur des stimuli sensoriels autres: odeurs, musique

2.2.4 Socialisation

Avoir des contacts sociaux permet à plusieurs personnes de contenir la détresse associée aux symptômes psychotique. Il est possible de socialiser, par exemple :

- Avec des amis
- Dans des centres communautaires ou de traitement
- En parlant à une personne de confiance des voix

2.2.5 Stratégies médicales

L'utilisation des ressources médicales permet aussi l'adaptation aux symptômes psychotiques.

Par exemple, la personne peut :

- Prendre sa médication prescrite au besoin
- Appeler son intervenant

2.2.6 Focus

Cette stratégie consiste à concentrer son attention sur les symptômes psychotiques. La personne peut par exemple :

- Écouter les voix mais relaxer avec elles
- Prendre des notes sur leur contenu, moment, etc...

SECTION 3. Approches spécifiques aux symptômes

Tel que décrit précédemment, la TCCp est axée sur la gestion des symptômes spécifiques et sur la diminution de la détresse associée, plutôt que sur un diagnostic d'une maladie sous-jacente. Suite à la formulation du problème (ou modèle explicatif de la psychose ou modèle explicatif des difficultés) et le développement des objectifs, le thérapeute et le patient devraient maintenant avoir identifié les symptômes entraînant une détresse significative. Il est important de se souvenir que la disparition complète de tout symptôme n'est pas l'objet de la TCCp : il s'agit plutôt de **choisir les symptômes provoquant le plus de détresse émotionnelle ou ayant l'impact fonctionnel le plus important comme focus pour les interventions thérapeutiques**. Un symptôme, aussi impressionnant soit-il, n'occasionnant aucune difficulté ou souffrance ne sera pas une priorité durant le suivi. Il **pourrait même être néfaste, dans certains cas, de faire disparaître un symptôme psychotique apportant du bien-être au patient** sans nuire à son fonctionnement (par exemple, des hallucinations auditives réconfortantes ou des idées de grandeur). Dans un même ordre d'idées, il peut être pertinent d'évaluer les répercussions possibles de la disparition d'un symptôme, même s'il génère de la souffrance, car il pourrait s'être développé en réponse à un besoin du patient. Par exemple, un individu entendant la voix de Dieu, même menaçante, pourrait s'attrister de la perte du statut spécial que lui conférait ce symptôme (lien particulier avec Dieu) s'il venait à disparaître.

3.1 : Travail spécifique pour les hallucinations auditives

Un travail plus spécifique sur les voix peut se faire après un questionnement détaillé des hallucinations qui aura été amorcé durant la phase d'évaluation, mais approfondi à cette étape-ci. Le thérapeute peut utiliser ou du moins s'inspirer du PSYRATS pour évaluer de manière détaillée et systématique les symptômes. Les hallucinations auditives sont souvent appelées « voix » par les patients et les cliniciens. Toutefois, il ne faut pas prendre cela pour acquis et il faut faire attention à bien réutiliser le langage du patient. Par exemple, une personne qui est convaincue qu'il s'agit d'entités qui lui parlent pourrait avoir l'impression d'être mal comprise par un thérapeute qui lui parle de « voix ». D'un point de vue médical, une hallucination auditive est définie comme une perception sensorielle dotée d'un caractère réel, sans pourtant aucune stimulation externe de l'organe sensitif. Pour une majorité de patients, ces phénomènes adoptent les caractéristiques du langage parlé et sont souvent personnifiés, investis et hautement subjectifs. L'observation que plusieurs individus (non-atteints de trouble psychotique) présentent des hallucinations auditives, sans toutefois ressentir la détresse vécue par plusieurs patients, suggère que plusieurs autres facteurs, autres que la présence du symptôme, sont

reliés à la détresse présente dans les populations cliniques notamment l'interprétation faite de ce phénomène perceptuel.

Le modèle cognitif des hallucinations présuppose que la personne évaluera cognitivement le contrôle perçu, l'identité, le pouvoir et la signification attribués à ce phénomène. Celles-ci influenceront à leur tour les réponses émotives, comportementales et somatiques de la personne. Morrison et collègues (1995) émettent l'hypothèse que les hallucinations auditives sont le fruit d'un processus au cours duquel un individu attribue de façon erronée un stimulus interne (comme une pensée intrusive et égo-dystone) à une source extérieure (voix d'un esprit, une entité, un individu, etc). Cette erreur d'attribution mènerait par la suite à des interprétations cognitives à propos de cette expérience (Morrison & Haddock, 1997 ; Morrison, Haddock & Tarrier, 1995). Birchwood et collègues (2000, 2004) croient que ces appréciations cognitives sont le résultat de biais métacognitifs et schémas sous-jacents, hautement personnels à un individu et déterminés, entre autres par ses expériences antérieures.

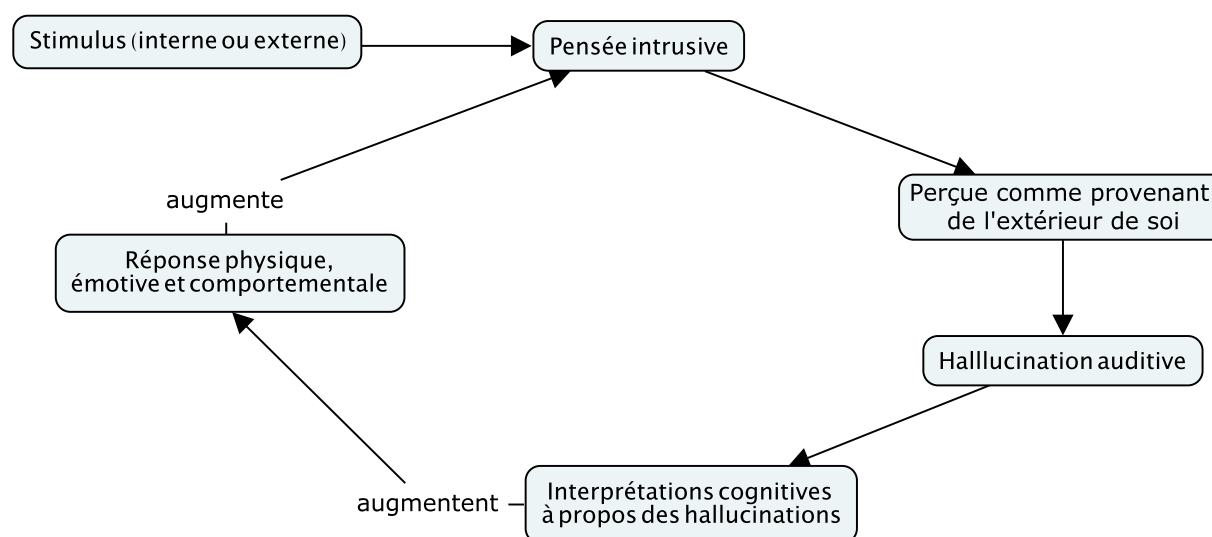


Figure 5 : Modèle expliquant le maintien des hallucinations auditives

Le travail sur les voix en TCCp peut se faire à différents niveaux soit :

- Sur l'apparition des voix (tenter d'éviter que les voix surviennent en réduisant les facteurs ou contextes ou stressseurs déclenchant les voix ou les exacerbant). Ceci permet d'avoir l'impression de pouvoir exercer un certain contrôle

- Sur la réaction émotive face aux voix et sur la gestion de ces émotions par l'application de stratégies d'adaptation (référer au chapitre précédent sur les stratégies d'adaptation)
- Sur les interprétations cognitives de l'origine des voix, de leur puissance etc.

3.1.1 Techniques visant à améliorer l'impression d'être en mesure d'avoir un certain contrôle sur les voix

Les voix sont souvent perçues comme omnipotentes et omniscientes, c'est-à-dire qu'elles savent tout puisqu'elles nous voient et qu'elles sont très puissantes. La personne va donc croire qu'il ne faut pas les défier sans quoi de graves conséquences pourraient en découler. (Beck-Sander et al. 1997)

Étapes

1. Identification et modification des facteurs précipitants des voix
 - Rechercher de manière systématique les événements, pensées ou émotions (ex. anxiété, colère) qui déclenchent les hallucinations.
 - Pour ce faire, il est utile d'utiliser la *grille à 3 colonnes sur les circonstances d'apparition des voix (grille de type ABC)* (Cf annexe) afin d'explorer :
 - A) ce qui déclenche les hallucinations ou qui influence les fluctuations de l'expérience hallucinatoire (il s'agit habituellement de circonstances (ex. le soir seul dans sa chambre avant le sommeil) ou d'événements (dans les transports en commun), mais il pourrait aussi s'agir d'idées (ex. je vais avoir un échec à mon examen) (« Activating event »)
 - B) le contenu des voix (croyances ou « Beliefs »)
 - C) les conséquences émotives (tristesse, honte) et/ou comportementales (isolement, retrait)
 - Si possible, changer quelque chose dans l'environnement ou l'horaire quotidien pour limiter l'apparition des hallucinations. Ex. mettre une veilleuse si les hallucinations n'apparaissent que lorsqu'il fait totalement noir dans sa chambre; appeler sa mère pour discuter au téléphone ou la visiter ou s'impliquer dans une activité de loisir dans un organisme communautaire en soirée, puisque c'est toujours à ce moment, quand la personne s'ennuie ou se sent inutile que les voix surviennent.

2. Améliorer les réactions comportementales et émotionnelles aux voix lorsqu'elles surviennent
 - Optimiser les stratégies d'adaptation (voir section précédente)
 - Éliminer ou remplacer les comportements problématiques (tels que se saouler, se droguer, frapper quelqu'un, crier après les voix) par une réaction plus adaptée.
 - Travailler à réduire l'évitement s'il maintient les symptômes.
 - Développer des techniques de gestions des émotions.

Lorsque la personne est prête, le thérapeute peut lui proposer un test (idéalement d'abord avec le thérapeute en séance si c'est possible):

- Lorsque les voix sont présentes (le thérapeute et le patient peuvent même reproduire une situation similaire à celles qui sont souvent associées à l'apparition des voix), on tentera d'appliquer les stratégies d'adaptation. Par exemple, à l'aide de la grille de type ABC (*Activating event, Behavior, Consequence*), aussi parfois nommé tableau TCC (Tableau de la situation, croyances, conséquences) (Lecomte & Leclerc, 2016), on a d'abord démontré que les voix surviennent habituellement quand la personne en traitement écoute du rap. Le thérapeute invite alors le patient à faire jouer de la musique rap et à observer si les voix apparaissent. Si tel est le cas, cela démontre au patient qu'en faisant ou pas cette activité, il a un certain contrôle sur l'apparition ou la présence des voix. Ensuite, toujours en séance si possible, il appliquera une stratégie d'adaptation (ex. respiration relaxante, ou jouer à des jeux sur son téléphone intelligent) pour démontrer qu'il peut faire diminuer les voix (les contrôler). Il faudra demander de coter avant et après l'exercice, le niveau de présence des voix, leur intensité, leur niveau de négativité, leur durée et l'intensité émotive (de même que l'émotion) et l'impression de toute puissance des voix. Le patient pourra répéter cet exercice seul à la maison après l'avoir expérimenté avec succès en séance.

Ce test permettra au patient de réaliser que les voix ne contrôlent pas ses actions. L'exercice permet de commencer à être plus sûr de soi et de développer un dialogue avec les voix en leur demandant de cesser lorsque le moment est inopportun. En contrepartie, le patient pourrait suggérer aux voix de revenir à des moments opportuns si leur présence est rassurante ou fait du bien sans nuire au fonctionnement. Ex. le commis comptable, qui demande aux voix d'arrêter de le distraire au travail, mais leur donne RV le soir pour discuter car cela remplit bien ses soirées solitaires chez lui.

3. Travail sur les cognitions rattachées aux hallucinations

- Une diminution du degré de conviction au sujet des croyances d'omnipotence, d'omnipuissance ou sur l'origine des voix pourrait amoindrir la détresse et les réponses comportementales problématiques. Le travail peut se faire sur les 3 niveaux de pensées. Nous référons le lecteur au guide de pratique sur la TCC de la dépression disponible au www.tccmontreal.ca pour plus de détails sur les techniques de restructuration cognitive dont certaines sont évoquées dans les prochaines lignes.
- Pensées automatiques primaires (contenu des voix)
 - Ex. : « T'es bon à rien, on va te tuer »
 - Répondre au contenu des voix en utilisant des réponses pour réduire l'anxiété et la colère générées par ces commentaires faits par les voix. Un travail cognitif, par exemple, sur les évidences pour et contre les affirmations des voix pourra alors être utile. Ex. Quelles sont les évidences qui appuient ou contredisent l'affirmation que vous êtes « Bon à rien ». On notera les conclusions et cela pourra être éventuellement utilisé en « autoinstruction » en réponse aux voix.
- Pensées automatiques secondaires
 - Ex. « Ça recommence... je suis puni parce que j'ai commis une erreur'; 'ma vie est foutue »
 - Travail cognitif usuel sur les distorsions cognitives.
- Croyances rattachées aux voix
 - Ex. : « C'est l'envoyé de Dieu qui est chargé de me faire expier mes fautes qui me parle »
 - Voir prochaine étape sur la réattribution des voix

4. Réattribution de l'origine des hallucinations

Le but est de permettre au patient de considérer la possibilité que les voix puissent être le produit de son propre cerveau et de ses propres pensées. On commence par explorer le fait que ces perceptions sont très individuelles : « Est-ce que quelqu'un d'autre peut les entendre? » « Avez-vous demandé aux autres si ils peuvent les entendre? » « Avez-vous essayé d'enregistrer les voix? » « Apparaissent-elles seulement lorsque vous êtes seul? »

Il faut également découvrir les croyances par rapport à l'origine des voix : « Comment comprenez-vous que les autres ne peuvent pas les entendre? » « Qui sont ces voix? » « Comment est-ce possible que vous les entendez? »

Ses croyances peuvent ensuite être discutées avec la personne en utilisant les outils présentés dans la section suivante « travail sur les délires » (ex. *Questionnement socratique, Vérifier les faits, Rechercher des alternatives à ses croyances*, etc.)

Si le patient répond que les voix ne peuvent pas être sa pensée parce qu'elles sont de quelqu'un d'autre, le thérapeute peut tenter de faire un lien entre ces expériences et les rêves (i.e. « A quel point ce qui est dit par les personnages dans nos rêves, semble réellement dit par ce personnage, pourtant les rêves sont générés par notre cerveau, comme nos pensées. Pourrait-il en être de même pour les « voix »? ». ». Une autre façon d'aborder ce sujet est d'abord de demander à la personne si elle est d'accord avec ce que les voix disent, si elle pense la même chose que les voix ou si ça lui est déjà arrivé d'avoir des idées similaires. (ex. les voix qui disent « Tu es nulle, tu vaux rien » à une personne qui a une très faible estime d'elle-même. Ou encore des voix mandatoires suicidaires, « tu mérites de mourir, tue toi »... et la personne admet avoir aussi des idées suicidaires).

Le thérapeute peut également utiliser la description provenant d'autres personnes et leurs expériences, par exemple lors d'une thérapie de groupe ou à l'aide de vidéo ou de matériel écrit. Nous proposons :

- <http://www.droitdeparole.org/2014/03/temoignage-inspirant-de-guy-lavoie-vous-entendez-des-voix-parlez-en/>
- http://ici.radio-canada.ca/emissions/medium_large/2014-2015/chronique.asp?idChronique=354818

Une image issue d'une BD (ex. Milou dans Tintin qui a sur une épaule un ange et sur l'autre un diable) peut aussi parfois être proche de leur réalité.

Il est important de noter que les hallucinations de certains semblent tellement réelles qu'il peut leur être impensable pendant plusieurs mois de croire qu'elles sont un produit de leur propre cerveau. Il peut être plus facile d'enlever initialement le pouvoir aux voix, avant de tenter de les réattribuer à la personne.

Astuces pour faciliter la réattribution des hallucinations

- ⇒ Utiliser la normalisation, par exemple, expliquer que cela peut arriver:
 - Dans des états de privation de sommeil ou de privation sensorielle
 - Dans des circonstances stressantes (ex. deuil, prise d'otage, etc.)
 - Comparer au PTSD (ex. hypervigilance, réviviscence de souvenirs auditifs et visuels)
- ⇒ Comparer aux rêves (ex. des rêves ou des cauchemars éveillés) où les discours générés par notre cerveau nous semblent vraiment réels
- ⇒ Explorer les doutes lorsque le patient dit « je ne suis pas sûr de comment elles viennent... »
- ⇒ Clarifier et revoir les schémas dysfonctionnels qui maintiennent les voix. Ensuite, il sera possible de tenter de remettre en question le contenu des voix qui cause la détresse et faire un lien avec contenu de sa propre pensée, de ses propres schémas

3.1.2 Les voix impérieuses

La littérature démontre que 53 % des hallucinations auditives sont impérieuses et que parmi celles-ci, 48% ordonneront de poser des gestes agressifs ou dangereux. Près de 33% des personnes aux prises avec de tels symptômes obéiront aux voix entendues, sans retenue ou bien partiellement (Birchwood et al., 2017). Certaines personnes seront effectivement capables de résister à un ordre trop égo-dystone (c'est-à-dire trop en désaccord avec ses valeurs) mais pourront en contrepartie choisir d'obéir partiellement aux ordres qu'elles jugeront plus banals afin de diminuer la détresse associée ou de « calmer les voix ». Par exemple, un individu pourra accepter de se promener nu tel qu'ordonné par les voix pour acheter du temps en leur donnant l'impression qu'il les écoute et ainsi d'éviter de suivre l'ordre de meurtre de son propriétaire, émis par ses voix.

Plusieurs éléments influenceront la susceptibilité d'une personne à obéir aux voix impérieuses :

- Intention perçue de la voix : La personne aura plus tendance à résister aux voix perçues comme malveillantes que celles qui semblent lui vouloir du bien. Par exemple, il y a plus de chance qu'elle cède à la voix d'un ange qui lui demande de tuer son voisin qui serait en fait un démon plutôt que de suivre la voix du diable qui lui demande de tuer ses parents.
- Relation avec la voix : Une personne aura plus de difficulté à résister à une voix si elle est convaincue que cette dernière provient d'une personne aimée. Par exemple, il pourra

être plus difficile de ne pas obéir à la voix de sa grand-mère adorée qui lui demande de se suicider pour venir la rejoindre.

- Pouvoir attribué à la voix : Des conséquences néfastes associées au fait de ne pas obéir, la croyance fréquente que les voix sont omnipotentes et omniscientes, ou si la voix représente une personne en situation d'autorité, la personne aura plus tendance à obéir à la voix. Par exemple, la voix peut menacer de faire du mal aux enfants de la personne si celle-ci refuse de faire ce qu'elle lui demande.
- La capacité de la personne de résister aux voix sera influencée par l'affect (peur de la voix, sentiment de culpabilité, symptômes dépressifs, etc.).
- La présence de « comportement sécurisant » peut également augmenter la capacité d'une personne à résister aux voix. Ses « comportements sécurisant » apaisent transitoirement les voix. Par exemple, la personne peut choisir de répondre partiellement aux voix. Elle obéira à leurs demandes jugées moins néfastes (ex. ne plus se laver) afin de les calmer du fait que la personne refuse de faire du mal à quelqu'un.

Intention perçue + pouvoir d'agir attribué aux voix – capacité à résister au voix

= susceptibilité à obéir aux voix impérieuses

(Birchwood et al., 2017)

Il est possible de diminuer la susceptibilité d'obéir aux voix en remettant en question le contenu des voix, leur omnipotence ou l'origine des voix. L'objectif est de discréditer l'omniscience des voix en mettant en évidence les erreurs ou l'absence de preuve attestant le contenu. Une fois, l'omniscience des voix remise en question, leur omnipotence sera aussi remise en question : le thérapeute élaborera avec le patient, des expériences comportementales qui amèneront la personne à accomplir ou à s'abstenir de faire un comportement pour tester si la conséquence annoncée par les voix se réalisera (« Ne te laves plus... si tu n'obéis pas, tu vas perdre ton travail et on va te rendre malade, à te faire vomir »). Si cela s'avère trop difficile pour la personne de ne pas obéir par peur de représailles, il est possible de faire la même expérience, mais en substituant le comportement sécurisant pour un autre procurant moins d'apaisement des voix (ex. se laver seulement les mains, les pieds et les parties « intimes » à la lingette).

Étapes d'une expérience comportementale :

1. Identifier clairement une croyance spécifique et s'assurer que la personne est d'accord qu'il s'agit d'une seule des interprétations possibles de la situation :
 - Thérapeute : « Les dernières semaines, nous avons discuté comment chaque personne peut interpréter de manière différente une seule situation. Puis nous avons fait avec le lien avec votre croyance que, si vous vous laviez, les voix vous rendraient malades à vous faire vomir. Par exemple, vous étiez d'accord la semaine dernière pour dire que certaines personnes interprèteraient les voix comme faisant seulement des menaces, sans avoir le pouvoir réel de vous rendre malade. Êtes-vous toujours d'accord avec ce que nous avons discuté? »
 - Patient : « Oui, ça se tient. »
 - Thérapeute : « Aujourd'hui, j'aimerais poursuivre la réflexion avec vous à l'aide d'une expérience. Êtes-vous d'accord pour qu'on discute de cela? »
 - Patient : « Oui »
2. Spécifier les conséquences néfastes prédites
 - Thérapeute : « Donc selon vous, si vous prenez une douche, que se passerait-il? »
 - Patient : « La voix me rendraient malade. »
 - Thérapeute : « Comme quoi par exemple? Quels symptômes est-ce que vous auriez? »
 - Patient : « Je vomirais beaucoup. Je n'arriverais plus à boire et à manger. Je devrais rester constamment couché et je devrais manquer du travail. »
3. Spécifier les conséquences alternatives possibles en évitant de nouvelles interprétations délirantes le plus possible
 - Thérapeute : « Considérant que d'autres personnes verraient probablement la situation différemment, qu'est-ce qui pourrait se passer d'autre si vous vous laviez? »
 - Patient : « Je pourrais être malade juste un peu et malgré tout pouvoir aller travailler. Les voix pourraient rendre un membre de ma famille malade à ma place. Si ce n'est effectivement que des menaces, il pourrait aussi ne rien se passer. »
4. Description détaillée du comportement qui devra être fait en veillant à éliminer les comportements de sécurité.
 - Thérapeute : « Que devriez-vous faire selon vous pour tester votre croyance et voir si elle est la bonne? »
 - Patient : « Je devrais prendre une douche en utilisant du savon. »

5. Répétition par imagerie mentale, identification des obstacles et des solutions pour les surmonter
 - Thérapeute : « Très bien, je vais vous demander de fermer les yeux et d'imaginer que vous prenez une douche. Vous vous déshabillez, vous allumez la douche, ajustez la température de l'eau, etc. Comment est-ce que ça se passe? »
 - Patient : « Je ne serai jamais capable. Dès que je m'approche de la douche, les voix le savent et elles crient de plus en plus fort. Je sais que je vais être malade. »
 - Thérapeute : « Qu'est-ce qui serait alors un test qui ferait réagir les voix, mais qui serait réalisable pour vous? »
 - Patient : « Je pourrais me laver seulement les mains et les pieds. Juste ça, c'est certain que ça va les mettre en colère. »
 - Thérapeute : « C'est une bonne idée. Je vous propose d'essayer à nouveau par imagerie mentale... »
6. Faire l'expérience comportementale
7. Retour sur les conséquences réelles et sur ce que la personne a appris de l'expérience comportementale.
 - Thérapeute : « La semaine dernière, vous deviez faire le test de vous laver les mains et les pieds afin de voir si vous alliez effectivement tomber malade. Comment est-ce que ça s'est passé? »
 - Patient : « J'ai été très surpris. Les voix étaient vraiment en colère. Ça été difficile pour moi de me laver, surtout les pieds. Après elles ne m'ont pas laissé tranquille de la journée, mais je n'ai jamais été malade finalement. »

3.2 Travail spécifique aux délires et distorsions cognitives

En TCCp, le délire est considéré comme une croyance à l'extrême d'un continuum. Il n'est pas catégoriquement différent d'une idée surinvestie et des croyances normales, mais il est maintenu en dépit d'évidences du contraire. Il est possible de modifier un délire par une exploration collaborative des évidences. Graduellement, la croyance peut se rapprocher des idées qui correspondent aux origines sociales, culturelles et éducationnelles de la personne. Soulignons que cette étape de la TCCp nécessite qu'une bonne alliance soit établie avant d'être débutée.

Le thérapeute doit adapter ses interventions au désir de chaque individu de considérer des explications alternatives à propos de la nature de ses expériences. Avec certains, le thérapeute

peut tenter d'offrir des explications « en contact avec la réalité ». Avec d'autres, le thérapeute s'attardera plutôt à identifier et réévaluer le système de croyances du patient afin de diminuer la détresse et de promouvoir des perspectives plus adaptatives que celles que le patient présente déjà. Le thérapeute ira le plus près de la réalité que le patient est prêt à accepter. Pour ce faire, il y aura entre le thérapeute et le patient un partage de leurs hypothèses explicatives, une tentative de trouver ensemble des explications alternatives non délirantes aux événements. Il arrive régulièrement que les seules hypothèses auxquelles le patient est prêt à adhérer demeurent dans le spectre de croyances « délirantes », mais elles doivent être associées à moins de détresse. Il peut également être utile de renommer les expériences et de dédramatiser la situation qui souvent est reliée à des émotions très intenses.

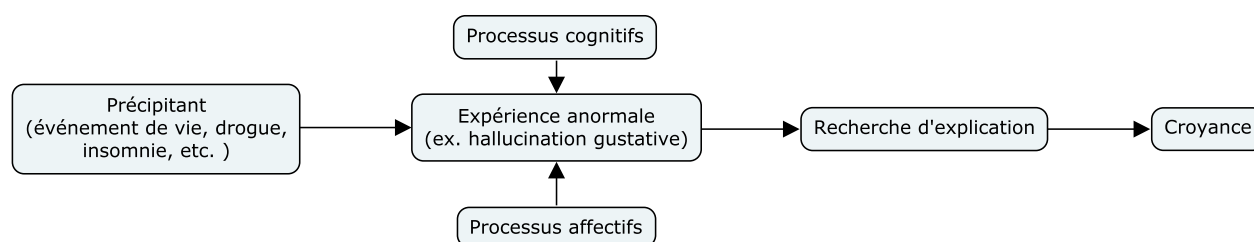


Figure 6 Modèle cognitif du développement et de la persistance d'une croyance (Freeman et al, 2002).

3.2.1 Questionnement socratique

Le questionnement socratique est une manière de poser des questions qui permet, entre autres, de continuer à favoriser l'alliance en évitant une confrontation directe tout en amenant la personne à réaliser qu'il y a des failles dans son raisonnement. C'est une attitude caractérisée par le fait que le but de la conversation n'est pas de convaincre la personne de la vérité ou de la fausseté d'une croyance, mais bien de l'aider à créer un doute afin de prendre une distance de ses pensées et à les interroger. Le thérapeute essaie d'être ouvert d'esprit et intéressé à comprendre dans les détails ce qui s'est produit, ou pas.

Le meilleur exemple de cette approche est celle du détective Colombo. Ce dernier s'excuse toujours d'être confus pour ensuite questionner en détails les événements et leur déroulement ainsi que la logique ou le raisonnement qui sous-tend l'explication. L'attitude opposée, qui doit être évitée, pourrait être illustrée par le personnage de Sherlock Holmes qui tente plutôt de prendre la personne au piège et de la confronter.

3.2.2 Technique de la « Réponse rationnelle aux délires »

1. Retracer les symptômes jusqu'au moment de leur apparition, puis détailler cette période, le contexte de la première apparition des symptômes.
2. Identifier les cognitions erronées de cette période, sur quelles évidences les conclusions de l'époque ont-elles été tirées?
3. Tenter de comprendre pourquoi la signification délirante a été attribuée aux événements, pourquoi les événements ont ainsi été interprétés.
4. Discuter des explications alternatives qui auraient pu être considérées ou qu'on peut considérer avec le recul lorsqu'on regarde les évidences et le contexte de l'époque (modèle vulnérabilité-stress-facteurs de protection, normalisation)

Attention : Le thérapeute doit principalement viser les croyances qui sont la source d'une détresse. Il doit prendre en considération la fonction de la croyance. Par exemple, une croyance inhabituelle, mais qui a pour fonction de protéger l'estime de soi ou qui est rassurante et qui n'a pas d'impact négatif sur le fonctionnement de la personne ne semble pas une cible pertinente pour la TCCp

3.2.3 Développer une capacité de réflexion par rapport à ses pensées (inspiré du programme Slowmo (Garety et Ward, 2017))

Il existe 2 types de raisonnements

1. Le raisonnement émotif ou expérientiel : Rapide, considération globale des éléments. Augmente les chances de distorsions cognitives tel que le « saut aux conclusions ». Il s'agit d'un type de raisonnement souvent impliqué dans la formation de délire. Il peut être exacerbé par la présence d'anxiété.
2. Le raisonnement rationnel : Lent, considération d'un élément à la fois. Permet la présence de flexibilité cognitive. Une plus grande flexibilité cognitive prédit le changement et pourrait être protectrice contre le développement de délires.

L'objectif de cette technique n'est pas de confronter des croyances ou d'en éliminer, mais de diminuer la tendance des patients à réfléchir rapidement, de prendre conscience de cette tendance et des conséquences qui lui sont associées, puis de développer de nouvelles idées / manière de réfléchir.

Étapes

1. Prendre conscience de ses pensées
2. Apprendre à connaître ses distorsions fréquentes, la façon dont la personne réfléchit.
3. Ralentir : se dire STOP, prendre du recul par rapport à la situation.
4. Identifier une pensée sécurisante, une pensée alternative ou encore imaginer comment une personne de confiance verrait la même situation.
5. Considérer notre façon d'interpréter la situation actuelle comme étant influencée par notre vécu passé et se rassurer que la situation n'est probablement pas si dangereuse.
6. Tenter d'identifier les émotions et se questionner sur comment elles influencent notre vision de la situation.
7. Développer le réflexe de réfléchir sur ses pensées.

3.2.3 Créer une dissonance cognitive

L'objectif de cette intervention est d'aider le patient à réaliser qu'il entretient deux croyances opposées. Or, cela crée un malaise chez la plupart des gens ce qui les amène à choisir une des deux. Par exemple, une personne qui souhaite économiser de l'argent, mais qui déteste travailler pourra avoir comme croyances : « J'adore avoir un salaire et pouvoir me payer des sorties. », « Je déteste ne pas être complètement libre de mon temps. ». Puisque ces deux croyances sont contradictoires, elle rejettera une des deux et pourra se dire, par exemple, « Mon travail n'est pas si pire, les horaires sont assez flexibles. »

La première étape consiste en une discussion au cours de laquelle le thérapeute et le patient devront être en accord avec le principe suivant : « Pour un même événement, chaque observateur aura une perception différente. Il existe donc plusieurs explications à chaque situation. » Lorsque l'on admet qu'il existe plusieurs explications possibles pour une situation donnée, cela doit être également vrai pour notre propre vécu. Cela encourage la personne à considérer d'autres explications.

Le thérapeute peut aussi demander à la personne de trouver plusieurs explications pour différentes situations neutres. Par exemple :

- Je décide d'aller participer à un spectacle en plein air au centre-ville mais il y a une panne de métro.

Ensuite, on peut répéter l'exercice avec un autre exemple, moins facile.

3.2.4 Vérifier les faits

Afin d'aider la personne à ne pas sauter aux conclusions trop vite, on l'invite à considérer tous les éléments présents. Le thérapeute demande au patient de s'imaginer être un détective privé et de rechercher des preuves à sa situation ou sa croyance comme un détective le ferait ou encore d'examiner les preuves comme un jury. Il faut faire attention dans la façon de l'exprimer afin de ne pas donner l'impression que la personne doit se justifier ou qu'on ne la croit pas.

La liste de questions suivantes peut être remise à la personne pour qu'elle s'en serve (Cf annexe):

- Que s'est-il produit?
- Qui était impliqué? Qui était présent?
- Est-ce que d'autres personnes ont assisté à l'évènement?
- Est-ce que cela vous est déjà arrivé par le passé?
- Où étiez-vous ?
- Est-ce que cela aurait pu arriver à quelqu'un d'autre? Si oui, pourquoi? Sinon, pourquoi?

La technique peut être pratiquée en jeux de rôle.

Exemple : Justin s'inquiète – il vous explique qu'un adjoint administratif aux ressources humaines a envoyé une copie de son dossier personnel à ses supérieurs. Maintenant ils savent des choses personnelles à son égard et s'organisent pour pouvoir le renvoyer. Quels faits pourrait-il aller vérifier? Comment? Quelles sont les évidences que le dossier a été envoyé? Quelles sont les évidences qu'on veut le renvoyer? Pourquoi voudrait-on le renvoyer et pourquoi pas? Le thérapeute peut jouer le rôle de Justin et le patient le rôle de l'enquêteur.

3.2.5 Rechercher des alternatives à ses croyances

Il s'agit d'appliquer les concepts de la vérification des faits en s'appuyant sur la reconnaissance de la personne qu'il existe plusieurs explications à une situation donnée. Ce travail se fait sur une croyance choisie par la personne, qu'elle est ouverte à travailler et qui est source de détresse pour elle. De plus, l'alliance thérapeutique doit être bien développée et la personne doit être engagée dans le processus de thérapie avant de tenter la modification des croyances par la recherche d'explications alternatives. Si la personne refuse de considérer des explications alternatives, diriger le travail sur « Si la situation est bien vraie, à quel point cela est-il grave ou dangereux pour vous? Quelles sont les conséquences les plus graves? Pourriez-vous vivre avec ses conséquences? » avec pour objectif de diminuer la détresse. **L'objectif n'est pas de changer la croyance à tout prix, mais d'insuffler le doute en permettant à la personne de**

considérer plusieurs interprétations plus ou moins souffrantes pour elle. Voici des exemples de questions qui peuvent être utilisées pour aider à générer des explications / hypothèses alternatives :

- Existe-t-il d'autres explications différentes pour cette situation?
- Qu'en pense des gens près de vous en qui vous avez confiance (ex. mère, amie, etc.)?
- Que penseriez-vous si un ami vous racontait cette histoire?
- Avez-vous déjà pensé à d'autres explications qui vous ont semblé improbables ou farfelues?

Astuces pour discuter du délire

- ⇒ Établir la nature des évidences initiales sous-jacentes à la pensée délirante et discuter des évidences récentes qui confirment ou infirment le délire
- ⇒ Utiliser le questionnement périphérique. Le thérapeute pose des questions qui concernent le délire sans le toucher directement.
 - Par exemple, pour un patient qui serait convaincu d'avoir un implant cérébral : « Est-ce que cet implant serait volumineux? » « Aurait-il besoin de batteries? » « Serait-il visible aux rayons X? »
 - Attention : Questions posées avec une certaine curiosité, la ligne est mince entre questionner le délire avec intérêt et de façon détaillée et le confronter... On dit que l'on doit « rester sur la clôture » afin de ne pas entrer en collusion avec le délire ni prendre position contre celui-ci.
- ⇒ Aider le patient à considérer les évidences,
 - 1) Aider le patient à considérer que toutes les personnes ne pensent pas de façon identique et que certaines pourraient avoir d'autres hypothèses. Ex: Oui, c'est possible mais pensez-vous que tout le monde penserait cela?
 - 2) Discuter l'opinion de personnes significatives quant aux croyances. Ex. Que pensez votre mère de cela? Lui en avez-vous parlé? Faites-vous habituellement confiance en son jugement?
 - 3) Aider le patient à reconsidérer la qualité de l'évidence. Ex: Qu'en penserait X, un prêtre, des scientifiques, un enquêteur ou un jury (faire attention avec ces 2 derniers, car cela peut parfois donner l'impression au patient que le thérapeute ne le croit pas, qu'il a un parti-pris pour l'opinion contraire.)
- ⇒ Susciter des alternatives
 - Exemples: « Pensez-vous ou avez-vous déjà pensé à d'autres hypothèses même les plus farfelues? » « Vos proches ont-ils d'autres hypothèses? », « Si quelqu'un (ex. ami) vous disait cela, comment réagiriez-vous? »
- ⇒ Exploration/investigation
 - Si le patient a une théorie qu'il propose, il peut être intéressant par exemple de faire des recherches (ex par internet) sur ce sujet. Cela peut être fait à deux lors des séances subséquentes. Il est souvent préférable de faire une telle exploration en séance plutôt que de le faire en devoir, car on peut un peu mieux diriger le patient dans son exploration.

⇒ Bref, semer la graine du doute par rapport à la véracité et attendre qu'elle germe... l'arroser, la nourrir d'engrais de temps en temps... mais rien ne sert de tirer sur la pousse germée, elle ne grandira pas plus vite, ni ne prendra racine plus vite..

3.2.6 Les délires résistants

Tous les jours nous fonctionnons avec des croyances qui nous semblent vraies. Nous organisons notre vie et notre conception de nous-mêmes autour de ses croyances. Celles-ci sont renforcées par un biais de confirmation ainsi que par les bénéfices que nous retirons de ces croyances (meilleure estime de soi, évitement, etc.). Ces processus sont impliqués dans le maintien des délires. (Garety et Ward, 2017)

Dans le cas des délires résistants, il est important pour le thérapeute de se centrer sur la détresse du patient et de considérer les fonctions possibles du délire. Le thérapeute doit éviter de tenter à tout prix de modifier les idées de grandeur ou les croyances qui protègent l'estime de soi.

- Revoir les questions et préoccupations centrales, On arrête de discuter du délire et **on se recentre sur ses conséquences** (exemple: isolement social, faible estime de soi).
« Ce doit être génial d'avoir des super pouvoirs, mais il y a des conséquences à cela. Est-ce que parfois vous vous sentez seul ou différent ou incompris? ». « Je comprends que vous soyez millionnaire mais en attendant d'avoir accès à cet argent, pourrais-je vous aider à mieux gérer vos priorités de dépenses actuelles pour vous assurer une certaine qualité de vie en attendant et de conserver un « bon crédit ». » Le thérapeute peut alors aider le patient à trouver quelque chose de concret qui le fait se sentir mieux comme un sport ou une activité sociale.
- On s'assure que le patient est prêt à y travailler
- On peut suivre la logique du délire pour en arriver à ses conséquences
Ex : Implications émotives : « Si les gens vous croyaient, quelle différence cela ferait-il pour vous? » « Qu'est-ce qui cause le plus de détresse? » « Que pouvez-vous faire à ce sujet? » « Pourquoi serait-ce si important? »
- Explorer les changements attendus au plan relationnel ou autre
Ex : « Si cela était vrai, Je serai respectée par mon conjoint... »

- S'attarder aux sujets qui émergent

Ex : « Bien que je n'aie aucune idée si vous êtes ou non un membre de la famille royale, tel que vous le mentionnez, je pourrais tout de même travailler les difficultés que vous éprouvez avec votre conjoint »

- Il faut savoir s'arrêter pour s'entendre sur une position de base commune
 - « Nous ne sommes pas d'accord à savoir si vous souffrez d'une maladie mentale ou êtes l'objet de magie noire mais, peu importe la cause, nous sommes d'accord pour dire que cela nuit beaucoup à votre bien-être. Qu'est-ce qui pourrait rendre votre souffrance plus facile à tolérer dans la vie de tous les jours? »
 - Faire ressortir les points communs même si nous ne partageons pas la même explication totalement et les objectifs communs sur lesquels travailler.

3.3 Travail spécifique sur les schémas et l'estime de soi

Les techniques présentées dans cette section visent à travailler les cognitions dysfonctionnelles à propos de soi et des autres. Les stratégies utilisées pour modifier de telles croyances sont tirées des stratégies cognitives habituelles telles que celles utilisées dans la dépression ou pour les individus présentant des troubles de personnalité.

La psychose entraîne souvent une incohérence et une perte de sens. Le thérapeute a pour rôle d'aider la personne à trouver une signification à son expérience et à développer ses ressources personnelles. Il est important de respecter le modèle explicatif du patient, en donnant à la personne des informations adaptées à celui-ci, de proposer des modèles alternatifs au moment opportun, d'identifier les valeurs présentes chez la personne et de l'aider à faire le deuil de celles avec lesquelles il est en désaccord.

La psychose survient généralement au début de l'âge adulte. Il s'agit d'un moment crucial où l'individu acquiert beaucoup d'autonomie et où il apprend à se définir. Ces processus peuvent être ralentis ou bloqués par l'apparition de la psychose. De plus, dans certains cas, les habiletés sociales du patient étaient déficitaires avant le premier épisode. Il est donc souvent difficile pour la personne de se construire une identité à partir de relations sociales qui sont très importantes dans l'élaboration de l'identité et de l'estime de soi.

Le vécu relié à l'épisode psychotique et son traitement est souvent considéré par les individus comme un événement traumatique qui interfère avec le développement de l'identité.

Les croyances ancrées (ou schémas) les plus fréquentes peuvent concerner :

- Soi-même
 - « Je risque facilement d'être blessé » : Souvent associée aux délires ou hallucinations suggérant qu'on cherche à tuer le patient ou l'un de ses proches.
 - « Je suis à risque de perdre le contrôle de moi-même » : Fréquent chez les patients qui rapportent l'expérience d'être contrôlé par une force externe. Également présent chez les patients qui craignent de perdre le contrôle lors d'un futur épisode psychotique (soit perdre le contrôle de leurs pensées ou de leurs comportements).
 - « Je suis condamné à l'isolement social » : La personne peut se percevoir comme anormale et marginale. Cette croyance peut dériver également d'expériences réelles de stigmatisation (ex. intimidation à l'école), de rejet, d'abandon ou de négligence.
 - « Je n'ai pas de valeur » : Une des croyances les plus fréquentes. Elle origine parfois d'une prise de conscience de ses déficits personnels ou des conséquences de la psychose. Le patient en vient à croire qu'il est le responsable de ses difficultés et qu'il a un handicap irrécupérable. Toutefois, elle puise souvent sa source dans des expériences d'abus psychologique (ex. insultes par les parents « Tu sers vraiment à rien », « Tu es un vaut-rien », d'intimidation « t'es un imbécile, un parasite »), ou de négligence.
- L'environnement ou les autres
 - « Les autres ne sont pas fiables, on ne peut faire confiance à personne »
 - « Les autres me veulent du mal, ils sont menaçants »
 - « Les autres vont me trahir »
 - « Les autres me dénigrent »
 - « Le monde est dangereux »
- ou le futur.
 - « Le futur fait peur » « Il est imprévisible »
 - « Je n'ai pas de futur »

3.3.1 Étapes du travail des schémas

1. Les mettre en évidence :

- D'après l'histoire livrée par le patient: « Comment vous perceviez-vous à l'école? Comment les autres se comportent-ils à votre égard? Vous entendiez-vous avec les autres et vos parents? Que pensiez-vous d'eux? »
- D'après les comportements: « Qu'est-ce qu'une personne devrait croire pour agir de cette façon? »
- D'après les pensées, les délires, les hallucinations, et les événements survenus au moment du début de la maladie.
- D'après des questionnaires sur les schémas (Cf section sur l'évaluation)

2. Développer une conceptualisation : Lorsque les thèmes de pensées dysfonctionnelles deviennent plus apparents, ils peuvent être discutés avec le patient. L'objectif est d'expliquer comment il a tenté de comprendre et de donner un sens à des circonstances difficiles de son existence ou à des anomalies perceptuelles

3. Modification des schémas

- Présenter un résumé de la suite des événements (évidences)
- Introduire le doute sur les schémas dysfonctionnels
- Mettre en évidence les erreurs cognitives ayant mené aux schémas. (Cf liste des distorsions cognitives en annexe)
- Faire un lien avec les expériences de vie ayant mené à ces schémas. Ce processus peut parfois se rapprocher de l'interprétation psychodynamique, mais il se fait de façon plus concrète et plus collaborative avec le patient.
- On pourrait aussi proposer une position opposée (héros qui s'est battu dans l'adversité) à celle du patient (celui qui n'a réussi dans aucune sphère) tout en demeurant réaliste et non « faussement positif »

Évidemment cela ne se fait pas à la première séance. Le partage d'une conceptualisation doit se faire après avoir établi une très bonne alliance et s'inscrit dans un plan de réadaptation globale où l'estime de soi et la vision du futur et de l'environnement peuvent se modifier via des expériences de succès réels aussi petits soient-ils mais réels et concrets. Ainsi une composante comportementale concomitante ou précédent le travail sur les schémas et idéalement vécue 'ensemble' durant la période de thérapie sera un atout majeur,

Le thérapeute doit tenir compte des éléments externes réels qui favorisent la construction de schémas à l'origine d'une grande détresse. La société actuelle stigmatise énormément les individus atteints de troubles mentaux et plus spécifiquement ceux atteints d'un trouble psychotique. La stigmatisation est le processus par lequel une condition ou un aspect d'un individu est attribué de façon généralisée à son identité. Chez la personne touchée par la stigmatisation, cela mène à une modification de l'image de soi via celle que la société nous renvoie. C'est l'auto-stigmatisation. L'attribution de stéréotypes négatifs à soi-même cause de l'auto-dévalorisation, la honte, une volonté de maintenir le secret et l'isolement. (Corrigan, 1998) Il est donc nécessaire de travailler non pas uniquement avec le patient pour qu'il modifie sa perception de lui-même et qu'il ne se décrive plus par la maladie (« j'ai un diagnostic de schizophrénie » et non : « je suis schizophrène »), mais aussi sur l'environnement qui devra lui envoyer une image positive et instigatrice d'espoir. L'environnement inclus particulièrement la famille, les amis et mais aussi les soignants. L'attitude du clinicien doit également contribuer à modifier cette image de soi en nourrissant l'espoir d'atteindre des objectifs de vie et en y travaillant concrètement à l'intérieur d'un plan de réadaptation.

3.4 Travail spécifique sur les symptômes négatifs

Les symptômes négatifs, souvent moins impressionnants que les symptômes positifs, entraînent néanmoins des conséquences significatives et souvent à long terme au plan fonctionnel, d'autant plus que les traitements pharmacologiques n'ont démontré que peu d'effet pour pallier à ces symptômes. Quant aux interventions psychologiques, bien que des résultats positifs aient été obtenus avec des méthodes comportementales, notamment l'entraînement aux habiletés et l'économie de jetons, ce n'est que plus récemment qu'une approche plus « cognitive » a également démontrée des résultats encourageants. (Beck et al. 2009) (Sensky et al, 2000) (Rector et al, 2003) (Pinto et al, 1999) (Tarrier, 2001)

Ces avancées coïncident avec l'émergence d'un modèle cognitif des symptômes négatifs, qui préconise que des croyances défaitistes liées à la performance (« si je ne le fais pas bien, si je ne réussis pas (sous-entendu « du premier coup ») ce n'est pas la peine d'essayer ») seraient au cœur de la problématique et entraîneraient un cycle d'évitement, d'apathie et d'isolement qui protège le patient des stress de la vie active, mais qui occasionne aussi un vide dans leur vie. De la même façon, d'autres auteurs ont suggéré que les symptômes négatifs pourraient être une manière pour la personne de s'adapter aux symptômes positifs en se détachant du vécu surstimulant et anxiogène causé par la psychose. Le modèle de Kingdon et Turkington (1994)

est particulièrement intéressant car il tente de fournir une explication cognitive pour chacun des symptômes négatifs principaux ce qui permet d'orienter les interventions thérapeutiques.

3.4.1 Modèle explicatif des symptômes négatifs de Kingdon et Turkington (1994)

Affect émoussé	Parfois équivalent au choc, pourrait être induit par le découragement/démoralisation ou secondaire à un évènement traumatique ou mécanisme de protection)
Alogie	Absence de pensée ou difficulté de communication? Réaction aux critiques?
Aboulie	Possiblement « paralysé » par perception d'être sous pression et susceptible d'échouer/décevoir.
Anhédonie	En lien avec perte d'espoir et démoralisation.
Associalité	Pour tenter de réduire le stress en diminuant l'hyperstimulation.
Attention diminuée	Hyperstimulation causerait faible concentration et attention.

Bien que le développement de l'alliance thérapeutique décrit dans les sections précédentes demeure pertinent pour les patients souffrant de symptômes négatifs, ces derniers présentent également quelques particularités qui nécessitent une adaptation de la part du thérapeute, notamment au sujet du style de questions, du temps alloué au patient et d'un besoin d'accompagnement plus grand (par le thérapeute ou par les proches). De par leur nature réfractaire aux traitements traditionnels et leur présentation clinique, les symptômes négatifs peuvent induire un certain négativisme et un sentiment d'impuissance même chez le thérapeute. Il demeure néanmoins essentiel que ce dernier offre une vision optimiste au patient, qui souvent n'arrive pas à concevoir lui-même des résultats positifs. Le thérapeute doit donc en quelque sorte jouer le rôle d'un motivateur et aider le patient à identifier des objectifs, développer sa motivation et vivre des réussites lui permettant d'accroître son estime de soi.

Il est également important de garder en tête que bien que les symptômes négatifs puissent être à l'origine d'une grande souffrance, ils ont également bien souvent une fonction protectrice, par exemple, contre le stress et l'hyperstimulation des symptômes positifs. Il est donc fort possible qu'un travail thérapeutique doive être fait afin de diminuer ces symptômes positifs ou d'élaborer des stratégies d'adaptation à ce stress avant de tenter de modifier les symptômes négatifs.

Astuces pour faciliter l'alliance et favoriser l'engagement en présence de symptômes négatifs :

- ⇒ Utiliser un style de questionnement plus directif. Les questions ouvertes devraient être suivies par des questions fermées. Il peut même être nécessaire d'offrir un choix de réponse.
- ⇒ Il est possible que l'aide d'un proche soit nécessaire en début de processus afin de clarifier les besoins du patient et le patient peut être encouragé à rechercher leur aide.
- ⇒ Être patient. Les réponses peuvent être lentes et vides de détails.
- ⇒ Éviter les longues phrases et explications complexes.
- ⇒ Adopter un débit de parole plus lent et répéter les informations au besoin
- ⇒ Tenter de motiver la personne sans insister, ce qui pourrait générer une détresse importante. Il faut éviter de mettre de la pression sur le patient « *Il est important que vous relaxiez, nous enlevons toute pression, c'est le seul but pour le moment* ».
- ⇒ Une attitude optimiste et pleine d'espoir est primordiale afin d'aider la personne à élaborer des conséquences positives de certaines actions.
- ⇒ Décortiquer un objectif plus gros en de petites étapes qui pour chacune deviennent un objectif en soi. (ex. un jeune veut retourner aux études universitaires alors qu'il ne sort plus de chez lui depuis 4 ans par crainte que les foules des transports en commun n'augmentent son niveau d'hallucinations. Première étape, sortir de la maison 15 minutes pour promener le chien hors des heures de pointe, quand il y a peu de gens dans les rues. Une fois l'étape un maîtriser, étape 2, Prendre le bus aux heures les moins achalandées pour un court trajet. Étape 3...

« You can't push people out of negative symptoms but you may be able to help them find and open doors ».

« Il n'est pas possible de pousser une personne loin des symptômes négatifs, mais vous pouvez de les aider à trouver des portes de sortie ouvertes. »

(Kingdon et Turkington, 2005)

Le modèle cognitif comportemental des symptômes négatifs se base sur la prémisse que ces difficultés, souvent conçues comme des déficits neurobiologiques, ont également comme origine des processus psychologiques, comme de faibles attentes, des croyances défaitistes ou une incapacité à gérer le stress causé par la vie active. Plusieurs symptômes ressemblent en fait à la dépression (par ex. peu d'intérêt, peu de plaisir, peu de motivation, ralentissement moteur) et semblent répondre aussi à l'activation comportementale de manière similaire. Il a été démontré qu'avec un processus de thérapie soutenant et non-confrontant, adapté à leur rythme et encourageant les activités et des objectifs réalisables, les patients présentant des symptômes

négatifs arrivent lentement à reconnaître leurs difficultés, développer de la confiance et prendre de plus en plus de décisions menant à une diminution du retrait et une augmentation de l'engagement dans la vie active. Ce processus nécessite une approche caractérisée par l'empathie, la planification des activités et le développement d'objectifs paradoxalement petits.

3.4.2 Établir les objectifs du traitement dans le contexte de symptômes négatifs

L'importance de choisir les objectifs de thérapie en collaboration avec le patient a été soulignée dans les sections précédentes. Cependant, la discussion sur les attentes du patient, si présentée de façon large et générale, peut induire chez lui un sentiment de panique en lien avec la perception d'une demande trop élevée pour ses habiletés actuelles. Il est donc préférable de guider la personne et de favoriser l'établissement de petits objectifs à court terme (voir section sur les objectifs SMART) et de garder les objectifs à plus long terme pour plus tard. Les objectifs et les étapes pour y parvenir (qui seront notées sur un aide-mémoire pour le patient) doivent être les plus concrètes possible et les conséquences de celles-ci doivent être immédiates. Les progrès, quant à eux, doivent être soulignés et félicités le plus rapidement possible par le thérapeute ou un proche.

Sans décourager le patient ou invalider ses demandes (ou celles des proches), il est important de préconiser une approche graduelle. Une analogie utile pourrait être celle d'un marathon (et non d'un sprint) ou encore qu'on s'attaque pas l'Everest sans entraînement d'abord sur des petites collines, puis des montagnes de plus en plus grosses. Le thérapeute peut aussi adopter l'attitude du « *Start low, go slow, but go* ». Il peut même être nécessaire de diminuer le niveau d'activité en début de thérapie et de l'ajuster en cours de suivi. Sans infantiliser la personne, il faut lui éviter de vivre un échec, quitte à choisir un objectif extrêmement bas ou plus bas que celui énoncé par le patient. Au fur et à mesure qu'il vivra des réussites et se sentira capable de recommencer les activités, le rythme de la thérapie pourra être adapté, tout comme les objectifs.

« Il est important de prendre son temps et se détendre. Le seul objectif pour l'instant est d'oublier la pression ».

« Lorsque vous serez bien détendu et que vous vous sentirez mieux, nous pourrions commencer à penser aux objectifs du futur ».

« Faisons une pause pour l'instant. Ça ne veut pas dire que vous ne pouvez tenter de [retourner aux études, au travail ou autre objectif] dans le futur, mais allons-y par étapes... Quels sont les

obstacles que vous anticipez pour votre objectif? Comment chacun de ses obstacles peut-il représenter un objectif en soi? ».

Il n'est pas rare que dans certains cas, particulièrement si les symptômes négatifs sont présents depuis un temps considérable, le processus de changement s'échelonne sur une longue durée (parfois plus d'un an). Il est cependant nécessaire de voir le patient aussi régulièrement (hebdomadaires idéalement), sans quoi entre les séances, nous ne pourrions réussir à maintenir la motivation qui au début surtout demandera à être soutenue de l'extérieur.

Certaines personnes formuleront, ou feront allusions à certains buts plus généraux (par exemple, se faire des amis ou trouver en emploi) qu'il est possible d'explorer, en autant qu'ils ne génèrent pas de détresse. Il est souvent plus approprié de les considérer comme un projet vague qui pourra se préciser selon l'évolution. Il peut être utile de les utiliser pour formuler un « Five-year plan » (plan quinquennal) auquel il sera possible de faire référence lors des moments de découragement.

3.4.3 Travailler avec les familles et proches

Bien que le soutien des proches soit essentiel pour tout type de symptômes, il est important que la psychoéducation sur les symptômes négatifs soit faite également avec la famille (par vous ou par autre membre de l'équipe), car elle se retrouve souvent dépourvue devant l'atteinte fonctionnelle que ces déficits entraînent. Il n'est également pas rare que les proches aient à pallier aux difficultés du patient, ce qui peut provoquer de la colère ou du ressentiment qu'ils peuvent par la suite exprimer de façon hostile ou critique sans même le réaliser. Il est donc important de faire le lien entre les symptômes négatifs et le trouble psychotique, et d'expliquer qu'il ne s'agit pas de paresse ou d'une attitude opposante. De même, certains proches pourraient tenter, afin d'aider le patient, de le motiver en organisant des activités ou en le poussant à reprendre des tâches. Bien qu'issues d'une bonne intention, ces tentatives sont souvent sources d'anxiété pour le patient et doivent être évitées. Il existe d'ailleurs une TCC pour les proches, permettant aux familles et proches de se familiariser avec la philosophie et les techniques TCC tant pour les soulager eux-mêmes dans leur détresse que pour les aider à mieux accompagner leur proche suivi en TCCp. (Lecomte & Leclerc, 2007)

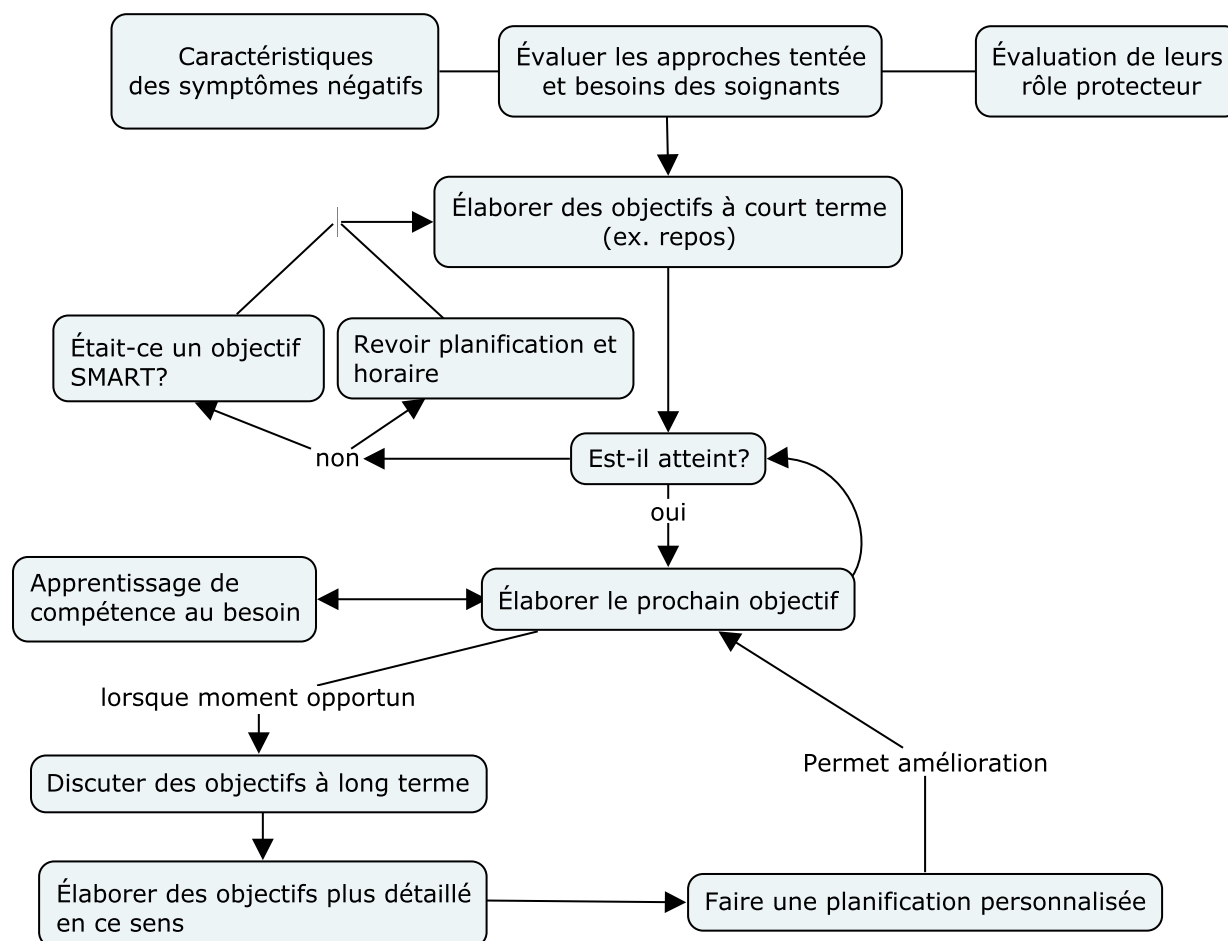


Figure 7 Approche des symptômes négatifs (Kingdon & Turkington, 2005)

Section 4 : Prendre de la distance et améliorer l'acceptation des symptômes psychotiques

Lors d'un épisode psychotique, la personne peut avoir l'impression d'être pris dans une tempête et d'agir par automatisme en réponse à des biais cognitifs (sauter aux conclusions, etc.). Les émotions trop intenses empêchent également de considérer la situation dans son ensemble et donc de voir d'autres solutions qui peuvent s'offrir à la personne. Prendre conscience du moment présent permet de prendre ses distances par rapport aux symptômes psychotiques et de reprendre le contrôle de ses réactions. Cette section présente des techniques inspirées de la 3^e vague de la TCC (pleine conscience, ACT, etc.) (Johns & Oliver, 2017)

4.1 Exemples d'acceptation

L'acceptation consiste à observer ses pensées et sensations indésirables sans tenter de les contrôler ou de les juger, évitant ainsi le processus d'amplification de cette pensée en réponse à une tentative de l'éliminer. Un exemple pourrait être de se dire : « Je réalise que je me sens très anxieuse et que j'ai peur d'être jugée – c'est normal que je vive cela vu mon histoire – j'accepte cela et je n'évite pas la situation qui m'inquiète ».

4.1.1 La feuille de papier

1. Prendre une feuille de papier et y inscrire les pensée / voix qui sont source de détresse
2. Demander à la personne de tenir la feuille le plus près possible de son visage et de se concentrer sur ce qui y est inscrit. Lui demander ensuite si elle parvient à tenir une conversation avec vous ou à voir la pièce.
3. Demander à la personne de tenir la feuille à bout de bras derrière elle afin qu'elle ne puisse pas la voir. Attendre quelques minutes et demander à la personne si c'est difficile de maintenir son bras longtemps dans cette position. (oui) Faire le lien avec le fait qu'ignorer les pensées demande énormément d'énergie.
4. Demander à la personne de déposer la feuille sur ses genoux là où elle peut la lire tout en étant consciente de ce qui l'entoure. Prendre conscience qu'il s'agit de la position la plus confortable. Faire le parallèle avec les pensées dérangeantes. L'objectif n'est pas de s'épuiser à les faire disparaître, mais d'apprendre à vivre (voir autour de soi) malgré leur présence.

L'objectif est de sortir la personne du cycle vicieux où plus elle tente de combattre les voix plus celles-ci prennent le contrôle de sa vie et sont présentes. Une attitude de lâcher prise permet de rediriger l'énergie consacrée au contrôle des voix vers des activités / choix / décisions en accord avec les valeurs de la personne. Cesser de vouloir combattre les voix pour simplement les remarquer constitue un changement de comportement drastique dans la façon de répondre aux voix. (Johns & Olivier, 2017)

*** Attention :** Dans le cas d'une personne dont la pensée est concrète, les métaphores peuvent ne pas être efficaces. Le thérapeute doit s'adapter au style de la personne et choisir les outils les plus susceptibles de l'aider en fonction de ses caractéristiques personnelles.

4.1.2 Le conducteur d'autobus

Vidéo disponible sur youtube.com « Passengers On A Bus – an Acceptance & Commitment Therapy (ACT) Metaphor »

4.1.3 Le voisin désagréable

Vidéo disponible sur youtube.com « The Unwelcome Party Guest – an Acceptance & Commitment Therapy (ACT) Metaphor »

4.2 Pleine conscience du moment présent

Bien souvent, une bonne partie de la souffrance vient de la rumination d'évènements passés ou de l'anticipation d'évènements futurs. Or, la souffrance est souvent liée à ces moments anciens ou futurs et non au temps qui s'écoule présentement. L'objectif de la pleine conscience est donc de rapporter notre attention sur le moment présent. Pour y parvenir, il est utile d'apprendre à observer et décrire sans jugement les pensées et sensations comme elles vont et viennent.

4.2.1 Exercice de centration sur le corps

Cet exercice (inspiré de Johns et Olivier, 2017) permet à la personne d'apprendre à ralentir lors des situations stressantes et à prendre des distances pour considérer les options qui s'offrent à elle. Pratiquer d'abord en rencontre. Par la suite le thérapeute peut l'enregistrer pour que la personne puisse le travailler à la maison en devoir.

1. « Je vois que vous êtes de plus en plus anxieux et je voudrais vous aider à gérer votre émotion »
2. « Prenez d'abord une position confortable, assis si possible avec les mains sur les cuisses. »
3. « Commencez par pousser fort vos pieds sur le sol »
4. « Refermez vos points le plus fort possible et relevez les épaules. Laissez aller. »
5. « Prenez conscience de vos pensées »
6. « Dirigez votre attention sur vos sensations physiques. Prenez conscience de votre corps »
7. « Doucement vous vous rendez compte que les pensées et les sensations physiques que vous ressentez sont causées par l'anxiété »
8. « Maintenant, dirigez votre attention sur le contact entre votre corps et la chaise. Remarquer les endroits où la chaise fait pression sur votre corps. »
9. « Lentement, vous ramenez votre attention sur vous et moi qui travaillons ensemble. »

4.2.2 Exercice de pleine conscience grâce aux sens

1. « Prenez premièrement une position confortable. »
2. « Parcourez lentement la pièce du regard et remarquer 4 objets que vous pouvez voir. Remarquez leur couleur, leur texture, où ils sont placés dans la pièce. »
3. « Maintenant, soyez attentif aux bruits. Remarquez 4 sons que vous pouvez entendre. Tentez de les décrire; d'où proviennent-ils? Sont-ils forts ou faibles? »
4. « Joignez vos mains ensemble. Ressentez le contact de votre main droite sur votre main gauche. Puis ressentez le contact de votre main gauche sur votre main droite. »
5. « Enfin, lorsque vous êtes prêts, ramenez votre attention sur vous et moi qui travaillons ensemble »

Il existe une multitude d'exercices de pleine conscience disponible sur internet ou dans la littérature. Nous suggérons au thérapeute de choisir l'exercice qui convient le mieux au patient.

Par exemple :

- Thérapeute : « À notre dernière rencontre, vous m'aviez expliqué qu'il était de plus en plus difficile pour vous de vous rendre à votre travail parce que vous avez constamment l'impression d'être suivi lorsque vous sortez de votre maison. Or, vous aimez beaucoup votre travail et vous ne voulez pas le perdre. »
- Patient : « Oui, c'est vrai. Je travaille dans cette entreprise depuis 30 ans! »

- Thérapeute : « Nous avons déjà pratiqué des exercices de pleine conscience ensemble. Aujourd'hui, j'aurai aimé tenter avec vous un exercice de pleine conscience lors de la marche. Je crois que cela pourrait vous aider à mieux contrôler votre anxiété lorsque vous devez marcher de la maison au travail. »
- Patient : « Oui, d'accord. Je peux toujours essayer. »
- Thérapeute : « Parfait. Je vous invite à enregistrer l'exercice si vous souhaitez le réécouter plus tard à domicile. »
- Thérapeute : « Débutez en position debout, les pieds parallèles et distribuez votre poids également sur vos deux jambes, laissez les bras détendus de chaque côté du corps. Prenez cinq longues et profondes respirations par le nez pour vous centrer en vous-même. Commencez à marcher lentement, plus lentement qu'à l'habitude. Prêtez attention à chaque pas, à chaque sensation dans vos jambes. Si votre esprit s'évade (et cela arrive à tout le monde), ramenez-le doucement en dirigeant votre attention sur vos pas. »
- Thérapeute : « Et puis? Comment s'est déroulé l'exercice pour vous...»

4.3 Travailler la distanciation par rapport aux voix

Lorsque la personne est en fusion avec les voix / pensées, celles-ci sont acceptées et prises comme des vérités absolues. En développant sa capacité à reconnaître ses pensées / voix comme étant seulement des pensées qui peuvent être vraies ou fausses et qui n'ont aucun pouvoir d'action, il est possible de permettre à la personne à se distancer du contenu. Le thérapeute peut demander au patient :

- Est-ce que le fait de croire cela rend votre vie meilleure d'une quelconque façon?
- Est-ce que cette pensée est aidante ?
- Est-ce utile de croire cela?
- Est-ce que d'agir selon cette croyance vous rapprocherait ou vous éloignerait de vos objectifs de vie? (Cf exercice des cartes sur les valeurs)

De manière générale, il existe 4 façons de répondre à une situation problématique :

1. Quitter, fuir
2. Rester, affronter et changer ce qui peut être changé
3. Rester, accepter qu'il y a des choses qui ne peuvent être changées et vivre en fonction de ses valeurs
4. Rester, laisser tomber et faire des choix / actions qui aggravent la situation

Il peut être également utile d'utiliser l'exemple suivant : « Le cerveau est une machine à fabriquer des pensées, un peu comme la mer génère des vagues. Certaines sont bonnes, d'autres sont moins bonnes. Comme le surfer qui laisse passer les moins bonnes vagues pour surfer (voguer, avancer) sur les bonnes, on peut faire de même avec les pensées générées par notre cerveau, i.e., on laisse passer les moins bonnes sans s'y attarder, et on porte plus d'attention aux bonnes pensées pour les développer encore plus. »

Étapes à suivre pour travailler la distanciation par rapport aux voix ou aux croyances

1. Noter la présence de la pensée / croyance
2. Nommer la pensée. Il est possible de l'identifier de par sa fonction (ex. l'ami trop aidant, le juge, etc.)
3. Normaliser. Expliquer qu'en fonction du contexte et du vécu de la personne, il est normal qu'elle a cette pensée ou croyance.
4. Écrire ce qui va contre la pensée, explorer pourquoi elle n'est pas constructive
5. Prendre la position base : « Il est impossible pour moi de retirer cette pensée de votre esprit. Il m'est également impossible de vous démontrer qu'elle est fausse hors de tout doute. »
6. Verbaliser le choix que la personne a à prendre : « Alors, est-ce qu'on abandonne ou on continue malgré cette pensée? Est-ce qu'on laisse tomber ou on essayer de faire avec cette pensée?»
7. Renforcer le choix d'avancer.

4.4 Initiation à l'autocompassion

Par différentes techniques, le thérapeute peut aider la personne à avoir une vision moins sévère, plus nuancée d'elle-même ou de ses voix.

La première étape en ce sens est d'inviter la personne à se parler comme un ami bienveillant :

- Ex. « Quel serait l'opinion de votre meilleur ami / parent / intervenant? Penserait-il aussi que vous devriez aller en enfer ou mériteriez de mourir parce qu'il vous est arrivé de regarder de la pornographie? »
- Ex. « Si c'était votre ami avait échoué son examen, que lui diriez-vous? Est-ce que vous lui diriez également qu'il n'est pas assez intelligent pour passer son secondaire 5 et qu'il ferait mieux de tout abandonner? »

Chez une personne qui arrive à avoir un regard compatissant envers-elle même, le thérapeute peut l'inviter à s'écrire une lettre empreinte de compassion au sujet de son vécu. Dans cette lettre (ou enregistrement audio dans son téléphone intelligent par exemple), la personne peut s'exprimer à elle-même, comme elle le ferait à un ami, un sentiment de sympathie par rapport aux difficultés auxquelles la personne fait face ou les obstacles vécus et exprimer de l'indulgence et être clément face aux « erreurs » commises par la personne ou aux moins bons choix les mettant en contexte des difficultés. Elle pourra la relire ou l'écouter lors de moments plus difficiles. (Johns & Olivier, 2017)

À un moment plus avancé de la thérapie, lorsque la personne maîtrise bien la prise de distance par rapport aux voix, il est possible de graduellement identifier le message derrière les voix. Par exemple, des voix dénigrantes et qui critiquent peuvent refléter une faible estime de soi et un schéma cognitif d'exigences élevées. La compréhension du message derrière les voix peut permettre de modifier la réponse à ces dernières. Par exemple, la personne pourrait répondre à ces voix dénigrantes : « Merci de me rappeler que je suis souvent trop sévère envers moi-même et que j'ai peur de faire des erreurs. Il est normal de faire des erreurs. Je vais faire de mon mieux. »

- Voir vidéo youtube : Compassion for Voices : a tale of courage and hope

SECTION 5 : Terminaison et prévention des rechutes

La dernière étape de la TCCp vise à consolider la nouvelle perspective du patient sur ses problèmes, celle-ci ayant évolué tout au cours de la thérapie, et d'en arriver à apprécier comment elle peut contribuer à la gestion des symptômes psychotiques. Le travail à ce stade consiste à réviser les stratégies d'adaptation ou de gestion des symptômes incluant les restructurations cognitives. On développera aussi un plan individualisé pour gérer d'éventuelles rechutes psychotiques et à développer des stratégies pour gérer les problèmes de fonctionnement social à moyen et long terme. Il est également important de planifier la fin de la thérapie ou du suivi avec le patient et d'explorer les émotions qui peuvent être reliées à une fin, et ce, même chez des patients qui présentent un affect émoussé (ce qui peut être trompeur sur l'ampleur du bouleversement que peut engendrer une fin de thérapie pour eux).

5.1 Résumé de thérapie

Le document résumé de thérapie peut être rempli avec la personne comme aide-mémoire des différents éléments appris en thérapie. (Cf annexe)

5.2 Fiche de prévention des rechutes

De manière générale, la prévention de la rechute devrait être une cible prioritaire du plan d'intervention dès le premier mois suivant la rémission des symptômes. La fin du suivi psychothérapeutique offre une bonne opportunité pour en parler. (Cf annexe pour fiche à remplir avec le patient sur la prévention des rechutes)

Les interventions visant la prévention des rechutes ont pour objectifs :

1. Favoriser l'autodétermination et le contrôle personnel et fournir des informations pour connaître et comprendre la maladie, des explications sur les soins et traitements biopsychosociaux, ainsi qu'une aide pour développer des habiletés liées à la prévention des rechutes
2. Offrir de l'espoir quant aux possibilités d'agir pour améliorer sa santé et se rétablir, en utilisant des termes aussi positifs que possible, comme vulnérabilité et rétablissement, en identifiant les problèmes concrets de la personne et en l'aidant à les résoudre.
3. Améliorer l'estime de soi en présentant des informations de manière non menaçante, en consolidant et développant son réseau social, puis en relançant sa trajectoire de vie.

4. Protéger contre la stigmatisation en instaurant un cadre thérapeutique sécurisant et axé sur la validation du vécu émotionnel, la normalisation de l'expérience de la psychose et l'atténuation des stéréotypes.
5. Construction de sens de la vie et d'une identité différenciée.

5.2.1 Étapes pour l'élaboration d'une fiche de prévention des rechutes

1. Évaluer l'attitude du patient face à la rechute : Explorer les peurs, la dramatisation des signes précurseurs et la perception de contrôle sur la rechute. Certains patients minimisent et d'autres ont une peur dramatique de la rechute. Le thérapeute doit s'adapter à l'attitude de la personne.
2. Psychoéducation :
 - Sensibilisation au risque de rechute : Rendre un optimisme réaliste aux personnes et à leurs familles (une grande majorité atteint la rémission au cours de la première année (80%), mais seulement une minorité ne rechutera pas (20%)). Il faut éliciter une inquiétude appropriée quant au risque de rechute, équiper la personne et la famille du plan de prévention, puis évaluer l'anxiété exagérée, le désespoir ou le déni en lien avec le risque.
 - Présenter les rechutes comme des opportunités positives d'apprendre sur soi, de vérifier si les données scientifiques s'appliquent à soi et d'augmenter son contrôle par la suite.
NE PAS culpabiliser.
 - Éducation sur la possibilité de prévenir la rechute : Utiliser l'analogie d'un filet de sécurité afin de décrire en quoi la détection précoce de signes précurseurs de rechute et l'intervention peuvent diminuer la progression des signes précurseurs vers une psychose.
3. Identification des facteurs de risque et des signes-signature (précurseurs) de la rechute
 - La signature consiste en une série de signes de rechute dans un ordre particulier sur un temps donné.
 - Exercice de la ligne de temps : Construire une ligne du temps des événements externes significatifs (activités, événements spéciaux, température, actualité) qui ont précédé la référence aux services de santé mentale, en reculant dans le temps. Les signes précurseurs sont associés à ces événements et ces derniers servent à se remémorer les différentes altérations de la pensée, des émotions et des comportements.

Ligne du temps

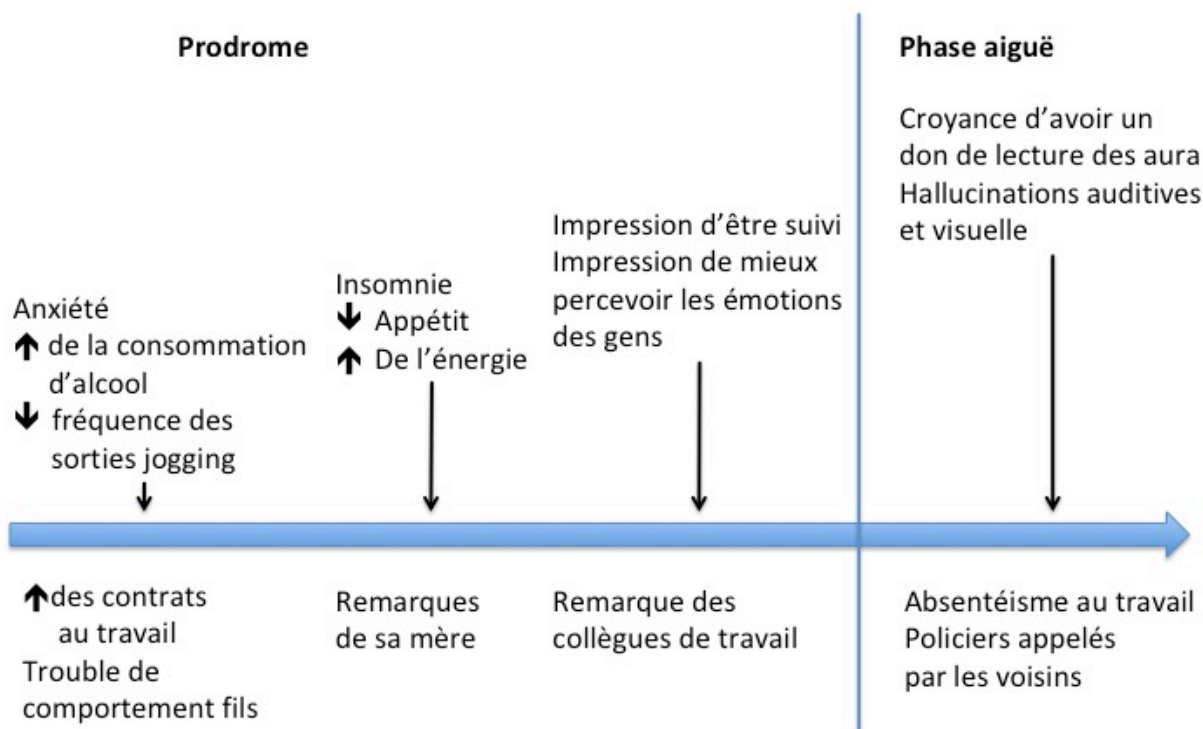


Figure 8 Exercice de la ligne du temps

- Exercice des cartes : Un jeu de carte sur lesquelles sont identifiées différents symptômes spécifiques ou non-psychotiques fréquemment identifiés comme signes précurseurs selon la recherche empirique est présenté à la personne. L'individu doit choisir les cartes qui représentent des symptômes qu'il a déjà vécus et les ordonner chronologiquement.
- Identifier les facteurs protecteurs : Stratégie d'adaptation, traits de personnalité, interventions thérapeutiques ayant fonctionné par le passé, réseau de soutien, etc.
 - Écriture du plan anti-rechute
 - Élaborer des interventions ciblées en fonction des signes précurseurs
 - Doit comprendre 3 domaines d'intervention :
 - Accès au support : instruction où obtenir des services en santé mentale 24h/24, par téléphone ou sur le web

- Interventions thérapeutiques : gestion du stress, ajustement temporaire de la médication, intervention de TCC, intervention de proximité
- Stratégie d'adaptation ayant fonctionné par le passé

6. Mise en pratique et responsabilité partagée de la surveillance

- Une copie du plan de rechute devrait être remise au patient, à un membre de sa famille ou un proche et aux intervenants pertinents. L'implication de la famille ou un proche permet la diminution de la perception de coercition en cas de rechute par la suite. Cela permet également de protéger le lien ou l'alliance avec les intervenants.
- Le plan d'action en cas de rechute peut être pratiqué en session à l'aide de jeux de rôle ou de mise en situation.

5.3 Entrevues de consolidation (« boosters »)

Pour permettre le maintien à long terme des acquis en thérapie, il peut être nécessaire de faire quelques rencontres de rappel. Ces séances supplémentaires se nomment des entrevues de consolidation ou des « booster sessions ». Ce sont des occasions de faire le bilan des difficultés rencontrées et de l'efficacité des stratégies utilisées. Cela permet au thérapeute et au patient de mieux se préparer à relever les défis à venir. Les entrevues de consolidation sont souvent sécurisantes pour les patients. Le nombre de séance de rappel varie en fonction des besoins de la personne. En général, une ou deux séances 1 à 2 mois après la fin de la thérapie suffisent. (Chaloult et al. 2008)

SECTION 6 : Prise en charge des comorbidités

Les troubles psychotiques se présentent souvent (et même la plupart du temps) en comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques (ou autres symptômes non causés nécessairement par la psychose). Parmi les plus fréquents, nous retrouvons :

- Les troubles liés à l'usage de substances (55%) (Abdel-Baki, A. et al. 2017)
- Les troubles affectifs, comme le trouble dépressif majeur (50%), tentative de suicide (15 à 26% des jeunes avec un premier épisode psychotique et ce, avant la 1^{ère} consultation en psychiatrie) (Melle et al. 2010), idées suicidaires (26,2% à 56,5%) (Bornheimer, 2018);
- Les troubles anxieux, notamment l'anxiété sociale, le trouble de stress post-traumatique (29%) et le trouble panique (15%); (Buckley et al. 2009)
- Le trouble obsessionnel-compulsif (23%);(Buckley et al. 2009)
- Les troubles de personnalité (30%) (Buckley et al. 2009)

Cette présentation multiple de symptômes peut complexifier non seulement le diagnostic, mais également l'établissement des priorités d'interventions. En milieu hospitalier, la prise en charge de ces tableaux cliniques nécessite habituellement le traitement initial du trouble psychotique (par exemple, des symptômes d'hallucinations ou délires). Cette hiérarchie de traitement est issue d'une approche dite biologique ou pharmacologique, selon laquelle les conditions organiques sont traitées, puis les troubles psychotiques, affectifs et finalement anxieux, et est appuyée par le fait que les symptômes anxieux ou dépressifs sont souvent améliorés après le traitement de la psychose (par des antipsychotiques, par exemple). Cependant, selon l'approche cognitive comportementale, chaque symptôme générant de la souffrance est considéré à part entière. Le traitement des symptômes positifs et négatifs peut certes améliorer l'anxiété et la dépression, mais ces derniers nécessitent habituellement des interventions additionnelles et ils peuvent à leur tour nourrir la psychose s'ils ne sont pas gérés.

6.1 Formulation de cas et comorbidités

Comme mentionné dans les sections précédentes, le processus thérapeutique ciblant les troubles psychotiques et leurs comorbidités implique le développement d'une bonne alliance avec le patient et un recueil d'informations complet, qui permettra de formuler, toujours en collaboration, le modèle explicatif des difficultés. Cette approche permettra de :

- Développer une compréhension des symptômes individuels et leur influence l'un sur l'autre. Par exemple, des symptômes positifs peuvent générer de l'anxiété, que le patient tente de diminuer en consommant du cannabis, qui finira par exacerber le symptôme positif initial.
- Choisir des objectifs appropriés et réalistes.
- Choisir des stratégies et techniques d'interventions adéquates aux problèmes ciblés, ainsi que l'ordre dans lesquels les utiliser (par exemple, un travail d'exposition à un stressor peut exacerber un symptôme positif si fait précocement ou hâtivement).
- Travailler en équipe avec d'autres thérapeutes ou centres, selon le besoin.

Les personnes atteintes de troubles psychotiques peuvent aussi bénéficier de traitements ciblant les autres conditions ou symptômes comorbides causant une souffrance. Nous recommandons donc le traitement psychologique de ces comorbidités tel que décrit dans les différents guides de thérapie cognitif-comportementale conçus par les Drs Chaloult, Goulet et Ngô, disponibles sur le site www.tccmontreal.com. Toutefois, les particularités de la population vivant avec des symptômes psychotiques (comme une faible tolérance aux émotions fortes et à la confrontation, qui demande une vigilance accrue lors des stratégies d'exposition) nécessitent de garder en tête les principes abordés dans ce guide, qui doivent sous-tendre toutes interventions faites avec ces patients. Certains auteurs ont d'ailleurs développé des TCC spécifiquement pour la clientèle présentant des troubles psychotiques visant les diverses comorbidités ou situations particulières qui sont associées à la psychose notamment l'anxiété sociale (Montreuil, T.C. et al. 2016), les difficultés de retour à l'emploi/études (Lecomte et al. 2014), les difficultés à établir une relation amoureuse (Hache et al.), etc.

Le trouble lié à l'usage de substance sera toutefois abordé de façon plus détaillée dans ce guide, en lien avec sa grande prévalence chez les gens atteints de troubles psychotiques et la relation particulière entre les substances et les symptômes positifs. Une très courte section est également consacrée à l'épisode dépressif majeur afin de rappeler les principes de base de l'activation comportementale.

6.2 Trouble lié à l'utilisation de substances

Les personnes atteintes d'un trouble psychotique sont significativement plus à risque de souffrir également d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance. (Mueser et al. 2003)

La comorbidité doit être considérée dans la prise en charge, car elle est liée à :

- Des difficultés au niveau diagnostic et au niveau de l'élaboration du plan de traitement.
- Une moins bonne réponse aux antipsychotiques
- Un besoin d'une pharmacothérapie plus lourde (induction par les substances des enzymes hépatiques, et polysymptomatologie)
- Une augmentation du risque rechute psychotique
- Des hospitalisations plus fréquentes et prolongées
- Un risque de problèmes médicaux comorbides
- Une émergence de symptômes anxieux et dépressifs
- Un risque de violence beaucoup plus élevé
- Un risque d'itinérance (désorganisation plus importante, utilisation des ressources financière pour la consommation, etc.)
- Un pronostic moins favorable (plus de suicides, plus hospitalisation, plus d'inobservance)
- Un fardeau plus important pour les proches aidants et plus de conflits interpersonnels
- Etc.

Traditionnellement, la comorbidité a été traitée de manière séquentielle ou parallèle. Il est maintenant démontré qu'une approche intégrée par la même équipe et en même temps est plus efficace. À défaut, un traitement conjoint par deux équipes spécialisée qui sont en communication régulière est souhaitable. Le traitement de la psychose et des troubles liés aux substance doit être caractérisé par :

- Une approche collaborative individualisée qui prend en considération également les autres sphères fonctionnelles de la personne (hébergement, travail, relations interpersonnelles et familiales, etc.)
 - Approche collaborative de réflexion en équipe avec le patient.
 - Éviter de sermoner, confronter ou juger.
 - Démontrer une ouverture à leur façon de voir et leurs arguments. Partager la responsabilité avec le patient
 - Questionner sur les effets qu'ils recherchent (relaxation, diminution timidité, diminution émotions négatives, etc.) ou les besoins qu'il tentent de combler par la prise de substance avant d'aborder les effets ou conséquences négatives.

- (difficulté de concentration, isolement, augmentation de la paranoïa, absentéisme scolaire, etc.)
- En complément à la psychoéducation, prendre le temps de se concentrer sur les préoccupations de la personne par rapport à sa consommation de substances.
 - Si la consommation sert à se désennuyer : Soutenir la personne dans la recherche d'activités plaisantes selon ses intérêts.
 - Si la consommation est favorisée par un réseau social consommateur : Aider à développer un nouveau réseau social, développer les habiletés sociales pour dire non, etc.
 - Développer une routine de vie qui promeut des saines habitudes dont l'exercice physique en particulier.
- Une approche de proximité (« outreach ») où l'on n'attend pas que la personne consulte, mais où l'on va aller la chercher par différentes méthodes (incluant des ressources légales) pour l'engager dans le traitement
 - De la psychoéducation sur la psychose, sur l'effet de l'alcool et des drogues sur le cerveau et sur le pronostic clinique en présence de prise de substance.
 - De la thérapie motivationnelle
 - Vise à induire un désir de changement
 - Amène la personne à peser le pour et le contre d'un comportement, ses avantages et ses conséquences néfastes par rapport à ses valeurs et ses objectifs de vie pour ensuite considérer un changement et éventuellement les moyens à prendre pour y parvenir.
 - Une philosophie de réduction des méfaits. L'objectif doit être de diminuer le plus possible les conséquences de la consommation. Par exemple, il peut être proposé de
 - Réduire la fréquence de la consommation
 - Choisir le moment : ex. Ne pas consommer sur semaine (école, travail)
 - Prendre de la bière 0,5%
 - Ne pas consommer dans un contexte dangereux (ex. partage seringues, conduite auto, etc.)
 - Consommer des substances moins nocives (ex. cannabis au lieu de solvants, cannabis dont la concentration en THC est plus faible, etc.)
 - Une perspective à long terme avec un accès aux services sans limite de temps
 - Des modalités thérapeutiques multiples (individuelle, de groupe et familiale)

- L'utilisation des crises pour améliorer l'alliance avec le patient en étant concrètement utile et pour accompagner la réflexion du patient sur sa motivation à réduire l'usage de substance.

6.3 Épisode dépressif majeur

La psychose peut être maintenue par des processus et contenus cognitifs associés à la dépression tels les croyances fondamentales négatives à propos de soi, les inquiétudes et les difficultés de résolution de problème (Vorontsova et al. 2013). Nous référons le lecteur au guide de TCC pour la dépression disponible au www.tccmontréal.ca pour plus de détails sur l'approche cognitive-comportementale de la dépression.

6.3.1 L'activation comportementale

Cependant, l'activation comportementale doit être abordé plus en détail. Cette technique très utile et est fréquemment utilisée en TCCp tant pour travailler les symptômes négatifs que dépressifs.

La première étape de l'activation comportementale est l'auto-observation. Grâce au registre des activités quotidiennes (Cf annexe), le thérapeute pourra constater à quel point le patient est actif et l'impact des activités sur l'humeur et les symptômes psychotiques. Les sphères d'activités principales sont : l'hygiène de vie, le travail, la vie familiale, la vie sociale et les loisirs.

La deuxième étape est la planification des activités. L'objectif est d'identifier des pistes de solution pour augmenter le niveau d'activités aidantes. Il peut être utile de rédiger une liste d'activités qui lui ont déjà plu à la personne, qui pourraient lui plaire ou lui donner un sentiment de satisfaction. Des activités en accord avec ses objectifs de vie et ses valeurs auront plus de chance de favoriser la motivation.

Astuce pour tracer un programme d'activités

- ⇒ Planifier des activités simples et faciles pour les quelques jours à venir
- ⇒ Commencer par ajouter une seule activité, mais la planifier le plus précisément possible en voyant comment il sera possible de l'appliquer (ex. s'assurer de ne pas céduer une marche dans son quartier le matin à 9h, alors que la personne se réveille tous les jours à midi depuis 5 ans.
- ⇒ Utiliser les critères SMART
- ⇒ Adopter une attitude «essai-erreur» et de résolution de problème
- ⇒ Si échec, revoir ses objectifs (trop difficiles ?), ses moyens (pas assez concrets ?)
- ⇒ Prendre note par écrit du travail à domicile sur lesquels on s'est entendu avec le patient et s'assurer que celui-ci fait de même afin de permettre un suivi chaque semaine
- ⇒ Augmenter graduellement les tâches à toutes les semaines jusqu'à l'atteinte de l'objectif
- ⇒ En cas de procrastination, diviser la tâche en plus petites étapes, proposer un accompagnement
- ⇒ Si possible, impliquer les proches pour soutenir la personne dans le choix des tâches et pour l'aider à en respecter l'exécution.

Section 7 : Déroulement du traitement

Le plan qui suit n'est présenté qu'à titre indicatif.

7.1 Déroulement général :

Le thérapeute débutera avec des concepts et des échanges non menaçant. Par exemple, il est possible de commencer en discutant du stress pour ensuite parler de sujets plus sensibles comme les délires et finalement appliquer des stratégies d'adaptation. Pour d'autres, la souffrance provoquée par la présence de symptômes psychotiques pourra être tellement importante qu'il sera pertinent de débiter avec la recherche de stratégie d'adaptation.

Chaque séance commence avec une revue des problèmes récents de la personne et comment se sont déroulées les choses depuis la dernière rencontre. Il s'en suit une période d'exploration plus ou moins structurée. L'objectif du thérapeute est de démontrer son intérêt et de clarifier la cible des interventions. Cette période dure environ de 5 à 10 minutes. Le thérapeute élabore ensuite explicitement un agenda en collaboration avec le patient afin d'aborder les différents problèmes. Il est important de toujours revenir sur les devoirs donnés à la rencontre précédente. (Cf annexe)

5 à 10 minutes avant la fin de la séance, conclure la rencontre par un résumé de ce que le patient et le thérapeute ont compris et une tentative de résumer les éléments importants qui ont été couverts. Demander une rétroaction au patient peut aider au développement de l'alliance thérapeutique. « J'espère que vous avez trouvé cette rencontre utile. Pour ma part, j'ai été très content de vous rencontrer. Je crois que ce dont nous avons discuté aujourd'hui demeure encore confus pour moi, mais cela est normal lors des premières rencontres. Nous aurons encore beaucoup de temps pour y faire du sens ». Lors de la conclusion, il est également important de revenir sur les conseils par rapport aux stratégies d'adaptation qui ont été donnés durant la séance afin que le patient reparte avec un sentiment d'avoir acquis quelque chose d'utile ce qui l'encouragera à revenir à la prochaine séance. (Fowler et al. 1995)

7.1.1 Étapes proposées de la TCCp avec formulation individuelle

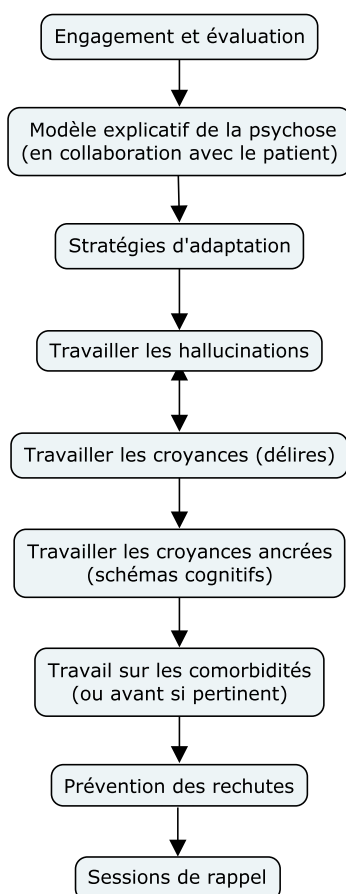


Figure 9 Étapes de la TCCp

7.2 Déroulement détaillé

7.2.1 Première ENTREVUE

Étapes

1. Présentation du thérapeute
2. Bref agenda – explication du déroulement de la séance
3. Explication générale de la TCC et du déroulement des rencontres d'évaluation (horaire, lieu, fréquence, durée, etc.) et éventuellement de la thérapie
4. Explication du but du suivi thérapeutique
5. Explorer les problèmes tels que perçus par le patient et son histoire récente

6. Travaux à domicile :
 - a. Demander de compléter les questionnaires (seulement si appropriés pour aider à compléter des éléments de l'histoire déjà débutés et qu'on sent que la personne est intéressée à les remplir à la maison)
 - b. Demander à la personne d'identifier ses attentes par rapport à la thérapie.
 - c. Remettre les lectures appropriées

7.2.2 ENTREVUES 2 à 3 (et +)

Étapes

1. Salutations et agenda
2. Retour sur la dernière rencontre (feedback, question ou commentaire du patient)
3. Exploration des événements de la dernière semaine
4. Développer l'alliance
5. Poursuivre l'évaluation
6. Retour sur les travaux à domicile
7. Travaux à domicile :
 - Autres questionnaires pertinents selon l'évaluation
 - Dresser une liste des stratégies d'adaptation utilisées?

7.2.3 ENTREVUES 3 à 4-5 (et +)

Étapes

1. Salutations et agenda
2. Retour sur la dernière rencontre (feedback, question ou commentaire du patient)
3. Exploration des événements de la dernière semaine
4. Développer l'alliance
5. Poursuivre l'évaluation
6. Élaboration d'un modèle explicatif des problèmes et de la psychose
7. Élaboration d'objectifs de la thérapie après le modèle explicatif
8. Début du travail sur les stratégies d'adaptation
9. Retour sur les travaux à domicile
10. Travaux à domicile :
 - Grilles d'autoévaluation des pensées pertinentes selon l'évaluation
 - Début des exercices sur les stratégies d'adaptation

7.2.3 ENTREVUES 5 et + (contenu #1)

Étapes

1. Salutations et agenda
2. Retour sur la dernière rencontre (feedback, questions ou commentaires du patient)
3. Exploration brève des événements de la dernière semaine
4. Retour sur les devoirs
5. Travail sur les stratégies d'adaptation
6. Travaux à domicile
7. Résumer de la rencontre et feedback

7.2.4 ENTREVUES 5 et + (contenu #2)

Étapes

1. Salutations et agenda
2. Retour sur la dernière rencontre (feedback, questions ou commentaires du patient)
3. Exploration brève des événements de la dernière semaine
4. Retour sur les devoirs
5. Travail spécifique aux symptômes présentés par le patient (hallucinations ou délire)
6. Travaux à domicile
7. Résumer de la rencontre et feedback

7.2.5 Trois à quatre dernières ENTREVUES

Étapes

1. Salutations et agenda
2. Retour sur la dernière rencontre (feedback, question ou commentaire du patient)
3. Exploration brève des événements de la dernière semaine
4. Retour sur les devoirs
5. Faire le plan de prévention de la rechute
6. Débuter de façon collaborative l'écriture du document résumé de thérapie (modèle explicatif final et boîte à outils utile face aux symptômes et détresse)
7. Discuter des craintes par rapport à la fin du suivi
8. Travaux à domicile sur la prévention des rechutes (recueillir les infos sur les signes précurseurs tel que perçu par les proches et les impliquer et sur le résumé des apprentissages et outils acquis en thérapie)
9. Résumer de la rencontre et feedback

SECTION 8 : Conclusion

8.1 Variantes de la TCCp

Plusieurs modèles de TCCp ont été développés par différents auteurs. Certains sont plus intégratifs (Fowler, P. et al. 1995) (Chadwick, P. et al. 2003)(Kingdon, D. 2004) tel que le modèle présenté dans ce guide, d'autres visent plus spécifiquement certains symptômes (ex. les hallucinations auditives (Morrisson, A.P. et al. 1995), les hallucinations mandatoires (Birchwood, M. et al. 2017) (Beck-Sander, A. et al. 1997), les délires (Bentall, R.P. et al. 1998), etc). Quoique la TCCp soit utilisée en format individuel, elle est de plus en plus souvent offerte en format de groupe. Le format de groupe permet non seulement d'utiliser les avantages de la TCC mais aussi les avantages du soutien par les pairs, de briser l'isolement, favoriser la normalisation, etc. (Lecomte, T. et al. 2016)

8.2 Implantation de la TCCp : solutions et défis à venir

Les nouvelles lignes directrices canadiennes pour la schizophrénie et québécoises pour les premiers épisodes psychotiques, recommandent fortement d'offrir la TCCp aux personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles psychotiques afin de faciliter leur rétablissement. Selon les récentes lignes directrices de l'ACP (2017), il est important que la TCCp soit administrée par des thérapeutes dûment formés suivant des protocoles efficaces établis et avec une supervision régulière. La dose minimale de TCCp suggérée est de 16 séances. Or, quoique ces directives soient exactes, les établissements et les cliniciens souhaitant se conformer à ces directives se heurtent toutefois à des obstacles organisationnels et individuels à surmonter. Encore trop peu de patients ont accès à la TCCp. Plusieurs auteurs recommandent des approches de soins par étapes impliquant que la plupart des individus reçoivent une version plus légère de la thérapie, ceux qui ont besoin de plus de soutien recevant une version plus intensive et ceux qui ont des besoins et des déficits plus importants recevant la version la plus intensive. Le modèle de soins par étapes comporte deux caractéristiques: 1) le traitement recommandé est le moins intensif pour les besoins de traitement de chaque consommateur, et 2) les résultats du traitement sont systématiquement monitorés pour que le niveau de soins soit adapté aux besoins et selon les effets du traitement. Ainsi les principes de la TCCp devraient teinter tous les soins donnés aux patients psychotiques. Ceux-ci, notamment les plans de soins

individualisés, devraient être menés de manière collaborative et inclure les principes établis de la TCCp. Par exemple, 1- le monitoring par les patients de la relation entre leurs pensées, leurs sentiments, leurs comportements et leurs symptômes, 2- la réévaluation des perceptions, des croyances et des processus de pensée qui contribuent aux symptômes, 3- promotion de moyens bénéfiques pour faire face aux symptômes; réduction du stress; stratégies d'adaptation et amélioration du fonctionnement. La TCCp de groupe manualisée représente une intervention moyennement intensive qui nécessite un niveau de formation moins important que la TCCp individuelle est la modalité la plus intensive requérant un niveau de formation et supervision plus élevé. La TCCp devrait donc être intégrée à différents moments de la trajectoire de soins d'un patient selon les objectifs du patient, le stade de sa maladie et de son traitement et teinter les soins sont offerts. En général, tout comme la pharmacothérapie, les thérapies psychosociales démontrées efficaces telles la TCCp doivent être offertes aux patients atteints de troubles psychotiques. Toutes ces modalités, visent à aider l'individu à atteindre ses objectifs personnels en développant des outils cognitifs et comportementaux et des compétences pour gérer leur santé mentale et ainsi vivre une vie plus satisfaisante.

Annexes

Session :

Date :

Depuis la dernière session :

Feedback :

A l'agenda :

Item no 1 :

Item no 2 :

Conclusion(s) :

Tâches à domicile :

Feedback :

PSYRATS Psychotic Symptom Rating Scales

Echelles de cotation des symptômes psychotiques

Nom:

Date :

A. Hallucinations auditives

1. Fréquence

1. 0. Les voix ne sont pas présentes ou sont présentes moins qu'une fois par semaine
2. 1. Les voix sont présentes au moins une fois par semaine
3. 2. Les voix sont présentes au moins une fois par jour
4. 3. Les voix sont présentes au moins une fois par heure
5. 4. Les voix sont présentes continuellement ou presque continuellement, ex s'arrêtent pour quelques secondes ou minutes.

2. Durée

0. Pas de voix
1. Les voix durent quelques secondes, voix fugaces
2. Les voix durent quelques minutes
3. Les voix durent au moins une heure
4. Les voix durent plusieurs heures de suite.

3. Provenance

0. Pas de voix
1. Les voix semblent venir seulement de l'intérieur de la tête
2. Les voix proviennent de l'extérieur de la tête, mais proches des oreilles ou de la tête. Des voix provenant de l'intérieur de la tête peuvent également être présentes
3. Les voix proviennent de l'intérieur de la tête, de l'extérieur proche des oreilles et de l'extérieur loin des oreilles
4. Les voix proviennent seulement de l'extérieur de la tête.

4. Volume

- 0. Pas de voix
- 1. Moins fort que sa propre voix, murmures
- 2. Même volume que sa propre voix
- 3. Plus fort que sa propre voix
- 4. Extrêmement fort, cris.

5. Croyance sur l'origine des voix

- 0. Pas de voix
- 1. Croit que les voix sont uniquement produites par soi et liées à soi
- 2. Convaincu à $< 50\%$ que les voix proviennent d'une source externe
- 3. Convaincu à $\geq 50\%$ que les voix proviennent d'une source externe
- 4. Croit que les voix sont uniquement produites par une source externe (Convaincu à 100%).

6. Quantité de contenu négatif

- 0. Pas de contenu déplaisant
- 1. Contenu déplaisant occasionnel ($< 10\%$)
- 2. Une minorité des contenus des voix est déplaisant ou négatif ($< 50\%$)
- 3. Une majorité des contenus des voix est déplaisant ou négatif ($\geq 50\%$)
- 4. Tous les contenus des voix est déplaisant ou négatif.

7. Degré de contenu négatif

- 0. Pas déplaisant ou pas négatif
- 1. Voix en partie négatives, mais pas de commentaires personnels liés à soi ou aux autres membres de la famille, mots injurieux ou commentaires non dirigés sur soi, ex : « le facteur est laid ».
- 2. Injures personnelles, commentaires sur le comportement, ex : « ne devrait pas faire ou dire cela ».
- 3. Injures personnelles liées au concept de soi, ex : « Tu es paresseux, laid, fou, pervers »
- 4. Menaces personnelles contre soi, ex : menaces de blessures pour soi ou pour sa famille, instructions extrêmes ou ordres de se blesser ou de blesser les autres.

8. Degré de détresse

0. Les voix ne sont pas pénibles du tout
1. Les voix sont occasionnellement pénibles, à majorité non pénibles (<10%)
2. La minorité des voix sont pénibles (<50%)
3. La majorité des voix sont pénibles ($\geq 50\%$)
4. Les voix sont toujours pénibles.

9. Intensité de la détresse

0. Les voix ne sont pas pénibles du tout
1. Les voix sont légèrement pénibles
2. Les voix sont modérément pénibles
3. Les voix sont très pénibles, bien que le sujet puisse se sentir encore plus mal
4. Les voix sont extrêmement pénibles, la détresse est la pire qu'il est possible d'avoir.

10. Impact des voix sur la vie

0. Pas d'impact sur la vie, capable de maintenir des relations sociales et familiales (si présentes)
1. Les voix ont un impact minimal sur la vie, ex : interfère avec la concentration bien que la personne maintienne son activité journalière, sociale et familiale et soit capable de maintenir une vie autonome sans soutien
2. Les voix ont un impact modéré sur la vie. Elles perturbent les activités journalières, sociales et familiales. Le patient n'est pas à l'hôpital bien qu'il puisse vivre dans un logement protégé ou reçoive une aide supplémentaire pour les activités de la vie quotidienne
3. Les voix ont un impact sévère sur la vie au point que l'hospitalisation est généralement nécessaire. Le patient peut maintenir certaines activités journalières, soins personnels et contacts sociaux au sein de l'hôpital. Le patient peut également être dans un logement protégé mais présente des perturbations sévères de son fonctionnement en termes d'activités de la vie quotidienne et des contacts sociaux
4. Les voix provoquent une perturbation complète de la vie quotidienne, nécessitant une hospitalisation. Le patient ne peut maintenir aucune activité de la vie quotidienne ni contacts sociaux. Les soins personnels sont sévèrement perturbés.

11. Contrôlabilité des voix

- 0. La personne croit qu'il peut avoir le contrôle sur les voix et peut les déclencher ou les chasser à volonté
- 1. La personne croit qu'elle a un certain contrôle sur les voix la plupart du temps
- 2. La personne croit qu'elle a un certain contrôle sur les voix approximativement la moitié du temps
- 3. La personne croit qu'elle a un certain contrôle sur les voix seulement occasionnellement. La majorité du temps, la personne perçoit les voix comme incontrôlables
- 4. La personne n'a pas de contrôle sur les voix quand elles sont présentes et ne peut pas les déclencher ni les chasser.

B. Délires

1. Somme de la préoccupation avec les idées délirantes

- 0. Pas de délire ou la personne y pense moins qu'une fois par semaine.
- 1. La personne pense au délire au moins une fois par semaine
- 2. La personne pense au délire au moins une fois par jour
- 3. La personne pense au délire au moins une fois par heure
- 4. La personne pense au délire continuellement ou presque continuellement.

2. Durée des moments de préoccupation avec les idées délirantes

- 0. Pas de délire
- 1. Les pensées au sujet des croyances durent quelques secondes, pensées fugaces
- 2. Les pensées au sujet des idées délirantes durent quelques minutes
- 3. Les pensées au sujet des idées délirantes durent au moins une heure
- 4. Les pensées au sujet des idées délirantes durent plusieurs heures de suite.

3. Conviction

- 0. Pas de conviction du tout
- 1. Très légère conviction dans la réalité des croyances, < 10%
- 2. Certains doutes liés à la conviction dans les croyances, entre 10 et 49%
- 3. La conviction dans la croyance est très forte entre 50 et 99%
- 4. La conviction est de 100%.

4. Degré de détresse

- . 0. Les croyances ne sont pas pénibles du tout
- . 1. Les croyances sont pénibles à une minorité d'occasions
- . 2. Les croyances sont pénibles à <50% des occasions
- . 3. Les croyances sont pénibles à la majorité des occasions quand elles surviennent entre 50-99% du temps.
- . 4. Les croyances causent toujours de la détresse quand elles surviennent.

5. Intensité de la détresse

- . 0. Les croyances ne sont pas pénibles du tout
- . 1. Les croyances sont légèrement pénibles
- . 2. Les croyances sont modérément pénibles
- . 3. Les croyances sont nettement pénibles
- . 4. Les croyances sont extrêmement pénibles, cela ne peut pas être pire.

6. Impact des idées délirantes sur la vie

- . 0. Pas d'impact sur la vie, capable de maintenir des relations sociales et familiales (si présentes)
- . 1. Les croyances ont un impact minimal sur la vie, ex : interfère avec la concentration bien que la personne maintienne son activité journalière, sociale et familiale et soit capable de maintenir une vie autonome sans soutien
- . 2. Les croyances ont un impact modéré sur la vie. Elles perturbent les activités journalières, sociales et familiales. Le patient n'est pas à l'hôpital bien qu'il puisse vivre dans un logement protégé ou reçoive une aide supplémentaire pour les activités de la vie quotidienne
- . 3. Les croyances ont un impact sévère sur la vie au point que l'hospitalisation soit généralement nécessaire. Le patient peut maintenir certaines activités journalières, soins personnels et contact sociaux au sein de l'hôpital. Le patient peut également être dans un logement protégé mais présente des perturbations sévères de son fonctionnement en termes d'activités de la vie quotidienne et des contacts sociaux
- . 4. Les croyances provoquent une perturbation complète de la vie quotidienne, nécessitant une hospitalisation. Le patient ne peut maintenir aucune activité de la vie quotidienne ni contacts sociaux. Les soins personnels sont sévèrement perturbés.

Haddock G & al. Psychological Medicine, 1999, traduction J Favrod -2004

INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION (IBD)

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1. Lisez attentivement toutes les phrases.
 2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
 3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.
- | | | | |
|-----|--|-----|--|
| 1. | 0 () Je ne me sens pas triste. | 11. | 0 () Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. |
| | 1 () Je me sens morose ou triste. | | 1 () Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire |
| | 2 () Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. | | 2 () Je me sens irrité(e) tout le temps. |
| | 2 () Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. | | 3 () Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement. |
| | 3 () Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter. | | |
| 2. | 0 () Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. | 12. | 0 () Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. |
| | 1 () Je me sens découragé(e) à propos du futur. | | 1 () Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. |
| | 2 () Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. | | 2 () J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. |
| | 2 () Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. | | 3 () J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout. |
| | 3 () Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer | | |
| 3. | 0 () Je ne sens pas que je suis un échec. | 13. | 0 () Je prends des décisions aussi bien que d'habitude. |
| | 1 () Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. | | 1 () J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. |
| | 2 () Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. | | 2 () J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. |
| | 2 () Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. | | 3 () Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout. |
| | 3 () Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme). | | |
| 4. | 0 () Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). | 14. | 0 () Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. |
| | 1 () Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps. | | 1 () Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait. |
| | 2 () Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. | | 2 () Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. |
| | 2 () Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. | | 3 () Je me sens laid(e) et répugnant(e). |
| | 3 () Je suis mécontent(e) de tout. | | |
| 5. | 0 () Je ne me sens pas particulièrement coupable. | 15. | 0 () Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. |
| | 1 () Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. | | 1 () J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. |
| | 1 () Je me sens plutôt coupable. | | 1 () Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. |
| | 2 () Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. | | 2 () J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit. |
| | 3 () Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne. | | 3 () Je ne peux faire aucun travail. |
| 6. | 0 () Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). | 16. | 0 () Je peux dormir aussi bien que d'habitude. |
| | 1 () J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. | | 1 () Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude. |
| | 2 () Je sens que je suis ou serai puni(e). | | 2 () Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. |
| | 3 () Je sens que je mérite d'être puni(e) | | 3 () Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures. |
| | 3 () Je veux être puni(e). | | |
| 7. | 0 () Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. | 17. | 0 () Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. |
| | 1 () Je suis déçu(e) de moi-même. | | 1 () Je me fatigue plus facilement qu'avant. |
| | 1 () Je ne m'aime pas. | | 2 () Je me fatigue à faire quoi que ce soit. |
| | 2 () Je suis dégoûté(e) de moi-même. | | 3 () Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit. |
| | 3 () Je me hais. | | |
| 8. | 0 () Je ne sens pas que je suis pire que les autres. | 18. | 0 () Mon appétit est aussi bon que d'habitude. |
| | 1 () Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. | | 1 () Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude. |
| | 2 () Je me blâme pour mes fautes. | | 2 () Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. |
| | 3 () Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal. | | 3 () Je n'ai plus d'appétit du tout. |
| 9. | 0 () Je n'ai aucune idée de me faire du mal. | 19. | 0 () Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement). |
| | 1 () J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. | | 1 () J'ai perdu plus de 5 livres. |
| | 2 () Je sens que je serais mieux mort(e). | | 2 () J'ai perdu plus de 10 livres. |
| | 2 () Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). | | 3 () J'ai perdu plus de 15 livres. |
| | 3 () J'ai des plans définis pour un acte suicidaire. | | |
| | 3 () Je me tuerais si je le pouvais. | 20. | 0 () Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. |
| 10. | 0 () Je ne pleure pas plus que d'habitude. | | 1 () Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. |
| | 1 () Je pleure plus maintenant qu'auparavant. | | 2 () Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. |
| | 2 () Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter. | | 3 () Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens. |
| | 3 () Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux. | 21. | 0 () Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. |
| | | | 1 () Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. |
| | | | 2 () Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. |
| | | | 3 () J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe. |

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1.	Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2.	Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3.	«Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4.	Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5.	Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6.	Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7.	Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8.	Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9.	Terrifié(e)	0	1	2	3
10.	Nervosité	0	1	2	3
11.	Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12.	Tremblements des mains	0	1	2	3
13.	Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14.	Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15.	Respiration difficile	0	1	2	3
16.	Peur de mourir	0	1	2	3
17.	Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
18.	Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19.	Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20.	Rougisement du visage	0	1	2	3
21.	Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)

Interviewer: Ask the first question as written. Use follow up probes or qualifiers at your discretion. Time frame refers to last two weeks unless stipulated. **N.B.** The last item, #9, is based on observations of the entire interview.

1. **DEPRESSION: How would you describe your mood over the last two weeks? Do you keep reasonably cheerful or have you been very depressed or low spirited recently? In the last two weeks how often have you (own words) every day? All day?**
 0. Absent
 1. Mild Expresses some sadness or discouragement on questioning.
 2. Moderate Distinct depressed mood persisting up to half the time over last 2 weeks; present daily.
 3. Severe Markedly depressed mood persisting daily over half the time interfering with normal motor and social functioning.
2. **HOPELESSNESS: How do you see the future for yourself? Can you see any future? - or has life seemed quite hopeless? Have you given up or does there still seem some reason for trying?**
 0. Absent
 1. Mild Has at times felt hopeless over the last two weeks but still has some degree of hope for the future.
 2. Moderate Persistent, moderate sense of hopelessness over last week. Can be persuaded to acknowledge possibility of things being better.
 3. Severe Persisting and distressing sense of hopelessness.
3. **SELF DEPRECIATION: What is your opinion of your self compared to other people? Do you feel better, not as good, or about the same as others? Do you feel inferior or even worthless?**
 0. Absent
 1. Mild Some inferiority; not amounting to feeling of worthlessness.
 2. Moderate Subject feels worthless, but less than 50% of the time.
 3. Severe Subject feels worthless more than 50% of the time. May be challenged to acknowledge otherwise.
4. **GUILTY IDEAS OF REFERENCE: Do you have the feeling that you are being blamed for something or even wrongly accused? What about? (Do not include justifiable blame or accusation. Exclude delusions of guilt.)**
 0. Absent
 1. Mild Subject feels blamed but not accused less than 50% of the time.
 2. Moderate Persisting sense of being blamed, and/or occasional sense of being accused.
 3. Severe Persistent sense of being accused. When challenged, acknowledges that it is not so.
5. **PATHOLOGICAL GUILT: Do you tend to blame yourself for little things you may have done in the past? Do you think that you deserve to be so concerned about this?**
 0. Absent
 1. Mild Subject sometimes feels over guilty about some minor peccadillo, but less than 50% of time.
 2. Moderate Subject usually (over 50% of time) feels guilty about past actions the significance of which he exaggerates.
 3. Severe Subject usually feels s/he is to blame for everything that has gone wrong, even when not his/her fault.
6. **MORNING DEPRESSION: When you have felt depressed over the last 2 weeks have you noticed the depression being worse at any particular time of day?**
 0. Absent No depression.
 1. Mild Depression present but no diurnal variation.
 2. Moderate Depression spontaneously mentioned to be worse in a.m.
 3. Severe Depression markedly worse in a.m., with impaired functioning which improves in p.m.
7. **EARLY WAKENING: Do you wake earlier in the morning than is normal for you? How many times a week does this happen?**
 0. Absent No early waking.
 1. Mild Occasionally wakes (up to twice weekly) 1 hour or more before normal time to wake or alarm time.
 2. Moderate Often wakes early (up to 5 times weekly) 1 hour or more before normal time to wake or alarm.
 3. Severe Daily wakes 1 hour or more before normal time.
8. **SUICIDE: Have you felt that life wasn't worth living? Did you ever feel like ending it all? What did you think you might do? Did you actually try?**
 0. Absent
 1. Mild Frequent thoughts of being better off dead, or occasional thoughts of suicide.
 2. Moderate Deliberately considered suicide with a plan, but made no attempt.
 3. Severe Suicidal attempt apparently designed to end in death (i.e.: accidental discovery or inefficient means).
9. **OBSERVED DEPRESSION: Based on interviewer's observations during the entire interview. The question "Do you feel like crying?" used at appropriate points in the interview, may elicit information useful to this observation.**
 0. Absent
 1. Mild Subject appears sad and mournful even during parts of the interview, involving affectively neutral discussion.
 2. Moderate Subject appears sad and mournful throughout the interview, with gloomy monotonous voice and is tearful or close to tears at times.
 3. Severe Subject chokes on distressing topics, frequently sighs deeply and cries openly, or is persistently in a state of frozen misery if examiner is sure that this is present

© Dr. Donald Addington and Dr. Jean Addington.
More information on administering and scoring the CDSS is available at: <http://www.ucalgary.ca/cdss/>

Exemples de stratégies d'adaptation

Autoinstruction

Distractions comportementales

- Faire des exercices
- Prendre un bain
- Prendre une marche
- Jouer de la musique
- Se retirer dans une pièce tranquille
- Respiration abdominale
- Relaxation de Jacobson

Distractions cognitives

- Jouer à l'ordinateur
- Regarder la télévision
- Écouter de la musique
- Faire des mots croisés
- Méditation
- Yoga
- Prier
- Chanter à voix basse
- Compter des objets dans l'environnement
- Se concentrer sur des odeurs ou des bruits externes

Socialisation

- Voir des amis
- Fréquenter des centres communautaires ou de traitement
- Parler à une personne de confiance des voix

Médicales

- Prendre sa médication au besoin
- Appeler son intervenant

Focus

- Écouter les voix et relaxer avec elle
- Prendre des notes sur leur contenu, le moment

Échelle d'ajustement social de Holmes et Rahe (1967)

Rang	Évènements de la vie	Degré de stress
1.	Mort du conjoint	100
2.	Divorce	73
3.	Séparation conjugale	65
4.	Emprisonnement	63
5.	Mort d'un proche dans la famille	63
6.	Maladie ou blessures personnelles	53
7.	Mariage	50
8.	Congédiement	47
9.	Réconciliation du couple marié	45
10.	Retraite	45
11.	Maladie d'un membre de la famille	44
12.	Grossesse	40
13.	Difficultés sexuelles	39
14.	Addition d'un nouveau membre dans la famille	39
15.	Changement de travail ou d'emploi	39
16.	Changement d'état financier	38
17.	Mort d'un ami proche	37
18.	Changement de domaine dans le travail	36
19.	Changement dans la fréquence des disputes conjugales	35
20.	Hypothèque de plus de 10 000\$ (en 1967)	31
21.	Emprunt	30
22.	Changement de responsabilité au travail	29
23.	Enfant qui quitte la maison	29
24.	Problème avec la justice	29
25.	Succès personnel marquant	28
26.	Femme qui entre sur le marché du travail ou qui en sort	26
27.	Début ou fin de l'année scolaire	26
28.	Changement des conditions de vie	25
29.	Transformation des habitudes de vie	24
30.	Problèmes avec le patron	23
31.	Changement des heures ou des conditions de travail	20
32.	Changement de résidence	20
33.	Changement d'école	20
34.	Changement dans les loisirs	19
35.	Changement dans les activités régulières	19
36.	Changement dans les activités sociales	18
37.	Emprunt de moins de 10 000\$ (en 1967)	17
38.	Changement d'habitude de sommeil	15
39.	Changement du nombre de membres de la famille	15
40.	Changement d'habitudes alimentaires	14
41.	Vacances	13
42.	Congé de Noël	12
43.	Violation mineure de la loi	11

VALEURS PERSONNELLES Adapté de W.R Miller, J.C de Baca, D.B. Matthews, P.L.Wilbourne University of New Mexico, 2001 Par C. Paquette Houde, 2017	VALEURS IMPORTANTES
VALEURS TRÈS IMPORTANTES (max 10)	VALEURS NON IMPORTANTES
AUTORITÉ Avoir de l'autorité, être en charge d'autres personnes, prendre des décisions	JUSTESSE Avoir des opinions et des croyances justes et véridiques Ne pas dire des choses fausses, Vérifier ses sources

ACCOMPLISSEMENT Avoir fait des réalisations importantes, Contribuer à un projet qui nous dépasse	NOUVEAUTÉ / CHANGEMENT Vivre des expériences nouvelles et excitantes, Avoir une vie remplie de changements de surprises
AUTONOMIE Prendre ses propres décisions, être indépendant, ne pas dépendre des autres	BEAUTÉ Être beau / belle
ENTRAIDE Prendre soins des autres, Rendre service	RELEVER DES DÉFIS Résoudre des tâches ou des problèmes difficiles, repousser ses limites

LIBERTÉ Pouvoir faire ce que l'on veut quand on le veut, ne pas avoir à suivre de règles, ne pas avoir de responsabilité	COMPASSION / EMPATHIE Être sensible aux malheurs d'autrui et agir en conséquence
FIABILITÉ Être une personne digne de confiance et sur qui l'on peut compter	DEVOIR Respecter mes devoirs et mes obligations
ÉCOLOGIE Vivre en harmonie avec l'environnement	CRÉATIVITÉ Avoir des idées nouvelles et originales, Faire des activités artistiques (chant, danse, théâtre, dessin, etc.)

FIDÉLITÉ Être loyal et vrai dans les relations interpersonnelles Maintenir des relations pour une longue période de temps	CÉLÉBRITÉ / POPULARITÉ Être connu et reconnu Être apprécié des gens
FAMILLE Avoir une famille heureuse et unie	SANTÉ PHYSIQUE Être bien physiquement, être en santé
PARDON Être capable de pardonner aux autres	AMITIÉS Avoir des amis proches et présents pour soi

PLAISIR Jouer et avoir du plaisir Avoir des loisirs, relaxer	GÉNÉROSITÉ Être capable de donner aux autres
AUTHENTICITÉ Agir de manière sincère, congruente avec nos valeurs et croyances. Être vrai. Être réellement soi-même.	SPIRITUALITÉ / RELIGION Vivre selon les enseignements de sa religion, croire en quelque chose de plus grand que soi
HUMILITÉ / MODESTIE Être modeste, avoir conscience de ses faiblesses	HONNÊTETÉ Dire la vérité, être honnête, ne pas mentir

HUMOUR Capacité de rire de soi-même, des autres et du monde en général	JUSTICE Promotion des conditions ou des traitements justes et égaux pour tous
TRAVAIL Avoir un emploi, Travailler fort et bien	AMOUR Capacité d'aimer, d'apprécier les autres Avoir une relation amoureuse
MODÉRATION Éviter les excès et les extrêmes	OUVERTURE D'ESPRIT Être ouvert aux nouvelles expériences, idées et opinions

ORDRE Avoir une vie bien ordonnée et organisée	BONHEUR Se sentir bien, heureux
RAISON Être guidé par la raison et la logique dans ses actions	PLAN D'AVENIR Avoir des buts, des objectifs de vie
RESPONSABILITÉ Prendre des décisions de manière réfléchie et sérieuse. Considérer les conséquences de ses actes.	SÉCURITÉ Être en sûreté, avoir un endroit où vivre, avoir à manger

ACCEPTATION DE SOI S'accepter tel que l'on est	AUTO-CONTRÔLE Être discipliné dans ses actions, se maîtriser
RICHESSSE Avoir beaucoup d'argent, être riche	SOLITUDE Avoir le temps et l'espace pour être seul
TOLÉRANCE Accepter et respecter les gens différents de nous	TRADITION Respecter les façons de faire et les coutumes du passé

PAIX Promouvoir la paix dans le monde	AUTRE VALEUR
AUTRE VALEUR	AUTRE VALEUR

Registre des activités quotidiennes - Modèle # 1

<u>Heures</u>	<u>Lundi</u>	<u>Mardi</u>	<u>Mercredi</u>	<u>Jeudi</u>	<u>Vendredi</u>	<u>Samedi</u>	<u>Dimanche</u>
6-7h			*	*		*	*
7-8h			*	*		*	*
8-9h			*	*		*	*
9-10h			*	*		*	*
10-11h			*	*		*	*
11-12h			*	*		*	*
12-13h			*	*		*	*
13-14h			*	*		*	*
14-15h			*	*		*	*
15-16h			*	*		*	*
16-17h			*	*		*	*
17-18h			*	*		*	*
18-19h							
19-20h							
20-21h							
21-22h							
22-23h							

Registre des activités quotidiennes – Modèle #2

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
AM							
PM							
SOIR							

Modèle de base de la TCC

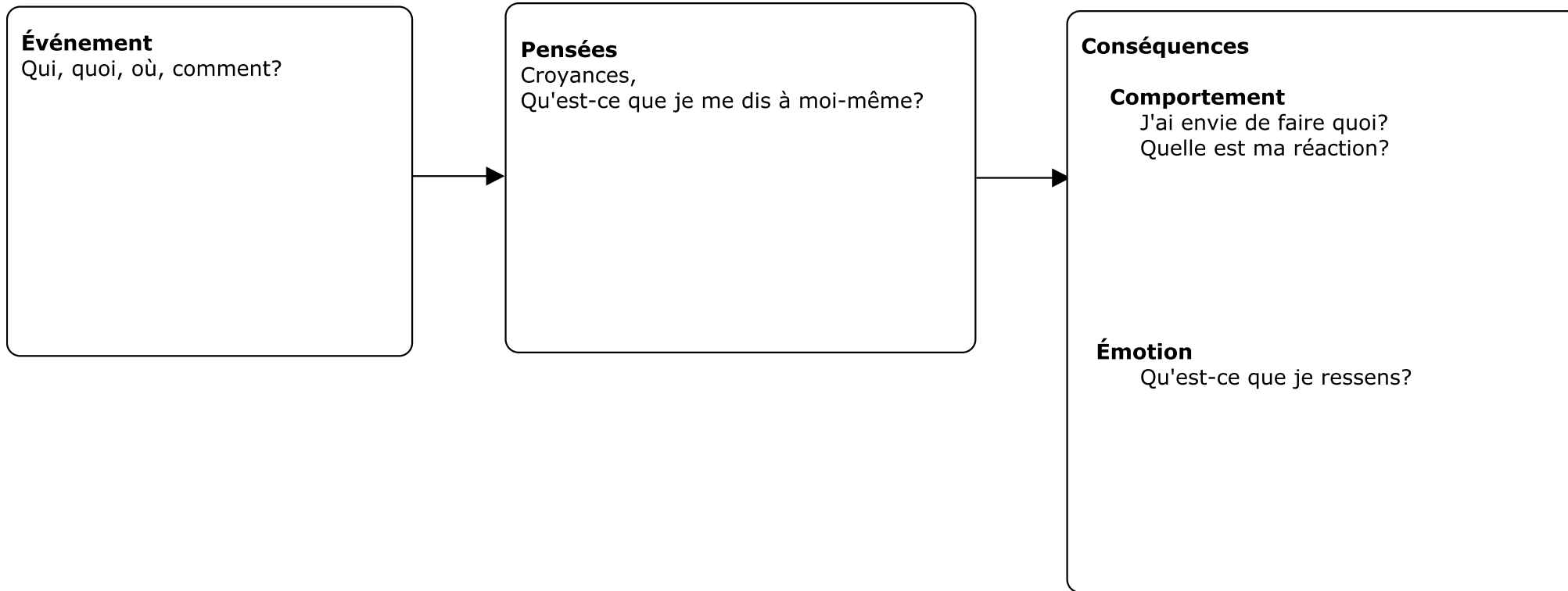


Tableau TCC de type ABC

Évènement « Qui, quoi, où comment? »	Pensée / Croyances « Qu'est-ce que je me dis ? »	Comportement et émotions « J'ai envie de faire quoi? Quelle est ma réaction? Qu'est-ce que je ressens? »

Tableau d'enregistrement des stratégies d'adaptation aux voix

Semaine du :

Déclencheur, évènements ou pensées	Voix (contenu détaillé)	Conséquences comportementales	Émotions rattachées et intensité	Autre stratégie d'adaptation	Nouvelle émotion et intensité de l'émotion

Journal pour les voix

Semaine du :

Quand les voix apparaissent ou qu'elles sont plus intenses

Date-heure (moment journée), endroit, ce que vous êtes en train de faire	Qu'est-ce que les voix ont dit?	Croyances sur les voix (leur origine/identité, leur pouvoir, bienfaisante ou méchante ou neutre, etc.)	Qu'avez-vous fait en réponse aux voix? Quelles ont été émotions ressenties? Et intensité?	Est-ce que vous auriez pu faire autre chose? Et impact potentiel sur émotion/détresse

Journal pour les idées de références

Semaine du :

Lorsque vous avez l'impression qu'on parle de vous (à la télé, sur la rue, ou autre)

Date-heure (moment journée), endroit, que faisiez- vous?	Selon votre impression, qui a fait référence à vous?	Qu'est-ce qui a été dit?	Que croyez-vous que ça signifiait?	Émotions ressenties	Comportement	Qu'est-ce que ç'aurait pu signifier d'autre?	Émotions et comportements rattachés à cette nouvelle explication

Journal pour la lecture de pensée.

Semaine du :

Lorsque vous avez l'impression que les gens savent ce que vous pensez

Date-heure (moment journée), endroit, ce que vous êtes en train de faire	Selon votre impression, qui vous a semblé lire vos pensées?	Que pensiez- vous alors?	Comment avez- vous su, ou qu'est-ce qui vous a fait penser qu'on a lu vos pensées?	Émotions ressenties	Comportement	Est-ce qu'il pourrait y avoir d'autre explications? (% conviction)	Émotions et comportement rattachés à cette autre explication

Fiche de prévention des rechutes – modèle #1 (exemple)

	Lister les évènements et les symptômes	Ce que JE (patient) ferai	Ce que j'aimerais que mes proches fassent ou ce qu'ils feront	Ce que je voudrais que l'équipe traitante fasse ou ce qu'elle fera
Évènements – contexte à risque de rechute	Nouvel amoureux Période d'examen	M'assurer de bien dormir Étudier à l'avance	Me fassent remarquer l'insomnie	Me donner rdv pour discuter stratégies
Symptômes non spécifiques précurseurs	Insomnie Fatigue Anxiété	Mieux dormir Appeler intervenant	Me le fassent remarquer, me suggèrent d'appeler psy	Ajuste ma médication pour dormir
Symptômes spécifiques de psychose, mais atténués	Méfiance, avoir l'impression qu'on parle dans mon dos	Je prends ma médication au besoin, prendre du temps de repos	Me le fasse remarquer, me rassurent	Insiste pour augmenter ma médication
Rechute de psychose	Je suis convaincu d'un complot pour me faire du mal	Je prends congé d'école, prendre un rdv urgent, aller à l'urgence	Appellent mon équipe si je refuse de les suivre à l'hôpital	Me rappelle que j'avais accepté d'être hospitalisé, fasse une requête d'évaluation psychiatrique si je refuse malgré les rappels

Fiche de prévention des rechutes – modèle #1

	Lister les évènements et les symptômes	Ce que JE ferai	Ce que j'aimerais que mes PROCHES fassent ou ce qu'ils feront	Ce que je voudrais que l'ÉQUIPE TRAITANTE fasse ou ce qu'elle fera
Évènements – contexte à risque de rechute				
Symptômes non spécifiques précurseurs				
Symptômes spécifiques de psychose, mais atténués				
Rechute de psychose				

Mon plan individualisé de prévention de la rechute

Modèle #2 (exemple)

SIGNATURE DE RECHUTE

- Augmentation du sentiment d'être inadéquat
- Préoccupations par rapport à mes performances
- Hypervigilance par rapport à mes erreurs
- Augmentation de l'anxiété
- Pensées accélérées, chants, rires
- Méfiance à l'égard de mes proches
- Perte d'appétit et insomnie (= perte de temps)
- Pensées horribles et paranoïa
- Sentiment d'être puni par Dieu ou possédé
- Paranoïa sévère
- Hallucinations tactiles (sensation de brûler)

FACTEURS DÉCLENCHEURS

- Été
- Perte d'emploi

PLAN D'URGENCE

1^{ère} étape :

- Yoga / méditation, écouter de la musique,
- Prendre du temps pour moi
- Appeler maman 888-555-5678 ou
- Appeler mon intervenant **principal** : Steven 888-555-1234
Heures et téléphone de la clinique : Du lundi au vendredi 9h à 17h, 888-555-9876
Téléphone des services hors des heures d'ouverture : Suicide action Montréal, 514-723-4000
- Bien prendre ma médication Zyprexa 15mg au coucher et 5 mg au besoin

2^e étape :

- Stratégies pour diminuer l'exaltation
- Contacter plus souvent mon intervenant Steven
- Examiner mes croyances, tester la réalité,
- Consulter mon médecin pour ajuster ma médication

3^e étape :

- Aller en centre de crise ou à l'hôpital

Mon plan individualisé de prévention de la rechute

SIGNATURE DE RECHUTE

FACTEURS DÉCLENCHEURS

Téléphone intervenant principal :

Téléphone proche :

Heures et téléphone de la clinique :

Téléphone des services hors des heures d'ouverture :

Médication :

PLAN D'URGENCE

1^{ère} étape :

2^e étape :

3^e étape :

Mon plan de prévention de la rechute

Modèle #3 (exemple)

À SURVEILLER :

Insomnie

Quoi faire :

Prendre zyprexa

Contacter psychiatre : 888-555-1234

Mon plan de prévention de la rechute

Modèle #3

À SURVEILLER :

Quoi faire :

Contacter psychiatre :

Biais d'interprétation

Certaines pensées automatiques sont vraies, certaines sont fausses et d'autres ont un grain de vérité. Les biais d'interprétation les plus fréquents sont:

1. **Tout ou rien** (ou blanc ou noir, pensée dichotomique): classer une situation dans l'une de deux catégories polarisées au lieu d'un continuum. *Ex.* si je n'ai pas 100%, je ne suis rien
2. **Dramatisation**: Mettre les choses au pire. *Ex.* Personne ne m'adressera la parole.
3. **Disqualification le positif**: Se dire que les expériences positives et les qualités ne comptent pas. *Ex.* J'ai eu une bonne note mais ça ne veut rien dire, j'ai été chanceuse...
4. **Raisonnement émotif**: Penser que quelque chose est vrai parce qu'on le sent vraiment, en ne tenant pas compte des faits qui le contredisent. *Ex.* Je sais que je ne suis pas nulle, mais je me sens nulle
5. **Étiquetage**: Assigner une étiquette globale à quelqu'un sans considérer des alternatives plus plausibles. *Ex.* Je suis un nul. C'est un écœurant.
6. **Magnification/minimisation**: Quand on évalue une personne ou une situation, on se penche sur le négatif et on minimise le positif. *Ex.* Cette mauvaise évaluation prouve que je suis nulle. Les autres évaluations, toutes bonnes, ne veulent rien dire.
7. **Filtre mental**: Focus sur un détail négatif plutôt que le portrait global. *Ex.* Comme j'ai une cote négative dans toute mon évaluation, ça veut dire que je suis incompetent.
8. **Lecture de la pensée**: Être certain de savoir ce que les autres pensent, en ne considérant pas des alternatives plus plausibles. *Ex.* Il pense que je ne sais pas ce que je fais.
9. **Généralisation à outrance**: En arriver à une conclusion négative qui dépasse les faits. *Ex.* Comme je me suis senti inconfortable dans cette situation, ça prouve que je suis incapable de me faire des amis
10. **Personnalisation**: "Prendre ça personnel".
Ex. mon patron était de mauvaise humeur à cause de moi
11. **Dois et devrais**: Avoir une idée fixe des règles qui régissent son propre comportement et celui des autres et surestimer les conséquences d'une dérogation aux règles. *Ex.* C'est terrible de ne pas avoir 100%. Je devrais toujours faire mon possible.
12. **Vision en tunnel**: Ne voir que les aspects négatifs d'une situation. *Ex.* Le prof de mon fils est un incompetent. Il est critique et insensible.

Mise en situation

M. P est un homme de 25 ans, suivi pour une schizophrénie paranoïde depuis l'âge de 18 ans. Il a récemment été hospitalisé pendant plus d'un mois pour une décompensation psychotique suite à l'hospitalisation de son père, avec qui il vit. M. avait alors été amené à l'hôpital par les policiers, suite à un appel du voisin de M., qui s'inquiétait de l'entendre crier dans son logement. Malgré une observance adéquate au traitement antipsychotique, le psychiatre traitant s'inquiète de la persistance de certains symptômes (notamment, la conviction d'être persécuté par la mafia) générant une grande détresse chez M. Comme des effets secondaires limitent le changement ou l'optimisation du traitement pharmacologique, M. P vous est référé pour une thérapie cognitive-comportementale, à laquelle il participe bien. Vous vous êtes déjà rencontrés à plusieurs reprises pour procéder à l'évaluation du tableau clinique et l'alliance vous semble bien établie.

Thérapeute: Racontez-moi comment s'est déroulée votre semaine?

Monsieur P.: Elle a été difficile, comme d'habitude.

T: Qu'est-ce qui a été le plus difficile pour vous?

MP: C'est encore la mafia qui est après moi.

T: Lors des rencontres précédentes, vous m'expliquiez être convaincu que la mafia vous voulait du mal. J'ai encore du mal toutefois à bien comprendre la situation et ce qui vous amène à tirer cette conclusion. Serait-il possible de regarder ça ensemble aujourd'hui?

MP: D'accord.

T: Vous m'avez bien expliqué, la dernière fois, que vous aviez remarqué que la mafia vous en voulait depuis plusieurs mois. Quand était-ce exactement et le contexte et comment avez-vous réalisé cela à ce moment-là?

MP: J'étais avec des amis et j'ai croisé un membre de la mafia dans un bar. Après ça, je l'ai revu plusieurs fois, il me suivait.

T: Je veux être sûr de bien saisir ce que vous m'expliquez. Comment aviez-vous su qu'il faisait partie de la mafia? Le connaissiez-vous?

MP: Un peu... On n'était pas amis, mais ça se sait, vous savez, dans le quartier, qu'il fait des affaires croches.

T: Dans quel sens?

MP: Il vend de la drogue à beaucoup de monde dans le coin.

T: Et dans votre quartier, est-ce que tous les vendeurs de drogues font partie de la mafia?

MP: Non, mais lui, j'ai vu son nom dans le journal quand il a passé en Cour et ils disaient qu'il faisait partie de la mafia.

T: D'accord, je vois maintenant comment vous avez su qu'il est dans la mafia. Mais j'ai du mal à comprendre. Pourquoi le fait de croiser un membre de la mafia dans un bar ferait en sorte qu'il se mette à vous suivre? Pourquoi vous suivrait-il?

MP: J'ai fait un commentaire qu'il n'a pas aimé.

T: Quel genre de commentaire?

MP: Je ne me rappelle plus, c'était une stupidité je pense.

T: Si c'est une stupidité, comment ça se fait qu'il n'ait pas aimé ça?

MP: Parce qu'ils réagissent vite, dans la mafia, ils aiment pas ça qu'on se moque d'eux.

T: Et comment avez-vous su qu'il n'avait pas aimé votre commentaire? Vous a-t-il dit quelque chose?

MP: Non, mais il me l'a fait comprendre.

T: Par quel moyen?

MP: Par le regard.

T: Par le regard? Comment avez-vous interprété ce regard? Qu'avait-il de particulier?

MP: C'était clair qu'il voulait me tuer.

T: Si vous le pouvez, décrivez-moi à quoi ressemble ce genre de regard. Quels sont les signes menaçants?

MP: C'est difficile à décrire...

T: Est-ce qu'il fronçait les sourcils?

MP: Non.

T: Est-ce qu'il avait l'air fâché d'après vous?

MP: Non, ce n'est pas ça. Il faut être là pour comprendre.

T: Était-ce clair pour vos amis qui étaient là aussi? Ont-ils eu autant peur?

MP: Non, ils ne s'en sont pas rendus compte.

T: J'ai de la difficulté à comprendre comment ça pouvait être très clair pour vous, mais que vos amis n'aient rien vu. Comment l'expliquez-vous?

MP: Je ne sais pas... Ils ne sont peut-être pas habitués avec ce monde-là.

T: L'êtes-vous plus?

MP: Non, pas vraiment. Je ne fréquente pas la mafia.

T: Alors, qu'est-ce qui pourrait expliquer que ce soir-là, vous avez senti la menace que vos amis n'ont pas vue?

MP: Je pense que j'étais déjà plus prudent qu'eux, si on veut? Mon père m'avait déjà dit que c'était mieux de ne pas aller au bar.

T: Pourquoi d'après vous?

MP: Il trouvait que j'avais moins bien dormi les jours avant ça et que j'avais l'air fatigué.

T: Et vous, comment vous sentiez-vous?

MP: C'est vrai que je me sentais un peu moins bien, comme si j'étais tout temps stressé pour rien. J'avais pas envie d'aller au bar, mais mes amis ont insisté.

T: À part la fatigue et le stress, est-ce qu'il y avait d'autres raisons pour lesquelles vous n'aviez pas envie d'aller au bar?

MP: Mon père m'avait dit qu'il y a des gens pas trop fiables des fois dans les bars et qu'il fallait être prudent.

T: Qu'est-ce qu'il avait en tête à ce moment-là, d'après vous?

MP: Il devait savoir que la mafia se tenait là.

T: Est-ce qu'il pourrait y avoir d'autres explications?

MP: Je ne sais pas.

T: Est-ce que c'est un commentaire que beaucoup de parents font à leurs enfants, d'après vous?

MP: Oui, je pense.

T: Et dans ces cas-là, quelles raisons les parents pourraient avoir de dire des choses comme ça?

MP: Qu'est-ce que vous voulez dire?

T: Je connais pas trop les bars, rassurez-moi, est-ce que la mafia est dans tous les bars de la ville?

MP: Ah, non non. Juste dans certains quartiers, sinon ça se saurait.

T: Et dans ces moments-là, s'il n'y a pas de mafia, pour quelles raisons les parents mettent en garde leurs enfants d'après vous?

MP: Peut-être à cause de l'alcool et des drogues? Ils veulent pas que leurs enfants fassent trop le party?

T: Ça fait du sens, ce que vous dites. Est-ce que ça aurait pu être une des raisons des inquiétudes de votre père?

MP: Peut-être.

T: Alors, si j'ai bien compris la situation, vous alliez un peu moins bien avant d'aller au bar et il y avait déjà de l'inquiétude avant. Est-ce que j'ai bien compris?

MP: Oui, c'est peut-être pour ça que j'ai vu tout de suite que le gars de la mafia me voulait du mal.

T: Que voulez-vous dire?

MP: J'étais plus alerte.

T: Comme si l'état dans lequel vous étiez avait une influence sur la facilité à percevoir la menace?

MP: Oui

T: Est-ce que c'est possible d'avoir plus tendance à se sentir menacé quand on est inquiet?

MP: Vous pensez que c'est lié ensemble?

T: Je sais pas, je me questionne sur toutes les explications possibles pour voir comment ça se fait que vous vous êtes senti menacé par la mafia, mais pas vos amis. Qu'est-ce que vous en pensez, vous?

MP: Peut-être, j'y ai jamais pensé.

(...)

T: Aussi, ce qui m'intrigue depuis le début, c'est que vous m'avez dit qu'ils réagissent vite dans la mafia.

MP: Oui.

T: Alors, je comprends pas trop, parce que ça fait quand même plusieurs mois que vous vivez avec cette peur-là. Comment ça se fait que pour une fois, ils réagissent pas vite?

MP: ... je sais pas.

T: Si c'était arrivé à un autre, vous vous seriez attendu à quoi?

MP: Bien, qu'ils le battent le même soir.

T: Parce que c'est ça qui arrive d'habitude?

MP: Oui.

T: Mais pas dans votre cas... Je comprends pas.

MP: Moi non plus. Ça fait pas de sens.

T: Si vous voulez, on peut essayer de voir ensemble qu'est-ce qui fait que la situation ne fait pas de sens?

(...)

Références supplémentaires pour la TCCp

1. Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T. (2016). *Group CBT for Psychosis: a Guidebook for Clinicians*. New York, NY, US: Oxford University Press.
2. Chadwick, P., Birchwood, M., Trower, P. (2003). *Thérapie cognitive des troubles psychotiques*. Canada : Décarie éditeur Inc.,.
3. Chadwick, P., Birchwood, M., Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Wiley Series in clinical Psychology, distribué au Canada par John Wiley & sons Ltd.
4. Fowler, D., Garety, P., Kuipers, E. (1995). *Cognitive Behavior Therapy for Psychosis : Theory and Practice*. Chichester, UK : John Wiley & Sons.
5. Herrmann-Doig, T., Maude, D., Edwards, J. (2003). *Systematic Treatment of Persistent Psychosis (STOPP), A psychological approach to facilitating recovery in young people with first-episode psychosis*. Martin Dunitz, distribué au Canada par Taylor & Francis, Ontario, Canada.
6. Hermann-Doig, T., Maude, D., Edwards, J. (2005). *STOPP: Suivi Thérapeutique Orienté sur la Psychose Persistante*. Paris: Editions RETZ. 125p.
7. Fowler, D. (1998). *Cognitive behavioral therapy for psychosis: process and outcome*. Health policy and practice unit UEA, Norwich, UK.
8. Kingdon, D., Turkington, D. (2002). *The Case Study Guide to Cognitive Behaviour Therapy of Psychosis*. UK : Wiley
9. Kingdon, D. (2004). *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. New York, NY: Guilford Publications.
10. Kingdon, D., Turkington, D. (1994a). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. New York, NY: Guilford Press.
11. Tarrier, N., Wells, A., Haddock, G. (1998). *Treating complex cases. The Cognitive Behavioural Therapy Approach*. Chichester, UK : Wiley Series in Clinical Psychology, John Wiley & sons Ltd.

<u>Symptômes de rechute possibles</u>	AGITATION Avoir besoin de bouger beaucoup Ne pas être capable de rester en place
ANXIÉTÉ Être nerveux, anxieux, angoissé	CRISE D'ANGOISSE Moment de panique, une crise d'anxiété
CONFLITS Se chicaner avec sa famille, ses amis, collègues de travail ou connaissance	MÉFIANCE Avoir l'impression qu'il faut se méfier des autres, qu'ils peuvent nous vouloir du mal

TRISTESSE / DÉPRESSION Avoir le moral bas, être triste ou déprimé	IDÉES SUICIDAIRES Penser à la mort, vouloir mourir
FATIGUE Diminution de l'énergie	CHANGEMENT DE L'APPÉTIT Avoir plus / moins faim
INSOMNIE Ne plus parvenir à dormir Se réveiller souvent Avoir de la difficulté à s'endormir	HALLUCINATIONS AUDITIVES Entendre des voix ou des bruits alors qu'on est seul ou que les autres ne peuvent pas entendre

EUPHORIE Être très, très ou trop heureux	ISOLEMENT Arrêter de voir ses amis, ne plus sortir de chez soi
↓ HYGIÈNE PERSONNELLE Ne pas se laver ou ne pas changer ses vêtements, être sale	HALLUCINATION VISUELLE Voir des choses que les autres ne peuvent pas voir
HALLUCINATION CÉNESTHÉSIQUE Sensation corporelle bizarre.	DON Impression d'avoir un talent spécial ou un don

IDÉES HÉTÉROAGRESSIVES Penser faire du mal à une ou des personnes	IDÉES DE RÉFÉRENCE Avoir l'impression que la télé ou les journaux parlent de nous ou nous envoient des messages.
COMLOT Croire qu'il a un complot contre soi	ÊTRE SURVEILLÉ Avoir l'impression qu'on nous film ou qu'on nous suit pour nous surveiller
↓CONCENTRATION avoir de la difficulté à porter attention.	AUTRE

Bibliographie

- Abdel-Baki, A., Lalonde, P., Gingras, N. (2016). Schizophrénies Dans P. Lalonde et G.-F. Pinard (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4e éd., vol.1). Montréal, Canada : Chenelière Éducation.
- Abdel-Baki, A., Nicole, L. (2001). Schizophrénie et psychothérapie cognitivo-comportementales. *Revue canadienne de psychiatrie*, 46, 511-521
- Abdel-Baki, A., Ouellet-Plamondon, C., Salvat, E., Grar, K., Potvin, S. (2017). Symptomatic and functional outcomes of substance use disorder persistence 2 years after admission to a first-episode psychosis program. *Psychiatry Research*, 247, 113-119.
- Addington, D., Abidi, S. Garcia-Ortega, I. Honer, W.G., Ismail Z., (2017). Canadian Guidelines for assessment and diagnosis of patient with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 594-603
- American Psychiatric Association / CAPP Task Force on Serious Mental Illness and Severe Emotional Disturbance, Training Grid Outlining Best Practices for Recovery and Improved Outcomes for People with Serious Mental Illness, 2004.
- Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N.M, et al. (2009). *Schizophrenia : Cognitive Theory, Research and Therapy*. New York, NY : Guilford.
- Beck-Sander, A., Birchwood M., Chawick P., (1997). Acting on command hallucinations : A cognitive approach. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 139-148.
- Bentall, R.P. (2003). *Madness explained: Psychosis and human nature*. London, UK: Allen Lane.
- Bentall, R.P., Kinderman, P. (1998). Psychological processes and delusional beliefs: Implications for the treatment of paranoid states. In S. Lewis, N. Tarrier, & T. Wykes (Eds.), *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia* (pp. 119-144). Chichester, UK: Wiley.
- Birchwood, M., Dunn G., Meaden A., Tarrier N., Lewis S., Wykes T, ... Peters E., (2017) The COMMAND trial of cognitive therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations : predictors of outcome and mediators of change. *Psychological medicine*, 48(12), 1966-1974, <https://doi.org/10.1017/S0033291717003488>
- Birchwood, M., Chadwick, P. (1997). The omnipotence of voices: testing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine*, 27(6), 1345-1353.
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P., Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, 30(2), 337-344.
- Birchwood, M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J., Murray, E., Miles, J.N. (2004). Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant 'voice' in schizophrenia: A comparison of three models. *Psychological Medicine*, 34, 1571-1580.
- Bornheimer, L.A. (2018). Suicidal Ideation in First-Episode Psychosis (FEP): Examination of symptoms of Depression and Psychosis Among Individuals in Early Phase of Treatment. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1-8. DOI: 10.1111/sltb. 12440

- Brabban, A., Byrne, R., Longden, E., Morrison A.P. (2016). The importance of human relationships, ethics and recovery orientated values in the delivery of CBT for people with psychosis. *Psychosis*, 9(2), 157-166, <http://dx.doi.org/10.1080/17522439.2016.1259648>
- Brüne, M. (2005) "Theory of Mind" in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 21-42
- Cechnicki, A., Bielańska, A., Hanuszkiewicz, I., Daren, A. (2013). The predictive validity of expressed emotions (EE) in schizophrenia: A 20-year prospective study. *Journal of psychiatric research*, 47(2), 208-214.
- Chaloult, L., Ngo, T.L., Goulet, J., Cousineau, P. (2008). La thérapie cognitive-comportementale : Théorie et pratique. Montréal, Canada : Gaëtan Morin Éditeur.
- Corrigan, P.W., Williams, O.B., McCracken, S.G., Kommana, S., Edwards, M., Brunner, J. (1998). Staff attitudes that impede the implementation of behavioral treatment programs. *Behavior Modification*, 22(4), 548-562.
- FRITH, C. D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
- Fowler, D., Garety, P., Kuipers, E. (1995). *Cognitive Behavior Therapy for Psychosis : Theory and Practice*. Chichester, UK : John Wiley & Sons.
- Garety, P., 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, 373-384. doi: 10.1037/0021-843X.114.3.373
- Garety, P., Ward, T. (2017, février). « *Slow down for a moment* » *The SlowMo intervention promoting flexible thinking in paranoia*. Communication présentée au CBT for Psychosis Spring School, Oxford, Royaume-Uni.
- Gould, R.A., Mueser, K.T., Bolton, E., Mays, V., Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an Effect size analysis. *Schizophrenia Research*, 48(2-3), 335-342.
- Hache-Labelle, C., Abdel-Baki, A., Lepage, M., Laurin, A.S., Guillou, A., Francoeur, A. & Lecomte, T. Romantic relationships group intervention for men with early psychosis - A feasibility, acceptability and potential impact pilot study. [Soumis sous peu à : Early Intervention in Psychiatry](#)
- Hazell, C. M., Hayward, M., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2016). A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis. *Clinical psychology review*, 45, 183-192.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J., Sawyer, A.T., Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioural Therapy: a Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Jackson, H. J., McGorry, P. D., Killackey, E., Bendall, S., Allott, K., Dudgeon, P., ... Harrigan, S. (2008). Acute-phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus Befriending for first-episode psychosis: the ACE project. *Psychological medicine*, 38(5), 725-735.

- Johns, L., Olivier, J. (2017, février). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with psychosis*. Communication présentée au Oxford Cognitive Therapy Center, Oxford, Royaume-Uni.
- Jones, C., Hacker, D., Cormac, I., Meaden, A., Irving, C. B. (2012). Cognitive behavior therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 38(5), 908-910.
- King, S., Ricard, N., Rochon, V., Steiger H., Nelis S. (2003). Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 117(3), 211-222.
- Kingdon, D., G. Turkington, D. (1994). *Cognitive behavior therapy of schizophrenia*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Kingdon, D.G., Turkington, D. (2005). *Guides to individualized evidence-based treatment: Cognitive therapy of schizophrenia*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Krabbendam, L. Van Os, J. (2005). Schizophrenia and urbanicity: A major environmental Influence – conditional on genetic risk. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 795-799.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbi060>
- Kuepper, R., Van Os, J., Lied, R., Wittchen, H.-U., Henquet, C. (2011). Do cannabis and urbanicity co-participate in causin psychosis? Evidence forma a 10-year follow-up cohort study. *Psychological Medicine*, 41(10), 212-219.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P. (2006). Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: refining cognitive behavioural therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(S1), S24-S31.
- Lecomte T, Corbière M, Ehmann T, Addington J, Abdel-Baki A, MacEwan B. (2014) Development and validation of the first episode social functioning scale. *Psychiatry Research*, 216(3), 412-417.
- Lecomte, T., Corbière, M., & Lysaker, P.H. (2014) Une intervention de groupe cognitive comportementale pour les personnes suivies par un programme de soutien en emploi (TCC-SE). *L'Encéphale*. 40(2), S81-S90. DOI: 10.1016/j.encep.2014.04.005
- Lecomte, T., Leclerc, C. (2008). La thérapie cognitive comportementale pour la psychose – description, efficacité et rôle du psychologue québécois. *Revue québécois de psychologie*, 29(1), 63-76.
- Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T. (2012). Group CBT for early psychosis – are there still benefits one year later?. *International Journal of Group Psychotherapy*, 62(2), 309-321.
- Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T. (2016). *Group CBT for Psychosis: a Guidebook for Clinicians*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Lecomte, C. and Lecomte Tania(1999). Au delà et en deçà des techniques cognitives comportementales dans le traitement des troubles sévères: les facteurs communs (Beyond and underneath cognitive behavioral techniques in treating severe disorders: Common factors). *Santé Mentale au Québec*, 24, 19-36.
- Lecomte T & Lecomte C. (2002). Towards uncovering robust principles of change inherent to CBT for psychosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 50-57.
- Lecomte T. & Leclerc C. (2007) *WITH cbt* (Wellness, Inform, Talk, Help). Group intervention for parents and significant others of people with psychosis receiving CBT. Workbook: 155 pages
- Lecomte, T., Leclerc, C., Corbière, M., Wykes, T., Wallace, C., Spidel, A. (2008). Group cognitive behavior

therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis? Results of a randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 866-875.

Lecomte, T. avec la collaboration de Leclerc, C., et Wykes T. (2018) *La TCC de groupe pour la psychose – Guide de l'intervenant*. Québec : PUQ.

Lecomte, T., Liberman, R.P., Wallace, C.J. (2000). Identifying and using reinforcers to enhance the treatment of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 51(10), 1312-1314.

Malmberg, L., Fenton, M. (2001). Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database of systematic Reviews*, (3), CD001360

Mander, H., Kingdon, D. (2015). The evolution of cognitive-behavioral therapy for psychosis. *Psychology Research and Behavior Management*, 8, 63-69.

Melle, I., Johannessen, J.O., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Larsen, T., Opjordsmoen, S., Rund, B.R., Simonsen, E., Vaglum, P., McGlashan, T. (2010) Course and Predictors of Suicidality Over the First Two Years of Treatment in First-Episode Schizophrenia Spectrum Psychosis. *Archives of Suicide Research*, 14(2), 158-170, DOI: 10.1080/13811111003704787

Montreuil, T. C., Malla, A. K., Joober, R., Bélanger, C., Myhr, G., & Lepage, M. (2016). Manualized Group Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety in At-Risk Mental State and First Episode Psychosis: A Pilot Study of Feasibility and Outcomes. *International Journal of Group Psychotherapy*, 66(2), 225-245.

Morrison, A.P. (2017). A manualised treatment protocol to guide delivery of evidence-based cognitive therapy for people with distressing psychosis: learning from clinical trials, *Psychosis*, 9(3), 271-281, <http://dx.doi.org/10.1080/17522439.2017.1295098>

Morrison, A. P. (2018). Should people with psychosis be supported in choosing cognitive therapy as an alternative to antipsychotic medication: A commentary on current evidence. *Schizophrenia research*. 2018 Mar 29. pii: S0920-9964(18)30162-2. doi: 10.1016/j.schres.2018.03.010. [Epub ahead of print]

Morrison, A.P., and Haddock, G. (1997). Cognitive Factors in source monitoring and auditory hallucinations. *Psychological Medicine*, 27, 669-679.

Morrison, A.P., Haddock, G. (1997). Cognitive factors in source monitoring and auditory hallucinations. *Psychological Medicine*, 27(3), 669-679.

Morrison, A.P., Haddock, G., Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 265-280.

Morrison A.P., Turkington D., Pyle M., Spencer H., Brabban A., Dunn G., ... Hutton P. (2014) Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet*, 383(9926):1395-403. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62246-1. Epub 2014 Feb 6.

Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake R.E. Fox, L. (2003) *Integrated treatment for dual disorders, a guide to effective practice*. New York, NY, US: The Guilford Press.

Norman, R., Lecomte, T., Addington, D., & Anderson, E. (2017). Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 617-623.

- Pinto, A., La Pia, S., Mennella, R., et al. (1999). Cognitive-behavioral therapy for clozapine clients with treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50, 901-904.
- Rector, N.A., Seeman, M.V., Segal, Z.V. (2003). Cognitive therapy of schizophrenia: A preliminary randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 63, 1-11.
- Remington, G., Addington, D., Honer, W., Ismail, Z., Raedler, T., Teehan, M., (2017), Guidelines for pharmacotherapy of schizophrenia in adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 604-616.
- Robinson, D., Woerner M.G., Alvir, J.M.J, Bilder, R., Goldman, R., Geisler S., Koreen, A., Sheitman, B., Chakos, M., Mayerhoff, D., Lieberman, J.A. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 241-247.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D, Scott, J.L., Siddle, R., O'Carroll, M., Barnes, T.R. (2000). A randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.
- Stahl, S.M. (2008). *Essential Psychopharmacology* (4e ed.). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Standliffe, Roger J., Parmenter T.R., (1999). The Choice Questionnaire: A scale to assess choices exercised by adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 24(2) 107-132.
- Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., et al. (2001). Are some types of psychotic symptoms more responsive to cognitive behaviour therapy? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 45-55.
- Tryon, G.S. Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 109-125). New York, NY: Oxford University Press.
- Turner, D.T., Van der Gaag, M., Karyotaki, E., Cuijpers, P.(2014). Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *American Journal of psychiatry*, 171(5), 523-538.
- Varese, F., Smeets, F., Drunkker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... Bentall, R.P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671.
- Vorontsova, N., Garety, P., Freeman, D. (2013). Cognitive factors maintaining persecutory delusions in psychosis: the contribution of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 1121-1131.
- Waller H, Garety PA, Jolley S, Fornells-Ambrojo M, Kuipers E, Onwumere J, ... Craig, T. (2013). Low intensity cognitive behavioural therapy for psychosis: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), 98–104.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., Tarrier, N. (2008). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523-537.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V.H., Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 77(1), 1-9.