

Thérapie cognitive comportementale des psychoses

Cognitive behavioral therapy for psychosis

La terapia cognoscitiva behaviorista

David Fowler, Phillippa Garety and Elizabeth Kuipers

Volume 24, Number 1, Spring 1999

Schizophrénie, délires et thérapie cognitive

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/031585ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/031585ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Fowler, D., Garety, P. & Kuipers, E. (1999). Thérapie cognitive comportementale des psychoses. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 61–88.
<https://doi.org/10.7202/031585ar>

Article abstract

Although neuroleptic medication is clearly effective, there is still an important role for psychological interventions for people with psychosis. Figures vary, but it can be estimated that between one quarter and one half of people with a diagnosis of schizophrenia experience persistent symptoms such as delusions and hallucinations, which cause distress and interference with functioning, despite taking medication (Fowler et al. 1995). Relapse occurs commonly even amongst patients who do adhere to medication regimes, and many people are reluctant to take long-term medication, because of its unpleasant and even disabling side-effects. In recent years, there has been a growing interest in developing cognitive behavioural therapy for those people with psychosis who continue to experience psychotic symptoms despite ongoing treatment with anti-psychotic medication. Cognitive behaviour therapy for psychosis seeks to address directly those patterns of behaviour, thinking and emotional response which underpin and maintain severe and chronic delusions and hallucinations.



Thérapie cognitive comportementale des psychoses

David Fowler*

Phillippa Garety**

Elizabeth Kuipers***

Bien que la médication neuroleptique ait démontré son efficacité pour le traitement des psychoses, les interventions psychologiques auprès des personnes qui en souffrent ont encore un rôle important à jouer. Les chiffres varient mais on estime qu'entre le quart et la moitié des personnes avec un diagnostic de schizophrénie souffrent de symptômes persistants, comme les délires et les hallucinations, qui provoquent de la détresse et interfèrent dans leur fonctionnement malgré la prise de médicaments (Fowler et al., 1995). Les rechutes se produisent souvent même chez les patients qui se conforment au régime de médication et plusieurs personnes sont réticentes à une médication suivie sur une longue période à cause de ses effets secondaires déplaisants et même débilissants. Ces dernières années, le développement de la thérapie cognitive comportementale (TCB) a connu un intérêt croissant pour les personnes atteintes de psychoses qui continuent d'éprouver des symptômes psychotiques malgré un traitement continu de médication anti-psychotique. La TCB des psychoses tente d'aborder directement ces structures de comportements, de pensées et de réactions émotionnelles qui sous-tendent et maintiennent les délires et les hallucinations graves et persistants.

Le traitement des symptômes psychotiques par la thérapie psychologique est une idée encore relativement radicale pour qui a été formé à l'école occidentale de la psychiatrie biologique. Les cadres théoriques dominants pour la compréhension des psychoses ont toujours adopté une perspective biologique très réductionniste, qui a tendance à supposer que les croyances délirantes et les autres symptômes psychotiques proviennent directement d'un trouble organique et ne peuvent être compris d'un point de vue psychologique. De tels cadres présumant qu'il est futile de tenter avec la collaboration du patient de donner un sens à ses

* Professeur de psychologie clinique, University of East Anglia, Norwich, Royaume-Uni, et psychologue consultant au Norfolk, Mental Health Care Trust.

** Professeur de psychologie clinique The Guy's, King's College et au St. Thomas Hospital Medical and Dental School, à Londres.

*** Professeur de psychologie clinique, Institute of Psychiatry, Londres, et consultante honoraire de psychologie clinique au Maudsley and Bethlem NHS Trust de Londres.

croyances délirantes, ou de les modifier en discutant avec lui. Notons que cette position réductionniste n'était pas acceptée par les théoriciens d'avant-garde. Les premiers psychiatres théoriciens, incluant Kraepelin (1919), Jaspers (1963) et Bleuler (1911), suggéraient tous que les croyances délirantes secondaires étaient explicables et que de telles croyances systématisées paraissaient provenir d'une tentative de l'individu de donner un sens à sa vie et à ses propres expériences. Jusqu'où différents types de symptômes psychotiques se prêtent au changement, cela reste, scientifiquement, une question irrésolue qui exige des recherches. Nous le verrons, les résultats tirés d'essais soigneusement contrôlés donnent à penser que les symptômes psychotiques peuvent être améliorés avec l'intervention psychologique. Manifestement, un point de vue flexible vaut d'être adopté quant au degré de compréhension qu'on peut avoir des croyances délirantes et des voix et quant à leur ouverture à une intervention psychologique.

Mettre le focus sur la compréhension des personnes souffrant de ces troubles non seulement fournit une base à la thérapie individuelle mais comporte aussi des implications plus larges pour une pratique de réadaptation. L'esprit de la thérapie cognitive comportementale, on doit le noter, souscrit aux principes généraux de la réadaptation psychiatrique. La TCB est conçue pour travailler en complémentarité avec le case management, la réadaptation psychosociale et l'intervention pharmacologique. Cette approche privilégie toutefois les préoccupations subjectives du patient. L'apport de l'approche cognitive de la psychose est de souligner spécifiquement l'importance de l'expérience psychotique subjective, et d'ouvrir une nouvelle perspective sur des problèmes importants comme la détresse psychologique, les symptômes psychologiques, l'absence de motivation et la non-conformité au traitement. Cette perspective rapproche les travailleurs en santé mentale du point de vue de l'utilisateur, qui place souvent les problèmes associés aux symptômes psychotiques et à la détresse psychologique en tête de ses besoins (Hansson et al., 1995). Aussi, elle est cohérente avec le besoin de répondre au débat grandissant à l'intérieur de la psychiatrie et à l'extérieur incitant psychiatres et autres professionnels de la santé à écouter les patients pour tenir compte de l'individualité, de la signification et de l'expérience subjective. Cette perspective souscrit également au principe faisant de nos jours reposer les soins pour les personnes souffrant de troubles graves et persistants sur une évaluation individuelle des besoins et une compréhension sensible du monde intérieur de la personne (Holloway, 1998). Une perspective cognitive comportementale tente de comprendre les patients d'un point de vue psychologique et de donner un

sens à la perspective longitudinale de la personne qui s'adapte aux complexités de sa maladie. Nous présentons ici un aperçu de la base théorique de la thérapie cognitive, puis une description des techniques de la TCB ainsi qu'une brève revue des résultats de la TCB des psychoses. Finalement, nous discuterons des implications pour le développement de services.

Le modèle cognitif de la psychose

Les problèmes cliniques de la psychose aiguë représentent un défi de taille pour les cliniciens qui tentent de leur donner un sens. Les problèmes y sont toujours graves, multidimensionnels, et d'un cas à l'autre des différences marquées peuvent se présenter. Toute une variété ou combinaison de symptômes se présentent et leur structure peut changer au fil du temps. Les modèles théoriques servent de guide pour comprendre mais même eux portent parfois à confusion vu que plusieurs théories contradictoires sont disponibles même pour un seul symptôme, comme le délire de la persécution. (Fowler et al., 1995, en font la revue). De plus, alors que plusieurs modèles cognitifs récents de psychose mettent l'accent sur la compréhension des symptômes individuels (Bentall, 1990; Garety et Hemsley, 1994), en pratique clinique, les patients présentent des troubles à symptomatologie mixte. L'évaluation des psychoses révèle toujours une hétérogénéité étendue de précipitants biologiques et psychosociaux et de processus cognitifs. En effet, l'hétérogénéité semble être une caractéristique du trouble psychotique (Claridge, 1985). Étant donné ces observations, il n'est pas surprenant qu'il n'existe pas de modèle cognitif unifié de la psychose. Nous avons tenté ailleurs de rassembler un cadre cognitif unifié à l'intention des thérapeutes cognitifs pour les aider à donner un sens à la psychose précoce ou à en développer des formulations psychologiques (Fowler, sous presse). Nous les résumons ici. Toutefois, le modèle proposé peut seulement être une vue générale servant de base préliminaire à des formulations individuelles. Vu l'hétérogénéité qui caractérise la psychose, on ne peut remplacer l'évaluation individuelle ni la formulation comme fondement de la thérapie cognitive.

Les thérapeutes cognitifs ont tendance à présumer que les psychoses sont des troubles hétérogènes et multifactoriels, mieux compris dans un cadre biopsychosocial cohérent avec les modèles largement acceptés de stress-vulnérabilité (Zubin et Spring, 1977; Strauss et Carpenter, 1981). En appliquant le cadre de stress-vulnérabilité en contexte de TCB, l'insight clé est la présomption qu'il peut y avoir différents types de vulnérabilités selon les différents cas. On recommande alors à

ces thérapeutes d'essayer de travailler selon un plan individuel des vulnérabilités et des stress de chaque individu. En développant des formulations individuelles des psychoses, ils puisent à la théorie et à la recherche qui ont souligné l'éventail des facteurs qui sous-tendent l'apparition de symptômes psychotiques individuels comme les délires et les voix (Fowler et al., 1995). Toutefois, le focus de la formulation cognitive n'est pas tant basée sur l'apparition des symptômes psychotiques comme telle que sur la façon dont les problèmes de détresse, d'incapacité, de troubles émotionnels et comportementaux peuvent en venir à être associés à la psychose. En développant une compréhension des problèmes cliniques associés à la psychose, il est donc utile de distinguer entre la nature du trouble et les réactions individuelles à celui-ci. Une analyse de la manière dont l'individu réagit ou s'adapte aux menaces de la psychose est au cœur des efforts de la thérapie cognitive pour comprendre cette maladie.

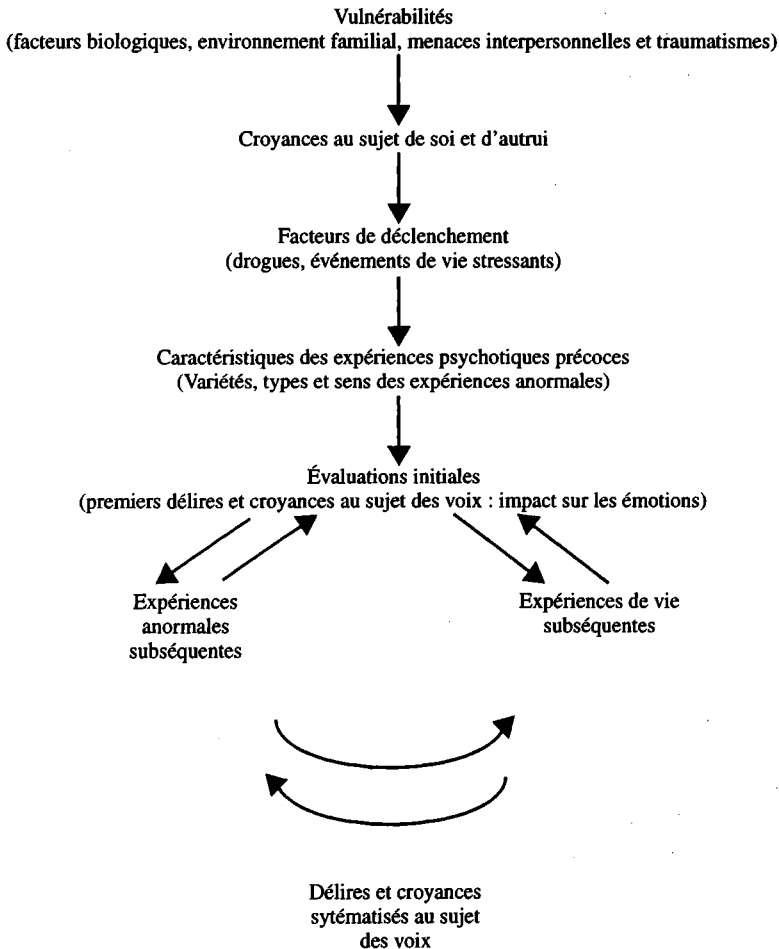
L'analyse de la façon dont chaque personne donne un sens à son expérience se trouve au cœur de la formulation cognitive de la psychose. Le modèle cognitif implique qu'il est souvent possible (mais pas toujours) de trouver un sens à la définition qu'une personne donne de sa psychose (telle que reflétée dans les délires et les hallucinations auditives [les « voix »]), d'après l'histoire de ses difficultés interpersonnelles et de ses croyances vis-à-vis de soi et des autres, et selon son jugement et ses réactions aux expériences anormales et aux états de troubles cognitifs qui peuvent caractériser les périodes aiguës de psychose (Figure 1). Les thérapeutes cognitifs reconnaissent qu'il y a fréquemment un continuum entre le contenu des pensées et croyances morbides et le contenu des délires et hallucinations (Chapman et Chapman, 1988). Certains types de délires de persécution ou de grandeur peuvent refléter des défenses psychologiques contre des menaces interpersonnelles perçues (Bentall et al., 1994). Toutefois, les processus de défense peuvent ne pas toujours être impliqués. Les délires de persécution peuvent aussi être le produit de l'apprentissage social. Dans ces cas, l'évaluation de l'historique personnel peut révéler des délires de persécution émergeant de croyances négatives pré-existantes à l'égard des autres. De telles croyances et des appréhensions de menaces interpersonnelles peuvent être comprises comme provenant d'une tentative de la personne pour évaluer des problèmes (attachements insécures ou instables, isolement social et traumatismes interpersonnels, brutalité ou tyrannie, abus) ou pour s'y adapter. Pareillement, le contenu des voix peut aussi avoir un sens en faisant connaître l'histoire personnelle de l'individu (des voix critiques peuvent, par exemple, après examen attentif, sembler refléter

une mémoire spécifique d'événements traumatisants ou de périodes de difficultés interpersonnelles du passé). La façon dont s'adapte une personne à ces voix dépend de la signification qu'elle leur donne et de sa réponse affective et comportementale. Plusieurs études ont confirmé que les voix jugées malveillantes (critiques, par exemple, mauvaises, menaçantes) vont habituellement susciter de la résistance et provoquer des réactions émotives négatives, alors que les personnes ont tendance à répondre positivement aux voix tenues pour bienveillantes et à ne pas y voir de menace (Chadwick et Birchwood, 1994, 1995 ; Birchwood et Chadwick, 1997 ; Close et Garety ; 1998). Ce qui peut être critique, toutefois, c'est si la personne perçoit ses expériences psychotiques (pensées délirantes ou les voix) comme le reflet d'un événement qui se déroule dans le monde (une réalité courante) ou un produit de vulnérabilité personnelle (reflétant des expériences passées : souvenirs, appréhensions, biais cognitifs ou autres distorsions). Aider les personnes à comprendre la nature de leur vulnérabilité personnelle à la psychose est un processus fondamental de la thérapie cognitive.

La façon dont une personne juge son expérience du trouble cognitif associé à une psychose aiguë et y réagit est aussi une question critique. La notion selon laquelle il pourrait y avoir un trouble fondamental dans la psychose associé à une perturbation ou à une fragmentation du sens du soi — donnant lieu à une rupture de la mesure de la réalité et à une perte des frontières de l'ego — est au centre de plusieurs théories des psychoses (Bleuler, 1911 ; Jaspers, 1963 ; Federn, 1953). Plusieurs théoriciens cognitifs pensent que l'expérience psychotique peut provenir d'une confusion de base entre les événements intérieurs (souvenirs et attentes) et les événements extérieurs (perceptions et sensations courantes) (Hemsley, 1993 ; Bentall, 1990). Ce qui peut être décrit comme une confusion interne-externe (Figure 2). Dans les phases aiguës de psychose, la façon dont les pensées, les images et les souvenirs sont éprouvés peut être altérée, donnant la sensation qu'ils sont des événements provenant de l'extérieur. Cela peut être la base des hallucinations auditives. Inversement, des attentes internes pourraient signaler incorrectement des pendants à des sensations externes non significatives, fournissant la base des délires de référence (Hemsley, 1993). On doit noter qu'il y a peu de consensus sur les origines de ce trouble. Il serait donc utile de présumer que la confusion interne-externe peut refléter un carrefour des troubles biologiques et psychosociaux à la fois. Alors que la prédisposition psychotique peut présumément être d'origine biologique, reflétant en quelque façon des différences de tempérament ou d'acquis individuels — tel que suggéré par les modèles de

stress-vulnérabilité (Zubin and Spring, 1977) —, des processus psychologiques secondaires peuvent aussi entrer en jeu pour maintenir les symptômes psychotiques basés sur de mauvaises attributions d'expériences provenant de l'intérieur. Aborder les croyances au sujet des psychoses peut donc améliorer de façon significative la production de symptômes psychotiques tels que les hallucinations et les délires chez les individus sujets aux psychoses.

Figure 1
Historique du développement des délires
et des croyances au sujet des voix

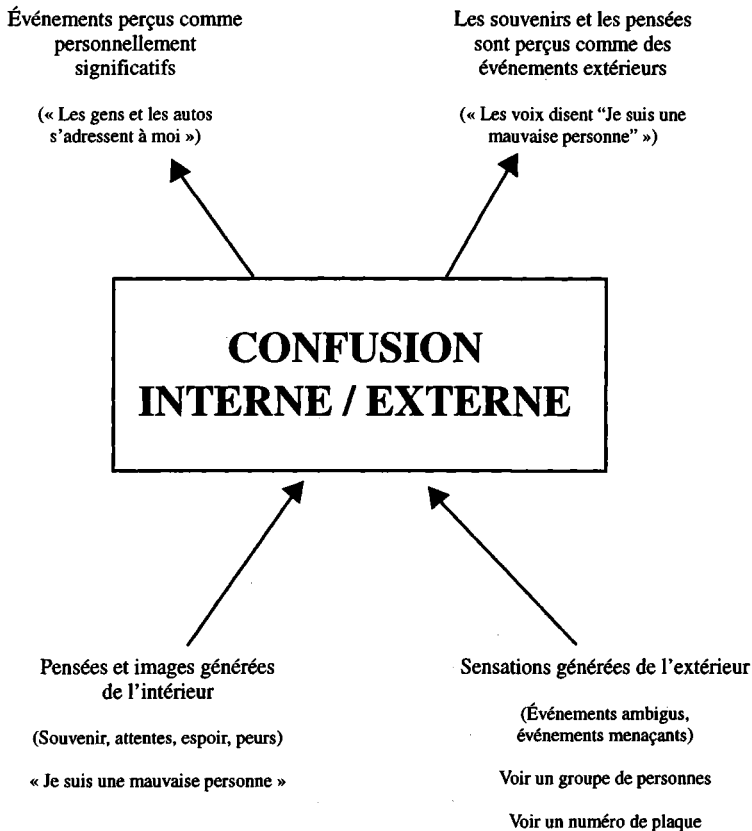


Les croyances secondaires au sujet de la psychose peuvent surgir comme des réactions à des états de confusion interne-externe. La conséquence de cette confusion est d'éprouver ses pensées comme générées de l'extérieur et les événements survenant dans le monde comme ayant une signification personnelle (Figure 2). Toutefois, comme nous sommes habituellement conscients des produits des processus cognitifs et non des processus eux-mêmes (Nisbett et Wilson, 1977), une personne peut ne pas être consciente de la confusion qui a mené au changement de ses expériences. Et des expériences anormales provenant de la confusion interne-externe peuvent amener la personne à les « ressentir » comme un changement dans le monde. En conséquence, la personne attribuerait fort probablement ce changement dans son expérience à un changement dans le monde plutôt qu'en elle. Dans la tâche d'aider quelqu'un à comprendre que l'expérience psychotique provient d'une vulnérabilité personnelle, on peut avoir à aborder le problème que son expérience psychotique « donne l'impression » d'être une expérience qui se passe dans le monde. Une personne peut devoir apprendre à ne pas faire confiance à ses propres perceptions ou émotions comme indications du monde. Cette tâche est souvent très difficile et exige énormément de foi dans une perspective alternative et de confiance en la personne qui présente cette perspective.

La base de la thérapie cognitive de la psychose est d'aborder les croyances de la personne qui pense que ses expériences psychotiques reflètent certainement la réalité courante. Cette base est importante, car s'attacher à une croyance voulant que d'autres personnes ou agents soient la cause de ses expériences internes peut servir le fondement à un cercle vicieux qui, maintenant les délires et les voix, mène à un paroxysme de perturbation émotionnelle et comportementale grave (illustration à la Figure 3). Les réactions dysfonctionnelles aux délires de persécution ou aux voix malveillantes peuvent inclure inquiétude, vigilance aux menaces et suspicion ainsi que des réponses émotionnelles exagérées, y compris une détresse grave et des réactions comportementales potentiellement dangereuses. La Figure 3 propose que le processus central qui sous-tend ces problèmes est un cercle vicieux maintenu par l'évaluation répétitive d'expériences continues (en particulier anormales) comme impliquant la présence d'une menace externe interpersonnelle. Les processus de l'attention et de la mémoire peuvent être orientés vers de telles menaces, ce qui mène à l'inquiétude et à la circonspection. Pareils cycles peuvent aussi être associés à des comportements de défense, comme l'évitement, qui à leur tour maintiennent et exacerbent la réponse à la psychose. Ce modèle est cohérent avec les théories cognitives proposées par d'autres

auteurs qui ont suggéré que l'expérience d'une psychose qui commence (Birchwood, 1996) et de voix (Morrison, 1999) pourrait constituer des déclencheurs à une réaction psychologique semblable à celle associée à la panique (Clark, 1988). Toutefois, alors que la panique est une réponse qui est spécifiquement associée à une attribution catastrophique d'une expérience corporelle altérée (p. ex. « ces expériences corporelles veulent dire que je suis en train de mourir d'une crise cardiaque »), ce qui est spécifique aux significations dysfonctionnelles associées à la psychose, c'est que l'expérience continue est attribuée à des menaces externes interpersonnelles (par exemple « ces expériences montrent que tout le monde est contre moi »).

Figure 2
Conséquences de la confusion interne / externe
 (selon Hemsley, 1993)

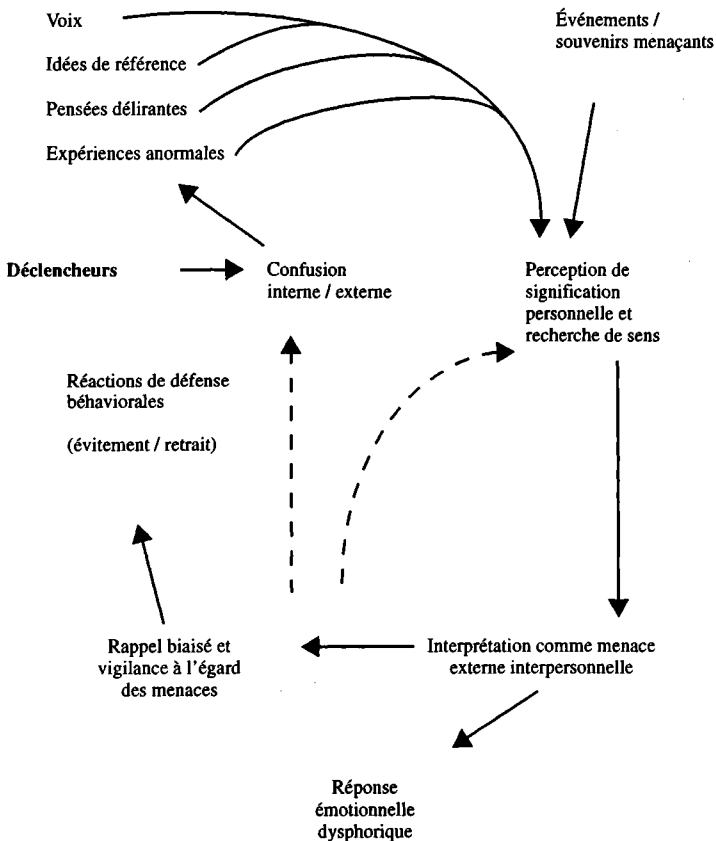


Avec le temps, la recherche de sens, commencée par les expériences initiales de confusion externe-interne en début de psychose, peut se stabiliser en un système organisé de délires. Cela se produit quand des attributions spécifiques d'expériences de confusion dans les épisodes psychotiques deviennent associées à des sens plus larges en rapport à des menaces reliées à soi et que des associations se font avec des réponses personnelles, émotionnelles et comportementales, à une menace interpersonnelle. De ce point de vue, un système organisé de délires pourrait représenter un éventail de significations interreliées. Ces croyances devenues entremêlées au sujet de soi et des autres et au sujet de la psychose pourraient être des caractéristiques particulières des significations dysfonctionnelles associées à la psychose. Lorsque les croyances d'un individu sur lui-même en relation aux autres (par exemple le soi par rapport à la menace interpersonnelle) deviennent associées aux attributions des expériences psychotiques, un « cercle vicieux » peut entrer en jeu qui maintient et exacerbe les croyances négatives sur soi et sur les autres ainsi que les interprétations dysfonctionnelles d'événements courants et d'expériences psychotiques anormales. De telles significations délirantes peuvent avoir la fonction de donner un sens et une raison de vivre (Roberts, 1991), bien que les délires systématisés et les voix peuvent aussi être associés à un éventail de problèmes cliniques tels que décrits plus haut. Évaluer et peser les coûts et les bénéfices d'aborder de tels délires en collaboration avec le patient est crucial dans l'intervention sur les délires systématisés.

Le modèle cognitif suppose qu'un problème central dans la psychose, c'est que pour la personne malade cette expérience psychotique est « sentie » comme provenant de l'extérieur. Cela implique qu'il est possible de donner un sens tant à la forme d'une telle expérience, grâce à nos connaissances du processus cognitif et de ses biais, qu'aux expériences mêmes de la personne vues à lumière de son passé, de ses relations avec les autres, de ses croyances au sujet d'elle-même et d'autrui, et de ses attentes et espoirs (Figure 1). Ce processus de donner un sens à la psychose dans le contexte du modèle cognitif est la base de la formulation psychologique et de la thérapie cognitive (Fowler et al., 1998). Assister les personnes en début de psychose pour qu'elles développent a) une plus grande compréhension de la base interne de leurs expériences (le rapport entre leurs expériences courantes ou leurs émotions et leur histoire personnelle, leur croyances antérieures, etc.); b) une compréhension des processus psychotiques, incluant la présence de biais cognitifs possibles (p. ex. la confusion interne-externe, « sauter aux conclusions », et les biais émotionnels) et

c) le contexte et le rapport de leurs expériences avec les événements environnants, voilà qui peut permettre d'empêcher ces personnes d'adopter l'idée fixe que les agents extérieurs sont la seule cause de leurs problèmes. Le partage de cette compréhension est la base de la thérapie cognitive.

Figure 3
Maintien des réactions menaçantes à la psychose



La thérapie cognitive : un aperçu

L'approche thérapeutique

La TCB pour les personnes dont les symptômes résistent à la médication vise trois grands objectifs (Fowler et al., 1995) : diminuer la détresse et l'incapacité causées par les symptômes psychotiques ; réduire la perturbation émotionnelle ; et aider la personne à en venir à comprendre la psychose afin de promouvoir chez elle une participation active qui diminue le risque de rechute et le niveau des incapacités sociales. L'approche générale se préoccupe de compréhension et de signification ; elle privilégie la collaboration entre la personne et le thérapeute au lieu d'adopter un style didactique, interprétatif ou de confrontation.

La base de la théorie ci-haut décrite fournit un modèle clinique de travail. Pensées, émotions et sentiments associés à la psychose sont présumés provenir de la façon dont un individu donne un sens au monde. Les changements dans les événements dans le monde, dans les processus biologiques (pouvant mener à des déficits perceptuels et métacognitifs) et dans l'évaluation des émotions peuvent se combiner pour produire l'expérience des délires et des voix. De tels modèles de travail peuvent guider l'évaluation clinique. Par exemple, Chadwick et al. (1996) suggèrent que le thérapeute parte de la conséquence clinique (l'émotion ou le comportement) afin d'identifier la croyance associée, puis d'en donner un sens en tant qu'événements déclencheurs ou qu'expériences. Nous avons suggéré que les thérapeutes cognitifs comportementaux tentent d'examiner attentivement les précipitants du déclenchement et des fluctuations des délires et des voix afin de les replacer dans le contexte des événements déclencheurs extérieurs, des croyances négatives pré-existantes sur soi, des problèmes émotionnels et des expériences anormales au cours de périodes aiguës (Fowler et al., 1995).

La TCB est une thérapie structurée et limitée dans le temps bien que la durée et la fréquence des sessions varient selon la nature et la gravité des problèmes de la personne. En travaillant avec les gens ayant des symptômes modérés de résistance aux médicaments, nous offrons généralement des thérapies d'une durée de neuf mois, une fois par semaine ou par quinzaine, soit en moyenne vingt sessions. Toutefois, cela peut varier de douze à trente sessions, sur une période de six mois à plus d'un an, selon ce qui est convenu. Des sessions ponctuelles de support peuvent aussi être offertes au cours d'une période plus longue ; une courte période de travail plus intense est possible si des problèmes réapparaissent. Deux

essais cliniques récents (discutés ci-après, Kuipers et al., 1997; Kingdon, 1997) ont été effectués sur la base d'une thérapie de neuf mois. La TCB est normalement offerte de concert avec un éventail d'autres services et traitements comme la médication, les centres de jour, la formation et le case management. Toutefois, l'engagement dans ces services varie. La TCB peut être offerte à des gens qui ne s'engagent pas dans d'autres services ou qui ne prennent pas de médicament.

Nous avons conçu la thérapie dans une série de six étapes, bien que cela doive être vu comme un cadre et un guide à appliquer de façon flexible (Fowler et al., 1995). Dans la description des techniques thérapeutiques, nous soulignons aussi les adaptations particulières de la TCB requises pour travailler avec ce groupe de patients.

1) Bâtir et maintenir une relation thérapeutique : engagement et évaluation

La TCB commence par la construction et l'établissement d'une relation thérapeutique de collaboration, période où il est d'importance capitale de faire que le patient se sente compris. Si établir une alliance thérapeutique constitue un prédicteur important du succès de la thérapie en général (Horvath et Symonds, 1991), c'est tout particulièrement pertinent pour le travail avec des personnes souffrant de psychose. Dans les étapes initiales de la thérapie, les personnes peuvent être méfiantes, en colère contre les services de santé ou nier la pertinence de la thérapie pour leurs problèmes. Si une attention n'est pas accordée à ces questions, le risque d'abandon hâtif est plus élevé. Notre solution est une approche flexible à la thérapie, qui accepte les croyances et les émotions des personnes et commence par travailler à partir de leur point de vue. À cette étape en particulier, nous mettons l'accent sur une vérification et une discussion attentives avec les patients de leur façon de vivre les sessions et de leurs vues quant au rôle du thérapeute. Si le patient estime les sessions énervantes ou perturbantes, nous recommandons de les écouter ou d'y aborder un sujet moins dérangent. L'objectif premier est d'assurer que les sessions soient tolérables; cet aspect est toujours explicitement discuté avec le client. Quand des symptômes psychotiques se produisent en cours de session, hallucinations ou pensées paranoïdes par exemple, ils sont identifiés et discutés doucement. Graduellement, le thérapeute se déplace de l'écoute empathique à un questionnement plus structuré, où il tente de clarifier les circonstances de vie particulières du client, les événements et les expériences qui contextualisent le déclenchement de la psychose, et analyse en détail les symptômes de détresse spécifiques et d'autres problèmes. Au cours

d'une période d'environ six mois, le thérapeute effectue une évaluation détaillée, qui couvre le passé et les circonstances actuelles, tout en visant à développer un rapport de confiance. À la fin de cette période devraient être développés quelques objectifs préliminaires communs pour la thérapie. Ceux-ci doivent être pertinents pour le patient et exprimés dans ses propres termes tout en étant compatibles avec les visées de la thérapie. Par exemple, les objectifs pourraient être de « se sentir moins paranoïaque en dehors de la maison », de « mieux réagir aux voix entendues au centre de jour » ou de « se sentir moins perturbé ou moins choqué envers soi-même si la journée ne s'est pas bien passée ». De tels objectifs limités peuvent être élaborés et modifiés au fur et à mesure que la thérapie progresse.

2) *Les stratégies de coping*

Le travail sur les stratégies de coping vient directement après l'évaluation où ont été identifiés les symptômes courants de détresse et les expériences, comme des épisodes d'hallucinations auditives et d'anxiété ou de méfiance lors de sorties. Un éventail de stratégies cognitives et comportementales, comme l'organisation d'un horaire d'activités ou les techniques de contrôle de l'attention et de réduction d'anxiété, se sont révélées efficaces pour espacer l'apparition de ces problèmes ou en limiter la durée (Fowler et Morley 1989; TARRIER, 1992). Ces méthodes sont essentiellement pragmatiques, et trouver une approche qui soit utile dans un cas individuel demandera en général de procéder par essai et erreur. Toutefois, développer des stratégies de coping efficaces peut apporter un soulagement particulier dans les cas où les symptômes sont envahissants et incontrôlables et se traduisent, par exemple, en comportements perturbés ou autodestructeurs. Le but est d'entretenir des sentiments de contrôle et d'espoir et de fournir de l'aide pratique en tout début de thérapie.

L'élaboration d'une nouvelle stratégie de coping peut impliquer que le patient ait à faire un devoir à la maison, par exemple noter quand se produit le symptôme qu'on a ciblé. Ici, on peut devoir faire des ajustements à la pratique standard de la TCB. Des patients ayant des QI peu élevés, des problèmes d'analphabétisme ou des déficits cognitifs spécifiques associés aux psychoses (quant à la capacité de mémoriser, par exemple, ou de planifier) peuvent éprouver des difficultés à accomplir de telles tâches. Notre approche est de prendre en compte les habiletés cognitives des clients et de modeler les tâches en conséquence. Par exemple, des journaux d'autosurveillance peuvent être élaborés qui minimiseront les exigences littéraires grâce à des feuilles préparées

d'avance avec questions à choix multiples, alors que la mémoire peut être facilitée par l'utilisation d'une stratégie d'autoinstruction utilisant des cartes.

3) Élaboration d'une nouvelle compréhension de l'expérience psychotique

La discussion portant sur l'expérience et la signification de la psychose est un élément important de la TCB. Bien que la plupart des gens, rendus à ce stade de la thérapie, maintiennent une conviction profonde en leurs délires, nous avons constaté que l'expérience plus large de la psychose est reconnue par la plupart d'entre eux comme une sorte de dysfonction personnelle, quelle qu'en soit la cause. Un premier pas important pour aider les clients à ré-évaluer leurs croyances est de construire un nouveau modèle des événements qui soit acceptable et ait du sens pour eux. Cela peut servir de fondement à la ré-évaluation des pensées et croyances spécifiques par la suite. Ce travail est semblable à la « psychoéducation », une composante d'autres approches psychosociales à la psychose, comme le travail avec la famille. Toutefois, dans la TCB, le focus n'est pas tant mis sur « l'éducation au sujet de la schizophrénie », que sur le développement de plans individuels à partir des connaissances sur la psychose, que pour donner un sens à l'histoire particulière et à la perspective du patient. Construire un nouveau modèle de la psychose commence donc par explorer la compréhension actuelle qu'a le patient de sa maladie. Nous examinons s'il se perçoit comme malade, stressé ou peut-être souffrant de schizophrénie. Nous discutons de son point de vue sur les causes de ses problèmes et sur ce qui l'aide. Nous lui demandons comment il envisage l'avenir. Construisant sur les opinions des patients et les informations tirées de l'évaluation, le thérapeute tentera d'offrir une formulation individualisée, dans un cadre plus large de stress-vulnérabilité. La formulation établira les liens entre l'histoire personnelle du patient ou les facteurs de vulnérabilité identifiés, les événements stressants qui auraient pu précipiter le déclenchement de la psychose, et les processus qui maintiennent peut-être les symptômes. Des éléments prouvant que des expériences psychotiques se produisent au sein de la population en général lors d'événements stressants (par exemple la privation de sensation ou de sommeil) sont utilisées afin de rendre « normale » la psychose (Kingdon et Turkington, 1994). Selon l'habileté et l'intérêt du patient, nous discutons des théories biopsychosociales de la psychose et des modèles cognitifs des symptômes. Les mécanismes possibles de la médication anti-psychotique sont souvent discutés et placés dans un cadre plus large de stress-vulnérabilité. En

adoptant une compréhension nouvelle et plus globale de l'expérience psychotique, le thérapeute tente de diminuer la culpabilité ou le déni qui y sont associés et de proposer une raison de s'engager dans des comportements qui réduisent les risques de rechute et améliorent le fonctionnement de la personne.

4) Le travail sur les délires et les hallucinations

On ne saurait présumer qu'une simple discussion sur la formulation mènera à un changement de la croyance délirante. Lorsque les délires et les croyances au sujet des voix sont bien établis, ils sont typiquement maintenus par des interprétations erronées et répétitives d'événements spécifiques, par des expériences anormales qui se continuent, et par des structures de compréhension et de comportement qui cherchent de préférence des confirmations aux croyances existantes et évitent ce qui en serait une preuve contraire (Garety et Hemsley, 1994). Par exemple, il existe des preuves solides que certaines personnes souffrant de délires « sautent aux conclusions » sur la base de peu de preuves et ont un style d'attribution biaisé qui leur fait blâmer les autres pour des événements négatifs (Garety et Freeman, sous presse; Bentall, 1994). Les croyances peuvent aussi avoir comme fonction de protéger l'estime de soi ou du moins de donner un sens subjectif à des expériences déconcertantes ou perturbantes. Ainsi, les conséquences émotionnelles de modification des croyances fortement enracinées doivent être examinées. Après une discussion en termes généraux sur l'interprétation erronée des événements vue comme le résultat de biais cognitifs et sur l'attribution d'expériences intérieures (pensées, images) à des sources extérieures, une analyse détaillée des expériences quotidiennes et des jugements est effectuée. À chaque session, durant un certain nombre de semaines ou de mois, ces jugements sont révisés et des réponses alternatives élaborées. Chadwick et al. (1996) ont produit un compte rendu complet de ce travail sur les croyances délirantes, alors que Chadwick et Birchwood (1994) ont développé des approches aux hallucinations auditives qui montrent que modifier des croyances au sujet des voix (par exemple au sujet de leur identité ou de leur puissance) peut diminuer la détresse.

Le travail central d'identifier et de modifier les délires et les hallucinations, qui engendrent détresse et handicap, par un processus systématique de révision des « preuves » et d'élaboration d'alternatives, s'inspire d'approches cognitives standards. Toutefois, il y a quelques différences de méthode. Premièrement, tel que mentionné, nous entreprenons cette étape du travail seulement après que la relation thérapeutique

soit bien assise. Il arrive souvent que cette discussion détaillée des délires et des hallucinations se déroule dans la deuxième partie de la thérapie. Deuxièmement, l'approche est douce et sans confrontation, le thérapeute doit juger attentivement si, ou jusqu'à quel point, il peut remettre en question les interprétations du client. De plus, peut-être plus souvent qu'en thérapie cognitive standard, le thérapeute peut suggérer des interprétations alternatives au lieu d'attendre que le client le fasse lui-même. Cela aide à pallier les inflexibilités ou incapacités cognitives de certains clients. Troisièmement, malgré nos meilleurs efforts, certains clients résistent fermement à une ré-évaluation de leurs croyances. Dans ces cas, nous tentons de travailler ces délires « de l'intérieur », identifiant des façons de réduire la détresse et l'incapacité malgré la continuité de la croyance. Par exemple, l'un de nous a travaillé avec une personne qui croyait que la voix de Dieu lui commandait de sauter du haut d'une fenêtre. Elle avait en effet plus d'une fois sauté d'une fenêtre en se blessant grièvement. Toutefois, elle ne voulait ou ne pouvait ré-évaluer les preuves de la croyance voulant qu'elle ait une relation spéciale avec Dieu et entende sa voix. Il était possible de retenir la croyance que Dieu lui parlait de cette façon mais non de discuter si Dieu, étant bon, voulait qu'elle s'inflige des blessures. Les conséquences d'agir ou non sur de tels ordres étaient examinées, de même que des stratégies de diminution d'anxiété, afin de gérer les hauts niveaux d'excitation qui l'accompagnaient dans ces moments.

5) Les autoévaluations négatives, l'anxiété et la dépression

Une faible estime de soi est chose commune chez les personnes ayant des symptômes qui ne répondent pas aux médicaments (Freeman et al., sous presse). De plus, les liens entre le contenu des délires ou des hallucinations et les caractéristiques des événements traumatiques ou menaçants survenus tôt dans la vie peuvent avoir été identifiés dans les étapes d'évaluation et de formulation. Ceux-ci peuvent indiquer qu'il existe des difficultés non résolues et des autoévaluations négatives associées (par exemple croire qu'on est mauvais ou sans valeur). De telles autoévaluations sont probablement des facteurs qui maintiennent les délires et les voix, par exemple en étant compatibles avec les voix abusives et donc semblant en confirmer l'exactitude (Close et Garety, 1998). Une fois les évaluations négatives identifiées, les approches cognitives standards sont souvent applicables, passant en revue l'histoire du développement de ces pensées au cours de la vie et ré-évaluant les preuves. Plusieurs personnes ont vécu des événements et des circonstances difficiles, y compris la psychose elle-même et ses conséquences. Dans de

tels cas, une ré-évaluation peut prendre la forme d'une aide au patient qui se verra, non plus comme « un échec total » ou « une nullité » par exemple, mais comme quelqu'un qui a lutté héroïquement contre l'adversité.

L'impact de l'expérience psychotique est pertinent non seulement sur les évaluations spécifiques mais plus généralement sur la dépression et l'anxiété. Birchwood et al. (1993) ont documenté comment les gens éprouvent de la démoralisation et des sentiments de perte de contrôle par suite du déclenchement de la psychose, alors que McGorry et al. (1991) ont identifié les réactions traumatiques au déclenchement. L'anxiété, souvent grave chez les personnes souffrant de psychose, est souvent négligée (Freeman et Garety, sous presse). Les approches cognitives standards, qui identifient les pensées automatiques et les présumptions dysfonctionnelles et explorent des évaluations alternatives, sont recommandées.

6) La gestion du risque de rechute et de l'incapacité sociale

L'étape finale de la thérapie comporte de revoir le travail effectué et d'examiner l'avenir. La compréhension que les patients ont de la psychose, influence tant leur engagement dans les services et les autres formes de soutien que leurs attitudes face à la médication. On passe tout cela en revue et on en discute plus longuement, comme il se doit. Bien que des aspects du fonctionnement social aient déjà été discutés tout au long de la thérapie (par exemple les difficultés dans les relations sociales et familiales, dans le travail et en d'autres activités), des plans à court et à long terme sont discutés davantage, à la lumière de ce qui a été appris en thérapie. L'approche n'est pas didactique mais vise à aider la personne à peser les avantages et désavantages des divers plans et stratégies. À ce stade, si le patient est vulnérable aux symptômes d'exacerbation ou de rechute, il est utile de revoir ce qui a été appris sur les précurseurs individuels spécifiques de rechute et de discuter de stratégies afin de diminuer ces risques (Birchwood, 1996).

Les stratégies décrites aux manuels de TCB sur la psychose offrent des approches systématiques applicables et acceptables pour la thérapie des personnes souffrant de psychose. Toutefois, les problèmes associés aux délires et aux voix ne sont pas facilement modifiés par la thérapie psychologique. Une thérapie réussie de personnes souffrant de délires et d'hallucinations auditives demande de l'engagement et de la persévérance. Les changements sont obtenus seulement après plusieurs sessions d'intervention psychologique, souvent après plusieurs mois. La thérapie des personnes souffrant de psychose peut aussi être exigeante. Dans les

premières étapes, le thérapeute doit être en mesure de tolérer la complexité de la psychose. Il est rare en effet qu'il saisisse immédiatement comment les croyances délirantes et les hallucinations auditives ont un sens dans le contexte des événements de vie de la personne. Des tentatives prématurées de s'engager dans la thérapie de la réalité ou dans l'éducation au sujet de la maladie mentale mènent rarement à des modifications des croyances mais plutôt au non-engagement. Des croyances apparemment inexplicables et des problèmes complexes peuvent commencer d'avoir un sens seulement si l'on persiste à examiner les événements du point de vue du patient. Les méthodes cognitives comportementales décrites plus haut peuvent être efficaces seulement dans le contexte d'une application de techniques psychothérapeutiques sophistiquées associées à la formation et au maintien de la relation thérapeutique. La supervision est souvent nécessaire afin d'assurer un équilibre efficace entre l'écoute du point de vue du patient et la proposition de perspectives alternatives. Un soutien peut être requis pour aider les thérapeutes à persévérer avec des patients difficiles de manière à produire un certain impact. Des détails supplémentaires concernant ces questions et trois exemples de cas illustrant notre approche sont décrits dans un ouvrage récent (Fowler et al., 1998).

Résultats d'essais

Durant cette dernière décennie, un nombre croissant d'études ont évalué la TCB pour les personnes souffrant de symptômes qui ne répondent pas à la médication (Fowler et al., 1995 ; Haddock et al., 1998). Les premières tendaient à mettre le focus sur un symptôme particulier, comme les délires et les hallucinations, et certaines utilisaient aussi un éventail plus restreint de techniques thérapeutiques que celles décrites plus haut, par exemple le travail sur les stratégies de coping de Tarrrier (1992). Ces études suggèrent que des techniques cognitives et comportementales spécifiques peuvent être efficaces et aider à améliorer les délires et les hallucinations chez les personnes atteintes de schizophrénie. En général, ces approches plus spécifiques sont de plus en plus intégrées au sein d'une approche thérapeutique globale semblable à celle décrite plus haut.

Deux essais à devis expérimental avec des personnes dont les symptômes ne répondent pas à la médication antipsychotique ont récemment été complétés (Kuipers et al. 1997 ; Kuipers et al., 1998 ; Tarrrier et al., 1998 ; Tarrrier et al., sous presse). Une revue systématique de la TCB de la psychose, tout juste publiée, inclut ces études et deux autres ont été réalisées avec des patients hospitalisés en phase aiguë

(Jones et al., 1998). C'est là une trop petite base de données pour tirer des conclusions; notre banque de connaissance sera fort améliorée quand des études courantes et nouvelles auront été publiées. Le résultat le plus cohérent des essais contrôlés est que la TCB donne des bénéfices significatifs en termes de diminution de symptômes, particulièrement les symptômes psychotiques positifs. C'est démontré dans tous les cas où le traitement par la TCB en groupe est comparé au traitement standard donné au groupe contrôle. Ces bénéfices sont maintenus dans le suivi jusqu'à un an après la fin du traitement. Dans une étude de Kuipers et al. (1998), il y avait certaines preuves d'une amélioration accrue dans le groupe de la TCB après traitement, alors que le groupe contrôle revenait à la ligne de départ. Il y a aussi une indication que la TCB retarde les rechutes ou réduit les admissions à l'hôpital, même si cela est significatif seulement dans l'étude longitudinale de Tarrier et al. (1998). Non seulement les effets sont-ils apparents avec les symptômes psychotiques positifs même si ces résultats sont moins concluants : Tarrier et al. (1998) ont démontré une diminution des symptômes négatifs, alors que Garety et al. (1994) ont trouvé une réduction de la dépression. Globalement donc, de bons essais montrent que la TCB est efficace en termes de diminution de symptômes psychotiques; et des preuves sont encourageantes qu'elle pourrait contribuer à la diminution de rechutes. Ces conclusions sont aussi tirées de Jones et al. (1998), dont la revue systématique de la littérature sur la TCB pour la schizophrénie inclut deux essais de thérapie en périodes aiguës. Toutefois, le fonctionnement social ne s'y est pas montré amélioré malgré qu'il ait été ciblé. De plus, dans l'étude où elle a été comparée à une autre intervention psychosociale, le counselling de soutien (Tarrier et al., 1998), la TCB a quelques avantages seulement, en particulier après la fin du traitement. Kuipers et al. (1997) ainsi que Tarrier et al. (1998) ont examiné des changements cliniques significatifs. Kuipers et al. (1997) ont défini comme cliniquement fiable un changement de cinq points ou plus au *Brief Psychiatric Rating Scale* (soit une amélioration d'au moins 20 %). Au cours du suivi, 15 des 23 membres du groupe de TCB montraient une amélioration clinique fiable comparativement à 4 sur 24 du groupe contrôle (Kuipers et al., 1998). Tarrier et al. (1998) ont trouvé un net avantage du groupe de TCB comparé aux deux autres groupes (counselling et traitement standard) à la fin du traitement, pour 50 % ou plus d'amélioration des symptômes psychotiques positifs (le counselling étant dans une position intermédiaire).

Des types semblables d'approches cognitivo-comportementales peuvent être utilisés dans les cas de psychose aiguë. Des études de

Drury et al. (1996) et de Kemp et al. (1996, 1998) fournissent des résultats directs de l'efficacité de la TCB pour les psychoses aiguës. L'étude de Drury démontre les résultats les plus probants sur l'efficacité de la TCB pour la psychose aiguë. Une caractéristique de cette étude était l'utilisation d'une intervention intensive qui incluait la famille, un groupe et des interventions individuelles. Cette étude démontrait des bénéfices impressionnants de la thérapie cognitive dans la promotion d'un rétablissement rapide et plus complet des épisodes psychotiques, associé à des bénéfices au niveau de la dysphorie, de l'insight et de la pensée psychotique dans les six mois après un épisode aigu. Pris ensemble, les résultats de ces études attestent de l'efficacité de l'utilisation des thérapies avec des méthodes cognitives ciblant les symptômes psychotiques, bien que la question concernant la durée ou la « dose » de la TCB reste en suspens. À quel point des bénéfices substantiels et durables quant à la prévention des rechutes, à la diminution des symptômes psychotiques ou autres, et au fonctionnement social peuvent-ils être obtenus par de brèves interventions utilisées par certains groupes (Kemp et al., 1996 ; 1998 ; Tarrier et al., 1998) ? Ou ne faut-il pas des interventions à long terme (Kuipers et al., 1997 ; 1998) ou une combinaison de thérapies (Drury et al., 1996) ? Cette question demande des évaluations attentives. Il importe de noter que l'efficacité de la thérapie cognitive est spécifique pour la réduction de symptômes ou de rechutes chez les personnes qui ont une symptomatologie psychotique active. Des essais de thérapies psychologiques de la psychose qui n'utilisent pas de méthodes cognitives n'ont pas démontré les bénéfices atteints par la thérapie cognitive (Gunderson et al., 1997 ; Hogarty et al., 1997). Ces aspects de la thérapie qui sont spécifiques aux thérapies cognitives peuvent être cruciaux.

De l'efficacité à l'efficience

Les conclusions des essais contrôlés suggèrent que l'utilisation de la TCB peut mener à des changements importants. La contribution de l'approche cognitive de la psychose est spécifiquement de souligner l'importance de l'expérience subjective de la psychose et d'offrir une nouvelle perspective sur d'importants problèmes, tels que la détresse, les symptômes psychotiques, le manque d'engagement et la non-conformité au traitement. Cette perspective rapproche les travailleurs en santé mentale du point de vue des usagers, qui inscrivent souvent en haut de la liste de leurs besoins les problèmes associés aux symptômes psychotiques et à la détresse psychologique (Hansson et al., 1995). Les résultats indiquent clairement que de parler avec les personnes souffrant de

psychose de leurs problèmes et de leurs troubles, et de les écouter avec empathie, peut les aider mais ces gains ne sont pas maintenus lorsque l'aide cesse. La TCB est plus sophistiquée mais elle est aussi plus bénéfique dans la mesure où elle mène à des progrès qui s'étendent au-delà de la période d'intervention. Les implications de ces deux conclusions doivent être examinées. En théorie, une aide psychothérapeutique de base n'a pas besoin d'être complexe et peut donc être offerte largement pas divers types d'intervenants. En pratique, bien que certains intervenants accueillent volontiers l'incitation à s'engager dans ces relations, plusieurs autres sont tièdes à l'idée.

En appliquant les implications de ce travail à une pratique quotidienne, il peut être aussi important d'adopter des changements d'attitudes et d'organisation de services que d'améliorer la formation aux habiletés spécifiques de la formulation cognitive et de la TCB. Des barrières au niveau des attitudes empêchent encore plusieurs intervenants de s'engager dans une relation thérapeutique même élémentaire avec les personnes souffrant de psychose. Certains peuvent ne pas voir leur rôle comme thérapeutique (et même tenir ce travail comme conflictuel avec leur rôle de surveillance des rechutes et de contrôle de la médication). Les tâches thérapeutiques de base avec les personnes souffrant de psychoses peuvent sembler ne pas être appuyées par les autorités, et donc risquées. Nous avons noté en introduction que la reconnaissance d'une place pour la thérapie psychologique dans la gestion des problèmes associés aux psychoses n'est que récente, et associée à un changement de paradigme dans la pensée scientifique sur la nature du trouble psychotique grave. Malheureusement, encore forte est l'influence des anciens modèles de psychose qui suggèrent que la discussion des délires et des voix ou n'est d'aucune aide ou peut rendre les gens plus malades. Cela peut atténuer chez plusieurs l'adoption de thérapies psychologiques. Vaincre de telles barrières peut être aussi important que le développement d'habiletés spécifiques.

Il y a une place pour la formation aux habiletés de la TCB de la psychose mais une telle formation requiert d'être intégrée à un réseau de soutien et de supervision au sein des équipes. De longues années d'expertise ne sont pas requises pour mener une thérapie cognitive comportementale efficace. Dans l'essai du London-East Anglia, plusieurs des thérapeutes étaient des psychologues cliniciens récemment formés et ils se sont montrés efficaces. Kingdon et Turkington (1990) ont démontré la possibilité d'intégrer un tel travail dans un contexte quotidien de clinique psychiatrique. Des travailleurs sociaux expérimentés, et des infirmières psychiatriques qui sont déjà souvent formés dans le maintien

d'une relation thérapeutique avec des patients psychotiques difficiles, sont également bien placés pour s'engager dans ce type de travail. Toutefois, nous avons constaté qu'un tel travail peut être très complexe et exige du support. Les approches les plus efficaces aux soins psychosociaux pour les personnes souffrant de maladies psychotiques graves sont probablement celles qui impliquent des protocoles combinant le case management à la TCB individuelle et aux interventions familiales fournies par une équipe. Ce travail est sophistiqué. Dispenser une formation efficace et un soutien afin d'intervenir efficacement auprès d'un grand nombre de personnes souffrant de psychoses peut être difficile à coordonner, tout particulièrement pour les équipes de santé mentale non spécialisées. Des équipes dont le focus porte sur la psychose ou sur les maladies mentales graves peuvent probablement dispenser de telles interventions de façon plus systématique. Un changement de paradigme de la pensée scientifique au sujet de la psychose a ouvert le chemin aux approches cognitives de la psychothérapie des troubles psychotiques. L'efficacité de telles stratégies a été démontrée. Toutefois, pour passer pleinement de l'efficacité à l'efficience dans la pratique quotidienne, il faudra probablement un changement de paradigme dans les attitudes, l'organisation et, complétant le tout, la formation.

RÉFÉRENCES

- BENJAMIN, L. S., 1989, Is chronicity a function of the relationship between the person and the auditory hallucination? *Schizophrenia Bulletin*, 15, 2, 291-310.
- BENTALL, R. P., 1990, The illusion of reality : A review and integration of psychological research on hallucinations, *Psychological Bulletin*, 107, 82-85.
- BENTALL, R. P., KINDERMAN, P., KANEY, S., 1994, The self, attributional processes and abnormal beliefs, Towards a model of persecutory delusions, *Behaviour Research and Therapy*, 32, 331-341.
- BIRCHWOOD, M., MASON, R., MACMILLAN, F., HEALY, J., 1993, Depression, demoralisation and control over psychotic illness : a comparison of depressed and non-depressed patients with chronic psychosis, *Psychological Medicine*, 23, 387-395.
- BIRCHWOOD, M., 1996, Early intervention in psychosis, in Haddock, G., Slade, P., eds., *Cognitive-behavioural Interventions with Psychotic Disorders*, Routledge, London.
- BIRCHWOOD, M., CHADWICK, P., 1997, The omnipotence of voices : testing the validity of a cognitive model, *Psychological Medicine*, 27, 1345-1353

- BLEULER, E., 1950, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (publié d'abord en 1911, English Translation, Zinkin, E.), New York, International Universities Press.
- CLARIDGE, G., 1985, *Origins of Mental Illness*, Blackwell, Oxford.
- CHADWICK, P. D. J., BIRCHWOOD, M. J., 1994, The omnipotence of voices : A cognitive approach to hallucinations, *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- CHADWICK, P. D. J., BIRCHWOOD, M. J., 1995, The omnipotence of voices II. The beliefs about voices questionnaire, *British Journal of Psychiatry*, 165, 190-201.
- CHADWICK, P. D. J., BIRCHWOOD, M. J., TROWER, P., 1996, *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*, Wiley Series in Clinical Psychology, John Wiley and Sons, Chichester.
- CHAPMAN, L. J., CHAPMAN, J. P., 1988, The genesis of delusions, in Oltmanns, T. F., Maher, B. A., éd., *Delusional Beliefs*, New York, Wiley, 167-183.
- CASTLE, D. J., PHELAN, M., WESSELY, S., MURRAY, R. M., 1994, Which patients with non-affective functional psychosis are not admitted at first psychiatric contact? *British Journal of Psychiatry*, 165, 101-106.
- CLARK, D. M., 1988, A cognitive model of panic attacks, in Rachman, S., Maser, J. D., éd., *Panic : Psychological Perspectives*, Hillsdale, N. J., Applebaum, 71-89.
- CLOSE, H., GARETY, P., 1998, Cognitive assessment of voices : further developments in the understanding of the emotional impact of voices, *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 173-188.
- DRURY, V., BIRCHWOOD, M., COCHRANE, R., 1996, Cognitive therapy and recovery from acute psychosis : a controlled trial 1 : Impact on psychotic symptoms, *British Journal of Psychiatry*, 169, 593-601.
- FEDERN, P., 1953, *Ego Psychology and the Psychoses*, New York, Basic Books.
- FOWLER, D., MORLEY, S., 1989, The cognitive-behavioural treatment of hallucinations and delusions : a preliminary study, *Behavioural Psychotherapy*, 17, 267-282.
- FOWLER, D. G., sous presse, Psychological formulation of early psychosis : A cognitive model, in Birchwood, M., Fowler, D. G., Jackson, C., éd., *Early Intervention in Psychosis : A Guide to Concepts, Evidence and Intervention*, Wiley, Chichester.
- FOWLER, D. G., GARETY, P., KUIPERS, E., 1995, *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis : Theory and Practice*, John Wiley and Sons, Chichester.

- FOWLER, D. G., GARETY, P., KUIPERS, E., 1998, Understanding the inexplicable : an individually formulated cognitive approach to delusions, in Perris, C., McGorry, P., édés., *Cognitive Psychotherapy of Psychotic Disorders*, Wiley, Chichester.
- FREEMAN, D., GARETY, P. A., FOWLER, D., KUIPERS, E., DUNN, G., BEBBINGTON, P., HADLEY, C., 1998, The London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis IV : Self esteem and persecutory delusions, *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 415-430.
- FREEMAN, D., GARETY, P. A., 1999, Worry, worry processes and dimensions of delusions : An exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 47-62.
- FRITH, C. D., DONE, D. J., 1987, Towards a neuropsychology of schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 153, 437-443.
- GARETY, P. A., FREEMAN, D., sous presse, Cognitive approaches to delusions : a critical review of theories and evidence, *British Journal of Clinical Psychology*.
- GARETY, P. A., HEMSLEY, D. R., 1994, *Delusions : Investigations into the Psychology of Delusional Reasoning*, Oxford, Oxford University Press.
- GARETY, P. A., FOWLER, D., KUIPERS, E., FREEMAN, D., DUNN, G., BEBBINGTON, P. E., HADLEY, C., JONES, S., 1997, The London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis II : Predictors of outcome, *British Journal of Psychiatry*, 171, 420-426.
- GRAY, J. A., 1995, The contents of consciousness : A neuropsychological conjecture, *Behavioural and Brain Sciences*, 18, 617-680.
- GRAY, J. A., FELDON, L., RAWLINS, J. N. P., HEMSLEY, D. R., SMITH, A. D., 1991, The neuropsychology of schizophrenia, *Behavioural and Brain Sciences*, 14, 1-20.
- GUNDERSON, J. G., FRANK, A. F., KATZ, H. M., VANNICELLI, M. L., FROSCHE, J. P., KNAPP, P. U., 1984, Effects of psychotherapy in schizophrenia II. Comparative outcomes of two forms of treatment, *Schizophrenia Bulletin*, 10, 567-598.
- HADDOCK, G., TARRIER, N., SPAULDING, W., YUSUPOFF, L., KINNEY, C., MCCARTHY, E., 1998, Individual cognitive behaviour therapy in the treatment of delusions and hallucinations : A review, *Clinical Psychology Review*, 17, 7, 821-838
- HANSSON, L., BJORKMAN, T., SVENSSON, B., 1995, The assessment of needs in psychiatric patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 285-293.

- HEMSLEY, D., 1993, A simple (or simplistic?) cognitive model for schizophrenia, *Behaviour Research and Therapy*, 31, 633-646.
- HOGARTY, G. E., KORNBLITH, S. J., GREENWALD, D., DiBARRY, A. L., COOLEY, S., ULRICH, R. F., CARTER, M., FLESHER, S., 1997, Three year trials of personal therapy among schizophrenia patients living with or independent of family 1 : Description of study and effects on relapse rates, *American Journal of Psychiatry*, 154, 11, 1504-1523.
- HOLLOWAY, F., 1988, Day Care and Community Support, in A. Lavender and F. Holloway, édés., *Community Care in Practice*, Chichester, Wiley.
- JACKSON, C., BIRCHWOOD, M., 1996, Early intervention in psychosis : Opportunities for secondary prevention, *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 487-502.
- JASPERS, K., 1963, *General Psychopathology* (tr. J. Hoenig et M. W. Hamilton), Manchester University Press.
- JOHNSTONE, E. C., OWENS, D. G. C., GOLD, A., CROW, T. J., MACMILLAN, J. F., 1984, Schizophrenic patients discharged from hospital : a follow up study, *British Journal of Psychiatry*, 145, 586-595.
- KEMP, R., HAYWARD, P., APPLITHWAITE, G., EVERITT, B., DAVID, A., 1996, Compliance therapy in psychotic patients : a randomised controlled trial, *British Medical Journal*, 312, 345-349.
- KEMP, R., KIVOR, G., EVERITT, B., HAYWARD, P., DAVID, A., 1998, Randomised controlled trial of compliance therapy : 18 month follow up, *British Journal of Psychiatry*, 172, 413-419.
- KUIPERS, E., GARETY, P., FOWLER, D., DUNN, G., BEBBINGTON, P., FREEMAN, D., HADLEY, C., 1997, The London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis 1 : Effects of the treatment phase, *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.
- KUIPERS, E., FOWLER, D., GARETY, P., CHISHOLM, D., DUNN, G., BEBBINGTON, P., FREEMAN, D., HADLEY, C., 1998, The London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis III : follow up and economic evaluation at 18 months, *British Journal of Psychiatry*, 173, 61-68.
- KINGDON, D., 1997, *The Wellcome Study of Cognitive Therapy for Treatment Resistant Schizophrenia*, Paper presented at 2nd International conference on psychological treatments for schizophrenia, Oxford, UK, June 1997.
- HARROP, C. E., TROWER, P., MITCHELL, I. J., 1996, Does biology go around the symptoms? A copernican shift in schizophrenia paradigms, *Clinical Psychology Review*, 16, 7, 641-654.

- JONES, C, CORMAC, I, MOTA, J., CAMPBELL, C., 1998, *Cognitive Behaviour Therapy for Schizophrenia* (Cochrane systematic review), in *The Cochrane Library, Issue 1*, 1998, Oxford, Update Software.
- KRAEPELIN, E., 1919, *Dementia Praecox and Paraphrenia* (tr. R. M. Barclay), New York, Robert E. Kreiger Publishing Company, 1971.
- KINGDON, D. G., TURKINGTON, D., 1994, *Cognitive-behavioural Therapy of Schizophrenia*, Hove, Lawrence Erlbaum.
- MAHER, B. A., 1988, Anomalous experience and delusional thinking : the logic of explanations, in Oltmanns, T. F., Maher, B. A., éd., *Delusional Beliefs*, New York, John Wiley and Sons, 15-33.
- MCGORRY, P. D., CHANEN, A., MCCARTHY, E., 1991, Post traumatic stress disorder following recent onset psychosis : An unrecognised postpsychotic syndrome, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 253-258.
- MOLLON, P., 1996, *Multiple Selves, Multiple Voices, Working with Trauma, Violation and Dissociation*, Wiley, Chichester.
- MORRISON, A., 1999, A cognitive analysis of auditory hallucinations : are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic?, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 289-302.
- MUESER, K. T., OSHER, F. C., VIDAVER, R., ANCILLO, P., FOY, D. W., 1998, Trauma and post traumatic stress in severe mental illness, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3, 493-499.
- NAYANI, T. H., DAVID, A. S., 1996, The auditory hallucination : a phenomenological survey, *Psychological Medicine*, 26, 177-189.
- NEALE, J. M., 1988, Defensive functions of manic episodes, in Oltmanns, T. F., Maher, B. A., éd., *Delusional Beliefs*, New York, John Wiley and Sons, 138-156.
- NISBETT, R. E., WILSON, L., 1977, Telling more than we can know : Verbal reports on mental processes, *Psychological Review*, 84, 231-259.
- ROOKE, O., BIRCHWOOD, M., 1998, Loss, humiliation, and entrapment as appraisals of schizophrenic illness : A prospective study of depressed and non-depressed patients, *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 3, 259-268.
- ROBERTS, G., 1991, Delusional beliefs systems and meaning in life : A preferred reality? *British Journal of Psychiatry*, 159 (suppl. 14), 19-28.
- ROMME, M. A. J., ESCHER, A. D. M., 1989, Hearing voices, *Schizophrenia Bulletin*, 15, 2, 209-216.

- ROMME, M. A. J., HONIG, A., NOODHOORN, E. O., ESCHER, A. D., 1992, Coping with hearing voices, an emancipatory approach, *British Journal of Psychiatry*, 16, 99-103.
- STRAUSS, J. S., CARPENTER W. T., 1981, *Schizophrenia*, New York, Plenum.
- TARRIER, N., 1992, Management and modification of residual positive psychotic symptoms, in Birchwood, M., Tarrier, N., éd., *Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia*, John Wiley and Sons, Chichester.
- TEASDALE J., BARNARD, P., 1993, *Affect, Cognition and Change : Remodelling Depressive Thought*, Lawrence Applebaum Ass.
- TIEN, A. Y., 1991, Distributions of hallucinations in the population, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287-292.
- WESSELY, S., BUCHANAN, A., REED, A., CUTTING, J., EVERIT, B., GARETY, P., TAYLOR, P. J., 1993, Acting on delusions (1) : prevalence, *British Journal of Psychiatry*, 163, 69-76.
- WORLD HEALTH ORGANISATION, 1973, *The International Pilot Study of Schizophrenia*, Geneva, World Health Organisation.
- ZUBIN J., SPRING, B., 1977, Vulnerability : a new view of schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

ABSTRACT

Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis

Although neuroleptic medication is clearly effective, there is still an important role for psychological interventions for people with psychosis. Figures vary, but it can be estimated that between one quarter and one half of people with a diagnosis of schizophrenia experience persistent symptoms such as delusions and hallucinations, which cause distress and interference with functioning, despite taking medication (Fowler et al. 1995). Relapse occurs commonly even amongst patients who do adhere to medication regimes, and many people are reluctant to take long-term medication, because of its unpleasant and even disabling side-effects. In recent years, there has been a growing interest in developing cognitive behavioural therapy for those people with psychosis who continue to experience psychotic symptoms despite ongoing treatment with anti-psychotic medication. Cognitive behaviour therapy for psychosis seeks to address directly those patterns of behaviour, thinking and emotional response which underpin and maintain severe and chronic delusions and hallucinations.

RESUMEN

La terapia cognoscitiva behaviorista

Aunque los medicamentos neurolépticos hayan demostrado su eficacia en el tratamiento de las psicosis, las intervenciones psicológicas con las personas que los sufren, juegan todavía un papel importante. Las estadísticas varían, pero se estima que entre el cuarto y la mitad de las personas con un diagnóstico de esquizofrenia, sufren de síntomas persistentes como los delirios y las alucinaciones que provocan angustia e interfieren en su funcionamiento diario, a pesar de la toma de medicamentos (Fowler y al., 1995). Frecuentemente, las recaídas se producen en los mismos pacientes que se conforman al régimen de la medicación y varias personas son reticentes a la medicación tomada sobre un largo período, a causa de sus efectos secundarios desagradables y hasta debilitantes. Estos últimos años, el desarrollo de la terapia cognoscitiva behaviorista (TCB) ha conocido un interés creciente para las personas afectadas por psicosis y que siguen padeciendo los síntomas psicóticos a pesar de un tratamiento continuo de medicamentos anti-psicóticos. La TCB de la psicosis intenta abordar directamente esos patterns (esquemas) de comportamientos, de pensamientos y de reacciones emocionales que apuntalan y mantienen los delirios y las alucinaciones graves y persistentes.