

La place de la thérapie cognitivo-comportementale dans la schizophrénie : une revue de la littérature

The place of cognitive-behavioral therapy in schizophrenia : a review of the literature

Z. Zaarour

Association « Le Domaine - U.L.B. Erasme », Braine-l'Alleud

RESUME

Une revue de la littérature montre un intérêt grandissant pour l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) dans le traitement des patients atteints de schizophrénie. La schizophrénie est une maladie chronique dont l'évolution entraîne d'importantes conséquences dans les différents domaines de la vie du patient. Au cours des différentes phases de la maladie, plusieurs stratégies thérapeutiques peuvent être utilisées afin de limiter la gravité de son évolution, ainsi que son impact sur la qualité de vie du patient. La TCC fait partie de ces stratégies et elle peut être employée à tout moment de l'évolution de la maladie. La présente revue reprend les différentes études évaluant le rôle et la place de cette thérapie dans la prise en charge du patient schizophrène.

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 95-101

ABSTRACT

A review of the literature shows a growing interest in the use of cognitive-behavioral therapy (CBT) in the treatment of patients with schizophrenia. Schizophrenia is a chronic illness with important consequences touching different facets of a patient's life. During the different stages, several therapeutic strategies can be put in use in order to limit the gravity of the illness and its impact on the patient's quality of life. CBT is a part of these strategies and it can be used at all moment during the illness progression. The present paper reviews the different studies that evaluate the role and the place of this therapy in the management of a schizophrenic patient.

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 95-101

Key words : review of the literature, cognitive-behavioral therapy, schizophrenia

LES PHASES DE LA MALADIE SCHIZOPHRENIQUE ET LES PROBLEMES-CIBLES

La schizophrénie, « *Demencia Precocia* » de Kraepelin¹, est une maladie mentale sévère à évolution chronique. Cette maladie touche environ 1 % de la population générale² et sa prévalence varie de 0,6 à 8,3 cas pour 1.000³. Elle a une évolution chronique avec des conséquences graves sur les fonctionnements psychologique, interpersonnel, familial, social et occupationnel du patient⁴.

Au cours de la phase prodromique de la maladie, l'individu peut présenter des idées paranoïdes, des pensées magiques, des pseudohallucinations ou encore des obsessions. Suite à ces symptômes, le patient peut développer de l'anxiété, de la dépression

ou d'autres troubles psychiatriques et un état d'isolement psychosocial peut s'installer progressivement.

La maladie évolue, le plus souvent, vers une dégradation cognitive, sociale et économique de l'individu. Parmi les conséquences négatives de cette évolution, les principales sont : l'isolement, la marginalisation et la dépression. Le patient peut développer d'autres pathologies comorbides (trouble anxieux, trouble dépressif, phobie, dépendance ou abus de substance, etc.).

L'évolution est caractérisée par des périodes de rechute et de rémission avec la persistance de symptômes résiduels, et ce, malgré un traitement médicamenteux bien mené. En effet, 25 à 50 % des

patients traités continuent à présenter des symptômes psychotiques résiduels. La majoration des doses d'antipsychotiques dans les cas d'une maladie résistante ou dans les cas de rechutes multiples peut en effet aggraver les déficits cognitifs chez des patients déjà déficitaires. Il y a donc une nécessité, dans ces cas en particulier, de recours à des méthodes thérapeutiques adjuvantes.

D'autre part, les patients souffrant de schizophrénie présentent souvent une conscience morbide et une observance thérapeutique faibles, voire absentes^{5,6}.

LES BASES ET LES PRINCIPES DE LA TCC DANS LA SCHIZOPHRENIE

L'utilisation de la TCC, avec des patients schizophrènes, repose sur les mêmes bases et principes que ceux employés pour la prise en charge des troubles dépressifs⁷ et des troubles anxieux^{8,9}.

La base de la TCC est le modèle cognitif des troubles émotionnels¹⁰. Selon celui-ci, les émotions et les comportements d'un individu sont influencés par la façon dont cet individu perçoit les événements de la vie.

L'extrapolation de ce modèle à la schizophrénie se fait via le modèle « stress-vulnérabilité ». Selon ce modèle, une personne fragile et vulnérable, dans une situation d'un certain niveau de stress, risque de présenter une décompensation psychotique^{11,12}. La vulnérabilité de l'individu varie en fonction des facteurs génétiques, physiologiques, psychologiques et sociaux. Le modèle est expliqué au patient avec normalisation et dédramatisation. Les facteurs déclencheurs et les facteurs de maintien de la maladie sont identifiés. Ceci entraîne une sorte de « protection » par rapport à ces facteurs et cela peut améliorer l'évolution et le pronostic de la maladie.

Comme dans la plupart des autres psychothérapies^{7,13-17}, l'alliance thérapeutique est un point crucial dans la TCC. Plusieurs séances peuvent être nécessaires pour la création d'une alliance solide¹⁸.

Le cadre de la séance de TCC a été décrit par Beck¹⁰. D'une manière générale, la thérapie est dispensée en 20 séances sur une période de 9 mois. Cette période de 9 mois sera suivie par une période de *follow-up* de 3 à 9 mois. Tout membre du personnel soignant (psychiatre, psychologue, infirmier, assistant social...), avec la supervision d'un spécialiste en TCC, peut exercer cette thérapie¹⁸⁻²⁰.

LES TECHNIQUES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES DANS LA SCHIZOPHRENIE

Le thérapeute investiguera l'histoire de la maladie : le début, les facteurs déclencheurs, l'évolution et les facteurs de maintien. L'évaluation de tous ces éléments est un processus continu et est constamment

remise à jour tout au long de la thérapie.

La TCC s'adresse directement aux symptômes, une caractéristique qui différencie cette approche des autres interventions psychosociales pour la schizophrénie¹¹. Les symptômes qui seront principalement abordés en entretien sont les hallucinations et les délires. La prise en charge des délires par la TCC a été décrite par Turkington et Siddle²¹. Il s'agira d'investiguer le délire jusqu'à ses racines sous-jacentes et les croyances les entourant. Ces croyances ont leur place dans la détermination des **techniques de « coping »**²². Le « *coping* » consiste en l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement éprouvant, afin d'en maîtriser ou diminuer l'impact sur son bien-être physique et psychique. Ces croyances idiosynchroniques autour des hallucinations auditives vont ainsi être « corrigées »²³⁻²⁵. Des **techniques de « distraction »** sont également employées²⁶.

D'autres techniques cognitivo-comportementales dans la prise en charge d'un patient schizophrène sont : la psychoéducation, l'entraînement aux habiletés sociales (EHS), la remédiation cognitive et la thérapie familiale comportementale^{14,23,27,28}. Une revue de ces interventions dans la schizophrénie a été faite par Huda²⁹. D'autres exemples de techniques ont été décrites par Cottraux³⁰, Kingdon et Turkington³¹ et Kates et Rockland³².

La **psychoéducation** consiste à donner aux patients et à leurs proches une connaissance adéquate du trouble et à enseigner des aptitudes d'autogestion de la maladie de manière à ce que les personnes acquièrent une meilleure compréhension de leur maladie et de son traitement. Dans ce cadre, Anderson *et al.*³³ ont décrit un modèle biomédical de la psychoéducation.

La TCC a également montré son intérêt dans le processus de réhabilitation sociale des patients psychotiques chroniques. Les habiletés sociales constituent l'ensemble des comportements et activités cognitives qui permettent à un individu de communiquer ses émotions et ses besoins d'une façon adéquate au contexte et d'atteindre les objectifs matériels et relationnels qu'il s'est fixés. L'objectif ultime de l'**entraînement aux habiletés sociales** (« *social skills training* ») est bien évidemment un retour « réussi » dans la société. Ce retour est caractérisé par une réinsertion, une réadaptation et par un certain degré d'autonomie. Le modèle cognitivo-comportemental peut aider à atteindre ces buts. Cette étape a été étudiée par Pilling *et al.*³⁴, Huxley *et al.*³⁵ et Roth *et al.*³⁶.

La technique de « **remédiation cognitive** » tente d'améliorer les dysfonctions cognitives dont souffrent les patients schizophrènes. Ces dysfonctions peuvent être à l'origine d'un stress important et donc de la survenue de nouvelles décompensations psychotiques. La TCC tentera également de normaliser les symptômes psychotiques^{14,37}. La « normalisation »

consiste à trouver des explications physiologiques « normales » pouvant être à l'origine de l'expérience psychotique (comme la survenue d'hallucinations auditives ou visuelles chez un sujet sain, en cas de privation du sommeil). Cette normalisation des symptômes psychotiques aidera alors à dédramatiser l'expérience psychotique et les interprétations éventuelles du patient qui en découlent. Des modèles cognitifs spécifiques aux symptômes psychotiques ont été élaborés^{23-25,38,39}. La formulation individuelle d'un modèle cognitif peut aider à expliquer le début et le maintien de la schizophrénie^{40,41}. Celle-ci peut également servir à guider le traitement^{39,42-44}. La remédiation cognitive a été abordée dans les études de Oltmanns et Neale⁴⁵, Goldberg et Weinberger⁴⁶, Brenner *et al.*⁴⁷, Spring et Ravdin⁴⁸, Pilling *et al.*^{34,49} et dans le NICE (*National Institute for Clinical Excellence Review*)⁵⁰.

La **thérapie familiale comportementale** joue un rôle important dans la prise en charge cognitivo-comportementale^{51,52}. Dans leur étude, Brown *et al.* ont noté un taux de rechute plus élevé chez les patients qui rentrent vivre dans leur famille comparativement à ceux qui rentrent vivre seuls ou dans une autre structure. Cette constatation a été confirmée par Butzlaff et Hooley⁵³. Ces résultats sont probablement liés au niveau d'émotion exprimée dans les familles des patients.

RESUME DES PRINCIPAUX TRAVAUX ET RESULTATS

Le début de l'utilisation de la TCC dans la schizophrénie a été accompagné de beaucoup de scepticisme dû, peut-être, à l'échec d'autres approches psychothérapeutiques à ce niveau^{54,55}. Ce scepticisme a conduit à plusieurs études contrôlées et randomisées afin de tester la réelle efficacité de la TCC dans la schizophrénie. Celles-ci ne commencent cependant que dans les années 1990⁵⁶⁻⁶⁰. Une revue de ces études a été faite par Meuser *et al.*⁶¹, Bustillo *et al.*⁶² et Pilling *et al.*^{34,49}.

Efficacité dans la phase prodromique de la maladie

Dans leur étude, Morrison *et al.*⁶³ ont mis en évidence que l'utilisation de la TCC, dans un groupe de patients à très haut risque, a amélioré le pronostic de ceux-ci avec une diminution de la transition vers la phase active de la maladie. Les résultats ont indiqué une diminution de 96 % de risque d'une telle transition⁶³.

McGorry *et al.* ont confirmé ces résultats⁶⁴. Selon eux, l'association de la TCC et d'un traitement médicamenteux obtenait des résultats supérieurs à ceux obtenus lors d'une association thérapie de soutien et traitement médicamenteux. Les parts relatives à la TCC et au traitement médicamenteux n'ont pas été déterminées : des études sont encore nécessaires à ce niveau pour clarifier les effets bénéfiques de la TCC.

Au vu des effets secondaires liés à un traitement médicamenteux, McGorry *et al.* préconisent l'utilisation de méthodes psychothérapeutiques au cours de la phase prodromique de la maladie.

Efficacité sur l'observance thérapeutique et l'insight

La TCC améliore l'observance du traitement antipsychotique ; cet effet est confirmé⁶⁵ et durable^{66,67}. D'autres études ont également montré cet effet positif de la TCC sur cette observance^{34,68,69}. Selon la revue NICE⁵⁰, même une brève intervention cognitivo-comportementale a amélioré l'observance thérapeutique et l'*insight* (capacité d'introspection et prise de conscience du problème).

Efficacité sur les symptômes

Une revue de 8 études cliniques randomisées a été faite par Pilling *et al.*^{34,49} et 13 autres études randomisées ont été décrites dans la revue NICE⁵⁰.

Ces deux revues ont montré une efficacité de la TCC sur les symptômes généraux de la schizophrénie (les symptômes positifs et négatifs et les symptômes de dépression). Des résultats similaires sur les symptômes généraux ont été obtenus par Durham *et al.*⁷⁰ et par Turkington *et al.*⁶⁶. Rector et Beck⁶⁶ ont noté une diminution des hallucinations, des délires et des symptômes négatifs. Ces résultats ont été maintenus dans le temps. Kingsep⁷¹ a noté une amélioration des symptômes à 18 mois de traitement. Kuipers *et al.*⁷² ont été les premiers à montrer un bénéfice de la TCC par rapport au traitement habituel (traitement médicamenteux seul). Ce bénéfice a persisté 18 mois⁷³. Pour Kuipers *et al.*⁷², une diminution de 25 % de symptômes a été observée chez 65 % des patients. Quant à Tarrier *et al.*⁷⁴, ils ont noté une diminution de 50 % des symptômes chez 33 % des patients. Cette même diminution a été observée par Sensky *et al.*⁷⁵ et ce, pour 63 % des patients.

Efficacité sur les symptômes dans la phase aiguë

L'utilisation de la TCC dans la phase aiguë de la schizophrénie a été étudiée par Lewis *et al.*⁷⁶, Tarrier *et al.*⁷⁷, Drury *et al.*^{78,79}, McGorry *et al.*⁶⁴, Munro *et al.*⁸⁰ et Startup *et al.*⁸¹. Cette thérapie a résulté en une diminution de 25 à 50 % du temps nécessaire pour atteindre une rémission au niveau de la symptomatologie. La proportion de patients ayant des symptômes résiduels était de 5 % par rapport à 56 % dans le groupe contrôle^{78,79}. Cette différence avec le groupe de contrôle n'était cependant plus maintenue à 5 ans de *follow-up*⁸².

Dans l'étude de Lewis *et al.*, la TCC était supérieure à la thérapie de soutien dans la gestion des hallucinations auditives⁷⁶. Les résultats au niveau de la durabilité et du taux de rechute sont toujours en attente.

Dans l'étude de Startup *et al.*⁸¹, la symptomatologie dans le « groupe TCC » a été diminuée de

moitié (21 % au lieu de 44 %) par rapport à celle du « groupe traitement habituel ».

Efficacité sur les symptômes dans la schizophrénie résistante

Dans la schizophrénie résistante aux antipsychotiques atypiques, la TCC a apporté une amélioration des hallucinations auditives et de la conscience morbide. Ces résultats ont été perdus au *follow-up*⁸³.

Toutefois des résultats prometteurs ont été décrits⁸⁴⁻⁸⁶. Ainsi, Tarrrier *et al.* ont montré les bénéfices qu'a apporté la méthode du « *coping* » dans cette forme résistante de la maladie^{87,88}. Selon Valmaggia *et al.*⁸³, la TCC, au niveau des symptômes résiduels de la schizophrénie résistante, a des bénéfices modestes par rapport à une psychothérapie de soutien.

Pinto *et al.*⁸⁹ ont constaté un avantage à un traitement associant la TCC à la clozapine par rapport à un traitement à base de clozapine seule. Les NICE « *guidelines* », pour le traitement de la schizophrénie, recommandent l'utilisation de la TCC pour les symptômes résiduels de celle-ci⁵⁰.

Durham *et al.*⁷⁰ ont comparé la TCC à une thérapie de soutien dans cette indication. Leur étude a montré une diminution de ≥ 25 % de PANSS (« *Positive And Negative Syndrome Scale* ») chez 18 % des patients dans le « groupe TCC » par rapport à 11 % dans le « groupe thérapie de soutien ». Au *follow-up*, cette proportion était double (33 % contre 16 %).

Efficacité sur le taux de rechutes

Hogarty *et al.*⁹⁰ ont montré une diminution du taux de rechute lors de l'association d'un entraînement aux habiletés sociales à une prise en charge familiale (psychoéducation et/ou thérapie familiale). La thérapie familiale comportementale a montré une diminution du taux de rechute^{77,91-93} et de réhospitalisation. Cependant, l'effet au niveau de la symptomatologie n'a pas été démontré⁴⁹.

Selon Bradshaw⁹⁴ et Sellwood *et al.*⁹², cette approche est accompagnée d'une diminution du taux de rechute à long terme. Ce taux de rechute à 12 mois était de 37 % au lieu de 72 % dans l'étude de Sellwood *et al.*⁹². Barrowclough *et al.*⁹¹ ont montré les bénéfices de l'association d'une TCC à des interventions au niveau de la famille, avec une diminution des symptômes et des rechutes, notamment chez les patients bénéficiant d'un double diagnostic de schizophrénie et d'abus de substance. Pour Tarrrier *et al.*⁷⁷, l'association de la TCC a résulté en une diminution du taux de rechute à 18 mois de 40 % à 20 %. Drury *et al.*⁸² ont proposé des « *booster sessions* » pour le maintien des résultats et pour la prévention de rechutes.

Efficacité sur le nombre d'hospitalisations

Le nombre d'hospitalisations ou de réhospitalisations peut témoigner de l'efficacité d'un traitement. Bach et Hayes⁹⁵ ont montré une diminution du nombre de réhospitalisations après une série de 4 séances de TCC. Une diminution du nombre de réhospitalisations à court terme a également été montrée par Rector⁹⁶, avec des avantages en faveur de la TCC par rapport à une simple psychoéducation. Selon Tarrrier *et al.*⁹⁷, ces bénéfices se maintiennent à 12 mois.

Efficacité sur les pathologies comorbides

La TCC peut également être employée dans les pathologies comorbides de la schizophrénie comme l'anxiété sociale⁹⁸, les troubles dépressifs⁶⁶ et l'abus de substance⁹⁹. La comorbidité avec le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) a fait l'objet de plusieurs études^{15,100-103}.

Limites et biais

Les résultats des différentes études peuvent diverger et cela, en raison des différentes techniques utilisées. De plus, certaines limitations touchent ces études telles que : la variabilité dans les paramètres liés au patient et au thérapeute, le nombre de patients inclus dans l'étude, la durée du traitement administré, le respect d'une application correcte du caractère « en double aveugle ». Ce dernier est particulièrement difficile à respecter dans l'évaluation des résultats d'une technique psychothérapeutique⁷². Au cours de l'étude, le traitement médicamenteux dans les groupes « contrôle » est parfois modifié ou ajusté à plusieurs reprises, ce qui présente un autre type de biais⁷².

CONCLUSION

La revue de la littérature confirme l'intérêt grandissant pour l'utilisation de la TCC dans la prise en charge de la schizophrénie. Plusieurs études ont montré les bénéfices de l'utilisation des techniques cognitivo-comportementales en association au traitement habituel par rapport au traitement habituel seul et par rapport à d'autres techniques psychothérapeutiques. D'autres n'ont pas montré de bénéfices. Pour d'autres encore, ces bénéfices étaient non significatifs ou non durables. De nouveaux travaux sont en cours pour évaluer l'efficacité de cette approche sur les différents domaines de la vie du patient. Les résultats des études concernant la spécificité de la TCC et sa durabilité sont contradictoires et d'autres études sont encore nécessaires à ce niveau. Une meilleure compréhension des modèles cognitifs à la base des symptômes psychotiques apportera très probablement davantage de bénéfices au niveau de la prise en charge de ces symptômes.

Les résultats encourageants rapportés dans les différentes études montrent l'intérêt d'inclure cette thérapie dans la prise en charge de la schizophrénie.

Ces résultats doivent encourager le personnel soignant à accorder plus d'attention et plus de soutien à ce type de thérapie. Dans cette optique, les manuels de TCC soulignent l'importance de consacrer plus de temps au patient psychotique. Une bonne option semble l'association d'un traitement antipsychotique atypique et d'une TCC. La TCC est donc un complément au traitement médicamenteux, tant via l'amélioration de l'observance thérapeutique que via le développement de stratégies de « *coping* » et de gestion des symptômes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kraepelin E : Dementia praecox an paraphrenia. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1919
2. Awad AG, Voruganti LNP, Hesgrave RJ : Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *Pharmacoeconomics* 1997 ; 11 : 32-47
3. Shur E : The epidemiology of schizophrenia. *Br J Hosp Med* 1988 ; 12 : 38-45
4. Chadwick P : Borderline : A Psychological Study of Paranoia and Delusional Thinking. London, Routledge, 1992
5. Kampman O, Lehtinen K : Compliance in psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 1999 ; 100 : 167-75
6. Weiden PJ, Mott T, Curcio N : Recognition and management of neuroleptic noncompliance. In : Shriqui CL, Nasrallah HA, eds. *Contemporary issues in the treatment of schizophrenia*. Washington DC, American Psychiatric Association, 1995
7. Beck AT, Rush AJ, Shaw B : *Cognitive Therapy of Depression*. New York, The Guilford Press ; New edition, 1987
8. Beck AT, Emery G, Greenberg RL : *Anxiety disorders and phobias : a cognitive perspective*. New York, Basic Books ; 15th Ann edition, 2005
9. Wells A : *Cognitive Therapy for Anxiety Disorders : a Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester, John Wiley & Sons Ltd, 1996
10. Beck JS : *Cognitive Therapy : Basics and Beyond*. New York, The Guilford Press ; 1st edition, 1995
11. Zubin J, Spring B : Vulnerability - A New View on Schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977 ; 86 : 103-26
12. Nuechterlein KH, Dawson ME : Vulnerability and stress factors in the developmental course of schizophrenic disorders. *Scizophr Bull* 1984 ; 10 : 158-9
13. Rathod S, Kingdon D, Smith P *et al.* : Insight into schizophrenia : the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics-data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophr Res* 2005 ; 74 : 211-9
14. Kingdon D, Turkington D : *Cognitive behaviour therapy of schizophrenia*. New York, Guilford, 1994
15. Romme M, Escher A : Hearing Voices. *Schizophr Bull* 1989 ; 15 : 209-16
16. Sullivan HS : *Schizophrenia as a Human Process*. New York, WW Norton, 1962
17. Turkington D, Kingdon D : Using a normalising rationale in the treatment of schizophrenic patients. In : Haddock G, Slade P, eds. *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. London, Routledge, 1996
18. Kingdon DG, Turkington D : *The Case Study Guide to Cognitive-Behavior Therapy of Psychosis*. Chichester, John Wiley & Sons, 2002
19. Fadden G : Implementation of family interventions in routine clinical practice following staff training programmes : a major cause for concern. *J Mental Health* 1997 ; 6 : 599-612
20. Siddle R, Kingdon D : The management of schizophrenia : cognitive behavioural therapy. *Br J Community Nurs* 2000 ; 5 : 20-5
21. Turkington D, Siddle R : Cognitive therapy for the treatment of delusions. *Advances in Psychiatric Treatment* 1998 ; 4 : 235-42
22. Sayer J, Ritter S, Gournay K : Beliefs about voices and their effects on coping strategies. *J Adv Nurs* 2000 ; 31 : 1199-205
23. Chadwick P, Birchwood M : The omnipotence of voices : a cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 1994 ; 164 : 190-201
24. Morrison AP : A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations : Are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic ? *Behav Cog Psychother* 1998 ; 26 : 289-302
25. Morrison AP : The interpretation of intrusions in psychosis : an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behav Cog Psychother* 2001 ; 29 : 257-76
26. Crawford-Walker CJ, King A, Chan S : Distraction techniques for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 ; 25 : CD004717
27. Fowler D, Garety P, Kuipers E : *Cognitive Behaviour Therapy for People with Psychosis : a Clinical Handbook*. Chichester, John Wiley & Sons, 1995
28. Fowler D, Garety P, Kuipers E : *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis : Theory and Practice*. New York, John Wiley & Sons, 1995
29. Huda AS : Cognitive-behavioural interventions in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2004 ; 185 : 245-50
30. Cottraux J : *Les Thérapies Comportementales et Cognitives, 4^{ème} édition*. Paris, Masson, 2004
31. Kingdon DG, Turkington D : *Cognitive Therapy of Schizophrenia : Guides to Evidence-Based Practice*. New York, Guilford, 2005
32. Kates J, Rockland LH : Supportive Psychotherapy of the Schizophrenic Patient. *Am J Psychother* 1994 ; 48 : 543-61
33. Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE : Schizophrenia in the family : a practitioner's guide to psychoeducation and management. *Schizophr Bull* 1980 ; 6 : 490-505
34. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E *et al.* : Psychological treatments in schizophrenia : II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med* 2002 ; 32 : 783-91
35. Huxley NA, Rendall M, Sederer L : Psychosocial treatments in schizophrenia : A review of the past 20 years. *J Nerv Ment Dis* 2000 ; 188 : 187-201
36. Roth A, Fonagy P, Parry G *et al.* : What works for whom ? A critical review of psychotherapy research. New York, Guilford Press, 1996
37. Kingdon DG, Turkington D : The use of cognitive behavior therapy with normalizing rationale in schizophrenia : preliminary report. *J Nerv Ment Dis* 1991 ; 179 : 207-11
38. McNally SE, Goldberg JO : Natural cognitive coping strategies in schizophrenia. *Br J Med Psychol* 1997 ; 70 : 159-67

39. Beck AT, Rector NA : Delusions : A cognitive perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2002 ; 16 : 455-68
40. Morrison AP, Renton JC, Dunn H *et al.* : Cognitive therapy for psychosis : a Formulation-Based Approach. New York, Brunner-Routledge, 2004
41. Chadwick P, Williams C, MacKenzie J : Impact of case formulation in cognitive behavioural therapy for psychosis. *Behav Res Therapy* 2003 ; 41 : 671-80
42. Morrison AP, Renton JC : Cognitive therapy for auditory hallucinations : A theory-based approach. *Cognitive and Behavioral Practice* 2001 ; 8 : 147-60
43. Beck AT, Rector NA : A cognitive model of hallucinations. *Cognit Ther Res* 2003 ; 27 : 19-52
44. Bell V, Halligan PW, Ellis HD : Explaining delusions : a cognitive perspective. *Trends Cogn Sci* 2006 ; 10 : 219-26
45. Oltmanns TF, Neale JM : Schizophrenic Performance when Distractors are Present : Attentional Deficit or Differential Task difficulty ? *J Abnorm Psychol* 1975 ; 84 : 205-9
46. Goldberg TE, Weiberger DR : Probing prefrontal function in schizophrenia with neuropsychological paradigms. *Schizophr Bull* 1988 ; 14 : 179-83
47. Brenner HD, Hodel B, Roder V : Integrated cognitive and behavioral interventions in treatment of schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1990 ; 13 : 41-3
48. Spring BJ, Ravdin L : Cognitive Remediation in Schizophrenia : Should We Attempt It ? *Schizophr Bull* 1992 ; 18 : 15-20
49. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E *et al.* : Psychological treatments in schizophrenia : I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002 ; 32 : 763-82
50. National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 1 : Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. London, NICE, 2002
51. Brown GW, Birley JLT, Wing JK : Influence of family life on the course of schizophrenic disorders : a replication. *Br J Psychiatry* 1972 ; 121 : 241-58
52. Kavanagh DJ : Recent Developments in Expressed Emotion and Schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992 ; 160 : 601-20
53. Butzlaff RL, Hooley JM : Expressed emotion and psychiatric relapse : a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998 ; 55 : 547-52
54. Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH *et al.* : Effects of psychotherapy in schizophrenia, I : design and implementation of a controlled study. *Schizophr Bull* 1984 ; 10 : 520-63
55. Gunderson JG, Frank AF, Katz H *et al.* : Effects of psychotherapy in schizophrenia, II : comparative outcomes of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 1984 ; 10 : 564-98
56. Rector NA, Beck AT : Cognitive behavioural therapy for schizophrenia : An empirical review. *J Nerv Ment Dis* 2001 ; 189 : 278-87
57. Cormac I, Jones C, Campbell C : Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002 ; 1 : CD000524
58. Tarrier N, Wykes T : Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia ? A cautious or cautionary tale ? *Behav Res Ther* 2004 ; 42 : 1377-401
59. Gaudiano BA : Cognitive behavior therapies for psychotic disorders : current empirical status and future directions. *Clin Psychol* 2005 ; 12 : 33-50
60. Gould RA, Mueser KT, Bolton E *et al.* : Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia : an effect size analysis. *Schizophr Res* 2001 ; 48 : 335-42
61. Meuser KT, Corrigan PW, Hilton DW *et al.* : Illness management and recovery : a review of research. *Psychiatric Serv* 2002 ; 53 : 1272-84
62. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP *et al.* : The psychosocial treatment of schizophrenia : an update. *Am J Psychiatry* 2001 ; 158 : 163-75
63. Morrison AP, French P, Walford L *et al.* : Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk : Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004 ; 185 : 291-7
64. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ *et al.* : Randomized Controlled Trial of Interventions Designed to Reduce the Risk of Progression to First-Episode Psychosis in a Clinical Sample With Subthreshold Symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2002 ; 59 : 921-8
65. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G *et al.* : Compliance therapy in psychotic patients : a randomized controlled trial. *BMJ* 1996 ; 312 : 345-9
66. Turkington D, Kingdon D, Turner T : Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2002 ; 180 : 523-7
67. Kemp R, Kirov G, Everitt B *et al.* : Randomised controlled trial of compliance therapy : 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1998 ; 172 : 413-9
68. Trauer T, Sacks T : The relationship between insight and medication adherence in severely mentally ill clients treated in the community. *Acta Psychiatr Scand* 2000 ; 102 : 211-6
69. Buchanan A : A two year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychol Med* 1992 ; 22 : 787-97
70. Durham RC, Guthrie M, Morton RV *et al.* : Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms : Results to 3-month follow-up. *Br J Psychiatry* 2003 ; 182 : 303-11
71. Kingsep PK : Cognitive behavioural therapy improves psychotic symptoms at 18 months in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2004 ; 184 : 231-9
72. Kuipers E, Garety P, Fowler D *et al.* : London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis, I : Effects of the treatment phase. *Br J Psychiatry* 1997 ; 171 : 319-27
73. Kuipers E, Fowler D, Garety P *et al.* : London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis, III : Follow-up and economic evaluation at 18 months. *Br J Psychiatry* 1998 ; 173 : 61-8
74. Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C *et al.* : Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ* 1998 ; 317 : 303-7
75. Sensky T, Turkington D, Kingdon D *et al.* : A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Persistent Symptoms in Schizophrenia Resistant to Medication. *Arch Gen Psychiatry* 2000 ; 57 : 165-72
76. Lewis S, Tarrier N, Haddock G *et al.* : Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia : acute-phase outcomes. *Br J Psychiatry* 2002 ; 181 : S91-7

77. Tarrier N, Lewis S, Haddock G *et al.* : Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia : 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004 ; 184 : 231-9
78. Drury V, Birchwood M, Cochrane R *et al.* : Cognitive Therapy and Recovery from Acute Psychosis : a Controlled Trial I. Impact on Psychotic Symptoms. *Br J Psychiatry* 1996 ; 169 : 593-601
79. Drury V, Birchwood M, Cochrane R *et al.* : Cognitive Therapy and Recovery from Acute Psychosis : a Controlled trial II. Impact on Recovery Time. *Br J Psychiatry* 1996 ; 169 : 602-7
80. Munro SL, Baker JA, Playle J : Cognitive behaviour therapy within acute mental health care : a critical appraisal. *Int J Ment Health Nurs* 2005 ; 14 : 96-102
81. Startup M, Jackson MC, Bendix S : North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders : outcomes at 6 and 12 months. *Psychol Med* 2004 ; 34 : 413-22
82. Drury V, Birchwood M, Cochrane R : Cognitive therapy and recovery from acute psychosis : a controlled trial 3. Five-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2000 ; 177 : 8-14
83. Valmaggia LR, Van Der Gaag M, Tarrier N *et al.* : Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2005 ; 186 : 324-30
84. Garety PA, Kuipers L, Fowler D *et al.* : Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. *Br J Med Psychol* 1994 ; 67 : 259-71
85. American Psychiatric Association : Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia, 2nd ed. Arlington, Va, APA, 2004
86. Lehman AF, Steinwachs DM, and the Co-Investigators of the PORT Project : At Issue : Translating Research Into Practice : The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations. *Schizophr Bull* 1998 ; 24 : 1-10
87. Tarrier N, Beckett R, Harwood S *et al.* : A Trial of Two Cognitive-Behavioural Methods of Treating Drug-Resistant Residual Psychotic Symptoms in Schizophrenic Patients : I. Outcome. *Br J Psychiatry* 1993 ; 162 : 524-32
88. Tarrier N, Sharpe L, Beckett R *et al.* : A trial of two cognitive behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients, II : treatment-specific changes in coping and problem-solving skills. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993 ; 28 : 5-10
89. Pinto A, La Pia S, Mennella R *et al.* : Cognitive-Behavioral Therapy and Clozapine for Clients With Treatment-Refractory Schizophrenia. *Psychiatric Services* 1999 ; 50 : 901-4
90. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ *et al.* : Environmental/Personal Indicators in the Course of Schizophrenia Research Group. Family Psychoeducation, Social Skills Training, and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. I. One-Year Effects of a Controlled Study on Relapse and Expressed Emotion. *Arch General Psychiatry* 1986 ; 43 : 633-42
91. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N *et al.* : Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavioural therapy and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001 ; 158 : 1706-13
92. Sellwood W, Barrowclough C, Tarrier N *et al.* : Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia : 12-month follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2001 ; 104 : 346-55
93. Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D : Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003 ; 2 : CD000088
94. Bradshaw W : A needs based cognitive behavioural family intervention for schizophrenia reduced relapse in the long term. *Acta Psychiatr Scand* 2001 ; 104 : 346-55
95. Bach P, Hayes SC : The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalisation of psychotic patients : a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2002 ; 70 : 1129-39
96. Rector NA : Cognitive behavioural therapy reduces short term rehospitalisation compared with psychoeducation in inpatients with schizophrenia. *Evid Based Ment Health* 2005 ; 8 : 8
97. Tarrier N, Wittkowski A, Kinney C *et al.* : Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia : 12-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1999 ; 174 : 500-4
98. Kingsep P, Nathan P, Castle D : Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophr Res* 2003 ; 63 : 121-9
99. Haddock G, Barrowclough C, Tarrier N *et al.* : Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse : 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003 ; 183 : 418-26
100. Mueser KT, Rosenberg SD, Fox L *et al.* : Psychometric Evaluation of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder Assessments in Persons With Severe Mental Illness. *Psychol Assess* 2001 ; 13 : 110-7
101. Callcott P, Turkington D : Cognitive therapy for traumatic psychosis : a formulation-based approach. In : *Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis*. London, Routledge, 2002
102. Morrison AP, Frame L, Larkin W : Relationships between trauma and psychosis : A review and integration. *Br J Clin Psychol* 2003 ; 42 : 331-53
103. Mueser KT, Trumbetta SL, Rosenberg SD *et al.* : Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness. *J Consult Clin Psychol* 1998 ; 6 : 493-9

Correspondance et tirés à part :

Z. ZAAROUR
 Association « Le Domaine - U.L.B. Erasme »
 Rue Jean Lanneau 39
 1420 Braine-l'Alleud
 E-mail : zzaarour@hotmail.com

Travail reçu le 30 mars 2007 ; accepté dans sa version définitive le 14 janvier 2008.