

# ARTICLE DE SYNTHÈSE

## Schizophrénie et psychothérapies cognitivo-comportementales

Amal Abdel-Baki, MD, FRCPC<sup>1</sup>, Luc Nicole, MD, FRCPC<sup>2</sup>

**Objectif :** Différencier les approches de psychothérapie cognitivo-comportementale pour la schizophrénie selon leurs buts, objectifs et techniques, puis exposer les études d'efficacité.

**Méthode :** Synthèse de l'information recueillie au moyen de recherches électroniques (MEDLINE, PSYchlit) et bibliographiques.

**Résultats :** Les thérapies cognitivo-comportementales ont pour objectif global une meilleure adaptation à l'expérience psychotique au point de vue cognitif, comportemental et affectif, en proposant au patient un nouveau modèle explicatif de la psychose, soit le modèle vulnérabilité-stress.

*Ces approches comportent différents niveaux et visent différents buts. Certaines sont axées sur la correction des déficits cognitifs de base ou sur la modification des symptômes psychotiques ou de la détresse associée. À l'autre extrémité, les approches métacognitives visent la modification et la restructuration des schèmes du soi et de l'environnement dysfonctionnels pour faciliter l'acquisition de stratégies cognitives plus adaptées et généralisables. L'efficacité de ces thérapies a été démontrée par quelques études dont la puissance et la méthodologie sont limitées.*

**Conclusion :** Les thérapies cognitivo-comportementales se révèlent un traitement adjuvant prometteur dont l'efficacité a été démontrée en ce qui concerne l'amélioration de l'ajustement social, la qualité de vie ainsi que la diminution des symptômes psychotiques et de la détresse entraînée par l'expérience de la psychose. Elles visent à la fois les symptômes positifs, négatifs, cognitifs, comportementaux, et affectifs en tenant compte de la phase de la maladie et des besoins particuliers du patient. Des recherches futures devront permettre de préciser la durée, la fréquence idéale d'administration et la spécificité de ces approches.

(Rev can psychiatrie 2001;46 :511–521)

**Mots clés :** Schizophrénie, psychose, trouble psychotique, psychothérapie, psychothérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie cognitivo-béaviorale, psychothérapie cognitive, traitement

### Introduction

Globalement, les thérapies cognitivo-comportementales ont pour objectif une meilleure adaptation à l'expérience psychotique, au point de vue cognitif, comportemental et affectif. Ces thérapies reposent en bonne partie sur l'adoption par le patient d'un nouveau modèle explicatif de la psychose, soit le modèle vulnérabilité-stress.

Le constructivisme est une théorie selon laquelle l'humain construit activement sa représentation du monde à travers ses expériences de vie. Cette représentation détermine la

signification qu'il accordera à ses expériences. C'est le cadre conceptuel sous-jacent à toute démarche cognitive. Perris souligne que les thérapies cognitives comportent différents niveaux (Tableau 1) et visent différents buts (1). Il décrit un continuum qui contient, à une extrémité, les approches axées sur la correction des déficits cognitifs de base ou la modification des symptômes spécifiques. À l'autre extrémité, Perris décrit les approches métacognitives qui visent la modification et la restructuration des schèmes du soi et de l'environnement dysfonctionnels (Fig. 1).

Un premier type de démarche est axé sur une meilleure maîtrise des déficits cognitifs et l'amélioration de la gestion des émotions provoquées par des facteurs de stress internes et externes. Ces approches misent sur une restauration des aptitudes à traiter l'information. Le programme intégratif de thérapies psychologiques (IPT) de Brenner (2,3) et son équipe et l'*Emotional management therapy* (EMT) de Hodel (4) axent donc le travail thérapeutique sur le processus de la pensée.

---

Manuscrit reçu en juin 1999; révisé, accepté en juin 2001.

<sup>1</sup>Psychiatre, CHUM, Chargé d'enseignement clinique, Université de Montréal, Montréal (Québec).

<sup>2</sup>Psychiatre, Hôtel-Dieu de Lévis, Lévis (Québec), et professeur de clinique, Université Laval, Québec (Québec).

Adresse de correspondance : Dr Luc Nicole, Hôtel-Dieu de Lévis, 143, rue Wolfe, Lévis (Québec) G6V 3Z1  
Courriel : amalbaki@hotmail.com

**Tableau 1. Les trois niveaux où peuvent se situer les troubles de la cognition**

Niveau cognitif	Définition
Événement cognitif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérience subjective des événements.</li> <li>• C'est le contenu de la pensée constitué entre autres des pensées automatiques et des délires.</li> </ul>
Processus de la pensée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mécanisme par lequel on perçoit les événements. C'est la manière dont l'information est traitée, le siège des erreurs de la gestion de l'information ainsi que des distorsions cognitives.</li> <li>• Plusieurs études ont démontré des déficits de la vigilance et de la mémoire verbale chez les patients atteints de schizophrénie (5).</li> </ul>
Schéma cognitif (ou structure cognitive)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système de classification des stimuli appris au fil de l'expérience de vie. C'est la base des croyances selon lesquelles on donne une signification aux événements et qui déterminent la perception qu'on a de soi-même et des autres.</li> </ul>

Un deuxième type de thérapie vise plus particulièrement à diminuer l'intensité et la sévérité de la symptomatologie psychotique (délires, hallucinations) ou la détresse, l'anxiété et la dépression qui y sont liées. Ces thérapies tentent ainsi de modifier le contenu dysfonctionnel de la pensée (événements cognitifs) ou la réponse affective ou comportementale associée. Les auteurs en sont principalement les équipes britanniques de Kingdon et Turkington (6), Chadwick et Birchwood (7), et Tarrier (8).

Finalement, un troisième type de thérapie met l'accent sur un travail psychothérapeutique ciblant les structures ou schémas cognitifs ainsi que sur l'image et l'estime de soi en rapport avec l'expérience psychotique. Ce travail portant sur l'identité vise à diminuer la vulnérabilité personnelle au stress et à permettre d'acquérir une meilleure capacité de gestion des émotions. Ces thérapies sont la COPE (*cognitively oriented psychotherapy for early psychosis*) mise au point par l'équipe de McGorry (9) et la « thérapie personnalisée » élaborée par l'équipe de Hogarty (10).

L'équipe de Fowler (11) a créé une approche plus intégrative qui s'adresse tant aux schémas cognitifs (estime et image personnelle) qu'aux événements cognitifs (symptômes psychotiques et réponse associée).

L'efficacité de ces thérapies, en association avec un traitement antipsychotique, a été démontrée par quelques études dont la puissance et la méthodologie sont limitées. En effet, la durée du suivi, les diagnostics des patients et les étapes de la maladie sont variables d'une étude à l'autre, et aucune ne compare deux thérapies cognitivo-comportementale entre elles. Néanmoins, ces études constituent un premier pas dans l'avancement de cette prometteuse approche adjuvante au traitement actuel. Le texte qui suit résume les différentes approches et expose

brèvement les études cas-témoin qui s'y rattachent, en s'attardant uniquement aux résultats significatifs sans les critiquer.

### Démarches axées sur le processus de la pensée

Le programme IPT a été élaboré par Brenner (3,4) et son équipe en Suisse, en 1976. Répandu en Europe, il est utilisé en Californie et depuis 1996, dans la région de Québec (12). L'hypothèse de base en est que l'amélioration de déficits dans les processus cognitifs, qui contribuent à la vulnérabilité du patient, permettra l'acquisition d'aptitudes plus complexes. L'objectif est donc de permettre au patient une meilleure perception et maîtrise des déficits cognitifs (p. ex., difficulté d'attention), des facteurs de stress internes et externes de même que des dysfonctions comportementales qui ont aussi un effet sur la cognition. Ainsi, le patient développe des stratégies de stabilisation du soi. Le but est d'interrompre les cercles vicieux établis d'une part à l'intérieur des processus cognitifs perturbés, et d'autre part, dans les systèmes de rétroaction positive entre les dysfonctions cognitives et les facteurs de stress psychosociaux. La thérapie est donc centrée sur les dysfonctions du traitement de l'information et leurs répercussions sur le fonctionnement social.

Le patient est intégré dans un programme d'entraînement hautement structuré selon un ordre hiérarchique de 5 sous-programmes. La programme se fait selon des critères de complexité cognitive et d'intégration de facteurs émotionnels et sociaux (Fig. 2). Un sixième sous-programme, « Gestion des émotions », a été modifié et est maintenant considéré par Hodel comme une approche psychothérapeutique distincte.

Les 5 sous-programmes de l'IPT s'enchaînent selon la séquence suivante :

1. *Différenciation cognitive* : le patient reçoit un entraînement qui touche la pensée conceptuelle (formation de classes et concepts), la capacité d'abstraction et la modulation de concepts. La discrimination critique entre l'essentiel et l'accessoire est abordée. L'exercice se fait en trois rubriques : le classement de cartes selon des critères pour exercer l'attention et la mémorisation;

- l'élaboration de systèmes de concepts verbaux (p. ex., synonymes, antonymes, analogies, définition de mots, hiérarchie sémantique, concepts à significations différentes selon le contexte);
- l'utilisation de stratégies de recherche de concepts (par un jeu de questions).

2. *Perception sociale* : exercice portant sur la discrimination et l'interprétation des stimuli (à l'aide de diapositives).

3. *Communication verbale* : vise l'altération de la communication. Le but est de respecter la contribution de chacun des participants et d'essayer de saisir le raisonnement d'autrui.

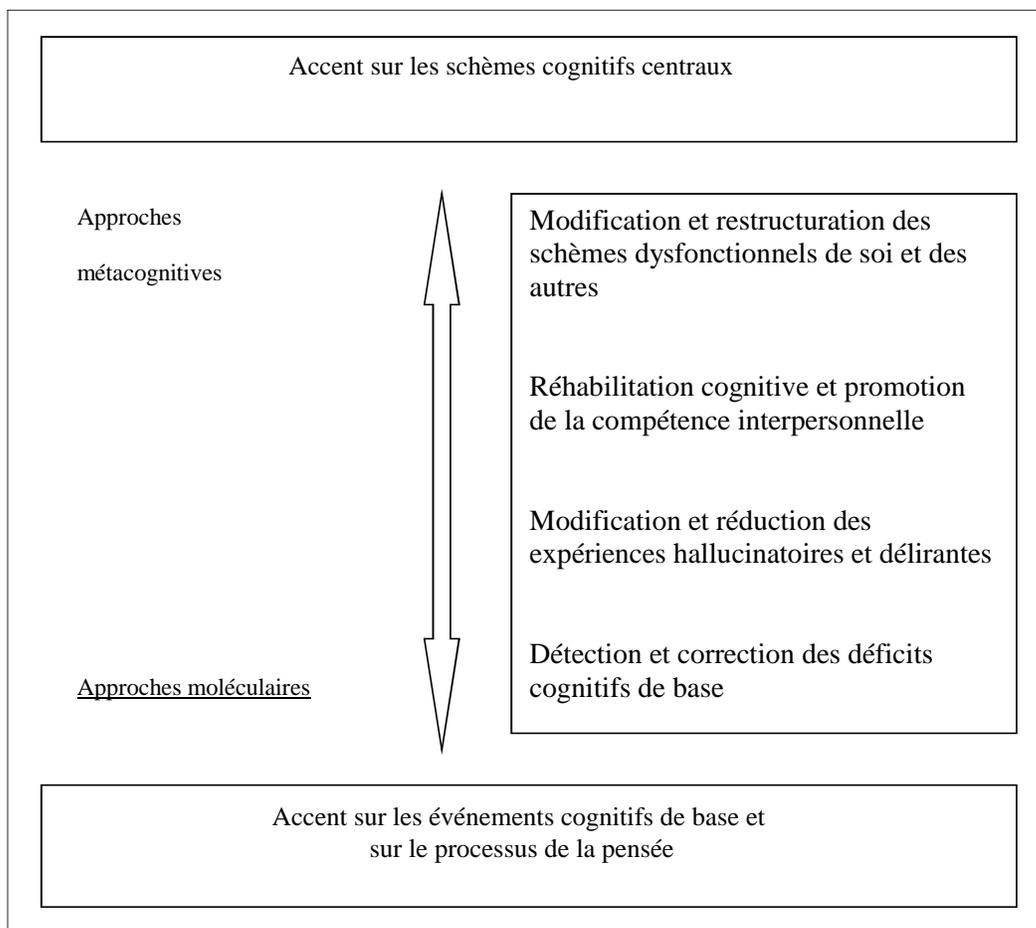


Figure 1. Psychothérapies cognitives pour les patients atteints de schizophrénie (Adapté de Perris, 1994)

4. *Entraînement aux compétences sociales* : dans différents contextes, par des jeux de rôle préparés en groupe par les patients.

5. *Résolution de problèmes interactionnels* : afin de faciliter et d'optimiser la gestion des facteurs potentiels de stress.

Suite à différentes études d'efficacité, les auteurs ont précisé les indications suivantes : les 3 premiers sous-programmes (différenciation cognitive, perception sociale, communication verbale) s'adressent davantage aux patients présentant des troubles cognitifs prononcés, des peurs sociales considérables, une symptomatologie négative, une motivation thérapeutique faible et une longue durée d'hospitalisation. Les trois derniers sous-programmes, qui visent l'amélioration des compétences sociales (communication verbale, compétences sociales et résolution de problème), sont suggérés pour les jeunes patients caractérisés par un manque d'habileté à composer avec les situations sociales, une motivation plus grande et plusieurs hospitalisations de brève durée.

L'IPT a été évalué par plusieurs études cas-témoin (3,13). Les résultats sont résumés au Tableau 3.

La thérapie EMT fut mise au point en Suisse, en 1995 par Hodel et son équipe (5). Cette thérapie est issue du travail effectué à partir de l'IPT. L'hypothèse de base suppose que les personnes atteintes de schizophrénie sont plus lentes et moins précises dans l'identification des stimuli émotionnels, surtout si les stimuli environnants sont complexes ou stressants. Cette incapacité à détecter ou décoder les indices essentiels pour reconnaître l'intensité des affects (surtout négatifs) serait reliée à une dysfonction du traitement de l'information. Comme la vulnérabilité des jeunes gens atteints de schizophrénie mène indirectement au retrait social et à l'isolement, les occasions d'acquérir des compétences sociales sont moindres, ce qui provoque le cercle vicieux du retrait social. Le but est donc de raffiner la reconnaissance efficace des émotions et les habiletés à les gérer, pour réduire l'effet de la détresse et de l'anxiété sur le traitement de l'information chez les personnes atteintes de psychose à un stade précoce.

L'EMT comporte 2 sous-programmes :

1. L'apprentissage de techniques de relaxation : s'effectue en thérapie individuelle afin d'éviter l'anxiété provoquée par le

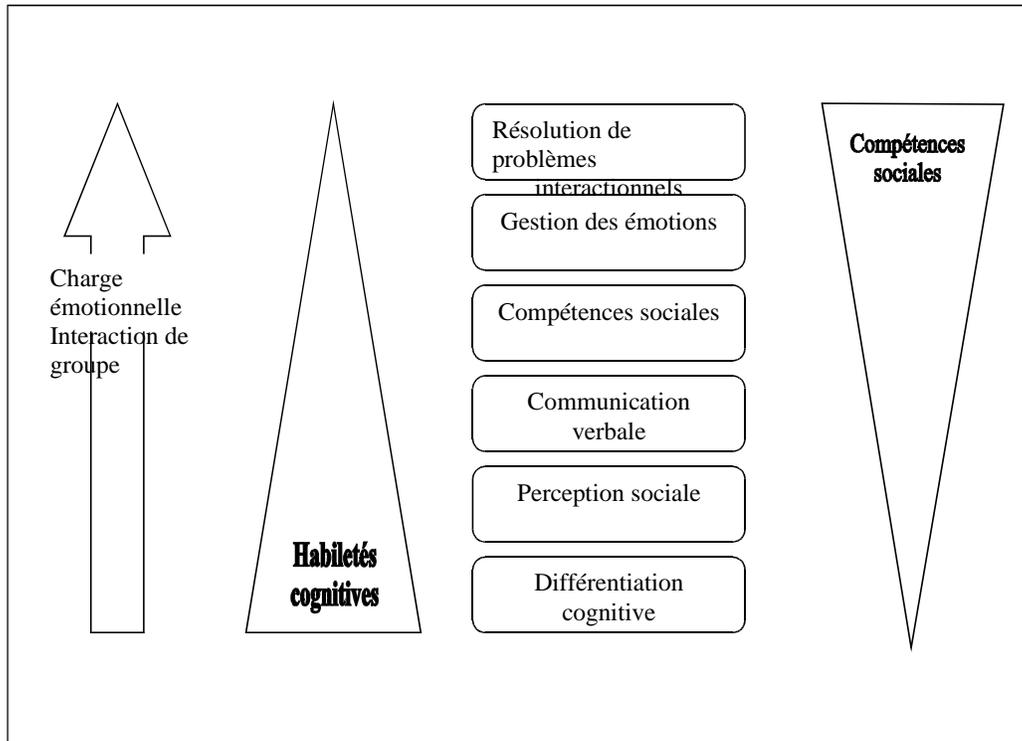


Figure 2. Représentation schématique du programme IPT (adapté de Brenner et coll., 1990)

groupe et de permettre l'introduction prudente de la prochaine modalité.

2. Le sous-programme « Gestion des émotions » est administré en très petits groupes de 2 ou 3 personnes. En 8 étapes, il vise le développement d'habiletés à lutter contre le stress.

- Au début, le patient doit faire une description verbale d'émotions démontrées à l'aide de matériel visuel.
- Chacun rapporte ensuite sa propre expérience de ces émotions dans le passé.
- À partir de cette expérience, le patient précise les conséquences de sa cognition et de son comportement sur la gestion de ces émotions.
- Des stratégies d'adaptation de rechange sont ensuite ajoutées à celles rapportées par les personnes.
- La constructivité et la praticabilité de ces stratégies d'adaptation sont analysées.
- Une stratégie particulière est sélectionnée pour un jeu de rôle à partir d'une situation définie.

Les auteurs attirent l'attention sur le fait que la plupart des personnes atteintes de psychose à un stade précoce, comparativement à celles présentant des maladies de longue évolution, sont encore stimulées par le travail ou l'environnement social. Ils soulignent que les sujets utilisés en psychothérapie de groupe devraient être proposés par les patients. Le Tableau 3 résume l'étude d'efficacité sur l'EMT (4).

### Démarches axées sur le contenu de la pensée (événements cognitifs)

L'équipe de Kingdon et Turkington (6) en Angleterre a décrit au début des années 90 une approche de thérapie individuelle, la « réponse rationnelle ». Dérivée des travaux de Beck et Ellis, elle a pour objectif l'explication et la déstigmatisation de la maladie psychotique. Le travail thérapeutique est centré sur une compréhension des symptômes dans le cadre du modèle vulnérabilité-stress et repose sur l'hypothèse selon laquelle les hallucinations et les délires peuvent être accessibles au raisonnement par une approche de collaboration qui évite la confrontation.

Le travail sur les délires se divise en 4 étapes :

- Les symptômes sont repérés dans le temps jusqu'à la date de leur apparition.
- Le thérapeute amène le patient à l'identification des cognitions erronées liées à cette période en utilisant le questionnement inductif.
- Les idées délirantes sont explorées avec le patient dans le but de comprendre la raison pour laquelle une telle signification a été attribuée aux événements et expériences.
- L'exploration d'autres explications est entreprise en collaboration avec le patient. Le cas échéant, on utilise une interprétation normalisante dans le cadre du modèle

Tableau 2. Les différentes thérapies cognitivo-comportementales pour les troubles psychotiques

Thérapie	Niveau cognitif visé	Nombre de séances	Individuel/groupe	But principal de la thérapie
Programme intégratif de thérapies psychologiques (IPT) (2)	Processus cognitif	2-3 séances de 90 minutes par semaines 90 minutes par séance (8-10 mois)	Groupe de 5 à 7 patients, 2 à 3 cothérapeutes	Acquérir une meilleure perception et maîtrise des déficits cognitifs, des facteurs de stress internes et externes et de leur lien avec les dysfonctions comportementales
Gestion des émotions (EMT) (5)	Processus cognitif	11 séances, 3-4 semaines	Individuel + groupe de 2 à 3 patients	Raffiner la reconnaissance efficace des émotions et les habiletés à les gérer afin de réduire la vulnérabilité aux stressors psychosociaux
Réponse rationnelle (6)	Événements cognitifs (contenu de la pensée)	Non spécifié	Individuel	Obtenir une meilleure compréhension des symptômes psychotiques dans le cadre du modèle vulnérabilité-stress afin d'amoinrir la stigmatisation
Adaptation des stratégies d'adaptation (ASA) (8)	Événements cognitifs	10 séances (5 semaines)	Individuel	Augmenter le répertoire de techniques d'adaptation Modifier les facteurs perpétuants
Modification des croyances (7)	Événements cognitifs	3 heures / semaines quotidien (12 semaines)	Individuel ± groupe	Modifier la signification donnée aux hallucinations
Thérapie personnalisée (10)	Schéma cognitif	Jusqu'à 3 ans	Individuel et groupe	Sensibiliser davantage à la vulnérabilité personnelle en améliorant la capacité à détecter de façon plus précise ses propres états affectifs
<i>Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE)</i> (9)	Schéma cognitif	15-30 séances, Jusqu'à 9 mois	Individuel	Faciliter l'adaptation à l'épisode psychotique et amoindrir ou prévenir la morbidité secondaire lors de la résolution du 1 <sup>er</sup> épisode
<i>Cognitive behavioral therapy for psychosis</i> (11)	Événements cognitifs et schéma cognitif	20-25 séances (6 mois)	Individuel	Améliorer l'adaptation du patient suite à un épisode psychotique en ciblant les symptômes positifs, négatifs et anxio-dépressifs

vulnérabilité-stress pour aider le patient à surmonter les stigmates associés à la maladie psychotique.

Aucune étude contrôlée n'a été publiée concernant cette approche.

L'équipe anglaise de Chadwick et Birchwood, en 1994, a élaboré une autre approche cognitivo-comportementale : la modification des croyances, dont le but est de rendre l'expérience psychotique moins pénible en modifiant la signification donnée aux hallucinations et aux délires associés plutôt qu'en diminuant les symptômes (7). La démarche est similaire aux thérapies cognitives de la dépression ou des troubles anxieux. Appliquée dans une atmosphère de collaboration, cette approche individuelle comporte 3 grandes parties :

1. La phase d'ouverture consiste en l'engagement du patient, l'établissement d'une relation thérapeute-patient et un volet psychoéducatif. Le patient définit ses hallucinations et les croyances qui y sont reliées : leur nature, leur identité, leur pouvoir, leur signification et l'effet de l'observance (ou de la non-observance) des incitations émises par les voix. Puis, les faits à la base de ces croyances délirantes (incluant le contenu des hallucinations) sont examinés. L'étape suivante est la clarification du lien entre les croyances, les réponses affectives ou comportementales, et l'intensité de ces

dernières. Le patient est ensuite amené à considérer les avantages et désavantages de l'hypothèse de la fausseté de ses croyances. Durant cette phase, le patient est mis en contact avec d'autres personnes ayant eu des hallucinations, de façon directe ou par des enregistrements vidéo de patients discutant de leurs hallucinations.

2. La discussion de la véracité des croyances fait appel à deux techniques cognitives : la contradiction hypothétique qui mesure l'ouverture des patients à des preuves contredisant leurs croyances et la remise en question verbale, qui exige du patient d'évaluer les faits sur lesquels se fondent ses croyances, puis de trouver d'autres interprétations plausibles. La tâche du thérapeute est ensuite de faire ressortir l'incohérence et l'irrationalité du raisonnement, puis d'offrir d'autres explications du phénomène hallucinatoire (p. ex., les voix sont possiblement générées par le patient et les croyances qui y sont reliées sont une tentative de la part du patient de les expliquer et de leur donner un sens).

3. L'expérimentation empirique des croyances, par une tentative de contrôle sur les hallucinations et la vérification de l'hypothèse inverse, peut se faire. Pour les hallucinations, une évaluation cognitive des indices déclencheurs des voix est entreprise, puis la technique de verbalisation concomitante

**Tableau 3. Études d'efficacité des TCC pour la schizophrénie axées sur le processus de la pensée**

Thérapie	Type d'étude, population étudiée	Résultats
IPT (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 études cas-témoin combinées</li> <li>• <math>n = 165</math> patients</li> <li>• Schizophrénie (DSM-III / CIM-9)</li> <li>• Âge moyen 30 à 36 ans</li> <li>• Durée totale d'hospitalisation : 6 mois à 15 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ↓ symptômes psychotiques</li> <li>• ↑ fonctions cognitives (attention)</li> <li>• Pas de changement du fonctionnement cognitif supérieur</li> <li>• Normalisation comportementale n'est pas nécessairement associée à amélioration cognitive</li> </ul>
EMT et réadaptation régulière (4) Thérapie 4 semaines Suivi 8 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cas-témoin</li> <li>• <math>n = 19</math> patients hospitalisés en psychose aiguë à stade précoce de la maladie (6 mois d'évolution)</li> <li>• Dans une 2<sup>e</sup> étape comparaison avec 16 patients atteints de schizophrénie chronique (6 ans)</li> </ul>	<p>Phase précoce de la maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ↑ habiletés cognitives</li> <li>• Meilleure intégration sociale et ↓ des rechutes (à 8 mois)</li> <li>• Pas de changement du fonctionnement social et du bien-être émotionnel à court terme</li> </ul> <p>Phase chronique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ↑ fonctionnement social et bien-être émotionnel</li> <li>• ↑ habiletés cognitives (précoce = chronique)</li> </ul>

**Tableau 4. Études d'efficacité des TCC pour la schizophrénie axées sur les événements cognitifs**

Thérapie	Type d'étude, population étudiée	Résultats
Amélioration des stratégies d'adaptation (ASA) et résolution de problèmes (RP) et liste d'attente (8,16) Thérapie 5 semaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 27 patients atteints de schizophrénie randomisés, réfractaires au traitement</li> <li>• Durée de la maladie 12 ans</li> <li>• Âge moyen 43 ans</li> <li>• 4 hospitalisations (moyenne)</li> <li>• Dernière admission 3,7 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ↓ symptômes psychotiques</li> <li>• Meilleure adaptation variant proportionnellement aux symptômes psychotiques</li> <li>• Stratégies d'adaptation positives efficaces ↑ avec ASA mais ↓ avec RP</li> <li>• Pas de changement des symptômes négatifs, ou du fonctionnement social</li> </ul>
Modification des croyances (individuelle + groupe; 1 heure/jour) et thérapie de soutien (1 heure/jour) (14, 15) Thérapie 12 semaines Suivi 9 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 44 patients hospitalisés pour psychose aiguë (dont 66% = 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> épisode et 70% ont moins de 5 ans évolution)</li> <li>• Âge moyen 30 ans</li> <li>• 6 ans d'évolution</li> <li>• 3 épisodes antérieurs</li> <li>• Diagnostics : Schizophrénie (60%) et trouble schizoaffectif (40%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rémission des symptômes positifs accélérée (25%–50%) et plus marquée dès la 7<sup>e</sup> semaine de thérapie</li> <li>• Pas d'effet sur les symptômes négatifs, désorganisation</li> <li>• ↓ conviction délirante TCC plus que contrôles dès la 7<sup>e</sup> semaine</li> <li>• ↓ symptômes psychotiques résiduels (jusqu'à 9 mois)</li> <li>• Délai et degré de rémission identiques chez 1<sup>er</sup> épisode et multiples épisodes antérieurs</li> <li>• Rémission plus rapide si sexe féminin, courte durée de la maladie et courte durée de psychose non-traitée</li> </ul>

est utilisée pour éliminer les voix. Pour les autres croyances, le test empirique peut être élaboré avec le patient.

Dans l'étude d'efficacité menée en 1996 par ces mêmes auteurs (14), le traitement comportait un deuxième volet de thérapie cognitive en groupe où les patients devaient critiquer les délires des autres participants ainsi que les faits à la base des croyances, puis analyser leurs stratégies d'adaptation. Drury et Bichwood ont publié une étude cas-témoin sur l'efficacité de la thérapie cognitive (individuelle et de groupe) dans la rémission de la psychose aiguë chez des patients hospitalisés pour décompensation (14,15). Les résultats sont résumés dans le Tableau 4.

L'amélioration des stratégies d'adaptation (ASA) mise au point par l'équipe de Tarrier en Angleterre, en 1993, est une thérapie individuelle qui repose sur l'hypothèse selon laquelle deux facteurs augmentent la probabilité de l'apparition des symptômes psychotiques : la présence de

précipitants environnementaux et la réaction cognitive, comportementale ou physiologique aux expériences hallucinatoires ou délirantes (8). L'objectif de cette thérapie est donc d'atténuer les symptômes en apprenant au patient à maîtriser les facteurs précipitants et ses réactions aux symptômes psychotiques. Le premier but visé est de former une batterie de techniques d'adaptation, en optimisant le répertoire des stratégies habituelles du patient. L'autre but consiste à modifier les facteurs de perpétuation des symptômes psychotiques pour réduire à la fois les symptômes et les émotions négatives associées. La première étape de la thérapie est l'identification des stratégies d'adaptation habituellement utilisées par le patient. Puis, le patient apprend à reconnaître ses symptômes (hallucinations, contenu bizarre ou inhabituel des pensées délirantes, etc.) comme on l'enseigne au patient déprimé ou anxieux pour les pensées erronées. Les symptômes cibles sont ensuite classés en ordre hiérarchique, du plus facile au plus difficile, afin

Tableau 5. Études d'efficacité des TCC pour la schizophrénie axées sur les schémas cognitifs

Thérapie	Type d'étude/ population étudiée	Résultats
Thérapie personnalisée (TP) et thérapie de soutien et thérapie familiale et combinaison soutien + familiale (18,19) Suivi et thérapie 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>n = 151</math> patients randomisés</li> <li>• Diagnostic RDC (schizophrénie 70% et trouble schizoaffectif 30%)</li> <li>• Âge moyen 28–33ans</li> <li>• Durée de la maladie 6–10 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleur ajustement social avec TP</li> <li>• Pas d'effets sur les symptômes</li> <li>• Patients plus anxieux avec TP qu'avec les autres thérapies</li> </ul> Patients vivant avec leur famille <ul style="list-style-type: none"> <li>• ↓ de la non-observance</li> <li>• ↓ rechutes psychotiques et affectives avec TP thérapies soutien ou familiale</li> <li>• Meilleure performance globale avec TP qu'avec les autres</li> </ul> Patients vivant sans leur famille <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration du rendement au travail et des relations sociales</li> <li>• Plus de rechutes psychotiques avec TP qu'avec thérapie soutien</li> </ul>
Cognitive behavioral therapy For psychosis (London East Anglia) (CBT) et approche « Case management » (21, 22, 23)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>n = 60</math></li> <li>• Dx schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble délirant résistants</li> <li>• Évolution de la maladie 13 ans</li> <li>• Âge moyen 40 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ↓ 25% BPRS à 9 mois avec CBT (items suspicion, délires, hallucinations)</li> <li>• Taux réponse 50% contre 31% contrôle</li> <li>• Rythme d'amélioration similaire à la clozapine</li> <li>• 80% des patients sont satisfaits</li> <li>• Autoévaluation : ↓ conviction délirante, ↓ détresse associée</li> <li>• ↓ Fréquence des hallucinations</li> <li>• Maintien de la réponse à 18 mois (↓ 29% BPRS contre 2% pour les témoins)</li> <li>• Nouvelles améliorations attribuables à la thérapie : ↓ détresse reliée aux délires et fréquence des hallucinations</li> </ul>
COPE vs contrôles (thérapie pas offerte) vs ceux qui ont refusé la thérapie (17)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>n = 80</math></li> <li>• Maladie psychotique</li> <li>• Durée psychose 91–315 jours</li> <li>• Durée d'hospitalisation 38–56 jours</li> <li>• Âge au début de la maladie 21 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ↑ échelle QOL et ↓ BDI</li> <li>• Meilleure intégration de l'expérience psychotique et modèle explicatif plus adapté</li> <li>• Pas de différence au BPRS, GSI, taux de rechute et de suicide</li> </ul> Patients traités avec COPE vs ceux ayant refusé <ul style="list-style-type: none"> <li>• BDI moins élevé chez ceux ayant refusé la thérapie</li> <li>• Avec COPE, meilleure intégration de l'expérience psychotique et du Modèle explicatif de la psychose</li> </ul>

BPRS = *Brief Psychiatric Rating Scale*; BDI = *Beck Depression Inventory*; GSI = *Global Symptom Inventory Rating Scale*; QOL = *Quality of Life Scale*

d'entreprendre une approche graduelle. Par contre, si la réduction rapide d'un autre symptôme était prioritaire à cause de la détresse ou du dysfonctionnement important associé, ce symptôme pourrait avoir préséance sur d'autres plus faciles. Enfin, c'est la mise à l'épreuve des stratégies d'adaptation :

- cognitives (p. ex., distraction, centrage de l'attention, auto-instruction);
- comportementales (p. ex., augmentation des activités solitaires et des interactions sociales, test comportemental);
- physiologiques (p. ex., relaxation, exercices de respiration).

La stratégie reconnue la mieux appropriée pour un symptôme est fragmentée en étapes. On utilise cette stratégie d'abord durant les séances de simulation d'une situation et par la suite, in vivo. Des exercices à faire à la maison sont proposés afin d'encourager la généralisation des habiletés à d'autres situations. Le patient cible un symptôme à la fois jusqu'à amélioration. Un maximum de 2 à 3 séances par symptôme est fixé. S'il n'y a aucune amélioration, le symptôme suivant est ciblé, afin d'éviter le découragement du patient.

### Thérapies axées sur les structures ou schèmes cognitifs

L'équipe australienne de McGorry et Jackson ont créé la COPE (*Cognitively Oriented Psychotherapy for Early Psychosis*) dont l'objectif est de faciliter l'adaptation de la personne et de prévenir ou amoindrir la morbidité secondaire lors de la résolution du premier épisode psychotique (9). C'est la seule thérapie créée spécifiquement pour l'intervention précoce auprès de patients souffrant de psychose. Cette approche s'appuie sur plusieurs hypothèses concernant l'expérience psychotique. Elle se fonde sur la métathéorie du constructivisme (voir l'introduction). L'accent est mis sur le sentiment d'efficacité personnelle, c'est-à-dire l'impression d'avoir la capacité de s'adapter ou de gérer une situation. Ces auteurs considèrent la psychose comme étant une expérience traumatique menaçant l'intégrité du soi ou l'identité du jeune adulte, ce qui peut l'amener à penser que plusieurs situations dépassent sa capacité d'adaptation. L'intervention plus précoce au début de maladie pourrait arrêter ou prévenir une détérioration de la perception (conscience) de soi et du sentiment d'efficacité personnelle. Le résultat souhaité est de réduire le risque de suicide ainsi que de prévenir l'incapacité et la concrétisation des déficits sévères (symptomatologie négative).

**Tableau 6. Facteurs prédictifs de réponse à la TCC pour les délires selon l'étude de London East Anglia (22)**

Facteurs prédictifs de réponse à la TCC pour diminuer les délires	Facteurs étudiés mais non prédictifs de réponse
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La flexibilité cognitive (mesurable au Maudsley Scale à l'item « possibilité de se tromper » en ce qui concerne les croyances délirantes)</li> <li>• Taux élevé d'hospitalisations récentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs démographiques</li> <li>• Histoire évolutive de la maladie</li> <li>• Intelligence</li> <li>• Fluence verbale</li> <li>• Dépression, anxiété</li> <li>• Estime de soi</li> <li>• Score au <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i></li> <li>• Degré de conviction des délires</li> <li>• Intensité des préoccupations délirantes</li> <li>• Détresse reliée aux délires</li> </ul>

Cette démarche vise à agir sur la stigmatisation et les stéréotypes reliés à la maladie, à aider la personne à comprendre sa maladie, à cibler la morbidité secondaire dès son émergence (dépression, anxiété sociale, etc.) et à promouvoir l'adaptation en encourageant la poursuite d'objectifs de vie. La notion de l'identité est au cœur de cette approche.

Cette thérapie individuelle souple s'ajuste au rythme de l'évolution du patient. Les moyens utilisés sont la psychoéducation, des techniques cognitives pour le travail du soi (stigmatisation, stéréotypes, etc.) et des techniques cognitivo-comportementales pour cibler la morbidité secondaire (dépression, anxiété, etc.). Cette approche n'inclut pas de traitement des symptômes positifs car ces auteurs observent que les patients présentent habituellement une bonne réponse au traitement pharmacologique, lors du premier épisode.

La thérapie se divise en 4 volets :

- L'évaluation s'étend à 3 ou 4 séances. Elle a pour but d'identifier le modèle explicatif du patient en ce qui a trait à sa maladie, de déterminer le niveau d'autocritique, les mécanismes et le niveau d'adaptation à la psychose. L'effet de la maladie sur la perception qu'a le patient de lui-même et sur son estime personnelle de même que la présence de morbidité secondaire sont également évalués. C'est durant cette étape que se forme l'alliance thérapeutique.
- L'engagement s'établit à compter de la quatrième séance, où un contrat et un plan de travail sont élaborés en collaboration avec le patient. Le plan inclut habituellement la psychoéducation et une approche cognitivo-comportementale pour cibler les problèmes de retrait social, de stigmatisation et de motivation.
- On utilise l'approche cognitivo-comportementale pour la morbidité secondaire (dépression et anxiété).
- La thérapie visant à promouvoir l'adaptation comporte 4 phases. Les deux premières visent à maintenir l'espoir

par l'exploration du répertoire de mécanismes d'adaptation du patient et par une prise de conscience de son potentiel et de sa capacité à se réaliser. Les deux dernières phases consistent en l'ajustement des cognitions d'adaptation et des comportements. L'amélioration de la conscience de soi (*sense of self*) et la distanciation par rapport aux aspects négatifs de l'environnement (p. ex., stigmatisation) sont également ciblées.

Le Tableau 5 résume une étude menée par l'équipe de Jackson et McGorry dans la région de Melbourne, en Australie (17). Quarante-deux patients ont été divisés en trois groupes : ceux qui ont accepté la thérapie COPE, ceux qui l'ont refusée et ceux à qui la thérapie n'a pas été offerte (témoins).

La thérapie personnalisée a été élaborée en 1995 par l'équipe de Hogarty aux États-Unis (10). Ce groupe travaillait déjà depuis 20 ans à des programmes psychoéducatifs chez des patients atteints de schizophrénie et leur famille. Cette nouvelle thérapie est administrée en complémentarité avec leurs autres programmes. Elle se distingue des autres formes de thérapies psychosociales par l'accent mis sur les réponses reliées spécifiquement aux affects, indépendamment des stressors.

Trois prémisses sous-tendent cette démarche :

- L'altération des affects joue un rôle central dans la schizophrénie et dans l'exacerbation psychotique en plus de compromettre l'ajustement personnel et social, d'où l'importance de stratégies de contrôle des comportements déterminés par le système limbique.
- La nécessité d'une thérapie centrée sur la maladie plutôt que sur la personne.
- Il faut tenir compte des aspects neuropsychologiques de la diathèse sous-jacente. Les interventions sont graduellement plus complexes selon le rythme et le niveau de rémission du patient, afin d'éviter qu'elles deviennent une source de stress supplémentaire risquant de précipiter une décompensation.

L'objectif principal de la thérapie est de développer une sensibilité accrue à la vulnérabilité personnelle. On améliore la capacité de détecter de façon précise ses propres états affectifs (entre autres, par les indices internes de mauvaise régulation des affects), pour ensuite encourager l'expression appropriée et contrôlée des émotions, et l'évaluation des réponses réciproques d'autrui. Les moyens utilisés sont des techniques comportementales et la psychoéducation, dont le contenu est propre à chacune des trois phases.

Durant la phase de base qui dure de 3 à 6 mois, on vise la stabilisation clinique, la formation d'une alliance thérapeutique et l'établissement d'un contrat thérapeutique où l'on souligne la notion de responsabilité, de dose minimale efficace de médication et d'acquisition de stratégies d'adaptation. Par ailleurs, le patient participe, avec 4 ou 5 personnes, à un atelier de groupe psychoéducatif sur la maladie. Le modèle présenté se centre sur la vulnérabilité, la nécessité du traitement pharmacologique et l'abstinence de drogues (3 séances).

La phase intermédiaire s'étale sur 6 à 18 mois et vise le développement d'une prise de conscience des états affectifs, cognitifs et comportementaux, et à la fois, l'augmentation des compétences personnelles d'auto-régulation et de gestion des émotions. Le patient participe à un atelier où l'on aborde les symptômes précurseurs de rechute et l'on discute de ces symptômes avec chacun des participants. On discute également du rôle de la mauvaise régulation affective et des indices de détresse associés, de même que du répertoire de stratégies utilisées par le patient. Un deuxième atelier aborde les nouvelles stratégies à apprendre : relaxation, entraînement aux habiletés sociales, aux techniques de perception sociale et à la résolution de problème. Au cours du troisième atelier, on aborde les questions relatives au travail : habiletés nécessaires, expériences passées, problèmes éventuels.

Durant la dernière phase (avancée), le patient se tourne vers l'extérieur en travaillant sur son orientation occupationnelle et la socialisation. Il est alors dans un processus de réinsertion au travail. On analyse également les conséquences sur son état affectif de l'expression des affects et des changements dans l'environnement. L'adaptation interne est renforcée par les situations in vivo que le patient rencontre; on cible particulièrement les situations où de fortes émotions sont exprimées.

L'équipe de Hogarty à Pittsburgh, aux États-Unis, a effectué une étude randomisée de 3 ans de traitement comparant la thérapie personnalisée à la thérapie de soutien et/ou familiale (18,19) (Tableau 5). Les auteurs concluent que l'application de la thérapie personnalisée ne devrait idéalement commencer qu'après l'atteinte de la stabilisation des symptômes et l'installation au lieu de résidence puisque dans leur étude, les patients vivant sans leur famille font plus de rechutes psychotiques lorsqu'ils sont traités avec la thérapie personnalisée (TP) plutôt qu'avec la thérapie de soutien, contrairement aux patients vivant avec leur famille.

## Psychothérapie intégrative

En 1989, l'équipe de Fowler et Morley en Grande-Bretagne a conçu une approche intégrative décrite dans un manuel intitulé *Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis* (11,20). Cette thérapie agit notamment sur l'estime, l'image personnelle (schéma cognitif) et les événements cognitifs (symptômes psychotiques ou réponse qui y est associée). L'hypothèse théorique veut que les délires, qui ne sont ni fixes ni immuables, peuvent être compris en tant que processus psychologiques. Ces auteurs soulignent qu'une proportion substantielle de patients souffrant de schizophrénie présentent des symptômes psychotiques résistant à la médication, une perturbation émotionnelle grave et un handicap social marqué. Considérant l'hétérogénéité qui caractérise ces problèmes, la thérapie est individualisée et le choix des techniques est guidé par la formulation des problèmes et les besoins du patient.

Cette thérapie globale, structurée et de durée limitée a pour concept central l'attitude empathique du thérapeute et comporte 6 étapes :

1. L'évaluation et l'engagement durant lesquels s'établit l'alliance thérapeutique. Les problèmes du patient sont identifiés de même que les facteurs qui sont associés à leur développement et leur maintien.
2. L'application de stratégies d'adaptation cognitivo-comportementales, dans le but d'inspirer un sentiment de contrôle, de maintenir l'espoir et de contenir les sentiments envahissants de terreur ou d'incurabilité. Différentes stratégies d'autorégulation des symptômes cibles sont suggérées au patient afin de l'aider à gérer les expériences psychotiques, les réactions émotionnelles graves ou les passages à l'acte impulsifs. Les stratégies cognitives consistant à maîtriser les pensées dysfonctionnelles identifiées, les stratégies comportementales utilisant l'exposition et les stratégies physiologiques, comme la relaxation, font l'objet d'un entraînement.
3. Une discussion est engagée à propos d'un nouveau modèle explicatif de l'expérience personnelle du patient à partir de formulations cognitives des symptômes psychotiques, à l'aide du questionnement socratique et du modèle vulnérabilité-stress.
4. La restructuration cognitive s'attarde aux délires et aux hallucinations qui sont source de problème d'intégration sociale, d'incapacité ou de souffrance pour le patient. L'attention est centrée sur les délires, les interprétations paranoïdes, les croyances à propos des voix, etc. dans le but de fournir des explications basées sur la réalité, impliquant donc que l'expérience psychotique est le produit d'un dysfonctionnement biologique. Si le patient n'est pas prêt à considérer d'autres solutions de rechange, le thérapeute travaillera à l'intérieur du système délirant afin de diminuer la détresse et de promouvoir une évaluation de la réalité mieux adaptée.
5. L'analyse à l'aide d'une grille cognitivo-comportementale des présomptions erronées à propos de soi et des autres (p.

ex., impression d'être sans valeur, diabolique, dangereux, que les autres sont indignes de confiance etc.). Les stratégies utilisées sont similaires à celles décrites chez les patients déprimés ou ayant des troubles de personnalité.

6. La consolidation des nouvelles perspectives sur les problèmes de la personne; l'objectif est de concevoir un plan pour maîtriser d'éventuelles rechutes psychotiques et contrer l'incapacité sociale à moyen et long terme.

Le Tableau 6 résume l'étude randomisée de London East Anglia (21–23). La thérapie cognitivo-comportementale, selon le manuel écrit par l'équipe de Fowler (11) est comparée au traitement habituel à l'aide d'une approche de *case management* ou agent de suivi communautaire. Pour le groupe traité avec TCC, les délires étaient les symptômes démontrant le plus d'amélioration.

## Conclusion

« Nous devons prendre du recul et amorcer une réflexion sur ce que peut signifier cette distorsion biologique de l'âme humaine pour la personne qui en souffre et sur les interventions requises » (Coursey [24]). L'élaboration d'interventions psychologiques cohérentes avec notre conception actuelle de la maladie, notamment les causes et traitements biologiques, a connu un progrès considérable au cours des 10 dernières années. Ce progrès est concret. Il se définit par les interventions précises et rigoureuses que nous avons révisées.

Cette précision et cette rigueur doivent continuer d'accompagner l'ouverture et l'humanisme indispensables au traitement des personnes atteintes de schizophrénie et de leur famille. Ce sont également cette précision et cette rigueur qui rendent possible la réalisation de recherches. Celles complétées à ce jour permettent de jeter un regard critique sur ces interventions et contribuent à définir les corrections nécessaires. Celles à venir pourraient tout d'abord nous aider à raffiner l'évaluation du patient et des buts poursuivis par l'intervention psychologique. Il est clair que notre conception de la schizophrénie ne permet que peu de généralisation au chapitre des interventions psychologiques comme ailleurs. La schizophrénie demeure une maladie complexe, à caractère évolutif où la démarche thérapeutique repose essentiellement sur une question : « Quelle est la combinaison spécifique d'interventions qui sera la plus utile pour ce patient avec ce type particulier de schizophrénie, à cette phase précise de la maladie? » (Fenton, McGlashan, [25]).

## Bibliographie

1. Perris C, Skagerlind L. Cognitive therapy with schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89 (suppl. 382) :65–70.
2. Pomini V, Brenner HD, Hodel B, Roder V. Thérapies psychologiques des schizophrénies. Primont : Pierre Mardaga;1998.
3. Konen A, Neis L, Hodel B, Brenner HD. À propos des thérapies cognitivo-comportementales de la schizophrénie: le programme intégratif de thérapies psychologiques (IPT). *L'Encéphale* 1993;XIX :47–55.
4. Hodel B, Brenner HD, Merlo MCG, Teuber JF. Emotional management therapy in early psychosis. *Br J Psychiatry* 1998;172 (suppl 33) :128–33.

## Implications cliniques

- Les psychothérapies cognitivo-comportementales peuvent être bénéfiques dans l'intervention auprès de patients souffrant de schizophrénie tant en phase aiguë que chronique.
- Ces approches devraient faire partie de programmes d'intervention précoce pour les patients atteints de schizophrénie afin de prévenir la morbidité secondaire et de faciliter l'adaptation psychologique et sociale de la personne à l'expérience traumatique que peut représenter la psychose.
- L'alliance thérapeutique et un climat de collaboration empirique sont essentiels au succès de ces démarches.

## Limitations

- La méthodologie des études d'efficacité de ces thérapies et les mesures utilisées dans ce but sont très variables.
- L'hétérogénéité des populations étudiées (diagnostics, âge, sévérité et phase de la maladie) rend difficile les comparaisons entre ces études.
- Les études ne permettent pas de conclure quant à l'efficacité relative de ces méthodes selon le type de patient ou de symptomatologie ou quant à la durée optimale du traitement.

5. Green MF. What are functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1996, 153 (3).
6. Kingdon D, Turkington D, John C. Cognitive behaviour therapy of schizophrenia: the amenability of delusions and hallucinations to reasoning. *Br J Psychiatry* 1994;164 :581–7.
7. Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices: a cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 1994;164 :190–201.
8. Tarrier N, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L, Ugarteburu I. 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.
9. Jackson H, Mc Gorry P, Edwards J, Hulbert C. Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Dans : Cotton P, Jackson H, eds. Early intervention and preventive application of clinical psychology. Melbourne (Australia): Academic Press;1997.
10. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Flesher S, et coll. Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21 (3):379–93.
11. Fowler DG, Garety P, Kuipers L. Cognitive behaviour therapy for psychosis: theory and practice. Chichester (G-B): John Wiley and Sons;1995.
12. Nicole L, Pires A, Routhier G, Bélanger R, Buissières G, Gingras N, et coll. Schizophrénie, approche spécialisée et continuité de soins: le programme spécifique intervention « premier épisode » de l'Hôtel-Dieu de Lévis. *Santé mentale au Québec*. 1999;24 (1).
13. Brenner HD, Hodel B, Kube G, Roder V. Kognitive therapie bei schizophrenen: Problemanalyse und empirische ergebnisse. *Nervenarzt* 1987;58:72–83.
14. Drury V, Birchwood M, Cochrane R, MacMillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry* 1996;169 :593–601.
15. Drury V, Birchwood M, Cochrane R, MacMillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. II. Impact on recovery time. *Br J Psychiatry* 1996;169 :602–7.
16. Tarrier N, Sharpe L, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L. 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
17. Jackson H, Mc Gorry P, Edwards J, Hulbert C, Henry L, Francey S, et coll. Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): Preliminary results. *Br J Psychiatry* 1998;172 (suppl 33) :93–100.
18. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Ulrich RF, et coll. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. I: Description of study and effects on relapse rates. *Am J Psychiatry* 1997;154(11):1504–13.
19. Hogarty GE, Greenwald D, Ulrich RF, Kornblith SJ, DiBarry AL, Cooley S, et coll. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. II: Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997;154 (11) :1514–24.
20. Fowler D, Garety P, Kuipers E. Understanding the inexplicable: an individually formulated cognitive approach to delusional beliefs. Dans : Perris C, McGorry P,

## Abstract— Schizophrenia and Cognitive-Behavioural Therapy (CBT)

**Objective:** To distinguish between different approaches of cognitive-behavioural therapy (CBT) for schizophrenia depending on the goals, objectives and methods of these approaches, then to discuss efficacy studies.

**Method:** A summary of information collected through electronic (MEDLINE, PSYchlit) and bibliographic research.

**Results:** CBTs all broadly attempt to bring a better cognitive, behavioural and emotional adjustment to the psychotic experience by suggesting to the patient a new explanatory model of psychosis: the vulnerability-stress model.

These approaches involve different levels and goals. Some focus on correcting basic cognitive deficits or modifying the psychotic symptoms and the related distress. At the other end of the spectrum, metacognitive therapies aim to modify and restructure dysfunctional self and environment schemas to enable the development of better-adjusted and generally applied cognitive strategies. A few studies with limited power and methods have shown the efficiency of those therapies.

**Conclusion:** CBTs prove to be a promising additive treatment. They have been shown to improve social adjustment and quality of life, and to diminish psychotic symptoms and the related distress. They address all positive, negative, cognitive, behavioural, and emotional symptoms while considering the stage of the disease and the patient's special needs. Further research is needed to establish the duration, the best provision frequency, and the specificity of these approaches.

eds. Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice. John Wiley and Sons Ltd. Chichester (UK): 1998; 464p.

21. Kuipers E, Garety P, Fowler D, Dunn G, Bebbington P, Freeman D, et coll. 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.
22. Garety P, Fowler D, Kuipers E, et coll. London East-Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. II: Predictors of outcome. Br J Psychiatry 1997;171 :420-6.
23. Kuipers E, Fowler D, Garety P, Chishlom D, Freeman D, Dunn G, et coll. 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;61-8.
24. Coursey RD. Psychotherapy with persons suffering from schizophrenia: the need for a new agenda. Schizophr Bull 1989;15 :349-53.
25. Fenton WS, McGlashan TH. We can talk: individual psychotherapy for schizophrenia. Am J Psychiatry 1997;154(11) :1493-5.