

Perspectives sur la thérapie cognitive de la schizophrénie et des délires

Yves Lecomte

Volume 24, Number 1, Spring 1999

Schizophrénie, délires et thérapie cognitive

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/031582ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/031582ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Lecomte, Y. (1999). Perspectives sur la thérapie cognitive de la schizophrénie et des délires. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 7–18.

<https://doi.org/10.7202/031582ar>



Éditorial

Perspectives sur la thérapie cognitive de la schizophrénie et des délires

Yves Lecomte*

« Its use is not in conflict with concomitant and strictly individualized medication »

(Perris et Skargerling, 1994)

«... at least some of these people possess the intellectual strength and the information processing capabilities necessary to improve their functioning »

(Bouchard et al., 1996).

En septembre 1996, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal organise une journée d'études sous le titre *Délire et hallucination : nouvelle perspective évaluative et thérapeutique*. Deux ans plus tard, une seconde journée d'études a pour thème *L'approche cognitive de la schizophrénie* avec des collaborateurs britanniques, suisse et québécois, démontrant l'intérêt et l'implication de plus en plus grandissante de ces derniers dans cette approche thérapeutique. Inspirée par cette initiative, *Santé mentale au Québec* présente un dossier sous le titre de *Schizophrénie, délires et thérapie cognitive* qui vise à présenter aux intervenants et aux chercheurs certaines questions qui confrontent la thérapie cognitive, et les réponses que des collaborateurs britanniques, américains et québécois, qui s'illustrent dans ce domaine, y apportent.

Depuis la parution en 1952 de l'article de Beck intitulé *Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt*, les cognitivistes portent un intérêt soutenu à ces personnes. Meichenbaum et Cameron développent en 1973 une approche thérapeutique pour traiter la schizophrénie, alors que Watts

* L'auteur est psychologue au Centre de santé mentale communautaire, clinique externe de l'hôpital Saint-Luc (CHUM).

et al. et Milton et al. expérimentent respectivement en 1973 et en 1978, avec succès, la méthode « belief modification » pour le traitement des délires. Johnson et al. développent en 1977 la thérapie de la réattribution, et Hartman et Cashman expérimentent en 1983 le regroupement de certaines procédures psychopharmacologiques et cognitives comportementales (Slade, 1990).

Les années 80 marquent un tournant, le traitement de la schizophrénie devenant un enjeu thérapeutique et théorique d'envergure. En 1985, Bellack, président de l'AABT, attire l'attention sur la nécessité pour les cognitivistes de s'intéresser plus activement à la schizophrénie qui est de plus en plus le « behavior therapy's forgotten child » (l'enfant pauvre de la thérapie béhaviorale). Il invite les thérapeutes et chercheurs à ne pas adhérer aux conceptions sur le traitement de la schizophrénie qui font croire que ses fondements biologiques et que son traitement médicamenteux rendent inutile le recours aux thérapies psychosociales et comportementales (McNally, 1994).

Cet appel est suivi durant la décennie suivante par le développement d'une pléthore de modalités d'intervention cognitive et comportementale (Conrad et Tania Lecomte en recensent 15). Deux facteurs pourraient expliquer le renouvellement de cet intérêt pour la schizophrénie. Le premier facteur est la nécessité de soulager les patients de la détresse causée par leurs symptômes : 25 à 50 % des patients ne connaissent pas une résolution de leurs symptômes positifs (hallucinations et délires), et plus de 50 % des patients rechutent durant les cinq années qui suivent un épisode psychotique, malgré l'utilisation médicalement adéquate de neuroleptiques dont les atypiques. Deuxième facteur : comme la thérapie cognitive est de plus en plus reconnue efficace pour les troubles névrotiques, en particulier les troubles dépressifs et anxieux, autant sinon plus que la médication, elle devient naturellement la thérapie vers laquelle se tournent les cliniciens et les chercheurs pour élaborer des traitements pour les troubles psychotiques.

La thérapie cognitive, qui se distingue de la thérapie behaviorale par le focus de l'intervention sur le contenu des délires au lieu des verbalisations (Alford et Beck, 1994), se développe et connaît une popularité de plus en plus grande depuis une dizaine d'années. Elle s'intéresse autant aux symptômes positifs (délire et hallucination) qu'aux symptômes négatifs. Dans le présent numéro, Scott et Wright donnent un excellent aperçu des procédures thérapeutiques utilisées pour modifier ces symptômes avec illustration clinique pour les différents types.

Les théories cognitives du délire

De nombreuses théories ont été élaborées au cours des ans¹. Winters et Neale (1983) les divisent en deux thèmes. Le premier dit *motivationnel* postule que le développement des délires est motivé par certaines raisons psychologiques. Se regroupent sous ce thème les théories de l'attribution (construire un délire pour expliquer des expériences perceptuelles inhabituelles), et du soulagement de l'aversion (la pensée délirante réduit, améliore ou soulage un état inconfortable). Le deuxième thème est dit *déficitaire* à savoir que les délires résultent d'un déficit cognitif fondamental. Dans ce thème se retrouvent les théories de l'intellect, du mode de pensée, de la perception, du traitement de l'information et de l'inertie du cerveau.

Garety, qui signe un article dans le présent numéro, et Freeman (1999) actualisent cette revue de littérature en recensant les trois approches théoriques actuellement dominantes. La première, la pensée déficitaire, concerne les déficits des méta-représentations. Élaborée par Frith (1992), cette théorie des délires de référence et de persécution stipule qu'ils émergent d'un échec du système de surveillance des actions et de leur intentionnalité à représenter les croyances, les pensées et les intentions des autres personnes.

Les deux autres théories se situent dans le thème motivationnel. Garety et Hemsley (1994) bâtissent un modèle multifactoriel complexe dont la composition peut varier selon les délires. Ainsi, pour certains délires, ce seraient l'expérience antérieure, les affects, l'estime de soi et la motivation qui joueraient un rôle, alors que dans d'autres délires, ce seraient des biais dans la perception et le jugement. La formation et le maintien des croyances seraient dus à des processus normaux comme l'attention sélective et le biais de confirmation, et dans d'autres cas, le jeu dynamique de ces processus opérerait comme mécanisme causal.

La troisième théorie, soutenue par Bentall et al. (1991, 1994), présente le délire comme une défense contre l'écart qui existe entre la perception de soi-même et la perception désirée de soi, écart qui augmente la faible estime de soi. Dans les délires de persécution, l'externalisation de l'attribution de la causalité est suscitée par des événements négatifs. Si la personne ne se défend pas contre ces événements, ceux-ci augmenteront l'accessibilité à des représentations de soi négatives et abaisseront l'estime de soi. Dans cette optique, la paranoïa est une forme de dépression cachée.

Dans la tradition de la recherche empirique, ces théories doivent être vérifiables c'est-à-dire qu'elles doivent engendrer des prédictions

qui peuvent être confirmées ou infirmées. Garety et Freeman (1999) recensent les études sur ces trois théories et concluent que les données ne confirment complètement leurs énoncés. Mais les études confirment le biais de raisonnement soit la tendance à recueillir moins de preuves qu'il n'en faudrait et à sauter vite à des conclusions, erronées ou non. Cela se confirme avec un contenu très significatif ou non significatif pour la personne. Corollairement, existe un biais de non-confirmation à savoir que les personnes délirantes sont davantage prêtes à abandonner des hypothèses existantes pour en former de nouvelles, mais encore une fois sur la base d'un nombre insuffisant d'évidences. Le biais d'attribution (externaliser le blâme pour des événements négatifs) est fortement supporté. Ce biais peut résulter de la tendance à personnaliser i.e. à blâmer les gens au lieu des situations ou de la chance quand les choses ne vont pas bien. Toutefois, le biais d'attribution pour se défendre contre une faible estime de soi est douteux. Également, il n'est pas prouvé que ces biais d'attribution soient spécifiques à la persécution comparative-ment à d'autres formes de délire. Enfin, les personnes délirantes éprouvent des difficultés à se représenter les états mentaux des autres.

Malgré l'élaboration et l'expérimentation de ces nombreuses théories, Haddock et al. (1998) constatent l'absence de consensus sur un modèle cognitif du développement du syndrome de la schizophrénie, de l'occurrence et du maintien des symptômes, contrairement aux troubles névrotiques, pour lesquels des modèles sont développés sur la base du postulat suivant : « l'occurrence et le maintien d'un symptôme ou d'un problème sont médiatisés par des processus cognitifs et environnementaux qui peuvent être modifiés par l'enseignement de nouvelles habiletés comportementales et cognitives adaptées » (p. 822). Pour résoudre ce problème, les auteurs conseillent de se concentrer sur l'occurrence et le maintien des symptômes. Dans cette optique, Fowler, Garety et Kuipers développent dans le présent dossier un « cadre cognitif unifié de la psychose » au lieu d'un modèle cognitif.

Reconnaissant que la psychose est un problème multifactoriel, les auteurs adoptent le modèle vulnérabilité/stress de Zubin et Spring (1977) et de Nuechterlein et Dawson (1984) comme cadre de référence multifactoriel. Ce modèle postule une vulnérabilité spécifique à chaque personne dont le corollaire est la nécessité d'une définition, dite formulation, personnalisée de cette vulnérabilité. Le focus de la formulation est double : décrire en collaboration avec le patient « la façon dont les problèmes de détresse, d'incapacité, de troubles émotionnels et comportementaux peuvent en venir à être associés à la psychose » c'est-à-dire à la manière dont la personne fait face (cope) à la psychose ; et découvrir,

toujours avec elle, la signification qu'elle donne de son expérience. Cette signification est déduite du contenu du délire et des hallucinations auditives. L'autre aspect du cadre cognitif est le questionnement avec la personne de l'origine de sa vulnérabilité : est-ce une confusion interne (événements internes)-- externe (événements extérieurs) retrouvée dans l'état de psychose aiguë qui serait source des symptômes ? Ou en réaction à cet état de confusion interne-externe, serait-ce le mécanisme de l'attribution qui fait surgir les croyances que le changement interne est un changement externe (dans le monde environnant), et qu'il y a « présence d'une menace externe interpersonnelle ? ».

Les deux approches thérapeutiques

Deux orientations théoriques, désignées sous le terme d'approche, se dégagent dans les études sur la thérapie cognitive selon Perris et Skagerlind (1994) et dont la description se retrouve dans l'article de Nicole et al. du présent numéro. Ce sont l'approche moléculaire c'est-à-dire la détection et la correction des déficits cognitifs de base sous-jacents à la schizophrénie, et l'approche métacognitive molaire qui consiste à modifier et à restructurer les modèles dysfonctionnels du soi et de l'environnement, et qui se centre sur des symptômes psychotiques spécifiques.

L'approche moléculaire

L'approche moléculaire met en évidence les déficits de l'attention et du traitement de l'information des personnes qui souffrent de schizophrénie. Particulièrement, les déficits dans la sélection des stimuli (pertinents et non pertinents), le maintien ou la flexibilité de l'allocation de l'attention, la disponibilité de l'information enregistrée pour la comparaison des processus, et certains aspects de la capacité d'abstraction et de formation des concepts. Thérapeutiquement, cette approche vise deux objectifs : 1) la correction des déficits cognitifs ; 2) la modification de certains symptômes spécifiques chez des patients résistants aux effets de la médication afin de réduire leur psychopathologie et d'améliorer leur fonctionnement.

Au Québec, deux programmes d'intervention, qui sont présentés dans ce dossier, s'inscrivent dans cette approche et s'inspirent du programme Integrated Psychological Therapy (IPT) de Brenner et al. (1992) en Suisse. Luc Nicole et son équipe ont implanté à Lévis, en mars 1997, un programme spécialisé pour des personnes qui connaissent leur premier épisode de schizophrénie. Ce programme, intégré dans la clinique externe de secteur, s'appuie sur trois postulats : « la

schizophrénie est une maladie du cerveau à composante génétique qui se traduit par des symptômes et signes pouvant se catégoriser comme positifs et négatifs » ; une intervention précoce peut limiter ou éviter les répercussions de la maladie ; le modèle doit combiner plusieurs interventions pour répondre aux nombreux problèmes et aux différences individuelles. L'article décrit en détails les diverses composantes des deux modules du programme (évaluation et traitement) et soulève bien leurs enjeux. Le module évaluation en présente trois : la nécessité d'une évaluation rigoureuse sous les plans biologique, psychologique et social oblige à repenser l'évaluation clinique des symptômes ; l'hétérogénéité de la population atteinte de schizophrénie pose des défis aux évaluations neuropsychologiques ; et la difficulté d'intégrer dans un plan de traitement l'ensemble des données neuropsychologiques, occupationnelles et familiales. Le module de traitement a deux enjeux : la qualité de la relation thérapeutique ; l'intégration optimale des nombreuses composantes du programme.

La Clinique Jeunes Adultes fondée par Pierre Lalonde à l'hôpital L.H. Lafontaine offre un programme spécialisé dont l'objectif est d'apprendre à solutionner les difficultés de la vie quotidienne par le processus de résolution de problèmes. Pour faciliter ce processus, il est prévu un programme assez diversifié qui corrige les déficits cognitifs qui entravent ce processus et qui permet l'intégration des habiletés des sphères cognition-émotion-comportement. Le programme IPT sert de modèle. Dans leur article, les auteurs font une description fort détaillée de leur programme et mettent bien en évidence sa richesse et son originalité.

Comme il est mentionné par les auteurs, ce programme se bute aux difficultés de l'assiduité des participants aux prises avec des symptômes négatifs ; de l'instauration d'un climat non menaçant et de la généralisation des acquis dans la vie de tous les jours.

L'approche métacognitive molaire

La deuxième orientation se centre sur la restructuration des modèles émotifs et cognitifs dysfonctionnels du soi et de l'environnement que le patient schizophrène développe tôt dans sa vie. Le rationnel théorique est que la vulnérabilité individuelle n'est pas exclusivement biologique et résulte des interactions continues entre les facteurs biologiques et psychosociaux. Les caractéristiques biologiques sont relativement stables d'un côté alors que les structures de signification dysfonctionnelles sont acquises et modifiables. Ces dernières sont la cible des interventions thérapeutiques. Le traitement utilise une gamme variée de

stratégies et de techniques tout en tenant compte des effets positifs et négatifs de la médication.

Au Québec, il ne semble y avoir qu'un seul programme pour les délires et hallucinations en développement, au Centre de recherche Fernand Seguin, hôpital L.H. Lafontaine. Mais les lecteurs et lectrices trouveront dans le présent dossier deux modèles réalisés par des collaborateurs britanniques reconnus comme faisant partie des chefs de file dans ce domaine.

Ces auteurs élaborent leur approche thérapeutique des événements, processus et schèmes cognitifs qui sont au centre des délires sur la base d'un modèle en apparence très simple : le modèle ABC (Chadwick et al., 1996). Ce modèle se décrit comme suit : un événement (activating event) provoque une réponse émotive ou comportementale (C) qui est médiatisée par les croyances (Belief). Les lecteurs et lectrices pourront mieux apprécier la richesse et l'originalité de ces approches en ayant en tête ce modèle.

Fowler et al. présentent d'abord les objectifs de leur approche thérapeutique : réduire le trouble délirant et la détresse émotive associée à celui-ci, tout en promouvant la participation active du patient dans son devenir. Ils décrivent ensuite en détails et avec finesse le processus thérapeutique divisé en six étapes. Tout au long de la description, les auteurs font ressortir la nécessité d'une relation thérapeutique authentique basée sur la collaboration active du patient et du respect de ses dires et de ses croyances. De leur côté, Siddle et Turkington développent leur approche des délires à partir de deux concepts centraux : le raisonnement de normalisation et la formulation de cas. Après avoir insisté sur le besoin d'une relation thérapeutique authentique, ils décrivent un autre aspect de la thérapie cognitive : les diverses techniques utilisées pour en arriver à ce que le patient doute de ses explications délirantes et développent des explications alternatives. Donc, deux articles riches de renseignements qui reflètent la profonde expérience clinique de leurs auteurs.

L'évaluation empirique

La thérapie cognitive est l'objet de nombreuses recherches évaluatives dont l'objectif est de prouver son efficacité. Bouchard et al. (1996) ont fait une revue de littérature extensive sur la restructuration cognitive i.e. l'ensemble des stratégies utilisées pour modifier les croyances dysfonctionnelles de base (les propositions cognitives) contrairement à la réadaptation cognitive i.e. les stratégies utilisées pour

réadapter les déficits dans le traitement de l'information (les opérations cognitives). À partir des quinze études qui correspondent à leurs critères, les auteurs concluent que la thérapie cognitive est plus efficace pour les délires que pour les hallucinations. Elle réduit en effet substantiellement la conviction délirante, et l'élimine même. Elle a aussi un effet positif important sur d'autres aspects : l'anxiété et la dépression.

Les auteurs se questionnent sur le fonctionnement de la restructuration cognitive et dégagent les quatre niveaux de la cognition sur lesquels elle exercerait un effet : a) les produits (pensées automatiques) ; 2) les opérations (traitement de l'information) ; 3) les propositions (contenu des croyances de base) ; 4) la structure (l'organisation de l'information dans la mémoire). Ils concluent en soulignant que cette thérapie pourrait ne pas être suffisante pour empêcher les rechutes chez les patients qui ont des déficits du traitement de l'information.

Conrad et Tania Lecomte s'interrogent aussi sur les résultats positifs des études évaluatives dans le présent numéro à partir d'un point de vue différent : Qu'est-ce qui peut expliquer le succès des thérapies cognitives ? Constatant que les méthodes de traitement spécifiques et non spécifiques des délires obtiennent des résultats positifs semblables, les auteurs essaient de démêler l'ensemble des modalités et des objectifs des traitements pour dégager les pistes majeures porteuses d'un maximum d'explication. De ce travail, se dégagent cinq axes qui peuvent orienter la réflexion et les recherches : les *variables du client* (expérience cognitive, affective et comportementale) responsables de 65 % du changement thérapeutique ; les *caractéristiques du thérapeute* non suffisamment considérées jusqu'à maintenant « contribuent jusqu'à huit fois plus à l'obtention de résultats positifs que l'utilisation de techniques spécifiques » ; l'*alliance thérapeutique* responsable de « plus de 45 % de la variance des résultats thérapeutiques » illustrant « le caractère central et déterminant de sa qualité » ; les *méthodes d'intervention* dont l'axe d'études est l'identification « des stratégies et des principes d'intervention communs à toutes les approches thérapeutiques » ; le *cadre thérapeutique* structurant et sécurisant qui répond aux caractéristiques de la clientèle.

Perspectives nouvelles

Bien ancrée dans la tradition britannique, la thérapie cognitive ne peut ignorer un champ de recherche et d'intervention très britannique, les émotions exprimées, d'autant plus que les études dans ce champ

s'intéressent aux facteurs interpersonnels de la famille, facteurs hautement pertinents pour toutes théories qui s'intéressent aux stratégies cognitives interpersonnelles. Haddock et al. (1998) postulent qu'une approche cognitive des pensées des patients et de leurs parents a la séquence suivante : les croyances mènent à des pensées automatiques qui mènent aux émotions exprimées. Par exemple, les parents peuvent avoir des croyances différentes et contradictoires sur la maladie de leur enfant, croyances qui mènent à une interprétation différente des comportements de leur enfant, et à l'expression d'émotions aussi différentes : l'une se classe dans la catégorie émotion exprimée élevée et l'autre dans la catégorie émotion exprimée basse. Ces émotions sont ainsi reliées à des schèmes (contenu et structure) respectifs et à des pensées à propos des événements interpersonnels spécifiques dans la famille. Mais toute cette hypothèse reste à confirmer.

Conclusion

La thérapie cognitive pour la schizophrénie et ses symptômes connaît depuis une dizaine d'années un engouement et un développement remarquable. Initiée et développée principalement par des cliniciens britanniques, suisses et américains, elle se répand maintenant dans le monde francophone, et a comme pôle d'expérimentation et de développement en France l'hôpital psychiatrique Le Vinatier, Lyon, sous la direction de Chambon et de Marie-Cardine (1992a ; 1992b ; 1994), et au Québec, l'Hôtel-Dieu de Lévis et l'hôpital L.H. Lafontaine de Montréal sous la direction respective de Luc Nicole et de Pierre Lalonde.

Conformes aux valeurs actuelles, la thérapie cognitive vérifie ses assertions théoriques et ses techniques thérapeutiques par la méthode expérimentale. Elle se pose comme complémentaire au mode de traitement « de première ligne » de la schizophrénie (Haddock et al., 1998), en se concentrant sur les patients réfractaires aux neuroleptiques. Elle appuie ses modèles de développement et de maintien des symptômes sur le modèle psychiatrique de la schizophrénie actuellement le plus répandu, le modèle vulnérabilité/stress (Zubin et Spring, 1977 ; Zubin et al., 1983 ; Nuechterlein et Dawson, 1984). La théorisation et les stratégies de fonctionnement de la thérapie cognitive donnent à ce jour d'heureux résultats grâce entre autres à l'ingéniosité et au sens clinique de ses concepteurs comme il peut être constaté dans ce dossier.

De la même manière que le patient est invité à participer à un questionnement socratique sur ses croyances avec le thérapeute, les chercheurs invitent les cliniciens cognitivistes à s'interroger sur les

fondements de leur approche, et sur les facteurs à l'origine de son efficacité. Ce questionnement, comme le font Conrad et Tania Lecomte dans le présent numéro, soulève beaucoup de questions qui amènent le lecteur et la lectrice à envisager la thérapie cognitive d'une manière alternative à celle projetée par ses techniques d'intervention. Importantes, les techniques ne sont toutefois pas au centre de l'intervention, mais en périphérie de la relation et de l'alliance thérapeutique qui est « l'influence la plus déterminante du succès thérapeutique ». « Il semble primordial que les thérapies cognitives comportementales lui accordent toute son importance ». Un échange socratique avec les thérapeutes qui accordent une place centrale à cette alliance pourra s'en suivre, et permettre aux uns et aux autres de s'enrichir au bénéfice des patients en quête d'un soulagement à leur détresse émotionnelle.

Note

1. Consulter les revues de littérature de Arthur (1964); Fowley et al., (1995); Swanson, Bohnert et Smith (1979) et Winters et Neale (1983) pour une description détaillée de ces diverses théories.

RÉFÉRENCES

- ALFORD, B.A., BECK, A.T., 1994, Cognitive therapy of delusional beliefs, *Behavior Research Therapy*, 32, no. 3, 369-380.
- ARTHUR, A.Z., 1964, Theories and explanations of delusions : a review, *American Journal of Psychiatry*, 121, 105-115.
- BECK, A.T., 1952, Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt, *Psychiatry*, 15, 305-312.
- BELLACK, A.S., 1986, Schizophrenia : behavior therapy's forgotten child, *Behavior Therapy*, 17, 199-214.
- BENTALL, R.P., KANEY, S., DEWEY, M.E., 1991, Persecutory delusions : an attribution theory analysis, *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 13-23.
- 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.
- BOUCHARD, S., VALLIÈRES, A., ROY, M.A., MAZIADÉ, M., 1996, Cognitive restructuring in the treatment of psychotic symptoms in schizophrenia : a critical analysis, *Behavior Therapy*, 27, 257-277.

- BRENNER, H., HODEL, B., RODER, V., CORRIGAN, P. 1992, *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenia Patients*, Hogrefe and Huber, Toronto.
- CHADWICK, P., BIRCHWOOD, M., TROWER, P., 1996, *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*, Wiley, Toronto.
- CHAMBON, O., MARIE-CARDINE, M., 1992a, *La réadaptation sociale des psychotiques chroniques : approche cognitivo-comportementale*, PUF, Paris.
- CHAMBON, O., MARIE-CARDINE, M., 1992a, Réhabilitation des troubles psychotiques, in Ladouceur, R., Fontaine, O., Cottraux, J., *Thérapie comportementale et cognitive*, Masson, Paris, 173-187.
- CHAMBON, O., MARIE-CARDINE, M., 1994, *Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques*, Masson, Paris.
- FOWLER, D.G., GARETY, P.A., KUIPERS, E., 1995, *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis : Theory and Practice*, John Wiley and Sons, Chichester.
- FRITH, C.D., 1992, *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*, Lawrence Erlbaum, Hove.
- GARETY, P.A., FREEMAN, D., 1999, Cognitive approaches to delusions : a critical review of theories and evidence, *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
- GARETY, P.A., HEMSLEY, D.R., 1994, *Delusions : Investigations into the Psychology of Delusional Reasoning*, Psychology Press, Hove.
- HADDOCK, G., TARRIER, N., SPAULDING, W., YUSUPOFF, L., KINNEY, C., MCCARTHY, E., 1998, Individual cognitive-behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions : a review, *Clinical Psychology Review*, 18, 821-838.
- HARTMAN, I.M., CASHMAN, F.E., 1983, Cognitive-behavioural and psychopharmacological treatment of delusional symptoms : a preliminary report, *Behavioural Psychotherapy*, 11, 50-61.
- HINGLEY, S.M., 1992, Psychological theories of delusional thinking : in search of integration, *British Journal of Medical Psychology*, 65, 347-356.
- JOHNSON, W.G., ROSS, J.M., MASTRIA, M.A., 1977, Delusional behaviour : an attributional analysis of development and modification, *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 421-426.
- MCNALLY, R.J., 1994, Innovations in cognitive-behavioral approaches to schizophrenia, *Behavior Therapy*, 25, 1-4.

- MEICHENBAUM, D.M., CAMERON, R., 1973, Training schizophrenics to talk to themselves : a means of developing attentional control, *Behaviour Therapy*, 4, 515-534.
- MILTON, F., PATWA, V.R., HAFNER, R.J., 1978, Confrontation versus belief modification in persistently deluded patients, *British Journal of Medical Psychology*, 51, 127-130.
- NUECHTERLEIN, K.H., DAWSON, M.E., 1984, A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes, *Schizophrenia Bulletin*, 10, 2, 300-312.
- PERRIS, C., SKAGERLIND, L., 1994, Cognitive therapy with schizophrenic patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, suppl 382, 65-70.
- SLADE, P.D., 1990, The behavioural and cognitive treatment of psychotic symptoms in Bentall, R.P., *Reconstructing Schizophrenia*, Routledge, London, 234- 253.
- SWANSON, D.W., BOHNERT, P.J., SMITH, J.A., 1970, *The Paranoid*, Little Brown, Boston.
- WATTS, F.N., POWELL, E.G., AUSTIN, S.V., 1973, The modification of abnormal belief's, *British Journal of Medical Psychology*, 46, 359-363.
- WINTERS, K.C., NEALE, J.M., 1983, Delusions and delusional thinking in psychotics : a review of the literature, *Clinical Psychology Review*, 3, 227-253.
- ZUBIN, J., SPRING, B., 1977, Vulnerability- a new view of schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 2, 103-126.
- ZUBIN, J., MAGAZINER, J., STEINHAEUER, S.R., 1983, The metamorphosis of schizophrenia : from chronicity to vulnerability, *Psychological Medicine*, 13, 551-571.