Document generated on 07/01/2025 3:36 a.m.

Santé mentale au Québec

Thérapie cognitive des troubles mentaux graves et persistants
Cognitive therapy for chronic and severe mental disorders
Terapia cognoscitiva de los desôrdenes mentales graves y persistentes

Jan Scott and Jesse H. Wright

Volume 24, Number 1, Spring 1999

Schizophrénie, délires et thérapie cognitive

URI: https://id.erudit.org/iderudit/031586ar
DOI: https://doi.org/10.7202/031586ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Scott, J. & Wright, J. H. (1999). Thérapie cognitive des troubles mentaux graves et persistants. *Santé mentale au Québec*, *24*(1), 89–100. https://doi.org/10.7202/031586ar

Article abstract

This article presents an overview of cognitive therapy applied to the treatment of three psychotic symptoms: delusions, hallucinations and negative symptoms often resistant to medication. It describes the essential therapeutic conditions for the success of such a therapy including therapeutic alliance. Clinical vignettes illustrate how sessions work. Finally, the article concludes with results on the efficiency of this intervention.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1999

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Thérapie cognitive des troubles mentaux graves et persistants

Jan Scott*
Jesse H. Wright**

Cet article présente un survol de la thérapie cognitive appliquée au traitement de trois symptômes psychotiques : les délires, les hallucinations et les symptômes négatifs qui sont très souvent réfractaires au traitement médicamenteux. Il décrit les conditions thérapeutiques essentielles pour la réussite d'une telle thérapie, entres autres, l'alliance thérapeutique. Des vignettes cliniques illustrent le déroulement des sessions. Enfin l'article conclue par des résultats qui rendent compte de l'efficacité de cette intervention.

Les taux de prévalence à vie de la schizophrénie se situent entre 0,5 % et 1,0 %. Une pleine rémission des symptômes se produit probablement chez moins de 60 % des individus souffrant de cette maladie (Shepherd et al., 1989), et malgré une médication antipsychotique appropriée, environ 50 % des patients vivront une rechute dans les cinq ans qui suivent un épisode schizophrénique (Remington et Adams, 1994). Étant donné qu'avec la pharmacothérapie seulement, peu de patients recouvrent l'ensemble de leurs fonctions (p. ex. absence des symptômes positifs, symptômes négatifs, et autres difficultés émotionnelles comme la dépression ou l'apathie), il existe un nombre de cibles potentielles pour des interventions cognitives béhaviorales.

Chez plusieurs individus souffrant de schizophrénie, les symptômes positifs (p. ex. les hallucinations et les délires), diminuent avec la médication antipsychotique, mais les symptômes négatifs (p. ex. l'émoussement de l'affect, l'abattement affectif, la pauvreté des idées, une baisse de motivation) peuvent persister même après qu'une période

* Clinique médicale — Glascow en Écosse.

** Norton Psychiatric Clinic (University of Louiseville School of Medicine) au Kentucky.

Reproduit avec la permission des presses de l'American Psychiatric Press. Dans sa version originale, ce texte écrit par Jesse Wright et Jan Scott est un extrait du chapitre intitulé : Cognitive Therapy for chronic and severe mental disorders, publié dans Cognitive Therapy, section 1 of American Psychiatric Press Review of Psychiatry, volume 16, edited by Dickstein, L.J., Riba, M.B., Oldman, J.M., pages 157 à 165. Tous droits réservés.

aiguë ait commencé de s'atténuer. Une minorité significative d'individus peut aussi afficher des « comportements difficiles ». Ces comportements consisteront en des actions aberrantes ou inappropriées, qui ont pour effet d'isoler l'individu de son réseau social et communautaire. Les approches comportementales ont été recommandées pour les symptômes négatifs ou les comportements à défi depuis un certain nombre d'années, et les interventions cognitives sont de plus en plus intégrées aux traitements (Hogg et Hall, 1992).

Bien que les progrès pharmacologiques aient réduit les souffrances de façon substantielle, environ 25 % des personnes atteintes de schizophrénie souffrent d'un trouble de « résistance au traitement », et de 20 % à 60 % cessent de prendre leur médication à un moment donné (Curry, 1985). En plus de symptômes réfractaires au traitement, des facteurs comme la personnalité pré-morbide, les attitudes envers la médication, les problèmes familiaux et interpersonnels et les réactions négatives au diagnostic de schizophrénie peuvent aussi influencer les résultats. Aussi, des stresseurs psychosociaux peuvent exacerber les symptômes ou accroître les risques de rechute. Chacun de ces problèmes ou questions peut justifier le recours à des interventions psychologiques complémentaires.

Aperçu des procédures thérapeutiques

Pour les personnes souffrant de schizophrénie, la thérapie tente au début d'aider l'individu à faire face à sa situation. La discussion des événements qui rendent souvent le patient perplexe est un moyen utile pour développer la relation thérapeutique (Scott et al., 1993). S'il croit que le thérapeute cognitif tente véritablement de comprendre sa perspective, le patient est davantage susceptible de s'engager dans le processus thérapeutique à long terme. Le processus d'évaluation de la thérapie cognitive-béhaviorale (TCB) identifie tout antécédent de la dépression psychotique, établit les connaissances que le patient a de l'étiologie de la schizophrénie, et discerne les effets du trouble sur le patient et sur sa famille (Beck, 1952). Une conceptualisation est développée qui comprend les aspects cognitifs (pensées, attributions et croyances), comportementaux, affectifs, biologiques et environnementaux de la vie de l'individu. L'approche décrite antérieurement pour les troubles bipolaires (Padesky et Mooney, 1990), reconnaissant clairement les facteurs biologiques, est particulièrement utile dans le travail avec des individus qui souffrent de maladies mentales graves. Ceci permet au thérapeute de mettre l'accent sur un modèle de stress-vulnérabilité qui inclut les facteurs biochimiques comme précipitants des symptômes.

Une relation de collaboration est essentielle dans la thérapie cognitive béhaviorale. Une alliance thérapeutique solide est associée à une diminution des symptômes et, par le fait même, de la détresse (Scott et al., 1993). De plus, au fur et à mesure que grandit la confiance du patient envers le thérapeute, il s'avère possible de commencer l'exploration conjointe des idées négatives au sujet de la maladie et de son traitement. Ce processus peut permettre de développer des hypothèses quant aux croyances particulières sous-jacentes. L'identification de ces croyances peut aider à comprendre le contenu spécifique des délires et des hallucinations (Scott et al., 1993). Toutefois, il est important de ne pas procéder trop rapidement à la thérapie de la réalité de ces symptômes. Il est généralement préférable d'aborder l'anxiété, la panique ou les symptômes de dépression, et ensuite de procéder graduellement vers des interventions ciblant les symptômes positifs. Le rythme de la TCB est habituellement dicté par la capacité du patient à tolérer le processus de l'exploration guidée. Si le thérapeute tente d'accélérer le processus, le patient peut trouver les sessions trop difficiles. Le stress provoqué par un excès de zèle pourrait en fait exacerber les symptômes de la maladie (Kingdon et Turkington, 1993). À moins que le patient puisse faire confiance au thérapeute, toute tentative d'exploration conjointe des délires peut être interprétée comme un défi ou un affrontement. Si le thérapeute et le patient ont une bonne relation de travail, il est habituellement possible de négocier un retrait de l'exploration des symptômes positifs et de recommencer plus tard quand le processus s'avère moins menaçant. Dans le traitement de la schizophrénie, la durée de la TCB est considérablement plus longue que dans celui des troubles non psychotiques (Fowler et al., 1995).

Pendant plusieurs années, Hogg et Hall (1992) ont observé que les interventions utilisées pour réduire les comportements aberrants ou difficiles étaient plutôt simples. Il s'agit peut-être d'une conséquence du fait que de tels comportements étaient simplement attribués au « trouble » sans aucune tentative de déterminer les structures cognitives sous-jacentes (croyances profondes) ou les processus (erreurs de logique) qui peuvent animer les actions de l'individu. Si un cadre cognitif est utilisé, plusieurs comportements difficiles peuvent être compris comme une conséquence d'une « réaction en chaîne » où certains événements activent les croyances sous-jacentes de l'individu, qui à leur tour mènent à des idées négatives automatiques, à des sentiments de frustration ou de colère et à des comportements mésadaptés. Une analyse soignée de cette séquence peut identifier les événements déclencheurs (p. ex. les facteurs environnementaux,

l'usage de drogues ou d'alcool), les croyances particulières et les interprétations erronées et préparer à l'utilisation des interventions de TCB.

Pour certains individus, les sessions de TCB devraient être de courte durée mais tenues à des intervalles fréquents pour obvier aux difficultés de concentration et aux effets négatifs potentiels d'une trop grande stimulation. Trois sessions de 20 minutes par semaine peuvent être plus bénéfiques qu'une session d'une heure. La mise en valeur de la concentration par des devoirs gradués, l'identification et l'exploration des peurs au sujet d'activités qui ont été évitées (comme de nouvelles aventures sociales), ou l'examen des peurs plus générales de l'avenir peut aider à surmonter les facteurs psychologiques qui maintiennent les symptômes négatifs (Kingdon et Turkington, 1994).

Exemples de thérapies

Des interventions cognitivo-comportementales peuvent être utiles pour certains aspects du traitement tels l'éducation individuelle ou familiale au sujet de la schizophrénie, l'exploration des attitudes envers la maladie et ses traitements, l'ajustement, le traitement des troubles émotionnels et du désespoir concomitants et l'émoussement de l'affect, le développement de l'autonomie et la conformité à la prise de médicaments. Toutefois, cette section-ci se concentrera sur l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale dans le traitement des symptômes négatifs et positifs, parce que cet aspect offre une nouvelle approche au traitement des individus souffrant de schizophrénie. Un nombre d'excellents manuels ont récemment été publiés qui donnent des descriptions détaillées des interventions (Birchwood et Shepherd, 1992; Birchwood et Tarrier, 1992; Fowler et al., 1995; Haddock et Slade, 1996; Kingdon et Turkington, 1994; Scott et al., 1993).

Délires

Pour faire des interventions appropriées qui modifieront les symptômes positifs, le thérapeute doit d'abord procéder à une évaluation détaillée en collaboration avec le patient. Pour les délires, quatre dimensions sont évaluées : la conviction, l'accommodation (p. ex. le degré de modification du délire), la persuasion, et le niveau de fermeture (Hole et al., 1979). Les recherches suggèrent que les individus qui éprouvent des délires « sautent aux conclusions », ils sous-utilisent les données contraires, et ont tendance à attribuer les événements négatifs à

des causes extérieures (Huq et al., 1988). Ainsi, les délires partagent plusieurs des caractéristiques des distorsions cognitives observées chez les troubles affectifs et théoriquement ils devraient être accessibles au raisonnement structuré et aux approches comportementales (Scott et al., 1993 ; Turkington et Kingdon, 1996).

Monsieur H., un homme âgé de 43 ans avec dix ans d'histoire de schizophrénie, croyait qu'il était poursuivi par un membre dirigeant de la mafia et que sa vie était en danger. Initialement, M. H. et le thérapeute ont examiné le moment approximatif du déclenchement des délires et pourquoi ses expériences actuelles ou passées pourraient l'avoir mené à accorder de l'importance à un événement spécifique. M. H. s'était accroché à cette croyance pendant environ huit ans. Il avait été attaqué dans la rue par un homme aux cheveux foncés et aux yeux noirs qui, selon M. H., avait « l'air Italien ». Le jour suivant, il avait vu des graffiti sur le mur d'un garage où il pouvait lire « Newcastle United Mafia Rules OK ». Depuis ce temps, M. H. était constamment sur ses gardes. Il croyait qu'un homme vêtu d'un imperméable le suivait constamment.

Le thérapeute utilisa avec douceur l'argumentation socratique afin d'identifier des inconsistances dans les données présentées par M. H. Chaque pièce à conviction identifiée comme appuyant les croyances délirantes était placée sur une liste, en ordre. Premièrement, le thérapeute demanda à M. H. de décrire de façon détaillée la personne qu'il pensait le poursuivre. Ensuite, le graffiti sur le mur fut mis sur la liste. Des preuves additionnelles offertes par M. H. incluaient d'« être bousculé sur l'autobus quand je voyageais en ville, des gens qui parlaient dans la rue, et des portes de voiture qui claquaient la nuit ». Ces preuves à l'appui étaient ensuite examinées dans un ordre inverse (en commençant par la donnée la moins convaincante, « les portes de voitures qui claquaient ») avec la thérapie de la réalité (Birchwood et Shepherd, 1992).

Les inconsistances étaient initialement explorées par des devoirs, et des explications alternatives plus plausibles étaient établies. Par exemple, M. H. a constaté que les portes des automobiles n'étaient pas fermées violemment sur sa rue à toutes les nuits et que ce n'était pas tout le monde qui les faisait claquer en les fermant la nuit. M. H. a aussi été en mesure de reconnaître que « Newcastle United » était le nom d'une équipe locale de soccer et qu'un groupe d'amateurs de l'équipe avait pris le nom de « mafia locale ». M. H. a pu ainsi donner des explications alternatives aux graffiti qu'il avait vus.

Finalement, M. H. tint un journal au sujet du fait qu'il se croyait suivi. Il compila un document détaillé démontrant qu'il n'y avait aucune preuve qu'un homme à l'imperméable qui avait « l'air Italien » le suivait. M. H. nota qu'un nombre de personnes voyageait régulièrement sur les mêmes circuits d'autobus mais qu'aucune d'elles n'avait l'air italien ou ne correspondait à sa description originale. La conviction de M. H. dans ce délire se trouva amenuisée de façon significative mais il éprouva à certaines occasions quelque inquiétude quand il pleuvait et que plusieurs personnes portaient des imperméables. Dans le but de maintenir une amélioration, M. H. et le thérapeute développèrent une carte à laquelle se référer à chaque fois que l'idée venait à M. H. que « quelqu'un de la mafia le suivait ». (Figure 1)

Figure 1 : Carte servant à gérer les délires

Lorsque je pense :	« Ils vont m'avoir »
Je devrais	M'ARRÊTER ET PENSER
Est-ce que je saute aux conclusions ?	Peut-être ce n'est pas vrai
Je dois examiner	Quelles sont les preuves ?
	Quelles sont les alternatives ?
	Quelles sont mes certitudes ?

Hallucinations

En TCB, l'évaluation des hallucinations en vise le contenu, le degré de variabilité, la présence d'antécédents ou de déclencheurs, et tous les facteurs qui les exacerbent ou les maintiennent (Fowler et al., 1995). L'exploration guidée est utilisée afin de générer des hypothèses concernant l'origine des hallucinations.

Mme J., une diplômée universitaire de 28 ans occupait un poste de commis senior dans une grande banque. Mme J. rapportait entendre des voix qui lui disaient « à moins que vous suiviez nos directives, l'économie s'effondrera ». Le thérapeute et Mme J. examinèrent dans un premier temps à quels moments elle entendait ces voix. Cela se produisait normalement lorsqu'elle était seule dans son appartement le soir mais il lui arrivait de les entendre à certaines occasions, à la cafétéria du personnel, lors du lunch. L'argumentation socratique fut utilisée afin d'amener Mme J. à trouver des explications possibles à ses voix. Deux hypothèses furent établies : premièrement que les voix étaient des « messages relayés par le gouvernement » et deuxièmement qu'elles étaient « des symptômes de ma maladie et viennent de l'intérieur de ma tête ». La croyance de Mme J. que les voix provenaient du gouvernement fut en partie amoindrie lorsqu'elle se trouva incapable

d'expliquer comment les messages lui étaient transmis sans que personne d'autre à la cafétéria ne les entende. Mme J. tint un journal qui révéla que les voix se manifestaient davantage lorsqu'elle ressentait du stress (p. ex. en fin d'année financière). Après examen de la preuve du contraire, Mme J. commença à croire que l'explication la plus normale de ces voix était qu'elles étaient des symptômes générés de l'intérieur par sa maladie.

Les interventions de la TCB qui ont du succès comportent souvent l'utilisation de techniques de distraction et de gestion du stress. Mme J. trouva que pour se distraire efficacement de ses hallucinations, elle lisait à voix haute ou s'adonnait à une activité mentale, comme faire des mots croisées ou des jeux de mathématiques (Haddock et Slade, 1996). « La thérapie personnelle en stéréo » lui était aussi très bénéfique. On encouragea Mme J. à écouter de la musique de son choix à chaque fois que les hallucinations auditives se manifestaient fortement. Une stratégie additionnelle qui peut aussi s'avérer utile est de demander à l'individu d'enregistrer des réponses rationnelles aux commentaires faits par les « voix » et de les écouter lorsqu'il y a exacerbation des symptômes (Turkington et Kingdon, 1996).

L'anxiété associée aux hallucinations auditives de Mme J. a été initialement amenuisée avec la relaxation et des exercices de respiration. De plus, Mme J. accepta la recommandation du thérapeute de réduire sa consommation de caféine. Elle estima ses approches utiles, mais éprouva encore de l'anxiété lors d'hallucinations auditives « importantes ». Sa peur que l'économie s'effondre si elle ne répondait aux voix reprit de nouveau le dessus. Des expériences ont été développées pour surveiller ce qui se produirait si Mme J. n'obéissait pas aux voix. Le thérapeute et Mme J. conclurent que si les cours de la bourse ne baissaient pas de plus de 10 % et qu'il n'y avait pas de mauvaises nouvelles au sujet d'une soudaine baisse de l'économie dans les 24 heures de chaque hallucination à laquelle Mme J. « désobéissait », ils seraient en mesure de conclure qu'elle n'avait pas à répondre aux demandes des voix. La surveillance sur une période de trois mois démontra qu'à seulement deux occasions sur 15, le refus de Mme J. de se soumettre aux directives des voix a coïncidé avec des nouvelles au sujet des difficultés de l'économie, et en aucune des occasions les cotes de la bourse n'accusèrent une chute de 10 %. Sur la base de cette preuve, Mme J. fut en mesure de conclure qu'elle n'était pas responsable de la performance économique du pays et ainsi son investissement émotionnel dans les hallucinations se trouva réduit de façon substantielle.

Symptômes négatifs

Hogg et Hall (1992) ont donné un compte-rendu global des techniques qui peuvent être utilisées pour les symptômes négatifs. Ils mettent l'accent sur le fait que même si parfois les symptômes négatifs surgissent par suite d'une neuropathologie, cela ne diminue en rien l'utilité des approches cognitivo-comportementales qui ont déjà aidé des patients souffrant d'autres troubles neurologiques, comme la sclérose en plaques, ou des individus éprouvant des difficultés d'apprentissage. En développant des interventions de TCB pour les symptômes négatifs, il est important de distinguer entre les déficits de longue date dans les habiletés et les échecs plus récents d'utiliser des habiletés à cause d'une absence de motivation ou d'une distorsion cognitive. Le premier déficit exigera peut-être que l'individu soit soumis à des formations en habiletés sociales et de vie.

Aider les personnes souffrant de schizophrénie à accomplir des tâches ou à améliorer leur capacité d'en entreprendre de nouvelles peut se faire en utilisant un certain nombre d'interventions standards de TCB. Par exemple, M. M., un jeune homme de 19 ans avec une histoire de quatre ans de schizophrénie s'est présenté après un certain nombre de mésentente à la maison à cause de son apathie. Des sessions d'éducation eurent lieu afin d'aider la famille à mieux comprendre les problèmes de M. M. Des sessions de TCB furent aussi organisées. Dans les premières sessions, des horaires d'activités et des cotes de maîtrise et de plaisir furent utilisés afin d'identifier la variabilité du niveau d'activité de M. M. et afin de développer un profil des tâches qu'il aimait accomplir. Le thérapeute était très actif au cours des sessions et le renforcement positif était mis en pratique pour toutes les tâches. La mère de M. M. apportait aussi son appui et travaillait comme « co-thérapeute » afin d'aider le patient à maintenir un niveau élevé d'activités entre les sessions.

Puis, le thérapeute et le patient tentèrent d'identifier les barrières physiques ou psychologiques empêchant des comportements spécifiques. Avec une exploration en collaboration, M. M. et le thérapeute conclurent qu'il y avait peu de preuves de maladie physique ou de déficits qui l'empêchaient d'accomplir des tâches quotidiennes. Toutefois, M. M. avait un flot d'idées négatives automatiques qui interféraient avec l'accomplissement des tâches (p. ex. « À quoi bon — ma vie est une perte de temps. -Je réussirai la moitié de ce que j'accomplissais avant »). M. M. et le thérapeute tinrent un journal de ces pensées afin de les remettre en question. Malgré ses succès au cours des sessions, une pratique considérable de cette technique et un renforcement furent

nécessaires avant que M. M. l'applique de façon efficace dans sa vie quotidienne. Le thérapeute cognitif-comportemental doit généralement être patient et persistant avant d'atteindre un niveau significatif d'amélioration des symptômes négatifs.

Résultats de recherche

Jusqu'à tout récemment, l'étude de Beck (1952) sur l'utilisation de la TCB pour les individus souffrant de schizophrénie grave était l'une des seules publiées sur le sujet. Un nombre d'études de cas et de traitements contrôlés sont apparues depuis (p. ex. Bentall et al., 1994; Kingdon et Turkington, 1991; Perris et Skakerlind, 1994; Tarrier, 1991). Les résultats encourageants de ces études ont mené à une expansion des recherches. Bien qu'aujourd'hui seulement trois essais contrôlés aient été publiés, on est à compléter un plus grand essai contrôlé de TCB, avec échantillon pris au hasard, comparé à « la relation d'amitié (befriending) » comme complément à la médication pour individus souffrant de schizophrénie avec résistance aux traitements (The Newcastle-Charing Cross study of individuals with treatment-resistant schizophrenia).

Un petit essai contrôlé a été fait par Garety et al. (1994) qui recrutèrent 20 personnes souffrant de psychose avec « résistance aux traitements », soit un groupe expérimental ($n = 13$) et un groupe contrôle sur une liste d'attente ($n = 7$). Le groupe expérimental a reçu environ 16 sessions de TCB au cours de six mois. Le traitement avait comme objectif d'éduquer le patient sur la schizophrénie, de diminuer son découragement, de modifier ses croyances délirantes et de développer des stratégies de coping. Comparé au groupe contrôle, le groupe de TCB a démontré une diminution substantielle au niveau des préoccupations, des convictions et de la détresse causées par les délires. D'autres mesures de fonctionnement ont démontré une faible tendance à faire mieux pour le groupe de TCB.

Une étude de 58 sujets souffrant de troubles psychotiques aigus non-affectifs (principalement la schizophrénie) a été entreprise dans une unité d'hôpital par Drury et ses collègues. À 20 individus choisis au hasard on a offert la TCB, incluant la thérapie individuelle (qui utilise des techniques pour modifier les croyances délirantes et la programmation d'activités), l'éducation individuelle et familiale et des sessions de soutien, et des TCB de groupe pour développer des habiletés de coping. Les autres 38 sujets formaient deux groupes de contrôle avec « traitements habituels ».

Un analyse préliminaire des données (voir Drury et al., 1996) suggère que, bien qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes dans la médication reçue, le groupe TCB a satisfait au critère de rémission plus rapidement que les groupes de contrôle. Le temps moyen de rémission dans le groupe TCB était de 65 jours, comparé à environ 118-122 jours pour les deux groupes à « traitements habituels ». De plus, le temps moyen de séjour à l'hôpital était significativement plus court dans le groupe TCB (moins de la moitié de la durée des autres groupes).

La seule étude publiée à devis expérimental comparant des interventions de TCB a été rapportée par Tarrier et al. (1993). À un groupe de patients on offrait une forme de TCB dirigée axée sur la résolution de problèmes ; à l'autre groupe, une TCB visant la prévention de rechute. Vingt-sept individus avec schizophrénie qui souffraient de symptômes psychotiques chroniques ont participé à dix sessions soit de thérapie de résolution de problèmes (TRP) soit de thérapie de stratégie de coping (TSC). Le premier traitement était basé sur une approche similaire à celle utilisée en thérapie familiale et visait le développement d'habiletés en résolution de problèmes. Le groupe TSC, lui, a été conçu dans le but d'identifier les déclencheurs exacerbant les symptômes afin d'aider la personne à reconnaître et à contrôler ces signes et ainsi développer des techniques pour réduire l'impact des symptômes psychotiques.

Comparés au niveau de base de pré-traitement, les deux groupes démontraient une réduction significative de leur taux de délire, d'anxiété et de dépression. Les hallucinations et les symptômes négatifs n'avaient pas changé de façon substantielle. Les gains étaient pour la plupart maintenus au cours des six mois de suivi, et le groupe TSC avait tendance à être plus efficace que le TRP.

RÉFÉRENCES

BECK, A.T., 1952, Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt, *Psychiatry, 15,* 305-312.

BENTALL, R., HADDOCK, G., SLADE, P., 1994, Cognitive behavior therapy for persistent auditory hallucinations : from theory to therapy, *Behavior Therapy, 25,* 51-66.

BIRCHWOOD, M., SHEPHERD, G., 1992, Controversies and growing points in cognitive-behavioral interventions for people with schizophrenia, *Behavioral Psychotherapy, 20,* 305-342.

BIRCHWOOD, M., TARRIER, N., 1992, *Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia,* New York, Wiley.

CURRY, S., 1985, Commentary on the strategy and value of neuroleptic medication monitoring, *Journal of Clinical Psychopharmacology, 5,* 263-267.

FOWLER, D., GARETY, P., KUIPERS, E., 1995, *Cognitive Behavior Therapy for Psychosis,* New York, Wiley.

GARETY, P., KUIPERS, L., FOWLER, D., et al., 1994, Cognitive behavioral therapy for drug-resistant psychosis, *British Journal of Psychiatry, 67,* 259-271.

HADDOCK, G., SLADE, P., 1996, *Cognitive-Behavioral Interventions With Psychotic Disorders,* London, Routledge.

HOGG, L., HALL, J., 1992, Management of long-term impairments and challenging behaviors, in Birchwood, M., Tarrier, N., eds., *Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia,* New York, Wiley, 220-235

HOLE, R., RUSH, A., BECK, A.T., 1979, A cognitive investigation of schizophrenic delusions, *Psychiatry, 42,* 312-319.

HUQ, S., GARETY, P., HELMSLEY, D., 1988, Probalistic judgments in deluded and non-deluded subjects, *Quarterly Journal of Experimental Psychology,* 40, 801-812.

KINGDON, D., TURKINGTON, D., 1991, The use of cognitive behavioral therapy with a normalizing rationale in schizophrenia, *Journal of Nervous and Mental Disease, 179,* 207-211.

KINGDON, D., TURKINGTON, D., 1994, *Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia,* New York, Guilford.

PADESKY, C., MOONEY, K., 1990, Clinical tip in presenting the cognitive model to clients, *International Cognitive Therapy Newletter,* 6, 13-14.

PERRIS, C., SKAGERLIND, L., 1994, Cognitive therapy with schizophrenic patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica, 382,* 65-70.

REMINGTON, G., ADAMS, M., 1994, Depot neuroleptics, in Anctil, R., Holliday, S., Hingenbotham, J., eds., *Schizophrenia : Exploring the Spectrum of Psychosis,* New York, Wiley, 51-71.

SCOTT, J., 1996, Cognitive therapy of affective disorders : a review, *Journal of Affective Disorders, 37,* 1-11.

SCOTT, J., BYERS, S., TURKINGTON, D., 1993, The chronic patient, in Wright, J.H., Thase, M.E., Beck, A.T. eds, *Cognitive Therapy With Inpatients : Developing a Cognitive Milieu,* New York, Guilford, 357-390.

SHEPHERD, M., WATT, D., FALLOON, I., et al., 1989, The Natural History of Schizophrenia : A Five-Year Follow-up of Outcome and Prediction in a Representative Sample of Schizophrenics, *Psychological Medicine Monographs* 16), Cambridge, U.K., Cambridge University Press.

TARRIER, N., 1991, Some aspects of family intervention programs in schizophrenia, I : Adherence to intervention programs, *British Journal of Psychiatry,* 159-480.

TARRIER, N., BECKETT, R., HARWOOD, S., et al., 1993, A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients, *British Journal of Psychiatry, 162,* 524-532.

TURKINGTON, D., KINGDON, D., 1996, Using a normalizing rationale in the treatment of schizophrenic patients, in Haddock, G., Slade, P., eds., *Cognitive-Behavioral Interventions With Psychotic Disorders,* London, Routledge.

ABSTRACT

Cognitive therapy for chronic and severe mental disorders

This article presents an overview of cognitive therapy applied to the treatment of three psychotic symptoms: delusions, hallucinations and negative symptoms often resistant to medication. It describes the essential therapeutic conditions for the success of such a therapy including therapeutic alliance. Clinical vignettes illustrate how sessions work. Finally, the article concludes with results on the efficiency of this intervention.

RESUMEN

Terapia cognoscitiva de los desórdenes mentales graves y persistentes

Este artículo presenta un sobrevuelo de la terapia cognoscitiva aplicada al tratamiento de tres síntomas psicoticos : los delirios, las alucinaciones y los síntomas negativos que con frecuencia son refractarios al tratamiento con medicamentos. Se describen las condiciones terapéuticas esenciales al logro de tal terapia, entre otros, la alianza terapéutica. Las viñuelas clínicas ilustran el desarrollo de las sesiones. En fin, el artículo concluye en los resultados que dan cuenta de la eficacia de esta intervención.