

De la formulation de cas à la prévention de rechute : une thérapie cognitive systématique de la schizophrénie

From case formulation to relapse prevention : a systematic cognitive therapy of schizophrenia

De la formulation de casos a la prevención de la recaída : una terapia cognoscitiva sistemática de la esquizofrenia

Ronald Siddle et Douglas Turkington

Volume 24, numéro 1, printemps 1999

Schizophrénie, délires et thérapie cognitive

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031584ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031584ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Siddle, R. & Turkington, D. (1999). De la formulation de cas à la prévention de rechute : une thérapie cognitive systématique de la schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 39–60. <https://doi.org/10.7202/031584ar>

Résumé de l'article

Cet article discute du statut actuel de la recherche sur la thérapie cognitive (TC) de la schizophrénie. Après avoir passé en revue l'étendue des recherches indiquant l'efficacité de la thérapie cognitive pour ce trouble, on présente le processus thérapeutique typique. Les techniques clés en thérapie cognitive de la schizophrénie sont décrites de même que des exemples typiques de cas et des mises en garde contre des blocages éventuels en thérapie. Les techniques clés ici décrites sont l'engagement dans la relation thérapeutique, le développement d'explications, l'introduction du doute, le questionnement périphérique, les devoirs d'expérimentation comportementale, les approches axées sur les schémas, et la prévention de la rechute. La TC de la schizophrénie est considérée comme acceptable, efficace et solide en complémentarité avec les neuroleptiques et d'autres interventions de nature psychosociale.



De la formulation de cas à la prévention de rechute : une thérapie cognitive systématique de la schizophrénie

Ronald Sidle*

Douglas Turkington**

Cet article discute du statut actuel de la recherche sur la thérapie cognitive (TC) de la schizophrénie. Après avoir passé en revue l'étendue des recherches indiquant l'efficacité de la thérapie cognitive pour ce trouble, on présente le processus thérapeutique typique. Les techniques clés en thérapie cognitive de la schizophrénie sont décrites de même que des exemples typiques de cas et des mises en garde contre des blocages éventuels en thérapie. Les techniques clés ici décrites sont l'engagement dans la relation thérapeutique, le développement d'explications, l'introduction du doute, le questionnement périphérique, les devoirs d'expérimentation comportementale, les approches axées sur les schémas, et la prévention de la rechute. La TC de la schizophrénie est considérée comme acceptable, efficace et solide en complémentarité avec les neuroleptiques et d'autres interventions de nature psychosociale.

Les philosophes stoïciens classiques comme Épictète croyaient que la détresse des gens était causée bien moins par les événements que par la manière de les voir. Pour eux, il revenait à l'individu de modifier ces croyances dysfonctionnelles et ainsi de réduire sa détresse (Hadas, 1962). L'utilisation des approches de raisonnement avec les patients souffrant de psychose a été limitée non seulement à cause de l'efficacité des neuroleptiques pour certains symptômes négatifs et positifs mais aussi par des points de vue dichotomiques et phénoménologiques sur la nature des délires, des hallucinations et des troubles de la pensée. Dans les définitions traditionnelles, on postule que les délires

* Fellow au School of Psychiatry and Behavioural Sciences de l'Université de Manchester, rattachée au Withington Hospital à Manchester en Angleterre.

** Consultant psychiatrique et conférencier sénior au Department of Psychiatry, Royal Victoria Infirmary, à Newcastle Upon Tyne en Angleterre.

Remerciements

Nous remercions Dr Suzane Renaud du CHUM, et M. Michel Guilbert de la compagnie pharmaceutique Janssen pour leur aide dans la sollicitation de cet article.

sont inaccessibles à la raison (Slater and Roth, 1969), bien qu'aucune recherche n'appuie cette hypothèse. Un modèle de continuum de croyances allant des croyances normales jusqu'aux délires et aux délires systématisés, en passant par des pensées surévaluées, a été démontré scientifiquement par Strauss (1969), mais cela a eu peu d'impact sur les points de vue traditionnels soutenant que l'utilisation d'approches de raisonnement avec les symptômes psychotiques aurait pour seul effet de les exacerber avec le mécanisme de renforcement. Aussi l'application de la psychothérapie psychodynamique de la schizophrénie, qui est apparue prometteuse avec le travail pionnier de Sullivan (1962), a été amenuisée avec les résultats plutôt négatifs de l'étude de la *Pan-American Study of the Psychotherapy of Schizophrenia* (Stanton, 1984). Influencé par la « psychobiologie » de Meyer, qui tenait la psychose pour une réaction fonctionnelle de la personne et de ses vulnérabilités à des événements de vie spécifiques (Meyer, 1950), Beck passa de la psychanalyse traditionnelle à une approche plus collaborative basée sur la thérapie de la réalité. Il appliqua d'abord ce style de travail (qui allait devenir la thérapie cognitive) avec un patient souffrant de délires paranoïaques systématisés (Beck, 1952). Réalisant la viabilité de la méthode, il développa un manuel détaillé de la thérapie cognitive pour la dépression majeure. Depuis, l'intérêt d'appliquer les leçons apprises dans l'utilisation de la TC pour la dépression, les troubles de panique et la schizophrénie s'est accru en Grande-Bretagne (p. ex. Haddock et Slade, 1996), ailleurs en Europe (Chambon, 1997) et aux États-Unis (Hogarty et al., 1995). Un certain nombre d'études de cas et de séries de cas qui explorent les différents aspects de l'intervention ont été publiées (Allen et Bass, 1992; Fowler et Morley, 1989; Margo et al., 1981; Morley, 1987). Aussi, cette dernière année, trois essais contrôlés d'importance évaluant l'utilisation de la thérapie cognitive comportementale (TCB) pour la schizophrénie ont paru (Kuipers et al., 1997; Sensky et al., 1998; Tarrrier, et al., 1998). Les résultats de chacun fournissent des preuves appuyant l'utilisation de la TC pour la schizophrénie, avec des bénéfices différentiels selon notamment le style de thérapie. Les essais de Fowler et Sensky en particulier ont mis l'accent sur des interventions centrées sur les schémas alors que ceux de Tarrrier apparaissaient moins orientés vers le comportement. Les bénéfices pour les patients de Tarrrier semblent ne pas dépasser le court terme, alors que ceux de Fowler et Sensky ont continué après les interventions des thérapeutes. Nous recommandons donc l'approche de la TC à chaque fois que c'est possible, car elle a manifestement du potentiel pour cerner les croyances profondes et les schémas. La suite de cet article décrit un tel traitement d'ensemble

pour l'utilisation individuelle de la TC de la schizophrénie. Cet ensemble pourrait bien sûr être renforcé par l'utilisation d'interventions ciblant les émotions exprimées qu'on retrouve parfois au sein des familles de patients souffrant de schizophrénie (Vaughn et Leff, 1976), et par le recours judicieux à une médication anti-psychotique appropriée, particulièrement celle qui exerce ses effets sans trop d'impact sur les fonctions cognitives.

Aperçu du processus thérapeutique

Plusieurs thérapeutes hésitent un peu sur la façon d'entreprendre un processus thérapeutique avec les patients atteints de la schizophrénie ou des psychoses qui y sont reliées. Bien que nul ne prétende qu'il soit facile de faire de la TC pour de tels patients, il existe certains moyens de minimiser les risques d'échec de l'intervention. À partir de notre travail avec un nombre considérable de ces patients, nous proposons une approche semi-structurée de traitements des patients ayant des délires et des hallucinations dérangeants. Toutefois, un des points majeurs à souligner, les plans doivent tous être individualisés et refléter leurs formulations particulières. Cela dit, il est possible de décrire un processus thérapeutique qui sera applicable à plusieurs cas. En général, la thérapie commence avec l'engagement dans la relation thérapeutique, l'évaluation et la formulation, et elle mène aux changements de pensées, de schémas, puis à la prévention de la rechute. Il y a cependant des facteurs qui pourraient faire déroger à cette approche systématique, et un thérapeute sensible sera vif à en détecter la présence; et un des rôles du superviseur clinique est d'en souligner constamment l'importance, pour l'intervention en cas de risque suicidaire, par exemple, ou de risque d'agression. Chez tous les patients, la première priorité sera inévitablement de travailler sur les comportements qui constituent une menace à la vie. S'il n'y en a pas, la priorité suivante sera la thérapie des facteurs d'inhibition comme la paranoïa à l'égard du thérapeute, les hallucinations à son sujet et une interprétation erronée du but de la thérapie. C'est seulement quand ces questions sont clarifiées que l'accent peut être mis sur les symptômes psychotiques dérangeants.

L'engagement dans la relation thérapeutique est certainement crucial dans toute thérapie et la thérapie cognitive ne fait pas exception (Frank et Gunderson, 1990), étant donné la perception que les patients ont de leur thérapeute (Bennun, 1989). L'évaluation constitue l'étape suivante appropriée pour le thérapeute cognitif, bien que la forme puisse en être différente de celle des essais contrôlés ou pour des personnes souffrant de troubles primaires affectifs. Un élément clé des procédures

d'évaluation de la schizophrénie est l'élaboration d'une liste conjointe des problèmes sur lesquels le patient veut et peut travailler. Ce faisant, le thérapeute accentue le processus d'engagement du patient, et en arrive à éliminer un certain nombre de problèmes qui pourraient surgir plus tard en thérapie quand un déficit dans l'insight entraîne une mésentente. Le processus d'évaluation introduit aussi un certain nombre d'occasions de remettre en question les pensées délirantes : on doit résister à ces occasions le plus longtemps possible tant que le thérapeute n'a pas une idée raisonnablement claire des bénéfices potentiels et des coûts d'alléger chez le patient, en cas de succès, ces convictions dans un délire. La formulation est l'une des composantes qui différencie la TC des autres techniques cognitives, et bien qu'il soit préférable évidemment d'avoir une formulation claire dès la première session, il est peu vraisemblable que cela se produise. Plutôt serait-il approprié d'avoir pour objectif que, dès la deuxième session, le patient soit bien engagé dans la relation thérapeutique et que le thérapeute ait une bonne idée des difficultés importantes, telles que le patient les perçoit. Puis, il pourrait être approprié de songer à une formulation globale, bien que cela ne doit pas être fait aux dépens de l'engagement. Le besoin de garder son attention sur l'engagement demande au thérapeute de passer constamment en revue le progrès de la thérapie et d'évaluer le degré de satisfaction. En procédant ainsi, le thérapeute est averti rapidement des problèmes d'engagement et peut vite intervenir afin de maintenir le rapport, en abordant par exemple l'anxiété, en proposant des stratégies de coping ou en réassurant le patient. Une fois que le thérapeute juge que les problèmes d'engagement sont réglés, il peut introduire la notion du doute mais indirectement, vu le reste du travail à faire avant de passer à cette introduction. La normalisation (Kingdon et Turkington, 1991a, b, 1994) est un processus avec lequel tous les thérapeutes devraient être familiarisés. Elle peut se faire de manière naturelle et sert à aider le patient à prendre conscience que ses croyances et ses symptômes peuvent aussi se retrouver chez des personnes qui ne souffrent pas de psychoses. Ainsi il n'est pas nécessaire de défendre des pensées délirantes ou des hallucinations auditives vu que tous pourraient en développer. Bien que cet exercice fasse en sorte que le patient se sente mieux, et moins aliéné, les bénéfices potentiels arrivent lorsqu'on doit dépasser les délires et introduire le doute au sujet des hallucinations. L'introduction du doute est bien sûr l'un des objectifs majeurs du thérapeute en vue d'aider les symptômes psychotiques positifs à commencer d'être moins retranchés. Modifier les présomptions sous-jacentes aux domaines problématiques du patient sera toujours une situation idéale bien que ce ne soit pas toujours possible de l'atteindre, pour plusieurs raisons. Ce ne sont pas tous les patients qui

ont progressé au delà du processus d'engagement et une partie de ceux qui y arrivent en seront seulement à l'étape d'une formulation de base. Dans ce genre de situation, quand le thérapeute n'arrive pas à modifier les croyances ou les attributions avec des techniques de TC par peur de perdre le rapport, il y aurait encore des bénéfices considérables à gagner en veillant à renforcer l'adhésion à la médication grâce à des techniques appropriées de TC comme celles prônées par Kemp et David (1996) et Kemp et al. (1996). Point de mire fort utile autant que l'adhésion aux médicaments : l'éducation du patient aux stratégies de coping et l'apprentissage de résolution de problèmes (Tarrier, 1990; Tarrier et al., 1993a), objectifs satisfaisants en soi mais aussi moyens très utiles d'accroître l'engagement et d'éviter les mésententes tôt en thérapie.

La prévention de rechute (maintenir les gains de la thérapie) est un des aspects de la TC auxquels on accorde souvent moins d'importance; pourtant, si cette prévention réussit, elle peut manifestement accentuer les gains faits en thérapie longtemps après l'intervention. Par un choix judicieux de stratégies de prévention, il est possible de minimiser le nombre et la durée des rechutes et aussi d'accroître la capacité du patient à maintenir son propre programme thérapeutique. Nous mettrons maintenant l'accent plus en détail sur les composantes essentielles de chaque étape de l'utilisation de TC des patients souffrant de schizophrénie.

L'engagement et la construction du rapport

L'empathie, la chaleur humaine, l'authenticité et l'acceptation inconditionnelle sont des caractéristiques de toute bonne psychothérapie et s'appliquent également au traitement des psychoses et des névroses. Il est essentiel qu'aux yeux du patient le thérapeute soit expérimenté dans l'interaction avec des patients psychotiques et possède des connaissances en schizophrénie. Le thérapeute doit avoir l'air détendu et confiant. La justesse des mots et la consistance sont des attributs importants d'un thérapeute quand le patient commence la thérapie de la réalité de ses symptômes. Lorsqu'on construit une relation avec une personne qui souffre de schizophrénie, il est vital de ne rien dire ni faire qui ait pour effet d'invalider son expérience. La confrontation d'une croyance délirante, par exemple, mène à une invalidation du compte-rendu du patient, à l'affaiblissement de la relation thérapeutique et souvent au retranchement du délire (Milton et al., 1978). La ligne ténue entre la collaboration et la non-confrontation doit être respectée avec prudence lors de chaque session. Malgré les tentatives du thérapeute d'éviter les désaccords, il est parfois nécessaire de convenir d'un désaccord, laissant à chaque partie la

tâche de faire des devoirs pour clarifier la question. Autrement, si la discussion semble devenir chargée, mieux vaut se retirer tactiquement et adopter pour un temps une simple position de support. Le sujet en question peut être très important et devrait être abordé ultérieurement en thérapie, une fois considérées en supervision les options possibles. Une discussion sur les stratégies de coping ou des échanges personnels plus légers mais appropriés peuvent aider à désamorcer la tension, laquelle devrait bien sûr être discutée à la fin de la session, en feedback. Le thérapeute devrait être prêt à s'excuser, si nécessaire, de ne pas comprendre le point de vue du patient. Aucun thérapeute, en effet, ne voudrait intentionnellement bouleverser un patient et mettre la relation thérapeutique en péril. Souvent, au cours des premières sessions, les thérapeutes sont quelque peu déboussolés par l'énorme quantité de matériels psychotiques à première vue incompréhensibles, en particulier s'il y a présence de troubles de la pensée. Tout cela deviendra compréhensible au fur et à mesure que se fera le travail conjoint de formulation. Le thérapeute cognitif, à partir de l'étape de l'engagement, travaille graduellement vers une première formulation de l'émergence des symptômes psychotiques, ce qui permettra la mobilisation de techniques spécifiques. Il doit donc tolérer une certaine période où presque tout semble incompréhensible.

De plus, les bases du modèle cognitif pour les troubles émotionnels demandent d'être apprises au cours des premières sessions. Cela s'effectue par la lecture du matériel, de nombreux exemples de cas et souvent par la divulgation de l'expérience personnelle du thérapeute sur sa propre gestion des problèmes grâce à la thérapie cognitive, par exemple l'anxiété d'avoir à parler en public. Le modèle décrit comment les pensées peuvent provoquer les sentiments et les comportements, et il sert autant comme outil d'éducation que de normalisation.

La normalisation

Le raisonnement de normalisation fournit une explication des symptômes psychotiques déroutants, et il sert aussi à gérer des cognitions dramatiques, aidant ainsi le processus de l'engagement.

Des recherches démontrent que le manque de sommeil peut mener aux délires, aux hallucinations et aux pensées paranoïdes (Oswald, 1974). À titre d'exemple, on rapporte que du personnel médical privé de sommeil en travaillant de longues heures se comportait de façon bizarre et irrationnelle. Cet exemple appuyé par la littérature est souvent donné au patient. Comme les patients psychotiques sont souvent privés de sommeil lorsque les symptômes se déclenchent, cela peut servir en partie d'explication pour ce qui s'est produit. Étant donné que des évé-

nements de vie significatifs précèdent souvent le développement de psychoses, il est nécessaire de discuter des types de réactions psychologiques que les gens peuvent avoir lors de grands stress. Encore une fois, on remet au patient la littérature démontrant que les hallucinations étaient chose commune parmi les vétérans de la guerre du Vietnam (Wilcox et al., 1991), ou dans les cas d'abus sexuel (Heins et al., 1990). Cela permet aux patients de se sentir moins aliénés par leurs symptômes et accentue chez eux la possibilité d'en discuter plus ouvertement. Au début du traitement la plupart des patients ne seront pas prêts à révéler des événements si traumatisants, mais s'ils le font éventuellement, l'explication selon laquelle il peut y avoir un lien entre les symptômes psychotiques et tel ou tel stresser peut aider à expliquer le développement symptomatique. La privation sensorielle utilisant le repos au lit dans une chambre noire ou l'immersion dans un réservoir d'eau peut mener au développement d'hallucinations simples ou plus complexes (Hood et al., 1990). Les patients montrent de l'intérêt à la lecture de ce matériel car ils peuvent identifier leur isolement, moins intense mais prolongé, à une privation sensorielle de courte durée.

Le travail sur les hallucinations reliées à des enlèvements (Seigel, 1984), et le compte-rendu plus personnel de victimes de prise d'otage (Keenan, 1992) peuvent servir grandement. En particulier, les patients souffrant de schizophrénie s'identifient souvent aux problèmes de communication et d'isolement des victimes de prise d'otage et les comparent aux périodes similaires d'isolement qui précèdent la crise psychotique. Quant aux hallucinations auditives, il peut être utile d'expliquer que certaines personnes entendent des voix même s'il n'y a aucune trace de maladie psychiatrique, par exemple à la période de transition entre le sommeil et le réveil. Tien (1991) a trouvé un taux de prévalence de 2,3 % avec seulement un tiers des personnes affectées rapportant de la détresse ou des difficultés de fonctionnement. Romme et Escher (1989) ont décrit les expériences d'entendre des voix chez plus de 500 personnes qui ont appelé à une émission radiophonique de ligne ouverte après avoir entendu leur description des hallucinations. Toutes ces personnes ont ensuite reçu des questionnaires. Une grande partie n'avaient pas été en contact avec des services psychiatriques et estimaient bien vivre avec ces voix. Celles qui disaient bien vivre avec ces hallucinations se sentaient plus fortes, entendaient des voix plus positives, moins impératives, fixaient davantage de limites aux voix, les écoutaient de façon sélective et discutaient d'elles plus souvent. Le but du raisonnement de normalisation est d'améliorer la relation thérapeutique avec le patient et de permettre le traitement des symptômes afin

que par la suite, en thérapie, quand on souhaite l'amener à considérer des explications alternatives, le patient en trouve qui soient acceptables, au lieu d'avoir à admettre qu'il était fou ou s'était trompé. Le patient peut plutôt conclure qu'à l'instar d'autres personnes qui ont vécu ce type de stress, il a développé ces symptômes particuliers comme une réaction normale. Aider le patient à voir les délires comme des croyances et non comme des faits peut aussi être fort utile, car une croyance peut être examinée et possiblement changée en vue de diminuer le stress, alors qu'un fait, lui, ne peut être changé.

La formulation de cas

La formulation est essentiellement le rapport entre les problèmes du patient, leurs causes et leurs effets. Une hypothèse sur l'émergence des symptômes psychiatriques aide le thérapeute et le patient à trouver les cibles thérapeutiques appropriées, et évite l'utilisation au hasard de techniques cognitives, une pratique qui passe hélas trop souvent pour de la TC. Ayant établi la formulation, le thérapeute peut alors choisir un point d'intervention. Il est irréaliste de tenter d'éliminer toutes les pensées distorsionnées ou mésadaptées, le problème doit d'abord être identifié. Un nombre de facteurs peuvent déterminer sur quels points intervenir, bien qu'on aborde habituellement ces questions initialement, dans l'ordre ci-haut mentionné : danger pour la vie, puis menace pour la thérapie et enfin autres symptômes. Un « insight » de la formulation permettra au thérapeute de faire un nombre de prédictions quant à la façon dont le patient réagira au plan qui lui est présenté et aussi de comprendre et gérer la non-conformité.

Bien qu'il soit important de commencer le processus immédiatement, il n'est pas exceptionnel de ne point avoir d'idées claires sur les liens entre tous ces facteurs avant la septième ou huitième session. Les sources d'information comprennent l'histoire des difficultés du patient et leur déclenchement, l'opinion de son milieu social, de sa famille et de ses amis et, bien sûr, le dossier psychiatrique et les notes cliniques. Les thérapeutes devraient prendre connaissance de la liste des problèmes du patient, en examiner les thèmes centraux au cours des sessions, ainsi que le journal intime, tout en considérant ce que les problèmes du patient ont en commun. D'autres sources d'informations incluent les pensées automatiques du patient, telles que discutées en session et inscrites au journal. Les questionnaires, particulièrement les plus accessibles comme la version simple du *Dysfunctional Attitude Scale* (Weissman, 1979 in Burns, 1990), peuvent servir à établir le degré de dysfonction associé aux croyances profondes de la personne. Puisqu'une hypothèse

initiale a été élaborée à la première session, ou peut-être même dès la lettre de référence, le thérapeute devrait être prêt à réviser la formulation à la lumière de l'expérience. Parmi les questions utiles à se poser, on peut se demander à quel point la formulation concorde avec la liste des problèmes quand on les révise avec soin. Autre question pour tester la formulation : les rapports d'événements du patient concordent-ils avec la formulation ? Une fois la formulation élaborée, il est possible de faire des prédictions basées sur elle. La formulation aura sans doute besoin d'être révisée une fois les prédictions testées. La raison principale de la formulation est de guider le plan de traitement, d'offrir la stratégie d'intervention la plus appropriée et d'aider les thérapeutes à établir des priorités dans les problèmes du patient. Une formulation claire aide le thérapeute à maintenir la relation thérapeutique sans se laisser attirer dans des domaines non productifs de discussion, et aussi à fournir un raisonnement pour les devoirs du patient entre les sessions, alors vus comme faisant partie de son apprentissage pour modifier ses croyances et pensées dysfonctionnelles. Comprendre la non-conformité au traitement ou à la médication est un autre bénéfice de la formulation, en particulier pour la prévention ou pour l'anticipation des difficultés.

Les techniques pour introduire le doute

Puisqu'on considère qu'il y aurait des avantages associés aux délires (Lyon et al., 1994), le thérapeute devrait être certain que mettre en doute le délire est l'objectif le plus approprié. Par exemple, il y aura des individus chez qui les délires de grandeur sont leur seule source de plaisir. Un meilleur objectif dans ces cas pourrait être d'encourager le patient à développer d'autres sources d'estime de soi et de travailler sur le schéma sous-jacent protégé par le délire. L'utilisation de l'argumentation socratique est une partie importante du processus d'introduction du doute car les patients sont habitués à se faire dire qu'ils ont tort. La méthode socratique dépend des questions posées et des résumés des déclarations. L'objectif de cette technique est d'explorer le contenu et la signification de l'expérience du patient et de modifier chez lui comportement et cognition. Bien que le dialogue socratique est en principe simple, il requiert une pratique ordonnée afin que les questions deviennent automatiques. Question fréquemment soulevée par les thérapeutes en formation : « Quelles sont les meilleures questions à poser lorsqu'un patient dit... ? ». Il n'y a pas de réponse définitive à cette question et il est préférable de ne pas se préoccuper de poser la « meilleure question ». Le thérapeute devrait plutôt veiller à maintenir le dialogue socratique et à en extraire l'information pertinente. Les bonnes questions

ouvrent des sujets de discussion au lieu de les fermer. Le patient ne devrait pas se sentir interrogé. Le thérapeute devrait passer pour quelqu'un qui tente sincèrement de comprendre l'expérience du patient. Afin de maximiser les probabilités de réponse du patient, les questions devraient être le plus directes et simples possibles. Normalement, les questions générales sont combinées à des questions qui sondent davantage les séquences socratiques, et celles-ci pourraient être parsemées d'un peu d'humour ou d'échange personnel afin d'alléger l'atmosphère et accentuer l'engagement de la relation. Les questions plus profondes servent à clarifier les choses et à obtenir plus de détails. En pratique, le dialogue socratique combine ces deux classes de questionnement avec des aspects des réflexions du thérapeute. Les réflexions consistent à répéter des aspects des réponses données par le patient, souvent sous forme d'une autre question. Des thérapeutes peuvent parfois penser que le patient se sent interrogé lors d'un dialogue socratique. Ce problème-là peut être abordé en feedback et en insérant des échanges personnels, des histoires drôles et d'autres sujets de conversation. L'argumentation socratique fournit la possibilité d'explorer les indices de pensées et de croyances du patient et donne à celui-ci l'occasion de générer des solutions alternatives. Les questions socratiques peuvent aider le patient à explorer les effets des croyances délirantes et les avantages et désavantages à penser de la sorte.

Le questionnement périphérique

Décrite par Kingdon et Turkington (1994), la technique du questionnement périphérique, souvent utilisée, inclut l'exploration guidée qui est une variation de l'argumentation socratique. Cette technique implique fondamentalement de poser des questions qui, sans directement contester le délire, comportent des faits qui vont éventuellement le miner. Encore une fois, le style d'interrogation importe, et il est essentiel que le thérapeute adopte un style qui le montre comme intéressé à établir des faits et non comme quelqu'un qui tente de désapprouver le délire. Le thérapeute ne devra donc pas sauter sur tout doute exprimé par le patient au sujet du délire. Il pourrait être bénéfique pour le thérapeute d'adopter une approche de collecte de données. Par contre, il doit encore observer les réponses et en faire, à l'occasion, des résumés.

Éducation

Lorsque le thérapeute utilise le questionnement périphérique ou socratique, des réponses anormales seront révélées. Dans une situation idéale, le thérapeute utiliserait l'exploration guidée pour corriger ces ré-

ponses. Il existe toutefois des situations où le patient ne saura pas la réponse. En fait, l'éventail des sujets pour lesquels nos patients manquent de connaissances de la réalité est surprenant. Le thérapeute pourra toutefois prendre une bonne partie de son temps à éduquer le patient sur la télépathie, la physique de la transmission de sons, l'organisation de la police, de l'armée, de la CIA, etc., et sur les effets en général des drogues illicites et des médicaments et sur leurs effets secondaires. Encore une fois, le style adopté devrait être décontracté, au lieu de tenter désespérément de persuader le patient que ces croyances sont erronées.

Journal intime et devoirs

Le journal intime peut être utilisé de façon profitable surtout pour aider le patient à considérer les preuves relatives à son délire. Les gens ont tendance à se souvenir des preuves qui renforcent leurs délires et à oublier celles qui les réfutent. Les journaux devraient être construits de telle sorte qu'ils ciblent les points que le thérapeute désire aborder. Il existe des éléments clés de l'exploration guidée qui amènent la thérapie vers l'environnement du patient, et le travailleur social ou le soignant peuvent assister le patient dans sa tâche de collecte de preuves. Les journaux doivent être clairs et simples car avec cette population les journaux complexes ne sont souvent pas complétés.

Considération de la preuve

Demander au patient de quelles preuves il dispose pour appuyer sa thèse est utile, bien qu'il arrive souvent que les preuves citées soient quelque peu fausses. La littérature sur les biais cognitifs résumée par Slade et Bentall (1988) démontre que les personnes délirantes ont besoin de différents standards de preuve avant de prendre une décision (Huq et al., 1988). Demander au patient si ses preuves sont bonnes, si elles seraient admises devant un tribunal et s'il serait content d'être condamné sur une telle base, cela peut être pertinent si les questions sont posées de manière sensible et supportante. Il pourrait aussi être utile d'encourager une discussion sur l'expérience de laboratoire cognitif avec des billes décrite par Huq et al. (1998) où les patients souffrant de délires décidaient à partir de moins d'information, leur décision s'avérant alors le plus souvent erronée.

Les explications alternatives

L'objectif ici est d'amener le patient à générer des explications alternatives. Plus on a d'alternatives, plus l'exercice a de chances de réussir. Il y aura toujours un conflit si les options sont « la conspiration »

ou « je suis fou ». Il est préférable de disposer de quelques options avant d'introduire le stress d'une alternative possiblement erronée. Une alternative un peu farfelue (les « extra-terrestres », etc.) peut alléger l'atmosphère et montrer que toutes les possibilités peuvent être considérées. Nous procédons ensuite à l'examen de chacune des possibilités, considérant la pertinence de chaque pièce à conviction.

Cote des croyances

Ce processus doit être simple, mais les thérapeutes ne devraient pas s'attendre à des totaux équivalant à 100 %. Encore une fois, il n'est pas souhaitable que le thérapeute saute de joie si le patient admet une diminution de sa croyance délirante puisqu'il pourrait penser que le thérapeute n'est pas un enquêteur à l'esprit ouvert mais veut en fait le dissuader de quelque chose dont d'autres tentent aussi de le faire s'écarter.

La thérapie de la réalité

La thérapie de la réalité utilisant des expériences comportementales devrait suivre à partir du contenu de la session et avoir comme objectif d'aider à consolider les nouvelles pensées qui sont à un certain point établies. Il est important de s'assurer que le thérapeute a considéré ce qui doit être appris, ce qui pourrait ne pas marcher dans l'expérience, pourquoi le patient doit la faire, comment s'assurer qu'il arrive à une conclusion qui l'aide une fois l'expérience tentée, et comment en enregistrer ou rappeler les résultats en vue de bénéfices futurs. Tous ces facteurs doivent être considérés avant d'encourager le patient à faire des expériences. Certains patients vont suggérer leurs propres expériences, et il appartient au thérapeute d'amener le patient à considérer toutes ces questions afin de minimiser les problèmes qui pourraient surgir de conclusions nuisibles tirées d'une expérience mal construite faute de planification adéquate.

Les stratégies de coping

Les réponses rationnelles (RR) peuvent être des stratégies de coping utiles et peuvent aussi servir à l'introduction du doute. Elles ont comme objectif soit d'aider le patient à douter de son délire en remettant en question la preuve, soit de le réassurer en dédramatisant les implications d'un délire même vrai, par exemple :

- « Même s'il y a un complot d'assassinat contre toi, ils doivent être inefficaces, puisque rien ne s'est passé en 12 ans » ;

- « Il n'y a pas de preuves qu'il y ait des gens qui veulent ma peau ; je saute probablement aux conclusions ».

Il est important de s'assurer qu'il s'agit de réponses rationnelles et non simplement de pensée positive. Ces réponses rationnelles peuvent être écrites sur une carte à étudier en cas de crise, ou enregistrées sur magnéto avec la voix du patient ou du thérapeute, encore pour utilisation lors de crise, ou enfin utilisées via l'un ou l'autre moyen et apprises « comme un perroquet » pour utilisation ultérieure en cas de crise. D'autres stratégies de coping incluent la distraction, le calcul, l'attention sensorielle (TARRIER et al., 1990 ; TARRIER et al., 1993b), ou même une médication additionnelle ou celle actuellement prescrite. Les stratégies de coping principalement utilisées en cas de dépression, comme se garder occuper, accroître les activités de maîtrise et de plaisir, auront également le potentiel d'aider ici, particulièrement lorsque l'inactivité aggrave les choses. L'un des grands bénéfices des stratégies de coping est que même là où l'on obtient seulement une légère amélioration, elles servent à accroître l'efficacité du patient et son propre sens du pouvoir sur une voix tenue jusqu'alors comme toute-puissante et à ne jamais défier (BIRCHWOOD et CHADWICK, 1997).

L'information écrite

Des notes spécialement préparées qui montrent des preuves appuyant la notion selon laquelle les délires sont en continuum avec la suspicion et d'autres sujets normalisants sont habituellement bien reçues. Plusieurs patients sont extrêmement intéressés par leurs symptômes et leurs traitements et sont avides d'informations. Il y a bien sûr un certain nombre de sujets qui surgissent de façon répétitive, comme les preuves au sujet de la transmission de sons, la télépathie, les effets secondaires extra-pyramidaux de la médication et des types d'hallucination.

Impliquer la famille

Impliquer la famille aidera non seulement le patient à normaliser ses propres délires mais aussi la famille à comprendre ce qu'il vit. Elle lui apportera plus de soutien et, bénéfique non négligeable, moins de critiques.

Interventions centrées sur les schémas

Les interventions centrées sur les schémas devraient être clairement construites à partir de la formulation. Après discussion et entente avec le patient sur la nature des règles ou schémas dysfonctionnels, il est

habituellement utile d'introduire l'idée d'un continuum de normalité, où le patient n'est pas perçu comme une personne mauvaise ou pas aimable, mais plutôt comme quelqu'un qui peut avoir mal agi ou à qui son père n'a donné aucune affection (Padesky, 1994). L'approche centrale ici est de tenter d'assouplir un schéma trop extrême et inflexible. Il vaut la peine de prendre du temps pour cette approche vu qu'une tentative brusque de simplement changer les croyances du patient sera habituellement rejetée. On réussira davantage si les thérapeutes visent de petits changements ou des mouvements autour du continuum plutôt qu'un renversement complet de schéma, quel que soit le degré de dysfonctionnement. Considérer les avantages et les désavantages du schéma ouvertement et ne pas tenter trop vite d'en trouver les failles (car le patient le considère vrai) accentuera ses chances de poursuivre le processus plus loin. En introduisant l'idée que ces schémas peuvent être changés, il peut être bon d'établir d'où ils viennent, et en comprenant leur développement, le patient peut voir que ses schémas auraient pu être différents si d'autres événements lui étaient arrivés. Ceci peut aider le patient à renoncer au schéma bien que le thérapeute doive s'attendre à trouver là un point sensible. Des chronologies des événements de vie accompagnées de confidences aideront à apporter des idées autant qu'à faire du processus de changement une affaire de collaboration dans un climat détendu. Une fois que le patient est d'accord pour considérer de changer ses schémas, il peut être utile de colliger les informations sur les preuves qui s'y rapportent, à l'aide d'expériences pratiques et de journaux intimes, pendant que le patient s'efforce de modifier les règles sous-jacentes. On doit porter une attention toute spéciale à l'élaboration de l'expérience et prévoir divers moyens d'interpréter un résultat ambigu. Avant de permettre ou d'encourager l'expérience il serait fort prudent de considérer les aspects qui pourraient mal se dérouler, au lieu de tenter de ramasser les morceaux après un échec.

Les RR peuvent servir à aider le patient à vaincre l'anxiété lorsqu'il change ses schémas et le contenu peut en être modifié de façon suivante :

- « Il n'y a pas de preuves que je suis une personne entièrement mauvaise » ;
- « Il est normal que je sois confus, avec le genre de père que j'ai eu » ;
- « Je n'ai pas vraiment besoin de l'approbation de cette personne pour être heureux — ce serait bien, mais ce ne sera pas la fin du monde si cela ne se produit pas ».

L'information écrite pour appuyer ces changements, sous forme de notes et d'articles pertinents, peut servir à consolider les gains ; et encourager le patient à lire des chapitres de livres sur la thérapie cognitive, comme *The Feeling Good Manual* (Burns 1990), est particulièrement utile. Il serait normal d'aborder la question de l'estime de soi et de s'attendre à voir cet aspect de l'intervention prolongé car il est préférable d'y aller à petite dose au cours d'une période plus longue que de prendre une grosse bouchée d'un seul coup. Il est toujours bénéfique d'impliquer la famille et de lui enseigner comment gérer les changements et aider ce processus. Il est utile de demander au patient son accord pour donner à des membres de sa famille accès à la formulation écrite. La première tâche est donc d'en venir à s'entendre sur le fait que le patient est ce qu'il est à cause d'un éventail de stressseurs, d'expériences et de prédispositions, et non parce qu'il serait foncièrement mauvais.

La faible estime de soi

La majorité des personnes souffrant de schizophrénie, peut-on s'attendre, ont une faible estime de soi. Les techniques qui peuvent être intégrées pour aborder cette question peuvent inclure les journaux intimes où le patient est invité à noter ses propres commentaires négatifs à mesure qu'ils apparaissent. Il peut être éclairant de demander au patient comment son humeur serait affectée si son patron ou quelqu'un à qui lui-même fait confiance le suivait toute la journée et lui faisait un torrent de commentaires critiques et négatifs. Ceci serait ensuite relié à ses propres commentaires cognitifs critiques de sorte qu'il apprenne comment ses propres pensées affectent son humeur. Il vaut la peine de considérer la nature et la qualité des indices quant à la personne même : est-elle vraiment si mauvaise ? Habituellement, cet aspect se trouve extrêmement distorsionné et au lieu de prouver à quel point la personne est mauvaise, cela illustre plutôt qu'elle est près de la sainteté pour avoir enduré une enfance si malheureuse ou d'autres circonstances difficiles. Les confidences du thérapeute quant à ses sentiments envers le patient ne nuisent pas, pour peu qu'il considère que son patient en vaut la peine, ni une discussion sur l'improbabilité qu'une preuve en général si distorsionnée soit admissible devant un tribunal. Une métaphore utile est que le patient aurait dû ouvrir depuis longtemps « un nouveau classeur de preuves » qui lui aurait permis depuis d'abandonner sa thérapie, car c'est un moyen de rééquilibrer ses preuves douteuses qui écrasent tellement n'importe quel nouvel indice non biaisé.

Dans des situations où le patient a fait quelque chose de mal, cela peut aider qu'il le reconnaisse, mais aussi d'introduire la notion d'une

punition juste. Dans la plupart des cas, ces situations ont été exagérées par des années de culpabilité et d'autotorture.

Noter les succès et les approbations peut aussi être un bon recours. Cet effort pour remonter l'humeur peut avoir un effet assez rapide. Les pièges à surveiller incluent de chercher seulement une grossière approbation ou des succès considérables. La tâche du thérapeute est de s'assurer que les petits succès comme la ponctualité à la session ou le port de vêtements bien assortis ne soient pas ignorés. De voir le thérapeute comme un être humain avec ses failles bizarres peut aussi servir. Il peut être très utile pour certains patients d'apprendre que le thérapeute, qui est quelque peu idéalisé, portait des chaussettes dépareillées hier ou était en retard à son travail. Les thérapeutes doivent être conscients ici du danger d'une atteinte à leur crédibilité. Un autre danger au chapitre de l'enregistrement positif est la tendance à le faire pour ensuite mettre l'accent sur les choses négatives qui ont mal tournées. Le patient devrait être mis en garde contre cette tentation prévisible et invité à y résister. Faire un horaire d'activités et accroître celles qui donnent de la maîtrise ou du plaisir en particulier peut aider l'humeur du patient. Il est important de ne pas oublier que ces patients seront souvent déprimés et ennuyés et l'apathie qui suivra pourrait empirer les choses. Les thérapeutes doivent être conscients qu'il sera peut-être nécessaire d'encourager les activités et d'enseigner des tâches graduées, particulièrement chez ces patients qui ont des symptômes négatifs ou souffrent de dépression. Des graphiques circulaires peuvent être utilisés pour la compréhension d'une allocation appropriée de responsabilités. On peut faire part aux patients que la plupart d'entre nous avons commis des erreurs et que nous nous blâmons. Toutefois, le degré de culpabilité est souvent grandement exagéré chez les patients avec une faible estime de soi. Réattribuer la responsabilité peut être d'un grand secours.

La prévention de rechute

Si nous estimons avoir fait des gains en thérapie et désirons les consolider, il serait fort souhaitable de consacrer du temps à la prévention de rechute. On tente d'identifier les signes individuels de rechute et les périodes de risque qui peuvent être difficiles à prédire. D'autres auront des périodes de risque plus normales, incluant des stressors au travail, du deuil et des problèmes de relations humaines. Sur cette question, il est plus prudent de parler de la mort inévitable, ou d'une crise liée à un chiot ou à un neveu inexistant, que de parler de la mort des parents ou d'autres proches toujours vivants, ce qui peut semer de l'inquiétude. Bien que les véritables périodes de risque doivent être

considérées, il serait fou de croire que lors de la discussion portant sur la mort d'un neveu inexistant, les pensées du patient ne se dirigent pas vers ses proches vieux ou malades.

Un plan individualisé devrait être organisé pour le patient et de l'information écrite lui être donnée afin de consolider les sessions. On pourrait y inclure : des conseils généraux, le numéro de téléphone de personnes à contacter, les signes avant-coureurs propres au patient, un plan d'action personnalisé sur les gains, et que faire si les premiers signes apparaissent. Ces plans peuvent être écrits sur une seule feuille ou être plus développés. Pour la plupart des patients, nous suggérons, s'ils ne le demandent pas, qu'ils gardent en leur possession au moins un enregistrement d'une session ou de réponses rationnelles, selon leur préférence. Cela peut servir d'aide pour une révision, être utilisé pour maintenir et développer les gains et servir d'outil lors d'une crise. L'autothérapie est une possibilité, en particulier chez ceux qui sont bien motivés. Ceci impliquerait une évaluation régulière des problèmes, peut-être l'écoute d'extraits d'enregistrement et si possible la gestion des difficultés selon le style déjà utilisé en thérapie. Laisser un proche, responsable et compréhensif, aider le patient et l'encourager à le faire peut servir à accroître les bénéfices de la TC longtemps après que le thérapeute se soit retiré. Il est bien sûr crucial de tenter d'impliquer ou du moins d'avertir le reste de l'équipe, spécialement dans les situations où le thérapeute demande son assistance pour des choses sortant de l'ordinaire. L'intervenant clé ou le gestionnaire de soins sont souvent consultés au sujet des discussions qui ont eu lieu en session, et ils seront aussi utilisés comme points de référence pour la thérapie de la réalité. Les travailleurs clés et les soignants doivent avoir une bonne idée de la thérapie et de la façon la meilleure dont ils peuvent intervenir.

Conclusion

L'utilisation de la TC avec les patients souffrant de schizophrénie est acceptable, solide et peut donner de bons résultats. Nous avons montré un certain nombre des techniques et décrit le processus de la thérapie, qui peut se dérouler dans un éventail d'environnements. Les pierres angulaires de la thérapie cognitive globale pour la schizophrénie sont les éléments vitaux de l'amélioration efficace : l'engagement dans la relation thérapeutique, le développement d'une formulation conjointe des déclencheurs de symptômes et de leur maintien, l'utilisation en collaboration de techniques cognitives et comportementales liées au niveau de la formulation et du schéma. Il y a toutefois un nombre de stratégies thérapeutiques qui peuvent empirer les symptômes psychotiques : la

moquerie, la confrontation, la collusion, le rythme trop rapide, l'utilisation de techniques en une séquence inappropriée, l'éveil d'antagonismes chez les soignants habitués à une approche plus distanciée, ou l'arrêt de la médication neuroleptique. Il y a donc un grand besoin de supervision du travail de gestion de cas et de formation continue à mesure que se clarifie l'impact spécifique des techniques. Une formation de base en thérapie cognitive des troubles affectifs est un pré-requis pour ce travail autant que le dévouement envers les personnes qui sont affligées par ce trouble psychiatrique des plus handicapants. Toutefois, ceux qui travaillent dans le domaine sont plus que récompensés à mesure que les symptômes psychotiques de leurs patients commencent à être compris et que ces patients commencent le long voyage de retour vers le niveau de rétablissement qui leur est possible.

RÉFÉRENCES

- ALLEN, H., BASS, C., 1992, Coping tactics and the management of acutely distressed schizophrenic patients, *Behavioural Psychotherapy*, 20, 61-72.
- BECK, A. T., 1952, Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt, *Psychiatry*, 15, 305-312.
- BENNUN, I., 1989, Perceptions of the therapist in family therapy, *Journal of Family Therapy*, 11, 243-255.
- BIRCHWOOD, M., CHADWICK, P., 1997, The omnipotence of voices : testing the validity of a cognitive model, *Psychological Medicine*, 27, 1345-1353.
- BURNS, D. D., 1990, *The Feeling Good Handbook*, New York, Penguin.
- CHAMBON, O., PERRIS, C., MARIE-CARDINE, M., 1997, *Techniques de la psychothérapie cognitive des psychoses chroniques*, Paris, Masson.
- FOWLER, D., MORLEY, S., 1989, The Cognitive-Behavioural Treatment of Hallucinations and Delusions : A Preliminary Study, *Behavioural Psychotherapy*, 17, 267-282.
- FRANK, A. F., GUNDERSON, J. G., 1990, The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.
- HADAS, M., 1962, *Essential Works of Stoicism*, New York, Bantam.
- HADDOCK, G., SLADE, P. D., 1996, *Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*, Routledge, London.

- HEINS, T., GRAY, A., TENNANT, M., 1990, Persisting hallucinations following childhood sexual abuse, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24, 561-565.
- HOGARTY, G. E., KORNBLITH, S. J., GREENWALD, D., 1995, Personal-therapy : a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 21, 379-392.
- HOOD, R. W., MORRIS, R. J., WATSON, P. J., 1990, Quasi-experimental elicitation of the differential report of religious experience among intrinsic and indiscriminately pro-religious types, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29, 2, 164-172.
- HUQ, S. F., GARETY, P. A., HEMSLEY, D. R., 1988, Probabilistic judgments in deluded and non-deluded subjects, *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 40A, 801-812.
- KEENAN, B., 1992, *An Evil Cradling*, London, Arrow.
- KEMP, R., DAVID, A., 1996, Compliance therapy : An intervention Targeting Insight and treatment adherence in psychotic patients, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 331-350.
- KEMP, R., HAYWARD, P., APPLETHWAITE, G., EVERITT, B., DAVID, A., 1996, Compliance therapy in psychotic patients : randomised controlled trial, *British Medical Journal*, 312, 345-349.
- KINGDON, D. G., TURKINGTON, D., 1991a, A role for cognitive behavioural strategies in schizophrenia, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 101-103.
- KINGDON, D., TURKINGTON, D., 1991b, The use of cognitive behaviour therapy with a normalising rationale in schizophrenia. Preliminary report, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 207-211.
- KINGDON, D., TURKINGTON, D., 1994, *Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia*, Hove, Sussex, Lawrence Erlbaum.
- KUIPERS, E., GARETY, P., FOWLER, D., DUNN, G., BEBBINGTON, P., FREEMAN, D., HADLEY, C., 1997, I. Effects of the treatment phase. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis, *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.
- LYON, H. M., KANEY, S., BENTALL, R. P., 1994, The defensive function of persecutory delusions : evidence from attribution tasks, *British Journal of Psychiatry*, 164, 637-646.
- MARGO, A., HEMSLEY, D. R., SLADE, P. D., 1981, The effects of varying auditory input on schizophrenic hallucinations, *British Journal of Psychiatry*, 139, 122-127.

- MILTON, F., PATWA, K., HAFNER, R. J., 1978, Confrontation vs belief modification in persistently deluded patients, *British Journal of Medical Psychology*, 51, 127-130.
- MORLEY, S., 1987, Modification of auditory hallucinations : Experimental studies of headphones and earplugs, *Behavioural Psychotherapy*, 15, 240-251.
- MEYER, A., 1950, *The Collected Papers of Adolf Meyer*, Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.
- OSWALD, I., 1974, *Sleep*, Harmondsworth, England, Penguin.
- PADESKY, C. A., 1994, Schema change processes in cognitive therapy, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 5, 267-278.
- ROMME, M. A., J., ESCHER, A. D. M. A. C., 1989, Hearing voices, *Schizophrenia Bulletin*, 15, 2, 209-216.
- SEIGEL, R. K., 1984, Hostage hallucinations, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 264-271.
- SENSKY, T., SIDDLER, R., O'CARROLL, M., SCOTT, J., TURKINGTON, D., KINGDON, D. G., JOHN, C., DUDLEY, R., MCPHILLIPS, M., SCOTT, J. L., BARNES, T. R. E., 1998, A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in the management of treatment resistant schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 29, 1-2.
- SLADE, P., BENTALL, R. P., 1988, *Sensory Deception : A Scientific Analysis of Auditory Hallucinations*, Chichester, Wiley.
- SLATER, E., ROTH, M., 1969, *Clinical Psychiatry* (3rd Edition), London, Bailliere, Tindall and Cassell.
- STANTON, A. H., GUNDERSON, J. G., KNAPP, P. H. et al., 1984, Effects of psychotherapy in schizophrenia : 1. Design and implementation of a controlled study, *Schizophrenia Bulletin*, 10, 520-562.
- STRAUSS, J. S., 1969, Hallucinations and delusions as points on continua function, *Archives of General Psychiatry*, 21, 581-586.
- SULLIVAN, H. S., 1962, *Schizophrenia as a Human Process*, New York, W. W. Norton.
- TARRIER, N., BECKETT, R., HARWOOD, S., BAKER, A., YUSOFF, L., UGARTEBURU, I., 1993, A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients : I. Outcome, *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.

- TARRIER, N., HARWOOD, S., YUSOPOFF, L., BECKETT, R., BAKER, A., 1990, Coping strategy enhancement (CSE) : A method of treating residual schizophrenic symptoms, *Behavioural Psychotherapy*, 18, 283-293.
- TARRIER, N., SHARPE, L., BECKETT, R., HARWOOD, S., BAKER, A., YUSOPOFF, L., 1993, 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, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 5-10.
- TARRIER, N., YUSOPOFF, L., KINNEY, C., MCCARTHY, E., GLEDHILL, A., HADDOCK, G., MORRIS, J., 1998, Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia, *British Medical Journal*, 317, 303-307.
- TIEN, A. Y., 1991, Distribution of hallucinations in the population, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287-292.
- VAUGHN, C., LEFF, J., 1976, The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients, *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.
- WEISSMAN, A. N., 1979, The Dysfunctional Attitude Scale : a validation study, *Dissertation Abstracts International*, 40, 1389-90B
- WILCOX, J., BRIONES, D., SUESS, L., 1991, Auditory hallucinations, post-traumatic stress disorder and ethnicity, *Comprehensive Psychiatry*, 320-323.

ABSTRACT

From case formulation to relapse prevention : a systematic cognitive therapy of schizophrenia

This paper discusses the current status of cognitive therapy research in schizophrenia. After reviewing the extent of the evidence base indicating the efficacy of CT in this disorder, the typical process of therapy is outlined. The key techniques of CT in schizophrenia are described along with typical case examples and caveats concerning possible blocks in therapy. The key techniques described are engaging, developing explanations, introducing doubt, peripheral questioning, behavioural homework experiments, schema focussed approaches and relapse prevention. CT for schizophrenia is proposed as an acceptable, effective and safe adjunct to neuroleptic and other psychosocial interventions.

RESUMEN**De la formulación de casos a la prevención de la recaída :
una terapia cognoscitiva sistemática de la esquizofrenia**

Este artículo discute del estatuto actual de la investigación sobre la terapia cognoscitiva (TC) de la esquizofrenia. Después de haber pasado en revista la vastedad de investigaciones que indican lo eficaz de la terapia cognoscitiva de este desorden, se presenta el proceso terapéutico típico. Se describen las técnicas claves de la terapia cognoscitiva de la esquizofrenia con ejemplos de casos típicos y con advertencias contra los eventuales bloqueos durante la terapia. Las técnicas claves que se describen son el compromiso en la relación terapéutica, el desarrollo de explicaciones, la introducción de la duda, el interrogarse periférico, las tareas de experimentación del comportamiento, los enfoques centrados en los esquemas, la prevención de la recaída. La TC de la esquizofrenia es considerada como algo aceptable, sólido y eficaz que se complementa con los neurolépticos y con otras intervenciones de naturaleza psicosocial.