

Thérapies comportementales et cognitives dans la schizophrénie

N. Franck

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) constituent un volet essentiel de la prise en charge non médicamenteuse de la schizophrénie. Elles reposent principalement sur l'entraînement des compétences sociales (ECS) et sur la psychothérapie cognitive. De nombreux essais cliniques contrôlés et des méta-analyses ont montré l'efficacité de ces techniques. L'ECS et la psychothérapie cognitive sont généralement mis en œuvre chez des patients dont le tableau clinique est stabilisé et dont le traitement psychopharmacologique est stable après avoir été réduit à la posologie minimale efficace (afin de permettre un apprentissage), même si certaines modalités psychothérapeutiques peuvent être utilisées durant les épisodes psychotiques aigus. Les TCC doivent être adaptées aux phases de la maladie durant lesquelles elles sont utilisées et articulées avec les autres composantes du traitement non médicamenteux (en particulier la psychoéducation et la remédiation cognitive).

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Schizophrénie ; Psychose ; Apprentissage ; Renforcement ; Modeling ; Psychoéducation ; Entraînement des compétences sociales ; Entraînement des habiletés sociales ; Psychothérapie cognitive

Plan

■ Introduction	1
■ Thérapies comportementales dans la schizophrénie	2
Entraînement des compétences sociales : principes	2
Techniques d'entraînement des compétences sociales	3
Modalités de mise en œuvre de l'entraînement des compétences sociales	4
Efficacité de l'entraînement des compétences sociales	4
■ Thérapies cognitives dans la schizophrénie	4
Principes	4
Conduite d'une thérapie cognitive	5
Résultats : efficacité de la thérapie cognitive pour les symptômes psychotiques	6
■ Thérapies centrées sur la personne	6
■ Quand intervenir ?	7
■ Conclusion	7

■ Introduction

Le pronostic fonctionnel de la schizophrénie est peu favorable dans ses conditions usuelles de prise en charge. En effet, selon les résultats de la méta-analyse de Jääskeläinen et al.^[1], seuls 13,5 % des patients se rétablissent si l'on considère que le rétablissement implique :

- une réduction symptomatique ;
- un meilleur fonctionnement social ;
- la persistance de l'amélioration de l'un de ces deux paramètres pendant plus de deux ans.

Selon les situations, cette évolution péjorative est expliquée par une réponse insuffisante au traitement médicamenteux, par des troubles associés aux manifestations psychotiques (troubles de l'insight, troubles métacognitifs, troubles neurocognitifs et troubles de la cognition sociale) et par des facteurs subjectifs^[2]. Ces éléments justifient l'association systématique de mesures non médicamenteuses au traitement antipsychotique^[3] afin de réduire ces troubles ou leurs conséquences. Parmi celles-ci, les thérapies comportementales et cognitives (TCC) figurent au premier plan, à côté de la psychoéducation^[4], de la remédiation cognitive^[5] et des prises en charge familiales^[6,7]. Le recours à ces mesures thérapeutiques non médicamenteuses, dont l'emploi est fréquemment combiné, permet d'améliorer le pronostic fonctionnel^[8]. Les TCC agissent soit sur l'intensité des symptômes, soit sur leur retentissement à travers le développement de ressources permettant d'y faire face (*coping*)^[9]. Elles sont le plus souvent mises en œuvre chez des patients stabilisés recevant un traitement antipsychotique à la posologie minimale efficace et, dans la mesure du possible, en monothérapie. En effet, afin de faciliter l'apprentissage il faut réduire au maximum la iatrogénie (effets délétères sur la cognition des correcteurs anticholinergiques, des benzodiazépines, mais également des antipsychotiques à posologie trop élevée).

Le développement et le maintien des symptômes psychotiques sont favorisés par des altérations plus ou moins élémentaires du traitement de l'information. Les altérations les plus primaires, qui comprennent entre autres les troubles de l'attention sélective ou de la reconnaissance des émotions faciales, relèvent de la remédiation cognitive. Les TCC visent les anomalies plus intégratives, c'est-à-dire les biais de raisonnement et les perturbations comportementales. Les biais, qui entraînent le développement et le maintien de croyances non fondées sur la réalité et d'idées délirantes, sont la tendance à sauter hâtivement à la conclusion, la tendance à surattribuer les événements négatifs à des causes non

contrôlables et extérieures à soi, et la tendance à percevoir une menace dans des situations exemptes d'hostilité^[10]. Les perturbations comportementales peuvent être de l'ordre de l'évitement social et du retrait ou, à l'inverse mais plus rarement, de la désinhibition et de l'agressivité. D'autres symptômes négatifs, tels que les troubles de la motivation et l'anhédonie, sont également des cibles pertinentes pour les TCC.

Les thérapies comportementales se sont développées, dans un premier temps, autour de la prise en charge des phobies à partir des années 1920 par une exposition progressive au stimulus phobogène^[11] et une désensibilisation^[12]; puis, dans un second temps, elles ont été associées aux thérapies cognitives, autour du traitement de la dépression à partir des années 1950 grâce à la mise en évidence des schémas de pensée et à leur modification^[13]. Les premiers travaux consacrés à l'utilisation des TCC dans les psychoses datent du milieu du XX^e siècle^[14-17]. Toutefois, ce n'est que quelques décennies plus tard que des études systématiques ont été entreprises. Les TCC ont alors été comparées à des psychothérapies de soutien non spécifiques, d'abord lors de travaux ouverts de faible puissance, puis lors d'essais randomisés contrôlés ayant impliqué des échantillons plus importants^[18].

Les TCC regroupent des modalités distinctes de prises en charge^[19], qui partagent toutefois certains principes.

“ Point fort

Principes des TCC

- Recherche d'une alliance thérapeutique.
- Base collaborative : le patient joue un rôle actif dans sa prise en charge.
- Recours au renforcement positif.
- Modification du comportement et/ou des contenus de pensée dysfonctionnels s'appuyant sur les principes de l'apprentissage et sur les données de la psychologie expérimentale.
- Vécu, besoins et demandes du patient pris en considération au premier chef.
- Objectifs symptomatiques définis en concertation avant le début de la prise en charge, après une période d'évaluation des symptômes et de leur retentissement.
- Durée limitée dans le temps.

Selon les besoins cliniques, les TCC se déroulent sous la forme de séances individuelles ou groupales. Dans le champ des troubles psychotiques, elles peuvent avoir pour cibles les modalités relationnelles, les biais cognitifs et/ou les hallucinations, les croyances qui leur sont associées et les idées délirantes^[20-22]. Les TCC individuelles comprennent généralement environ 20 à 40 séances réparties sur 4 à 8 mois. Les groupes se déroulent le plus souvent sous la forme de sessions de 10 à 15 séances ayant un rythme hebdomadaire. Dans les groupes, la prise en charge n'est pas aussi personnalisée qu'en individuel, mais l'échange de stratégies d'adaptation est facilité entre participants, ainsi que la normalisation des expériences psychotiques^[23]. Ainsi, ils permettent aux participants de ne plus avoir le sentiment d'être seul(e) au monde ou de vivre des expériences uniques. Un effet important des TCC est de renforcer l'estime de soi, que leur modalité de mise en œuvre soit groupale et individuelle. Le recours à la relaxation est fréquent, pour réduire l'impact des comorbidités anxieuses ou, plus largement, pour aider les patients à gérer leurs émotions et les préparer à se confronter aux exercices comportementaux ou à un travail cognitif^[24].

Le recours aux TCC et à d'autres outils de soin non médicamenteux destinés à renforcer les ressources personnelles est généralement envisagé de manière concomitante. Ces modalités thérapeutiques sont d'ailleurs regroupées sous l'appellation « outils de réhabilitation », c'est-à-dire des traitements non médicamenteux destinés à restaurer les capacités d'une personne^[25]

et/ou à lui permettre de mieux se saisir de ses possibilités propres dans l'optique du rétablissement. Selon les domaines qu'il paraît pertinent de renforcer pour augmenter l'autonomie, les TCC sont ainsi associées à tel ou tel programme de remédiation cognitive^[5,26]. Le recours à la psychoéducation^[4] est, en revanche, systématique. La psychoéducation constitue pour le patient une base de compréhension essentielle de ce que sont ses symptômes. Le modèle vulnérabilité-stress, sur lequel elle s'appuie, contribue à la normalisation et à la déstigmatisation. Enfin, la psychoéducation est une porte d'entrée vers l'acquisition de nouvelles stratégies d'adaptation (cognitives, comportementales ou émotionnelles).

Ces différentes interventions (TCC, psychoéducation et remédiation cognitive) sont proposées après une évaluation fonctionnelle (entretien clinique, échelles psychométriques, questionnaires autoévaluatifs, évaluation neuropsychologique, bilan de cognition sociale et estimation du retentissement fonctionnel à travers l'évaluation de l'autonomie quotidienne) et une restitution au patient des résultats obtenus. La restitution met en avant les dimensions préservées sur lesquelles l'intéressé(e) peut s'appuyer et elle constitue le socle de son plan de soin individualisé^[27].

■ Thérapies comportementales dans la schizophrénie

Le traitement comportemental de la schizophrénie repose principalement sur l'acquisition par les patients de nouvelles modalités d'interaction sociale. Il comporte un volet individuel, utilisant l'entraînement des compétences sociales (ECS) – entraînement des habiletés sociales – et les techniques de résolution de problèmes, ainsi qu'un volet familial. Celui-ci repose sur les thérapies comportementales familiales (qui ne sont pas développées dans cet article) qui ont pour objectif de réduire le niveau d'émotivité exprimée, dont il a été montré dès les années 1970 qu'il favorisait les rechutes^[28]. La thérapie comportementale familiale est généralement associée à une psychoéducation familiale^[4,14], la famille étant considérée comme un partenaire du soin dans ces deux modalités.

L'économie de jetons est la première technique de thérapie comportementale utilisée dans la schizophrénie^[14,15,17]. Développée à partir des années 1960 dans le contexte de la psychothérapie institutionnelle, elle s'appuie sur le principe du conditionnement opérant. Dans ce type de conditionnement, un renforcement positif ou négatif est prodigué selon la nature de la réponse comportementale fournie par le sujet dans une situation d'apprentissage. Celui-ci est renforcé positivement (c'est-à-dire récompensé) s'il agit de manière appropriée, alors qu'il est renforcé négativement (par le retrait de la récompense) s'il agit de manière inappropriée. Cette méthode a rencontré des succès avant de tomber progressivement en désuétude, à la fois parce que son efficacité était discutée et du fait du changement de contexte de prise en charge des personnes souffrant de schizophrénie dans le cadre de la désinstitutionnalisation. Quelques programmes y ont toutefois encore recours, mais cela implique un accord systématique du sujet qui doit en avoir compris les principes et accepté les modalités.

Entraînement des compétences sociales : principes

L'ECS des personnes souffrant de schizophrénie a été développé aux États-Unis dans les années 1980 par Liberman et al.^[29,30], puis introduit en France dans les années 1990 par Chambon et Marie-Cardine^[31,32], ainsi qu'en Suisse Romande par Favrod et Pomini^[33], et adopté largement par la suite.

Les programmes proposés initialement par Liberman proposaient un entraînement des compétences de gestion des traitements médicamenteux et des symptômes persistants, ainsi que de la capacité à communiquer. L'acquisition de compétences d'autogestion de la maladie et des traitements est actuellement

plus souvent séparée de l'ECS et constitue la cible des prises en charge d'éducation thérapeutique, qui ne sont pas développées ici.

Les compétences sociales, telles qu'elles sont définies aujourd'hui, permettent la communication et les interactions sociales. Les compétences sociales, qui s'appuient sur les mécanismes de la cognition sociale – qui regroupe les processus de traitement de l'information spécifiques de la relation à autrui et prend non seulement en compte des informations cognitives, mais aussi des informations affectives^[34] – et sur les expériences de la personne, permettent de répondre aux exigences des situations d'interaction. Leur mode d'expression est verbal et non verbal^[35].

Les compétences sociales sont réceptives, décisionnelles et comportementales. Les compétences réceptives, qui permettent d'identifier et d'analyser les paramètres pertinents d'une situation sociale (par exemple déterminer si l'interlocuteur souhaite mettre fin à la conversation), sont fréquemment altérées dans la schizophrénie. Les compétences décisionnelles permettent de choisir des réponses appropriées aux situations sociales et, ainsi, de s'adapter. Elles impliquent le contrôle cognitif, qui repose sur le fonctionnement de certaines aires préfrontales spécifiques dont le fonctionnement est fréquemment altéré dans la schizophrénie, en particulier chez les patients désorganisés^[36,37]. Les compétences décisionnelles incitent, par exemple, à changer de sujet de conversation lorsque l'interlocuteur s'ennuie. Les compétences comportementales comprennent les paramètres verbaux et non verbaux de la réponse mise en œuvre : posture, expression faciale, contenu de la réponse, ton et volume de la voix^[38]. L'altération des compétences sociales associée à la schizophrénie réduit considérablement les capacités d'autonomie des patients. Ceux-ci éprouvent ainsi, en particulier, des difficultés à engager et à conduire des conversations, ce qui les gêne pour entretenir des relations avec autrui. Ces difficultés sont en général présentes dès le début des troubles.

L'autonomie quotidienne et professionnelle de la personne dépend étroitement de ses compétences sociales^[39-41]. En effet, un retrait social peut favoriser une incapacité à accéder à l'emploi et à s'y maintenir, une incapacité à nouer des relations intimes et à former un couple, une incapacité à s'investir dans des loisirs et, plus largement, une incapacité à développer un réseau social.

L'ECS implique généralement des groupes de 5 à 12 participants. Des séances individuelles peuvent permettre de préparer à la situation groupale les patients les plus en difficulté. L'ECS a pour objectif de favoriser les échanges sociaux, de telle sorte qu'ils deviennent plus riches et plus appropriés. Il donne des outils pour faire face aux situations interpersonnelles de la vie courante en favorisant la capacité à savoir formuler des demandes ou des critiques, à refuser quelque chose et à entretenir une conversation, mais aussi en proposant et en entraînant l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes^[42]. Il vise à rendre plus aisés la création et l'entretien de liens sociaux en réduisant le manque de savoir-faire social, en diminuant l'anxiété sociale qui en découle, en favorisant l'assertivité (affirmation de soi), en restaurant la confiance en soi et en favorisant la prise de conscience des conséquences sociales de son propre comportement^[42]. L'ECS favorise la remise en question de certaines idées délirantes, pouvant contribuer fortement au retrait social, à travers la confrontation des participants à des situations allant à l'encontre de celles-ci. Ce travail est approfondi au cours de séances individuelles.

Techniques d'entraînement des compétences sociales

Jeux de rôle

Dans les jeux de rôle, les patients jouent des situations définies par des scripts. Un tel dispositif favorise l'apprentissage de nouvelles modalités d'interaction, d'une part à travers les échanges mis en œuvre au cours du jeu de rôle et, d'autre part, par l'analyse a posteriori de la nature de ceux-ci (prenant en compte les éléments verbaux – contenu du discours, ton de la voix, débit, intérêt manifesté à l'interlocuteur – et non verbaux – expressions, posture,

“ Point fort

Objectifs et principes de l'ECS

- L'ECS est destiné à favoriser l'acquisition de compétences facilitant les interactions sociales.
- Il a recours aux jeux de rôle – permettant d'améliorer les échanges sociaux à travers un apprentissage actif – et au renforcement positif.
- Il met en exergue la capacité à défendre son point de vue et ses propres droits tout en respectant les droits des autres, en gardant un relatif contrôle sur ses émotions, et en exprimant ses propres sentiments avec sincérité et aisance.
- Il apprend aux participants à savoir aborder autrui, à savoir faire des demandes, des refus et des critiques, à savoir initier et entretenir une conversation, ainsi qu'à résoudre des problèmes interpersonnels.
- Il a pour objectif que les acquis puissent être utilisés dans la vie courante (ce qui est facilité par la prescription de tâches à domicile), et que les participants puissent ainsi créer des liens sociaux durables et rompent avec l'isolement ou préviennent celui-ci.
- Il s'appuie en général sur un dispositif groupal, ce qui n'empêche pas de définir des objectifs individuels pour chacun des participants.

contact visuel, gestuelle). Différentes situations de la vie quotidienne sont ainsi prises en compte. L'augmentation de la difficulté se fait de façon très progressive, afin de favoriser le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi.

L'analyse de l'échange qui fait suite à chaque jeu de rôle est faite en groupe. Chacun des participants est sollicité pour faire un commentaire positif sur la performance. Les difficultés sont systématiquement appréhendées en fonction de ce qui peut être amélioré, plutôt qu'en termes d'erreurs ou d'échecs, et des suggestions positives sont faites^[43]. Le patient peut rejouer la scène de telle sorte qu'il affronte la situation de manière plus satisfaisante. Ensuite, elle est reprise par d'autres participants, en tenant compte des retours. La technique de résolution de problèmes est fréquemment utilisée lors de l'analyse et de la préparation des jeux de rôle.

Résolution de problèmes

Appliquée aux relations interpersonnelles, la résolution de problèmes implique :

- d'identifier une situation d'interaction difficile, de la définir précisément (en prenant en compte le contexte, les protagonistes et leurs modalités d'échange) et de relever la manière dont la personne y a fait face jusqu'à présent ;
- de définir ce qui doit être modifié ;
- de proposer d'autres manières d'affronter la situation ;
- d'examiner ces solutions et d'éliminer celles qui ne sont pas adaptées ;
- de retenir la plus adéquate ;
- de la mettre en application ;
- d'évaluer son efficacité ;
- d'en tester une autre si elle ne s'est pas montrée efficace.

La résolution de problème est généralement mise en œuvre en groupe. Les interactions qui ont lieu au sein d'un groupe et la confrontation aux conséquences relationnelles de leurs propres actions sont particulièrement profitables aux participants. Leur répertoire comportemental s'enrichit ainsi à travers un apprentissage opérant (un comportement étant conditionné par ses conséquences^[44]) et un *modeling* (le fait d'observer l'autre, de l'imiter et de se calquer sur son comportement étant une source majeure d'apprentissage^[45]).

Tableau 1.
Programme *integrated psychological treatment*^[22].

Modules	Contenu
Module 1 : différenciation cognitive (remobilisation des fonctions neurocognitives : attention, mémoire et flexibilité)	Exercices de tri de cartes, de fluence verbale, de catégorisation, de vocabulaire et de recherche
Module 2 : perception sociale (remobilisation des processus de cognition sociale, discrimination faits/interprétations)	Description et interprétation de photographies de scènes sociales
Module 3 : communication verbale	Exercices de répétition, de paraphrase, de compréhension et de communication libre
Module 4 : compétences sociales	Jeux de rôle
Module 5 : gestion des émotions	Analyse d'émotions exprimées dans des photographies et des vidéos, mise en lien avec des situations auxquelles les participants ont été confrontés, proposition de stratégies alternatives de gestion des émotions, jeux de rôle
Module 6 : résolution de problèmes interpersonnels	Identification, analyse et description des problèmes ; proposition de solutions alternatives ; évaluation des solutions alternatives ; choix de la meilleure solution ; application de celle-ci ; évaluation de son efficacité

Modalités de mise en œuvre de l'entraînement des compétences sociales

L'ECS peut adopter différentes modalités, répondant à des besoins distincts. Les groupes de conversation ont pour objectif de favoriser la création et le maintien de liens interpersonnels. Les groupes de résolution de problèmes interpersonnels favorisent la capacité des participants à affronter des situations conflictuelles.

L'*integrated psychological therapy* (IPT)^[22] est un programme intégratif qui prend en compte progressivement – à travers des modules complémentaires, dont les modules 3 à 6 constituent un programme d'ECS à part entière (Tableau 1) – les principales difficultés relationnelles associées à la schizophrénie.

« Compétence » est un jeu de plateau permettant de mettre en œuvre un ECS autour d'une activité ludique. Développé par Favrod et al.^[46,47], ce jeu propose aux participants de réfléchir sur des situations sociales (par exemple, comment exprimer un sentiment d'amitié, que faire lorsque l'on reçoit un message électronique critiquant un ami proche, citer des comportements qui montrent qu'on est écouté activement) et de mettre en scène des échanges (par exemple, faire un compliment à son voisin de droite ou exprimer son désintérêt pour la vente par téléphone) lorsqu'une carte « situation » est tirée. Le jeu Compétence serait favorable, en particulier, à l'insertion professionnelle^[46,47].

Efficacité de l'entraînement des compétences sociales

L'efficacité de l'ECS (*social skills training*) a été étudiée à travers de nombreux essais cliniques contrôlés. Ces études ont montré que l'ECS est efficace en termes de fonctionnement social, avec une amélioration de l'apprentissage de stratégies conversationnelles, ainsi qu'en ce qui concerne l'affirmation de soi et la résolution de problèmes interpersonnels. De plus, les bénéfices se maintiennent dans la durée^[8], avec un impact sur les symptômes négatifs et le taux d'hospitalisation. Deux méta-analyses^[48,49] ont affirmé cette efficacité qu'une méta-analyse plus ancienne^[50] avait échoué à mettre en évidence (Tableau 2).

Le transfert à la vie quotidienne est néanmoins délicat à mettre en évidence^[51]. De ce fait, il faut le favoriser en mettant en œuvre en séance des situations d'interaction (jeux de rôle) proches de celles du quotidien et en ayant recours aux tâches à domicile.

Le fait de combiner l'entraînement des habiletés sociales avec d'autres mesures psychosociales telles que la remédiation cognitive a montré son efficacité^[22,52]. Les programmes associant ECS et remédiation cognitive (*integrated psychological therapy* [IPT], ToMRemed, *social cognition and interaction training* [SCIT] et *meta-cognitive therapy* [MCT]) sont donc particulièrement pertinents.

■ Thérapies cognitives dans la schizophrénie

Principes

Les thérapies cognitives^[13] reposent sur un modèle qui prône l'existence de relations étroites entre les pensées (ou cognitions), les émotions et les actions. Leur identification et leur impact réciproque sont mis en évidence par une analyse fonctionnelle précise et personnalisée, qui précède systématiquement chaque prise en charge. Celle-ci permet une conceptualisation du trouble, partagée entre le thérapeute et le patient, et elle offre la possibilité d'agir au plan thérapeutique sur chacun de ces trois niveaux en identifiant puis en modifiant des pensées automatiques, des émotions et/ou des comportements inappropriés ou douloureux. L'action thérapeutique de la thérapie cognitive repose, en particulier, sur l'identification et la modification de schémas de pensées dysfonctionnels qui peuvent favoriser les symptômes ou les entretenir (par exemple, des schémas de danger qui ont pu s'installer à la suite d'expériences précoces de maltraitance font le lit d'éventuels comportements de repli social ou d'idées de persécution). Selon Beck et Rector^[53], les schémas cognitifs sont le support des représentations mentales construites par la personne. Ces schémas, qui sont en partie inconscients et se développent tout au long de l'existence, concernent la personne elle-même (*self-schema*), aussi bien dans son rapport actuel au monde que dans l'anticipation de son futur. Leur contenu conditionne la nature des pensées automatiques, les réponses émotionnelles et le comportement, mais aussi l'estime de soi. Des schémas inadéquats et rigides associés à des biais cognitifs (tendance à traiter en priorité certaines informations au détriment de l'ensemble et à avoir recours à des modalités inadéquates de traitement) favorisent l'émergence de pensées automatiques morbides, puis des troubles. Les biais cognitifs conditionnent la manière dont les situations sont interprétées, la nature des pensées automatiques, ainsi que le maintien de schémas dysfonctionnels. Ces derniers impliquent un mode de pensée impératif, dichotomique et inconditionnel.

Dans la schizophrénie, des biais cognitifs spécifiques, tels que la tendance à attribuer des causes externes et/ou non contrôlables aux événements ainsi que la tendance à se forger des convictions certaines sur la base de trop peu d'éléments (saut aux conclusions), associés à un vécu pathologique (hallucinations auditives et/ou manifestations apparentées : lecture, diffusion ou vol de la pensée, perception délirante, etc.) favorisent le développement de croyances inappropriées, sur lesquelles se fondent les idées délirantes. Les schémas dysfonctionnels sont généralement péremptoirs et rigides ; ils adoptent fréquemment des thèmes de persécution ou mégalomaniaques, mais aussi pessimistes et de dévalorisation. Les pensées automatiques qui en découlent sont consécutivement à type de menace, de pouvoirs spéciaux, d'invulnérabilité ou d'incapacité.

Les thérapies cognitives destinées aux personnes souffrant de schizophrénie^[32,54,55] cherchent avant tout à modifier le sens accordé aux hallucinations et aux idées délirantes. Elles prennent en compte non seulement l'histoire de la personne, lorsque c'est pertinent, mais aussi les troubles du traitement de l'information. Elles font prendre conscience à la personne du rôle des schémas, en développant ses capacités d'auto-observation, afin de lui permettre de les critiquer et de les modifier. Elles assouplissent son système de croyance et la conduisent à pouvoir distinguer ce qui relève de ses idées propres de ce qui appartient à la réalité

Tableau 2.
Efficacité de l'entraînement des compétences sociales (résultats des méta-analyses).

Auteurs	Échantillon	Résultats (tailles d'effet ^a)
Pilling et al. ^[50]	471 patients, issus de 9 études randomisées contrôlées	Pas d'efficacité sur le fonctionnement social, sur la qualité de vie, sur le taux de rechute, ni sur l'observance du traitement
Pfammater et al. ^[48]	688 patients, issus de 19 études randomisées contrôlées	Efficacité sur l'acquisition des compétences sociales (0,77) – se maintenant à distance – ainsi que sur le fonctionnement social (0,39) et la symptomatologie générale (0,23); réduction du taux d'hospitalisation
Kurtz et Mueser ^[49]	1521 patients, issus de 22 études randomisées contrôlées	Efficacité sur les compétences sociales et quotidiennes (0,52), le fonctionnement dans la communauté (0,52) et les symptômes négatifs (0,40). Faible effet sur les rechutes à 1 an (0,23)

^a *d* de Cohen (différence standardisée entre deux moyennes; autour de 0,3 l'effet est faible; autour de 0,5 il est moyen; autour de 0,8 il est important).

extérieure ^[32,53,54], et, in fine, à modifier ses stratégies comportementales. Ainsi, les thérapies cognitives contribuent à réduire l'impact des symptômes psychotiques, aussi bien en termes émotionnels que de retentissement sur la vie quotidienne.

Le fait de faire prendre conscience aux patients des conséquences comportementales et affectives de leurs croyances, ainsi que des biais auxquels leur pensée est soumise, permet de les conduire à générer des hypothèses alternatives en s'appuyant sur un questionnement non confrontant (ou socratique). De plus, l'impact de leurs biais cognitifs est réduit à l'aide d'exercices spécifiques ^[21,56-59]. Au total, les thérapies cognitives permettent aux patients d'acquiescer un meilleur contrôle sur leurs symptômes psychotiques ^[54,58,59].

“ Point fort

Techniques utilisées en thérapie cognitive

- Normalisation de l'expérience psychotique.
- Focalisation attentionnelle.
- Distraction.
- Épreuve de réalité.
- Résolution de problème.
- Formulation individuelle.
- Questionnement socratique.
- Remise en question du fondement d'une croyance/interrogation des preuves qui la sous-tendent.
- Construction d'hypothèses alternatives.
- Modification des croyances.
- Modification des attitudes dysfonctionnelles.
- Réattribution des hallucinations.
- Réponses rationnelles au contenu hallucinatoire.

Parmi les techniques utilisées en thérapie cognitive, les stratégies de normalisation sont fréquemment employées pour dédramatiser les conséquences du vécu psychotique. Elles s'appuient sur l'hypothèse que les manifestations psychotiques ne sont pas pathologiques par essence, mais qu'elles représentent l'accentuation de phénomènes pouvant survenir chez n'importe qui. De fait, lors d'une privation de sommeil ou d'un séjour en altitude élevée, des personnes exemptes de pathologie schizophrénique peuvent développer des manifestations s'apparentant aux symptômes psychotiques et, en particulier, des hallucinations. Or, un stress d'intensité nettement moindre est suffisant pour déclencher de tels symptômes chez les personnes souffrant de schizophrénie, du fait d'une vulnérabilité plus élevée. L'analogie entre ces deux situations et le fait que la seconde implique le simple abaissement d'un seuil auquel chacun est soumis constituent des notions à la fois explicites et acceptables par les patients souffrant de schizophrénie.

Les techniques de focalisation contribuent également à réduire l'anxiété. Elles consistent par exemple, dans le cas d'une personne souffrant d'hallucinations acoustico-verbales, à l'inciter à se concentrer sur le timbre, le genre ou l'accent des voix qu'elle entend ^[38].

La remise en question d'une croyance et la construction d'autres hypothèses peuvent s'appuyer sur des questions du type « À quoi avez-vous eu vu que... ? », « Comment pourriez-vous interpréter différemment la situation ? », etc. Le recours à des épreuves de réalité permet de vérifier ou d'infirmer une hypothèse. Par exemple, si un patient a le sentiment que les autres peuvent lire ses pensées, il devrait être possible à son interlocuteur de déterminer ce qu'il a dans la tête à ce moment précis : le test consiste à interroger ce dernier à ce sujet ^[60].

Des programmes de remédiation cognitive tels que SCIT ^[21], ToMRemed ^[61] et MCT ^[56,62] emploient des techniques appartenant aux thérapies cognitives. Ils ont également recours à l'ECS, à l'instar de l'IPT ^[22] (cf. supra). Le groupe Michael's game ^[63], qui cible la recherche des preuves qui sous-tendent les croyances, est ainsi rattaché aux thérapies cognitives. Les TCC et la remédiation cognitive s'enrichissent ainsi mutuellement.

Conduite d'une thérapie cognitive

Le choix des interventions mises en œuvre dans le cadre d'une thérapie cognitive repose sur les besoins cliniques, auxquels elles doivent s'adapter ^[8]. Certaines modalités régissent son déroulement, quels que soient les outils thérapeutiques retenus. L'abord est non confrontant, non jugeant et collaboratif ^[64]. Ainsi, le patient est conduit par le thérapeute à proposer de lui-même de nouvelles interprétations plutôt qu'à en recevoir passivement.

Après l'analyse fonctionnelle – qui met en lien manifestations symptomatiques, représentations mentales (pensées automatiques et schémas cognitifs) et contexte environnant, et permet de créer une alliance thérapeutique –, un lien est fait avec les acquis de la psychoéducation ^[4]. La psychoéducation constitue d'ailleurs la première phase de la thérapie si le patient n'en a pas bénéficié auparavant. L'impact du stress sur la vulnérabilité propre et les conséquences que cela implique sont, en particulier, pris en compte. Des épreuves de réalité sont proposées lorsque cela est nécessaire. De telles épreuves, associées à l'examen des données de la réalité et à la construction d'hypothèses alternatives ^[54,65] contribuent à faire prendre conscience au patient que l'origine des hallucinations et des autres manifestations psychotiques est interne plutôt qu'externe, et à lui permettre de critiquer ses idées délirantes ^[66]. Lorsque cela est nécessaire et possible, les schémas cognitifs peuvent être appréhendés. Un lien avec les besoins quotidiens du patient est établi grâce à des interventions complémentaires (formulation d'objectifs individuels et spécifiques, tâches à domicile, ECS et liens avec les intervenants du secteur social et médico-social).

Les thérapies cognitives agissent sur l'intensité des idées délirantes et leurs conséquences (ruminations et anxiété) en réduisant le degré de conviction. Les bénéfices peuvent se généraliser (atténuation d'idées délirantes non ciblées par la prise en charge). Les patients deviennent capables d'établir un lien entre leur manière d'appréhender le monde et les acquis des séances. Le questionnement socratique, qui permet aux patients de s'approprier progressivement une nouvelle manière de fonctionner, est préférable à la confrontation directe. Une prise en charge standard en thérapie cognitive comprend, en général, une vingtaine de séances individuelles ou groupales dispensées à un rythme hebdomadaire ^[59,65]. L'efficacité des thérapies cognitives serait en effet optimale au-delà de 20 séances ^[67] et elles pourraient être plus

Tableau 3.
Efficacité de la thérapie cognitive (résultats des méta-analyses publiées en 2014).

Auteurs	Échantillon	Résultats (tailles d'effet ^a)
Velthorst et al. [69]	2312 patients issus de 30 études randomisées contrôlées	Résultats très hétérogènes. Faible efficacité globalement sur les symptômes négatifs (0,093), qu'il s'agisse du critère de jugement principal ou d'un critère secondaire de l'étude concernée
Van der Gaag et al. [70]	1418 patients issus de 18 études randomisées contrôlées	Efficacité sur les idées délirantes (0,36) et sur les hallucinations (0,44). Par comparaison à un traitement actif, perte de l'efficacité sur les idées délirantes (0,33), mais pas sur les hallucinations (0,49)
Turner et al. [71]	3295 patients issus de 48 études randomisées contrôlées	Efficacité modérée sur les symptômes positifs par comparaison aux autres modes de prise en charge (0,16). Efficacité de l'ECS sur les symptômes négatifs (0,27)

^a *g* de Hedges (transforme les effets en valeurs métriques standards avant calcul d'une moyenne de la taille des effets pouvant être corrigée selon la variance inter- et intraétudes). ECS : entraînement des compétences sociales.

efficaces lorsqu'elles sont dispensées de manière groupale [68]. Elles ciblent non seulement les convictions délirantes et les croyances liées aux hallucinations, mais aussi l'anxiété et les préoccupations consécutives. Certains patients deviennent aptes à critiquer leurs idées délirantes, voire à les rejeter complètement. Dans la mesure où les nouvelles manières de percevoir l'environnement et d'interagir avec lui qui ont été acquises en séances sont utilisées au quotidien, les changements se maintiennent dans la durée au-delà de la fin de la prise en charge [54].

Résultats : efficacité de la thérapie cognitive pour les symptômes psychotiques

Des méta-analyses (Tableau 3) [69-71] ont mis en évidence les bénéfices des thérapies cognitives, aussi bien sur les symptômes positifs [72] que sur les symptômes persistants [73]. D'autres travaux ont montré qu'une partie de ces bénéfices thérapeutiques pourrait toutefois être expliquée par certains biais, par exemple des évaluations cliniques non faites à l'aveugle [74], et que l'efficacité sur les symptômes négatifs et le fonctionnement social était faible [69].

Les bénéfices des thérapies cognitives se maintiennent au moins un an après la fin de la prise en charge [73,75]. En revanche, le fait que les thérapies cognitives réduisent le taux de rechute n'a pas encore été démontré formellement. La prise en charge doit comporter au moins 20 séances pour être pleinement efficace [67].

■ Thérapies centrées sur la personne

L'arsenal thérapeutique des TCC, construit autour des thérapies comportementales et des thérapies cognitives dans leurs formes conventionnelles s'est vu complété par de nouvelles modalités thérapeutiques, dites de troisième vague [76]. Les thérapies de pleine conscience et la thérapie d'acceptation et d'engagement (*acceptance and commitment therapy* [ACT]) en représentent les principaux développements. Ces techniques ont en commun la recherche d'une perspective métacognitive sur son vécu propre et sur les événements extérieurs [77]. Elles représentent donc le passage d'une appréhension des troubles centrée sur le symptôme à une appréhension centrée sur la personne, remettant la relation thérapeutique au centre de la prise en charge [78].

La méditation de pleine conscience (*mindfulness meditation*) développe l'attention portée à ce qui est vécu dans l'instant présent, sans jugement et sans attente [79]. Dans la mesure où la souffrance provient de la manière dont on réagit face à une situation plutôt que de la situation elle-même, changer l'appréhension des situations est directement bénéfique. L'objectif est d'aboutir à une acceptation de ses propres ressentis, sans élaboration, rejet ni modification grâce à la méditation. Les programmes *mindfulness based stress reduction program* (MBSR) et *mindfulness based cognitive therapy* (MBCT) sont destinés principalement à la prévention des rechutes dépressives. Plusieurs travaux ont été consacrés à l'impact thérapeutique des techniques de pleine conscience dans

la schizophrénie. Une étude randomisée multicentrique chinoise a comparé les effets sur 107 patients ambulatoires de trois modes de prise en charge : psychoéducation-pleine conscience, psychoéducation classique et traitement usuel [80]. La prise en charge spécifique s'étalait sur six mois et la surveillance était poursuivie pendant deux ans. Le premier groupe a été associé à la plus forte amélioration symptomatique, au meilleur fonctionnement psychosocial, au meilleur insight et au délai le plus important avant réhospitalisation. Une méta-analyse [81] ayant pris en compte les résultats de 13 études (468 patients au total) consacrées aux effets de la pleine conscience dans la schizophrénie a mis en évidence une efficacité plus importante sur les symptômes négatifs que sur les symptômes positifs, avec un maintien des bénéfices après la fin de la prise en charge. Selon les auteurs de cette méta-analyse, les techniques de pleine conscience pourraient représenter un complément utile du traitement psychopharmacologique. Le programme *mindfulness intervention for rehabilitation and recovery in schizophrenia* (MIRROS) est une adaptation du programme MBSR destiné à favoriser le maintien dans l'emploi et l'amélioration des performances professionnelles des personnes souffrant de schizophrénie. Une étude randomisée de faisabilité est en faveur de l'intérêt de ce programme [82].

De manière proche, l'ACT [83] considère la souffrance comme indissociable du vécu humain, lorsqu'on le considère dans sa globalité et sa richesse. Les difficultés psychologiques et comportementales qui en découlent sont plutôt la conséquence des tentatives déployées pour lutter contre sa souffrance intérieure que l'effet direct de celle-ci. La lutte engagée ôterait ainsi le sens de son existence à la personne, la réduisant à un combat sans issue. L'ACT a pour objectif de permettre une modification des liens que le sujet établit avec son propre vécu, pour lui permettre de réinvestir des actions dirigées vers ses valeurs personnelles. Elle s'emploie à développer la flexibilité psychologique et la distinction entre émotions, sensations, perceptions d'événements extérieurs et pensées propres, de manière à permettre un abord plus souple et plus intégratif des obstacles intérieurs et extérieurs. Elle implique donc le développement d'une position méta par rapport à son propre fonctionnement, permettant d'en assumer plus aisément certains éléments et de distinguer plus nettement ses représentations mentales des données de la réalité extérieure. L'ACT est une méthode intégrative, ayant recours à des techniques variées (identification des schémas, utilisation de métaphores, mise en œuvre d'exercices d'observation et d'exercices de pleine conscience, identification des actions engagées vers les valeurs, tâches à domicile, etc.). Elle associe l'abord des TCC à des concepts systémiques, humanistes et relationnels (transfert et contre-transfert). Une étude contrôlée concernant l'utilisation de l'ACT dans la schizophrénie a montré son intérêt potentiel pour réduire le taux de réhospitalisation [84]. Toutefois, la durée de cette étude n'était que de quatre mois. Une étude qualitative a confirmé l'intérêt de l'ACT dans la schizophrénie [85]. Elle a aussi montré la nécessité d'adapter la technique dans cette indication : attention particulière à accorder aux liens entre métaphores et concepts établis par les patients ; prudence avec certaines techniques de pleine conscience ou de distanciation entre soi et certaines pensées importunes ; importance du travail sur les valeurs.

■ Quand intervenir ?

Les TCC destinées aux personnes à haut risque de schizophrénie en sont encore à leurs débuts^[77], même si elles ont déjà montré des résultats prometteurs^[86]. Elles ont pour objectif de réduire le développement des symptômes psychotiques chez ces personnes. Pour certains auteurs^[87], les TCC pourraient représenter une alternative à la prise de médicaments antipsychotiques dans ce contexte précis.

Le programme *active cognitive therapy for early psychosis* (ACE) a été créé en Australie pour les patients présentant un premier épisode psychotique^[88]. Des services d'intervention précoce ayant recours aux TCC se sont rapidement développés non seulement dans ce pays, mais également aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande, en Angleterre et au Pays de Galles, avant que d'autres pays ne suivent. Dès 2009, il existait 145 services d'intervention précoce au Royaume-Uni^[89]. De tels services reposent sur des équipes multidisciplinaires de santé mentale implantées dans la communauté qui ont recours à une approche intégrative combinant traitement pharmacologique, interventions familiales, thérapie cognitive, ECS, entraînement à la résolution de problèmes, gestion de crise et coordination de parcours (*case management*).

Les 3 à 5 premières années de maladie correspondent à une période critique^[88] durant laquelle les interventions de réhabilitation – dont la thérapie cognitive – sont efficaces en termes de réduction des symptômes, d'adaptation à la maladie, de qualité de vie subjective et même de diminution du risque de rechute et du taux d'hospitalisation^[86, 89-91].

Mettre en œuvre une thérapie cognitive dès qu'une stabilité clinique a été obtenue favorise le développement de stratégies adaptatives, développe l'autonomie et permet de prévenir la chronicisation des troubles^[89] (Birchwood et Jackson, 1996; Bertolote et McGorry, 2005). Il est en effet indispensable de compléter l'action des médicaments antipsychotiques par d'autres mesures^[3, 89] afin d'améliorer la qualité de la rémission – qui dépend en grande partie des symptômes négatifs et des troubles cognitifs résiduels – et de réduire le risque de rechutes.

Enfin, certaines interventions sont adaptées aux patients présentant un état psychotique aigu^[88, 92, 93].

■ Conclusion

Plusieurs dizaines d'essais contrôlés ont été consacrés à l'étude des bénéfices des TCC dans la schizophrénie. Plusieurs méta-analyses attestent de l'efficacité des TCC dans la prise en charge de la schizophrénie. Certaines d'entre elles concernent spécifiquement l'ECS^[48-50] ou la thérapie cognitive^[69, 70, 73, 75], alors que d'autres ont considéré les TCC dans leur ensemble^[67, 75], les TCC de groupe étant potentiellement plus efficaces que les TCC individuelles^[68]. La méta-analyse de Burns et al.^[73] a pris en compte 639 patients ayant participé à 12 études randomisées contrôlées. Elle a mis en évidence une efficacité des TCC sur les symptômes positifs (*g* de Hedge à 0,47) et sur les symptômes généraux (0,52) en post-traitement, avec des effets se maintenant au suivi à six mois (0,41 et 0,40 respectivement). Cette méta-analyse montre, de plus, que les TCC sont pertinentes en complément du traitement psychopharmacologique chez les patients résistants à celui-ci.

Les TCC sont globalement efficaces sur la réduction des symptômes positifs et sur l'amélioration du fonctionnement social^[94]. Certains travaux ont précisé que ces thérapeutiques ont une efficacité modérée sur les symptômes positifs, mais que ces effets se prolongent au-delà d'un an^[50, 73, 75, 95, 96]. Une méta-analyse^[72] a mis l'accent sur l'efficacité des TCC non seulement sur les symptômes positifs (avec une taille d'effet [TE] à 0,37, c'est-à-dire modérée), mais aussi sur les symptômes négatifs (TE=0,44) et sur le fonctionnement social (TE=0,38). Différents travaux^[69, 97, 98] ont toutefois indiqué que les effets bénéfiques des TCC sur les symptômes négatifs et le fonctionnement social devaient encore être confirmés. Le développement de nouveaux outils de soin agissant sur les symptômes négatifs, dont le programme d'émotion

positive dans la schizophrénie (PEPS)^[99] et les programmes motivationnels^[100, 101], constituent ainsi un enjeu important de la recherche.

Au total, les TCC sont les interventions psychosociales les plus efficaces sur les symptômes psychotiques^[102]. De ce fait, le recours à ce type de prises en charge est recommandé par l'American Psychiatric Association^[103] et le National Institute for Health and Care Excellence^[104], pour favoriser le rétablissement chez des patients présentant des symptômes positifs ou négatifs persistants ou des patients en rémission, en complément, notamment, de la chimiothérapie.

L'utilisation des TCC réduirait les coûts de prise en charge^[105, 106]. La recherche d'une réduction des coûts liés à la santé favorise les interventions de plus courte durée ou d'intensité légère^[107]. La formation et la supervision des thérapeutes conditionnent la qualité et l'efficacité des prises en charge^[108].

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements : L'auteur remercie Aurélie Dubrulle, Baptiste Gaudelus et Laurent Morin pour leurs précieux conseils de rédaction, ainsi que Michel Marie-Cardine et Olivier Chambon pour leur participation à la rédaction antérieure d'un article sur le même sujet et pour leurs travaux pionniers dans ce domaine en France dans les années 1990.



■ Références

- Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013;39:1296–306.
- Prouteau A. *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*. Paris: Dunod; 2011.
- Franck N, Fromager F, Thibaut F. *Prescrire les antipsychotiques*. Paris: Elsevier-Masson; 2015.
- Petitjean F, Bralet MC, Hodé Y, Tramier V. Psychoéducation dans la schizophrénie. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-291-A-20, 2014.
- Franck N. Remédiation cognitive dans la schizophrénie. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-820-A-55, 2014.
- Hodé Y. Psychoéducation des patients et de leurs proches dans les épisodes psychotiques. *Encephale* 2013;39(Suppl. 2): S110-4.
- Hodé Y, Krychowski R, Beck N, Vontron R, Rouyère N, Huentz M, et al. Effet d'un programme psychoéducatif sur l'humeur des familles des malades souffrant de schizophrénie. *J Ther Comp Cogn* 2008;18:104-7.
- Lecomte T, Leclerc C. *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Montréal: Presses de l'Université de Québec; 2012.
- Haddock G, Tarrier N, Morrison AP, Hopkins R, Drake R, Lewis S. A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:254-8.
- Freeman D. Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clin Psychol Rev* 2007;27:425-57.
- Jones MC. A laboratory study of fear: the case of Peter. *Pedagog Semin* 1924;31:308-15.
- Wolpe J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press; 1958.
- Beck AT. Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry* 1963;9:324-33.
- Ayllon T, Azrin NH. The measurement and the reinforcement of behavior of psychotics. *J Exp Anal Behav* 1965;8:357-83.
- Resnick LB. Applying applied reinforcement. In: Glaser R, editor. *The nature of reinforcement*. New York: Academic Press; 1971.
- Beck AT. Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry* 1952;15:305-12.
- Trudel G. *Thérapie de milieu en institution psychiatrique*. Montréal: Presses de l'Université du Québec; 1980.
- Turkington D, Kingdon D, Turner T. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2002;180:523-7.

- [19] Turkington D, Dudley R, Warman DM, Beck AT. Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a review. *J Psychiatr Pract* 2004;**10**: 5–16.
- [20] Rector N, Beck A. Cognitive therapy for schizophrenia from conceptualization to intervention. *Can J Psychiatry* 2002;**47**:39–48.
- [21] Roberts DL, Penn DL. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Psychiatry Res* 2009;**166**:141–7.
- [22] Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophr Bull* 2006;**32**(Suppl. 1):S81–93.
- [23] Wykes T, Parr AM, Landau S. Group treatment of auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 1999;**175**:180–5.
- [24] Vancampfort D, Correll CU, Scheewe TW, Probst M, De Herdt A, Knape J, et al. Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: a systematic review of randomized controlled trials. *Clin Rehabil* 2013;**27**:291–8.
- [25] Goyet V, Duboc C, Voisinnet C, Dubrulle A, Boudebibah D, Augier F, et al. Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie. *Evol Psychiatr (Paris)* 2013;**78**:3–19.
- [26] Franck N. *Remédiation cognitive*. Paris: Elsevier-Masson; 2012.
- [27] Demily C, Franck N. *Schizophrénie*. Paris: Elsevier-Masson; 2013.
- [28] Brown GN, Birley JN, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Br J Psychiatry* 1972;**121**:241–58.
- [29] Liberman RP, Nuechterlein KH, Wallace CJ. Social skills training and the nature of schizophrenia. In: Curran JP, Monti PM, editors. *Social skills training: a practical handbook for assessment and treatment*. New York: Guilford Publishing; 1982. p. 5–56.
- [30] Liberman RP, Evans CC. Behavioral rehabilitation for chronic mental patients. *J Clin Psychopharmacol* 1985;**5**(Suppl. 3):8S–14S.
- [31] Chambon O, Marie-Cardine M. *La réadaptation sociale des psychotiques chroniques : approche cognitivo-comportementale*. Collection Nodules. Paris: PUF; 1992.
- [32] Chambon O, Marie-Cardine M. *Psychothérapies cognitives des psychoses chroniques*. Paris: Elsevier-Masson; 1997.
- [33] Favrod J, McQuillan A, Pomini V, Ferrero. Training interpersonal problem-solving in French-speaking Switzerland. *Int Rev Psychiatry* 1998;**10**:10–34.
- [34] Franck N. *Cognition sociale et schizophrénie*. Paris: Elsevier-Masson; 2014.
- [35] Favrod J, Barrelet L. Efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales avec les personnes atteintes de schizophrénie. *Ther Cogn Comp* 1993;**3**:84–94.
- [36] Chambon V, Franck N, Koechlin E, Fakra E, Ciuperca G, Azorin JM, et al. The architecture of cognitive control in schizophrenia. *Brain* 2008;**131**:962–70.
- [37] Barbalat G, Chambon V, Franck N, Koechlin E, Farrer C. The organization of cognitive control within the lateral prefrontal cortex in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2009;**66**:377–86.
- [38] Favrod J, Maire A. *Se rétablir de la schizophrénie : guide pratique pour les professionnels*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
- [39] Bowie CR, Depp C, McGrath JA, Wolyniec P, Mausbach BT, Thornquist MH, et al. Prediction of real-world functional disability in chronic mental disorders: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2010;**167**:1116–24.
- [40] Lepage M, Bodnar M, Bowie CR. Neurocognition: clinical and functional outcome in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2014;**59**:5–12.
- [41] Fett AK, Shergill SS, Krabbendam L. Social neuroscience in psychiatry: unravelling the neural mechanisms of social dysfunction. *Psychol Med* 2015;**45**:1145–65.
- [42] Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006;**32**(Suppl. 1):S12–23.
- [43] Favrod J, Ferrero F. Pourquoi prescrire l'entraînement des habiletés sociales. *J Assoc Suisse Med Assist Chêfs Clin* 1997;**8**:50–5.
- [44] Skinner BF. *Verbal behavior*. Prentice Hall: Copley Publishing Group; 1957.
- [45] Dandura A. *Social learning theory*. New York: General Learning Press; 1977.
- [46] Favrod J, Aillon N, Nerfin F, Chambon O. Compétence : un jeu pour entraîner les habiletés sociales. *Synapse* 1995;**112**:44–80.
- [47] Brana A, Francey C, Nguyen A, Gremaud K, Hayoz C, Favrod J. Effets du jeu Compétence sur les habiletés socioprofessionnelles : résultats préliminaires. In: Franck N, editor. *Cognition sociale et schizophrénie*. Paris: Elsevier-Masson; 2014. p. 227–39.
- [48] Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull* 2006;**32**(Suppl. 1):S64–8.
- [49] Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 2008;**76**:491–504.
- [50] Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, et al. Psychological treatment in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med* 2002;**32**:783–91.
- [51] Chien WT, Leung SF, Yeung FK, Wong WK. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013;**9**:1463–81.
- [52] Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;**9**:465–97.
- [53] Beck AT, Rector NA. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;**1**:577–606.
- [54] Kingdon DG, Turkington D. *Thérapie cognitive de la schizophrénie*. Bruxelles: De Boeck; 2011.
- [55] Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Waterman C, Oepen G. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry* 1994;**151**:1409–16.
- [56] Moritz S, Kerstan A, Veckenstedt R, Randjbar S, Vitzthum F, Schmidt C, et al. Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behav Res Ther* 2011;**49**:151–7.
- [57] Franck N, Penn D. Le programme SCIT (social cognition and interaction training: entraînement de la cognition et des interactions sociales). In: Franck N, editor. *Cognition sociale et schizophrénie*. Paris: Elsevier-Masson; 2014. p. 109–22.
- [58] Fowler D, Garety PA, Kuipers L. *Cognitive behaviour therapy for people with psychosis: a clinical handbook*. Chichester: Wiley; 1995.
- [59] Garety PA, Fowler D, Kuipers E. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophr Bull* 2000;**26**:73–86.
- [60] Monestès JL. *La schizophrénie : mieux comprendre la maladie et mieux aider la personne*. Paris: Odile Jacob; 2008.
- [61] Passerieux C, Bazin N, Roux P, Hardy-Baylé MC. ToMRemed : une technique globale de remédiation de la cognition sociale. In: Franck N, editor. *Cognition sociale et schizophrénie*. Paris: Elsevier-Masson; 2014. p. 109–22.
- [62] Favrod J, Rexhaj S, Bardy S, Ferrari P, Hayoz C, Moritz S, et al. Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: a randomized-controlled study. *Eur Psychiatry* 2014;**29**:275–81.
- [63] Kazaal Y, Chatton A, Dieben K, Huguelet P, Boucherie M, Monney G, et al. Reducing delusional conviction through a cognitive-based group training game: a multicentre randomized controlled trial. *Front Psychiatry* 2015;**6**:66.
- [64] Milton F, Patwa V, Hafner J. Confrontation vs belief modification in persistently deluded patients. *Br J Med Psychol* 1978;**51**:127–30.
- [65] Chadwick PD, Lowe CF. A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behav Res Ther* 1994;**32**:355–67.
- [66] Favrod J, Pomini V, Grasset F. Thérapie cognitive et comportementale pour les hallucinations résistantes au traitement neuroleptique. *Rev Med Suisse Romande* 2004;**124**:213–6.
- [67] Sarrin F, Wallin L, Widerlöv B. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: a meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nord J Psychiatry* 2011;**65**:162–74.
- [68] Sakosa JR, Cohen SJ, Srihari VH, Woods SW. Cognitive behavior therapy for early psychosis: a comprehensive review of individual vs. group treatment studies. *Int J Group Psychother* 2009;**59**:357–83.
- [69] Velthorst E, Koeter M, van der Gaag M, Nieman DH, Fett AK, Smit F, et al. Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med* 2015;**45**:453–65.
- [70] Van der Gaag M, Valmaggia LR, Smit F. The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2014;**156**:30–7.
- [71] Turner DT, van der Gaag M, Karyotaki E, Cuijpers P. Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Am J Psychiatry* 2014;**171**:523–38.
- [72] Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models and methodological rigor. *Schizophr Bull* 2008;**34**:523–7.
- [73] Burns AM, Erickson DH, Brenner CA. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. *Psychiatr Serv* 2014;**65**:874–80.
- [74] Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry* 2014;**204**:20–9.

- [75] Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V. A meta-analysis of cognitive-behavioral treatment outcome for positive symptoms in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2005;77:1-9.
- [76] Cottraux J. *TCC et neurosciences*. Paris: Elsevier-Masson; 2009.
- [77] Mander H, Kingdon D. The evolution of cognitive-behavioral therapy for psychosis. *Psychol Res Behav Manag* 2015;8:63-9.
- [78] Chadwick PD. *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester: Wiley; 2006.
- [79] Kabat-Zin J. *Méditer : 108 leçons de pleine conscience*. Paris: Les Arènes; 2010.
- [80] Chien WT, Thompson DR. Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2014;205:52-9.
- [81] Khoury B, Lecomte T, Gaudiano BA, Paquin K. Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2013;150:176-84.
- [82] Davis LW, Lysaker PH, Kristeller JL, Salyers MP, Kovach AC, Woller S. Effect of mindfulness on vocational rehabilitation outcomes in stable phase schizophrenia. *Psychol Serv* 2015;12:303-12.
- [83] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press; 2012.
- [84] Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:1129-39.
- [85] Bacon T, Farhall J, Fossey E. The active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: clients' perspectives. *Behav Cogn Psychother* 2014;42:402-20.
- [86] Addington J, Epstein I, Liu L, French P, Boydell KM, Zipursky RB. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res* 2011;125:54-61.
- [87] Morrison AP, Turkington D, Pyle M, Spencer H, Brabban A, Dunn G, et al. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:1395-403.
- [88] Jackson HJ, McGorry PD, Killackey E, Bendall S, Allott K, Dudgeon P, et al. Acute-phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus Befriending for first-episode psychosis: the ACE project. *Psychol Med* 2008;38:725-35.
- [89] Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2010;197:350-6.
- [90] Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. *Schizophr Bull* 2011;37:1111-4.
- [91] Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 2006;32(Suppl.):S44-63.
- [92] Birchwood M. Applying CBT to promote recovery from acute psychosis. *Psychol Med* 2005;35:152.
- [93] Startup M, Jackson MC, Startup S. Insight and recovery from acute psychotic episodes: the effects of cognitive behavior therapy and premature termination of treatment. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:740-5.
- [94] Sensky T. The effectiveness of cognitive therapy for schizophrenia: what can we learn from the meta-analyses. *Psychother Psychosom* 2005;74:131-5.
- [95] Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res* 2001;48:335-42.
- [96] Rathod S, Turkington D. Cognitive-behaviour therapy for schizophrenia: a review. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:159-63.
- [97] Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irving CB. Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(4):CD00871.
- [98] Lynch D, Laws KR, McKenna PJ. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med* 2010;40:9-24.
- [99] Favrod J, Giuliani F, Ernst F, Bonsack C. Anticipatory pleasure skills training: a new intervention to reduce anhedonia in schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care* 2010;46:171-81.
- [100] Lecardeur L. Thérapies cognitives et comportementales après les premiers épisodes psychotiques. *Encephale* 2013;39(Suppl. 2):S115-20.
- [101] Velligan DI, Roberts D, Mintz J, Maples N, Li X, Medellin E, et al. A randomized pilot study of MOTOVation and Enhancement (MOVE) Training for negative symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 2015;165:175-80.
- [102] Brazo P, Dollfus S, Petit M. Stratégies anti-hallucinatoires expérimentées par les schizophrènes. *Ann Med Psychol* 1995;153:456-60.
- [103] American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia-watch.pdf. 2010.
- [104] National Institute for Health and Care Excellence. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-recommendations>. 2014.
- [105] Myhr G, Payne K. Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy for mental disorders: implications for public health care funding policy in Canada. *Can J Psychiatry* 2006;51:662-70.
- [106] Mihalopoulos C, Harris M, Henry L, Harrigan S, McGorry P. Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? *Schizophr Bull* 2009;35:909-18.
- [107] Waller H, Garety P, Jolley S. Training Frontline Mental Health Staff to deliver "low intensity" psychological therapy for psychosis: a qualitative analysis of therapist and service user views on the therapy and its future implementation. *Behav Cogn Psychother* 2013;23:1-16.
- [108] Jolley S, Onwumere J, Kuipers E, Craig T, Mariarty A, Garety P. Increasing access to psychological therapies for people with psychosis: predictors of successful training. *Behav Res Ther* 2013;50:457-62.

N. Franck (nicolas.franck@ch-le-vinatier.fr).

Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive, Centre hospitalier Le Vinatier, 4, rue Jean-Sarrazin, 69008 Lyon, France. UMR 5229, CNRS et Université Lyon 1, Lyon, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Franck N. Thérapies comportementales et cognitives dans la schizophrénie. EMC - Psychiatrie 2016;13(1):1-9 [Article 37-295-D-50].

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres décisionnels



Iconographies supplémentaires



Vidéos/ Animations



Documents légaux



Information au patient



Informations supplémentaires



Auto-évaluations



Cas clinique