

MONESTES, J.L., YON, V., & LOAS, G.

Service Universitaire de Psychiatrie - Neurosciences Fonctionnelles &
Pathologies - CNRS FRE 2726 - Centre Hospitalier Ph. Pinel - Route de Paris –
DURY - 80044 AMIENS CEDEX 1 – FRANCE

☎ 03.22.53.46.46

✉ g08.moneste@ch-pinel.fr

**EFFICACITE DES THERAPIES COGNITIVES ET
COMPORTEMENTALES DES PSYCHOSES**

**EFFICACY OF BEHAVIOR AND COGNITIVE THERAPIES FOR
PSYCHOSIS : A REVIEW.**

Nombre de mots : 2687

RESUME

Les thérapies cognitives et comportementales des patients psychotiques sont maintenant utilisées depuis une dizaine d'années. Elles restent peu développées en France, mais de nombreuses évaluations ont été réalisées dans les pays anglo-saxons. Elles s'appliquent essentiellement à diminuer les retentissements des hallucinations, à proposer des explications alternatives à ces manifestations, à modifier les idées délirantes et les croyances non délirantes influençant ces symptômes. Utilisant une méthodologie légèrement variable suivant les prises en charge, les TCC des patients psychotiques se regroupent autour d'une thérapie commune qui semble amener des résultats intéressants. Ces travaux sont encore insuffisants pour assurer une efficacité de ces modèles thérapeutiques, mais les résultats obtenus sont très encourageants. Cet article se propose de faire un état de la question des résultats des TCC des psychoses.

Mots-clés : Thérapie cognitive et comportementale, psychose, schizophrénie, efficacité des psychothérapies, hallucinations, idées délirantes

SUMMARY

Cognitive behavior therapies (CBT) of psychosis have been evaluated since almost 10 years. They're still under-utilised in France. Efficacy of cognitive behaviour therapy has been tested in a great number of studies. CBT for psychosis aim at decreasing hallucinations consequences, formulating alternative explanations, modifying delusional ideas and non-psychotic beliefs influencing the content of hallucinations. Treatment strategies are slightly different, but they group around a general structure, which is briefly described. More evaluations are yet needed, but results seem promising. This paper aims at reviewing efficacy of CBT with psychosis.

Key words : Cognitive behavior therapy, psychosis, schizophrenia, treatment efficacy, hallucinations, delusional ideas

EFFICACITE DES THERAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES DES PSYCHOSES¹

Depuis une dizaine d'années, plusieurs études contrôlées ont permis d'évaluer l'efficacité des prises en charge par thérapie cognitive et comportementale (TCC) des patients psychotiques (Drury *et coll.*, 1996a, 1996b ; Garety *et coll.*, 1997 ; Kuipers *et coll.*, 1997, 1998 ; Tarrrier *et coll.*, 1998, 1999 ; Sensky *et coll.*, 2000 ; Gould *et coll.*, 2001 ; , Lewis *et coll.*, 2002 ; Durham *et coll.*, 2003 ; Gumley *et coll.*, 2003 ; Bradshaw et Roseborough, 2004 ; Startup *et coll.*, 2004 ; Tarrrier *et coll.*, 2004 ; Turkington *et coll.*, 2004). Les TCC ont montré leur efficacité pour de nombreux symptômes parmi lesquels les hallucinations, les idées délirantes et les éléments dépressifs associés. Le pourcentage de patients répondant au traitement par TCC est proche de 50 %, bien que certains travaux donnent des résultats différents (pour une revue voir Garety *et coll.*, 1997). La démarche générale reste sensiblement identique suivant les auteurs même si les types de prise en charge proposés connaissent des variations entre les équipes thérapeutiques.

STRUCTURE GENERALE DE LA TCC DES PSYCHOSES

Les TCC des patients psychotiques sont réalisées sur des durées moyennes de 6 à 9 mois. Elles comprennent généralement une période initiale d'installation d'une alliance thérapeutique la plus forte possible entre le thérapeute et son patient au moyen de la compréhension et de la validation par le thérapeute de la perception que le patient a des événements et de la situation. Vient ensuite une période d'estimation plus formelle des symptômes et la détermination commune de buts à la thérapie. Enfin le travail direct sur les hallucinations, les idées délirantes et les croyances impliquées dans ces mécanismes est entrepris.

Une description détaillée de ces méthodes dépasserait les objectifs de cet article. Le lecteur intéressé par une description plus pratique pourra se référer à plusieurs ouvrages, notamment des manuels de clinicien souvent très détaillés comprenant de nombreux exemples destinés à illustrer chacune des méthodes utilisées (Fowler *et coll.*, 1995 ; Chambon *et coll.*, 1997 ; Nelson, 1997 ; Chadwick *et coll.*, 2003 ; Smith *et coll.*, 2003).

La structure générale de la prise en charge des patients psychotiques par une TCC a été synthétisée par Rector et Beck (2002). Nous la reprenons dans le tableau 1 qui résume ces méthodes.

TABEAU 1

¹ Nous tenons à remercier Mme Martine Roussel, Service de neurologie du CHU d'Amiens, pour le travail de relecture de cet article.

RESULTATS DES TCC DES PATIENTS PSYCHOTIQUES CHRONIQUES

Les premiers travaux réalisés par Kuipers *et coll.* (1997) ont comparé deux groupes de 28 et 32 patients avec des symptômes psychotiques résistants aux traitements médicamenteux, l'un recevant le même traitement qu'à l'habitude, l'autre étant pris en charge au moyen d'une TCC. Après neuf mois, seuls les patients du groupe traité par TCC avaient connu une amélioration de leur symptomatologie globale, repérable par une diminution de 25 % des scores à la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale, Overall et Gorham, 1962) pour 50% d'entre eux. Les effets obtenus sur la symptomatologie psychotique étaient comparables à ceux obtenus dans les traitements par clozapine avec le même groupe de patients. Ils se sont montrés durables dans l'étude de suivi réalisée 18 mois plus tard (Kuipers *et coll.*, 1998). Par ailleurs, le taux d'arrêt de la thérapie était très faible puisqu'il s'élevait à 11 %.

Sensky *et coll.* (2000) prennent en charge 90 patients pendant 19 séances étalées sur 9 mois, soit à l'aide de la TCC, soit par des entretiens de psychothérapie de soutien. Ils ne retrouvent pas de différence parmi les patients, tous améliorés quelle que soit la prise en charge. Les auteurs notent, en revanche, une amélioration de la symptomatologie supérieure pour le groupe traité par TCC lors de l'évaluation réalisée 9 mois après le traitement psychothérapeutique.

En 2001, une méta-analyse de Gould *et coll.* regroupant sept études pour un total de 340 patients retrouve une taille d'effet² moyenne (0.65) des thérapies cognitives et comportementales.

Durham *et coll.* (2003) quant à eux, répartissent aléatoirement 57 patients résistants au traitement médicamenteux en trois groupes : l'un recevant un traitement identique à celui proposé habituellement, un autre avec la même prise en charge plus des séances de TCC, un troisième avec le même traitement plus des séances de psychothérapie de soutien. Les auteurs ne retrouvent que des effets modestes de la TCC sur l'ensemble des symptômes psychotiques. Pour ce qui est de la sévérité des éléments délirants, la TCC ainsi que la psychothérapie de soutien amènent des améliorations équivalentes et supérieures au traitement habituel.

² La taille d'effet correspond, pour un critère d'évaluation thérapeutique donné, à la valeur moyenne du groupe traité moins la valeur moyenne du groupe contrôle, divisée par l'écart type du groupe contrôle. Elle reflète donc le gain thérapeutique éventuel du groupe traité par rapport au groupe contrôle. Elle est considérée comme moyenne entre 0.50 et 0.80 et grande au-delà.

Enfin, plus récemment, Turkington *et coll.* (2004) montrent que les tailles d'effet obtenues dans les prises en charge TCC sont importantes, notamment quand les outils cognitifs et comportementaux sont utilisés conjointement avec un traitement par antipsychotiques atypiques. Par ailleurs, l'efficacité est essentiellement retrouvée sur les symptômes positifs, idées délirantes et hallucinations, mais reste faible sur les symptômes négatifs.

En outre, Bradshaw et Roseborough (2004) trouvent 86 % des 22 patients schizophrènes de leur étude qui voient leur fonctionnement psychosocial amélioré, et 82 % dont la sévérité des symptômes psychiatriques a diminué.

Différentes études montrent également que les améliorations obtenues perdurent généralement sur une plus longue période. Tarrrier *et coll.* (1999) répartissent 72 patients entre traitement habituel, TCC plus traitement habituel et psychothérapie de soutien plus traitement habituel. Après 12 mois, ils observent une moindre importance de la symptomatologie positive (hallucinations, idées délirantes) pour le groupe traité par TCC **comparé au groupe recevant le traitement habituel**, ainsi qu'un effet bénéfique sur les symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie ou perte de volonté) pour les patients traités par TCC et par psychothérapie de soutien.

Ce sont essentiellement les effets de la TCC sur les convictions délirantes, au centre de la prise en charge, qui seraient à l'origine de l'amélioration globale de la symptomatologie, avec comme facteur prédictif le plus marqué la « flexibilité cognitive » à propos des hallucinations (Garety *et coll.*, 1997). Cette flexibilité cognitive est entendue comme la capacité à générer et envisager des explications alternatives, notamment à l'apparition des manifestations hallucinatoires. Un meilleur pronostic de l'efficacité de la TCC est retrouvé lorsque la flexibilité cognitive est plus importante.

RESULTATS DES TCC DANS LES PHASES AIGUES DES PSYCHOSES

Certaines recherches se sont centrées sur l'utilisation des TCC dans les phases aiguës de la maladie. La plupart des travaux menés jusqu'à présent proposaient ce type de prise en charge à des patients résistants aux traitements habituels, le plus souvent des traitements médicamenteux. Les premiers travaux de ce type datent de 1996 (Drury *et coll.*, 1996a, 1996b ; Haddock *et coll.*, 1998, 1999). Drury *et coll.*(1996a) comparent l'évolution de 117 patients souffrant de schizophrénie, selon le traitement proposé : TCC ou psychothérapie de soutien. La symptomatologie décroît dans les deux groupes, mais de façon significative pour le groupe traité par TCC. De plus, le temps nécessaire pour une disparition des symptômes aigus est de 25 à 50 % moindre pour les patients traités par TCC (Drury *et coll.*, 1996b). Par ailleurs, comme pour les psychoses chroniques, le

bénéfice de cette thérapie semble durable. En effet, Après neuf mois, 5 % des patients traités par TCC contre 56 % des patients traités par psychothérapie de soutien présentent des symptômes résiduels sévères.

Toujours pour la prise en charge des premiers épisodes aigus, Lewis *et coll.* (2002) proposent à un groupe de 315 personnes dans leur premier (83 %) ou deuxième épisode aigu, un programme de 5 semaines de TCC ou une psychothérapie de soutien. Leurs résultats montrent une diminution symptomatologique plus rapide pour le groupe traité par TCC.

Plus récemment, Startup *et coll.* (2004), en comparant 43 patients traités par TCC à 47 autres avec une prise en charge habituelle, observent les améliorations à six et douze mois. Ils retrouvent 60 % des patients ayant une amélioration clinique significative dans le groupe traité par TCC contre 40 % pour l'autre groupe.

Tarrier *et coll.* (2004) prennent en charge des patients pendant le premier ou le second épisode aigu de la pathologie, soit par un traitement habituel, soit par une psychothérapie de soutien, soit par TCC. Après 18 mois, ils observent un avantage des deux derniers groupes sur le traitement habituel en ce qui concerne la symptomatologie globale, mais une absence de différence entre les groupes quant au nombre de ré-hospitalisations ou de rechutes.

Enfin, peu de recherches ont évalué une prise en charge TCC à un stade prodromal de la pathologie, ou au moment des tous premiers signes de rechute. Gumley *et coll.* (2003) montrent que chez 144 patients, 15.3% des patients traités par TCC contre 26.4% des patients recevant le traitement habituel rechutent dans les 12 mois qui suivent la prise en charge, la rechute étant opérationnalisée par la réhospitalisation, ce qui peut être critiquable. Les auteurs trouvent, par ailleurs, une amélioration plus importante des symptômes positifs et négatifs pour le groupe traité par TCC.

CONCLUSION

En regard de ces travaux, les TCC s'affirment de plus en plus comme un traitement psychothérapeutique de choix dans la prise en charge des patients psychotiques. Les résultats obtenus semblent notables et durables, même si certains travaux retrouvent parfois des bénéfices plus modestes. Cette tendance a été récemment affirmée au Royaume-Uni au travers de la publication de recommandations cliniques éditées par le National Institute for Clinical Excellence³ (NICE, 2002) préconisant l'utilisation de la TCC dans le traitement des patients psychotiques, en association avec un traitement par neuroleptiques.

³ Equivalent à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en France

En outre, Turkington *et coll.* (2002) montrent que l'application d'une partie de ces méthodes par des soignants formés permet des améliorations significatives de la symptomatologie globale, de la conscience des troubles et des éléments dépressifs associés. L'utilisation des TCC pour la prise en charge des patients psychotiques par les thérapeutes français, ainsi que leur diffusion dans les équipes de soins semble donc à promouvoir.

BIBLIOGRAPHIE

Bradshaw W., et Roseborough D. Evaluating the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment of Residual Symptoms and Impairment in Schizophrenia. *Research on Social Work Practice*, 2004, 14, 112-120.

Chadwick P., Birchwood M., Trower P., et Beck A. Thérapie cognitive des troubles psychotiques, Décarie, Montréal, 2003.

Chambon O, Perris C, et Marie-Cardine M. Techniques de psychothérapie cognitive des psychoses chroniques, Paris, Masson, 1997.

Drury V., Birchwood M., Cochrane R., Macmillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 1996a, 169, 593-601.

Drury V., Birchwood M., Cochrane R., Macmillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. II. Impact on recovery time., *British Journal of Psychiatry*, 1996b, 169, 602-607.

Durham R., Guthrie M., Morton R., Reid D., Treliving L., Fowler D., et Macdonald D. Tayside–Fife clinical trial of cognitive–behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms. Results to 3-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182, 303–311.

Fowler, D., Garety P., Kuipers E., Fowler D. et Kuipers L. Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice, John Wiley & Sons, Inc, London, 1995.

Garety P., Fowler D., Kuipers E., Freeman D., Dunn G., Bebbington P., Hadley C., et Jones S. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. II: Predictors of outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 1997, 171, 420-426.

Gould R., Mueser K., Bolton E., Mays V., et Goff D. Cognitive Therapy for Psychosis in Schizophrenia: An Effect Size Analysis. *Schizophrenia Research*, 2001, 48, 335–342.

Gumley A., O'Grady M., McNay L., Reilly J., Power K., et Norrie J. Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine*, 2003, 33, 419-31.

Haddock G., Morrison A., Hopkins R., Lewis S., et Tarrier N. Individual cognitive-behavioural interventions in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172, 101-6.

Haddock G., Tarrier N., Morrison A., Hopkins R., Drake R., et Lewis S. A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34, 254-8.

Kuipers E., Fowler D., Garety P., Chisholm D., Freeman D., Dunn G., Bebbington P., et Hadley C. London—East Anglia randomised controlled trial of cognitive—behavioural therapy for psychosis. III: Follow-up of economic evaluation at 18 months. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 173, 61-68.

Kuipers E., Garety P., Fowler D., Dunn G., Bebbington P., Freeman D., et Hadley C. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: effects of the treatment phase. *The British Journal of Psychiatry*, 1997, 171, 319-327.

Lewis S., Tarrier N., Haddock G., Bentall R., Kinderman P., Kingdon D., Siddle R., Drake R., Everitt J., Leadley K., Benn A., Grazebrook K., Haley C., Akhtar S., Davies L., Palmer S., Faragher B., et Dunn G. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 43, 91-7.

National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 1: Schizophrenia. Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care, NICE, London, 2002.

Nelson H. Cognitive behavioural therapy with schizophrenia. A practice manual. Nelson Thornes Ltd., Cheltenham, 1997.

Overall J., et Gorham D. The Brief Psychological Rating Scale. *Psychological Reports*, 1962, 10, 799–812.

Rector N., et Beck A. Cognitive therapy for schizophrenia: from conceptualization to intervention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2002, 47, 39-48.

Sensky T., Turkington D., Kingdon D., Scott J. L., Scott J., Siddle R., O'Carroll M., et Barnes T. A randomised controlled trial of cognitive—behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 2000, 57, 165-172

Smith L., Nathan P., Juniper U., Kingsep P., et Lim, L. Cognitive behavioural therapy for psychotic symptoms : a therapist's manual. Center for Clinical Interventions, Perth Australia, 2003.

Startup M., Jackson M., et Bendix S. North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months. *Psychological Medicine*, 2004, 34, 413-22.

Tarrier N., Lewis S., Haddock G., Bentall R., Drake R., Kinderman P., Kingdon D., Siddle R., Everitt J., Leadley K., Benn A., Grazebrook K., Haley C., Akhtar S., Davies L., Palmer S., et Dunn G. Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184, 231-9.

Tarrier N., Wittkowski A., Kinney C., McCarthy E., Morris J., et Humphreys L. Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 174, 500-4.

Tarrier N., Yusupoff L., Kinney C., McCarthy E., Gledhill A., Haddock G., et Morris J. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia, *British Medical Journal*, 1998, 317, 303-7.

Turkington D, Dudley R, Warman D, et Beck A. Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a review. *Journal of Psychiatric Practice*, 2004, 10, 5-16.

TABLEAU

- **Etablir une forte alliance thérapeutique**
Acceptation, soutien, collaboration patient-thérapeute
- **Détailler et hiérarchiser les difficultés**
Symptômes (par exemple idées délirantes, hallucinations, retrait, manque de motivation)
Projets (par exemple, relations amicales, projet professionnel, logement, formation)
- **Normaliser et éduquer à propos des symptômes**
Rôle du stress dans la production des symptômes
Aspects bio psychosociaux de la maladie
Réduire la stigmatisation par l'information
- **Développer la conceptualisation cognitive**
Identifier les liens entre pensées, émotions et comportements
Identifier les thèmes communs aux problèmes
Partager une formulation et une compréhension commune avec le patient
- **Techniques cognitives et comportementales pour traiter les symptômes positifs et négatifs**
Utilisation du questionnement socratique
Test des croyances
Evaluation des preuves
Explications alternatives
Essais comportementaux
Verbalisations des croyances à propos de soi
Hiérarchisation des peurs et des soupçons
Utilisation d'images et d'analogies
Utilisation du jeu de rôle
- **Techniques cognitives et comportementales pour traiter dépression et anxiété associés**
Adaptation des stratégies thérapeutiques cognitives standard pour l'anxiété et la dépression.
Test et recadrage des croyances liées à l'anxiété (par exemple, danger et vulnérabilité) et à la dépression (par exemple, inutilité, désespoir)
Ciblage des interprétations erronées
Utilisation d'exercices de relaxation
Utilisation d'exercices d'exposition et de programmes de reprise d'activités
- **Prévenir la rechute**
Identification des situation à haut risque
Poursuivre le développement de compétences par rapport aux symptômes
- **Etablir un « plan d'action » en cas de réapparition des symptômes**

Tableau 1 : structure générale de la TCC avec des patients psychotiques (d'après Rector et Beck, 2002).