

Article

« Réadaptation et psychothérapie des psychoses chroniques : Essai d'une approche cognitive en pays de langue française »

Olivier Chambon et Michel Marie-Cardine

Santé mentale au Québec, vol. 19, n° 1, 1994, p. 19-31.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032291ar>

DOI: 10.7202/032291ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



ÉDITORIAL

Réadaptation et psychothérapie des psychoses chroniques Essai d'une approche cognitive en pays de langue française

Olivier Chambon*
Michel Marie-Cardine**

Différents niveaux de perturbations ont été mis de l'avant pour les patients psychotiques chroniques: troubles neuropsychologiques (troubles d'attention, de mémoire, de planification), déficit ou inadéquation des habiletés sociales cognitives (troubles de résolution de problèmes), et perturbations psychologiques conceptualisées en schémas cognitifs dysfonctionnels et en biais cognitifs. Et des procédures thérapeutiques censées être spécifiques à chaque niveau de perturbations ont été mises au point ces dix dernières années, dans le cadre général du modèle cognitivo-comportemental. Ces interventions sont indiquées à la figure: le 1 représente les interventions sur les troubles cognitifs neuropsychologiques par le programme IPT de Brenner (Konen et al., 1993); le 2 les programmes d'entraînement aux habiletés sociales de Liberman ou les programmes de modification du milieu social (Thérapie familiale comportementale, Clubs d'entraide) permettant de remédier ou de pallier aux déficits en habiletés sociales, cognitives et comportementales (Chambon et Marie-Cardine, 1992 a,b,c); le 3 la psychothérapie cognitive de type «Beck» (1979, 1990), développée par Perris chez les schizophrènes (1989), et visant les structures et processus cognitifs de niveau psychologique à l'origine des expériences psychotiques (Chambon et Marie-Cardine, 1993c).

Chacune de ces interventions a déjà été validée au plan international, et commence à l'être en langue française. Notre préoccupation consiste à les développer et à les intégrer dans un même programme

* Psychiatre au Centre hospitalier spécialisé du Vinatier.

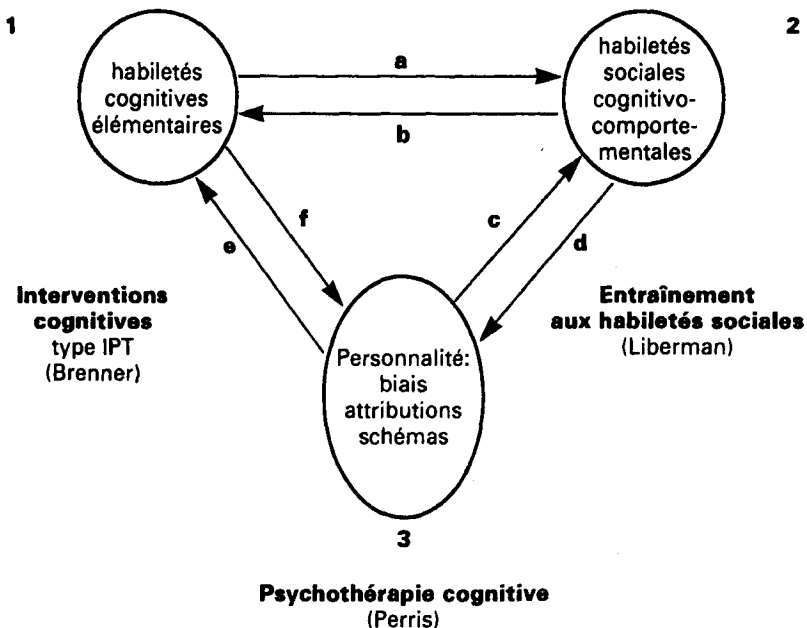
** Psychiatre au Centre hospitalier spécialisé du Vinatier.

de soins cohérent. Nous présenterons l'état actuel de ces interventions en France, puis nous montrerons en quoi une réflexion sur leur intégration est indispensable.

Les diverses approches disponibles

Les interventions visant à modifier les déficits neuropsychologiques des schizophrènes sont en cours de traduction et de validation en langue française par des équipes suisses, genevoise et lausannoise (Konen et al., 1993). Elles reprennent le programme développé par Brenner et al., appelé IPT¹ (*Integriertes Psychologisches Therapieprogramm*), qui intègre le traitement des troubles cognitifs élémentaires (attention, perception, capacité d'abstraction, de formation et de modulation de concepts) au traitement des perturbations du fonctionnement social.

Figure 1
Modèle intégratif et interactionniste
des divers troubles cognitivo-comportementaux
dans la psychose et des interventions
thérapeutiques disponibles



Concernant l'entraînement aux habiletés sociales, le Réseau francophone des Programmes de réhabilitation psychiatrique (RFPRP), auquel nous sommes associés, travaille à fournir le matériel didactique et les supervisions nécessaires à la mise en place de programmes de réadaptation sociale. Ces programmes permettent l'apprentissage, par les patients, des habiletés sociales nécessaires à une vie adaptée et de bonne qualité dans la communauté. Le retentissement psychologique et social des symptômes psychotiques persistants peut aussi être largement atténué par l'emploi de techniques d'auto-contrôle, telles que TARRIER et al. (1990, 1993) les ont décrites et validées dans l'approche appelée «Coping Skills Enhancement», ou telles qu'elles figurent dans le module «Entraînement au contrôle des symptômes» de Liberman, bientôt disponible en français grâce au RFPRP.

Ces programmes ont de nombreux avantages. Ils sont complémentaires aux autres thérapeutiques, et possèdent une efficacité largement documentée, même dans des pays de langue française (revue dans Chambon et Marie-Cardine, 1992a; Favrod et al., 1993). Des manuels de formation pour animateurs y décrivent les procédures à suivre et les techniques spécifiques utilisées; des vidéocassettes en illustrent les modèles de thérapie. Ils permettent ainsi un apprentissage assez rapide et une application fiable par des équipes novices et dans des contextes de soins très variés (hospitalisation classique, hôpital de jour, dispensaire, etc.).

Il existe ainsi d'ores et déjà des programmes traduits, adaptés et testés en pays francophones et permettant des interventions:

- auprès du patient: entraînement aux habiletés sociales (EHS): «habiletés de conversations»; «habiletés de résolution de problèmes interpersonnels»; «gestion du traitement neuroleptique et connaissance de la maladie»;
- au plan communautaire: clubs d'entraide autogérés par les patients (Friedlob et Siegel, adaptation française par G. Deleu), ou par des groupes au long cours permettant un soutien et la poursuite de l'entraînement aux habiletés sociales pour faire face aux difficultés de la vie en communauté;
- au plan de l'environnement relationnel du patient: thérapies familiales et groupes de familles de patients psychotiques (programme «Profamille»).

Enfin, une approche plus individualisée est permise par la psychothérapie cognitive.

Une partie du travail consiste à corriger les croyances erronées ou les règles inconscientes gouvernant la vie du sujet, qui contribuent à ses difficultés. Le but de la thérapie cognitive originellement conçue par Beck est en effet la modification des schémas cognitifs. Ces schémas sont des structures psychiques, développées dans l'enfance, déterminant les représentations et émotions du sujet vis-à-vis de lui-même (self-schéma), des autres (schémas interpersonnels), et du monde qui l'entoure (Piaget et Inhelder, 1969; Kelly, 1955; Markus, 1977). On entre ainsi dans le domaine de la psychologie cognitive en introduisant, dans le modèle classique du traitement de l'information, les notions d'émotions, de représentations, ainsi que de conflits et de processus inconscients. On aboutit même, parfois, à une reprise de la clinique psychanalytique des psychoses, ne serait-ce qu'en tenant compte de la fonction et de la signification individuelle des symptômes psychotiques, notamment en tant que mécanismes de protection de l'estime de soi.

La psychothérapie cognitive possède cependant l'avantage de proposer des attitudes et des techniques pragmatiques, centrées sur un changement spécifique à moyen terme. Son utilité chez les patients psychotiques a été démontrée ces cinq dernières années en pays anglo-saxons²; elle reste encore pratiquement inconnue en France (Chambon et al., 1993 a et b).

Nécessité d'un modèle articulant et intégrant ces approches

Pour chaque patient, la question la plus importante à nous poser est la suivante: «Quel est le trouble central, sous-tendant les diverses manifestations de sa psychose, qui doit être traité en priorité?» Y répondre représente une tâche ardue, ne serait-ce que parce que chez le même patient plusieurs niveaux de perturbations peuvent coexister et que chaque niveau influence les autres. Nous suggérons un modèle intégratif, permettant de concevoir, pour chaque patient, une formulation individualisée de la nature de ses troubles, puis un traitement différencié, pouvant utiliser de manière cohérente les diverses méthodes d'interventions disponibles.

Sur plusieurs points, un tel modèle se heurte à l'insuffisance de nos connaissances. Il n'existe pas encore de procédure standardisée qui permettrait de guider le praticien et de l'aider à choisir la meilleure intervention, au moment le plus approprié, selon les perturbations spécifiques de chaque patient. En outre, il n'y a pas de traitement «pur», chaque stratégie thérapeutique possédant un impact sur d'autres niveaux de perturbations que sur celui auquel elle était

censée être spécifique. Enfin, à supposer qu'une intervention visant un niveau de perturbations soit choisie, restera à savoir quelles modifications y apporter pour tenir compte des perturbations constatées aux autres niveaux.

Interactions potentielles entre les différents niveaux et types de perturbations cognitives (cf. Figure 1)

Dans l'interaction, la flèche *a* souligne le fait que les troubles neuropsychologiques peuvent empêcher l'acquisition de compétences sociales essentielles (notamment pendant l'adolescence) avec, comme effet, l'absence de stratégies adaptatives adéquates dans le répertoire cognitivo-comportemental de l'individu.

La flèche *b* représente l'importance du type de stratégie cognitivo-comportementale adoptée par le sujet en présence d'un problème ou d'un stress. Certaines stratégies peuvent conduire à la résolution du problème et au relâchement de la tension, alors que d'autres accentuent le stress et désorganisent les processus de traitement de l'information déjà vulnérables du fait d'anomalies neuropsychologiques.

La flèche *c* montre que la personnalité influence le choix du type de réponse comportementale. Parfois un individu psychotique a déjà des habiletés sociales adéquates mais ne les utilise pas du fait de sa vision biaisée de lui-même, des autres et de la situation globale.

La flèche *d* représente l'influence que peuvent avoir les comportements et expériences sur les schémas concernant le soi (sans valeur, impossible d'être aimé), les autres (à tenir prudemment à distance, dangereux, à ne pas croire) ou le monde (impossible à maîtriser, imprévisible, source de souffrance). Un individu dépourvu de compétences sociales aura le plus grand mal à développer et à maintenir un niveau satisfaisant d'estime de soi. Le simple manque de savoir-faire cognitif ou comportemental met le sujet dans des situations difficiles, conduisant au renforcement des schémas inadaptes. Ainsi, un cercle vicieux s'instaure et se maintient, entre une vue négative de soi et l'échec dans les situations sociales, les faisant se potentialiser mutuellement.

La flèche *e* illustre à quel point la manière d'interpréter une situation et donc, dans le modèle cognitif, de la vivre émotionnellement, peut conduire à des réactions de stress disproportionnées à sa nature réelle, et perturbant sérieusement les processus de traitement

de l'information déjà fragilisés par les anomalies neuropsychologiques.

Enfin, la flèche *f* suggère que les troubles neuropsychologiques peuvent avoir une influence directe sur la personnalité. Lorsque l'individu n'a pas à sa disposition l'équipement cognitif de base nécessaire à son adaptation au monde, il en vient à développer un locus de contrôle externe, le sentiment de vivre dans un monde dangereux qu'il n'est pas capable de contrôler et de maîtriser.

Parfois il ressentira aussi des sensations étranges, à l'intérieur même de ses processus de pensée et de perception, probablement liées à ses dysfonctions neuropsychologiques, qu'on appelle «déraillement cognitif» (*cognitive slipage*). Ces sensations le convaincront que quelque chose ou quelqu'un peut avoir accès à son intimité, peut l'influencer directement, et il développera ainsi un syndrome d'influence ou de passivité psychotique (Maher, 1988). Cela peut aussi induire un sentiment d'insécurité très précoce (parfois dès l'enfance), qui sera intégré aux schémas, avec un ensemble de stratégies de protection, comportementales et cognitives, qui en dériveront (comme le retrait et une partie de la symptomatologie négative).

En outre, certains troubles neuropsychologiques pourraient favoriser l'émergence de biais cognitifs psychologiques. On assisterait ainsi à une interaction dynamique et développementale entre le fonctionnement cérébral et la personnalité. Garety et al. (1991) ont montré que les patients schizophrènes tiraient plus rapidement des conclusions que les patients normaux en conditions probabilistes. Cette tendance («jump to conclusion»), mesurée par des tests neuropsychologiques, est à rapprocher du biais cognitif appelé «inférence arbitraire», consistant à tirer rapidement une conclusion à partir d'une vue encore partielle d'une situation, et jouant un rôle dans la genèse de certaines expériences psychotiques, comme les idées délirantes de référence.

Il est même possible de combiner ces interactions: ainsi *f + c* illustrerait le fait que le déficit cognitif, même quand il est important et dûment constaté, n'explique pas tout. Des facteurs psychologiques, en partie indépendants de la machinerie cognitive neuropsychologique, sont à intégrer. Van Den Bosch et al. (1992) ont montré que le fonctionnement cognitif objectif ne prédisait pas le mode de réaction aux problèmes sociaux des patients schizophrènes, alors que le fonctionnement cognitif subjectif (façon dont le sujet perçoit ses capacités cognitives) était quant à lui corrélé à sa manière de réagir

(«coping style») et notamment à l'efficacité de ses stratégies de résolution de problèmes.

Les «effets thérapeutiques croisés»

Une intervention peut avoir un impact sur d'autres niveaux que celui qu'elle était censée spécifiquement modifier. Par exemple, l'entraînement aux habiletés sociales (2) permet un changement cognitif (3) par le biais de la décentration cognitive et de la prise en compte du point de vue des autres, réalisées lors des exercices de jeux de rôles et des techniques de résolution de problèmes. L'entraînement aux habiletés sociales peut aussi permettre aux patients de s'exposer à de nouvelles situations dans lesquelles le caractère inadéquat de leurs anciens schéma peut être souligné de manière caricaturale et où ils pourront être induits à développer une autre conception de soi ou d'autrui.

Toujours dans le domaine des interactions potentielles, l'entraînement des habiletés cognitives élémentaires (1) permet, par un principe de «généralisation ascendante», une amélioration secondaire d'habiletés cognitives plus complexes (de type «résolution de problèmes») ayant un retentissement sur l'adaptation sociale (2). Cette interaction semble d'autant plus importante que Wykes et al. (1992) ont montré que les déficits cognitifs élémentaires des psychotiques chroniques semblent constituer un facteur de prédiction important de leur évolution lors de leur participation à un programme de réadaptation sociale. Ils peuvent en effet affecter sévèrement leurs capacités de traiter et de comprendre l'information thérapeutique.

Impact des divers troubles sur les modalités de prise en charge des psychotiques

La prise en compte des données concernant les biais et déficits cognitifs permet à la fois: a) d'aménager les soins pour contourner ces perturbations cognitives; b) faire la part de ce qui peut être amélioré par des techniques psychologiques ou, au contraire, nécessite des techniques de «réadaptation cognitive» (entraînement des habiletés cognitives élémentaires); c) construire progressivement des modèles théoriques plus scientifiques de la schizophrénie, intégrant cependant ses déterminants psychologiques; d) enfin, tenir compte des réactions psychologiques aux déficits cognitifs et de l'interaction jamais définitive et toujours complexe entre la vulnérabilité cognitive et la fragilité psychologique.

a) *Compenser les déficits cognitifs en adaptant le style de communication thérapeutique*

Les déficits cognitifs, accompagnés d'une motivation défaillante et d'une fragilité psychique, nécessitent l'utilisation de techniques actives et hautement structurées, la structure diminuant l'anxiété et favorisant le développement d'un cadre cognitif interne pour intégrer les apprentissages. Les informations émotionnellement chargées et complexes peuvent être de compréhension difficile pour certains patients et cela nécessite une présentation didactique claire et simplifiée de l'information, associant la vérification de la compréhension, la répétition des instructions, et la simplification des phrases prononcées par le thérapeute. Les mêmes raisons impliquent l'emploi cumulatif et répété de toutes les techniques de l'apprentissage: formulation de buts spécifiques, instructions multi-modales (utilisant différents canaux: verbal, vidéo, écrit), répétitions fréquentes (sur-apprentissage), retour (*feedback*) immédiat quant à l'atteinte du but, renforcement positif pour tout progrès ou effort si minimes soient-ils, progression étape par étape vers un but (*shaping* ou façonnage), observation et imitation de modèles (*modeling*), jeux de rôles avec techniques de mise en scène (faire des signes, diriger les mouvements, ou *coaching*) et directives verbales pendant le jeu (souffler des répliques ou *prompting*), enfin exercices «in vivo» en présence du thérapeute, et tâches à réaliser seul, afin de favoriser la généralisation des apprentissages.

Certains modèles cognitifs de la schizophrénie (Hardy-Baylé, 1993) mettent l'accent sur les déficits des processus psychiques contrôlés de traitement du contexte et d'organisation de plans d'actions: certains patients schizophrènes se distinguent des normaux par leur incapacité à exploiter de bonnes stratégies pour le traitement du contexte, notamment le contexte antécédent, se reportant trop aux éléments extérieurs, sans sélectionner les éléments essentiels ni inhiber le traitement des autres. Pour eux un entraînement aux habiletés de résolution de problème – décomposant pas à pas les stratégies d'analyse du contexte, les conséquences à court et à long terme des actions, et l'évaluation des diverses possibilités – peut instaurer des stratégies compensatoires. La prise en compte des troubles de la planification s'impose aussi lors de la formulation de buts à long terme avec ces malades: ils peuvent connaître de grosses difficultés à identifier des buts spécifiques puis à s'y tenir. Il est alors nécessaire de décomposer ces buts lointains en de nombreux objectifs à court et

moyen terme, et d'adopter une approche beaucoup plus structurée et étayante pour les aider à les accomplir.

De même, le cadre thérapeutique doit tenir compte des possibilités réduites de traitement de l'information contextuelle de ces patients: ainsi le thérapeute devra-t-il souvent préciser le contexte du travail thérapeutique (au début de chaque séance et chaque fois qu'il y a un changement d'orientation dans la séance), rendre explicite les «points-clefs» du travail en cours sur lesquels se concentrer (méta-communiquer sur le processus thérapeutique), vérifier au fur et à mesure du déroulement que le patient n'a pas perdu de vue le contexte thérapeutique.

La dernière conséquence de ces déficits est la nécessité de répéter les interventions: un thérapeute peut avoir l'impression d'avoir provoqué un changement sensible chez un patient, pour s'apercevoir, la séance suivante, que ce progrès ne s'est pas manifesté dans une situation pourtant très proche de celle dans laquelle il s'était initialement réalisé. Le caractère concret de la pensée, l'absence de généralisation, la difficulté à changer de contexte, font partie des déficits cognitifs fondamentaux de la schizophrénie. Le thérapeute peut avoir à démontrer de nombreuses fois la même chose, en apportant chaque fois seulement de très faibles variations. En plus de l'apprentissage de la patience, ce processus est une forme de perlaboration, permettant au patient d'«incarner» dans la réalité, sous des angles légèrement différents, d'une séance à l'autre, le même changement de point de vue.

b) Influence de l'organisation psychique et des troubles de la personnalité sur les capacités d'apprentissage et d'adaptation sociale

Ce point illustre surtout les interactions positives et nécessaires entre psychothérapie cognitive (3) et entraînement aux habiletés sociales (2). Lors de l'entraînement aux habiletés sociales (EHS) le thérapeute découvre souvent que le patient possède les habiletés requises, mais que des pensées automatiques négatives, liées à des schémas dysfonctionnels (self-schéma ou schéma interpersonnel) l'empêchent de s'en servir au moment voulu. C'est pourquoi, notamment, il faut tenir compte des émotions et pensées automatiques lors du processus cognitif de résolution de problèmes; à chaque étape, en effet, des distorsions cognitives peuvent interférer avec la résolution efficace d'un problème, surtout s'il est d'ordre relationnel.

Les situations de jeu de rôle tout autant que de résolution de problèmes, propres à l'EHS, peuvent servir d'analyseurs cognitifs, le patient apprenant à repérer ces émotions et pensées automatiques qui en dévient ou en inhibent le déroulement. L'entraînement aux habiletés sociales devrait donc être relié à l'évaluation et à la correction des cognitions dysfonctionnelles éventuelles qui peuvent sous-tendre tout déficit spécifique. Cette approche tient compte des remarques de Shepherd (1984), qui a relevé les échecs à transférer les habiletés acquises en situations d'entraînement dans d'autres situations de la vie quotidienne quand les cognitions dysfonctionnelles n'étaient pas parallèlement prises en compte.

Les troubles de la personnalité auront aussi un rôle essentiel à jouer dans la création de l'alliance thérapeutique et dans la motivation des patients au cours du processus d'apprentissage de l'entraînement aux habiletés sociales.

Comment choisir les modalités d'interventions prioritaires

Il n'est évidemment pas possible ni souhaitable de faire un bilan systématique, pour chaque patient, visant l'évaluation des fonctions cognitives élémentaires, complexes, et psychologiques. Notre pratique nous amène à suggérer de commencer, chaque fois que c'est possible, par une technique de bonne acceptabilité et d'utilité reconnue, comme un groupe d'entraînement aux habiletés sociales. Les réactions du patient au processus groupal et à l'apprentissage permettront de préciser la nécessité ou non d'utiliser d'autres techniques. C'est ainsi qu'un patient voyant ses capacités d'apprentissage très limitées par une attention faible ou des troubles de mémorisation, pourra recevoir un entraînement des fonctions cognitives élémentaires selon les procédures de type «IPT».

Un autre patient pourra manifester des troubles de la personnalité ou voir ses tendances paranoïdes (ou paranoïaques) entraver grandement son adaptation au groupe et ses capacités d'y apprendre d'autres comportements. Pour lui, l'adjonction de séances individuelles de psychothérapie cognitive pourra s'avérer très utile. Ces suggestions, rappelons-le, sont sujettes à modifications, le domaine étant encore en plein développement.

Questions de recherche à partir du modèle interactif ébauché

- 1) Quels liens existent entre les déficits cognitifs élémentaires, leur perception subjective, et les stratégies cognitivo-comportementales d'adaptation sociale adoptées par un sujet?

- 2) La perception qu'un individu a de ses troubles cognitifs élémentaires joue-t-elle un rôle dans la genèse de ses expériences psychotiques ou dans son style d'attribution cognitif?
- 3) Certaines habiletés sociales ou des schémas cognitifs particulièrement fonctionnels permettent-ils d'atténuer les effets négatifs de la vulnérabilité neuropsychologique?
- 4) Comment des schémas cognitifs dysfonctionnels, principalement ceux reliés au concept de soi (self-schéma) ou des autres (schémas interpersonnels), peuvent-ils limiter l'utilisation ou l'acquisition d'habiletés sociales, et quels retentissements ont-ils sur le processus d'apprentissage dans les programmes d'entraînement aux habiletés sociales?

Ces questions nous conduisent à une préoccupation importante pour l'avenir: quelles modifications devrions-nous apporter aux programmes d'entraînement aux habiletés sociales pour prendre en compte les limitations neuropsychologiques et psychologiques retentissant sur l'utilisation, la durabilité, et la généralisation des habiletés qui y sont acquises?

À partir de ces diverses considérations, on peut aisément conclure à la nécessité et à la possibilité de concevoir, dès maintenant, des programmes de réhabilitation reliant de manière cohérente et signifiante (pour chacun des patients) les diverses thérapeutiques, de façon à favoriser le développement et l'intégration de leur propre personnalité.

NOTES

1. IPT= programme intégré de thérapies psychologiques; il s'agit d'une approche «cognitive», pas au sens psychologique, où nous l'entendons ici, mais au sens neuropsychologique.
2. Une description détaillée de ces études d'efficacité et de leurs résultats est disponible dans le premier ouvrage présentant ces techniques en Francophonie: O. Chambon, M. Marie-Cardine, 1993, *La psychothérapie cognitive des psychoses chroniques*, Editions Masson, Collection Médecine et Psychothérapie, Paris.

RÉFÉRENCES

- BECK, A.T., RUSH, A., SHAW, B., EMERY, G., 1979, *Cognitive Therapy of Depression*, New York Guild, Guilford.

- BECK, A.T., FREEMAN, A., et al., 1990, *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, The Guilford Press, New York.
- CHAMBON, O., MARIE-CARDINE, M., 1992a, *La réadaptation sociale des psychotiques chroniques: approche cognitivo-comportementale*, Presses Universitaires de France, collection Nodules, Paris.
- CHAMBON, O., MARIE-CARDINE, M., 1992b, Psychose, in Ladouceur, R., Fontaine, O., Cottraux, J., *Thérapie comportementale et cognitive*, édition Masson, Paris.
- CHAMBON, O., MARIE-CARDINE, M., 1992c, Réhabilitation des troubles psychotiques, in Ladouceur, R., Fontaine, O., Cotteau, J., *Thérapie comportementale et cognitive*; édition Masson, Paris.
- CHAMBON, O., ROUVIÈRE, S., FAVROD, J., MARIE-CARDINE, M., 1993a, La psychothérapie cognitive des délires chroniques: théorie et application, *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 3, 1, 4-15.
- CHAMBON, O., MARIE-CARDINE, M., 1993b, Psychothérapie cognitive des idées délirantes: une approche guidée, *Synapse*, septembre, n° spécial «Rio de Janeiro», «Psychoses: actualités et perspectives», 64-71.
- CHAMBON, O., MARIE-CARDINE, M. (1993c), *La psychothérapie cognitive des psychoses chroniques*, édition Masson, collection Médecine et Psychothérapie, Paris.
- FAVROD, J., BARRELET, L., 1993, Efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales avec les personnes atteintes de schizophrénie, *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 3, 3, 84-95.
- GARETY, P., HEMSLEY, D., WESSELY, S., 1991, Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid subjects: biases in performance on a probabilistic inference task, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 194-201.
- HARDY-BAYLE, M. C., 1993, *Traitement de l'information et schizophrénie*, Editions Techniques-Encyclopédie Med. Chir., Paris.
- KELLY, G. A., 1955, *The Psychology of Personal Constructs*, New York, Norton.
- KONEN, A., NEIS, L., HODEL, B., BRENNER, H.D., 1993, À propos des thérapies cognitivo-comportementales de la schizophrénie, Le programme intégratif des thérapies psychologiques (IPT), *L'Encéphale*, XIX, 47-55.
- MAHER, B. A., 1988, Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanations, in Oltmanns T.F., and Maher, B. A., Eds., *Delusional beliefs*, New York, Wiley.
- MARKUS, H., 1977, Self-schemata and processing information about the self, *Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- PERRIS, C., 1989, *Cognitive Therapy with Schizophrenic Patients*, The Guilford Press, New York.
- PIAGET, J., INHELDER, B., 1969, *The Psychology of the Child*, Routledge and Kegan Paul, London.

- SHEPHERD, G., 1984, Assessment of cognitions in social skills training, in Trower, P. Ed., *Radical Approaches to Social Skills Training*, Croom-Helm, London, Sydney, 261-283.
- TARRIER, N., HARWOOD, S., YUSUPOFF, L., BECKETT, R., BAKER, A., 1990, Coping Strategy Enhancement (C.S.E.): a method of treating residual schizophrenic symptoms, *Behavioural Psychotherapy*, 18, 643-662.
- TARRIER, N., BECKETT, R., HARWOOD, S., BAKER, A., YUSUPOFF, 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.
- VAN DEN BOSCH, R., VAN ASMA, M., ROMBOUTS, R., LOUWERENS, J., 1992, Coping style and cognitive dysfunction in schizophrenic patients, *British Journal of Psychiatry*, 161, 18, 123-128.
- WYKES, T., KATZ, R., STURT, E., HEMSLEY, D., 1992, Abnormalities of response processing in a chronic psychiatric group. A possible predictor of failure in rehabilitation programmes? *British Journal of Psychiatry*, 160, 244-252.