

PLACE DES APPROCHES COGNITIVES DANS LE TRAITEMENT DES HALLUCINATIONS ET DU DELIRE

Pr. Stéphane Raffard^{1,2*}

¹Université Montpellier 3, Laboratoire Epsilon, EA 4556

²Service Universitaire de Psychiatrie Adulte, CHRU Montpellier

* correspondance : s-raffard@chu-montpellier.fr

Un modèle dominant pour la compréhension des symptômes positifs: l'hypothèse dopaminergique de la schizophrénie

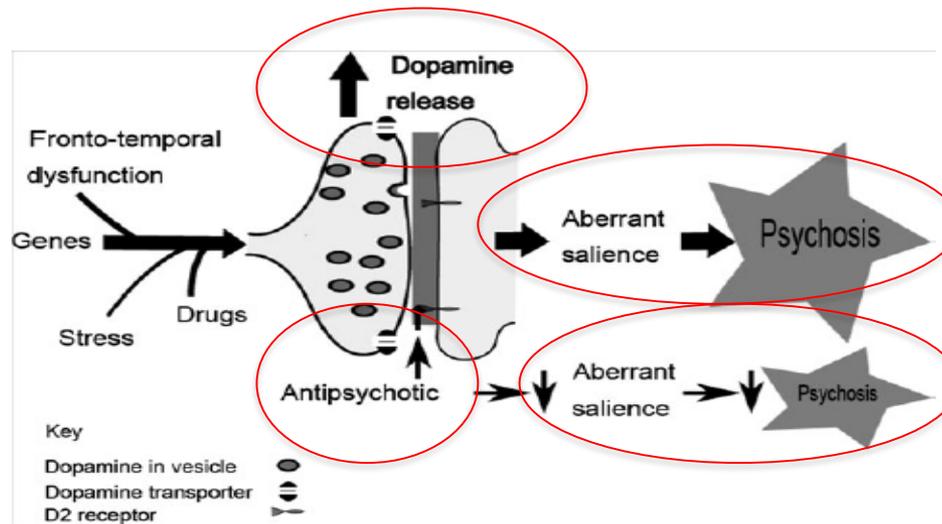
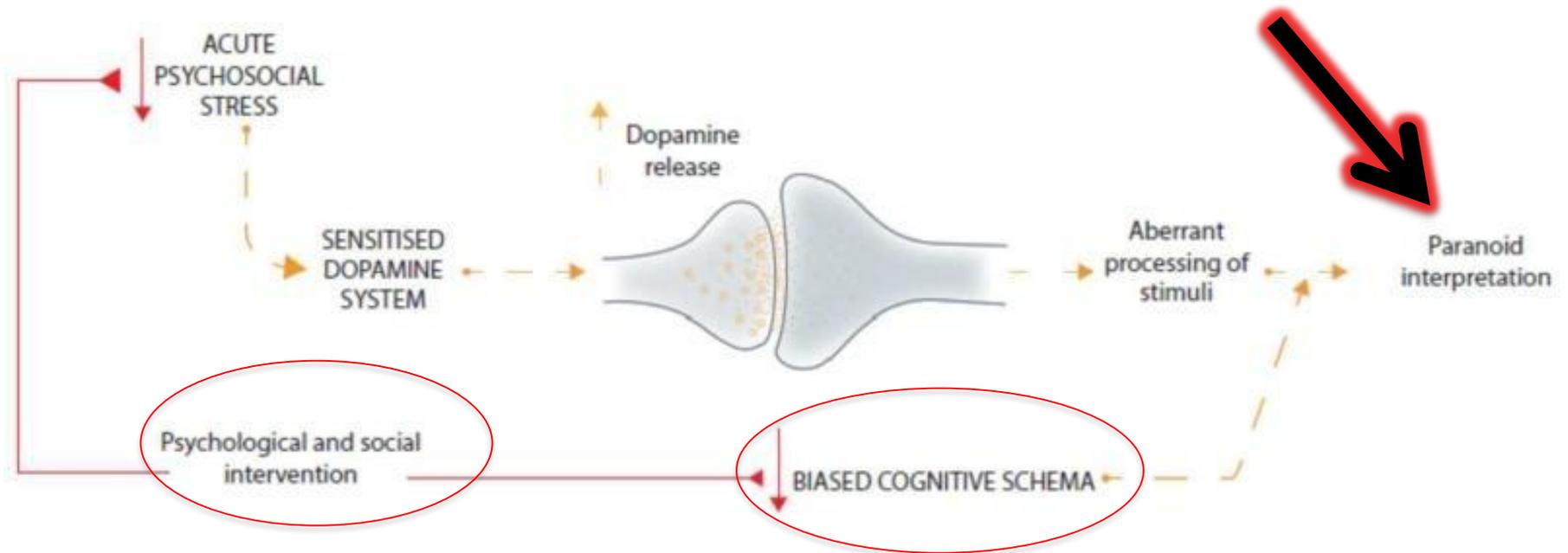


Fig. 1. Multiple hits interact to result in striatal dopamine dysregulation to alter the appraisal of stimuli and resulting in psychosis, whilst current antipsychotic drugs act downstream of the primary dopaminergic dysregulation.

Howes & Kapur (2009). Schizophrenia Bulletin

A une notable évolution théorique... et pratique (?)



Traitements antipsychotiques

- L'efficacité des traitements neuroleptiques a jusqu'ici été surestimée.
- Seulement 17 à 22 % des patients en tirent un bénéfice important (en terme de rechutes et de fonctionnement).
- Pas de différence nette entre neuroleptique de première et seconde génération.
- Différence faible pour les comportements agressifs (2% vs. 12 %).

Traitements antipsychotiques vs. Placebo

Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis

Stefan Leucht, Magdolna Tardy, Katja Komossa, Stephan Heres, Werner Kissling, Georgia Salanti, John M Davis

- Faible évidence d' une meilleure qualité de vie.
- Aucune supériorité significative pour la reprise au travail.
- Existe t'il des interventions efficaces parallèles (en ajout) ou alternatives aux antipsychotiques ?

sych | The British Journal of Psychiatry (2012)
201, 83-84. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112110

Editorial

Antipsychotics: is it time to introduce patient choice?

Anthony P. Morrison, Paul Hutton, David Shiers and Douglas Turkington



Summary

Evidence regarding overestimation of the efficacy of antipsychotics and underestimation of their toxicity, as well as emerging data regarding alternative treatment options, suggests it may be time to introduce patient choice and reconsider whether everyone who meets the criteria for a schizophrenia spectrum diagnosis requires antipsychotics in order to recover.

Declaration of interest

A.P.M. and D.S. are both members of two National Institute for Health and Clinical Excellence guideline development groups: Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People, and Psychosis and Schizophrenia in Adults (partial update).

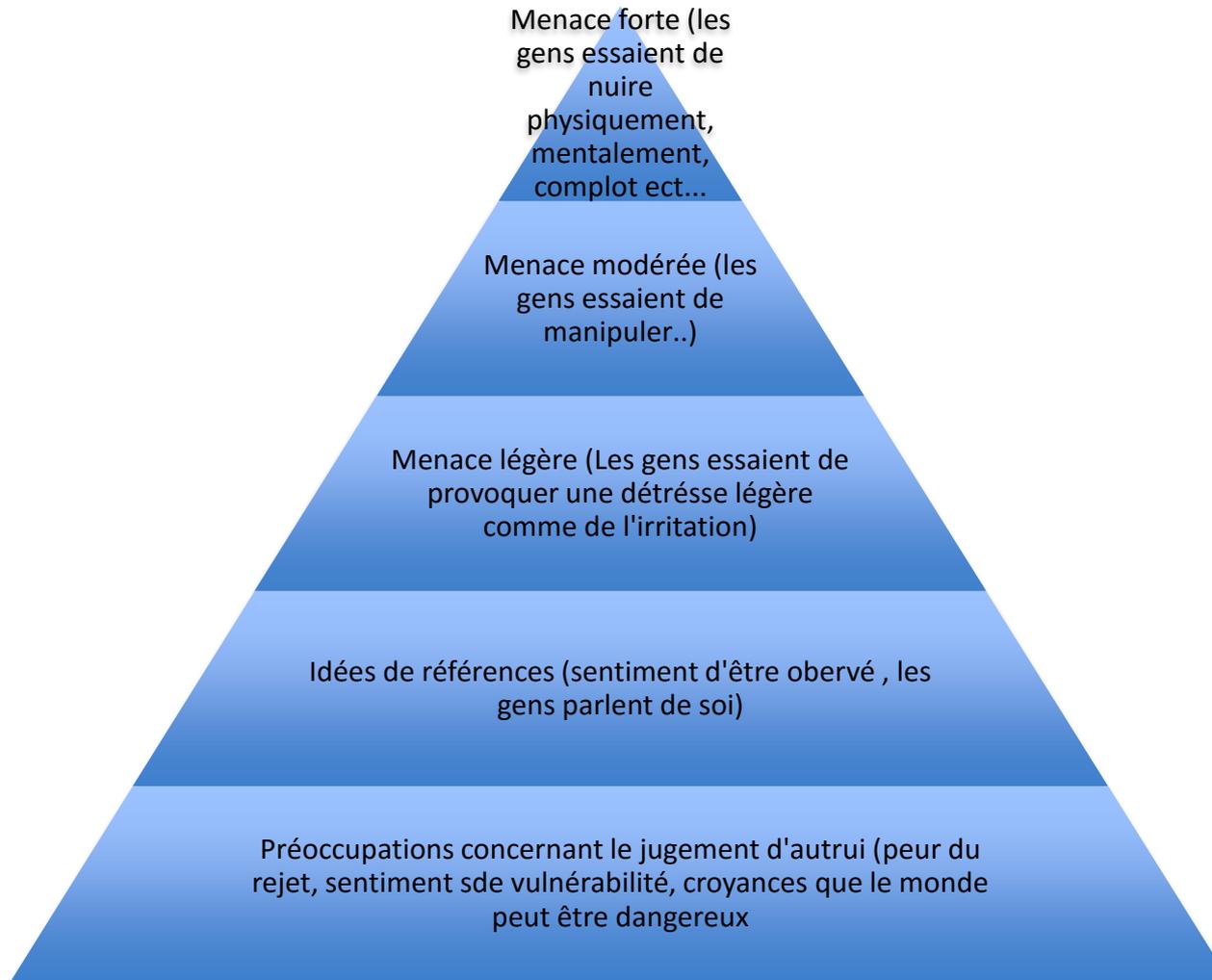
I. Modèles et interventions cognitives des symptômes positifs de la « première vague »

Modèles cognitifs des symptômes positifs

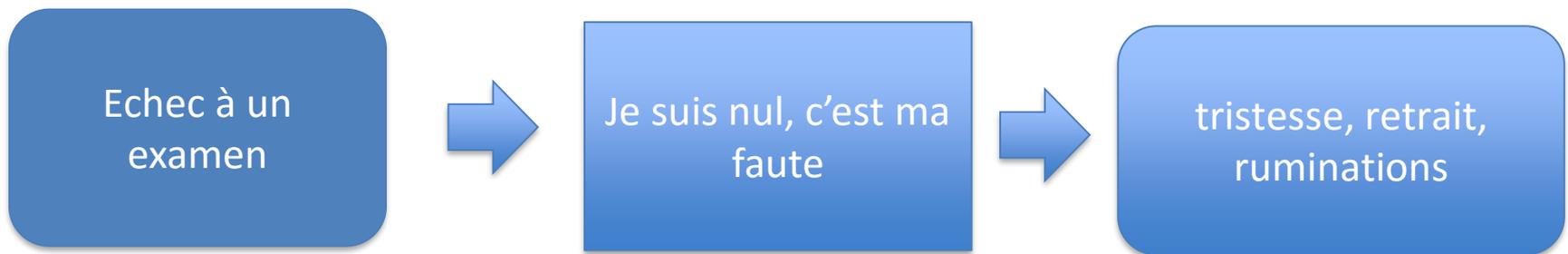
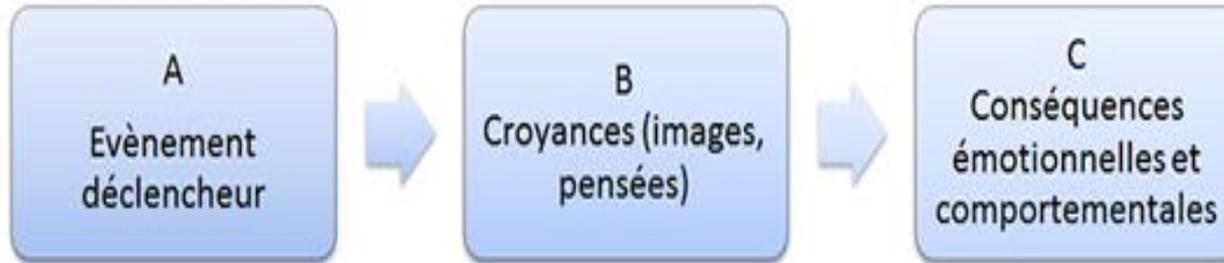
Les différents modèles existant proposent que le **maintien** des idées délirantes ou des hallucinations en plus des déficits neurobiologiques et des contingences environnementales sont liées aux interprétations et aux déficits/biais cognitifs que les sujets en font.

Les thérapies TCC de la « première vague » des symptômes positifs ciblent directement les idées délirantes ou les hallucinations.

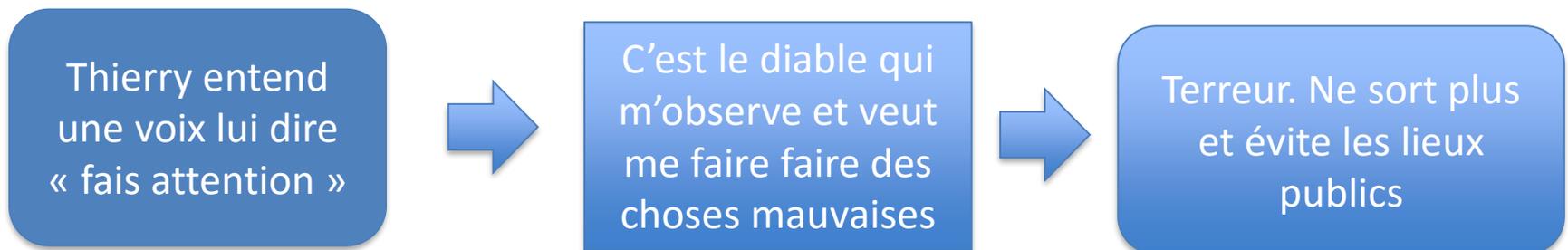
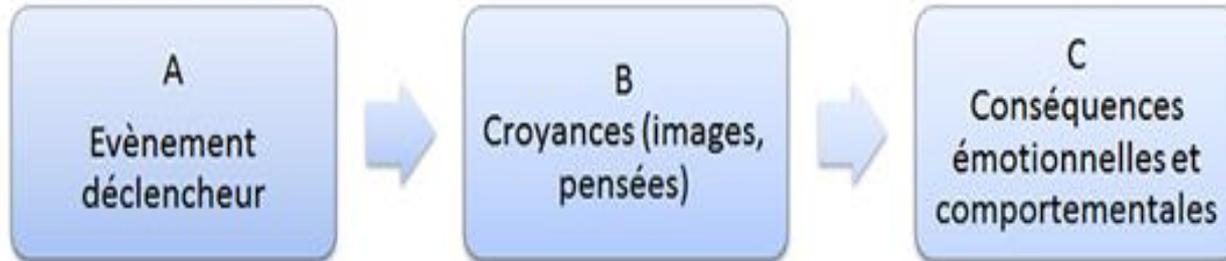
Importance de la prise en compte d'un continuum entre expérience « normale » et délirante.



Modèle ABC issu de la TCC de la dépression

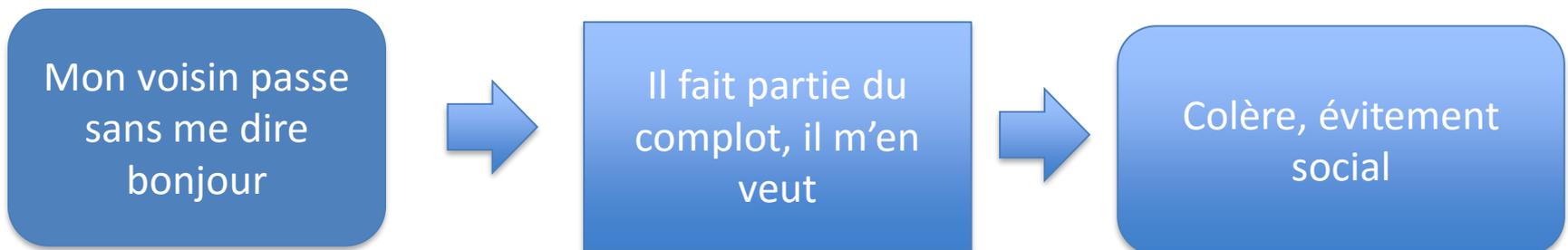
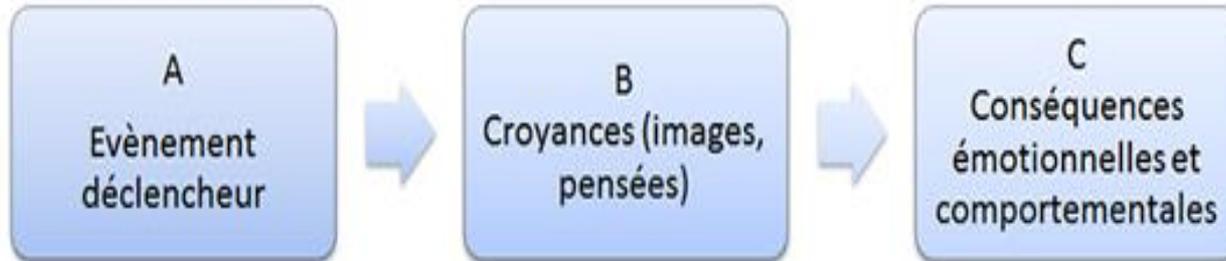


Modèle ABC d'une hallucination



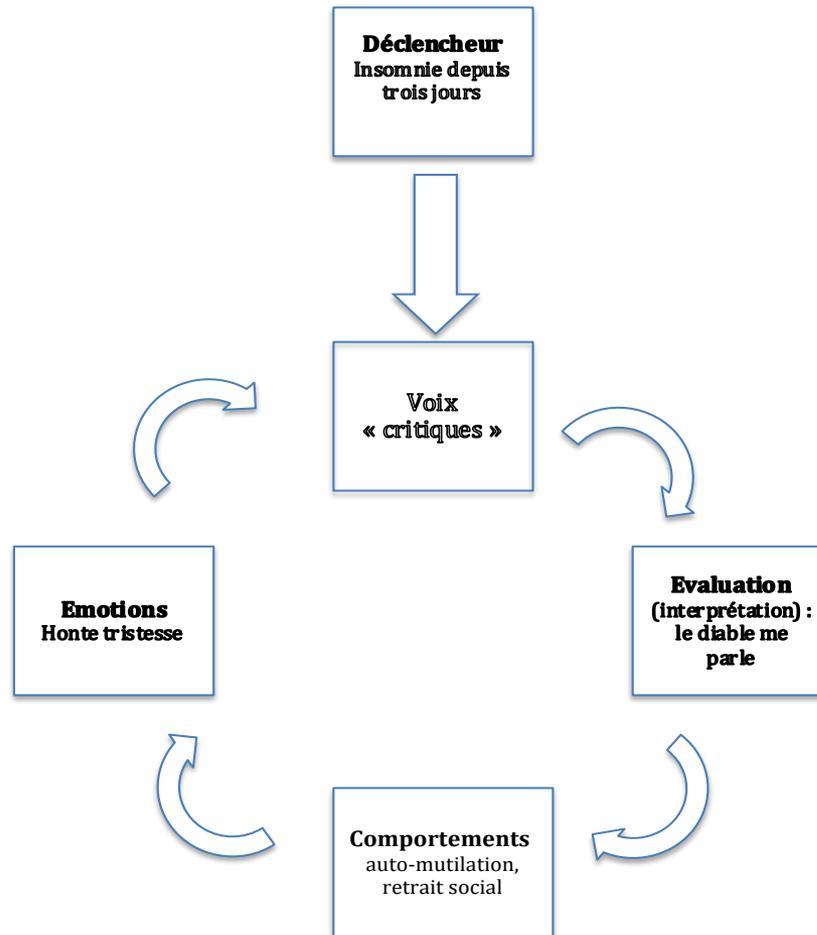
La thérapie comportementale et cognitive ne vise pas à éliminer les voix et les déclencheurs externes ou internes, mais plutôt à modifier comment le patient interprète ces phénomènes, afin de réduire la détresse et les comportements mal-adaptés associés.

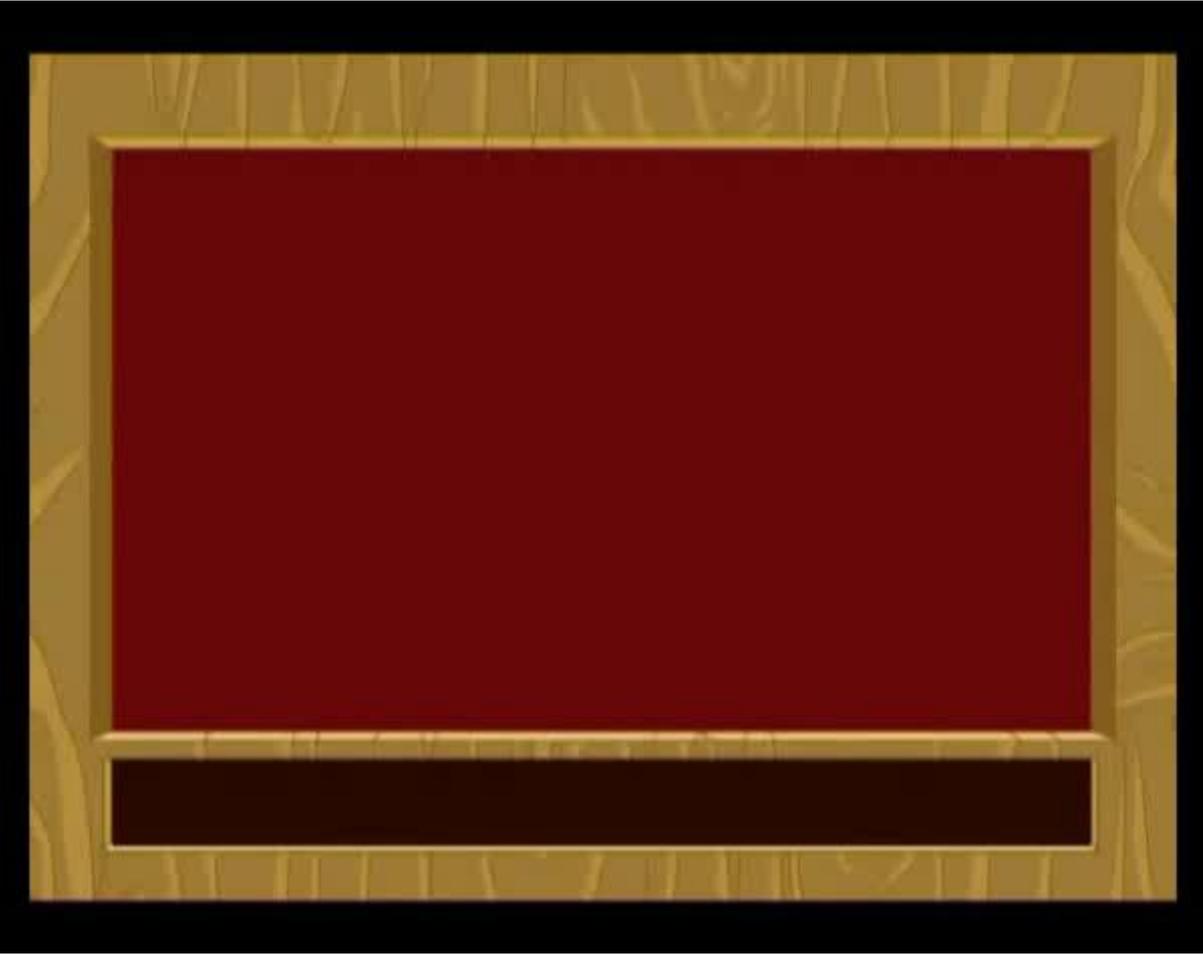
Modèle ABC d'une idée délirante



La thérapie comportementale et cognitive ne vise pas à éliminer les voix et les déclencheurs externes ou internes, mais plutôt à modifier comment le patient interprète ces phénomènes, afin de réduire la détresse et les comportements mal-adaptés associés.

Mini-formulation de cas d'une hallucination.





Support pour le modèle ABC des voix

- Liens bien démontrés entre voix perçues comme :
 - Malveillante (voulant causer du tort à la personne),
 - puissante et dominante,
 - voix estimée connaissant le patient (omnisciente)



détresse émotionnelle, anxiété et dépression

Cible 1 : les croyances associées aux voix ou aux événements de la réalité extérieure

1. Analyse ABC : analyse des pensées primaires secondaires associées à la voix
2. Si accentuée par les réactions émotionnelles et cognitions catastrophiques : normalisation – technique d'auto-contrôle
3. Vécue comme toute puissante: recadrage de la relation aux voix (voisin gêné) technique On/Off
Test de désobéissance (in vivo)
4. Conçue comme ayant une identité précise extérieure ou intention particulière : Critique en collaboration.
Remise en cause des croyances

Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial

PETER TROWER, MAX BIRCHWOOD, ALAN MEADEN, SARAH BYRNE,
ANGELA NELSON and KERRY ROSS

Hypotheses

Primary

CTCH will lead to less compliance
(Voice Compliance Scale, VCS)

Secondary

Lower conviction in power of voice
(Voice Power Differential Scale, VPDS)

Lower distress and depression
*(Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CDSS
Psychotic Symptom Rating Scales, PSYRATS)*

No change in psychotic symptoms
(Positive & Negative Syndrome Scale, PANSS)

Cible 2: comportements de sécurité (*safety behaviors*)

Les comportements de recherche de sécurité peuvent être définis comme des mesures préventives effectuées afin d'assurer la sécurité (Freeman et al., 2001), mais empêchant de prendre en considération l'absence de menace qui permettrait la réduction de l'anxiété.

Ces comportements sont fortement associés avec la caractèrè omnipotent et malveillant des voix.

- Evitement
 - Soumission
 - Échappement
 - Confrontation
 - Stratégies sur le moment
-
- Objectifs : Développer d'autres comportements plus adaptés (exposition, acceptation, désobéissance ...)

Interventions issues du modèle TCC

« classique »

- **Tests dans la réalité** (*Reality testing*) : où un patient est encouragé à trouver activement des preuves pour tester la base de la réalité d'une croyance ou d'une hypothèse.
- **Hypothèses alternatives**
- **Expériences comportementales** (*Behavioral experiments*) : tester l'hypothèse du patient dans la réalité.
- La cible de l'intervention concerne les croyances et comportements du patient (notamment les comportements de sécurité).

Efficacité des TCC ?

- 50 essais randomisés contrôlés.
- Meta-analyses : tailles d'effet : faibles à modérées vs. TAU sur la dépression, le fonctionnement général, les hallucinations et les idées délirantes.
- Concernant les idées délirantes : maintien des effets post prise en charge (M=47 mois).
- **Mais** : efficacité non supérieure à la fin de la prise en charge et en suivie VS. autres interventions psychologiques (interventions familiales, résolution de problème, conseil).

Naeem et al., 2014; Melh et al., 2015

Retour sur les TCC « première vague » dans les troubles schizophréniques

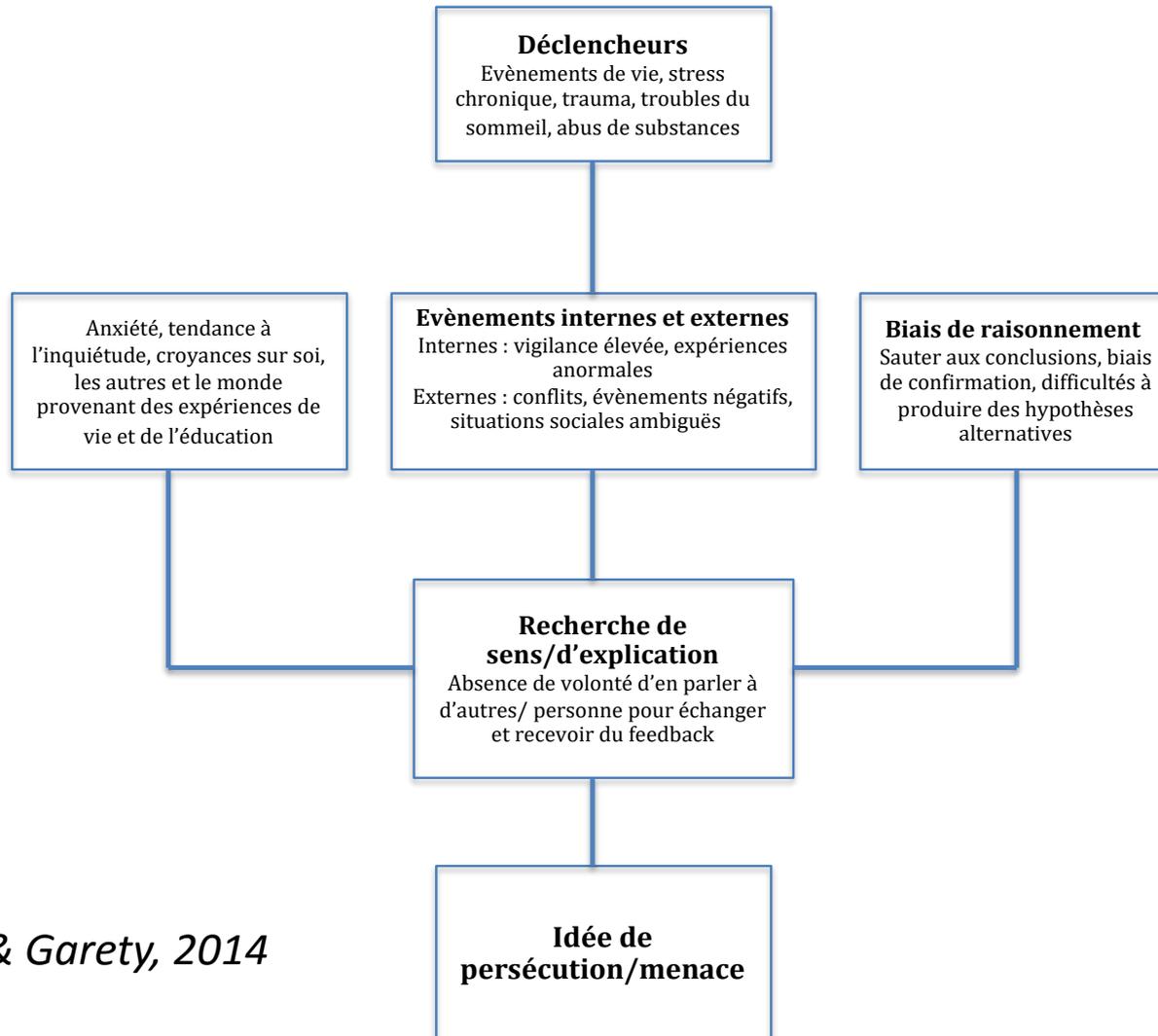
- Constat d'échec relatif.
- « *CBT is not a quasi-antipsychotic* » (Birchwood, 2004).
- La thérapie cognitive doit plutôt se focaliser à réduire la détresse mais pas les symptômes en eux même (fréquence hallucinations par exemple....).
- TCC peut s'appliquer efficacement sur les autre sources de détresse ; dépression post psychotique, PTSD, traumatisme infantiles, autres troubles anxieux.

II. Modèles et interventions cognitives de la deuxième vague

The Causal-interventionist Approach

- Cette approche vise différents facteurs et processus émotionnels et cognitifs impliqués dans le maintien des symptômes positifs et pas seulement les interprétations ou les comportements de sécurisation.
- Ces approches ne visent pas directement les idées délirantes ou les hallucinations mais les facteurs et processus participant à leur maintien.

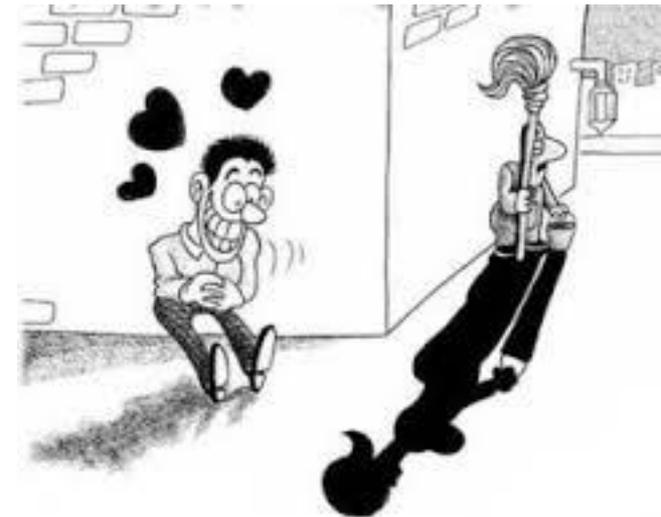
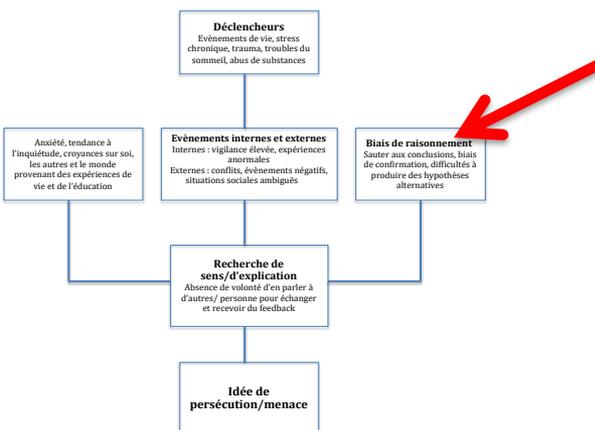
Ex. Modélisation des idées délirantes



Freeman & Garety, 2014

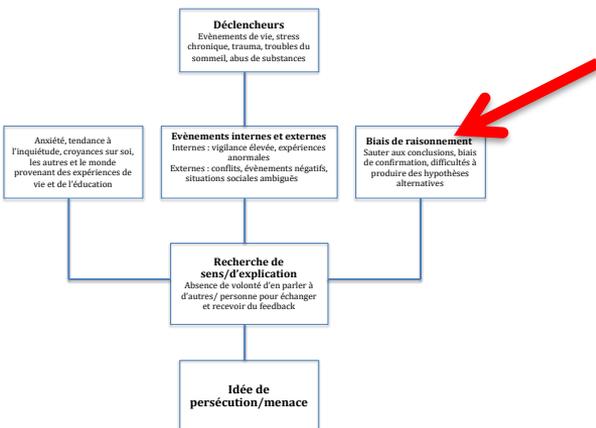
Biais de saut aux conclusions

- Sauter aux conclusions (*Jumping to conclusions*) : Tendence chez les patients avec idées délirantes à prendre des décisions hâtives basées sur des jugements construits sur des preuves incomplètes
- Difficulté à envisager des hypothèses alternatives face à une situation



Biais contre les preuves infirmantes

- Les patients atteints de symptômes de persécution montrent une baisse de l'habilité à réviser leurs interprétations erronées.
- Ce pattern de réponse a été nommé «biais contre la preuve infirmante».
- Dans une comparaison entre un groupe de personnes saines et un groupe de patients psychiatriques, on constate que les patients s'accrochent à leur conclusion initiale devenue obsolète, même avec l'émergence d'une «contre preuve» contre l'interprétation initiale.



Moritz & Woodward, 2006; Woodward et al., 2007

Théorie d'esprit et idées de persécution ?

- Des résultats préliminaires semblaient appuyer l'idée d'un lien entre théorie d'esprit et idées délirantes notamment de persécution.
- Actuellement pas d'évidence de lien entre TOM et idées de persécution.
- Liens entre ToM et idées de grandeurs ?

Interventions sur les biais de raisonnement

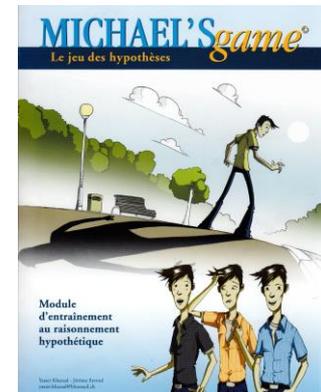
- MCT (Moritz et al.)
 - Groupale et individuelle



Bienvenue au

Module d'entraînement 2:
Sauter aux conclusions I

- Michael's game (Khaazal & Favrod)
 - Groupale et individuelle



- The 'Thinking Well (TW)' intervention
 - individuelle



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Behavior Therapy and
Experimental Psychiatry

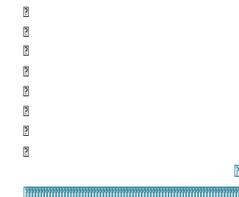
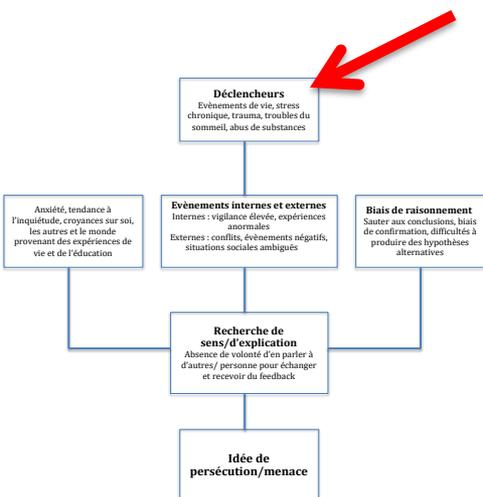
journal homepage: www.elsevier.com/locate/jbtep

Thinking Well: A randomised controlled feasibility study of a new CBT therapy targeting reasoning biases in people with distressing persecutory delusional beliefs

Helen Waller^{a,*}, Richard Emsley^b, Daniel Freeman^c, Paul Bebbington^d, Graham Dunn^b, David Fowler^e, Amy Hardy^a, Elizabeth Kuipers^a, Philippa Garety^a

Lien entre troubles du sommeil et idées de persécution

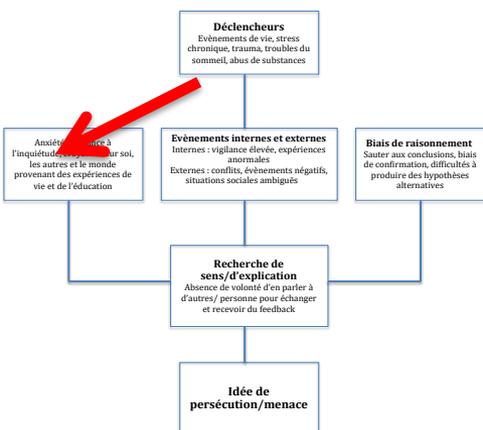
- Prévalence importante des troubles du sommeil chez les individus avec idées de persécution.
- Étude longitudinale : troubles du sommeil prédicteurs d'apparition et sévérité idées de persécution (Freeman et al., 2012)
- Etude randomisée en cours (Best study)



Part One: ?
? What's ?
Stopping ?
Me Sleep ? ?

Facteurs « affectifs », croyances négatives sur soi et délire de persécution

- Liens clairs entre dépression, faible estime de soi (notamment croyances négatives sur soi et idées négatives sur le futur).
- Plus que l'estime de soi, la fluctuation de l'estime soi serait déterminante (Bentall et al. , 2001).
- Importance de la sensibilité interpersonnelle (sentiment de vulnérabilité face à la critique et au rejet des autres en situations ambiguës (Bell & Freeman, 2014)



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Schizophrenia Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/schres



An early Phase II randomised controlled trial testing the effect on persecutory delusions of using CBT to reduce negative cognitions about the self: The potential benefits of enhancing self confidence

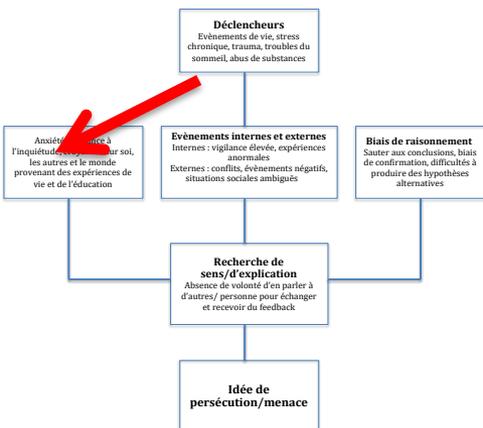


Daniel Freeman ^{a,*}, Katherine Pugh ^b, Graham Dunn ^{c,d}, Nicole Evans ^a, Bryony Sheaves ^a, Felicity Waite ^a, Emma Černis ^a, Rachel Lister ^a, David Fowler ^{b,e}

Lien entre tendance à l'inquiétude et idées de persécution

- Tendance à l'inquiétude : une chaîne de pensées et d'images, émotionnellement négatives et difficilement contrôlables
- La tendance à l'inquiétude est associée à une augmentation importante de la détresse des idées délirantes.

Un récent RCT a pu montrer que la prise en charge de l'inquiétude était particulièrement efficace pour réduire les idées délirantes et que la modification de la tendance à l'inquiétude expliquait 66% de la réduction des idées délirantes (Freeman et al., 2015)



Winning
Against
Worry

Efficacité TCC symptômes positifs de la « 2^{ème} vague »

- Récente meta-analyse de Melh et al., 2015
- Supériorité des TCC 2^{ème} vague Vs. 1^{ère} vague (effet de taille supérieur de 0.33 en moyenne)
- Mais pas encore assez d'études pour en tirer des conclusions

Limites approches TCC actuelles

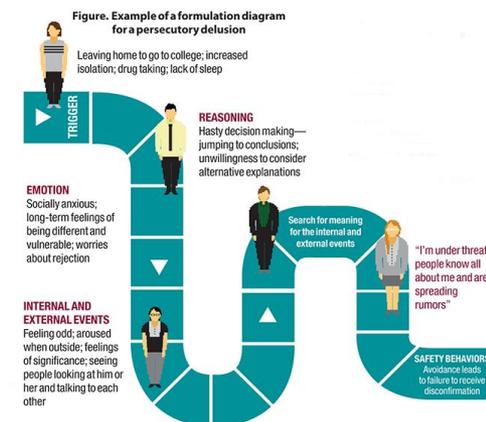
- Approche trop systématisée.
- Exemple des hallucinations auditives.
- Proposition de 3 types de clusters d'hallucinations auditives (*Smailes et al., 2015*) :
 - Hallucinations correspondant à un dialogue intérieur attribué à une source externe.
 - Hallucinations correspondant à une pensée intrusive reliée à un souvenir traumatique.
 - Hallucination correspondant à une hypervigilance de l'environnement extérieur en lien avec une pensée négative (« je suis un pédophile »).
- Importance d'une analyse fonctionnelle ciblant les processus : vers une approche processuelle des idées délirantes et des hallucinations.

Des avancées théoriques notables mais aussi
une lenteur notable de l'évolution dans la
pratique...

Principes spécifiques de la prise en charge TCC

1^{ère} et 2^{ème} vague des symptômes positifs

- TCC symptômes psychotiques première vague:
 - Travail sur l'interprétation des voix
 - Comportements de sécurité inadaptés (évitement expérientiel ect...)
- TCC symptômes psychotiques deuxième vague
 - Travail sur les biais cognitifs et métacognitifs
 - Travail sur la dépression et l'anxiété
 - Travail sur l'estime de soi et les schémas sur soi et le monde
 - Travail sur le sommeil
 - Travail sur la tendance à l'inquiétude



Mais aussi des **Principes généraux**

Si les interventions cognitives se basent sur des modèles chaque intervention doit être:

- ★ Individualisée du fait de l'hétérogénéité de chaque sujet.
- ★ Centrée sur les buts du patient afin de favoriser l'engagement et l'alliance thérapeutique.
- ★ Suivi au long cours & prévention de la rechute
- ★ Couplées avec des interventions familiales, de réhabilitation neuropsychologique, sociale, environnementale (stigma et auto-stigmatisation).

ET...

- ★ Associée avec un traitement pharmacologique adapté dans lequel le patient est associé.
- ★ Orientée vers la communauté car :
 - Risque de chronicisation des patients
 - Apprentissage d'habitudes inadaptées à la vie hors hôpital

Pour une approche intégrée centrée sur les buts de l'individu

Psychological Services
2014, Vol. 11, No. 2, 125–133

© 2013 American Psychological Association
1541-1559/14/\$12.00 DOI: [10.1037/a0033912](https://doi.org/10.1037/a0033912)

Successfully Breaking a 20-Year Cycle of Hospitalizations With Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Schizophrenia

Paul M. Grant, Jarrod Reisweber, Lauren Luther, Aaron P. Brinen, and Aaron T. Beck
University of Pennsylvania

Individuals with severe and persistent schizophrenia can present challenges (e.g., difficulties sustaining motivation and conducting information processing tasks) to the implementation of recovery-oriented care. We present a successful application of recovery-oriented cognitive therapy (CT-R), a fusion of the spirit and principles of the recovery movement with the evidence base and know-how of cognitive therapy, that helped an individual with schizophrenia move along her recovery path by overcoming specific obstacles, including a 20-year cycle of hospitalizations (five per year), daily phone calls to local authorities, threatening and berating “voices,” the belief that she would be killed at any moment, and social isolation. Building on strengths, treatment included collaboratively identifying meaningful personal goals that were broken down into successfully accomplishable tasks (e.g., making coffee) that disconfirmed negative beliefs and replaced the phone calling. At the end of treatment and at a 6-month follow-up, the phone calls had ceased, psychosocial functioning and neurocognitive performance had increased, and avolition and positive symptoms had decreased. She was not hospitalized once in 24 months. Results suggest that individuals with schizophrenia have untapped potential for recovery that can be mobilized through individualized, goal-focused psychosocial interventions.

PERSPECTIVE

Recovery, not progressive deterioration, should be the expectation in schizophrenia

ROBERT B. ZIPURSKY¹, OFER AGID²

¹Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, Michael G. DeGroot School of Medicine, McMaster University, and Schizophrenia and Community Integration Services, St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton, Ontario, Canada; ²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Toronto, and Complex Mental Illness/Schizophrenia Services, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canada

Merci pour votre attention