




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Traitement cognitif différentiel des délires polythématiques et du trouble anxieux généralisé

Differential cognitive treatment of polythematic delusions and generalised anxiety disorder

Paul Franceschi

Université de Corse, Corté, fontaine du Salaro, Lieu-dit Morone, 20000 Ajaccio, France

Reçu le 12 mai 2011 ; reçu sous la forme révisée le 26 juin 2011 ; accepté le 6 juillet 2011
Disponible sur Internet le 25 août 2011

MOTS CLÉS

Thérapie cognitive ;
Délires ;
Schizophrénie ;
Trouble anxieux
généralisé ;
Anxiété ;
Cognition

KEYWORDS

Cognitive therapy;
Delusions;
Schizophrenia;
Generalised anxiety
disorder;
Anxiety;
Cognition

Résumé La schizophrénie se trouve fréquemment associée à d'autres troubles physiques ou psychiques. En particulier, le trouble anxieux généralisé constitue un des troubles comorbides qui est souvent lié à la schizophrénie. L'association des délires polythématiques et des idées inhérentes au trouble anxieux généralisé rend plus complexe l'exercice de la thérapie cognitive correspondante, car les idées qui en résultent sont les plus souvent inextricablement mêlées. Dans ce qui suit, nous nous attachons à proposer une méthodologie permettant un traitement différentiel des délires polythématiques inhérents à la schizophrénie lorsqu'ils sont associés aux idées résultant du trouble anxieux généralisé. Nous proposons, selon le contenu des délires correspondants, une analyse qui permet, sous certaines conditions, de dissocier le contenu associé aux délires polythématiques et celui concernant le trouble anxieux généralisé, afin de faciliter l'exercice de la thérapie cognitive correspondante.

© 2011 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Schizophrenia is often associated with other physical and mental problems. Generalised anxiety disorder is notably one of the comorbid disorders that is often linked to schizophrenia. The association of polythematic delusions and of ideas resulting from generalised anxiety disorder complicates the exercise of the corresponding cognitive therapy, for the resulting ideas are most often inextricably intertwined. In what follows, we endeavour to propose a methodology for the differential treatment of polythematic delusions inherent to schizophrenia when combined with ideas originating from generalised anxiety disorder. We propose, with regard to the corresponding content of delusions, an analysis which, under certain conditions, allows one to separate the content associated with polythematic delusions

Adresse e-mail : p.franceschi@univ-corse.fr

and that which relates to generalised anxiety disorder, in order to facilitate the exercise of the corresponding cognitive therapy.

© 2011 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Le trouble anxieux généralisé constitue un des troubles comorbides fréquemment associé à la schizophrénie. Une telle comorbidité est de nature à rendre plus complexe et plus difficile la thérapie cognitive correspondante. Dans ce qui suit, nous nous attachons à proposer une méthodologie destinée à permettre un traitement différentiel des délires polythématiques inhérents à la schizophrénie lorsqu'ils sont associés au trouble anxieux généralisé. Nous décrivons, en fonction du contenu des délires correspondants, une analyse qui permet, sous certaines conditions, de dissocier le contenu relatif aux délires polythématiques et celui concernant le trouble anxieux généralisé, afin de faciliter la mise en œuvre des thérapies cognitives correspondantes.

Schizophrénie et comorbidité

Une des difficultés inhérentes au traitement de la schizophrénie est la fréquente comorbidité qui s'attache à la maladie. Cette comorbidité porte soit sur des affections physiques, soit sur d'autres troubles psychiatriques. Une comorbidité de la schizophrénie avec des affections physiques [1] ou des troubles neuropsychiatriques, tels que le syndrome de Tourette [2], a ainsi été observée. Il a également été constaté une comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques qui s'avère très commune [3]. Une importante comorbidité a notamment été constatée avec la dépression (25%) [4,5], le trouble obsessionnel et compulsif (26,50%) [6,7]. De même, la comorbidité avec des troubles relevant de la sphère anxieuse apparaît aussi très fréquente [8,9]. Il a ainsi été mis en évidence des taux importants de comorbidité avec l'agoraphobie (8,20%) [10], le trouble panique (13,80%) [11], le trouble anxieux généralisé (TAG), la phobie sociale (13,30%) [12] ou une phobie spécifique (13,60%) [10]. En revanche, la comorbidité de la schizophrénie avec certains troubles, tels que le trouble explosif intermittent, semble avoir été peu étudiée.

La comorbidité de la schizophrénie avec d'autres troubles psychiatriques ne manque pas de poser plusieurs problèmes dans le traitement de la maladie. En premier lieu, une telle comorbidité est un facteur qui rend plus difficile l'amélioration de l'état de santé du patient [1]. En second lieu, la comorbidité de la schizophrénie avec d'autres troubles psychiatriques ne manque pas de poser certains problèmes spécifiques, qui présentent une importance pour la thérapie cognitive et comportementale de la schizophrénie. Ainsi, la fréquente comorbidité de la schizophrénie et d'un ou plusieurs troubles associés, suggère qu'il pourrait être utile d'adapter, en conséquence, la thérapie cognitive correspondante. En ce sens, il pourrait s'avérer utile de dissocier la thérapie cognitive portant sur les délires polythématiques, de la thérapie des troubles comorbides rencontrés chez le patient. En tout état de cause, la mise en place d'une thérapie dif-

férentielle de la schizophrénie et des troubles comorbides présente des aspects spécifiques qui méritent d'être soulignés. Une telle thérapie différentielle nécessite, pour le thérapeute, que les différents troubles soient bien définis et surtout que celui-ci puisse bien distinguer, dans le discours du patient, ce qui relève du trouble spécifique qu'il a pour mission de traiter. Dans ce contexte, l'association de deux ou plusieurs troubles ne manque pas de créer une certaine confusion, car les idées délirantes du patient sont souvent inextricablement mêlées aux idées qui résultent du ou des troubles comorbides. Ainsi, dans les propos du patient, il s'avère nécessaire de distinguer entre ce qui relève des symptômes proprement dits de la schizophrénie (essentiellement, les délires polythématiques) et ce qui procède des troubles comorbides associés, tels que: dépression, TAG, trouble dysmorphique corporel, phobie sociale, phobie spéciale. Une telle situation complexe a pour conséquence de rendre plus difficile la thérapie cognitive correspondante.

Les difficultés qui viennent d'être mentionnées s'appliquent notamment lorsque la schizophrénie est associée chez le patient au TAG, pour lesquels des taux de comorbidité de 12% [8] et de 16,70% [11] ont été constatés. Nous nous proposons, dans ce qui suit, de nous intéresser à la comorbidité de la schizophrénie et du TAG et de nous attacher à décrire, en détail, une méthodologie permettant de distinguer au sein des idées délirantes du patient, le contenu qui résulte des délires polythématiques proprement dits et celui qui est inhérent au TAG.

Instances de différenciation : délires polythématiques et idées anxiogènes

L'association du contenu des idées délirantes présentes dans la schizophrénie et des idées anxiogènes inhérentes au TAG est susceptible de se présenter sous différentes formes. Afin de faciliter leur analyse, nous nous attacherons à distinguer certaines formes stéréotypées, parmi les idées mixtes qui résultent de cette association. Nous utiliserons pour cela les idées délirantes classiquement définies (délire de référence, de télépathie, de projection de pensée, d'influence ou de contrôle) et les idées anxiogènes dont la structure est celle de la projection d'un événement futur négatif. Soient ainsi les idées mixtes suivantes, susceptibles d'être rencontrées dans le contexte de l'association des délires polythématiques inhérents à la schizophrénie et du TAG (avec les abréviations suivantes: R pour *référence*, T pour *télépathie*, P pour *projection de pensée*, I pour *influence*, C pour *contrôle*):

(R1)	« La semaine prochaine, les présentateurs de télévision vont encore parler de moi ».
(T1)	« Je suis certain que dans cinq minutes, le voisin va encore commenter mes pensées ».
(P1)	« Je suis sûr que tout à l'heure, les gens dans la rue vont encore se mettre à crier parce qu'ils sont dérangés par mes pensées ».
(I1)	« Demain, je vais encore créer un accident, à cause de la perturbation que je crée chez les autres par ma mauvaise humeur ».
(C1)	« Je suis certain que lorsqu'ils vont arriver, les voisins vont encore me faire casser des objets en me contrôlant ».

Il s'agit là de constructions mentales qui mêlent à la fois les idées délirantes propres à la schizophrénie et les idées anxieuses résultant du TAG (la structure de ces dernières étant celle de l'anticipation de la survenance d'un événement futur de nature négative). Il apparaît utile à ce stade, de déterminer la structure de ces idées mixtes, afin de mettre en évidence ce qui relève des délires polythématiques proprement dits et ce qui est inhérent au TAG. Ainsi, dans (R1) se trouve contenue, en premier lieu, l'idée délirante selon laquelle les médias parlent du patient, ce qui constitue une instance du délire de référence. En second lieu, se trouve également présente dans (R1) l'anticipation selon laquelle un événement négatif va se produire, c'est-à-dire que les médias vont à nouveau parler du patient. Une telle anticipation portant sur un événement futur de nature négative présente une structure particulière qui consiste en la projection dans le futur de la survenance d'un événement à caractère négatif concernant le patient, en l'absence même d'un fondement objectif. Il s'agit là d'une des manifestations du rôle joué, dans le TAG, par les anticipations portant sur les situations indéterminées liées aux événements futurs [13]. Le plus souvent, le patient considère un tel événement futur comme certain, alors même que la probabilité de la survenue de l'événement en question se révèle beaucoup plus faible. Une telle idée anxieuse présente la structure ci-dessous [14] (l'idée anxieuse du patient survient au temps T_0 , avec $T_0 < T_1$) :

(A)	au temps T_1 , l'événement E de nature négative, va se produire	idée anxieuse
-----	---	---------------

Compte tenu de ce qui précède, nous pouvons désormais décomposer l'idée mixte (R1) en deux idées distinctes qui relèvent, d'une part, du délire de référence et, d'autre part, de la projection d'un événement futur négatif :

(R)	« La télévision et les médias parlent de moi »	délire de référence
(A _R)	au temps T_1 (« La semaine prochaine ») l'événement E (« les présentateurs de télévision vont parler de moi ») de nature négative, va se produire	idée anxieuse mixte

À ce stade, il apparaît désormais possible d'appliquer un principe de thérapie cognitive propre au TAG à l'idée anxieuse mixte qui en résulte, en envisageant des hypothèses

alternatives à la survenance de l'événement négatif et, notamment, en considérant l'hypothèse selon laquelle d'autres événements, de nature positive, pourraient survenir. Il s'avère également qu'une même analyse peut être appliquée aux propositions mixtes (T1), (P1), (I1) et (C1), de la manière suivante :

(T)	« Les voisins connaissent la moindre de mes pensées »	délire de télépathie
(A _T)	au temps T_1 (« dans cinq minutes ») l'événement E (« le voisin va commenter mes pensées ») de nature négative, va se produire	idée anxieuse mixte
(P)	« Les gens réagissent en fonction de ce que je pense et se mettent à crier »	délire de projection de pensée
(A _P)	au temps T_1 (« tout à l'heure ») l'événement E (« les gens dans la rue vont se mettre à crier parce qu'ils sont dérangés par mes pensées ») de nature négative, va se produire	idée anxieuse mixte
(I)	« Les gens sont perturbés par mes pensées »	délire d'influence
(A _I)	au temps T_1 (« demain ») l'événement E (« je vais créer un accident, à cause de la perturbation que je crée chez les autres par ma mauvaise humeur ») de nature négative, va se produire	idée anxieuse mixte
(C)	« J'ai des sensations et des émotions en fonction de ce que font les gens »	délire de contrôle
(A _C)	au temps T_1 (« lorsqu'ils vont arriver ») l'événement E (« les voisins vont me faire casser des objets en me contrôlant ») de nature négative, va se produire	idée anxieuse mixte

Toutefois, il s'avère que l'application d'un principe de thérapie cognitive inhérent au TAG aux idées anxieuses mixtes qui résultent de l'analyse ci-dessus est susceptible de présenter une difficulté. En effet, un questionnement de la forme « Est-il certain que la télévision va encore parler de vous demain ? » ou « Ne se pourrait-il pas que la télévision ne parle pas de vous demain ? » peut donner l'impression que le thérapeute adhère aux idées de référence délirantes du patient, ce qui pourrait être de nature à renforcer ces dernières. Afin d'éviter ce dernier inconvénient, il peut être utile d'éliminer complètement le contenu délirant au sein de l'idée anxieuse mixte, car une fois une telle élimination effectuée, le principe de thérapie cognitive inhérent au TAG peut alors s'appliquer directement à l'idée anxieuse résiduelle, sans que l'inconvénient précité soit rencontré. La méthodologie que nous proposons pour transformer l'idée anxieuse mixte en une idée anxieuse pure est fondée sur le processus de formation des idées délirantes du patient. L'élaboration des idées délirantes (R), (T), (P), (I) et (C) s'effectue à partir des arguments délirants primaires, fondés sur l'attribution par le patient d'une

relation de causalité à l'occasion de l'occurrence quasi-simultanée de deux événements [15,16]. De tels arguments délirants primaires présentent la structure suivante (le symbole \therefore dénote la conclusion) :

(R1)	en T_1 je buvais un apéritif	prémisse ₁
(R2)	en T_2 le présentateur de l'émission a dit : « Il ne faut pas boire ! »	prémisse ₂
(R3)	\therefore en T_2 le présentateur de l'émission a dit : « Il ne faut pas boire ! » parce qu'en T_1 je buvais un apéritif	conclusion
(T1)	en T_1 j'ai pensé de Jacques « Quel idiot ! »	prémisse ₁
(T2)	en T_2 j'ai entendu Jacques dire : « Ça suffit ! »	prémisse ₂
(T3)	\therefore en T_2 j'ai entendu Jacques dire : « Ça suffit ! » parce qu'en T_1 j'ai pensé de lui « Quel idiot ! »	conclusion
(P1)	en T_1 j'ai pensé du passant dans la rue « Il est mal habillé ! »	prémisse ₁
(P2)	en T_2 j'ai entendu le passant dans la rue crier	prémisse ₂
(P3)	\therefore en T_2 j'ai entendu le passant dans la rue crier parce qu'en T_1 j'ai pensé de lui « Il est mal habillé ! »	conclusion
(I1)	en T_1 j'étais de très mauvaise humeur	prémisse ₁
(I2)	en T_2 j'ai entendu qu'il y avait un accident de voiture dans la rue	prémisse ₂
(I3)	\therefore en T_2 il y a eu un accident de voiture dans la rue parce qu'en T_1 j'étais de très mauvaise humeur	conclusion
(C1)	en T_1 le voisin s'est déplacé	prémisse ₁
(C2)	en T_2 j'ai cassé un verre	prémisse ₂
(C3)	\therefore en T_2 j'ai cassé un verre parce qu'en T_1 le voisin s'est déplacé	conclusion

Une telle structure des arguments délirants primaires laisse apparaître que dans les instances d'arguments primaires de *référence*, de *télépathie*, de *projection de pensée* et d'*influence*, un événement interne au patient (pensée, émotion, sensation, action) précède de peu un événement externe, de la façon suivante :

($\alpha 1$)	en T_1 l'événement interne E_1 est survenu	prémisse ₁
($\alpha 2$)	en T_2 l'événement externe E_2 est survenu	prémisse ₂
($\alpha 3$)	\therefore en T_2 l'événement externe E_2 est survenu parce qu'en T_1 l'événement interne E_1 est survenu	conclusion

En revanche, au niveau des instances d'arguments primaires de *contrôle*, c'est l'événement externe au patient qui précède un événement interne :

($\beta 1$)	en T_1 l'événement externe E_1 est survenu	prémisse ₁
($\beta 2$)	en T_2 l'événement interne E_2 est survenu	prémisse ₂
($\beta 3$)	\therefore en T_2 l'événement interne E_2 est survenu parce qu'en T_1 l'événement externe E_1 est survenu	conclusion

Dans ce contexte, l'élimination du contenu délirant des idées délirantes mixtes peut alors être effectuée. On élimine

pour cela au sein de l'idée anxiogène mixte l'idée même de *causalité*, en ne conservant que l'événement qui constitue l'objet de l'idée anxiogène, de la manière suivante :

(A ₁)	au temps T_1 (« demain ») l'événement E (« je vais créer un accident, à cause de la perturbation que je crée chez les autres par ma mauvaise humeur ») de nature négative, va se produire	idée anxiogène mixte
(B ₁)	au temps T_1 (« demain ») l'événement E (« il va y avoir un accident dans la rue ») de nature négative, va se produire	idée anxiogène pure

La méthodologie employée ici consiste ainsi à éliminer le contenu délirant dans le discours du patient et à le remplacer par un contenu factuel, auquel on peut alors appliquer une forme classique de thérapie cognitive du TAG, basé sur la considération d'hypothèses alternatives : « N'est-il pas possible qu'aucun accident ne survienne dans la rue demain ? » (I) ; « Est-ce qu'il ne se pourrait pas que demain vous ne cassiez pas de verre ? » (C) ; « Ne peut-on envisager qu'aucun passant ne crie dans la rue tout à l'heure ? » (P). Une telle formulation présente ainsi l'avantage de permettre la mise en œuvre directe du principe même de la thérapie cognitive inhérente au TAG, sans que l'inconvénient évoqué plus haut soit rencontré.

Conclusion

Dans la thérapie cognitive de la schizophrénie, se pose la question du traitement adéquat des troubles comorbides qui lui sont associés. En ce qui concerne en particulier le TAG, fréquemment associé à la schizophrénie, plusieurs questions se posent ainsi. Une première question est ainsi de savoir s'il est opportun que deux thérapeutes différents prennent l'un en charge la thérapie du TAG et l'autre celle des idées délirantes. Une seconde question, dans ce même contexte, est de savoir s'il est préférable, lorsqu'il existe chez le patient une comorbidité entre la schizophrénie et le TAG, de mettre en œuvre la thérapie cognitive du TAG avant, après ou concomitamment à celle des délires ? La réponse à ces questions dépasse la portée de la présente étude, mais elle peut présenter une importance dans la stratégie à adopter pour la thérapie cognitive de la schizophrénie.

À ce stade, il apparaît que l'utilité de l'analyse qui précède est qu'elle permet de simplifier la thérapie cognitive dans le cas où il existe une comorbidité entre la schizophrénie et le TAG, en ce sens qu'elle permet de séparer, dans le contenu du discours initialement complexe du patient, ce qui relève des délires proprement dits et ce qui est inhérent au TAG. Cela permet ainsi d'isoler un discours simplifié, auquel peut alors s'appliquer, de manière indépendante, soit le principe de thérapie cognitive inhérent au TAG, soit celui qui se rapporte aux délires [17,18]. Il en résulte également un second intérêt, en ce sens que cela peut permettre, si nécessaire, à deux thérapeutes différents et spécialisés de prendre en charge respectivement la thérapie cognitive du TAG et celle des délires. Enfin, une troisième utilité est que cela autorise des stratégies spécifiques. Les développements qui précèdent ne conduisent pas à donner une préférence à l'une ou l'autre option stratégique, consistant à mettre en

œuvre la thérapie cognitive du TAG avant, après ou simultanément à celle qui est spécifique aux délires. Cependant, une des stratégies qui en résulte consiste, par exemple, à mettre en œuvre la thérapie cognitive du TAG préalablement à la thérapie cognitive des délires. Dans ce contexte, les développements qui précèdent peuvent être reformulés en termes d'hypothèses testables. La première hypothèse testable qui en découle est que la mise en œuvre de la thérapie cognitive du TAG, indépendamment de toute thérapie cognitive des délires, pourrait avoir un effet positif sur les symptômes proprement dits de la schizophrénie. La seconde hypothèse testable qui en résulte est que la thérapie cognitive des délires proprement dits pourrait être plus efficace si cette dernière était mise en œuvre après qu'une thérapie cognitive du TAG ait été réalisée et démontrée effective.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Sim K, Chan Y, Chua T, Mahendran R, Chong S, McGorry P. Physical comorbidity, insight, quality of life and global functioning in first episode schizophrenia: A 24-month, longitudinal outcome study. *Schizophr Res* 2006;88:82–9.
- [2] Kerbeshiana J, Pengb C, Burd L. Tourette syndrome and comorbid early-onset schizophrenia. *J Psychosomatic Res* 2009;67:515–23.
- [3] Bermanzohn P, Porto L, Arlow P, Pollack S, Stronger R, Siris S. Hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: a clinical study of co-occurring syndromes. *Schizophr Bull* 2000;26:517–25.
- [4] Bressan R, Chaves A, Pilowsky L, Shirakawa I, Mari J. Depressive episodes in stable schizophrenia: critical evaluation of the DSM-IV and ICD-110 diagnostic criteria. *Psychiatry Res* 2003;117:47–56.
- [5] Kim S, Kim S, Yoon B, Kim J, Shin I, Hwang M, et al. Diagnostic validity of assessment scales for depression in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2006;144:57–63.
- [6] Berman I, Kalinowski A, Berman S, Lengua J, Green A. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Comp Psychiatry* 1995;36:6–10.
- [7] Guillem F, Satterthwaite J, Pampoulova T, Stip E. Relationship between psychotic and obsessive compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 2009;115:358–62.
- [8] Cosoff S, Hafner R. The prevalence of co-morbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 1998;32:67–72.
- [9] Braga R, Petrides G, Figueira I. Anxiety disorders in schizophrenia. *Comp Psychiatry* 2004;45(6):460–8.
- [10] Goodwin R, Lyons J, McNally R. Panic attacks in schizophrenia. *Schizophr Res* 2002;58:213–20.
- [11] Pallanti S, Quercioli L, Hollander E. Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *Am J Psychiatry* 2004;161:53–8.
- [12] Tibbo P, Swainson J, Chue P, LeMelledo JM. Prevalence and relationship to delusions and hallucinations of anxiety disorders in schizophrenia. *Depress Anxiety* 2003;17:65–72.
- [13] Butler G, Mathews A. Anticipatory anxiety and risk perception. *Cogn Ther Res* 1987;11:551–65.
- [14] Franceschi P. Théorie des distorsions cognitives: application à l'anxiété généralisée. *J Ther Comport Cogn* 2008;18:127–31.
- [15] Hemsley D. Disorders of perception and cognition in schizophrenia. *Rev Eur Psychol Appl* 1992;42(2):105–14.
- [16] Franceschi P. Une défense logique du modèle de Maher pour les délires polythématiques. *Philosophiques* 2008;35(2):451–75.
- [17] Kingdon D, Turkington D. Cognitive-behavioural therapy of schizophrenia. New York: Guilford; 1994.
- [18] Kingdon D, Turkington D. Cognitive therapy of schizophrenia. New York-London: Guilford; 2005.