

après l'intervention par des juges indépendants. Les participants ont été évalués avec la Psychotic Symptoms Rating Scales (PSY-RATS) [2], l'échelle positive de la PANSS et les items de la conscience du trouble de la SUMD [3].

Résultats.– Les différences de scores intergroupes entre le pré-test et le post-test ainsi qu'entre le pré-test et l'évaluation à six mois de catamnèse étaient significatives avec des tailles d'effet modérées pour l'échelle d'idées délirante de la PSYRATS et l'échelle positive de la PANSS.

Discussion.– Les résultats de cette étude indiquent que l'EMC présente un effet antipsychotique supplémentaire pour les patients avec un trouble du spectre de la schizophrénie qui démontrent une réponse partielle au traitement neuroleptique. Cet effet persiste six mois après l'intervention.

Références

- [1] Favrod J, Maire A, Bardy S, Pernier S, Bonsack C. Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. *J Adv Nurs* 2011;67:401–7.
- [2] Favrod J, Rexhaj S, Ferrari P, Bardy S, Hayoz C, Morandi S, et al. French version validation of the psychotic symptom rating scales (PSYRATS) for outpatients with persistent psychotic symptoms. *BMC Psychiatry* 2012;12:161.
- [3] Raffard S, Trouillet R, Capdevielle D, Gely-Nargeot MC, Bayard S, Laroi F, et al. La SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder): validation et adaptation française dans une population de patients souffrant de schizophrénie. *Can J Psychiatry* 2010;55:523–31.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.256>

S3C

Michael's Game, un jeu d'entraînement au raisonnement par hypothèse : étude randomisée contrôlée de son impact auprès de patients avec un trouble psychotique

Y. Khazaal

Hôpitaux universitaires de Genève, 1206 Genève, France

Mots clés : Thérapie cognitive ; Troubles psychotiques ; Schizophrénie ; Jeux

Introduction.– Plus de la moitié des patients traités par des médicaments pour des troubles psychotiques ont des symptômes résiduels. Les psychothérapies cognitives des symptômes psychotiques (TCC) ont été développées afin de diminuer la détresse associée aux idées délirantes et aux hallucinations et d'améliorer la manière de faire face à ces symptômes. Les TCC aident en particulier les patients à développer des explications alternatives à leur vécu. Ces approches restent insuffisamment disséminées et parfois difficiles à initier avec une partie des patients. Le jeu « Michael's Game » a été développé pour favoriser le pouvoir des patients vis-à-vis de leurs interprétations en facilitant leur appropriation du raisonnement par hypothèses (une des approches clés permettant de générer et tester des explications alternatives).

Objectif.– Évaluer l'impact du jeu sur les symptômes psychotiques, le vécu des symptômes psychotiques (degrés de préoccupation, d'anxiété et de conviction associés aux idées délirantes) et la flexibilité cognitive.

Méthode.– Étude multicentrique randomisée contrôlée (Michael's Game plus traitement usuel versus traitement usuel) avec évaluation en simple aveugle et suivi de six mois post-traitement.

Résultats.– L'étude a inclus 172 patients avec des troubles psychotiques recrutés en Suisse, en France, à Monaco et en Italie. Les résultats montrent un effet du jeu sur la réduction des degrés de préoccupation, conviction et anxiété associés aux idées délirantes (mesurés avec Peters Delusions Inventory), une amélioration de la flexibilité cognitive (ouverture à des explications alternatives, mesurée avec certains items du Maudsley Assessment of Delu-

sions Schedule) ainsi qu'une diminution des symptômes mesurés avec la Brief Psychiatric Rating Scale.

Conclusion.– Le jeu apparaît comme une option acceptable par les patients et les équipes de soins avec un bénéfice potentiel pour certains patients en complément du traitement usuel.

Pour en savoir plus

Khazaal Y, Favrod J, Azoulay S, Finot SC, Bernabotto M, Raffard S, et al. "Michael's Game," a card game for the treatment of psychotic symptoms. *Patient Educ Counsel* 2011;83(2):210–6.

Lindenmayer JP. Treatment refractory schizophrenia. *Psychiatr Q* 2000;71(4):373–8.

Morrison AP, Renton JC, Williams S, Dunn H, Knight A, Kreutz M, et al. Delivering cognitive therapy to people with psychosis in a community mental health setting: an effectiveness study. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110(1):36–44.

Peters ER, Joseph SA, Garety PA. Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophr Bull* 1999;25(3):553–76.

Pichot P, Samuel-Lajeunesse B, Lebreux AM. *Ann Med Psychol* 1973;2(2):254–63.

Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis* 2001;189(5):278–87.

Wessely S, Buchanan A, Reed A, Cutting J, Everitt B, Garety P, Taylor PJ. Acting on delusions I: Prevalence. *Br J Psychiatry* 1993;163:69–76.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.257>

Prédiction de la réponse thérapeutique dans les troubles bipolaires ?

Président : F. Bellivier, hôpital Fernand-Widal, 75010 Paris, France

S8A

Quel est le profil clinique des patients avec trouble bipolaire répondeur au lithium ?

S. Sportiche

Hôpital Fernand-Widal, 75010 Paris, France

Mots clés : Troubles bipolaires ; Lithium ; Traitement prophylactique ; Caractéristiques cliniques

Le lithium reste le « gold standard » du traitement prophylactique dans les troubles bipolaires. En moyenne, chez 80% des patients bipolaires traités par lithium, celui-ci a un effet préventif à long terme permettant une réduction du nombre d'épisodes thymiques, avec une réponse complète dans 30 à 60% des cas. Toutefois, 20% des patients sont non répondeurs et chez 30 à 50% des patients la réponse n'est que partielle [1]. Dans les études antérieures, certaines variables ont été identifiées comme de possibles facteurs prédictifs d'une bonne réponse prophylactique au lithium : une bonne réponse initiale au traitement en aigu, une séquence manie-dépression intervalle libre, des antécédents familiaux de troubles bipolaires répondeurs au lithium, une apparition tardive de la maladie. À l'inverse, une comorbidité psychiatrique comme les troubles addictifs ou de la personnalité, une séquence dépression-manie-intervalle libre et la présence de cycles rapides représenteraient de potentiels facteurs de risque d'une mauvaise réponse [2,3]. Cependant, en raison de l'absence de consensus sur la définition de la réponse prophylactique au lithium, les données de la littérature sont parfois contradictoires. Ainsi, malgré les nombreuses études antérieures, il n'existe toujours aucun marqueur prédictif unanime de la réponse au lithium. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs cliniques associés à la réponse prophylactique au lithium, évaluée par le questionnaire d'ALDA [4], dans

une population de 227 patients traités par lithium pendant plusieurs années. Nos résultats montrent que le sous-type bipolaire de type I, une histoire d'épisodes mixtes ou saisonnier, la rémission incomplète après un épisode, les antécédents de traumatisme dans l'enfance et la comorbidité avec un trouble addictif sont associés à mauvaise réponse au lithium dans les troubles bipolaires. Les patients présentant ces caractéristiques pourraient bénéficier d'un autre traitement prophylactique en monothérapie ; une association avec le lithium pourrait être discutée dans certains cas.

Références

- [1] Abou-Saleh MT. How long should drug therapy for depression be maintained? *Am J Psychiatry* 1987;144:1247–8.
- [2] Kleindienst N, Engel R, Greil W. Which clinical factors predict response to prophylactic lithium? A systematic review for bipolar disorders. *Bipolar Disord* 2005;7(5):404–17.
- [3] Layden BT, Minadeo N, Suhay J, Abukhdeir AM, Metreger T, Foley K, et al. Biochemical and psychiatric predictors of Li(+) response and toxicity in Li(+) treated bipolar patients. *Bipolar Disord* 2004;6(1):53–61.
- [4] Schulze TG, Alda M, Adli M, Akula N, Arda R, Bui ET, et al. The International Consortium on Lithium Genetics (ConLiGen): an initiative by the NIMH and IGSLI to study the genetic basis of response to lithium treatment. *Neuropsychobiology* 2010;62(1):72–8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.258>

S8B

Y-a-t-il des marqueurs circadiens prédictifs de la réponse au lithium ?

P.-A. Geoffroy

Psychiatrie adulte, hôpital Fontan, CHRU de Lille, 59000 Lille, France

Mots clés : Trouble Bipolaire ; Lithium ; Rythmes circadiens ; Sommeil ; Saison ; Biomarqueurs

Introduction. – Le Trouble Bipolaire (TB) est une maladie récurrente sévère affectant 1 à 4 % de la population générale et débutant avant 21 ans pour la moitié des sujets [3]. Le TB est associé à des perturbations profondes des rythmes circadiens pendant et entre les épisodes. En phase de stabilité thymique, les patients apparaissent hypersensibles aux perturbateurs des rythmes (décalage horaire, travail de nuit, post-partum), ont des cycles veille/sommeil perturbés et des troubles biochimiques (mélatonine, cortisol) [4]. Les anomalies du sommeil précèdent fréquemment les rechutes et un caractère saisonnier des récurrences peut exister [2]. Le lithium (Li) est un traitement de référence du TB pour son efficacité dans la prévention des rechutes et du suicide [1]. Son action est mal connue mais il est démontré que le Li présente des effets circadiens stabilisateurs (allongement de la période des rythmes, pic de température maximale retardé, modification de la sensibilité à la lumière, etc.) [4]. Cependant, 70 à 80 % des patients traités présentent une rechute à deux ans après un épisode majeur [1]. Il apparaît donc indispensable d'identifier des marqueurs prédictifs de réponse au Li où les marqueurs circadiens apparaissent être de bons candidats.

Méthode. – Deux études rétrospectives chez des patients traités par Li depuis au moins deux ans ont recherché des associations entre la réponse au Li (ALDA) et (1) le caractère saisonnier (DSM-IVTR, $n = 128$), et (2) des autoquestionnaires circadiens ($n = 32$) de somnolence diurne (Epworth), chronotype (Horne) et inventaire du type circadien (CTI).

Résultats. – Les patients excellent-répondeurs au Li, comparés aux non-répondeurs, présentent moins fréquemment un caractère saisonnier ($p = 0,02$), davantage de somnolences diurnes ($p = 0,02$), sont plus du matin ($p = 0,02$) et apparaissent plus vigoureux dans leurs rythmes ($p = 0,04$).

Conclusion. – Ces résultats, bien que préliminaires, soulignent l'intérêt d'étudier les marqueurs circadiens de réponse au Li afin d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients.

Références

- [1] Geoffroy PA, Etain B, Henry C, Bellivier F. Combination therapy for manic phases: a critical review of a common practice. *CNS Neurosci Ther* 2012.
- [2] Geoffroy PA, Bellivier F, Scott J, Boudebese C, Lajnef M, Gard S, et al. Bipolar disorder with seasonal pattern: clinical characteristics and gender influences. *Chronobiol Int* 2013.
- [3] Geoffroy PA, Etain B, Scott J, Henry C, Jamain S, Leboyer M, et al. Reconsideration of bipolar disorder as a developmental disorder: Importance of the time of onset. *J Physiol Paris* 2013.
- [4] McClung CA. Circadian genes, rhythms and the biology of mood disorders. *Pharmacol Ther* 2007.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.259>

S8C

Treatment-induced mania in bipolar depression: Identifying at-risk bipolar patients

C. Brichant-Petitjean

Hôpital Fernand-Widal, 75010 Paris, France

Keywords: Antidepressant-induced mania; Bipolar depression; Clinical correlates; Treatment strategies

The treatment of bipolar depression is still an important challenge for clinicians and the number of evidence based options is limited. Antidepressants are the most frequently prescribed drugs for bipolar depression in clinical practice, even though the relative risks and benefits of using this treatment strategy has been strongly debated over the past 25 years. One of the reasons is that several placebo-controlled studies have shown that antidepressants could induce manic or hypomanic episodes and accelerate the rate of cycling, worsening the course of the illness by increasing the number of mood episodes over time. Antidepressant-Induced Manias (AIM) have been reported in a subgroup of about 25 to 30% of bipolar patients. There is an increased risk of mood switch with tricyclic antidepressants (TCAs) and serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs). The occurrence of mania during antidepressant treatment is a crucial issue in the clinical management of Bipolar Disorder (BD) since it greatly interferes with the establishment of an optimal treatment for bipolar depression. It can have substantial negative impact on overall mood and psychosocial stability in patients receiving treatment for bipolar depression, possibly leading to treatment resistance. Therefore, the identification of clinical correlates associated with AIM is essential to better identify at-risk subgroups of patients and propose specific individualized treatment strategies for bipolar depression. No risk factors has been replicated so far, mostly because studies are characterized by small sample sizes and by the absence of a consensus definition of AIM, showing conflicting results. In this study, patients were classified according to a restrictive definition, similar to that used by Rousseva et al. (2003). An AIM– group ($n = 135$) was compared to AIM+ patients ($n = 75$) for clinical and sociodemographic factors as well as for psychological dimensions.

Further readings

- Baldessarini RJ, Vieta E, Calabrese JR, Tohen M, Bowden CL. Bipolar depression: overview and commentary. *Harv Rev Psychiatry* 2010;18(3):143–57.
- Frye MA, Helleman G, McElroy SL, Altshuler LL, Black DO, Keck PE Jr, et al. Correlates of treatment-emergent mania associated with antidepressant treatment in bipolar depression. *Am J Psychiatr* 2009;166(2):164–72.
- Rousseva A, Henry C, van den Bulke D, Fournier G, Laplanche J-L, Leboyer M, et al. Antidepressant-induced mania, rapid cycling and the serotonin transporter gene polymorphism. *Pharmacogenomics* J 2003;3(2):101–4.