

Insight en phase aigue: poser les bases du travail métacognitif

Dr M Hamdan

Psychiatre

CH Esquirol, Limoges

22/09/17



« Tout doit être le plus simple possible, mais pas plus simple que ça »

-Albert Einstein

Quel sens cela a de s'y intéresser en phase aigüe?

- Présentation partie d'un constat: le travail de « Remédiation Cognitive » / EMC constaté dans les unités de prise en charge aigüe (fermées comme ouvertes): une aberration?
- Travail sans évaluation, en groupes ouverts, presque sans objectif particulier si ce n'est la prise de conscience de la pathologie ou du moins de certains biais métacognitifs
- Or la plupart des patients sont loin d'être stabilisés!

Resituons le contexte...

- En unité fermée: pour la plupart hospitalisations sous contrainte, ce qui implique un refus de soins ou au moins une adhésion très partielle... souvent sous-tendues par de l'anosognosie
- En unité ouverte: adhésion obtenue mais...instabilité symptomatique nécessitant quand même une surveillance soignante constante
- Quelle que soit les modalités de prise en charge: tableaux délirants/ anxieux/ désorganisation...
- Implique la recherche souvent par les équipes de soin d'adaptations thérapeutiques (souvent avec des posologie de psychotropes à la hausse dans un premier temps....)

D'où... souvent...

- Sédation iatrogène
- État de fatigue iatrogène ou épuisement lié à la pathologie et à son impact fonctionnel
- Apathie, isolement (intrinsèques, SN, volonté de ne pas être confrontés à d'autres cas décompensés « c'est des fous »)
- Souffrance morale

Troubles cognitifs en phase aigüe

- La plupart des études sur les troubles cognitifs dans la schizophrénie se sont intéressées à des patients stabilisés sur le plan symptomatique; peu d'études en phase aigüe
- Phase aigüe => tableau cognitif plus altéré qu'en phase stabilisée ?
- Modifications symptomatiques rapides => changements du tableau cognitif ?

Que dit la littérature?

- Troubles des fonctions exécutives en phase aiguë d'hospitalisation *McGrath J & al. Performance on tests sensitive to impaired executive ability in schizophrenia, mania and well controls: acute and subacute phases. Schizophrenia research 1997*
- Corrélation positive entre altération de la mémoire de travail et SN, ainsi que la désorganisation psychique (pendant les 4 premières semaines d'HC en phase aiguë) *McGrath J & al. Working memory in schizophrenia and mania: correlation with symptoms during the acute and subacute phases. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2001*
- Premiers Épisodes: corrélation entre amélioration des performances de planification et de raisonnement, avec l'amendement de la symptomatologie positive; suivi sur 12 semaines; indépendamment de l'APA utilisé (aripiprazole vs risperidone); prédiction de la réponse au traitement? *Trampush JW, Lencz T, DeRosse P, John M, Gallego JA, Petrides G, et al. Relationship of Cognition to Clinical Response in First-Episode Schizophrenia Spectrum Disorders. Schizophrenia Bulletin. 2015*

Autrement dit, les processus cognitifs qui soutiennent la pensée et par conséquent la métacognition, peuvent être dysfonctionnels.

Donc est-ce que les évaluer, essayer de les modifier « à chaud » est utile?

Comment quantifier le déficit d'insight et de métacognition en phase aiguë?

- Echelles d'insight validées (échelle d'insight de Beck, Q8)
- Plaintes cognitives
- Certains items de la PANSS
- L'entretien clinique lorsque l'état de santé du patient exige des entretiens courts, simples et ciblés, à la recherche de la compréhension de son état, mais aussi essayer de faire prendre conscience au patient de certains biais cognitifs

Les canadiens utilisent la RBANS

- consiste en une mini-batterie de tests cognitifs (durée: 30 minutes)
- 12 sous-tests regroupés sous formes d'indices de mémoire immédiate, d'attention, de langage, de construction visuelle et de mémoire différée
- utilisée pour d'autres pathologies inductrices de troubles cognitifs comme la DTA, les séquelles de TC, etc.
- euh.. c'est génial ! Pourquoi ne l'utilise-t-on pas en pratique?

Randolph C. RBANS manual: Repeatable battery for the assessment of neuropsychological status. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. 1998

The course of neurocognitive changes in acute psychosis: relation to symptomatic improvement.

Anda L & al. PLoS One 2016 Dec.

- 84 participants HC après passage aux urgences psychiatriques pour décompensation délirante (premier épisode ou rechute), comparés à un groupe contrôle
- Suivi sur 4 semaines
- Symptomatologie quantifiée par la PANSS
- Pendant la phase aigüe, 28,6% des patients présentaient des TC caractérisés à la RBANS avec un T-score <35; moyenne de T-score à 38,6 pour les patients, à 50 pour les sujets sains
- A 4 semaines de suivi: amélioration significative à la RBANS, avec passage à 13,1% des sujets symptomatiques présentant des TC caractérisés
- Amélioration de la SN (le delta, indépendamment des scores) élément prédictif de l'évolution des scores RBANS (beta = -.307, $p < .016$) (avolition+++)
- Pas de corrélation avec l'évolution de la SP!!
- Pas de différence significative pour l'évolution des sujets symptomatiques ayant eu un diagnostic posé de schizophrénie, et autres troubles du spectre psychotique
- => Et si on s'autorisait à être moins obnubilés par la SP en aigü?

Alors à quoi servirait de s'intéresser aux troubles cognitifs et à l'insight en phase aiguë?

- A l'admission: SP plus présente, SN plus marquée, fonctionnement de base atteint et adhésion à la PEC non obtenue \Leftrightarrow insight pauvre
- A la fin de la PEC hospitalière: absence de symptomatologie dépressive, de suicidalité et d'adhésion \Leftrightarrow insight pauvre
- Insight de meilleure qualité \Leftrightarrow symptomatologie dépressive
- Insight pauvre \Leftrightarrow meilleure qualité de vie subjective

Insight in schizophrenia—course and predictors during the acute treatment phase of patients suffering from a schizophrenia spectrum disorder. Schennach & al. European psychiatry 2012

Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. Belvederi Murri & al. Schizophrenia Research 2015

Quality of life in schizophrenia spectrum disorders: Associations with insight and psychopathology. Margarita & al. Psychiatry Research 2015

Posologies fortes d'APA/NL et/ ou déficits
métacognitifs en phase aigüe

=> syndrome amotivationnel +++ à 6 mois

Metacognition deficits as a risk factor for prospective motivation deficits in schizophrenia spectrum disorders. Luther & al. Psychiatry Research 2016.

Insight en phase aigüe et troubles du comportement à type d'hétéroagressivité

- Association schizophrénie-agressivité: concept largement relayé par les médias => Exclusion sociale, stigmatisation
- Pas de corrélation entre troubles attentionnels, troubles mnésiques et troubles du comportement
- Pas de corrélation entre atteintes du raisonnement visuo-spatial et hétéro-agressivité
- Insight pauvre, fonctionnement moteur préservé et niveau d'intelligence faible augmentent le risque de passage à l'acte sur autrui

Cognitive predictors of violence in schizophrenia: a meta-analytic review. Reinhardt J et al. Schizophrenia Research Cognition 2014.

Association entre dysfonctions exécutives et agressivité via défaut d'inhibition

Neuropsychological and symptom predictors of aggression on the psychiatric inpatient service. Server & al. Journal of clinical & experimental neuropsychology.

2008.

Quid de l'autoagressivité et du risque suicidaire?

- Perte d'espoir, abus de substances, meilleur insight et bon fonctionnement neurocognitif

=> élévation du risque suicidaire. *Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. Kim & al. Schizophr Res. 2003.*

- Mais la perte d'espoir est le meilleur facteur prédictif d'un passage à l'acte

Alors? Faut-il évaluer/ travailler la métacognition et l'insight en phase aigüe?

- Même si le tableau clinique est instable
- La priorité souvent donnée à la prise en charge médicamenteuse n'exclut pas la possibilité de l'évaluation cognitive, puisque cette dernière peut s'avérer un facteur prédictif à la réponse au traitement
- Prise de conscience de l'état clinique est certes à l'origine d'une réaction thymique basse, avec augmentation du risque suicidaire => nécessité d'une évaluation et d'une prise en charge adaptée
- En revanche elle limiterait les risques de passages à l'acte hétéro agressifs

Merci de votre participation