

Psychiatrie & troubles cognitifs

Réalisé par G. OPOLCZYNSKI & C. GABRIELLI
Neuropsychologues
Centre Hospitalier du Rouvray

PLAN

I. Présentation

II. Troubles psychiatriques & troubles cognitifs

II.A. L'adulte jeune

II.B. La personne âgée

III. Prise en charge des troubles

I. Présentation

Gaëlle Opolczynski, neuropsychologue

- Centre Hospitalier du Rouvray:
 - Unité Henry Ey
 - Hôpital de jour Saint-Gervais
- 2 activités principales:
 - Évaluation neuropsychologique
 - Remédiation cognitive
- Population: adultes de 16 à 60 ans
- Principales pathologies psychiatriques rencontrées:
 - Schizophrénie,
 - Troubles de l'humeur (trouble bipolaire, dépression)
 - Troubles de la personnalité

Céline Gabrielli, Neuropsychologue

Lieux d'interventions

- Service de psychiatrie pour personnes âgées Marie-Françoise ROCHARD BOUTHIER
 - Unité d'hospitalisation temps plein H. MATISSE
 - Hôpital de jour /CMP T.MONOD
- Pôle 3, unité H.EY (1/2j par semaine)
- Quelques interventions dans les différents pôles du C.H.R.

II. Troubles psychiatriques & troubles cognitifs

II. A. L'adulte jeune

Profil neuropsychologique du patient souffrant de schizophrénie

La schizophrénie

- Prévalence de 1%
- Age de début: 15 à 25 ans
- Difficultés dans les processus de pensée et perception qui engendrent:
 - délires
 - hallucinations
 - discours et comportements étranges
- Symptômes positifs versus négatifs

Symptomatologie

- Positive: hallucinations, délires, pensées désorganisées, agitation
- Négative: manque d'initiative, retrait social, apathie, insensibilité émotionnelle

+ présence de **troubles cognitifs**

■ Critères diagnostiques de la Schizophrénie

A. *Symptômes caractéristiques* : Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) :

- (1) idées délirantes
- (2) hallucinations
- (3) discours désorganisé (c.-à-d., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
- (4) comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- (5) symptômes négatifs, p. ex., émoussement affectif, alogie, ou perte de volonté

N.-B. : Un seul symptôme du Critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.

B. *Dysfonctionnement social/des activités* : Pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auquel on aurait pu s'attendre).

C. *Durée* : Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au Critère A (c.-à-d., symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le Critère A présents sous une forme atténuée (p. ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D. *Exclusion d'un Trouble schizo-affectif et d'un Trouble de l'humeur* : Un Trouble schizo-affectif et un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit (1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active ; soit (2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.

E. *Exclusion d'une affection médicale générale/due à une substance* : La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

F. *Relation avec un Trouble envahissant du développement* : En cas d'antécédent de Trouble autistique ou d'un autre Trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de Schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

Classification de l'évolution longitudinale (ne peut s'appliquer que si au moins une année s'est écoulée depuis la survenue initiale des symptômes de la phase active) :

Épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes (les épisodes sont définis par la réémergence de symptômes psychotiques manifestes) ; spécifier également si nécessaire : **avec symptômes négatifs au premier plan**

Épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes

Continue (des symptômes psychotiques manifestes sont présents tout au long de la période d'observation) ; spécifier également si nécessaire : **avec symptômes négatifs au premier plan**

Épisodique en rémission partielle ; spécifier également si nécessaire : **avec symptômes négatifs au premier plan**

Épisode unique en rémission complète

Modalité autre ou non spécifiée

Extrait du DSM-IV-TR

Les troubles cognitifs chez les patients schizophrènes

- Présents chez la plupart des patients
- Présents dès le début de la maladie
- Puis stables ou lentement progressifs chez la plupart des patients
- Présents quelque soit la symptomatologie (+ ou -)
- Un des premiers signes = fléchissement des performances notamment scolaires

Evolution des conceptions

- Dès la description de la maladie par BLEULER (1911), description de troubles cognitifs mais pas en tant que noyau de la maladie (plutôt épiphénomène)
- Plus tard, on a pensé que:
 - troubles cognitifs liés au manque de motivation
 - mise en cause des traitements neuroleptiques

Mais ces 2 hypothèses ont été écartées.

- Aujourd'hui: la schizophrénie apparaît comme une véritable pathologie de la cognition (Huron et Danion, 2000)

Impact des troubles cognitifs dans la schizophrénie

- Sur l'intégration sociale et professionnelle (Green, 2000)
- Sur l'adaptation à la vie quotidienne
- D'où l'importance du développement des techniques de **remédiation cognitive** et de **réhabilitation psychosociale**

Profil Neuropsychologique du patient schizophrène

- **Fonctions exécutives:**
 - Sensibilité à l'interférence
 - Erreurs de persévération
 - Troubles de la flexibilité
 - Problèmes d'organisation
 - Problèmes de planification
- **Attention:**
 - Troubles de l'attention soutenue
 - Troubles de la vitesse du traitement
 - Troubles de l'attention sélective
- **Mémoire:**
 - MDT altérée
 - Mémoire épisodique altérée

Profil neuropsychologique du patient souffrant de trouble bipolaire

Trouble bipolaire

- Anciennement Psychose Maniaco-Dépressive (PMD)
- Prévalence de 1%

Troubles récurrents caractérisés par:

- des phases d'exaltation de l'humeur (manie) avec:
 - accélération des processus psychiques
 - augmentation du niveau d'énergie et d'activité
- des phases dépressives avec:
 - tristesse de l'humeur
 - ralentissement psychomoteur
 - diminution d'intérêt pour les activités

Episodes espacés par des intervalles libres + ou - longs

- Troubles cognitifs mis en évidence lors des épisodes de manie et de dépression mais persistance de certains de ces troubles en phase euthymique
- Dans l'idéal évaluation lors d'une phase euthymique
- Echelles pour s'assurer que ni phase maniaque ni phase dépressive (ex: échelle de manie, HAMD-21...)
- Question des comorbidités (alcool,...)

Profil neuropsychologique du patient bipolaire

- **Fonctions exécutives:**
 - Sensibilité à l'interférence
 - Troubles de la flexibilité
 - Persévérations
- **Mémoire:**
 - apprentissage verbal perturbé (Robinson et al.)
- **Attention:**
 - Troubles de l'attention soutenue (plus d'omissions de cibles et plus de détection de distracteurs, ex: CPT)
 - Augmentation des temps de réaction (corrélé au nb épisodes maniaques dans les ATCD)
- **Fonctions visuo-spatiales altérées**
 - Etude sur les scores à la copie de la figure de Rey (Goodwin et Jamison)

Dans un contexte psychiatrique

- S'assurer de la participation et de la motivation du patient
- Il faut que les capacités attentionnelles soient suffisantes
- Prendre en compte le contexte clinique au moment des tests: dans l'idéal stabilité clinique
- Privilégier le suivi et les retests dans le temps

Problématique du vieillissement de ces pathologies psychiatriques

- Comment évoluent les troubles cognitifs ?

Plusieurs études en cours:

- Cohorte schizophrénie
 - Étude sur le trouble bipolaire
- études prenant en compte à la fois les aspects psychiatrique, neurologique et génétique

II. B. La personne âgée

Unité Henri MATISSE (1/3)

- Les patients sont hospitalisés après une évaluation au service d'évaluation de l'urgence : UNACOR.
- Généralement nos patients > 65 ans avec pour motifs d'hospitalisations:
 - Troubles du **comportement** (Agitation, agressivité, déambulation, conduites stéréotypés ou inadaptés, oppositionnisme, refus alimentaire...)
 - Troubles **psychiatriques** (idées délirantes, automatisme mental, sentiment de persécution...)
 - Troubles de l'**humeur** (dépression, manie, clinophilie...)

Unité Henri MATISSE (2/3)

→ Prise en charge ambulatoire plus suffisante et il existe généralement un risque de **mise en danger** de la vie du patient ou de celle de ses proches

- Principales pathologies rencontrées:

- Pathologies démentielles & troubles du comportements
- Troubles bipolaires
- Troubles de l'humeur unipolaire [Dépressions résistantes
+++]
- Troubles de la personnalité

→ Pour la plupart de ses pathologies des **troubles cognitifs** sont observés...

Unité Henri MATISSE (2/3)

- ➔ Origine des troubles cognitifs observés???
- Liés à la dépression ?
- Sont ils influencés par les troubles psychiatriques?
- Est-ce une pathologie démentielle avec pour mode d'entrée une dépression???

Procédés:

- 1- Modifications et adaptation du traitement
- 2- Stabilisation des troubles psychiatriques, du comportement et/ou amélioration thymique
- 3- Evaluation neuropsychologique
- 4- Demande d'imagerie et avis neuro. si besoin (scanner, IRM, Spect.)

HDJ/ CMP T.Monod

Articulation intra et extra hospitalier

Population:

- Généralement > 65 ans (voir 60 ans)
- Troubles cognitifs et trouble de l'humeur (+++) ou de la personnalité
- Globalement encore au domicile (avec ou sans aides)

La dépression (1/2)

Critères diagnostiques cf. DSM IV

Selon P. FREMONT (2004)

- Trop souvent sous diagnostiquée car *vieillesse* est souvent assimilée à *tristesse*
- Les signes cliniques sont svt mis sur le compte du vieillissement (ex: perte de poids, fatigue, ralentissement, troubles du sommeil...)
- Symptômes de la dépression : la personne âgée ≠ adulte
- Certains sont également présents lors patho. Démentielles

La dépression (2/2)

Plusieurs manifestation de la dépression chez la P.A:

- D. Mélancolique
- D. Délirante
- D. Hostile
- Dépression à début tardif
- Dépression vasculaire
- Pseudo démence

Symptômes de la dépression

Indpdt de l'âge	Adultes	Personnes âgées
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Désespoir, pessimisme, perte de l'anticipation ➤ Trouble de l'humeur, anxiété ➤ Mésestime de soi ➤ Anhédonie ➤ Anorexie, amaigrissement trouble du sommeil ➤ Ralentissement psychomoteur 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Culpabilité ➤ Expression de la douleur morale ➤ Baisse de la libido ➤ Baisse d'efficacité ds les A.V.Q. <p style="text-align: center;">Etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instabilité, agressivité colère ➤ Somatisation, hypocondrie ➤ Démotivation, ennui, sensation vide intérieur ➤ Repli, isolement ➤ Angoisses matinales ➤ Confusion ➤ Dépendances ➤ Plainte troubles mnésiques

Troubles cognitifs et dépression (1/3)

Profil cognitif : **Dysfonctionnement sous cortical**

Source: GREFEX, 2008

1- **Dysfonctionnement** ou **syndrome dysexécutif**

- Everett & Lajeunesse (2000)

Diminution des ressources cognitives → augmentation du temps de réponse dans des situations où sont mises en jeu des opérations d'**inhibition**

- Lemelin & al. (1997)

Augmentation de la **sensibilité à l'interférence** (STROOP)

Troubles cognitifs et dépression (2/3)

- TMT: **Flexibilité mentale** serait diminuée
- WCST: Augmentation du nombre d'erreurs totales
Diminution du nombres de réponses conceptuelles
- **Planification et résolution de problèmes** altérées

Ex Tour de Londres: Augmentation du tps de latence au premier déplacement.

Les réactions observés peuvent aussi être liées à des « **réactions catastrophiques** » → diminution des performances après un mauvais mouvement

Troubles cognitifs et dépression (3/3)

- **Fluences verbales**

Diminution des performances en **fluences catégorielles**

Trouble de la **flexibilité cognitive spontanée**

- **Troubles attentionnels**

2- Répercussions sur le fonctionnement de la **mémoire épisodique**
(trouble de la récupération)

Troubles cognitifs & phase maniaque

Ne pas évaluer un patient en phase maniaque!!!

- **Troubles attentionnels** majeurs accompagnés d'une importante distractibilité. Incapacité à fixer son attention.
- Présence de **troubles du comportement** de type: familiarité, logorrhée, désinhibition, impulsivité...
- **Risque majeur**: S'orienter vers une DFT car le tableau cognitif en est très proche.
- Important de connaître les **antécédents psychiatriques** du patient

Pathologie démentielle ??? (1/2)

- Lors passé psychiatrique ancien on évite de parler d'un type de pathologie démentielle en particulier.
 - Préférer la notion d'évolution déficitaire du trouble psychiatrique
- Lorsque se sont des manifestations psychiatriques qui conduisent à l'hospitalisation sans antécédent particulier: possibilité d'évoquer un diagnostique de **patho. Démentielle**

Pathologie démentielle ??? (2/2)

En cas de doute (fréquent)

- Demande d'un avis neuro. :
CHR (Dr MORCAMP)
Equipe de neurologie C.H.U. (Pr. HANNEQUIN ou Dr MARTINAUD)
- Suivi psychiatrique
- Réévaluation neuropsychologique à distance de l'hospitalisation
- Proposition H.D.J. T. MONOD
- Imageries...

III. Prise en charge des troubles

- IPT
- RehaCom

Définitions

- **Réhabilitation psychosociale**

Acquisition de compétences sociales (affirmation de soi, gestion des émotions, etc.) et/ou amélioration de la compréhension et de l'observance du traitement

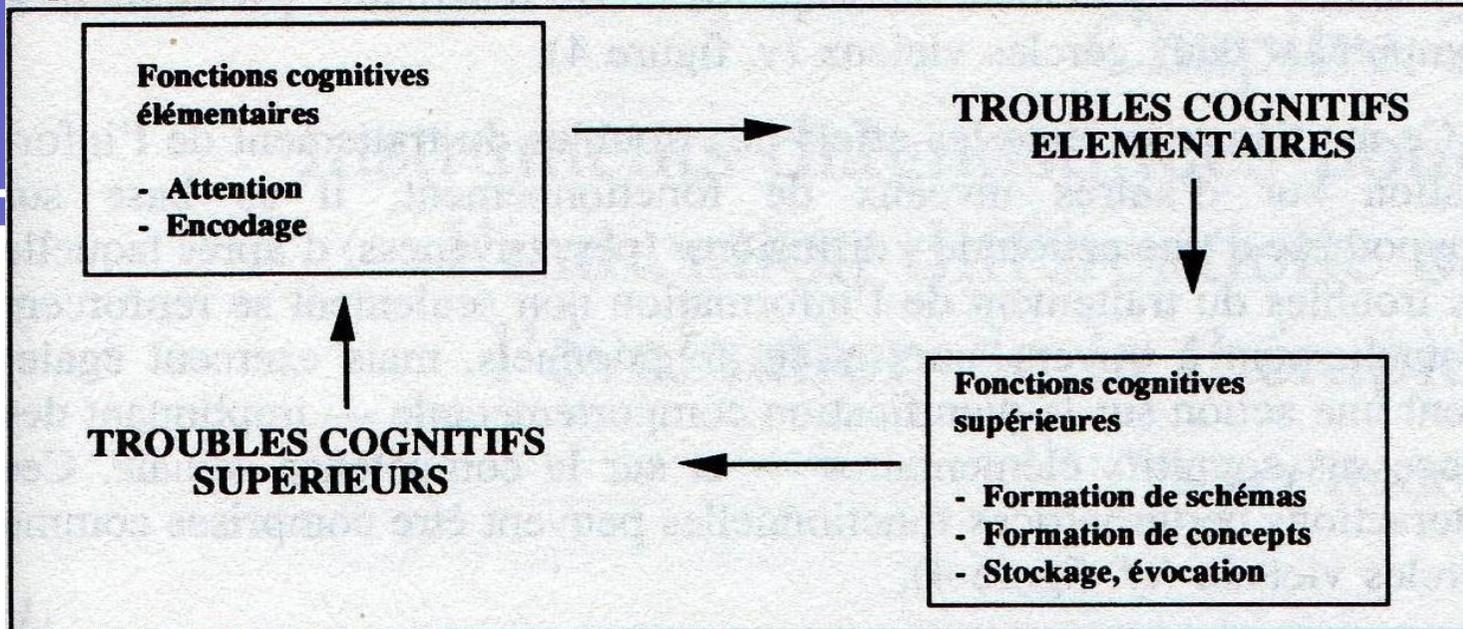
- **Remédiation cognitive**

Restauration ou développement d'une fonction cognitive défaillante (mémoire, attention, fonction exécutive)

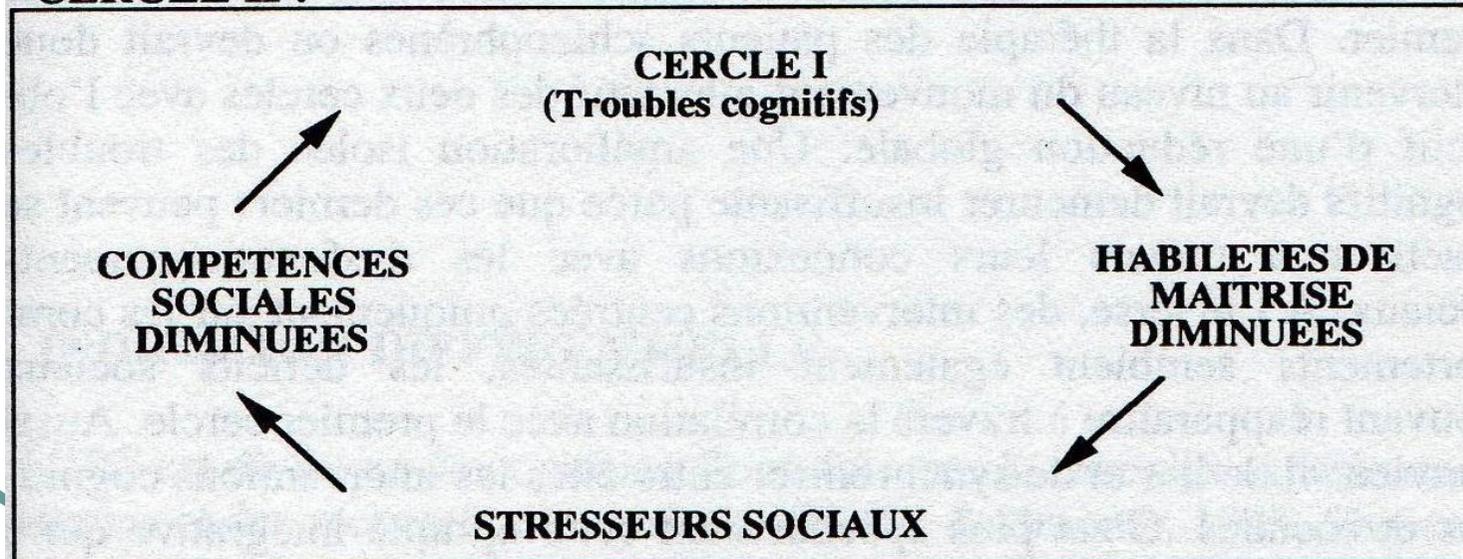
IPT (Brenner, 1992) (1/4)

- Integrated Psychological Treatment
- Programme de remédiation cognitive et de réhabilitation psychosociale
- Créé en 1992 en Suisse par Hans Brenner
- Spécifique pour la schizophrénie

CERCLE I :



CERCLE II :



IPT (3/4)

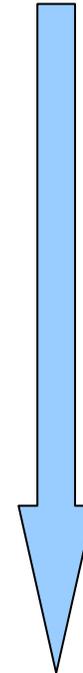
Buts:

- Proposer des exercices (6 modules de plus en plus complexes) pour améliorer à la fois les troubles cognitifs et les habiletés sociales
- Permet de lutter contre la désinsertion sociale et professionnelle
- En groupe: de 8 à 12 patients
- Animés par plusieurs thérapeutes (médecins, infirmiers, psychologues, assistants sociaux ou ergothérapeutes)
- Durée totale de la thérapie: de 8 à 12 mois à raison de 2 séances de ~1h30 par semaine

IPT (4/4)

6 modules

- Différenciation cognitive
- Perception sociale
- Communication verbale
- Habiletés sociales
- Gestion des émotions
- Résolution de problèmes

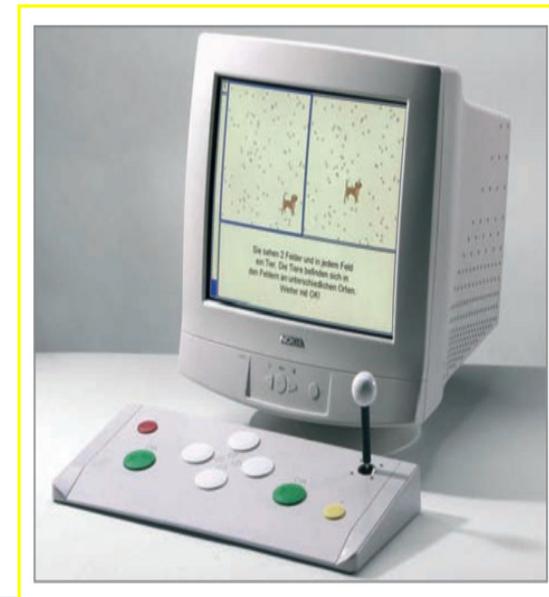
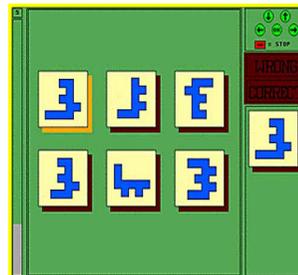


REHA-COM (REHAbilitation COMputarisée) (1/2)

- Programme de traitement assisté par ordinateur développé depuis 1986 par une équipe allemande
- Traduit en français et validé par une équipe française (Cochet et al., 2006)
- Initialement destiné aux cérébro-lésés

- 4 modules:

- ✓ Attention-concentration
- ✓ Mémoire
- ✓ Raisonnement
- ✓ Fonctions exécutives



REHA-COM (2/2)

- Programme en individuel
- Exercices sur ordinateur
- Complexité croissante avec niveaux de difficulté validés en fonction des performances du sujet
- Importance du feed-back
- 1 à 2 séances d'environ 45 minutes par semaine

REHA-COM

& Personnes Agées (1/2)

- Utilisé à l'hôpital de jour T. MONOD
- Indication: Troubles de l'humeur & troubles cognitifs
- Modules répartis sur 3 postes:
 - Attention et concentration (x 3)
 - Vigilance
 - Attention divisée
 - Mémoire épisodique
 - Raisonnement

Pour ces techniques

On s'attend

- Amélioration des **fonctions cognitives déficitaires**
- Amélioration de l'**adaptation sociale**

+ impact sur la **symptomatologie**

Merci pour votre attention

Celine.gabrielli@ch-lerouvray.fr

Gaelle.opolczynski@ch-lerouvray.fr

● Liens utiles

- <http://www.hasomed.fr/> (pour les infos sur le logiciel RehaCom)
- <http://www.associationscientifiquedurouvray.fr/index.html> (site de l'association scientifique du Rouvray)