Réhabilitation cognitive et émotionnelle dans les troubles schizophréniques

* MIASHS : Formation pour aider à développer des outils numériques de remédiation cognitive, avec des outils de remédiation en milieux écologiques
* Plan :
  + Point sur la pathologie schizophrénique
  + Remédiation cognitive et émotionnelle
  + A vous de jouer ! Faire un outil numérique pour aider les besoins numériques

Point sur la pathologie schizophrénique :

* On a fait une mind map pour voir un peu les préjuger
  + Dangerosité, tueur, psychopathe, personnalité == chose négative -> alourdie le handicap au quotidien, recul des employeurs, accès au logement, l’amour
  + Handicap psychique stigmatisé, il suffit de lire les médias
    - Association de la Schizophrénie aux meurtres et aux violences
* Qu’est-ce que la normalité ?
  + Limite entre normal et pathologie : facile quand problème physique, difficile pour le mental, plus délicat
  + Pour les hallucinations :
    - Ça arrive à tout le monde « j’ai cru voir quelqu’un que je connais », « j’ai cru entendre un bruit » -> Mais spontanément on met ça de coté
  + Culture : Certains comportements peuvent être pathologique dans une société et pas dans une autre
  + Vidéo : Qu’est-ce qu’être normal – Corpus - Réseau Canopé
    - Est-ce qu’il existe une norme ? Pas chez le psychiatre // point de vue statistique
    - Rejet et écart de la société
  + Tant qu’il n’y a pas d’impact fonctionnel = limitation dans sa vie de tous les jours (famille, logement, travail) -> pas de besoin
* Vidéo 2 : « Si on accepte pas sa pathologie, c’est impossible d’avancer » (elle a mis 5 ans)
  + Le début de la maladie : jeune adulte
  + Deux phases :
    - Une phase aigu productive : délire, hallucination forte
    - Une phase chronique : après médicament, il reste des troubles -> outils de remédiation
  + La plupart du temps c’est dangereux pour soit même de rester en phase aigu
* 1% de la population, hétérogénéité géographique, sex-ratio = 1, apparition des symptômes : fin ado, début adulte
* Diagnostique :
  + DSM5 : approche dimensionnel (qui existe depuis longtemps) // DSM4 : catégorie (mais pas ouf y’a des évolutions etc.)
  + Dimension :
    - Symptomatologie positive (car production) :
      * Hallucinations verbales : Voix pas giga gentil toujours avec évolution possible : ordre, rabaissement
      * Idées délirantes :
        + Paranoïa : La personne croit à fond à son délire jusqu’à en devenir dangereux = la pathologie la plus dangereuse + arrive à convaincre son entourage
        + Ici pas le cas : Paranoïaque : tout ce qu’il dit n’a aucun sens, pas d’adhésion
      * Troubles du cours de la pensée :
        + Incohérence dans le discours, néologisme (inventer des mots), arrêt dans la phrase, pensée fluctuante désorganisé
    - Symptomatologie négative (manque par rapport au comportement normal) :
      * Anhédonie : plus de plaisir
      * Repli social
      * Troubles cognitifs : pas de traitement validé
      * Emoussement affectif
      * Manque de motivation, dépression
      * -> Difficile d’agir là-dessus avec les médicaments
* Traitement pharmaco :
  + Se base sur l’hypothèse dopaminergique du trouble schizophrénique
    - = hyperactivité dopaminergique
    - Mésolimbique = hyperactivité -> ici le problème
    - Mésocorticolimbique = un peu hypoactivité
  + Antipsychotiques = antagoniste = sur les récepteurs et bloque la transmission sur
  + Effet indésirable :
    - Moteur : pseudo parkinsonien
    - Prise de poids ++
    - Hormonaux : prolactine, seins qui pousse
  + Implication de la sérotonine et de l’acétylcholine dans les troubles négatifs
  + CCL :
    - On traite bien la symptomatologie positive (mais quelque effet secondaire)
    - Mais le challenge est dans la symptomatologie négative
* SCHZ = pathologies hétérogènes avec présentation clinique variable intra et inter individuel
  + Facteur de la famille, du social -> créer de la variabilité
  + Parfois léger parfois fort
* Origine :
  + Pas de dysfonctionnement anatomique chez les patients
  + Différence fonctionnelle : Hypo/hyper activation
  + Influence génétique
  + Conjonction de différent facteur
* Impacts fonctionnels :
  + Toujours deux phases : aigu et chronique (stabilisé)
  + Isolement social, soin +++, problème de travail et de logement
  + Comme un orchestre sans chef d’orchestre
  + Trouble exécutif :
    - Devoir prendre un autre bus que celui de d’habitude difficile
    - Un changement de train, retard -> complètement perdu
    - Mais réhabilitation possible : fonction exécutive sont présente mais difficulté à les utiliser
  + Emotion :
    - Difficulté à voir les signaux émotionnels : exemple du gars qui gardait le t-shirt sale pendant un mois, ne comprenait pas pourquoi les gens ne se venait pas à côté de lui
* -> place de ces troubles ( ? cognitif ?) pas encore inclus dans les critères mais difficulté à évaluer, de quel nature + Fluctuation des symptômes même cognitif (peut disparaitre 10 mois après) + outil pas assez sensible, test pas adapté.
  + -> si on développe des outil plus écologique, basé sur des applis, de la VR,
* -> Nécessité d’adaptation de la psychométrie cognitive aux pathologies :
  + Ce ne sont pas des lésions, ça n’a pas des gros impacts
  + Ici c’est fonctionnel
  + Test pas assez sensible, pas assez fin
  + Plaintes du patient en décalage avec les résultats psychométriques : Exemple : patient pas capable de se concentrer en amphi, mais rien ne ressort dans les tests d’attentions.
  + Fluctuation du profil cognitif dans le suivi des patients : A cause de l’environnement (confinement), le profil peut changer
* Contrôle cognitif défaillant : n’alloue pas les bonnes ressources au bon endroit
  + Exemple : Appartement d’un patient, sur la table il y a un tas de journaux même pas ouvert → Giga routinier, en allant chercher sa clope il acheter automatiquement le journal. S’il ne le faisait pas, il n’allait pas bien.
  + Manque de flexibilité cognitive
  + Anecdote : les patients fument tous, en faite ça les aide à moduler positivement leur système dopaminergique !