



HAL
open science

La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique : Partie II : modèles explicatifs et hypothèses psychopathologiques

Stephane Raffard, Sophie Bayard, Delphine Capdevielle, Florian Garcia,
Jean-Philippe Boulenger, Marie-Christine Gély-Nargeot

► To cite this version:

Stephane Raffard, Sophie Bayard, Delphine Capdevielle, Florian Garcia, Jean-Philippe Boulenger, et al.. La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique : Partie II : modèles explicatifs et hypothèses psychopathologiques. *L'Encéphale*, 2008, 34 (5), pp.511-516. <10.1016/j.encep.2007.10.012>. <hal-03062963>

HAL Id: hal-03062963

<https://hal.science/hal-03062963v1>

Submitted on 21 May 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>

PSYCHOPATHOLOGIE

**La conscience des troubles (*insight*) dans la schizophrénie : une revue critique
Partie II : modèles explicatifs et hypothèses psychopathologiques**

**Lack of insight in schizophrenia: A review
Part II: Explanatory models and psychopathological hypothesis**

S. Raffard^{a,*}, S. Bayard^b, D. Capdevielle^a, F. Garcia^a,
J.-P. Boulenger^a, M.-C. Gely-Nargeot^b

^a Service universitaire de psychiatrie adulte, hôpital La Colombière, centre hospitalier universitaire de Montpellier, 191, avenue du doyen Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France

^b Département de psychologie, EA 4210, unité de neuropsychologie et de psychopathologie, université Montpellier-3, 34199 Montpellier cedex 5, France

Reçu le 22 août 2006 ; accepté le 18 octobre 2007

Disponible sur Internet le 4 mars 2008

MOTS CLÉS

Conscience des troubles ;
Schizophrénie ;
Modèles explicatifs ;
Revue de la littérature

Résumé Le modèle de la conscience des troubles dans les troubles mentaux graves proposé par Amador et Strauss et le développement corollaire de la *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD) constituent la référence théorique et clinique dans l'approche multidimensionnelle de l'*insight*. Néanmoins, cette approche repose essentiellement sur une analyse phénoménologique de ce concept. Dans la seconde partie de cette revue, nous nous proposons d'exposer l'évolution des modèles explicatifs qui tentent d'en rendre compte. Quatre approches seront décrites comme suit : les troubles de l'*insight* comme résultant, soit de mécanismes de défense ou d'adaptation aux stressseurs environnementaux, qui sont les premiers modèles explicatifs, de biais cognitifs de traitement de l'information, de déficits fonctionnels neuropsychologiques liés à des anomalies cérébrales notamment, préfrontales ou plus récemment, comme étant la conséquence de déficits métacognitifs. Il ressort des différentes études qu'aucune explication unique ne semble pouvoir expliquer les déficits de l'*insight*. Les

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : s-raffard@chu-montpellier.fr (S. Raffard).

explications psychologiques en terme de mécanismes de défense ou d'adaptation (mécanismes de *coping*) aux conséquences de la maladie ont été peu étudiées et mériteraient d'être davantage explorées. Cependant, cette approche se confronte au fait que la littérature ne rapporte aujourd'hui aucun argument en faveur d'un lien entre sévérité de la symptomatologie ou de l'état émotionnel du patient schizophrène et la présence ou l'absence de la conscience des troubles. À l'opposé, les recherches en neuropsychologie et en psychologie cognitive présentent des résultats consistants permettant d'impliquer cognitivement un déficit des fonctions exécutives et anatomiquement des anomalies des lobes frontaux. De nouvelles études concernant les distorsions du traitement de l'information et la cognition sociale ouvrent actuellement de nouvelles perspectives dans ce phénomène multidimensionnel et multidéterminé qu'est la conscience des troubles dans la schizophrénie.

© L'Encéphale, Paris, 2008.

Summary

Background. – Relative to other psychiatric disorders, patients with schizophrenia are often unaware of the consequences of their disease and their need for treatment. These deficits in awareness referred in general in the English literature as “poor insight”, have been the focus of many clinical studies over recent years. This phenomenon, which is considered as fundamental in clinical evaluations of schizophrenia, should be understood as a multidimensional process rather than a dichotomic phenomenon, as is presently the case. The links between insight deficits and responses to vocational rehabilitation efforts represent a major interest in research, including those related to medication compliance and clinical outcome. To conduct such studies, various evaluation tools have been developed, enabling the assessment of insight, of its time-course and of its components in psychosis and schizophrenia spectrum disorders.

Literature findings. – The Scale to Assess Unawareness of illness in Mental Disorders (SUMD) developed by Amador and Strauss appears to be the most frequently used scale for the evaluation of awareness of the disorder in schizophrenia. Although the model proposed by Amador and Strauss is considered as the privileged model in the multidimensional approach of insight, it corresponds only to a phenomenological analysis of this concept. In the second part of this article, we thus review the current models attempting to explain the lack of insight in schizophrenia. Four current explanatory models of lack of insight will be described as follows: resulting either from adaptation or defence mechanisms to environmental stressors, resulting from cognitive bias of data processing, resulting from neuropsychological functional deficits and resulting from metacognitive deficits.

Discussion. – Several hypotheses concerning these deficits arise from clinical studies. Although coping, and defence mechanisms to the consequences and stigmatization of the disease were hardly studied, the fact that poor insight does not appear related to the severity of symptomatology or to the emotional state of the patients argue against this hypothesis. Conversely, a considerable body of literature emphasized how unawareness may result from cognitive deficits. Research in neuropsychology and cognitive psychology has provided consistent results concerning the link between deficit in executive functions, frontal lobe dysfunction and poor insight. Recent studies on bias in cognitive information treatment and social cognition theories currently open new prospects.

© L'Encéphale, Paris, 2008.

KEYWORDS

Insight;
Schizophrenia;
Review;
Explanatory models

Introduction

La littérature scientifique actuelle connaît un essor sans précédent dans l'étude de la non-conscience des troubles dans la schizophrénie. Historiquement, les premières approches issues du référentiel psychanalytique ont conceptualisé les troubles de *l'insight* dans la schizophrénie comme résultant des mécanismes inconscients (mécanismes de défense) visant à protéger psychologiquement la personne des conséquences sociales de la maladie. Récemment, les hypothèses cognitives se sont référées à des modèles mettant en avant des biais du traitement de l'information (distorsions cognitives) mais aussi des déficits neurocognitifs s'inscrivant dans le postulat d'un dysfonctionnement cérébral. Les limites des postulats psychanalytiques ont, cependant, permis à travers

des études expérimentales d'explorer de nouveaux paradigmes qui permettent à la suite de ces travaux de préciser les processus multiples qui apparaissent impliqués dans ce qui apparaît à l'heure actuelle comme un challenge clinique et scientifique fondamental de la pathologie schizophrénique : les déficits de conscience des troubles de patients affectés de schizophrénie.

Hypothèses classiques

Longtemps, les déficits de *l'insight* dans la schizophrénie ont été attribués à la mise en place de mécanismes de défense psychologiques permettant aux patients de se protéger des conséquences sociales de leur maladie [32] et surtout de lutter contre les émotions négatives (comme

l'anxiété et la dépression) résultant de la stigmatisation sociale d'avoir une maladie mentale [12,21]. Les mécanismes de défense sont issus à l'origine du référentiel psychanalytique. Ils consistent en des processus inconscients qui visent à maintenir une sorte « d'homéostasie psychologique » lorsque celle-ci est troublée par des conflits intrapsychiques d'origines diverses [31]. À l'heure actuelle, aucune recherche scientifique n'a exploré spécifiquement l'impact des mécanismes de défense dans les troubles de l'*insight* dans la schizophrénie. À la suite des travaux de Freud, les psychologues américains étudiant plus spécifiquement le stress et son impact sur l'être humain se sont focalisés sur les stratégies mises en place par un individu pour s'adapter aux situations excédant ses ressources. Ces stratégies dites de *coping* [10] renvoient à des mécanismes cognitifs et comportementaux contrôlés (conscients), mais aussi plus automatiques (inconscients) de régulation émotionnelle en réponse à une situation stressante. Peu d'études ont, cependant, exploré cette voie tant les déficits de l'*insight* dans la schizophrénie demeurent constants et stables dans le temps [2] et ne semblent pouvoir se suffire d'une explication unique. Lysaker et al. [17], en utilisant le *Ways of coping questionnaire* (Folkman et Lazarus [10]), ont cependant pu mettre en avant l'utilisation chez des patients schizophrènes à faible *insight* de mécanismes de *coping* de type évitement. Une étude plus récente a montré que chez les patients schizophrènes les troubles de l'*insight* étaient corrélés positivement avec des scores plus élevés aux sous-échelles R (répression) et K (dénier) du MMPI-II [29].

De même, plusieurs travaux dans la littérature internationale ont mis en avant qu'un bon niveau de conscience des troubles était généralement plus fréquemment retrouvé chez des patients schizophrènes avec symptomatologie dépressive [24,26] comparativement à ceux qui n'en présentaient pas.

À partir de ces observations, certains auteurs et études récentes [25,27] ont fait resurgir l'idée selon laquelle un faible *insight* pourrait bien être le reflet de la mise en place de mécanismes psychodynamiques de type *coping* dont le rôle consisterait à faire diminuer la dépression et l'anxiété. Cependant, une récente méta-analyse a pu montrer que le degré d'*insight* dans la schizophrénie n'était que peu lié à l'état émotionnel des patients [21] limitant les postulats des approches exposées précédemment. De plus, il s'avère que le concept de stratégie de *coping* repose sur des modèles très divers [27] qui ne permettent pas de rendre compte de tous les processus mis en place dans la régulation émotionnelle d'un individu tels qu'ils ont pu être mis en évidence dans les recherches actuelles [24], notamment, de leurs liens avec les fonctions exécutives et le lobe préfrontal.

Hypothèses actuelles

Troubles de l'*insight* et distorsions cognitives

Certains auteurs ont souligné les limites de l'approche clinique et phénoménologique de l'*insight*. Beck et al. [5], en particulier, ont souligné l'existence d'un biais essentiellement imputable au phénomène de désirabilité sociale qui serait inhérent à la mesure de l'*insight*. Beck et al. [5] illustrent ce danger en citant l'exemple d'un patient qui, questionné

au sujet des voix qu'il entend, mentionne qu'elles sont dues à une maladie mentale. Dans ce contexte, il semble clair que le sujet a bien conscience de l'existence du trouble mental. Pour autant peut-on affirmer qu'il se l'approprie et affirmer ainsi qu'il présente un bon *insight*? Effectivement une analyse plus approfondie de son discours révèle que ce patient attribuait les voix qu'il entendait à Satan. Ainsi, ces observations ont conduit Beck et al. [5] à différencier un *insight* intellectuel d'un *insight* d'ordre plus émotionnel. Le premier concernerait les réponses du patient en lien avec sa désirabilité sociale. Le second correspondrait à l'opinion subjective qu'il porte sur ses troubles.

Le modèle proposé par Beck et al. [5] s'inscrit dans la mouvance récente des théories dites « cognitives ». Dans ce contexte spécifique, les hypothèses reposent sur le postulat de l'existence de biais cognitifs aussi appelées distorsions cognitives dans la prise en compte de la réalité et des stimuli environnementaux. Selon l'idée de Beck, ce qui différencierait spécifiquement les sujets non cliniques versus les sujets souffrant de psychoses serait leur plus grande capacité à pouvoir relativiser leurs conclusions et leurs croyances, ainsi que d'admettre que ces dernières puissent être erronées. Les patients schizophrènes présenteraient alors, selon cette proposition, des biais plutôt que des déficits dans le traitement de l'information.

Afin de mettre à l'épreuve cette hypothèse Beck et al. [5] ont développé la *Beck Cognitive Insight Scale* (BCIS). Il s'agit d'une échelle composée de 15 questions qui s'organise autour des scores de réflexivité (*self-reflectiveness*) et de certitude (*self-certainty*). Le premier serait le reflet de l'introspection et de la capacité du patient à pouvoir se décentrer et à critiquer ses propres croyances. Le deuxième renvoie au degré selon lequel le patient adhère à celles-ci. Dans cette échelle, un troisième score composite est proposé en calculant la différence entre les scores de réflexivité et de certitude. Ce dernier permet d'évaluer l'hypothèse selon laquelle le niveau d'adhésion du patient à ses propres croyances (certitude) entraverait ses capacités à pouvoir les autocritiquer (réflexivité).

L'étude initiale de validation de la BCIS a permis de comparer et de mettre en relation les scores obtenus par des patients atteints de troubles mentaux graves à la BCIS et la *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD) [1]. Les résultats obtenus montrent que le score composite de la BCIS corrèle avec l'altération de la conscience de la maladie mentale telle qu'appréhendue par la SUMD. Ce score permet également de différencier les patients psychotiques de ceux qui ne le sont pas. Enfin, le score de réflexivité corrèle avec la conscience de présenter du délire à la SUMD. Ces deux outils, développés dans des cadres différents, apparaissent actuellement particulièrement pertinents afin d'appréhender l'*insight* dans la schizophrénie.

Lien entre *insight* déficit exécutif et lobe préfrontal

Historiquement, Babinski [3] fut le premier à utiliser le terme d'anosognosie pour définir l'absence de prise de conscience des déficits neurologiques (hémiplégié...) chez certains patients cérébrolésés. Initialement, dans le syndrome de Babinski, l'anosognosie était rapportée suite à

une lésion pariétale droite avec ou sans atteintes corticales diffuses, associée ou non à une négligence spatiale unilatérale. L'anosognosie fut depuis, également, mise en relation avec des lésions frontales. Toutefois, il apparaît que les profils de l'anosognosie s'avèrent qualitativement différents selon le siège de la lésion [14]. L'anosognosie dite pariétale serait en lien avec une méconnaissance totale des troubles alors que l'anosognosie frontale renverrait davantage à un déficit d'une compétence complexe (comme le raisonnement social) ou des fonctions cognitives exécutives supérieures. En cela, elle est qualifiée de modulaire. Dans l'anosognosie frontale, il existerait une conscience du trouble. Toutefois, cette conscience ne serait pas mise en perspective avec la problématique personnelle du patient en interaction avec son environnement. Ainsi, les patients obèrent toutes conséquences pratiques des déficits dont ils souffrent. Ce type d'anosognosie est qualifié de supramodulaire [14]. En analogie avec le caractère modulaire ou supramodulaire de l'anosognosie chez les patients cérébrolésés, des données récentes en neuro-imagerie militent pour considérer les troubles de l'*insight* dans la schizophrénie comme une anosognosie de type supramodulaire.

Les lobes frontaux, seuls ou conjointement avec d'autres structures cérébrales, constituent actuellement les soubassements neuroanatomiques reconnus sur lesquels repose le fonctionnement exécutif [20]. Dans ce cadre explicatif spécifique, la question soulevée par l'ensemble des études relatives à l'absence d'*insight* a d'abord consisté à se demander si cette symptomatologie psychiatrique ne pouvait être la manifestation d'un déficit cognitif de nature exécutive et, par conséquent, lié à des anomalies cérébrales.

Peu d'études ont essayé d'établir des liens entre des modifications structurelles cérébrales et les troubles de l'*insight* dans la schizophrénie. Avec la technique d'imagerie par résonance magnétique (IRM), un lien entre un faible *insight* et un élargissement des ventricules cérébraux a été mis en avant chez des patients souffrant de schizophrénies chroniques [30]. Ces résultats n'ont, cependant, pas été répliqués avec l'utilisation du scanner cérébral [8]. De façon plus consistante, d'autres travaux ont mis en avant des liens entre des modifications structurelles cérébrales des aires frontales et le degré d'*insight*. Il a effectivement été montré que des patients schizophrènes avec un faible *insight* présentaient au scanner cérébral des anomalies morphologiques du lobe frontal [15]. Une autre étude a retrouvé avec la technique IRM une corrélation entre un faible *insight* et une réduction du volume du gyrus cingulaire et de l'insula [23]. Afin de contrôler la possible influence des traitements neuroleptiques et de la durée de la maladie, Shad et al. [26] ont publié récemment une étude avec des participants vivant leur premier épisode schizophrénique et n'ayant jamais bénéficié d'un traitement psychotrope. Les patients ayant un faible *insight* avaient en moyenne une réduction du volume du lobe préfrontal dorsolatéral droit comparativement aux patients dont le degré d'*insight* était satisfaisant. Plus spécifiquement, ces auteurs ont mis en évidence que le score de la sous-échelle relative à l'attribution des symptômes de la SUMD était corrélé négativement avec le volume de la région orbitofrontale. À partir de ces résultats, l'idée selon laquelle à l'*insight*

correspondrait une localisation cérébrale précise a été proposée par ces auteurs [26]. Le cortex préfrontal dorsolatéral droit serait associé à la dimension de la conscience des troubles, tandis que la région orbitofrontale constituerait le soubassement neuronal de la dimension d'attribution des symptômes. Bien que les données de l'imagerie cérébrale militent pour un lien entre une atrophie du lobe frontal et un déficit de l'*insight*, cette approche spécifique présente plusieurs limites. En effet, l'hétérogénéité des questionnaires sur l'*insight* utilisés rend difficile la comparaison des travaux et le nombre peu important des patients constituant les échantillons oblige à relativiser les résultats obtenus.

De même, les liens que peuvent entretenir une atteinte exécutive et l'absence d'*insight* dans la schizophrénie apparaissent actuellement peu consistants. Effectivement, alors que certains travaux parviennent à dégager un lien entre la présence d'un dysfonctionnement exécutif et un faible degré d'*insight*, d'autres ne le confirment pas. Parmi les nombreux biais méthodologiques susceptibles de rendre compte de cette absence de consensus, certains apparaissent directement liés à l'évaluation des fonctions exécutives et à l'évaluation du degré d'*insight*.

En effet, bien que la SUMD soit l'outil privilégié pour la mesure de l'*insight*, la méthodologie envisagée pour son évaluation demeure très variable et rend difficilement comparables les divers travaux de recherche dans ce champ d'investigation. Elle peut consister dans certains travaux en l'administration d'une unique question issue, par exemple, de l'échelle de dépression d'Hamilton [15] ou en des questionnaires plus élaborés tels que la SUMD ou la *Self-Appraisal of Illness Questionnaire* (SAIQ) [17–19,29].

De plus, il est généralement admis que les fonctions exécutives renvoient à un ensemble de processus cognitifs (flexibilité mentale, inhibition, planification, déduction de règles, etc.) qui rend possible l'adaptation de l'individu à des situations nouvelles lorsque des habiletés cognitives sur-apprises ne lui permettent plus de le faire. Il s'avère que la plupart des études se limitent très fréquemment à l'administration d'un nombre très restreint d'épreuves exécutives [8,13,29].

Dans une modélisation récente du fonctionnement exécutif, Miyake et al. [22] ont tenté de préciser dans quelle mesure les différentes fonctions exécutives pouvaient être considérées comme unitaires ou non. À partir d'analyses factorielles confirmatoires, trois processus sont clairement ressortis comme étant indépendants et séparables : la fonction de mise à jour, les capacités de flexibilité mentale et les processus d'inhibition. Le *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) est l'épreuve exécutive globale qui est la plus fréquemment utilisée en clinique neuropsychologique et dans le champ de recherche sur l'*insight* et les fonctions exécutives (pour ne citer que les plus récentes : [12,13,15–17,19]). Les deux tiers des études qui ont utilisé cette épreuve ont montré une relation entre le degré d'*insight* et certains de ses indices (nombres de catégories complétées et d'erreurs persévératives). Par ailleurs, le WCST dans l'étude de Miyake et al. [22] s'est avéré l'outil clinique le plus corrélé avec le facteur de flexibilité mentale. On peut donc se demander si l'utilisation d'épreuves exécutives moins globales, mais « plus pures », ne permettrait pas une meilleure homogénéité des résultats des travaux s'intéressant au lien absence d'*insight* et

atteinte exécutive. Il s'agirait donc d'envisager l'utilisation d'épreuves cliniques qui seraient dégagées le plus possible de traitements non exécutifs (par exemple, le dénombrement et la reconnaissance des couleurs dans le WCST) et davantage spécifiques à l'une des trois fonctions séparables proposées par Miyake et al. [22].

Il ressort donc de ces recherches que les déficits de l'*insight* seraient en partie les conséquences d'anomalies fonctionnelles cérébrales notamment, préfrontales qui correspondent au fonctionnement exécutif fortement impliqué dans l'adaptation d'un sujet à des situations nouvelles. Néanmoins, du fait d'une approche localisationniste stricte très improbable, il apparaît que des études récentes semblent permettre de lier des dysfonctionnements cognitifs avec les concepts de self et d'émotion plus proches de la diversité clinique du phénomène de l'*insight* et d'un fonctionnement en réseau du cerveau humain.

Les fonctions exécutives apparaissent ainsi fortement impliquées dans la génération et la régulation contrôlée des émotions via le système attentionnel supérieur (exécutif) [24]. Une étude récente [16] a permis de mettre en évidence que des sujets schizophrènes présentant entre la phase aiguë de la symptomatologie et sa rémission une amélioration de l'*insight*, laquelle s'accompagnait d'une normalisation de l'activité du cortex préfrontal gauche impliqué dans le fonctionnement exécutif et la régulation des émotions. Cette normalisation de l'activité cérébrale s'accompagnait, de plus, d'une amélioration de leur fonctionnement social. Globalement, ces études ont pu montrer que le système exécutif de régulation émotionnelle (impliquant les réseaux préfrontaux tels que le cortex préfrontal, orbitofrontal et cingulaire) était impliqué dans la capacité de réestimer émotionnellement une situation, en favorisant ainsi un meilleur apprentissage et prise en compte des conséquences d'une situation nouvelle [24]. Conscience des troubles, régulation des émotions et fonctionnement exécutif semblent ainsi fortement liés. Ces pistes de recherches apparaissent comme prometteuses, en permettant de prendre en compte et d'étudier la diversité des mécanismes s'avérant impliqués dans les troubles de l'*insight*.

Approches métacognitives

À la suite de ces avancées, des travaux récents sur la cognition sociale ont exploré de nouvelles voies de recherche et ont proposé d'étudier les déficits de la conscience des troubles dans la schizophrénie à travers les modèles métacognitifs et de la théorie de l'esprit. La théorie de l'esprit qui a été plus particulièrement étudiée dans l'autisme [4] correspond à la possibilité pour un sujet d'attribuer à autrui des intentions et des pensées différentes des siennes ainsi que de se représenter et reconnaître ses propres actions et intentions. Les deux concepts de métacognition et de théorie de l'esprit demeurent très proches, les théories métacognitives étant la partie des théories de l'esprit qui se concentre sur les aspects cognitifs de l'esprit [11]. En ce qui concerne les troubles schizophréniques, il est actuellement admis que les déficits des processus métacognitifs seraient centraux dans l'explication de la symptomatologie positive et négative [11] et que les patients schizophrènes

présenteraient des déficits importants en ce qui concerne les capacités liées à la théorie de l'esprit [6]. Ils rendraient compte de la difficulté pour les patients schizophrènes de reconnaître qu'ils sont agents de leurs propres actions et de leurs productions mentales comme dans le cas des hallucinations. En outre, le fait que de nombreuses études montrent une corrélation entre troubles de l'*insight* et fonctions exécutives (mesurées par le WCST) et le fait que la métacognition soit un concept apparenté à celui des fonctions exécutives [9] ne fait que renforcer cette hypothèse. En 1997, Startup [28] a publié la première étude étudiant les liens entre les processus métacognitifs et l'*insight* parmi un échantillon de patients affectés de schizophrénie. Il a proposé à des patients qui présentaient des troubles sévères de la conscience de leur maladie, des vignettes cliniques illustrant différents symptômes de la schizophrénie. Le groupe des patients comparés au groupe témoin et au groupe de professionnels de la santé présentait d'aussi bons résultats à discriminer les pensées et les comportements anormaux. Ainsi, ils étaient tout à fait capables de reconnaître chez les autres ce qu'ils ne pouvaient reconnaître de pathologique en eux du fait de leurs processus métacognitifs altérés. Quelques autres études ont été publiées sur le lien entre métacognition et *insight* [13,18] et montrent des corrélations significatives entre déficits des processus métacognitifs et mauvaise conscience des troubles dans la schizophrénie. Koren et al. [13] ont ainsi montré que dans les processus métacognitifs en jeu dans le WCST s'expliquaient mieux les troubles de l'*insight* chez les patients schizophrènes que les scores mesurés classiquement par ce test, comme le pourcentage d'erreurs persévératives ou le nombre de catégories complétées.

Néanmoins, ces études demandent à être reproduites du fait notamment, de méthodes et protocoles expérimentaux parfois très divers.

Conclusion

Il semble admis que l'absence de conscience des troubles dans la schizophrénie ne puisse pas être uniquement interprétée comme la mise en place d'un ou plusieurs mécanismes de défense psychologiques. Les travaux récents qui ont mis en relation les troubles de l'*insight* avec un dysfonctionnement cérébral à travers des déficits du fonctionnement exécutif, apparaissent les plus constants dans la littérature internationale mais présentent encore de trop, de nombreux biais méthodologiques. Ces derniers qui ne conduisent pas à une homogénéité des résultats reposent principalement sur la diversité des outils neuropsychologiques et des méthodes de neuro-imagerie envisagés d'une étude à l'autre. De plus, limiter les troubles de l'*insight* à une anomalie cérébrale apparaît comme trop réducteur et surtout ne nous renseigne pas sur les mécanismes précis qui sont en jeu et qui pourraient ainsi être la cible d'intervention spécifique, psychologique et/ou pharmacologique.

Dans le cadre des nouvelles approches thérapeutiques comme la remédiation cognitive par exemple, de futures recherches qui privilégieraient l'utilisation d'outils d'évaluation neuropsychologiques plus purs en terme d'indépendance des processus impliqués et basées sur des

modèles cognitifs validés comme celui de Miyake, permettraient de préciser quel(s) processus exécutif(s) influençant la conscience des troubles dans la schizophrénie pourrai(en)t constituer une cible thérapeutique de revalidation cognitive.

De même, si les déficits exécutifs semblent pouvoir expliquer en partie la non-conscience des troubles dans la schizophrénie, les études sur leurs interactions—régulations avec les émotions et le self semblent des pistes de recherche prometteuses. À l'heure actuelle aucune étude n'a étudié les biais attentionnels et cognitifs qui pourraient être impliqués dans le phénomène de l'*insight* en prenant en compte leurs interactions avec les concepts de self et d'émotion. Il s'avère depuis le début de la description de la schizophrénie que les troubles de la continuité du self semblent être au coeur de cette pathologie. Cette difficulté pour les patients schizophrènes à intégrer les événements qu'ils vivent (via le système exécutif) en assurant une continuité de leur self est à la base de travaux récents, notamment sur la mémoire autobiographique [7] et semblent constituer des voies prometteuses de recherche dans l'étude des troubles de l'*insight*.

Si aucun mécanisme unique ne semble pouvoir permettre d'expliquer un phénomène certainement d'origine étiologique multiple, constituant une expérience unique pour chaque patient, il apparaît qu'une approche intégrative semble à privilégier pour permettre de préciser un phénomène essentiel de la pathologie schizophrénique, encore mal connu après des années de recherche.

Références

- [1] Amador XF, Strauss DH. The scale to assess unawareness of mental disorder. New York: Columbia University and New York Psychiatric Institute; 1990.
- [2] Amador XF, Strauss DH, Yale SA, et al. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993;150:873–9.
- [3] Babinski J. Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémisphères organique cerebral (anosognosie). *Rev Neurol* 1914;27:365–7.
- [4] Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition* 1985;21:37–46.
- [5] Beck AT, Baruch E, Balter JM, et al. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* 2004;68:319–29.
- [6] Brune M. "Theory of mind" in schizophrénia: a review of the literature. *Schizophr Bull* 2005;31:21–42.
- [7] Danion JM, Cuervo C, Piolino P, et al. Conscious recollection in autobiographical memory: an investigation in schizophrénia. *Conscious Cogn* 2005;14(3):535–47.
- [8] David A, Van Os J, Jones P, et al. Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *Br J Psychiatry* 1995;167:621–8.
- [9] Fernandez-Duque D, Thornton IM. Change detection without awareness: do explicit reports underestimate the representation of change in the visual system? *Vis Cogn* 2000;7:324–44.
- [10] Folkman S, Lazarus RS. Ways of coping questionnaire manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1988.
- [11] Frith CD. The cognitive neuropsychology of schizophrénia. Erlbaum: Hove; 1992.
- [12] Kim CH, Jayatilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrénia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res* 2003;60:71–80.
- [13] Koren D, Seidman LJ, Poyurovsky M, et al. The neuropsychological basis of insight in first-episode schizophrénia: a pilot metacognitive study. *Schizophr Res* 2004;70:195–202.
- [14] Langevin P, Le Gall D. L'anosognosie secondaire à une atteinte frontale. In: Van der Linden M, Seron X, Le Gall D, et al., editors. Neuropsychologie des lobes frontaux. Marseille: Solal; 2001. p. 289–307.
- [15] Laroi F, Fannemel M, Ronneberg U, et al. Unawareness of illness in chronic schizophrénia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Res* 2000;100:49–58.
- [16] Lee KH, Brown WH, Egleston PN, et al. A functional magnetic resonance imaging study of social cognition in schizophrénia during an acute episode and after recovery. *Am J Psychiatry* 2006;163(11):1926–33.
- [17] Lysaker PH, Bryson GJ, Lancaster RS, et al. Insight in schizophrénia: associations with executive function and coping style. *Schizophr Res* 2003;59:41–7.
- [18] Lysaker PH, Carcione A, Dimaggio G, et al. Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrénia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:64–71.
- [19] Marks KA, Fastenau PS, Lysaker PH, et al. Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrénia. *Schizophr Res* 2000;45:203–11.
- [20] Meulemans T, Collette F, Van der Linden M. Neuropsychologie des fonctions exécutives. Marseille: Solal; 2004.
- [21] Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrénia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003;61:75–88.
- [22] Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, et al. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cognit Psychol* 2000;41:49–100.
- [23] Morgan KD, Dazzan P, Suckling J, et al. Neuroanatomic correlates of poor insight: the aesop first-onset psychosis study. Presented at the biennial winter workshop on schizophrénia, Davos, Switzerland, 2002.
- [24] Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci* 2005 May;9(5):242–9. Review.
- [25] Rickelman BL. Anosognosia in individuals with schizophrénia: toward recovery of insight. *Issues Ment Health Nurs* 2004;25:227–42.
- [26] Shad MU, Muddasani S, Keshavan MS. Prefrontal subregions and dimensions of insight in first-episode schizophrénia—a pilot study. *Psychiatry Res* 2006;146:35–42.
- [27] Skinner EA, Edge K, Altman J, et al. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol Bull* 2003;129:216–69.
- [28] Startup M. Awareness of own and others' schizophrénic illness. *Schizophr Res* 1997;26:203–11.
- [29] Subotnik KL, Nuechterlein KH, Irzhevsky V, et al. Is unawareness of psychotic disorder a neurocognitive or psychological defensiveness problem? *Schizophr Res* 2005;75:147–57.
- [30] Takai A, Uematsu M, Ueki H, et al. Insight and its related factors in chronic schizophrénic patients: a preliminary study. *Eur J Psychiatry* 1992;6:159–70.
- [31] Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Arch Gen Psychiatry* 1971;24:107–18.
- [32] Wahl OF, Harman CR. Family views of stigma. *Schizophr Bull* 1989;15:131–4.