

[4] Torrey EF, Yolken RH. The schizophrenia-rheumatoid arthritis connection: infectious, immune, or both? *Brain Behav Immun* 2001;15(4):401–10.

[5] Torrey EF, Yolken RH. *Toxoplasma gondii* and schizophrenia. *Emerg Infect Dis* 2003;9(11):1375–80.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.055>

S28C

### Auto-immunité et troubles psychotiques : les auto-anticorps anti-NMDA

J. Honnorat

Hôpital neurologique, 69500 Bron, France

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.056>

## Posters

P14

### Impact de l'évaluation de la métacognition « on line » sur les performances cognitives auprès d'une population non clinique

C. Quilès<sup>a</sup>, A. Prouteau<sup>b</sup>, H. Verdoux<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Inserm, U657, pôle universitaire de psychiatrie adulte, centre hospitalier Charles-Perrens, université de Bordeaux, 33000 Bordeaux, France

<sup>b</sup> EA 4139, laboratoire de psychologie santé et qualité de la vie, université de Bordeaux, 33000 Bordeaux, France

**Mots clés :** Métacognition ; Test neuropsychologique ; Performance cognitive

**Contexte.**– La métacognition se définit comme la surveillance et le contrôle de ses propres processus cognitifs [1,3] au cours de la tâche cognitive, « on line ».

**Objectif.**– Évaluation de l'impact de la mesure de la métacognition « on line » sur les performances cognitives auprès d'une population non clinique.

**Méthode.**– Les participants ont été recrutés parmi les donneurs de plaquettes de l'Établissement français du sang de Bordeaux, France. Les critères d'exclusion étaient les antécédents de trouble psychiatrique sévère évalués par le Mini International Neuropsychiatric Interview, l'abus d'alcool ou de substance et la prise régulière de psychotropes. Un premier groupe ( $n=20$ ) a passé la version standard de tests évaluant les fonctions exécutives (Modified Card Sorting Test), la mémoire épisodique (Rappel Libre Rappel Indicé 16 ou RLRI16), la mémoire de travail (Mémoire des chiffres Weschler Adult Intelligence Scale III), la cognition sociale (Facial Test). Un deuxième groupe ( $n=50$ ) a passé la version métacognitive de ces mêmes tests, consistant en l'ajout après chaque item du test neuropsychologique d'une question de confiance en sa réponse et d'une question de validation de sa réponse [2,4]. Les caractéristiques démographiques et les performances neuropsychologiques des deux groupes ont été comparées.

**Résultats.**– Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes concernant les caractéristiques démographiques. Le groupe ayant passé la version métacognitive présentait de meilleurs résultats que le groupe standard au test de mémoire des chiffres ( $t=2,12$ ,  $ddl=68$ ,  $p=0,04$ ), mais des résultats moindres au RLRI16 (2<sup>e</sup> rappel libre  $t=-2,50$ ,  $ddl=68$ ,  $p=0,01$  ; 3<sup>e</sup> rappel libre  $t=-3,52$ ,  $ddl=68$ ,  $p=0,0008$ ).

**Conclusion.**– L'évaluation de la métacognition « on line » améliore les performances en mémoire de travail en forçant la concentration

sur la tâche. Elle altère les performances en mémoire épisodique, en agissant comme un distracteur. Il paraît essentiel de prendre en compte ces effets dans les programmes de remédiation cognitive.

**Références**

[1] Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry. *Am Psychol* 1979;34(10):906–11.

[2] Koriat A, Goldsmith M. Monitoring and control processes in the strategic regulation of memory accuracy. *Psychol Rev* 1996;103(3):490–517.

[3] Nelson TO, Narens L. Why investigate metacognition? In: Press M, editor. *Metacognition: knowing about knowing*. Cambridge: Metcalfe J, Shimamura AP; 1994.

[4] Quiles C, Prouteau A, Verdoux H. Caractéristiques et impact des déficits métacognitifs dans la schizophrénie. *Revue de la littérature. Encephale* 2013;39(2):123–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.057>

P15

### Dynamique des modifications d'activités cérébrales au cours d'une thérapie cognitive et comportementale dans le trouble obsessionnel compulsif : étude en IRMf avec une tâche personnalisée de provocation de symptômes

M. Morgieva<sup>a</sup>, K. N'Diaye<sup>a</sup>, W.I.A. Haynes<sup>a</sup>,

B. Granger<sup>b</sup>, A.-H. Claire<sup>a</sup>, A. Pelissolo<sup>c</sup>, L. Mallet<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Équipe Behaviour, Emotion, and Basal Ganglia, CNRS UMR 7225, Inserm UMRS 975, université Pierre-et-Marie-Curie (UPMC), I'ICM (Brain & Spine Institute), CHU Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris, France

<sup>b</sup> Département de Santé Publique, de Biostatistiques et d'Information Médicale (bioSPIM) (BG), CHU Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris, France

<sup>c</sup> Département de psychiatrie, CHU Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris, France

**Mots clés :** Trouble obsessionnel compulsif ; Thérapie cognitive et comportementale ; Neuro-imagerie

**Contexte.**– La thérapie cognitive et comportementale (TCC) est un traitement efficace pour soigner le trouble obsessionnel compulsif (TOC). Elle est connue pour induire des changements dans le métabolisme cérébral, mais la dynamique de ces changements et leur relation avec l'évolution clinique restent encore largement inconnues. Leur caractérisation représente une étape cruciale vers l'identification de biomarqueurs individualisés de réponse au traitement.

**Méthode.**– Nous avons procédé à l'évaluation clinique et à l'examen en IRMf de 35 patients atteints de TOC avant une TCC, à mi-thérapie (1,5 mois), à la fin (3 mois), ainsi que 6 mois après la fin de la thérapie. Pendant les examens en IRMf, nous avons utilisé une tâche originale d'exposition aux symptômes en utilisant trois types d'images : des images neutres, des images génériques induisant des obsessions et des images personnalisées induisant des obsessions.

**Résultats.**– La TCC a entraîné une amélioration significative des symptômes obsessionnels compulsifs. La réponse à mi-thérapie s'est avérée être prédictive de l'amélioration finale ( $r^2=0,67$ ,  $p<0,001$ ). Initialement, les patients étaient plus sensibles aux images personnalisées qu'aux images génériques et neutres, ce en proportion avec de plus fortes activations dans le cortex cingulaire antérieur, le cortex orbitofrontal et pariétal. Dans le groupe de patients hauts-répondeurs ( $\Delta YBOCS > 45\%$ ), la sensibilité a été réduite à l'issue de la thérapie pour les images génériques et encore plus pour les images personnalisées. L'amélioration clinique a été associée avec une baisse de l'activité dans le cortex cingulaire antérieur et dans le cortex orbitofrontal gauche.

**Conclusion.**– L'utilisation d'une tâche d'exposition novatrice et hautement sensible en IRMf montre que les symptômes et les marqueurs métaboliques ont des évolutions parallèles au cours de la TCC. Nos résultats, qui suggèrent que les premières séances de TCC sont cruciales, nous incitent à étudier les modifications anatomofonctionnelles qui sous-tendent les premières étapes de la thérapie.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.058>

P16

### Decreased self-face recognition: A new evidence of body image disturbances in anorexia nervosa

F. Hirot, D. Guardia, M. Lesage, P. Thomas,  
O. Cottencin  
CHRU de Lille, 59000 Lille, France

**Keywords:** Self-recognition; Face perception; Eating disorder; Self-awareness

**Objective.**– Body image disturbances are core symptoms of Anorexia Nervosa (AN). This study investigated self-face recognition in cases of AN, and the influence of others factors associated with AN, such as massive weight loss.

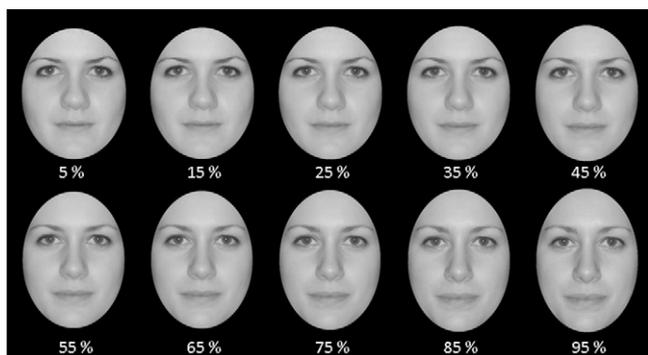
**Method.**– Fifteen anorexic female patients and 15 matched Healthy Controls (HC) performed a self-face recognition task. Participants viewed digital morphs between their own face and a gender-matched, unfamiliar other face presented in a random sequence (Fig. 1). For each stimulus, subjects were asked if they recognized their own face, and respond by selectively pressing a button on a computer. Participants' self-face recognition failures, cognitive flexibility, body concerns and eating habits were assessed, respectively, with the Self-Face Recognition Questionnaire (SFRQ), the Trail Marking Task (TMT), the Body Shape Questionnaire (BSQ) and the Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2).

**Results.**– Anorexic patients showed a significantly greater difficulty than healthy control in identifying their own face ( $P=0.028$ , Fig. 2). No significant difference was observed between the two groups for TMT (all  $P>0.1$ ). However, analysis did not reveal significant correlations between behavioral data and the EDI-2 or BSQ (all  $P>0.1$ ). A correlation analysis revealed a significant, negative correlation with BMI ( $P<0.001$ ) and the SFRQ "self-face recognition" subscale ( $P=0.015$ ).

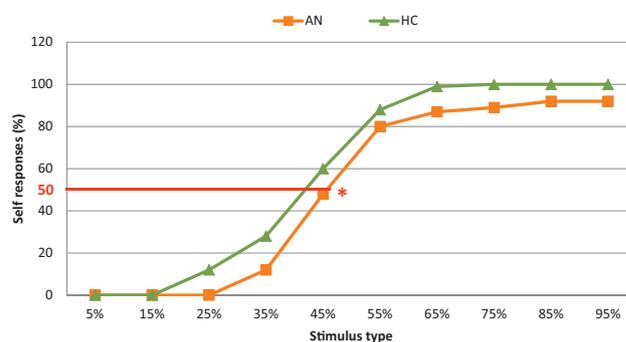
**Discussion.**– We observed a decrease in self-face recognition, correlated with BMI, suggesting this disturbance could be linked to massive weight loss. It thus supports the theory of a lack of ability to update body image by the central nervous system, underlying self-images distortion in AN patients.

**Further reading**

Eshkevari E, Rieger E, Longo MR, Haggard P, Treasure J. Increased plasticity of the bodily self in eating disorders. *Psychol Med* 2012;42:819–28.



**Fig. 1.** Examples of stimulus. For each subject, a photograph of an unfamiliar face was digitally morphed into a photograph of the subject's face in 10% increments.



**Fig. 2.** Self response rates per stimulus ranked in increasing order of familiarity (other to self) in both groups.

Grunwald M, Ettrich C, Krause W, Assmann B, Dähne A, Weiss T, et al. Haptic perception in anorexia nervosa before and after weight gain. *J Clin Exp Neuropsychol* 2001;23:520–9.

Sachdev P, Mondraty N, Wen W, Gulliford K. Brains of anorexia nervosa patients process self-images differently from non-self-images: an fMRI study. *Neuropsychologia* 2008;46:2161–8.

Vocks S, Busch M, Grönemeyer D, Schulte D, Herpertz S, Suchan B. Neural correlates of viewing photographs of one's own body and another woman's body in anorexia and bulimia nervosa: an fMRI study. *J Psychiatry Neurosci* 2010;35:163–76.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.059>

P17

### Pertinence d'un groupe d'affirmation de soi pour des personnes porteuses d'une délétion 22q11.2

I. Seguin<sup>a</sup>, C. Rigard<sup>a</sup>, C. Demily<sup>a</sup>, D'Amato<sup>b</sup>

<sup>a</sup> UDEIP, centre hospitalier Le Vinatier, 69500 Bron, France

<sup>b</sup> Pôle Est, centre hospitalier Le Vinatier, 69500 Bron, France

**Mots clés :** Affirmation de soi ; Délétion 22q11.2 ; Habilités sociales

L'affirmation de soi fait partie des techniques d'orientation cognitivo-comportementale visant à développer les aptitudes nécessaires pour communiquer de façon adaptée, en tenant compte des codes sociaux consensuels. Elle permet de prévaloir ses droits comme : savoir dire NON, prendre des décisions et gérer leurs conséquences. Cette technique a fait ses preuves auprès de personnes dépressives ou anxieuses, ayant un déficit de l'affirmation de soi et auprès de personnes psychotiques [1] présentant des difficultés à se mettre à la place de l'autre, ce qui entraîne des interprétations erronées et un évitement relationnel. La microdélétion 22q11.2 est une affection cytogénétique. Les troubles du comportement font partie des manifestations les plus fréquentes. Les personnes porteuses de la microdélétion peuvent rencontrer des difficultés pour communiquer avec les autres. Des troubles psychiatriques et de la cognition sociale [3] sont également documentés. D'après Jalbrzikowski et al. [2], ces derniers sont un puissant prédicteur de l'apparition de symptômes positifs. Face à ce constat-là, aider ces personnes à développer leurs compétences relationnelles, pour améliorer leur qualité de vie ou prévenir l'apparition de troubles psychiatriques, nous semble pertinent. Nous avons travaillé à l'adaptation d'un groupe d'affirmation de soi pour les personnes présentant une délétion 22q11.2. Nous animons un groupe hebdomadaire d'affirmation de soi pour cinq jeunes femmes. Les premières séances privilégient la définition des objectifs de chacune et une introduction aux habiletés conversationnelles. Les séances suivantes sont centrées sur la résolution de problèmes interpersonnels, avec jeux de rôles encadrés sur des situations apportées par les participantes. Entre chaque séance, des tâches à domicile sont données. Au-delà des améliorations