

État mental et comportement

Une écoute empathique et une observation fine donnent un aperçu exceptionnel sur les idées, les inquiétudes et les habitudes du patient. Cependant, les cliniciens passent souvent à côté des signes de maladie mentale et des comportements anormaux des patients. La prévalence des troubles mentaux est de 30 % dans la population des États-Unis, mais seulement environ 20 % des sujets affectés reçoivent un traitement. De plus, pour les patients qui sont pris en charge en soins primaires, il semble que le traitement ne soit conforme aux recommandations que dans moins de 50 % des cas.

Fréquemment des patients ont plus d'un trouble mental, avec des symptômes qui simulent des maladies organiques. Il est conseillé aux cliniciens de rechercher une dépression ou une anxiété chez les patients toxicomanes, et un abus de substances chez les patients déprimés ou anxieux. Les « patients difficiles » sont souvent des patients qui ont plusieurs symptômes inexplicables et des affections psychiatriques sous-jacentes accessibles à un traitement. Sans progrès dans les « doubles diagnostics », la santé, le fonctionnement et la qualité de vie des patients sont menacés.

TROUBLES MENTAUX ET SYMPTÔMES INEXPLIQUÉS EN SOINS PRIMAIRES

Troubles mentaux en soins primaires

- ✓ Environ 20 % des patients externes vus en soins primaires ont des troubles mentaux, mais 50 à 75 % de ces troubles ne sont ni diagnostiqués ni traités.

(suite)

- ✓ En soins primaires, les troubles mentaux ont une prévalence approximative de :
 - anxiété : 20 % ;
 - troubles de l’humeur (dysthymie, troubles dépressifs et bipolaires) : 25 % ;
 - dépression : 10 % ;
 - troubles somatoformes : 10 à 15 % ;
 - abus d’alcool et de substances : 15 à 20 %.

Symptômes expliqués et inexpliqués

- ✓ Les symptômes physiques rendent compte d’environ la moitié des consultations dans un cabinet médical.
- ✓ Approximativement un tiers des symptômes physiques sont inexpliqués. Chez 20 à 25 % des patients, les symptômes physiques deviennent chroniques ou récidivants.
- ✓ Chez les patients qui présentent des *symptômes médicalement inexpliqués*, la prévalence de la dépression et de l’anxiété dépasse 50 % et elle augmente avec le nombre de symptômes physiques rapportés, ce qui fait de leur détection et du « double diagnostic » des objectifs cliniques importants.

Source : Anseau M, Dierick M, Buntinx F *et al.* High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004 ; 78 (1) : 49-55 ; Kroenke K. The interface between physical and psychological symptoms. *Primary Care Companion. J Clin Psychiatry* 2003 ; 5 (Suppl 7) : 11-8 ; Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints : epidemiology, psychiatric comorbidity, and management. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003 ; 12 (1) : 34-43 ; Kroenke K, Sharpe M, Sykes R. Revising the classification of somatoform disorders : key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics* 2007 ; 48 (4) : 277-85 ; Kroenke K, Spitzer RL, deGruy *et al.* A symptom checklist for screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics* 1998 ; 39 (3) : 263-72 ; Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW *et al.* Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD—the PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999 ; 282 (18) : 1737-44 ; Staab JP, Datto CJ, Weinreig RM *et al.* Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings. *Med Clin N Am* 2001 ; 85 (3) : 579-96.

Des affections inexpliquées durant plus de 6 semaines sont de plus en plus souvent reconnues comme des pathologies chroniques qui doivent susciter un dépistage de la dépression et/ou de l’anxiété. Les experts recommandent des questions de dépistage à sensibilité et spécificité élevées pour les patients à risque, suivies d’une exploration plus approfondie si c’est indiqué. Plusieurs groupes de patients justifient un dépistage bref parce qu’ils ont des taux élevés de dépression et d’anxiété associées.

IDENTIFIANTS DU PATIENT POUR LE DÉPISTAGE DES TROUBLES MENTAUX

- ✓ Symptômes physiques médicalement inexpliqués. Plus de la moitié va de pair avec des troubles dépressifs ou anxieux.
- ✓ Symptômes physiques ou somatiques multiples (patient « poly-symptomatique »).
- ✓ Grande sévérité des symptômes somatiques.
- ✓ Douleur chronique.
- ✓ Symptômes durant plus de 6 semaines.
- ✓ Rencontre jugée « difficile » par le praticien.
- ✓ Stress récent.
- ✓ Dépréciation de la santé.
- ✓ Recours fréquent aux services de santé.
- ✓ Abus de substances.

Source : Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints : epidemiology, psychiatric comorbidity, and management. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003 ; 12 (1) : 34-43 ; Kroenke K. The interface between physical and psychological symptoms. *Primary Care Companion. J Clin Psychiatry* 2003 ; 5 (Suppl 7) : 11-8.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Symptômes banals ou inquiétants

- Modifications de l'attention, de l'humeur ou de la parole.
- Modifications de la compréhension intuitive (*insight*), du jugement, de l'orientation ou de la mémoire.
- Anxiété, panique, comportements ritualistes et phobies.
- Délire ou démence.

Votre évaluation de l'état mental débute avec les premiers mots de l'entrevue. Tout en recueillant les antécédents du patient, vous apprécierez rapidement son niveau de *vigilance* et d'*orientation*, son *humeur*, son *attention* et sa *mémoire*. Vous aurez des indications sur sa *compréhension intuitive (insight)* et son *jugement*, ainsi que sur ses *pensées et perceptions inhabituelles ou récurrentes*.

De nombreux termes utilisés pour décrire l'examen de l'état mental appartiennent au langage courant. Prenez le temps d'apprendre leur signification exacte dans le cadre de l'évaluation de l'état mental.

TERMINOLOGIE : L'EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL

Niveau de conscience Vigilance ou état de perception de l'environnement.

Attention Capacité à se concentrer un certain temps sur une tâche ou une activité.

Mémoire Processus d'enregistrement et de stockage de l'information. La *mémoire récente* ou à *court terme* porte sur des minutes, des heures ou des jours ; la *mémoire lointaine* ou à *long terme* porte sur des années.

Orientation Connaissance de son identité, du temps et du lieu ; nécessite mémoire et attention.

Perceptions Expérience sensible des objets de l'environnement et de leurs interrelations ; désigne aussi des stimuli internes (par exemple : les rêves et les hallucinations).

Processus de la pensée La logique, la cohérence et la pertinence des pensées du patient, ou *comment* les gens pensent.

Contenu de la pensée Ce que les gens pensent. Inclut la compréhension intuitive et le jugement.

(suite)

<i>Compréhension intuitive (insight)</i>	Conscience que des symptômes ou des troubles du comportement sont normaux ou anormaux.
<i>Jugement</i>	Processus de comparaison et d'évaluation des alternatives ; reflète des valeurs qui peuvent être fondées ou non sur la réalité et les conventions sociales ou normes.
<i>Affect</i>	Une tonalité émotionnelle, observable, habituellement transitoire, qui s'exprime par la voix, la mimique et le comportement.
<i>Humeur</i>	Un état émotionnel plus durable, qui colore la vision du monde qu'a une personne (l'humeur est à l'affect ce que le climat est au temps).
<i>Langage</i>	Un système symbolique complexe d'expression, de réception et de compréhension des mots ; essentiel pour évaluer les autres fonctions mentales.
<i>Fonctions cognitives supérieures</i>	Évaluées par le vocabulaire, le fonds de connaissances, la pensée abstraite, le calcul, la construction d'objets à deux ou trois dimensions.

Évaluez le *niveau de conscience*, l'*aspect général* et l'*humeur*, la *capacité à faire attention*, le *souvenir*, *comprendre* et *parler*.

Appréciez les réactions du patient à la maladie et aux circonstances de la vie, qui vous renseignent souvent sur sa *compréhension intuitive* et son *jugement*. Testez son *orientation* et sa *mémoire*.

Voir tableau 5-2 : « Troubles de l'humeur », p. 105-106

Explorez les pensées, préoccupations, croyances ou perceptions inhabituelles, qui se manifestent au cours de l'entrevue.

Tous les patients qui ont des lésions cérébrales suspectées ou démontrées, des troubles psychiatriques, ou chez lesquels des membres de la famille rapportent des troubles du comportement nouveaux ou vagues, justifient une évaluation complémentaire.

Voir tableau 5-3 : « Troubles anxieux », p. 107-108, et tableau 5-4 : « Troubles psychotiques sélectionnés », p. 109

Voir tableau 20-1 : « Délire et démence », p. 495-496

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Dépistage de la dépression et de la tendance suicidaire.
- Dépistage de l'abus d'alcool ou de substances.

Dépression. Aux États-Unis, la prévalence de la *dépression majeure*, remplissant les critères d'un diagnostic formel, est d'environ 16 % sur la durée d'une vie, et d'environ 6 % sur une année. Les médecins généralistes passent à côté d'une dépression majeure chez près de 50 % des patients atteints, souvent par méconnaissance des signes précoces que sont la *faible estime de soi*, l'*anhédonie* (ou manque de plaisir dans les activités de la vie quotidienne), les *troubles du sommeil*, et les *difficultés à se concentrer et à prendre des décisions*. La méconnaissance du diagnostic de dépression peut avoir des conséquences fatales : les taux de suicide chez les patients

ayant une dépression majeure sont huit fois plus élevés que dans la population générale. Demandez : « Au cours des semaines écoulées, vous êtes-vous senti à plat, déprimé ou désespéré ? », et « Au cours des deux semaines écoulées, avez-vous pris peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ? »

Suicide. Les taux de suicide les plus élevés se voient chez les hommes de plus de 85 ans et ils sont en augmentation chez les adolescents et les adultes jeunes. Plus de la moitié des patients qui sont passés à l'acte ont consulté leur médecin le mois précédent. Plus de 90 % des gens décédés avaient une dépression ou d'autres troubles mentaux ou étaient toxicomanes. Les facteurs de risque comprennent les idées, intentions ou projets de suicide ou d'homicide, l'accès à des moyens de suicide, des symptômes actuels de psychose ou d'anxiété grave, tout antécédent de maladie psychiatrique (notamment avec hospitalisation), la toxicomanie, les troubles de la personnalité, et les antécédents personnels ou familiaux de suicide. Les patients ayant de tels facteurs de risque doivent être immédiatement adressés en psychiatrie et, éventuellement, hospitalisés.

Abus d'alcool et de substances. Les interactions et la co-occurrence de l'abus d'alcool/de substances et des troubles mentaux et du suicide sont étendues. L'alcool, le tabac et les drogues illégales sont responsables de plus de maladies, de décès, et d'invalidités que toute autre affection évitable. Aux États-Unis, sur la durée d'une vie, les prévalences de la consommation d'alcool et de drogues sont de 13 % et 3 %, respectivement. D'après des études américaines récentes, 8 % des sujets de 12 ans et plus, soit 19 millions de personnes, rapportent avoir consommé des drogues illégales au cours du mois écoulé. On estime que 3 % d'entre elles abusent ou sont dépendantes de ces drogues ; il s'agit de la marijuana (ou cannabis) dans 60 % des cas. Étant donné que le dépistage de la consommation d'alcool et de drogues fait partie de l'anamnèse de tous les patients, les renseignements sur ce dépistage se trouvent au chapitre 3 : « Entrevue et antécédents ».

TECHNIQUES D'EXAMEN

Points importants de l'examen

- Aspect et comportement.
- Parole et langage.
- Humeur.
- Pensées et perceptions.
- Fonctions cognitives, à savoir mémoire, attention, connaissances et vocabulaire, calcul, pensée abstraite, et capacité de construction.

Observez l'état mental du patient tout au long de votre échange. **Testez** des fonctions particulières si c'est indiqué, au cours de l'interrogatoire et de l'examen physique.

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

ASPECT ET COMPORTEMENT

Évaluez les points suivants :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>niveau de conscience</i>. Observez la vigilance et la réactivité à des stimuli verbaux ou tactiles | <p>Conscience normale, léthargie, obnubilation, coma (voir p. 389-390)</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>posture et comportement moteur</i>. Observez la vitesse, l'amplitude, le caractère et l'adaptation des mouvements | <p>Agitation, attitudes bizarres, immobilité, mouvements involontaires</p> |

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

- *habillement, toilette et hygiène personnelle*
- *mimiques. Appréciez-les au repos et dans l'échange*
- *manières, affect, et relations avec les gens et les objets*

Méticulosité exagérée, négligence

Anxiété, dépression, exaltation, colère, réactions à des personnes ou à des objets imaginaires, retrait

PAROLE ET LANGAGE

Notez l'abondance, le débit, la force, la clarté et la fluidité de la parole. Si c'est indiqué, étudiez une aphasie.

Aphasie, dysphonie, dysarthrie, modifications dans les troubles de l'humeur

Tester l'aphasie

Compréhension des mots	Demandez au patient d'exécuter un ordre simple, tel que : « Montrez-moi votre nez ? » Essayez une double commande : « Montrez-moi votre bouche puis votre genou ? »
Répétition	Demandez au patient de répéter une phrase de mots monosyllabiques (ce qui est le plus difficile en matière de répétition) : « Pas de si, de et, ni de mais »
Dénomination	Demandez au patient de nommer les différentes parties d'une montre
Compréhension de la lecture	Demandez au patient de lire un paragraphe à voix haute
Écriture	Demandez au patient d'écrire une phrase

HUMEUR

Posez des questions sur l'état d'esprit du patient. Notez la nature, l'intensité, la durée et la stabilité de toute humeur anormale. Si c'est indiqué, évaluez le risque de suicide.

Contentement, exaltation, dépression, anxiété, colère, indifférence

PENSÉE ET PERCEPTIONS

Processus de la pensée. Évaluez la logique, la pertinence, l'organisation et la cohérence de la pensée.

« Dérapages », fuite des idées, incohérence, fabulation, blocage

Contenu de la pensée. Posez des questions sur et explorez les pensées inhabituelles ou désagréables.

Obsessions, compulsions, délires, impressions d'irréalité

Perceptions. Recherchez des perceptions inhabituelles (par exemple : voir ou entendre des choses).

Illusions, hallucinations

Compréhension intuitive et jugement. Appréciez la compréhension de la maladie et le niveau de jugement servant à prendre des décisions ou à faire des projets.

Reconnaissance ou déni de la maladie causant les symptômes ; jugement bizarre, impulsif ou irréaliste

FONCTIONS COGNITIVES

Si c'est indiqué, évaluez :

L'orientation dans le temps, l'espace et la personne.

L'attention :

- *suite de chiffres* : capacité à répéter une série de nombres « à l'endroit » et « à l'envers »
- *série de 7* : capacité à soustraire des 7, de façon répétée, en partant de 100
- *épeler à l'envers* un mot de cinq lettres, tel que M-O-N-D-E

La mémoire lointaine (par exemple : dates d'anniversaire, numéro de Sécurité sociale, écoles, emplois, guerres).

La mémoire récente (par exemple : événements du jour).

La capacité d'apprentissage : capacité à répéter trois ou quatre mots après quelques minutes d'une activité sans rapport.

Désorientation

Une mauvaise performance à ces tests est fréquente dans la démence et le délire, mais peut avoir d'autres causes

Altérée aux stades tardifs de la démence

Mémoire récente et capacité de retenir des choses nouvelles altérées dans la démence, le délire et les troubles mnésiques

FONCTIONS COGNITIVES SUPÉRIEURES

Si c'est indiqué, évaluez :

Les connaissances et le vocabulaire. Notez l'étendue et la précision des connaissances du patient, la complexité des idées qu'il exprime et le vocabulaire qu'il utilise. Pour le bagage intellectuel, vous pouvez aussi demander des noms de présidents, d'hommes politiques ou de grandes villes.

Les capacités de calcul, telles que l'addition, la soustraction et la multiplication.

Le raisonnement abstrait : capacité à répondre à des questions portant sur :

- la signification de *proverbes*, comme « tout vient à point à qui sait attendre »
- les *analogies* entre des êtres ou des objets, comme un chat et une souris ou un piano et un violon

La capacité de construction.

Demandez au patient de :

- copier des figures, telles qu'un cercle, une croix, un losange ou un cube, ou deux pentagones qui se recoupent

Ces attributs reflètent l'intelligence, l'instruction et le fonds culturel. Ils sont limités par un retard mental, mais assez bien conservés dans la démence au début

Mauvaise performance dans le retard mental et la démence

Des réponses concrètes (portant sur des détails observables plutôt que sur des concepts) sont fréquentes dans le retard mental, la démence et le délire. Les réponses sont parfois bizarres dans la schizophrénie

Capacité fréquemment altérée dans la démence et les lésions du lobe pariétal

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

- ou dessiner le cadran d'une montre, avec les chiffres des heures et les aiguilles

→ TECHNIQUES SPÉCIALES

Examen de l'état mental minimal (*Minimal Mental State Examination*, ou MMSE). Ce test rapide est utile pour dépister un dysfonctionnement cognitif ou une démence et pour suivre leur évolution. Voici quelques exemples de questions.

QUELQUES ITEMS DU MMSE

Orientation dans le temps

- ✓ « Quel jour sommes-nous ? »

Enregistrement

- ✓ « Écoutez attentivement, je vais prononcer trois mots. Vous devrez les répéter après moi. Prêt ? Voilà, ce sont...
- ✓ MAISON (pause), VOITURE (pause), LAC (pause). Maintenant répétez-les. » (Faites répéter ces mots jusqu'à 5 fois, mais ne cotez que le premier essai)

Dénomination

- ✓ « Qu'est-ce que c'est ? » (Désignez un crayon ou un stylo)

Lecture

- ✓ « S'il vous plaît, lisez ceci et faites ce qui est dit. » (Montrez les mots sur le formulaire)
- ✓ FERMEZ LES YEUX

Reproduit avec la permission de l'éditeur, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, tiré du *Mini-Mental State Examination*, de Marshal Folstein et Susan Folstein, copyright 1975, 1998, 2001, par Mini Mental LLC, Inc. Publié en 2001 par Psychological Assessment Resources, Inc. Toute autre reproduction est interdite sans l'autorisation de PAR, Inc.

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Consigner le comportement et l'état mental

« *État mental* : le patient est vigilant, soigné, de bonne humeur. Sa parole est fluide et ses mots distincts ; sa pensée est cohérente et sa compréhension bonne. Il est orienté dans le temps, l'espace et les personnes. Série de 7 juste ; mémoire récente et lointaine intactes. Calculs justes. »

Ou

« *État mental* : le patient semble triste et fatigué ; ses vêtements sont froissés. Il parle lentement, entre ses dents. Sa pensée est cohérente, mais il a une compréhension limitée de ses ennuis actuels. Il est orienté dans le temps, l'espace et les personnes. Suites de chiffres et série de 7 justes, mais délai de réponse. Le dessin de l'horloge est satisfaisant. »

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 5-1

Troubles somatoformes : types et approche

Recommandations pour la prise en charge des patients qui ont des symptômes médicalement inexpliqués

Aspects généraux

Montrez de l'empathie et de la compréhension pour les plaintes et les frustrations éprouvées par le patient (par exemple, expliquez-lui que des symptômes médicalement inexpliqués sont fréquents).

Développez une bonne relation patient-médecin ; essayez d'être le coordinateur des explorations diagnostiques et des soins.

Diagnostic

Explorez non seulement l'histoire des symptômes et des traitements antérieurs, mais aussi la perturbation, l'anxiété et les problèmes psychosociaux.

Utilisez des tests de dépistage et des autoquestionnaires comme outils de détection bon marché ; utilisez des agendas de symptômes pour préciser l'évolution et les facteurs qui influent sur les symptômes.

Si le patient présente un nouveau symptôme, examinez l'appareil concerné.

Montrez les résultats des explorations pour expliquer l'absence de pathologie organique et pour rassurer le patient sur l'absence de maladie grave.

Évitez les examens complémentaires et les interventions chirurgicales inutiles.



TABLEAU 5-1

Troubles somatoformes : types et approche (*suite*)

Traitement

Donnez des rendez-vous de consultation réguliers (par exemple, toutes les 4-6 semaines), surtout si le patient est un grand utilisateur du système de santé.

Expliquez que le traitement sert à « vivre avec », pas à guérir (quand une pathologie organique ne peut être découverte ou qu'elle n'explique pas l'intensité des symptômes).

Proposez des stratégies d'ajustement (« coping ») telles qu'une activité physique régulière, la relaxation, les loisirs.

Envoi au spécialiste

S'il est nécessaire d'adresser le patient à un spécialiste pour commencer une psychothérapie ou un traitement psychopharmacologique, préparez-le au traitement et rassurez-le sur le fait que vous resterez « son médecin ».

Source : Reif W, Martin A, Rauh E *et al.* Evaluation of general practitioners' training : how to manage patients with unexplained physical symptoms. *Psychosomatics* 2006 ; 47 (4) : 304-11.

TABLEAU 5-2

Troubles de l'humeur

Épisode dépressif majeur

Au moins cinq des symptômes énumérés ci-dessous (dont un des deux premiers) doivent être présents pendant 2 semaines d'affilée ; ils doivent représenter une modification de l'état antérieur de la personne.

- Humeur dépressive (possible irritabilité chez les enfants et les adolescents) la plus grande partie de la journée, presque chaque jour
- Intérêt ou plaisir nettement diminué pour presque toutes les activités, la plus grande partie de la journée, presque chaque jour
- Prise ou perte de poids significative (sans régime), ou appétit augmenté ou diminué presque chaque jour
- Insomnie ou hypersomnie, presque chaque jour
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque chaque jour
- Fatigue ou manque d'énergie presque chaque jour
- Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité sans raison presque chaque jour
- Incapacité à réfléchir ou à se concentrer ou indécision presque chaque jour
- Idées récurrentes de mort ou de suicide ou un plan pour une tentative de suicide

Épisode maniaque

Une période distincte d'humeur anormalement et durablement exaltée, expansive ou irritable, qui dure 1 semaine au minimum (durée quelconque si une hospitalisation est nécessaire). Pendant ce temps, il faut au moins trois des symptômes énumérés ci-dessous, de façon persistante et significative (quatre sont nécessaires si l'humeur est seulement irritable).

- Estime de soi démesurée ou folie des grandeurs
- Diminution du besoin de sommeil (se sent frais et dispos après 3 heures de sommeil)
- Loquacité inhabituelle ou monopolisation de la parole
- Fuite des idées ou précipitation des pensées
- Distraction accrue
- Hyperactivité dans un but précis (socialement, au travail ou à l'école, ou sexuellement) ou agitation psychomotrice
- Intérêt excessif pour des activités agréables à risque élevé (par exemple : achats extravagants, entreprises déraisonnables, écarts sexuels)



TABLEAU 5-2

Troubles de l'humeur (*suite*)**Épisode dépressif majeur**

Ces symptômes provoquent une souffrance importante et perturbent les activités sociales, professionnelles et autres. Dans les cas graves, peuvent survenir des hallucinations et des délires.

Épisode maniaque

Le trouble est assez grave pour perturber les relations et les activités sociales et professionnelles. Une hospitalisation peut être nécessaire pour protéger le sujet ou autrui. Dans les cas graves peuvent survenir des hallucinations et des délires.

Épisode mixte

Un épisode mixte, dont la durée est de 1 semaine au minimum, remplit les critères des épisodes dépressifs et maniaques majeurs.

Épisode hypomaniaque

L'humeur et les symptômes ressemblent à un épisode maniaque, mais sont moins perturbants, ne nécessitent pas d'hospitalisation, ne comprennent pas d'hallucinations ni de délires et durent moins longtemps (4 jours).

Dysthymie

Une humeur dépressive et des symptômes la plus grande partie de la journée, au moins un jour sur deux, pendant au moins 2 ans (1 an chez les enfants et les adolescents). Les intervalles libres ne durent pas plus de 2 mois d'affilée.

Cyclothymie

Nombreuses périodes de symptômes dépressifs et hypomaniaques pendant au moins 2 ans (1 an chez les enfants et les adolescents). Les intervalles libres durent moins de 2 mois d'affilée.

Les tableaux 5-2, 5-3 et 5-4 sont fondés sur le DSM IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e édition, texte révisé ; Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000). Pour plus de détails, le lecteur est invité à consulter ce manuel, son successeur ou des traités de psychiatrie.

TABLEAU 5-3

Troubles anxieux

Panique. Accès de paniques récidivants, imprévus, dont au moins un a été suivi, pendant un mois ou plus, de la crainte persistante de nouveaux accès, de soucis à propos de leurs implications et de leurs conséquences, ou de modifications significatives du comportement en rapport avec les accès.

Une *attaque de panique* est une période discontinue de peur ou de malaise intense, qui apparaît brusquement et atteint son maximum en 10 minutes. Elle comprend au moins quatre des symptômes suivants : (1) palpitations, cœur qui bat très fort ou tachycardie, (2) sueurs, (3) tremblements, (4) respiration courte ou suffocation, (5) impression d'étranglement, (6) douleur ou gêne thoracique, (7) nausées ou douleurs abdominales, (8) sensations de vertiges, instabilité, tête vide ou évanouissement, (9) sensation d'irréalité ou de dépersonnalisation, (10) peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou, (11) peur de mourir, (12) paresthésies (engourdissement, fourmillements), (13) frissons ou bouffées de chaleur.

Agoraphobie. Anxiété de se trouver dans des endroits ou des situations d'où la fuite sera difficile, gênante, ou une aide pour des symptômes brusques, indisponible. De telles situations sont évitées, nécessitent un accompagnateur, ou entraînent une anxiété marquée.

Phobies spécifiques. Une peur marquée, persistante, excessive ou déraisonnable provoquée par la présence ou l'anticipation d'un objet ou d'une situation particulière, comme les chiens, les piqûres, les voyages en avion. Le sujet reconnaît que sa peur est excessive ou déraisonnable, mais son exposition à l'agent déclenche immédiatement l'anxiété. L'évitement et la peur perturbent les tâches courantes, professionnelles ou universitaires du sujet, ses activités relationnelles et sociales.

Phobie sociale. Une peur marquée, persistante d'une ou plusieurs situations sociales ou exécutives, impliquant l'exposition à des étrangers ou le regard des autres. Ceux qui en sont atteints craignent d'agir de façon embarrassante ou humiliante, comme de montrer leur angoisse. L'exposition provoque de l'anxiété et, possiblement, une attaque de panique, et le sujet évite les situations déclenchantes. Il reconnaît que sa peur est excessive ou déraisonnable. Le fonctionnement normal, les activités sociales et les relations sont perturbés.



TABLEAU 5-3

Troubles anxieux (suite)

Trouble obsessionnel-compulsif. Des obsessions et des compulsions qui causent une anxiété ou détresse marquée. Bien qu'elles soient reconnues excessives et déraisonnables, elles font perdre beaucoup de temps et perturbent les activités courantes du sujet et ses relations.

Stress aigu. Exposition à un événement traumatisant qui implique la mort, une menace de mort, ou des blessures graves pour soi-même ou pour d'autres personnes, provoquant une peur, un désespoir ou une horreur intenses. Pendant ou aussitôt après l'événement, le sujet présente au moins trois de ces symptômes de dissociation : (1) un sentiment de paralysie, de détachement ou l'absence de réaction émotionnelle, (2) une diminution de la conscience de l'environnement, comme s'il était hébété, (3) des sensations d'irréalité, (4) des sensations de dépersonnalisation, et (5) l'amnésie d'une grande partie de l'événement. Cet événement est continuellement revécu dans des pensées, des images, des rêves, des illusions, et des retours en arrière. Le sujet est anxieux, toujours en éveil et il évite les stimuli qui rappellent l'événement. Provoque une grande souffrance et perturbe les activités sociales, professionnelles et autres. Les symptômes surviennent dans les 4 semaines suivant l'événement et durent de 2 jours à 4 semaines.

Stress post-traumatique. L'événement, la réaction de peur et le revécu incessant du traumatisme rappellent ceux du stress aigu. Il peut y avoir des hallucinations. Le sujet est toujours en éveil, essaye d'éviter les stimuli liés au traumatisme et présente une atténuation de sa réactivité générale. Provoque une souffrance marquée et perturbe les activités sociales et professionnelles ; dure plus d'un mois.

Trouble anxieux généralisé. Il n'y a pas ici de traumatisme ou de souci précis. L'hyperanxiété, difficile à contrôler, concerne beaucoup d'événements et d'activités. Au moins trois des symptômes suivants sont associés : (1) sentiment d'être nerveux, tendu, « à bout », (2) fatigabilité anormale, (3) difficulté à se concentrer, impression d'avoir l'esprit vide, (4) irritabilité, (5) tension musculaire, (6) difficulté à s'endormir ; sommeil bref, agité, pas réparateur. Provoque une souffrance importante et perturbe les activités quotidiennes.

TABLEAU 5-4

Troubles psychotiques sélectionnés

Schizophrénie. Altère les grandes fonctions, au travail ou à l'école, dans les relations entre personnes et pour l'entretien de soi-même. Le niveau d'une ou plusieurs de ces fonctions doit diminuer nettement en dessous du niveau antérieur, pendant un temps significatif. Le sujet doit présenter au moins deux des troubles suivants sur une grande partie d'un mois : (1) délires, (2) hallucinations, (3) parole désorganisée, (4) comportement désorganisé ou catatonique et, (5) des symptômes négatifs, tels qu'un affect pauvre, une alogie (manque de contenu dans le discours) ou une aboulie (manque d'intérêt, d'initiative et de capacité à se fixer et à atteindre des objectifs). Les signes doivent durer au moins 6 mois.

Les sous-types de la schizophrénie sont la forme paranoïde, la forme désorganisée et la forme catatonique.

Trouble schizophréniforme. Les symptômes ressemblent à ceux de la schizophrénie mais durent moins de 6 mois. Les altérations fonctionnelles peuvent manquer.

Trouble schizoaffectif. A les caractéristiques d'un trouble majeur de l'humeur et de la schizophrénie. Les troubles de l'humeur (dépressifs, maniaques ou mixtes) se manifestent pendant presque toute la maladie et doivent, pendant un certain temps, coexister avec des symptômes de schizophrénie et des délires ou des hallucinations (durant au moins 2 semaines, les troubles thymiques passant au second plan).

Trouble délirant. Les délires non bizarres concernent des situations de la vie réelle, comme avoir une maladie, et durent au moins un mois. Le fonctionnement du sujet n'est pas très altéré et son comportement n'est pas étrange ou bizarre de façon évidente. Il n'y a pas de symptômes de schizophrénie, à l'exception d'hallucinations tactiles ou olfactives.

Trouble psychotique bref. Au moins un des symptômes psychotiques suivants doit être présent : délires, hallucinations, altération du langage, avec des dérapages fréquents ou une incohérence, ou comportement désorganisé ou catatonique. Les troubles durent au moins 1 jour mais moins de 1 mois, et le sujet revient à son niveau de fonctionnement antérieur.