

Psychologie clinique, Psychopathologie et Psychothérapie

Une introduction à la psychologie
clinique

Date	Heure	Lieu	Contenu
24.02.2012	10:15-13:00	RM S-0.111	Introduction, concepts de base
27.02.2012	13:15-15:00	Per II, E140	Historique et classification
09.03.2012	10:15-13:00	RM S-0.111	Diagnostic et évaluation clinique
12.03.2012	13:15-16:00	Per II, E140	Méthodes de recherches et d'évaluation
19.03.2012	13:15-16:00	Per II, E140	Modèles étiologiques: Approche psychodynamique, approche centrée sur la personne
26.03.2012	13:15-16:00	Per II, E140	Modèles étiologiques: Approche cognitivo-comportementale, approche systémique
02.04.2012	13:15-16:00	Per II, E140	Modèles étiologiques: approche biologique et approche biopsychosociale
16.04.2012	13:15-16:00	Per II, E140	Interventions cliniques, troubles cognitifs et démences
23.04.2012	13:15-16:00	Per II, E140	Troubles de l'humeur et troubles anxieux
30.04.2012	13:15-16:00	Per II, E140	Abus et dépendance aux substances psychoactives et troubles des impulsions
07.05.2012	13:15-16:00	Per II, E140	Troubles des conduites alimentaires et troubles du sommeil
14.05.2012	13:15-16:00	Per II, E140	Schizophrénie et troubles psychotiques
21.05.2012	13:15-16:00	Per II, E140	Troubles de la personnalité, trouble de la sexualité et du genre
06.06.2012	09:00-11:00		Examen

Diagnostic

Définition:

- Extraction de caractéristiques psychologiques importantes au moyen de différentes méthodes de récoltes de données (le plus souvent des individus, mais aussi des systèmes interpersonnels, des institutions, des situations, etc.). Ces caractéristiques sont intégrées dans un processus de traitement de l'information et offrent ainsi la base pour des décisions.
- Le diagnostic psychologique n'est pas identique aux tests psychologiques; une pluralité de problèmes/questions sont traités avec des méthodes très différentes.

Fonctions du diagnostic clinique-psychologique:

- Description
- Classification
- Explication
- Pronostic
- Evaluation

Ces fonctions peuvent se référer à des individus, mais aussi à des systèmes interpersonnels (partenaires, familles, groupes, organisations)

Diagnostic

Objectifs du processus diagnostique:

- Répondre aux questions psychologiques
- Préparer les bases pour des décisions dans le cadre d'un processus de résolution de problème

Schéma du processus diagnostique selon Kaminski (1970):

1. Question diagnostique
2. Récolte des données
3. Diagnostic
4. conseil/traitement/évaluation.

- Les hypothèses ou les décisions à formuler pour les différents objectifs diagnostiques sont obtenues dans un processus diagnostique complexe.
- Les résultats d'une recherche diagnostique ont un caractère hypothétique et sont impensables sans le recours au savoir théorique, l'expérience professionnelle et l'expérience personnelle
- Dans le diagnostic, l'explication des discrédances – observables de multiples manières – entre différents niveaux de réactions ou de comportements est centrale
- Utilisation de méthodes multimodales

Diagnostic

Spécificités du processus diagnostique:

- Les hypothèses ou les décisions à formuler pour les différents objectifs diagnostiques sont obtenues dans un processus diagnostique complexe.
- Les résultats d'une recherche diagnostique ont un caractère hypothétique et sont impensables sans le recours au savoir théorique, l'expérience professionnelle et l'expérience personnelle.
- Dans le diagnostic, l'explication des discrédances – observables de multiples manières – entre différents niveaux de réactions ou de comportements est centrale
- Utilisation de méthodes multimodales
- Le psychodiagnostic contient un schéma complexe d'action, qui n'est pas à comprendre comme un processus linéaire, mais comme un processus de feedback.
- Le processus diagnostique en psychologie clinique ne se différencie pas structurellement des autres domaines de diagnostic.

Exemples de psychodiagnostic:

- Diagnostic psychopathologique
- Diagnostic orienté vers le traitement

Diagnostic

Méthodes du psychodiagnostic: aspects généraux:

Multimodalité comme principe de base du diagnostic

La multimodalité signifie qu'à la place d'un accès univarié, c'est une procédure multivariée qui est choisie, dans laquelle se trouvent des variantes à l'intérieur de chaque catégorie.

Les catégories suivantes sont à distinguer :

- Niveaux/registres des données (catégories élémentaires des caractéristiques de l'organisme)
- Sources des données (donneur de l'information)
- Procédures d'évaluation
- Constructs/niveaux des fonctions (unités à l'intérieur de chaque niveau de données ou au-dessus de chaque niveau de données).

Diagnostic

Méthodes du psychodiagnostic: aspects généraux:

A. Niveaux/registres des données:

- *Niveau biologique/somatique (physique):* souvent divisé en niveau biochimique, neurophysiologique, psychophysiologique ; les processus corporels évaluables physiquement ou chimiquement se trouvent au premier plan.
- *Niveau psychique/psychologique:* accent sur le vécu et le comportement individuel, les performances appartenant également à ce niveau.
- *Niveau social:* accent sur les systèmes interindividuels et les conditions cadres de la société.
- *Niveau écologique:* contient les conditions cadres matérielles.

Chaque niveau de données comprend des conséquences spécifiques pour la recherche et la pratique.

Diagnostic

Méthodes du psychodiagnostic: aspects généraux:

B. sources des données

- La personne interrogée elle-même → auto-évaluation
- D'autres personnes dont l'hétéro-observation mène à une hétéro-évaluation ou observation du comportement.
- Des données provenant du niveau institutionnel (par ex., nombre de jours d'hospitalisation) sont aussi attribuées à l'hétéro-observation.
- Les *procédés instrumentaux/procédures du diagnostic de performance et de l'intelligence* apportent des valeurs liées aux fonctions et aux performances que la personne présente. Les procédures physiologiques appartiennent également aux procédés instrumentaux, comme l'EEG, l'ECG, etc.

Diagnostic

Méthodes du psychodiagnostic: aspects généraux:

B. sources des données

Relation entre l'auto-observation et l'hétéro-observation:

- les procédures d'auto- et d'hétéro-observation ne représentent pas des groupes de procédures totalement indépendantes, car les classements par des échelles d'hétéro-observation se réfèrent en partie à des auto-descriptions du patient.
- Diagnostic de la dépression que les auto- et hétéro-évaluations corrèlent généralement entre $r = .20$ à $r = .80$, i.e. un intervalle très large.
- l'hétéro- et l'autoévaluation ont chacune la même importance scientifique et théorique, représentant des procédures qui se complètent.
- Pour certaines manifestations de trouble (par ex., des états dépressifs sévères, troubles délirant, démences), les procédures ne sont applicables que de manière limitée ou pas du tout. Pour cette raison – surtout dans en milieu hospitalier – les procédures d'hétéro-évaluation sont plus pertinentes, le plus souvent pour des raisons pratiques.

Diagnostic

Méthodes du psychodiagnostic: aspects généraux:

B. sources des données

Spécificité de l'auto-observation:

Biais de désirabilité sociale:

- biais possible par la manière dont le sujet veut se présenter
- tendance à se présenter de manière socialement désirable

Diagnostic

Méthodes du psychodiagnostic: aspects généraux:

Procédures d'évaluation:

- Auto-évaluation sous la forme de questionnaires d'auto-évaluation (par ex., inventaire de la dépression de Beck, BDI).
- Auto-observation sous la forme d'observation du comportement
- Hétéro-observation sous la forme de procédures d'hétéro-évaluation (par ex., échelle de dépression de Hamilton, HAMD).
- Hétéro-observation sous la forme d'observation du comportement (par ex. enregistrement de données comportementales, par exemple au moyen des fréquences).
- Hétéro-observation sous la forme d'entretien ou d'interviews
- Procédures liées au diagnostic des capacités et/ou performances
- Procédures de diagnostic de terrain (par ex. journal quotidien)
- Procédures projectives
- Procédures d'analyses du contenu, dans lesquelles des textes sont évalués (directement ou sur transcription)

Diagnostic

Méthodes du psychodiagnostic: aspects généraux:

Caractéristiques psychométriques de procédures d'évaluation:

Fidélité = constance des mesures

Evaluation de la fidélité:

- Consistance interne: évaluation si les différentes parties de l'outil conduisent à des résultats consistants en utilisant une corrélation entre les différentes parties de l'épreuve.
Méthode statistique: coefficient alpha de Cronbach
- Fidélité test-retest: évaluation de l'association entre deux utilisations successives du même instrument
- Fidélité inter-juges ou fidélité inter-cotateurs: Comparaison des cotations de plusieurs cotateurs qui évaluent les mêmes sujets avec le même outil

Diagnostic

Caractéristiques de procédures d'évaluation:

Validité: l'outil / instrument mesure ce qu'il doit mesurer

Evaluation de la validité:

- **Validité de contenu:** représentativité des items de l'outil pour appréhender le phénomène évalué.
- **Validité de critère:** évaluation par rapport à un critère extérieur à l'outil et servant de point de référence.
 - Validité prédictive: les résultats obtenus par l'instrument prédisent la performance obtenue à un autre instrument servant de référence.
 - Validité concomitante: l'instrument est utilisé en même temps que le critère de référence.
 - Sensibilité: capacité de l'instrument d'identifier correctement les personnes souffrant du trouble évalué.
Faux négatifs: des personnes souffrant du trouble ne sont pas identifiées par l'outil.
 - Spécificité: capacité de l'instrument d'identifier de manière spécifique les personnes souffrant du trouble en question.
Faux positifs: l'instrument identifie des individus comme atteints du trouble alors qu'ils ne le sont pas.
- **Validité de construit:** vérification empirique si l'outil correspond au modèle théorique qui la sous-tend.

Diagnostic

Journal of Trauma & Dissociation, 11:337–357, 2010
Copyright © Taylor & Francis Group, LLC
ISSN: 1529-9732 print/1529-9740 online
DOI: 10.1080/15299731003793450



The Validity and Reliability of the German Version of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20)

CHRISTOPH MUELLER-PFEIFFER, MD

*Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital, Zurich, Switzerland;
and Center of Education and Research, Psychiatric Services
of the County of St. Gallen-North, Wil, Switzerland*

SONJA SCHUMACHER, MSc, CHANTAL MARTIN-SOELCH, PhD,
and AJU P. PAZHENKOTTIL, MD

Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital, Zurich, Switzerland

GUSTAV WIRTZ, MD

*MediClin Klinik an der Lindenboebe, Hospital for Psychiatry, Psychotherapy
and Psychosomatic Medicine, Offenburg, Germany*

CHRISTOPH FUHRHANS, MD

Department of Psychotherapy, Clenia Littenheid, Switzerland

ESTHER HINDERMANN, MD

Klinik Barmelweid, Barmelweid, Switzerland

HERBERT ASSALONI, MD

*Psychiatric Outpatient Department, Integrated Psychiatry Winterthur,
Winterthur, Switzerland*

DAVID P. BRINER, MD

Psychiatric-Psychological Service, City of Zurich, Zurich, Switzerland

MICHAEL RUFER, MD

Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital, Zurich, Switzerland

Buts:

- Evaluation de la validité et de la fidélité de la version allemande d'un questionnaire de mesure des symptômes de dissociation somatoforme: le Somatoform Dissociation questionnaire (SDQ-20).
- Les symptômes de dissociation somatoformes impliquent les manifestations physiques d'une dissociation et sont considérés comme une entité spécifique et unique dans le spectre phénoménologique de la dissociation.
- La dissociation est expliquée par une capacité d'intégration mentale réduite due à une accumulation d'adversités dans l'enfance.

Méthode:

225 patients avec (N=39) et sans dissociation recrutés dans différentes consultations et hôpitaux psychiatriques ont été testés avec plusieurs instruments d'auto- et d'hétéro-évaluation.

Diagnostic

Article sur l'évaluation de la validité du SDQ-20:

Mesures de validité:

Validité de critère:

Comparaison des valeurs du SDQ-20 entre le groupe de sujets psychiatriques avec dissociation et le groupe sans dissociation.

Hypothèse: Les patients souffrant des troubles dissociatifs ont des résultats au SDQ-20 plus élevés chez des patients avec d'autres troubles mentaux.

Définition des groupes:

- Patients sans dissociation: résultat inférieur au cut-off de 9 points sur un instrument mesurant la dissociation psychoforme et somatoforme le FDS (Fragebogen für Dissoziative Symptome, traduction allemande de la Dissociative Experiences Scale, DES).
- Patients avec dissociation: identifiés ou traités par leurs thérapeutes ou médecins traitants pour un trouble dissociatif ou ayant un score ≥ 20 au FDS et qui remplissaient les critères du DSM-IV selon un interview diagnostic structuré

Diagnostic

Article sur l'évaluation de la validité du SDQ-20:

Validité de critère: Résultats

Les scores du SDQ-20 étaient statistiquement significativement plus élevés dans le groupe de patients avec dissociation que dans le groupe sans dissociation.

TABLE 1 Somatoform Dissociation, Psychoform Dissociation, Posttraumatic Stress Symptoms, and Childhood History in the Dissociative and Non-Dissociative Groups

Measure	Score	Non-dissociative group (N = 109)		Dissociative group (N = 39)		p
		M	SD	M	SD	
SDQ-20	Total	24.4	5.8	48.4	15.3	<.001
FDS	Total	4.5	2.6	32.9	15.8	<.001
	Amnesia	2.0	2.5	22.8	20.6	<.001
	Absorption	8.4	5.5	41.3	17.8	<.001
	Derealization	2.7	3.9	38.7	23.0	<.001
	Conversion	3.3	3.8	28.7	17.2	<.001
PDS	Total	15.2	10.4	35.7	8.3	<.001
CTQ	Total	44.0	18.0	80.6	20.5	<.001
	Emotional abuse	10.1	5.3	20.0	3.7	<.001
	Physical abuse	6.6	3.1	12.2	6.3	<.001
	Sexual abuse	7.1	4.1	17.4	7.9	<.001
	Emotional neglect	12.1	5.9	18.7	5.2	<.001
	Physical neglect	8.0	3.5	12.3	4.8	<.001

Notes: SDQ-20 = Somatoform Dissociation Questionnaire; FDS = *Fragebogen für Dissoziative Symptome*; PDS = Posttraumatic Diagnostic Scale; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire.

Diagnostic

Article sur l'évaluation de la validité du SDQ-20:

Validité de construit:

Comparaison et association entre les scores du SDQ-20 et d'autres mesures des troubles dissociatifs, des mesures du nombre de traumatismes vécus dans l'enfance et une mesure du stress post-traumatique.

- Mesure des symptômes dissociatifs: FDS (Fragebogen für Dissoziative Symptome): 4 sous-échelles pour des symptômes psychoformes (déréalisation, amnésie,...) et une sous-échelle pour des symptômes de conversion (somatoformes).
- Mesure du nombre de traumatismes vécus dans l'enfance: Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): analyse rétrospective des abus et négligences vécus dans l'enfance: 5 sous-échelles: abus émotionnel, abus physique, abus sexuel, négligence émotionnelle, négligence physique.
- Mesure du stress post-traumatique: Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS): liste d'événements traumatisants vécus et questions par rapport aux émotions ressenties.

Hypothèses:

- Sujets reportant plus d'événements traumatisants dans l'enfance ont des scores plus élevés au SDQ-20 que les sujets reportant peu ou pas de traumatismes dans l'enfance.
- L'association entre la sous-échelle de conversion du FDS et le score au SDQ-20 est plus prononcée qu'entre le score au SDQ-20 et les autres sous-échelles du FDS.

Diagnostic

Article sur l'évaluation de la validité du SDQ-20:

Validité de construit: résultats

Patients montrant des symptômes troubles dissociatifs reportent plus d'événements traumatisants et plus de traumatismes dans l'enfance.

TABLE 1 Somatoform Dissociation, Psychoform Dissociation, Posttraumatic Stress Symptoms, and Childhood History in the Dissociative and Non-Dissociative Groups

Measure	Score	Non-dissociative group (N = 109)		Dissociative group (N = 39)		p
		M	SD	M	SD	
SDQ-20	Total	24.4	5.8	48.4	15.3	<.001
FDS	Total	4.5	2.6	32.9	15.8	<.001
	Amnesia	2.0	2.5	22.8	20.6	<.001
	Absorption	8.4	5.5	41.3	17.8	<.001
	Derealization	2.7	3.9	38.7	23.0	<.001
	Conversion	3.3	3.8	28.7	17.2	<.001
PDS	Total	15.2	10.4	35.7	8.3	<.001
CTQ	Total	44.0	18.0	80.6	20.5	<.001
	Emotional abuse	10.1	5.3	20.0	3.7	<.001
	Physical abuse	6.6	3.1	12.2	6.3	<.001
	Sexual abuse	7.1	4.1	17.4	7.9	<.001
	Emotional neglect	12.1	5.9	18.7	5.2	<.001
	Physical neglect	8.0	3.5	12.3	4.8	<.001

Notes: SDQ-20 = Somatoform Dissociation Questionnaire; FDS = *Fragebogen für Dissoziative Symptome*; PDS = Posttraumatic Diagnostic Scale; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire.

- La corrélation entre le score au SDQ-20 et le score total au FDS est statistiquement significative ($r = 0.81$).
- Les corrélations entre les sous-échelles du FDS et le score au SDQ-20 sont toutes significatives et la corrélation entre le score au SDQ-20 et la sous-échelle «conversion» est la plus prononcée.
- La corrélation entre PDS SDQ-20 ($r = 0.59$) et CTQ et SDQ-20 ($r = .46$) sont significatives.

Diagnostic

Article sur l'évaluation de la validité du SDQ-20:

Mesures de fidélité:

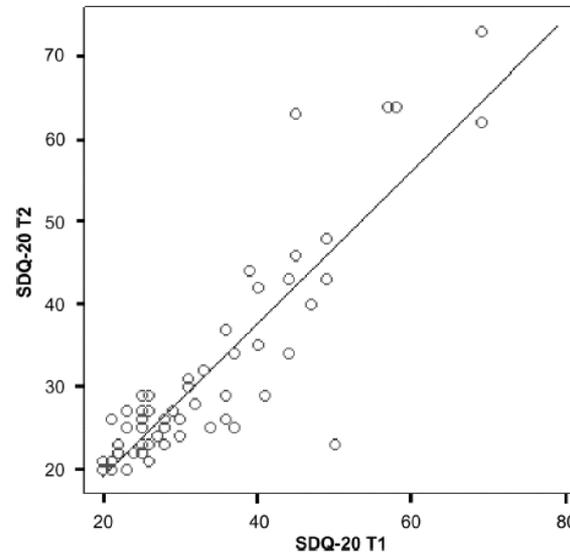
- **Consistance interne: calcul du coefficient alpha de Cronbach**

Résultat: α Cronbach = 0.91

- **Fidélité test-retest:**

Les 67 premiers sujets ont répété le test à 3-4 semaines d'écart.

Corrélation entre T1 et T2: $r = 0.89$



Mueller-Pfeiffer et al., 2010, Journal of Trauma and Dissociation, 11, 337-357

Diagnostic

Psychodiagnostic: méthodes d'évaluation:

- a. Entretien clinique:
 - Entretien clinique non-structuré
 - Entretien clinique semi-structuré
 - Entretien clinique structuré
 - Entretien assisté par ordinateur
- b. Evaluation psychologique de traits stables
 - Tests d'intelligence
 - Tests de personnalité
- c. Evaluation neuropsychologique
- d. Evaluation cognitivo-comportementale / échelles cliniques
- e. Evaluation physiologique

Diagnostic

A. Entretien clinique:

- Méthode la plus fréquemment utilisée en psychologie
- Repose sur la parole
- Illusion de subjectivité ou d'intuitivité
- Nécessité d'un savoir-faire basé sur la connaissance des théories et sur la pratique
- Parole au patient
- Exploration systématique
- Evaluation du comportement verbal et non verbal, de la cohérence de la pensée, de l'orientation, l'inscription du sujet dans la réalité

Processus de l'entretien:

- Identification de la demande
- Anamnèse: histoire des antécédents, histoire de la maladie, renseignements fournis par le patient sur son passé dans le cadre d'une interrogation systématique.
- Difficultés actuelles qui ont motivé la consultation

Contenu général:

- Données socio-démographiques
- Description des problèmes actuels
- Données anamnétiques
- Anamnèse familiale
- Antécédents médicaux / psychiatriques
- Problèmes actuels

Diagnostic

A. Formes d'entretien clinique:

- 1) Entretien clinique non structuré ou non directif: le psychologue se base du le dialogue du patient et l'aide à progresser
 - Avantage: aspect libre proche du style de conversation courante
 - Désavantage: manque de standardisation
- 2) Entretien clinique semi-structuré ou semi-directif: le psychologue suit une trame de questions dont l'ordre n'est pas forcément prédéfini, possibilité d'aborder de manière spontanée des axes non définis au préalable.
 - Plus standardisé que l'entretien non structuré et laisse encore une liberté au psychologueExemple: *Checklists* de la CIM
- 3) Entretien clinique structuré ou directif: le psychologue suit une série de questions prédéterminées.
 - Entretien standardisé
 - Bons critères de validité et de fidélité
 - Exemple: entretien structuré du DSM: Structured Clinical Interview for the DSM, SCID
 - Forme brève: MINI

Diagnostic

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

French Version 5.0.0

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelle que soit la forme, y compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable des auteurs. Les chercheurs et les cliniciens travaillant dans des institutions publiques (comme les universités, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux) peuvent faire de simples copies du M.I.N.I. afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherches

M.I.N.I. 5.0.0 French version / DSM-IV / current (August 1998)

NOM DU PATIENT :	_____	PROTOCOLE NUMERO :	_____
DATE DE NAISSANCE :	_____	Heure de Début :	_____
ENTRETIEN REALISE PAR :	_____	Heure de Fin :	_____
DATE DE L'ENTRETIEN :	_____	DUREE TOTALE :	_____

M.I.N.I. 5.0.0 / French version / DSM-IV / current

MODULES	PERIODES EXPLORÉES	
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	Actuelle (2 dernières semaines) + vie entière	
A ¹ . EDM avec caractéristiques mélancoliques	Actuelle (2 dernières semaines)	<u>Optionnel</u>
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)	
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)	
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Actuelle + Vie entière	
E. TROUBLE PANIQUE	Actuelle (mois écoulé) + Vie entière	
F. AGORAPHOBIE	Actuelle	
G. PHOBIE SOCIALE	Actuelle (mois écoulé)	
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Actuelle (mois écoulé)	
I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Actuelle (mois écoulé)	<u>Optionnel</u>
J. ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
K. DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES	Actuelle + Vie entière	
M. ANOREXIE MENTALE	Actuelle (3 derniers mois)	
N. BOULIMIE	Actuelle (3 derniers mois)	
O. ANXIETE GENERALISEE	Actuelle (6 derniers mois)	
P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	Vie entière	<u>Optionnel</u>

Diagnostic

INSTRUCTIONS GENERALES

Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min. \pm 11,6 min.; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.

- **Entretien :**

Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, préparez le patient à ce cadre clinique inhabituel en lui indiquant que vous allez lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que vous attendez de lui / d'elle des réponses en oui ou non.

- **Présentation :**

Le M.I.N.I. est divisé en **modules** identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

- Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs **question(s) / filtre(s)** correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
- A la fin de chaque module, une ou plusieurs **boîtes diagnostiques** permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

- **Conventions :**

Les phrases écrites en « lettres minuscules » doivent être lues "mot-à-mot" au patient de façon à standardiser l'exploration de chacun des critères diagnostiques.

Les phrases écrites en « MAJUSCULES » ne doivent pas être lues au patient. Ce sont des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.

Les phrases écrites en « gras » indiquent la période de temps à explorer. Le clinicien est invité à les lire autant de fois que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant été présentés au cours de cette période.

Les phrases entre (parenthèses) sont des exemples cliniques décrivant le symptôme évalué. Elles peuvent être lues de manière à clarifier la question.

Lorsque des termes sont séparés par un *slash (/)*, le clinicien est invité à ne reprendre que celui correspondant au symptôme présenté par le patient et qui a été exploré précédemment (par ex. question A3).

Les réponses surmontées d'une flèche (→) indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement du diagnostic exploré n'est pas atteint. Dans ce cas, le clinicien doit aller directement à la fin du module, entourer « NON » dans la ou les boîtes diagnostiques correspondantes et passer au module suivant.

- **Instructions de cotation :**

Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant, soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient.

Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").

Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI. Le M.I.N.I. Plus qui est une version plus détaillée du M.I.N.I. explore ces différents aspects.

Si vous avez des questions ou des suggestions, si vous désirez être formé à l'utilisation du M.I.N.I. ou si vous voulez être informés des mises à jour, vous pouvez contacter :

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph : +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

Diagnostic

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI	2
	A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	→		
		NON	OUI	
A3	Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI	9
A4	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON) SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL		
A5a	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?	→		
		NON	OUI	10
b	Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?	NON	OUI	11
	A5b EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE		

Diagnostic

B. Evaluation psychologique de traits stables

1) Tests d'intelligence:

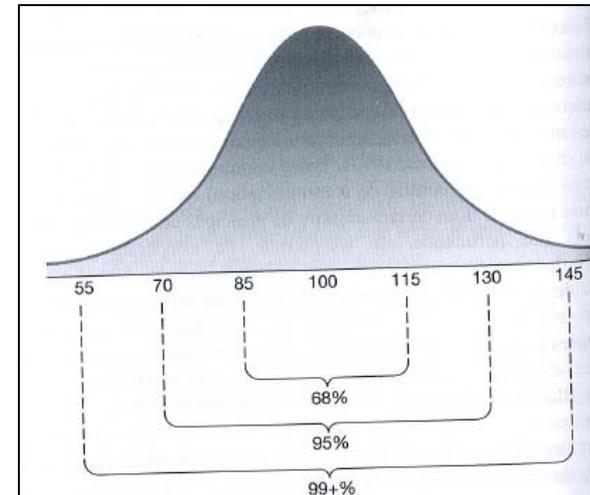
- Question de la définition de l'intelligence: actuellement conceptualisation multidimensionnelle
- Premiers tests d'intelligence développés par Alfred Binet (1857 – 1911) en 1904.
Mandat du Ministère de l'instruction publique français pour déterminer des méthodes permettant de détecter les enfants en difficultés scolaires.
Développement d'une série de 30 épreuves de difficultés croissantes: échelle de Binet-Simon.
Version révisée développée aux Etats-Unis: échelle de Stanford-Binet pour mesurer l'intelligence chez des enfants et des jeunes adultes.
- Concept d'intelligence de R. Cattell: intelligence fluide et intelligence cristallisée

Diagnostic

B. Evaluation psychologique de traits stables

1) Tests d'intelligence:

- Les épreuves d'intelligence actuelles mesurent le quotient d'intelligence (QI): Comparaison des performances d'un individu à un test donné avec les performances d'un groupe de référence de même âge et pour le même test.
- QI = 100 est la valeur de référence moyenne avec un écart de déviation normale entre 90 et 110 (50% des scores de la population de référence)
- Distribution du QI suit une distribution normale
- 5% des valeurs au-dessus de 130 (supériorité intellectuelle) ou en-dessous de 70 (déficience intellectuelle).



Diagnostic

Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV, 2008): sous-tests verbaux

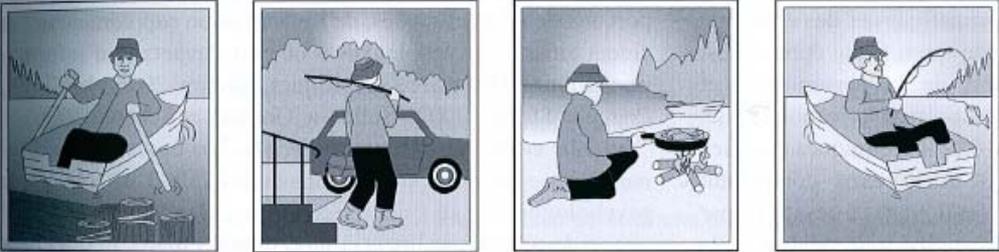
Subtests verbaux	Subtests de performance
Information Combien de mois y a-t-il dans une année ?	Code Le sujet copie des symboles associés à des chiffres
Compréhension Pourquoi les gens portent-ils des montres ?	Complètement d'images Pour chaque item, on demande au sujet de regarder une image et de nommer ou désigner la partie manquante (voir figure 3.2)
Arithmétique Combien font 4 euros plus 5 euros ?	Cubes Le sujet doit reproduire des dessins en deux couleurs avec des cubes
Similitudes En quoi un manteau et un costume se ressemblent-ils ?	Arrangement d'images On présente au sujet une série de cartes qui, placées dans un certain ordre, décrivent une petite histoire
Mémoire des chiffres (Ordre direct) Le sujet doit répéter des séries de chiffres dans le même ordre que celui dicté par le psychologue : 1 – 7. (Ordre inverse) Le sujet doit répéter, en ordre inverse, des séries de chiffres dictées par le psychologue : 5 – 8 – 2	Assemblages d'objets Le sujet doit réaliser un puzzle représentant un objet familier
Vocabulaire Que veut dire <i>bateau</i> ?	Matrices Le sujet regarde une matrice à laquelle il manque une partie et doit identifier celle des 5 réponses possibles qui complète la matrice

Source : Wechsler, D., *Manuel de l'échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes*, 3^e éd., Paris, Éditions du Centre de Psychologie Appliquée, 2000.

Diagnostic

Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV, 2008): exemples de sous-tests non verbaux

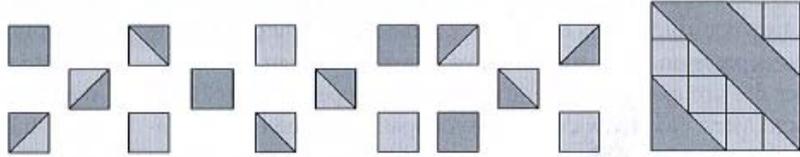
Arrangement d'images
« Replacez les images dans le bon ordre pour reconstruire l'histoire »



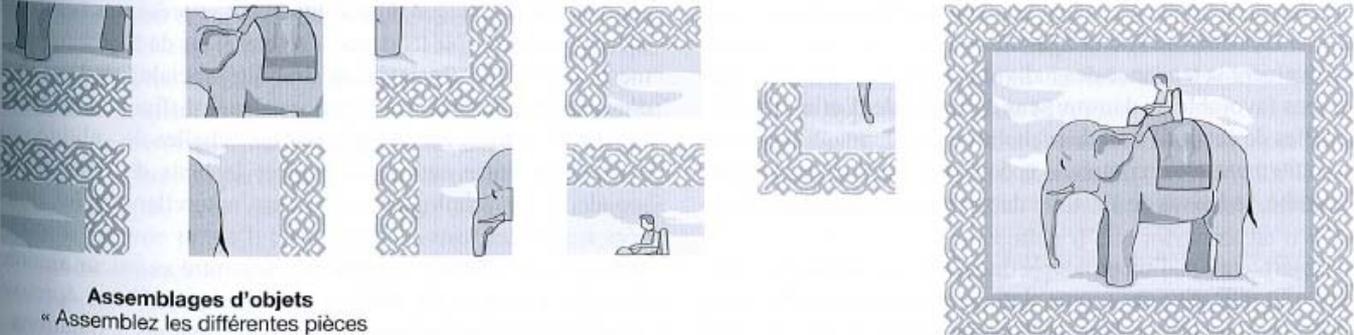
Complètement d'images
« Qu'est-ce qui manque ? »



Cubes
« Reproduisez le dessin de droite à l'aide des cubes. »



Assemblages d'objets
« Assemblez les différentes pièces aussi vite que possible. »



Diagnostic

B. Evaluation psychologique de traits stables

2. Tests de personnalité:

Les tests de personnalité sont liés avec le concept de personnalité, pour lequel les caractéristiques contiennent des préparations à l'action relativement indépendantes de la situation et stables, qui ne sont pas observables, mais liés à une disposition.

Distinction entre:

- Tests objectifs
- Tests projectifs

Diagnostic

B. Evaluation psychologique de traits stables

2. Tests de personnalité:

A. Tests objectifs:

- en général auto-questionnaire
- exploration de dimensions de la personnalité différentes suivant les tests: extraversion / introversion, psychasténie (névrotisme), stabilité émotionnelle,...
- Les sujets répondent à des questions ou des phrases (items) à propos de leurs sentiments, de leurs pensées, leurs attitudes, leurs intérêts ou leurs croyances.
- «Père» des tests de personnalité: Test de personnalité de Eysenck: développement d'une première échelle divisant la personnalité selon les dimensions suivantes: extraversion / introversion; névrotisme/psychotisme

Exemples de tests de personnalité souvent utilisés en psychologie clinique:

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)
- Système des « Big-Five »
- Temperament and Character Inventory (TCI, Cloninger , 1994)

Diagnostic

2. Tests de personnalité: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

TABLEAU 3.8 ÉCHELLES CLINIQUES DU MMPI-2

Numéro de l'échelle	Nom de l'échelle	Items appartenant à l'échelle	Tendance avec un score élevé
1	Hypocondrie	« Je souffre de nausées et de vomissements »	Réactions exagérées face à tout problème réel, égocentrisme et égoïsme extrêmes, exagération des problèmes physiques
2	Dépression	« J'ai eu des périodes au cours desquelles je ne pouvais rien faire parce que je n'arrivais pas à m'y mettre »	Replié sur lui-même, timide, lointain, triste, manque d'énergie, incapable de se concentrer, manque de confiance en soi, sentiment d'insuffisance, autodépréciation
3	Hystérie	« Je souffre de fréquentes douleurs dans toute la tête »	Plaintes et symptômes fonctionnels physiques en réponse au stress, manque d' <i>insight</i> , histrionisme, immaturité
4	Déviations psychopathiques	« Quand j'étais jeune, j'ai quelquefois volé des choses »	Difficultés à intégrer les règles de la société, impulsivité, tendances antisociales, problèmes conjugaux, familiaux et professionnels répétés
5	Masculinité-féminité	« J'ai souvent souhaité être une fille » (ou bien, si vous êtes une femme : « Je n'ai jamais regretté d'être une fille »)	Pour les hommes, tendances féminines : sensible, curieux et créatif ; pour les femmes, tendances masculines : peu émotive, compétitive, énergique
6	Paranoïa	« Si les gens n'avaient pas été contre moi, j'aurais beaucoup mieux réussi ma vie »	Coléreux, déplace les reproches et les critiques, hostile et soupçonneux, rigide et têtu, interprète mal les situations sociales
7	Psychasthénie	« Je manque toujours de confiance en moi »	Inquiet, anxieux, soucieux et craintif, a peur de l'échec, méticuleux et indécis à l'extrême, moraliste
8	Schizophrénie	« J'ai eu des expériences très particulières et très étranges »	Croyances étranges, comportements bizarres, retrait, isolement social, doute envers soi-même et confusion sur son identité, troubles de la pensée
9	Hypomanie	« Je suis considéré comme quelqu'un d'important »	Excitation, hyperactif, euphorique, logorrhée, agitation et labilité
10	Introversiion sociale	« Je dois souvent lutter pour ne pas montrer que je suis intimidé et mal à l'aise »	Introversi, timide, manque de confiance en soi et anxiété dans les situations sociales

2. Tests de personnalité: le NEO PI-R

- Le NEO PI-R fournit une évaluation systématique des styles émotionnel, interpersonnel et motivationnel de la personne.
- Le test met en exergue cinq grands domaines de la personnalité: les big five.
- Il est ensuite possible pour le psychologue d'affiner sa première analyse avec les résultats apportés par trente facettes rattachées par structure factorielle aux cinq dimensions (six facettes par domaine).

5 Domaines	30 Facettes
Névrosisme	Anxiété ; Colère-Hostilité ; Dépression ; Timidité sociale ; Impulsivité ; Vulnérabilité.
Extraversion	Chaleur; Grégarité ; Assertivité ; Activité ; Recherche de sensations ; Emotions positives.
Ouverture	Ouverture aux Rêveries ; à l'Esthétique ; aux Sentiments ; aux Actions ; aux Idées ; aux Valeurs.
Agréabilité	Confiance ; Droiture ; Altruisme ; Compliance ; Modestie ; Sensibilité.
Conscience	Compétence ; Ordre ; Sens du devoir ; Recherche de réussite ; Autodiscipline ; Délibération

Diagnostic

B. Evaluation psychologique de traits stables

2. Tests de personnalité:

B) Tests projectifs

- Place à une certaine liberté dans le processus de réponse.
- Support perceptif présenté sous forme de stimuli ambigus (par ex. des tâches d'encre).
- Basé sur l'hypothèse psychodynamique que le sujet va projeter ses propres représentations dans l'interprétation du stimulus ambigu.
- Idée que ces tests peuvent capter des phénomènes subtils comme les désirs ou les conflits intrapsychiques qui sont sinon souvent protégés au niveau conscient par des mécanismes de défense.
- Possibilité d'isoler des phénomènes inconscients.
- Problème de la subjectivité du clinicien et peu de preuves empiriques de la validité et de la fidélité du test.

Exemple de tests projectifs:

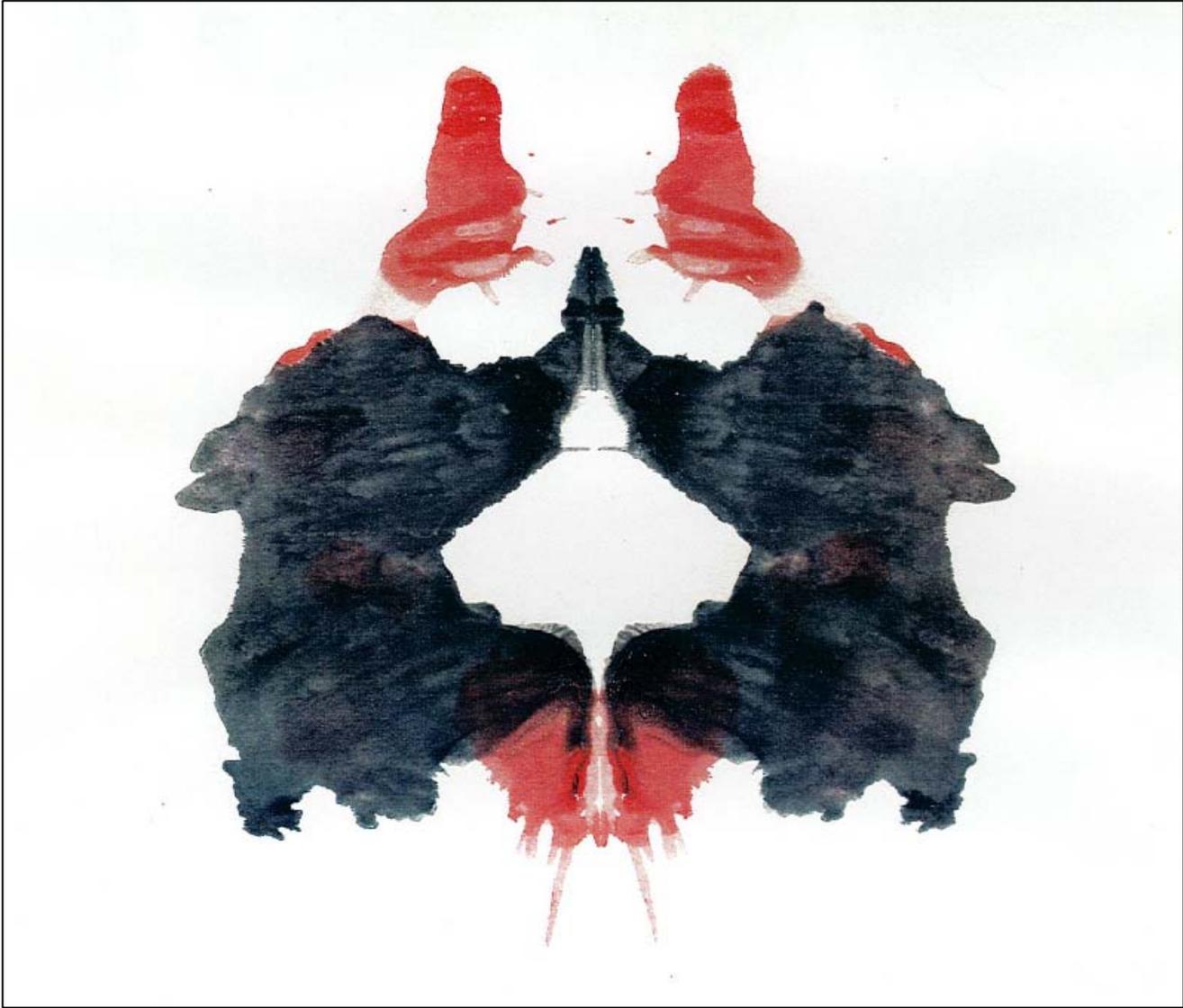
Le test de Rorschach

Le Thematic Aperception Test

Diagnostic

B) Tests projectifs: Le test de Rorschach

- Développé par un psychiatre suisse: Hermann Rorschach (1884-1922)
- Rorschach avait remarqué que les individus pouvaient évoquer différentes choses à partir de la perception d'une même tâche d'encre.
- Développement de plusieurs planches la contribution de l'interprétation des tâches d'encre dans le diagnostic des troubles mentaux.
- Identification de 15 planches: version actuelle 10 planches
- Rorschach décède 7 mois après la publication de son test.
- 5 planches noir et blanc, les autres en couleur.
- Le clinicien évalue les réponses des sujets selon les caractéristiques qui ont contribué à sa réponse (couleur, forme, texture).
- La répétition de certains types de réponses peut aider le clinicien dans son interprétation: par exemple réponses s'appuyant sur la globalité du percept (bonne aptitude à intégrer des données) versus des réponses s'appuyant sur des détails (éventuellement tendances obsessives).
- La manière d'intégrer ou interpréter la forme peut donner des indications sur le rapport à la réalité.
- L'analyse du contenu donne des informations sur la nature des conflits intrapsychiques de l'individu.



Diagnostic

B) Tests projectifs: Le Thematic Aperception Test (TAT)

- Développé par le psychologue Henry Murray en 1943 à l'Université de Harvard.
- Aperception: création d'idées ou d'impressions nouvelles sur la base des structures cognitives existantes et de l'expérience passée.
- Le TAT est composé de planches représentant une scène ambiguë.
- Le sujet doit élaborer une histoire à partir de l'image présentée avec un début, un milieu et une fin.
- Hypothèses:
 - le sujet va intégrer des éléments de sa propre expérience, compromis entre la réalité et le monde imaginaire du sujet.
 - Projection de ses propres besoins et conflits

Diagnostic

B) Tests projectifs: Le Thematic Aperception Test (TAT)



Diagnostic

C) Evaluation neuropsychologique

- Evaluation des processus cognitifs: entités mentales ou activités (processus de traitement de l'information) dont le support biologique est le cerveau.
- Evaluation neuropsychologique utilise des épreuves spécifiques d'une fonction cérébrale.
- Proposition d'hypothèses fonctionnelles (quels processus cognitifs fonctionnent ou non) et d'hypothèses diagnostiques sur la base du bilan neuropsychologique.
- Bilan neuropsychologique: démarche globale impliquant une évaluation médicale neurologique (neurologue), évaluation des fonctions neurocognitives (neuropsychologue), évaluation neuro-anatomique ou neuro-fonctionnelle (par ex. par imagerie médicale fonctionnelle, IRM).

Fonctions neurocognitives souvent testées en neuropsychologie:

- Attention
- Perception
- Mémoire
- Langage
- Psychomotricité
- Fonctions exécutives: raisonnement, abstraction, niveau de production, persévération, flexibilité cognitive, utilisation de stratégies,....

Diagnostic

C) Evaluation neuropsychologique: L' attention

- L'attention est référée à l'allocation des ressources cognitives
- L'attention participe à un ensemble complexe du traitement de l'information formant un processus mental de haut niveau qui permet de contrôler et moduler la quasi-totalité de nos processus psychologiques en s'appuyant sur des représentations perceptives, conceptuelles ou motrices.
- « L'attention est la prise de possession par l'esprit, sous une forme claire et vive, d'un objet ou d'une suite de pensées parmi plusieurs qui semblent possibles [...] Elle implique le retrait de certains objets afin de traiter plus efficacement les autres»
(William James)
- Nombreux liens entre l'attention et la mémoire. On estime généralement que les processus attentionnels interviennent entre la mémoire sensorielle et la mémoire à court terme.

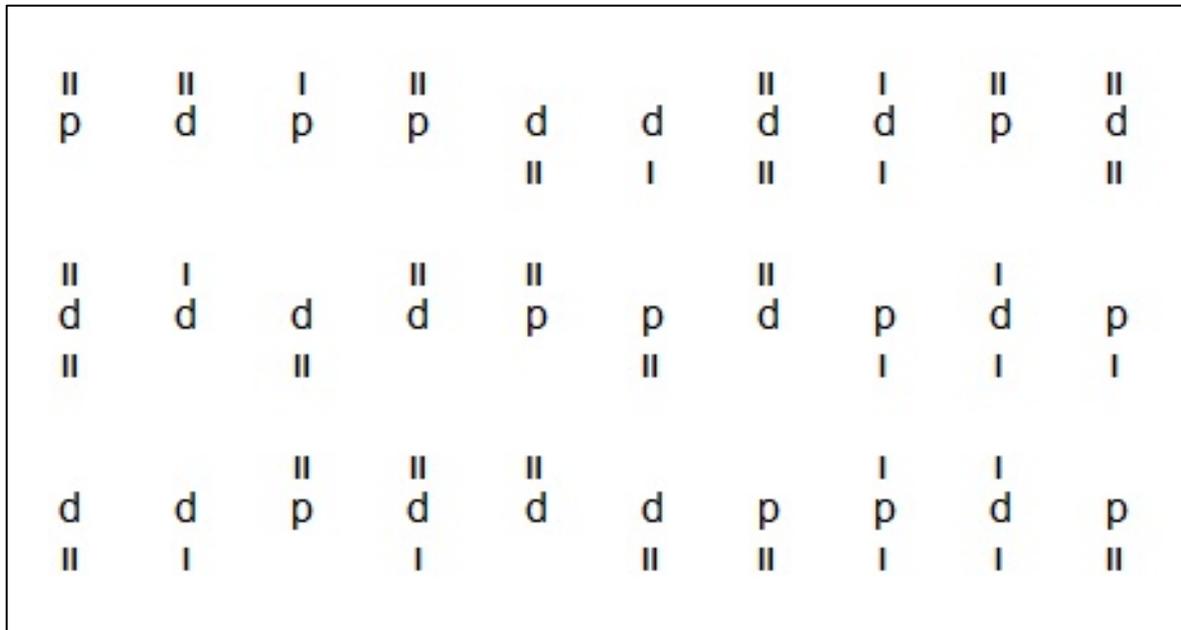
Diagnostic

C) Evaluation neuropsychologique: L' attention

Exemple de test d'attention visuelle et de concentration:

d2 : Test d'Attention Concentrée (R. Brickenkamp)

- Le test d2 évalue la capacité à discriminer des détails dans un temps restreint avec une mobilisation de la concentration.
- Le d2 permet de contrôler l'attention visuelle et la capacité de concentration.
- Développé, à l'origine, pour l'évaluation de l'aptitude à la conduite, le d2 est devenu l'un des tests de référence en matière de mesure de l'attention à travers toute l'Europe.
- Cette épreuve ne dépend pas de l'intelligence de la personne testée mais de son aptitude à discerner les détails.



Diagnostic

C) Evaluation neuropsychologique: la mémoire

« La mémoire est l'ensemble des processus biologiques et psychologiques qui permettent le codage, le stockage et la récupération des informations. Ses composantes sont multiples, des plus globales, telle la mémoire sensorielle, aux plus spécifiques, telle la mémoire des chiffres.

Toutes les composantes de la mémoire sont intriquées. Leur activation implique généralement plusieurs modules répartis dans plusieurs régions cerveau. »

(Alain Lieury, **Cerveau & Psycho**, Mai-Juillet 2011, page 22)

Distinction entre:

- La mémoire à long terme : déclarative (raconter un souvenir, un fait) et procédurale (faire du vélo...).
- -La mémoire à court terme : par exemple, après avoir cherché un numéro de téléphone dans le bottin, nous le gardons en mémoire le temps de composer le numéro de téléphone.

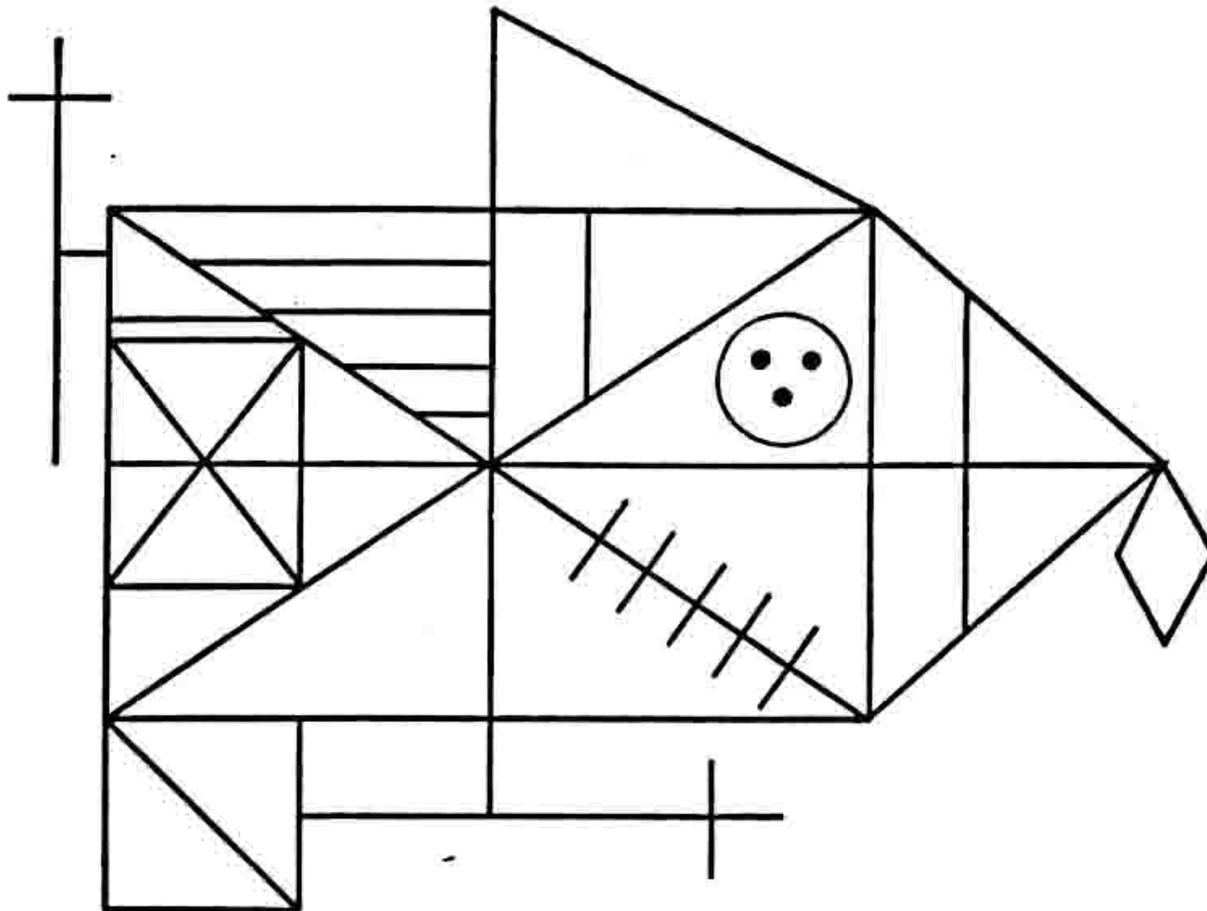
Diagnostic

C) Evaluation neuropsychologique: la mémoire

Exemples de test de mémoire:

La figure de Rey:

- Figure géométrique sans signification évidente, de réalisation graphique facile avec une structure complexe.
- Le sujet doit d'abord recopier cette figure avec le modèle: indication sur l'activité perceptive et les compétences visuo-constructives.
- Le sujet doit ensuite reproduire la figure de mémoire: indications sur les capacités de mémorisation visuelle.
- Test publié par Rey en 1942.
- Type de tests anciens déjà utilisé un peu avant 1900 pour l'examen des aphasiques.



Diagnostic

C) Evaluation neuropsychologique: les fonctions exécutives

- Ensemble assez hétérogène de processus cognitifs de haut niveau permettant un comportement flexible et adapté au contexte. Cela regroupe des capacités liées à l'anticipation, la planification, l'organisation, la résolution de problème, le raisonnement logique, la mémoire de travail, le contrôle cognitif, la pensée abstraite, l'apprentissage de règles, l'attention sélective, la sélection de réponses motrices, la motivation, l'initiative, etc.
- Les fonctions exécutives sont principalement associées au fonctionnement des lobes frontaux du cerveau, mais les structures sous-corticales y contribuent aussi.
- Ensemble d'habiletés cognitives qui permettent d'adapter nos comportements selon le contexte

Exemples de test des fonctions exécutives:

- Le Wisconsin Card Sorting Test
- Le Trail Making Test

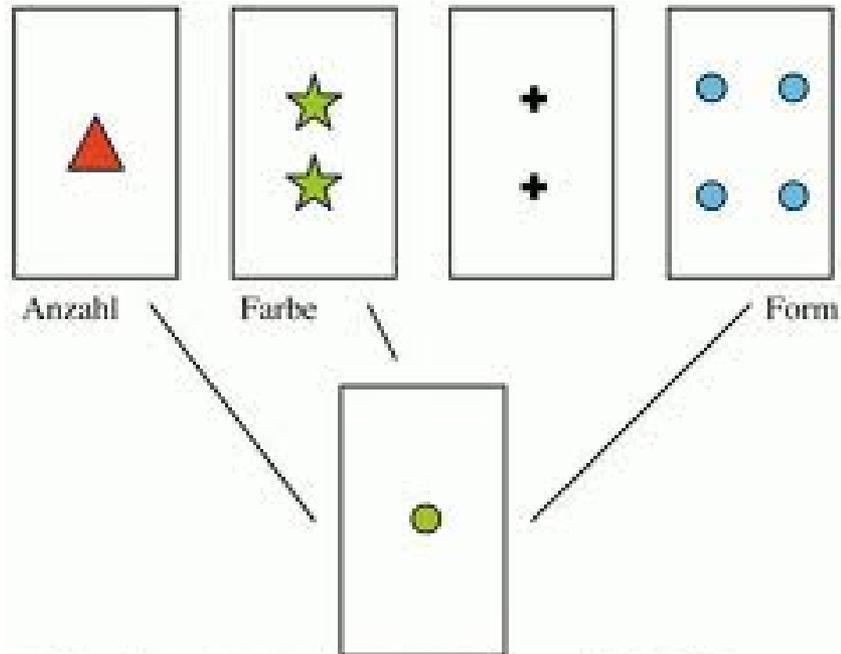
Diagnostic

Wisconsin Card Sorting Test (WCS):

- Epreuve développée par Grant & Berg en 1948.
- Test de résolution de problème testant la pensée abstraite, conceptuelle et évaluant la flexibilité cognitive.
- Capacité de prendre en compte le résultat des réponses données et d'adapter son comportement ultérieur en fonction de l'action.
- Mesure de la flexibilité cognitive: capacité du sujet à changer de stratégies de réponse lorsque celles-ci sont mises en échec dans une situation donnée.
- Test sensible à la fonction du cortex préfrontal: patients présentant des lésions neurologiques sont déficitaire à ce test et montrent de la persévération
- Matériel de 128 cartes représentant des figures géométriques simples qui peuvent varier selon 3 critères:
 - nombre de figures sur la carte: 1-4 figures
 - couleur des figures: jaune, vert, rouge, bleu
 - Forme: triangles, croix, étoile, cercle
- Les sujets doivent placer une des cartes sous l'une des cartes-stimulus présentant chacune des caractéristiques différentes. Les sujets ne sont pas informés des principes de classement.
- Seule information est un feed-back après chaque décision de classement (correct-incorrect)

Diagnostic

Wisconsin Card Sorting Test (WCS):

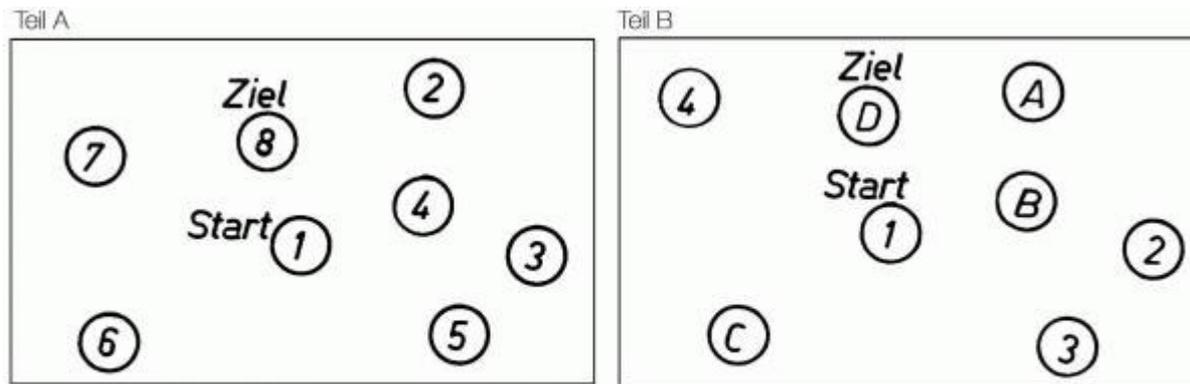


Hager E, Kasper S. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2005; 31(6): 17-22 ©

Diagnostic

Le Trail Making Test (TMT)

- Issue de l' « Army Individual Test Battery » (1944).
- Epreuve évaluant les capacités de flexibilité mentale la plus connue et la plus utilisée
- Epreuve constituée en 2 parties (A et B) implique également des capacités visuo-motrices (recherche visuelle, surtout dans la partie B).
- Dans la partie A du test, le sujet doit relier au crayon des nombres par ordre croissant, les nombres étant disséminés aléatoirement sur une page.
- Dans la partie B, le sujet doit relier alternativement un nombre à une lettre de manière croissante (1 -A-2-B-3-C-4-D...).
- On demande au sujet d'aller le plus vite possible sans lever le crayon. Si l'expérimentateur voit que le sujet se trompe, il doit lui faire remarquer.



Hilger E, Kasper S Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2002; 3 (4): 17-22 ©

Diagnostic

D. Evaluation cognitivo-comportementale / échelles cliniques

- Instruments d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation
- Approche dimensionnelle du fonctionnement normal et pathologique

Evaluation de dimensions normales ou pathologiques:

- Exemples: l'empathie, l'altruisme, l'estime de soi, l'anxiété

Evaluation cognitive:

- Evaluation de la cognition, de la pensée, des croyances
- Cadre théorique des thérapies cognitivo-comportementales: les problèmes psychopathologiques sont associés à des cognitions dysfonctionnelles.
- Exemples: questionnaire de pensées automatiques (ATQ-30, Hollon & Kendall, 1980), questionnaire des cognitions agoraphobiques,

Evaluation de la symptomatologie:

- Evaluation des symptômes d'un trouble spécifique et en général indication sur le degré de sévérité du trouble.
- Exemples: Beck Depression Inventory, Montgomery and Asberg Depression Scale,...

Echelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)

1) Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.

- 0 Pas de tristesse.
- 1
- 2 Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté.
- 3
- 4 Parait triste et malheureux la plupart du temps.
- 5
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2) Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.

3) Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4) Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité.
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5) Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 3.
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade.

6) Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficulté de concentration.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- 5
- 6 Incapacité de lire ou de converser sans grande difficulté.

7) Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur.
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités.
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8) Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
- 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9) Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

- 0 Pas de pensées pessimistes.
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation.
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10) Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
- 1
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
- 3
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis.
- 5
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Résultats :

Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5).

Score maximal de 60.

Le seuil de dépression est fixé à 15.

Echelle assez rapide et sensible à l'efficacité thérapeutique.

Références :

*Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, M.Bouvard, J.Coltraux, Ed. Masson 2002.
Consultation en gériatrie L.Hugonot-Diener, Ed. Masson, Consulter Prescrire 2001.*

Diagnostic

4. Questionnaire des cognitions agoraphobiques (Chambless)*

« Chaque fois que je ressens de l'angoisse ou de l'anxiété, il m'arrive de penser que... »

	1	2	3	4	5
	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Tout le temps
1. Je vais vomir					
2. Je vais m'évanouir					
3. Je dois avoir une tumeur cérébrale					
4. Je vais faire une crise cardiaque					
5. Je vais mourir d'étouffement					
6. Je vais agir de manière ridicule					
7. Je vais devenir aveugle					
8. Je vais perdre le contrôle de moi					
9. Je vais faire du mal à quelqu'un					
10. Je vais faire une attaque cérébrale					
11. Je vais devenir fou (folle)					
12. Je vais me mettre à hurler					
13. Je vais me mettre à bafouiller ou parler bizarrement					
14. Je serai paralysé(e) par la peur					

Score :

* The Agoraphobic Cognitions Questionnaire de Chambless D.L. et coll. J. Consult. Clin. Psychol. 1984, vol. 152, 1090-1097.

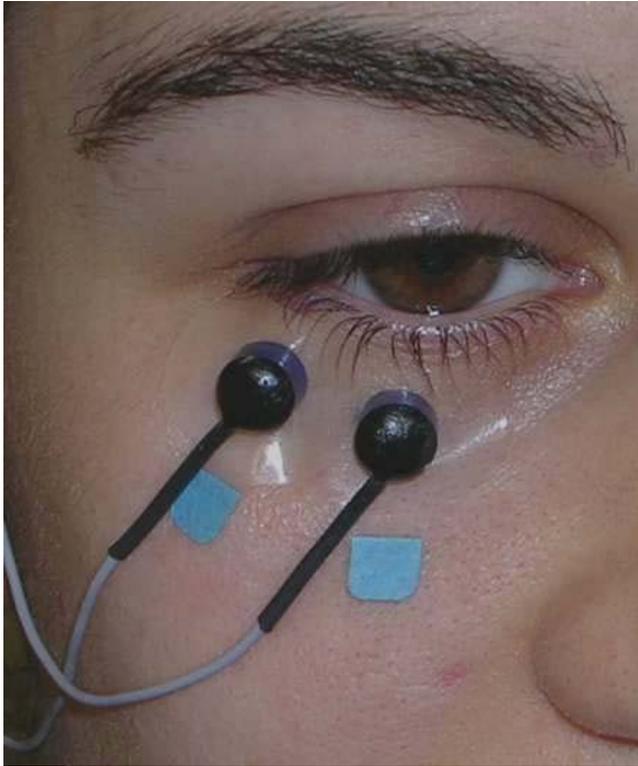
Diagnostic

E. L'évaluation physiologique

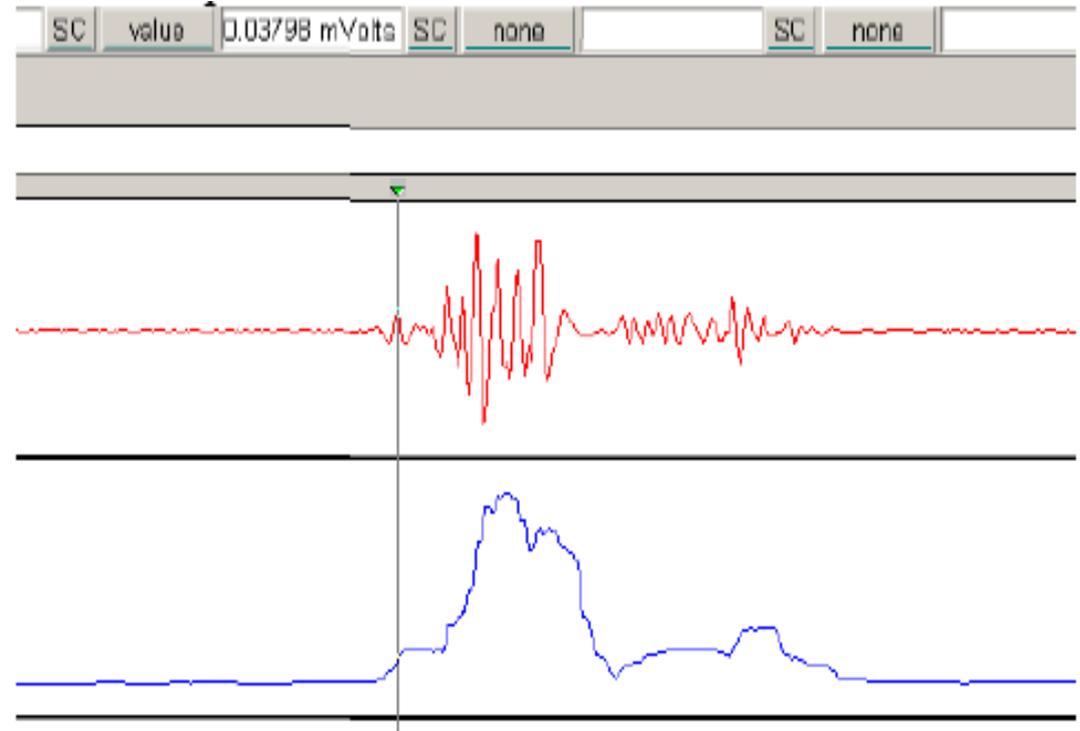
- Prise en compte d'indices physiologiques qui se modifient en fonction d'états psychologiques spécifiques
- Exemple: anxiété est associée à une augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, de la transpiration (augmentation de la conductance de la peau).
- Mesure des réactions physiologiques à des stimuli associés à de la peur (par exemple « startle reflex »)
- Méthode surtout utilisée dans des paradigmes expérimentaux

Startle Reflex:

Mesure électromyographique du clignement réflexe de l'oeil



Musculus orbicularis oculi



Stimulus startle:
son bourdonnant,
95 dB(A), 50 ms

Reflexe typique de clignement de
l'oeil: startle reflex

Diagnostic

E. L'évaluation physiologique

Techniques d'imagerie cérébrale:

- Etude du cerveau au travail ou étude de changement de l'activité ou de la structure du cerveau dans des troubles pathologiques.

Electroencéphalographie:

- enregistrement de l'activité électrique produite par le cerveau.
- Enregistrement par des électrodes placée à la surface du crâne
- Technique non-invasive
- Utilisée pour le diagnostic de maladies neurologiques (par ex. l'épilepsie) dans des paradigmes expérimentaux en utilisant les potentiels évoqués cognitifs (Event-Related Potentials, ERP).

Diagnostic

E. L'évaluation physiologique

Techniques d'imagerie cérébrale:

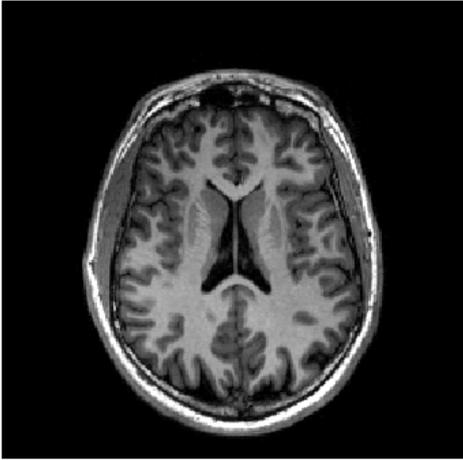
- Etude du cerveau au travail ou étude de changement de l'activité ou de la structure du cerveau dans des troubles pathologiques.

Imagerie à résonance magnétique (IRM):

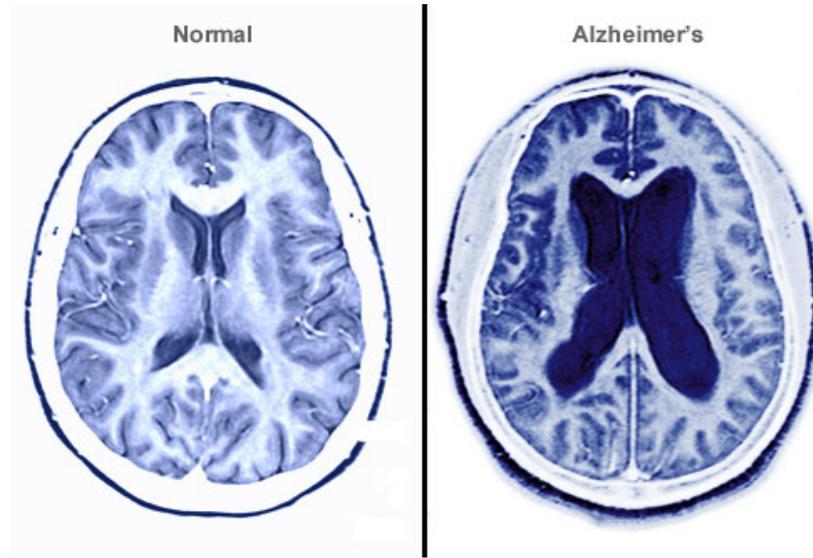
- Technique relativement non-invasive
- IRM structurelle: permet d'obtenir des images en 3 dimensions des structures du cerveau. Utilisation pour le diagnostic de certaines maladies neurologiques, utilisation pour le diagnostic des troubles de la démence
- IRM fonctionnelle: identification de structures et de régions actives durant des tâches expérimentales.

Diagnostic

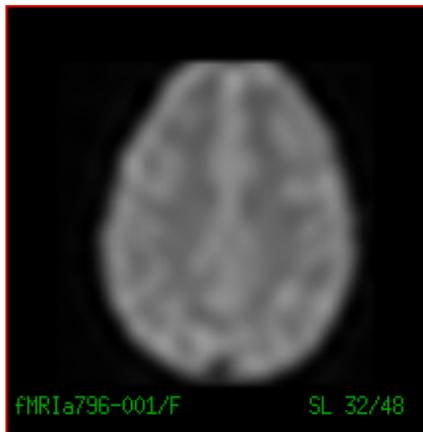
IRM structurelle
Sujet normal



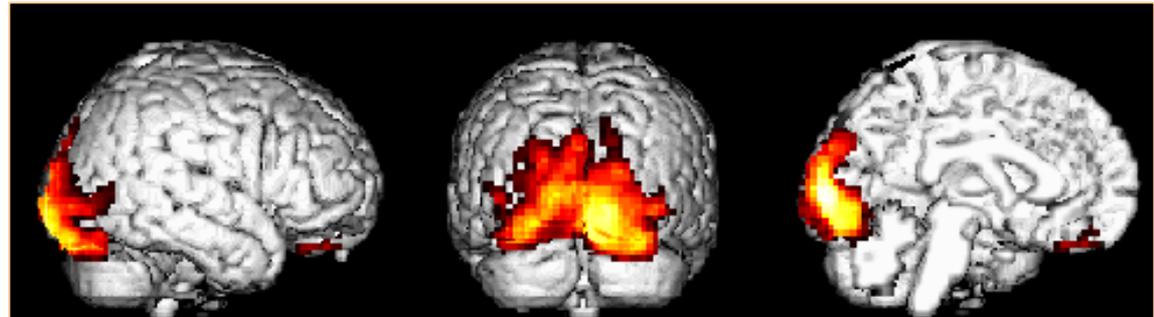
IRM structurelle
Patient Alzheimer



IRM fonctionnelle



Analyse de groupe



Diagnostic

E. L'évaluation physiologique

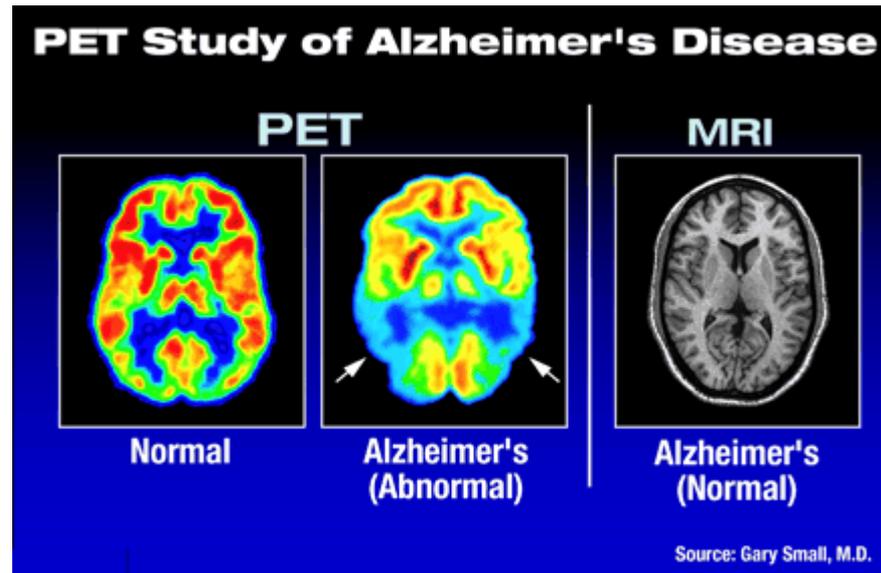
Techniques d'imagerie cérébrale:

- Etude du cerveau au travail ou étude de changement de l'activité ou de la structure du cerveau dans des troubles pathologiques.

Tomographie par émission de positrons (TEP):

- Technique relativement invasive
- permet d'obtenir une vision dynamique du cerveau au repos ou en activité.
- Etude du métabolisme ou de la neurochimie du cerveau
- Utilisation de marqueurs radioactifs
- Indicateurs de l'activité régionale du débit sanguin, de la consommation d'oxygène ou de glucose.

Diagnostic



J. Rosack, 2001, Psychiatric News, 36 (24), p.20