

Diagnostic différentiel de la dépression: étape préparatoire à la thérapie

GILLES GAUDETTE

Louis-H. Lafontaine et Clinique psychosomatique Chertier

et

ARIEL STRAVYNSKI

Université de Montréal et Hôpital Louis-H. Lafontaine

Cet article trace les grandes lignes de la classification de la dépression en différents sous-groupes, tel que proposé par le DSM-III. Les principes sous-jacents et l'utilité de la classification dans le contexte de thérapie comportementale sont soulignés. Le diagnostic est envisagé comme une étape préparatoire à la thérapie.

L'utilité d'établir un diagnostic différentiel selon les critères du DSM-III (APA, 1980) ne fait pas nécessairement consensus en thérapie comportementale. Certains reprochent à ce processus d'être trop subjectif et de ne reposer que sur le jugement clinique du thérapeute; d'autres reprochent cette prétention impérialiste de la psychiatrie dans le domaine de la santé mentale; d'autres craignent que le fait de porter une étiquette affecte par la suite l'interprétation des comportements et attitudes manifestés par le client; d'autres enfin reprochent le manque de validité ou de fidélité inter-juge et l'absence de distinction claire entre les catégories diagnostiques.

Nous recourons au processus de diagnostic différentiel pour les raisons suivantes: le diagnostic différentiel facilite l'organisation des manifestations de la problématique du client dans une phase initiale; le regroupement d'un problème

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA DÉPRESSION: ÉTAPE PRÉPARATOIRE À LA THÉRAPIE

donné au sein d'une catégorie diagnostique nous facilite l'accès à des connaissances accumulées sur ce sujet: histoire naturelle typique, phénoménologie, traitements alternatifs disponibles. Comme les catégories diagnostiques du DSM-III sont déjà largement utilisées et sont le fruit d'un certain consensus, elles favorisent une meilleure communication entre les différents intervenants. Par contre, nous ne considérons pas le diagnostic comme une étiquette immuable; il ne doit pas non plus être conçu comme un appui à la notion médicale «d'entité malade»; enfin, nous ne considérons pas indispensable de faire les raffinements entre les sous-catégories diagnostiques comme condition préalable à une intervention thérapeutique (v.g. dépression majeure versus trouble dysthymique versus dépression majeure surajoutée à un trouble dysthymique). Les cliniciens intéressés trouveront en annexe les sujets à aborder en entrevue pour être en mesure de poser un diagnostic.

Classification des différents types de dépression

Les différents types de dépression et leurs critères diagnostiques sont regroupés sous la rubrique «troubles affectifs» dans le DSM-III.

Troubles bipolaires

Retenons pour l'essentiel les distinctions suivantes, entre les troubles bipolaires et unipolaires. Dans le cas des troubles bipolaires, que ce soit le trouble manaco-dépressif ou le trouble cyclothymique, on retrouve une phase d'excitation suivie d'une phase dépressive. Le terme bipolaire désigne deux pôles opposés en termes de fluctuation de l'humeur. Le clinicien doit toujours vérifier, lorsqu'il soupçonne un trouble dépressif, s'il n'y a pas eu d'épisode maniaque auparavant. Le client ne rapporte pas toujours cet épisode maniaque. Dans bien des cas, on doit aller chercher de l'information supplémentaire auprès d'une personne proche. Il est assez facile de diagnostiquer un épisode maniaque lorsqu'on questionne les membres de l'entourage (Tableau 1). Cela peut être beaucoup plus difficile dans le cas d'un épisode hypomaniaque pour un trouble cyclothymique: la phase d'excitation n'est pas excessive et peut être confondue avec une phase de bonne humeur ou de rémission de la symptomatologie dépressive.

Troubles unipolaires

Sous la rubrique des troubles affectifs unipolaires, on retrouve l'épisode dépressif majeur et le trouble dysthymique caractérisé par une humeur dysphorique... Retenons pour l'essentiel que l'épisode dépressif majeur requiert aussi la persistance durant au moins deux semaines de quatre des huit critères suivants: trouble d'alimentation, de sommeil, de mouvement, de concentration, de perte d'énergie, et sentiment de culpabilité et de préoccupation suicidaire. L'épisode dysthymique doit comprendre une durée d'au moins deux ans chez les adultes et la symptomatologie est moins aiguë. L'épisode dépressif majeur et le trouble

Toute correspondance doit être adressée à Ariel Stravynski, Ph.D., Centre de recherche, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401 Hochelaga, Montréal (Québec), Canada, H1N 3M5

TABLEAU 1. Critères diagnostiques d'un épisode maniaque.

- A. Une ou plusieurs périodes distinctes comportant une humeur à prédominance exaltée, gaie, expansive ou irritable. L'humeur gaie ou irritable doit être un symptôme prédominant de la maladie, et relativement persistante, bien qu'elle puisse alterner avec une humeur dépressive, ou s'y mêler.
- B. Durée d'au moins une semaine (ou durée quelconque si une hospitalisation est nécessaire), durant laquelle, la plupart du temps, au moins trois des symptômes suivants ont persisté (quatre, si l'humeur est seulement irritable) avec une intensité suffisante:
- (1) augmentation de l'activité (sociale, professionnelle ou sexuelle) ou agitation physique
 - (2) plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
 - (3) fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent
 - (4) augmentation de l'estime de soi (idées de grandeur pouvant être délirantes)
 - (5) réduction du besoin de sommeil
 - (6) distractibilité; l'attention du sujet étant trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants
 - (7) implication excessive dans des activités qui ont un potentiel élevé de conséquences dommageables quoique non reconnues comme telles par le patient. Exemples: achats inconsidérés, impudeur sexuelle, investissements commerciaux insensés, conduite dangereuse au volant
- C. Quand le syndrome affectif est absent (critères A et B ci-dessus), c'est-à-dire avant l'installation ou après la guérison de celui-ci, aucun des symptômes suivants n'est au premier plan:
- (1) préoccupation par une idée délirante ou une hallucination non congruente à l'humeur (voir définition ci-dessous)
 - (2) comportement bizarre
- D. Non surajouté à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme ou paranoïaque.
- E. Non dû à un Trouble mental organique tel qu'une Intoxication par une substance toxique.
- Note: un épisode hypomaniaque est une perturbation pathologique similaire à celle de l'épisode maniaque, mais moins sévère que celle-ci.

dysthymique partagent une zone grise. Dans bien des cas, un trouble dépressif majeur peut se surajouter à un trouble dysthymique ou encore une dépression majeure peut laisser des séquelles qui sont diagnostiquées comme trouble dysthymique. Cette distinction entre épisode dépressif majeur et trouble dysthymique est essentielle pour une pratique pharmacologique: les gens présentant un trouble dysthymique ne répondent pas nécessairement aux antidépresseurs. Par contre, pour un thérapeute d'orientation comportementale cognitive, il n'est pas indispensable de trancher au niveau de cette zone grise puisque cela n'affectera pas de façon particulière l'analyse fonctionnelle et le programme d'intervention thérapeutique.

Trouble d'adaptation avec humeur dépressive

La distinction entre trouble d'adaptation avec humeur dépressive, dépression majeure ou trouble dysthymique, n'est pas toujours simple à faire. Pour l'essentiel, retenons que dans une dépression majeure, on assiste à un effondrement total sur le plan affectif, comportemental et cognitif. Dans le cas d'un trouble d'adaptation, la personne se sent effectivement déprimée, mais conçoit que le facteur psychosocial (v.g. perte d'un emploi) qui est responsable de cette humeur n'aurait plus cet effet si la situation était rétablie (v.g. obtention d'un nouvel emploi). De même dans le trouble dysthymique, on peut observer d'une part la notation de durée et le fait que peu importe l'événement, la réaction dépressive demeure toujours la même. Les tableaux 2, 3 et 4 présentent les critères permettant de diagnostiquer l'un ou l'autre de ces troubles.

Troubles affectifs d'origine organique

Il n'est pas toujours facile d'isoler un antécédent maniaque lorsqu'un client se présente avec un tableau dépressif. Cependant, l'entrevue clinique doit être rigoureuse sur ce point puisque l'existence d'un épisode maniaque peut laisser soupçonner la possibilité d'un trouble organique occasionné par la consommation de substances telles que les amphétamines ou les stéroïdes ou encore par d'autres facteurs organiques connus tels que la sclérose en plaque (syndrome affectif organique, psycho-syndrome organique). L'histoire des antécédents médicaux peut nous placer sur une bonne piste. Lorsqu'un tel syndrome affectif peut être soupçonné, il y a lieu de référer pour un bilan médical complet. Un tel bilan médical s'avère aussi souvent nécessaire pour un épisode dépressif unipolaire puisque certaines maladies physiques telles que l'hypothyroïdie, l'hypoglycémie, etc... peuvent avoir comme symptôme associé un épisode dépressif.

Les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie doivent être clairement investigués en entrevue. D'une part, le client ne fournit pas nécessairement aisément l'information en ce qui a trait à la consommation d'alcool ou autre drogue. Les clients ont souvent tendance à minimiser la quantité consommée. De plus, l'alcoolisme peut, dans certains cas, être considéré comme responsable du dévelop-

TABLEAU 2. Critères diagnostiques d'un Episode dépressif majeur.

- A. Humeur dysphorique ou perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités usuelles et les passe-temps. L'humeur dysphorique est caractérisée par des symptômes tels que les suivants: déprimé, triste, catardeux, sans espoir, au bout du rouleau, irritable. Le trouble de l'humeur doit être évident et relativement persistant, mais n'est pas forcément le symptôme prédominant, et il n'inclut pas les changements soudains d'une humeur dysphorique à une autre humeur dysphorique, par exemple le passage de l'anxiété à la dépression et à la colère, tels qu'on les observe dans les états de perturbation psychotique aiguë? (Pour les enfants de moins de 6 ans, l'humeur dysphorique doit être inférée d'une expression faciale triste permanente).
- B. Au moins 4 des symptômes suivants doivent chacun avoir été présents presque tous les jours pendant une période d'au moins deux semaines (pour les enfants de moins de 6 ans, au moins trois des 4 premiers):
- (1) anorexie ou perte significative de poids (en l'absence de régime) ou augmentation de l'appétit ou prise significative de poids (chez les enfants de moins de 6 ans, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue)
 - (2) insomnie ou hypersomnie
 - (3) agitation ou ralentissement psychomoteur (non limité à un sentiment subjectif d'agitation ou de ralentissement intérieur) (chez les enfants de moins de 6 ans, hypoactivité)
 - (4) perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités habituelles, ou baisse d'activité sexuelle non limitée à une période ayant comporté des idées délirantes ou des hallucinations (chez les enfants de moins de 6 ans, signes d'apathie)
 - (5) perte d'énergie, fatigue
 - (6) sentiment d'indignité, d'auto-accusation, ou de culpabilité excessive ou inappropriée (pouvant être délirants)
 - (7) diminution de l'appétit à penser ou à se concentrer (plaintes ou manifestations objectives) comme en témoigne une indécision ou un ralentissement de la pensée, non associé à une diminution de la logique des associations ou à une incohérence
 - (8) pensées récurrentes de mort, idéation suicidaire, souhaits d'être mort ou tentative de suicide.
- C. En l'absence d'un syndrome affectif (critères A et B ci-dessus), c'est-à-dire avant l'installation ou après la guérison de celui-ci, aucun des éléments suivants ne domine le tableau clinique:
- (1) préoccupation par une idée délirante ou une hallucination non congruente à l'humeur (voir définition di-dessus)
 - (2) comportement bizarre.
- D. Non surajouté à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme ou un Trouble paranoïaque.
- E. Non dû à un Trouble mental organique ou à un Deuil non compliqué.

TABLEAU 3. Critères diagnostiques du Trouble cyclothymique.

- A. Durant les deux dernières années, nombreuses périodes au cours desquelles quelques symptômes caractéristiques à la fois de syndromes dépressifs et maniaques ont été présents, mais dont la sévérité et la durée ne sont pas suffisantes pour répondre aux critères d'un épisode dépressif ou maniaque majeur. B. Les périodes dépressives et hypomaniaques peuvent être séparées par des périodes normothymiques pouvant persister plusieurs mois de suite; elles peuvent s'intercaler ou alterner.
- C. Au cours des périodes dépressives il existe une humeur dépressive ou maniaques; il existe une perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités et les passe-temps habituels et au moins trois des symptômes suivants:
- | | |
|---|--|
| (1) insomnie ou hypersomnie | (1) réduction du besoin de sommeil |
| (2) baisse d'énergie ou fatigue chronique | (2) plus d'énergie que d'habitude |
| (3) sentiment d'inadéquation | (3) surestimation de soi |
| (4) diminution de l'efficacité ou du rendement à l'école, au travail ou à la maison | (4) augmentation de la productivité, souvent associée à des heures de travail inhabituelles que le patient s'impose à lui-même |
| (5) diminution de l'attention, de la concentration ou de l'aptitude à penser clairement | (5) acuité et créativité inhabituelles de la pensée |
| (6) isolement social | (6) recherche frénétique de compagnie (hypersociabilité) |
| (7) perte d'intérêt ou de plaisir pour la sexualité | (7) hypersexualité sans conscience des conséquences pénibles éventuelles |
| (8) réduction des activités agréables. Sentiments de culpabilité pour des activités passées | (8) participation excessive à des activités agréables avec négligence du risque élevé de conséquences pénibles, par exemple: dépenses inconsidérées, investissements commerciaux imprudents, conduite dangereuse au volant |
| (9) sentiment de vivre au ralenti | (9) agitation motrice |
| (10) moins bavard que d'habitude | (10) plus bavard que d'habitude |

- (11) pessimisme envers le futur (11) optimisme exagéré ou exagération des réalisations passées
- (12) crises de larmes ou pleurs (12) rires, plaisanteries ou jeux de mots inappropriés
- D. Absence de caractéristiques psychotiques telles que: idées délirantes, hallucinations, incohérence ou relâchement des associations.
- E. Non dû à un autre trouble mental comme une rémission partielle d'un Trouble bipolaire. Néanmoins, un Trouble cyclothymique peut précéder un Trouble bipolaire.

TABLEAU 4. Critères diagnostiques du Trouble dysthymique.

- A. Au cours des deux dernières années (une année pour les enfants et les adolescents), le sujet a souffert constamment ou la plupart du temps de symptômes caractéristiques d'un syndrome dépressif mais d'une sévérité et d'une durée insuffisantes pour répondre aux critères d'épisode dépressif majeur.
- B. Les manifestations du syndrome dépressif peuvent être relativement persistantes ou séparées par des périodes d'humeur normale d'une durée de quelques jours à quelques semaines, mais sans atteindre plusieurs mois d'un seul tenant.
- C. Au cours des périodes dépressives, il existe soit une humeur dépressive prédominante (par exemple, tristesse, morosité, au bout du rouleau, abattement), soit une perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités usuelles et les passe-temps.
- D. Au cours des périodes dépressives, au moins trois des symptômes suivants sont présents:
- (1) insomnie ou hypersomnie
 - (2) baisse d'énergie ou fatigue chronique
 - (3) sentiment d'inadéquation, perte de l'estime de soi ou autodépréciation
 - (4) diminution de l'efficacité ou du rendement à l'école, au travail ou à la maison
 - (5) diminution de l'attention, de la concentration ou de l'aptitude à penser clairement
 - (6) retrait social
 - (7) perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités agréables
 - (8) irritabilité ou colère excessive (chez les enfants, elle s'exprime à l'égard des parents ou des tuteurs)
 - (9) incapacité à répondre avec un plaisir apparent aux éloges ou aux récompenses
 - (10) moins actif ou bavard que d'habitude, ou se sent ralenti ou agité
 - (11) attitude pessimiste vis-à-vis de l'avenir, ruminations d'événements passés ou auto-apitoiement
 - (12) crises de larmes ou pleurs
 - (13) pensées récurrentes de mort ou de suicide
- E. Absence de caractéristiques psychotiques telles que: idées délirantes, hallucinations, incohérence ou relâchement des associations.
- F. Si la perturbation est surajoutée à un trouble mental préexistant comme un Trouble obsessionnel-compulsif ou une Dépendance à l'alcool, l'humeur dépressive, du fait de son intensité ou de ses conséquences sur le fonctionnement, peut être clairement distinguée de l'humeur habituelle du sujet.

pement d'un épisode dépressif. Dans d'autres cas, la dépression peut être masquée ou dissimulée par la consommation d'alcool. De même, certaines drogues peuvent déclencher soit des épisodes maniaques ou des épisodes dépressifs (v.g. cocaïne). Encore là, on peut assister à un problème de la poule et de l'oeuf, puisqu'une personne en phase maniaque peut avoir une propension plus grande à consommer des substances toxiques. Bref, même si les épisodes maniaques et hypomaniaques ne sont pas faciles à déceler et même si l'histoire médicale n'est pas toujours disponible, le clinicien doit être vigilant et entreprendre un questionnement serré sur ces aspects dès qu'un client semble présenter un tableau dépressif. De même il est important de vérifier la prise de médicaments. Cela peut nous fournir des indices sur la possibilité d'épisodes dépressifs découlant d'un effet secondaire d'une médication prescrite pour un autre trouble. Par exemple, certains médicaments prescrits pour l'hypertension peuvent avoir comme complication l'apparition d'un état dépressif.

Dépression et caractéristique psychotique congruente à l'humeur

Il est possible qu'un épisode dépressif majeur soit accompagné d'idées délirantes ou d'hallucinations. Si tel est le cas, les idées délirantes se rapportent généralement à des thèmes d'inadéquation personnelle, de culpabilité, de maladie ou de mort. Si le phénomène psychotique déborde largement le cadre dépressif, on doit à ce moment envisager les désordres psychotiques ou schizophréniques.

Dépression et trouble de la personnalité

Ce groupe d'entités diagnostiques cotées en axe 2 dans le DSM-III ne fait pas l'unanimité au sein des behavioristes. Nous considérons cette classification utile dans le diagnostic des troubles dépressifs puisque les troubles de personnalité réferent à un pattern de fonctionnement de longue durée, rigide, mal adapté et qui semble constant dans l'ensemble d'activités de l'individu: interpersonnelles, sociales et professionnelles. En fait, les personnes présentant un trouble de la personnalité ont tendance à agir, réagir et analyser toute situation à l'intérieur d'un cadre étroit. Le pattern de réponse étant limité et inapproprié pour faire face à des nombreuses situations, la probabilité de manifester un trouble dépressif est plus grande.

La présence d'un trouble de personnalité n'est pas toujours évident dans une entrevue initiale. Le meilleur indicateur est l'histoire personnelle du client; généralement le pattern de réponse s'est manifesté dès l'enfance et a toujours persisté à l'adolescence et à la vie adulte. Il persiste aussi malgré une réaction dépressive. Il y a une association importante entre des épisodes dépressifs et certains troubles de la personnalité: dépendante, hystérique et flamboyante face à la personnalité (Millon et Kotik, 1983). La dépression dramatisée et flamboyante face à la menace d'être abandonné dans le trouble de personnalité hystérique va se manifester en termes de docilité impuissante et exigences de réassurance d'être laissé dans le trouble de personnalité dépendante. Dans des circonstances similaires,

une personne avec un diagnostic de trouble de personnalité narcissique présentera ce qu'elle vit comme étant unique et exigera un traitement particulier. Par contre, un individu avec un diagnostic de trouble d'état limite (borderline) risque de manifester de la rage, de l'instabilité et de l'impulsivité ou même des comportements auto-destructeurs face à la possibilité de se retrouver seul (Tableau 5). Le diagnostic d'un trouble de personnalité s'avère utile dans le cas des états dépressifs pour deux raisons. D'une part, le pronostic peut être moins favorable lorsqu'il y a présence d'un trouble de personnalité et l'analyse fonctionnelle ainsi que le plan d'intervention doit tenir compte du répertoire comportemental limité de ces clients. De plus, le potentiel suicidaire est plus élevé chez un client déprimé présentant un trouble de personnalité narcissique, hystérique ou borderline.

Dépression et suicide

Les pensées récurrentes de mort et les idéations suicidaires sont souvent associées à l'épisode dépressif majeur ou au trouble dysthymique. Elles ne sont pas présentées comme un symptôme dans le cas d'un trouble cyclothymique (DSM-III, 1980). Elles ne sont pas présentes lors d'une phase maniaque même si l'individu en phase maniaque peut avoir des conduites qui sont objectivement suicidaires (v.g. conduite en état d'ébriété).

On estime qu'une personne sur dix présentant un épisode dépressif majeur nécessitera une hospitalisation et une personne sur 200 se suicidera.

L'évaluation du risque suicidaire doit être faite directement en entrevue clinique. Il n'est pas toujours facile d'explorer ces émotions extrêmes. Cependant, le clinicien doit le faire en insistant sur ces ruminations. Il doit vérifier si le client a des idées suicidaires, des plans précis ou s'il a déjà fait des tentatives de suicide dans le passé.

TABLEAU 5. *Critères diagnostiques du Trouble de l'adaptation.*

- A. Une réaction non adaptée à un facteur de stress psychosocial identifiable, apparaissant au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci.
- B. Le caractère non adapté de la réaction se traduit par l'une des deux manifestations suivantes:
- (1) un handicap du fonctionnement social ou professionnel
 - (2) des symptômes exagérés par rapport à une réaction normale et prévisible à ce facteur de stress
- C. La perturbation n'est pas simplement un exemple parmi d'autres d'une réactivité exagérée habituelle à des facteurs de stress, ni une exacerbation de l'un des troubles mentaux décrits précédemment.
- D. Il est supposé que la perturbation va, en définitive, cesser après la disparition du facteur de stress ou, si celui-ci persiste, dès qu'un nouveau degré d'adaptation sera atteint.
- E. La perturbation ne répond aux critères d'aucun des troubles spécifiques cités précédemment, ni à ceux du Deuil non compliqué.

Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive

Cette catégorie doit être utilisée quand les manifestations prédominantes impliquent des symptômes tels que: humeur dépressive, envie de pleurer et perte d'espoir. Le diagnostic différentiel concerne essentiellement la Dépression majeure et le Deuil non compliqué.

Canevan d'entrevue diagnostique

ANNEXE

1. **Identification**
Vérifier si l'on a les données en ce qui concerne l'âge, le sexe, le statut marital, le nombre d'enfants, leur âge, l'occupation et si important, l'ethnie et la religion. S'assurer aussi d'identifier la source de référence ainsi que le nom de la personne qui réfère.
2. **Raison de consultation**
Résumer le motif de consultation tel qu'exprimé par le client.
3. **Antécédents personnels**
S'assurer que l'on a les informations sur les antécédents personnels, médicaux ou psychiatriques: maladies chroniques, hospitalisations antérieures, antécédents de trouble psychotique, de dépression (unipolaire, bipolaire), de toxicomanie ou d'alcoolisme.
N.B. Noter s'il y a eu ou non une tentative de suicide antérieure.
4. **Médication actuelle**
Noter tous les médicaments consommés actuellement par le client y compris les médicaments dits « naturels » sans prescription et les contraceptifs oraux.
5. **Problème actuel**
A ce stade, on doit tenter de retracer le développement chronologique de la dépression du client. On doit tout d'abord identifier le contexte dans lequel est apparu le début des symptômes dépressifs (facteur de stress, occupationnel, santé, interpersonnel, changement d'habitude de vie, drogue, médication, etc.). Après quoi, on doit tenter de tracer l'évolution du trouble: progressif, continu ou périodique; période de fonctionnement normal; moyens pris par le client.
Par la suite, on doit identifier et si possible quantifier les symptômes présents actuellement en se référant aux critères diagnostiques du DSM-III.
Après quoi, il y a lieu d'évaluer les conséquences actuelles du trouble tant sur le plan personnel, occupationnel, financier, interpersonnel ou conjugal.
En dernier lieu, on doit noter s'il s'agit d'un premier épisode ou s'il y a eu des épisodes similaires antérieurement; si tel est le cas, noter qu'elle a été la durée approximative de ces épisodes, le type de traitement reçu et la réponse du client à ce traitement. Noter enfin si ces épisodes antérieurs semblent avoir laissé des séquelles par la suite. Finalement, il est important de vérifier l'occurrence d'épisodes de manie dans le passé.
6. **Histoire familiale et antécédents familiaux**
Procéder à une description succincte de la famille d'origine; caractériser le rapport du client avec ses parents et ses frères et soeurs. Noter s'il y a eu des problèmes psychiatriques dans cette famille d'origine ou encore dans la famille élargie.

oncles, tantes, cousins, cousines. Noter évidemment les pathologies sévères, v.g. schizophrénie, dépression et suicide, etc.

7. Histoire personnelle

Retracer brièvement le comportement du client lors de son enfance, lors de son école primaire, à l'adolescence puis à la vie de jeune adulte et à la vie adulte, s'il y a lieu. Tenter d'identifier les événements qui auraient pu être marquants autant en termes d'histoire sociale, occupationnelle, sexuelle, scolaire, etc.

8. Habitudes de vie

Identifier brièvement les habitudes de loisir, de sommeil, d'alimentation; noter la consommation d'alcool, de drogue, de café ou de thé. Noter les activités habituelles du client, caractériser son humeur avant le développement de la problématique, tel que défini par le client.

9. Examen mental

Noter les principales observations sur le comportement du client lors des entrevues. Évaluer grossièrement l'apparence générale et l'attitude vis-à-vis l'examineur, les fonctions cognitives, l'affect, le discours, le contenu de la pensée, la perception, le jugement et l'auto-critique.

10 Le diagnostic

Le DSM-III propose cinq axes pour formuler le diagnostic.

Axe 1: L'axe 1 réfère au syndrome clinique observé (v.g. dépression majeure unipolaire, agoraphobie avec attaque de panique, etc.).

Axe 2: L'axe 2 réfère à la possibilité d'un trouble de personnalité (borderline, narcissique, etc.). Habituellement, la possibilité d'un trouble de personnalité est difficile à diagnostiquer lors d'une première entrevue; le diagnostic peut alors être présenté comme provisoire.

Axe 3: On note ici les troubles ou affectations physiques importantes qui peuvent avoir des incidences sur les problèmes actuels de santé mentale.

Axe 4: L'axe 4 réfère à une évaluation subjective de la part de l'examineur quant à la sévérité des facteurs de stress psychosociaux vécus durant la dernière année.

Axe 5: L'axe 5 réfère aussi à une évaluation subjective de l'examineur quant au niveau d'adaptation et de fonctionnement le plus élevé observé chez le client durant la dernière année.

11 Formulation clinique

Il s'agit ici de résumer sommairement la problématique et l'évolution de cette problématique pour le client évalué.

Les lecteurs qui désirent en savoir plus sur la façon de réaliser de telles entrevues peuvent se référer au chapitre 12, du livre «Comprehensive Textbook of Psychiatry» (Kaplan et Sadock, 1985).

Abstract

This paper outlines the main principles of classification of depression in the DSM-III. The usefulness of such a classification within the context of behavior therapy is discussed. Diagnosis is conceived of as a preparatory stage toward therapy.

REFERENCES

- American Psychiatric Association (1985). *DSM-III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson, Paris.
- Kaplan, H., Sadock, B. (Eds) (1985). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams, Wilkins, Baltimore.
- Millon, T., Kotik, D. (1985). The relationship of depression to disorders of personality. In E. Beckham, W. Leber (Eds). *Handbook of Depression*. Dorsey Press, Honeewood, Ill.