

12. Psychopathologie

Patienten, die eine Memory Clinic aufsuchen, weisen neben kognitiven auch psychiatrische und verhaltensbezogene Zeichen und Symptome auf. Treten diese im Rahmen der kognitiven Grunderkrankung auf, verweisen wir auf das Kapitel 4 (BPSD).

Viele Patienten sind aber von einer isolierten Psychopathologie betroffen. Möglicherweise zeigt sich eine Psychopathologie – hier vor allem eine affektive Störung – die der kognitiven Störung nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv zugrunde liegt. Ferner können alle primären Psychopathologien a priori zusammen mit einer primären kognitiven Störung als Begleiterkrankung, insbesondere einer Demenz, auftreten.

Standard

- Klinische Untersuchung auf Vorliegen einer Psychopathologie
 - Subjektive Bewertung durch den Patienten
 - Fremdbewertung durch Angehörige oder Pflegepersonen, die den Patienten gut kennen und dessen Zustimmung haben
 - Psychopathologischer Grundstatus
- Kompetenz zur Diagnose einer psychiatrischen Begleiterkrankung:
 - Diagnose einer depressiven Störung
 - Differentialdiagnose von primären affektiven und psychotischen Pathologien
- Gewichtung der Informationen im Diagnoseprozess
- Dem multidisziplinären Team steht ein Psychogeriatrer zur Verfügung.
- Berücksichtigung primärer Psychopathologien bei Therapieempfehlungen zu kognitiven Störungen, d. h. BPSD
- In folgenden Fällen ist dem behandelnden Arzt zu empfehlen, den Patienten an ein Spezialzentrum (v. a. psychogeriatrische Polikliniken) zu überweisen:
 - schwere Psychopathologie
 - bekannte oder vermutete schwere psychiatrische Begleiterkrankung
 - komplexe Implikationen für die Familie
 - potentielle Zwangsmaßnahmen

Optional

- Die Anwendung eines psychopathologischen Beschreibungsrasters wird empfohlen
- Der Einsatz spezieller psychopathologischer Skalen wird empfohlen:
 - systematisch:
 - Geriatric Depression Scale (GDS) oder Beck Depression Inventory (BDI-II) – auch wenn sich der Patient noch im Frühstadium der Demenzerkrankung befindet (Savaskan et al. 2014) – oder sonstige einschlägige Skalen
- Behandlung der psychischen Begleiterkrankungen an der Memory Clinic
 - je nach Kompetenz und Verfügbarkeit

Ausblick

-

Références

Beck A, Ward C, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:53-63.

Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23:56-62.

Montgomery S, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979; 134:384-389.

Radloff L, Teri L. Use of the Center for Epidemiological Studies – depression scale with older adults. Clin Gerontol 1986; 5:119-137.

Burns A, Lawlor B, Craig S. Rating scales in old age psychiatry. British Journal of Psychiatry. 2002; 180:161-167.

Sheehan DV, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 1998; 59: 22-33 (1998)

Yesavage J, Brink T, Rose T et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. J Psychiatr Res, 1983; 17:37-49.

Ihl R, Grass-Kapanke B, Lahrem P et al. Entwicklung und Validierung eines Tests zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD). Fortschr Neurol Psychiatr 2000; 68(9): 413-422.

Sunderland, T, Altman I, Yount D et al. A new scale for the assessment of depressed mood in demented patients. Am J Psychiatry 1988;145:955–959.

Wells CE. Pseudodementia. Am J Psychiatry 1979; 136:895–900.

Auteurs

Armin von Gunten, Dan Georgescu

Annexe

Argumentaire informatif concernant la psychopathologie

Le diagnostic fin et la prise en charge des patients avec une psychopathologie primaire ou une comorbidité psychiatrique n'est pas l'apanage d'une CM, mais il est important que les CM soient en mesure de diagnostiquer les psychopathologies les plus importantes et détecter les patients avec une possible comorbidité pour les adresser à un collègue spécialisé.

En effet, peut-être 20% des patients consultant dans une CM n'ont pas un trouble cognitif primaire, mais une pathologie psychiatrique. Il n'est pas clair combien des patients avec un trouble cognitif primaire sont porteurs d'une comorbidité psychiatrique, mais cette prévalence est probablement élevée et peut être estimée à être semblable à celle dans la population générale vieillissante. En effet, si une psychopathologie préexistante n'est pas nécessairement un facteur de risque pour une pathologie cognitive à l'âge plus avancé, il n'y a guère d'indication qu'une psychopathologie préexistante constitue un facteur de protection contre une pathologie cognitive liée à l'âge. L'ensemble des pathologies psychiatriques de l'âge peuvent se voir dans une CM, mais les diagnostics les plus importants sont probablement les tableaux dépressifs et anxieux, les dépendances aux substances psychoactives et probablement les troubles de la personnalité.

Il va sans dire que les psychopathologies primaires doivent être prises en charges selon les règles de l'art propre à elles et que les comorbidités psychiatriques sont des déterminants essentiels de la prise en charge des patients avec un problème cognitif. Toutefois, les comorbidités psychiatriques chez les patients développant un problème cognitif est un parent pauvre de la recherche sur les démences.

Souvent, les psychopathologies peuvent être traitées avec efficacité.

Au vu de ce qui précède, la psychopathologie prend une place non-négligeable pour les professionnels des CM qui devront être en mesure:

- *de procéder à un status psychopathologique de base*
 - *de poser un diagnostic de trouble dépressif*
 - *de détecter la présence d'une comorbidité psychiatrique*
 - *de poser le diagnostic différentiel d'avec les pathologies affectives et psychotiques primaires*
 - *de tenir compte des psychopathologies primaires dans les propositions thérapeutiques du troubles cognitifs, voire des SCPD ou recommander le transfert de ces patients à des unités spécialisées, en particulier les polycliniques psychogériatriques, lorsqu'une comorbidité psychiatrique est constatée ou suspectée.*
-

Epidémiologie et sémiologie psychopathologique

Prière de se référer aux abrégés ou manuels de psychopathologie descriptive.

Évaluation de la psychopathologie

L'évaluation de la psychopathologie requiert le recours à plusieurs sources d'information.

En particulier, il convient :

- d'interroger le patient concernant l'existence de psychopathologie courante ou antérieure

- d'observer le comportement du patient pendant la consultation
 - d'observer l'interaction comportementale entre le patient et l'accompagnant
 - procéder à une hétéroanamnèse ciblée sur les psychopathologies.
-

Un examen standardisé approfondi des psychopathologies n'est pas du ressort des CM. Elle est du ressort du psychiatre affilié à ou indépendant d'une CM.

Il est cependant important que l'investigation dans une CM inclut une anamnèse et un status psychopathologique de base. L'anamnèse et le status ciblent sur la sémiologie psychopathologique de base. La temporalité est triple dans la mesure où le clinicien s'intéressera au passé du patient, à l'anamnèse actuelle et au moment de la consultation.

Canevas d'anamnèse et/ou status psychopathologique – éléments à considérer dans le cadre d'une CM

Vigilance (anamnèse actuelle et status)

- Attention (hyperprosexie sélective, attention diminuée, distractibilité)
- Fluctuation dans le temps

Collaboration (status)

- Compliance (active, passive, absente, cf. aussi discernement)
- Motivation pour la prise en charge

Présentation (status)

- Corpulence, posture, démarche
- Etat général, hygiène
- Habillement (soigné, neutre, terne, négligé, fantaisiste)

Psychomotricité (anamnèse actuelle et status)

- Tonus (hypotonie, hypertonie, flexibilité cireuse)
- Mimique (amimie, mimique inappropriée)
- Ralentissement (ralentissement, pauvreté motrice, rigidité, catatonie, catalepsie)
- Agitation systématisée (gestes impulsifs, gestes compulsifs, rituels, tics, stéréotypies, maniérisme, échopraxie, onychophagie, trichotillomanie, crises tonico et/ou cloniques, parakinésie, akathisie, dyskinésie tardive)
- Agitation générale (anxieuse, maniaque, confuso-onirique, dépressive)

Status cognitif et langage : sont une partie intégrante d'un status psychopathologique, mais habituellement investigués de façon plus approfondie dans une CM et donc pas spécifiés dans le chapitre de la psychopathologie. Retenons simplement certains aspects particuliers :

- Troubles frontaux (persévérations, dépendance à l'environnement, irritabilité, moria, désinhibition, inadéquation, troubles téléologiques)
- Mode (dialogue, monologue, soliloque, dialogue hallucinatoire, réticence, mutisme)
- Débit (brady-, tachyphémie, logorrhée)
- Ton (monocorde, expressif)

Pensée (anamnèse actuelle et status)

- Cours de la pensée (ralentissement, inhibition, barrage, accélération, fuite des idées)
- Contenu de la pensée (pensée rétrécie, idée prévalente, pensée obsédante, phobie d'impulsion)
- Trouble des associations (incohérence, discontinuité, réponse à côté, coq-à-l'âne, relâchement associatif, condensation, contamination, substitution, pensée déréelle, écho de la pensée, jeux de mots)

Délire (anamnèse antérieure, anamnèse actuelle et status)

- Vécu délirant (expériences d'influences télépathie, téléguidance, divulgation de la pensée, vol de la pensée, écho de la pensée (automatisme mental)
- Idées délirantes sur mode expansif (idées de grandeur, mégalomaniaques, d'influence, mystique, de revendication)
- Idées délirantes sur mode négatif (idées de culpabilités, d'indignité, de ruine, de négation, de persécution, d'auto-accusation)
- Trouble délirant (délire de jalousie, érotomaniaque, persécution, mégalomaniaque, hypochondriaque)

Troubles perceptifs (anamnèse antérieure, anamnèse actuelle et status)

- Sentiment d'étrangeté, déréalisation, dépersonnalisation)
- Illusion
- Hallucination psychique ou pseudo-hallucination (acoustico-verbal : voix interne non-sensorielle, transmission pensée)
- Hallucination psycho-sensorielle (cénesthésique, tactile, olfactives et gustatives, auditives élémentaires, acoustico-verbale, visuelle)

Affect et humeur (anamnèse antérieure, anamnèse actuelle et status)

- Apathie, aboulie, anesthésie affective, vide affectif
- Tristesse, dépression, perte d'espoir, sentiment d'insuffisance
- Joie, euphorie, exaltation, sentiment d'insuffisance
- Tension, inquiétude, anxiété, angoisse, peur, phobie
- Colère, agressivité
- Méfiance
- Sentiment de culpabilité, de responsabilité
- Congruent, modulé, adéquat, authentique

Attitude, contact, conduite (anamnèse antérieure, anamnèse actuelle et status)

- Relation : superficielle, artificielle, bonne, chaleureuse, mauvaise, froide
- Distance relationnelle : spontanée, ouverte, inhibée, renfermée, évitant, autiste, désinhibée, envahissante, collante
- Attitude : souple, adéquate, modulée, rigide, stéréotypée, inadéquate, chaotique, incohérente
- Conduite socialement inappropriée (desinhibition sexuelle, passage à l'acte)

Raisonnement, jugement, discernement (status)

- Causalité (fausse prémisse, rationalisme morbide)
 - Conscience morbide
 - Compréhension et interprétation du problème donné par le patient
-

Echelles « mesurant » les psychopathologies

De nombreuses échelles ont été proposées et il est vain de les passer toutes en revue.

Dans le cadre de l'évaluation psychopathologique dans les CM, certaines échelles peuvent s'avérer utiles.

Concernant l'instrument anamnestique permettant une revue historique des diagnostics psychiatriques les plus courants, le MINI peut être considéré (Sheehan et al., 1998).

Concernant des échelles spécifiques visant la caractérisation de symptômes ou signes psychopathologiques spécifiques, on peut retenir, avant tout celles visant la détection et caractérisation de la dépression en différenciant le trouble affectif d'une démence:

- Dépression en général
 - Geriatric Depression Scale (auto-évaluation) (Yesavage et al. 1983)
 - Beck Depression Inventory (auto-évaluation) (Beck et al. 1961)
 - Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D) (Radloff and Teri. 1986)
 - Hamilton Rating Scale for depression (échelle clinique d'hétéro-évaluation ; évaluation du degré de sévérité (Hamilton. 1960)
 - Montgomery & Asberg Depression Rating Scale (hétéroévaluation) à l'évaluation de son évolution (Montgomery and Asberg. 1979).
- Diagnostic différentiel dépression – démence
 - Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD) (Ihl et al. 2000)
 - NIMH Dementia Mood Assessment Scale (DMAS) (Sunderland et al. 1988)
 - Checklist Differentiating Pseudodementia from Dementia (Wells. 1979)

Dans la pratique clinique au jour le jour, la version à 15 items de la Geriatric Depression Scale (GDS) a fait ses preuves de même que le Beck Depression Inventory (BDI-II) même chez les patients se trouvant à un stade précoce de démence (Savaskan et al. 2014).

Le type d'information nécessaire pour caractériser la psychopathologie du passé et actuelle nécessite un entretien avec un proche ou un soignant qui connaisse bien le patient et à l'occasion de l'observer sur une assez longue durée.