

UNE MESURE CLINIQUE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE : LE SYSTÈME AMDP

D. BOBON⁽¹⁾, C. MORMONT⁽²⁾, R. von FRENCKELL⁽³⁾, B. TROISFONTAINES⁽⁴⁾

RÉSUMÉ

Des psychiatres et psychologues, de langue allemande et de langue française surtout, groupés en une Association de Méthodologie et de Documentation en Psychiatrie, ont élaboré un dossier psychiatrique standardisé. Ce dossier est composé de 3 fiches anamnestiques, de 2 échelles d'évaluation de l'état psychopathologique et somatique actuel et de 2 échelles spécifiques des syndromes maniaco-dépressif et anxieux.

Les champs d'application du système AMDP sont la mesure du changement sous traitement (et des corrélations avec des mesures biologiques), le diagnostic, la standardisation du dossier clinique, l'enseignement de la psychopathologie et les recherches transculturelles dans ce domaine. Une lettre au médecin, informatisée et semi-standardisée, comportant un avis diagnostique et thérapeutique ainsi qu'un profil syndromique en 13 facteurs (anxiété, dépression, délire, etc.), semble bien accueillie des médecins traitants, des médecins-conseils et en psychiatrie d'expertise.

INTRODUCTION

Stagiaires et médecins de la région liégeoise en contact avec la Clinique neuropsychiatrique universitaire ont découvert ou vont découvrir le système AMDP élaboré par l'Association de Méthodologie et de Documentation en Psychiatrie. Il nous paraît nécessaire de le faire mieux connaître afin que chacun puisse retirer le maximum de ce dossier psychiatrique standardisé, devenu ces dernières années une référence en Europe continentale.

La standardisation de la collecte des données est une nécessité en psychiatrie comme dans toute discipline médicale. Elle seule permet le stockage, la circulation et la comparaison efficace des informations recueillies. La quantification de la psychopathologie n'est ni une hérésie ni un leurre. Il s'agit en fait d'une simple systématisation d'un examen clinique habituel et d'une mesure des aspects symptomatiques des troubles psychiatriques.

Un dossier d'origine germanique comme l'AMDP peut-il prétendre à une vocation internationale? Dans le domaine plus restreint des questionnaires explorant l'état dépressif actuel, l'échelle d'auto-évaluation de von Zerssen ou BfS/BfS' (18) est un précédent. Cette liste de 28

paires d'adjectifs d'humeur antonymes a été adaptée et validée en français (8). Les patients — selon qu'ils sont maniaques, euthymiques ou déprimés — obtiennent les mêmes notes dans l'échantillon original munichoïse et dans l'échantillon liégeois. La traduction en français et dans d'autres langues d'un système aussi vaste que l'AMDP pouvait donc être tentée.

L'AMDP : UNE ORGANISATION

L'AMDP ou *Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie* est une association de psychiatres et de psychologues universitaires d'origine germanique (Allemagne fédérale, Autriche, Suisse) qui a mis au point entre 1960 et 1979 un système standardisé de documentation et de quantification de la psychopathologie.

En 1977, le groupe francophone de l'AMDP est créé et son secrétariat est installé à Liège. Depuis plusieurs années, un groupe francophone international comprenant des Suisses de plusieurs cliniques universitaires de Genève et de Lausanne, des Belges de la Clinique psychiatrique de l'Université de Liège, des Français de la Clinique psychiatrique universitaire de Marseille, des Allemands du «Max-Planck-Institut für Psychiatrie» de Munich puis des Canadiens de l'Université d'Ottawa et des Autrichiens de la Clinique universitaire de Vienne travaillaient à une adaptation française de l'AMDP (3). La

(¹) Agrégé, Chef de Travaux, (²) Chef de Travaux, (³) Premier Assistant, (⁴) Assistant, Université de Liège, Clinique Neuropsychiatrique (Pr. G. Franck).

présence parmi les adaptateurs de nombreux bilingues allemand-français garantissait la fidélité de la traduction et permettait, par la participation de ceux-ci aux réunions de l'AMDP germanique, une cohérence entre les deux versions. Des réunions internationales régulières utilisant largement les techniques vidéo pour l'étude de la psychopathologie permirent une adaptation de l'ensemble du système AMDP de plus en plus satisfaisante pour aboutir au manuel actuel (5).

En 1980, il est créé un groupe anglophone de l'AMDP dont le secrétariat siège à Ottawa. Un manuel existe en anglais (12). Toujours en 1980, un secrétariat hispanique est fondé à Madrid et le manuel espagnol paraît la même année (14). Il existe également des adaptations partielles ou complètes du système AMDP dans les langues suivantes : japonais, grec, italien, danois, portugais, croate, polonais, hongrois et chinois. Un secrétariat international chargé de coordonner l'activité des différents

adaptateurs et utilisateurs a été confié depuis 1976 à la Clinique universitaire de Liège.

De ce bref aperçu historique, l'originalité du système AMDP ressort clairement. Loin d'appartenir à une seule clinique, il résulte du travail d'un groupe interuniversitaire et international. Il constitue un progrès indéniable dans la standardisation de la psychopathologie et dans la communication par un langage clinique commun.

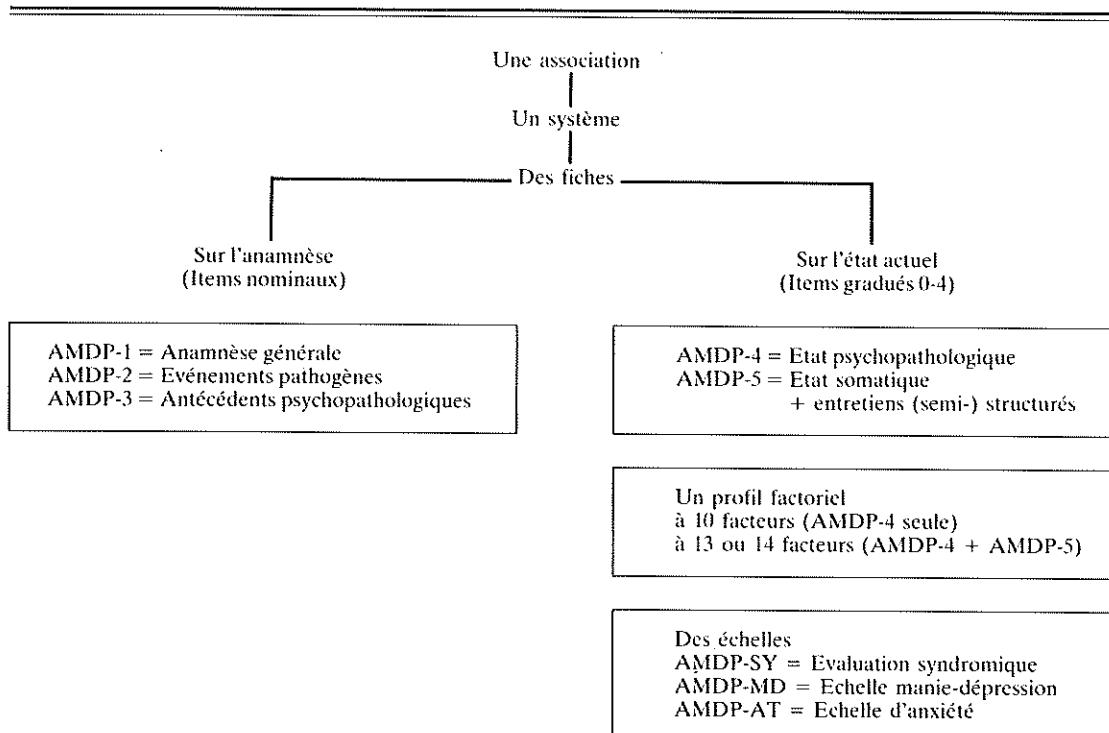
LE SYSTÈME AMDP : UN DOSSIER STANDARDISÉ

Le système AMDP comprend deux parties : une partie anamnestique et une partie consacrée à l'état actuel, 5 fiches, deux profils factoriels et diverses échelles d'évaluation (tableau I).

A. Fiches anamnestiques (AMDP-1 à -3)

Les trois premières fiches AMDP-1, -2 et -3 sont anamnestiques et comprennent 38 rubriques. La fiche AMDP-1 ou *Anamnèse générale*

TABLEAU I. *Qu'est-ce que l'AMDP?*



concerne les données sociales (mode d'admission, état civil, structure de la famille, langue maternelle, scolarité, profession, etc.). La fiche AMDP-2 ou *Événements pathogènes* recueille l'information sur les conditions ayant favorisé l'affection actuelle et sur les événements majeurs de l'existence. La fiche AMDP-3 ou *Antécédents psychopathologiques* s'intéresse aux antécédents psychiatriques familiaux et personnels, suicidaires notamment, aux hospitalisations et aux épisodes antérieurs, aux modalités et à l'efficacité des traitements reçus. On y note également le diagnostic (d'admission et de sortie) selon la neuvième révision de la Classification internationale des Maladies, CIM-9 ou ICD-9 (4) et selon la troisième édition de la Classification des Troubles mentaux par l'Association psychiatrique américaine, le DSM-III (1).

B. Echelles multifactorielles sur l'état actuel (AMDP-4 et -5)

Ces deux fiches, AMDP-4 et -5, ont pour but la quantification de la psychopathologie actuelle et la mesure du changement produit par un traitement. Les items sont purement sémiologiques et toute hypothèse pathogénique est exclue; par exemple, l'amnésie, qu'elle soit d'origine hystérique ou organique, est cotée au même item.

L'échelle psychopathologique AMDP-4 (annexe I) comporte 100 items communs aux versions allemande et française regroupés en 12 rubriques qui correspondent à un examen clinique classique systématisé (troubles de la conscience, troubles de l'orientation, troubles de l'attention et de la mémoire, troubles formels de la pensée, troubles du Moi, troubles affectifs, troubles de l'énergie vitale et de la psychomotricité, particularités nyctémérales, autres troubles psychopathologiques) et 15 items de réserve propres à la version francophone, principalement consacrés à l'anxiété et à la sexualité, peu explorées par la version allemande. L'utilisateur peut employer un entretien psychopathologique semi-structuré (annexe II) afin de n'oublier aucun des domaines à coter (7, 15).

L'échelle somatique AMDP-5 (annexe III) comporte 40 items regroupés en 7 rubriques (troubles de la vigilance, troubles de l'appétent-

ce, troubles gastro-intestinaux, troubles cardio-respiratoires, autres troubles végétatifs, autres troubles somatiques, troubles neurologiques) et 7 items de réserve non inclus dans la version allemande. On peut également y recueillir différentes mesures (poids, température, fréquence cardiaque, pression artérielle en position couchée et debout). Un entretien somatique standardisé facilite le recueil de l'information et n'induit les plaintes que de manière limitée.

Avec leurs 162 items, les fiches AMDP-4 et -5 permettent de cerner assez finement la symptomatologie de n'importe quel patient psychiatrique et de la quantifier. Le clinicien dispose sur deux fiches d'une description complète et systématisée d'un état psychopathologique, facilement consultable ou communicable.

Tout clinicien face à des symptômes tend à les réunir en syndromes, c'est-à-dire en des groupes de symptômes constituant une individualité clinique. Les techniques d'analyse factorielle, rendues plus aisées par les progrès de l'informatique, permettent, indépendamment de tout préjugé clinique, de réunir les items ou symptômes qui covarient pour composer des facteurs ou syndromes.

Une particularité des échelles psychopathologique et somatique du système AMDP est que la gradation des items est la même pour les deux échelles, soit 0 à 4 (absent, léger, moyen, fort, très fort) plus une catégorie qualitative «sans avis» pour les items inappréciables. Elles peuvent ainsi être combinées dans une même analyse factorielle. Pour 500 cas d'un échantillon franco-belge représentant un large éventail de troubles psychiatriques et évalués au moyen de ces deux échelles AMDP, on a déterminé par analyse factorielle le nombre de facteurs les plus utiles cliniquement et les items composant ces facteurs (17).

A partir de la fiche psychopathologique seule, il est possible de tirer un profil factoriel de 10 facteurs psychopathologiques. Si on utilise en plus la fiche somatique, on obtient un profil de 13 facteurs, les 10 mêmes facteurs psychopathologiques et 3 facteurs somatiques supplémentaires, auxquels on peut ajouter facultativement un facteur neurologique *ad hoc* (tableau II).

TABLEAU II. Signification syndromique des 14 facteurs extraits des échelles AMDP-4 et -5 et détail de leur contenu symptomatique.

<i>Facteurs psychopathologiques</i>	
1. OBS	<i>Obsessions</i> : obsessions, obsessions-compulsions, compulsions
2. DRA	<i>Dramatisation</i> : propension à se plaindre, labilité affective, hyperémotivité, théâtralisme, tendance à dramatiser.
3. ANX	<i>Anxiété</i> : anxiété psychique éprouvée, anxiété observée, anxiété en situation sociale, anticipation anxieuse, agitation intérieure, tension, tremor, rêves/cauchemars, anxiété somatique.
4. DEP	<i>Dépression</i> : pensée ralentie, ruminations, anesthésie affective, tristesse, perte d'espoir, sentiment d'insuffisance, de culpabilité, de ruine, perte d'énergie, sociabilité diminuée, perte du désir de vivre et tendances suicidaires, asthénie, désir sexuel diminué, appétit diminué.
5. APA	<i>Apathie-ralentissement</i> : pensée inhibée, pensée appauvrie, anesthésie affective, monotonie affective, perte d'énergie, laconisme, hypertonie extrapyramidale, hypokinésie/hypomimie.
6. ORG	<i>Symptômes psycho-organiques</i> : troubles de la conscience, de l'orientation, de l'attention et de la mémoire, pensée ralentie, pensée appauvrie, persévération verbale, pensée incohérente.
7. DIS	<i>Dissociation</i> : pensée barrée, pensée incohérente, étrangeté, dépersonnalisation, syndrome d'influence, discordance affective, maniérisme/bizareries.
8. DEL	<i>Délire</i> : mécanismes et thèmes délirants, hallucinations, syndrome d'influence, non-conscience de la maladie.
9. MAN	<i>Manie-agitation</i> : fuite des idées, pensée incohérente, idées de grandeur, euphorie, surestimation de soi, augmentation de l'énergie, agitation motrice, logorrhée, sociabilité excessive, non-conscience de la maladie.
10. HOS	<i>Hostilité-irritabilité</i> : méfiance, dysphorie, irritabilité, agressivité, refus du traitement, tension.
<i>Facteurs somatiques</i>	
11. INS	<i>Insomnie</i> : difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, réveil matinal.
12. SOM	<i>Plaintes somatiques</i> : hypocondrie, propension à se plaindre, nausées, vomissements, plaintes gastriques, constipation, vertiges.
13. VEG	<i>Symptômes neurovégétatifs</i> : désir sexuel diminué, insatisfaction sexuelle, somnolence diurne, soif, sécheresse de bouche, impuissance/frigidité, vertiges.
14. NEU	<i>Symptômes neurologiques</i> : stéréotypies et phénomènes en écho (parakinésies), hypertonie extrapyramidale, tremor, neurodyslepsie, hypokinésie/hypomimie, dyskinésies tardives.

Il est remarquable que la majorité des facteurs soient identiques dans les analyses réalisées à partir d'échantillons germanophones ou francophones. Neuf facteurs sont communs aux analyses franco-belges et germaniques : apathie-ralentissement, délire, dépression, dissociation, hostilité-irritabilité, manie-agitation, obsessions, symptômes psycho-organiques et plaintes somatiques. Cette stabilité de la structure factorielle de l'AMDP témoigne en particulier de la qualité de la traduction française. Elle justifie également les comparaisons éventuelles de résultats obtenus au moyen de l'une ou l'autre des versions. Cinq facteurs sont spécifiques à l'analyse francophone : trois facteurs somatiques (insomnie, symptômes neurovégétatifs, symptômes neurologiques) et deux facteurs psychopathologiques (dramatisation,

anxiété). L'apparition de ce dernier facteur n'est pas étonnante vu l'importance donnée à l'anxiété dans les items de réserve de l'AMDP francophone afin de combler dans cette version les lacunes de l'instrument original.

Dans la représentation graphique du profil factoriel, les facteurs sont rangés dans un ordre inspiré de la clinique qui va des syndromes «névrotiques» (obsessions, dramatisation, anxiété), à la dépression, l'apathie-ralentissement, puis aux symptômes psycho-organiques et arrive aux syndromes «psychotiques» (dissociation, délire, manie-agitation) suivis d'hostilité-irritabilité, terminant par les syndromes «somatiques» (insomnie, plaintes somatiques, symptômes neurovégétatifs). Cet ordre permet d'appréhender rapidement dans quel registre de la psychopathologie se situe un sujet (fig. 1).

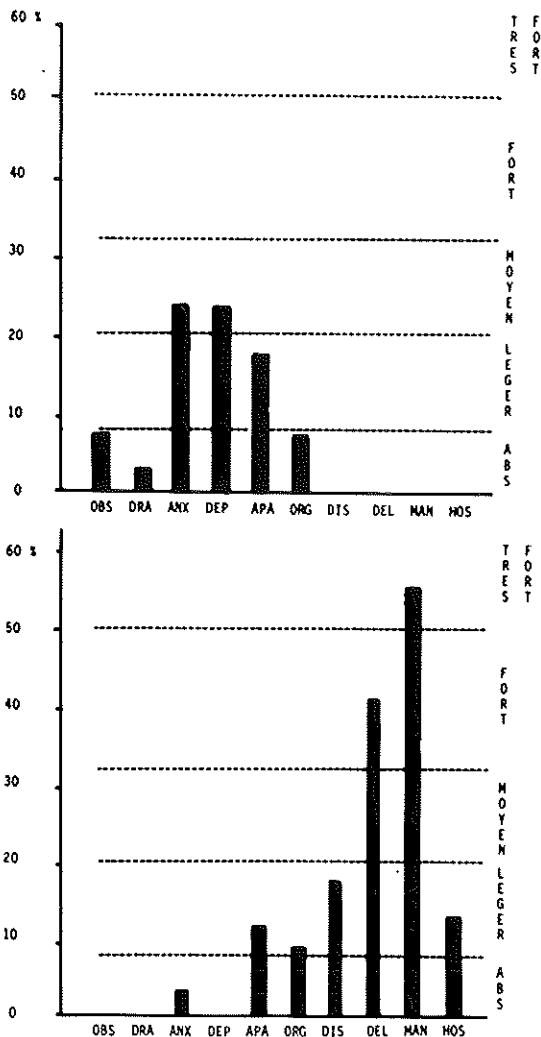


FIG. 1. Comparaison de deux profils à 10 facteurs psychopathologiques; le contraste est net entre le premier profil qui concerne un état dépressif anxieux de gravité moyenne et le second qui illustre une manie délirante très grave.

En pratique, pour obtenir ces profils, le clinicien peut, après avoir interrogé son patient et rempli des fiches AMDP (durée : 45 min en moyenne, soit la durée normale d'un premier entretien), introduire ses observations quantifiées dans un micro-ordinateur programmé à cet usage. L'ordinateur regroupe et somme les items composant les différents facteurs par référence à l'analyse des 500 cas franco-belges. Les notes factorielles sont exprimées en pourcentage de la note totale maximum possible du

facteur considéré afin d'annuler l'incidence du nombre très inégal d'items d'un facteur à l'autre, permettant ainsi les comparaisons entre facteurs. De plus, le traitement informatique donne une idée de l'intensité du trait psychopathologique désigné par les facteurs; cette signification est donnée par des notes-seuil d'intensité légère, moyenne, forte et très forte.

C. Echelles spécifiques (AMDP-MD, AMDP-AT)

Une des originalités du groupe AMDP est d'avoir développé un certain nombre d'échelles courtes extraites des échelles complètes. En effet, le système entier est souvent trop lourd pour une pratique clinique courante lors d'essais de psychotropes qui nécessitent des évaluations fréquentes ou le suivi de patients souffrant d'une pathologie limitée. Des échelles courtes, spécifiques d'un domaine de la psychopathologie, permettent facilement plusieurs passations qui cernent de près les modifications dans ce seul domaine étudié.

Il existe une sous-échelle manie-dépression (AMDP-MD) adaptée de l'échelle de Zurich (19) dont la validité est confirmée dans sa forme française (5). Elle comporte 27 items des fiches AMDP-4 et -5, soit 20 items de dépression et 7 items de manie. Cette échelle est, en français, la seule échelle d'hétéro-évaluation bipolaire permettant de mesurer les virages maniaques ou dépressifs avec un même instrument (fig. 2).

Une sous-échelle d'anxiété (AMDP-AT) a été élaborée récemment (10). Elle ne connaît pas d'équivalent dans le système germanique original parce qu'elle est largement composée par des items francophones de réserve. Elle ne garde que 17 items des fiches AMDP-4 et -5. Elle mesure essentiellement l'anxiété et la dysphorie, ce qui la distingue de la classique échelle d'anxiété de Hamilton (13) où l'importance donnée aux symptômes somatiques, dépressifs et cognitifs est sans doute exagérée. Un entretien semi-standardisé facilite la récolte de l'information, ce qui est un autre avantage par rapport à l'échelle d'Hamilton où l'induction des réponses concernant les symptômes est laissée à l'appréciation de l'interrogateur.

C'est grâce aux techniques d'analyse factorielle que ces deux échelles spécifiques ont pu être extraites de l'AMDP.

D. Echelle syndromique (AMDP-SY)

A partir du résultat des analyses factorielles, une troisième échelle courte a été construite (6, 17). C'est l'échelle AMDP syndromique (AMDP-SY) qui se compose de 17 items : obsessions, hypocondrie, majoration des affects, anxiété, dépression, ralentissement, agitation-hyperactivité, humeur maniaque, irritabilité-agressivité, délire-hallucinations, syndrome d'influence, dissociation-dépersonnalisation, troubles de conscience-orientation-mémoire, plaintes somatiques, symptômes neurovégétatifs, insomnie, symptômes extrapyramidaux. La gradation se fait également de 0 à 4 avec en plus une catégorie sans avis. Ces items ne sont plus des symptômes choisis dans les 162 items des fiches AMDP-4 et -5 mais les principaux syndromes psychopathologiques et somatiques mis en évidence par les différentes analyses factorielles germaniques et francophones. Cette échelle AMDP syndromique couvre largement le champ de la psychopathologie et permet une évaluation globale, synthétique et intuitive du tableau clinique.

APPLICATIONS DU SYSTEME AMDP

A. Mesure du changement sous traitement

La mesure du changement sous traitement est un des objectifs primordiaux du système. Elle peut être obtenue au moyen des fiches AMDP-4 et -5 comme avec les échelles courtes pour des individus ou des groupes. L'utilisation

graphique séparée des notes de manie et de dépression (2) donne la possibilité de visualiser au cours du temps les épisodes maniaques et dépressifs et les virages de l'un à l'autre (fig. 2).

Le profil factoriel permet des comparaisons avant, pendant et après traitement lors d'essais thérapeutiques, en psychopharmacologie notamment (fig. 3). Le 14^e facteur — symptômes neurologiques — est habituellement retenu dans les profils AMDP de ces essais. Il témoigne de l'imprégnation et des signes extrapyramidaux (11).

Quelle différence faire entre un facteur tiré des échelles AMDP-4 et -5 complètes et une sous-échelle AMDP? Ce sont deux mesures aux applications différentes. La première, plus lourde à mettre en œuvre, s'intègre dans un profil multifactoriel. La seconde fournit une information limitée au seul domaine étudié. Pour situer l'efficacité d'un produit dans le spectre psychopathologique, en phase II par exemple, les échelles AMDP-4 et -5 avec leur profil à 13 ou 14 facteurs sont les plus intéressantes. Chaque facteur étudie un domaine particulier; des effets secondaires inattendus ou paradoxaux ne peuvent ainsi être ignorés. Pour évaluer l'activité d'une substance déjà connue, en phase III par exemple, on peut se contenter d'une échelle courte, spécifique.

B. Diagnostic

Par opposition à des systèmes à visée nosologique comme le DSM-III, le système AMDP

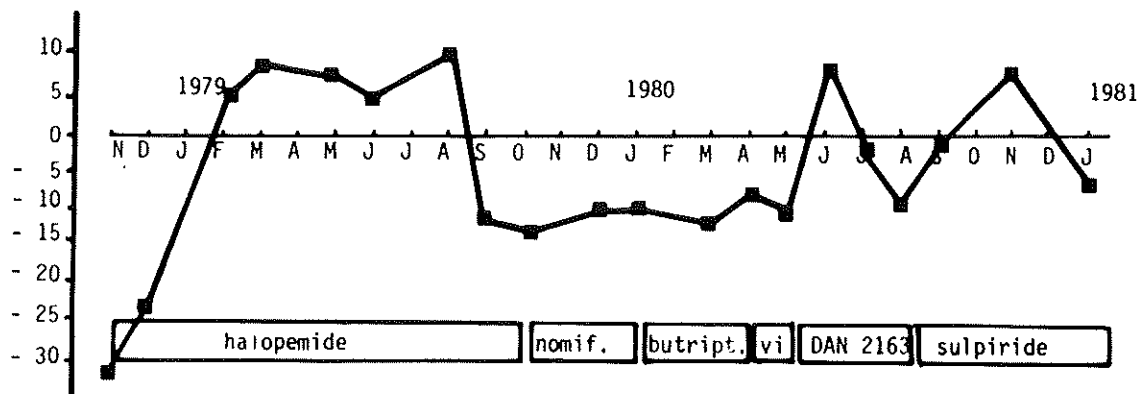


FIG. 2. Virages maniaques (sup.) et dépressifs (inf.) d'une patiente traitée par différents antidépresseurs, évalués à l'aide de l'AMDP-MD.

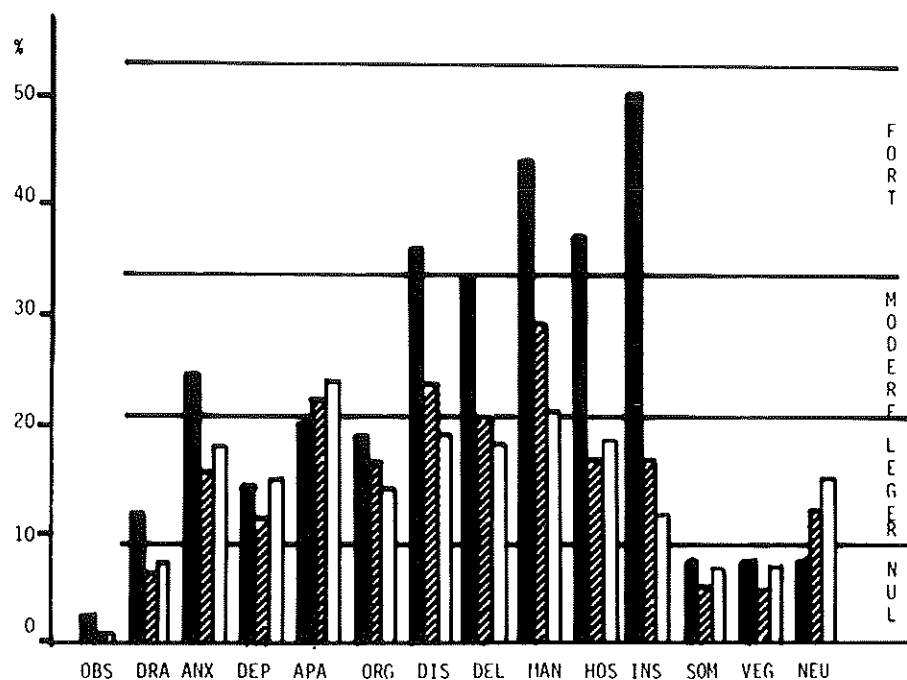


FIG. 3. Profils factoriels d'un groupe de 14 schizophrènes et maniaques traités par un neuroleptique, le zuclophenthixol au J 0 (noir), au J 4 (hachuré) et au J 14 (blanc). On visualise l'amélioration après 4 et 14 jours des troubles psychotiques (DIS, DEL et MAN), l'effet bénéfique sur l'hostilité (HOS) et le sommeil (INS), l'absence de virage dépressif (DEP) ou de sédation (APA) et les faibles effets secondaires neurologiques extrapyramidaux (NEU).

permet seulement un diagnostic *syndromique* par le profil factoriel. Il offre une classification de la psychopathologie sur base sémiologique et non sur base nosologique.

Le profil syndromique facilite une appréhension visuelle rapide. Il a été inclus dans différents rapports informatisés adressés à nos confrères médecins traitants ou médecins-conseils. En polyclinique, il est possible, après un premier entretien sur base de la fiche psychopathologique et, facultativement, de la fiche somatique, de produire au moyen d'un micro-ordinateur une lettre semi-standardisée avec le profil à 10 ou 13 facteurs. Le diagnostic et le traitement restent bien entendu en langage libre et ne sont pas standardisés (16). Cette réalisation semble favorablement accueillie par les médecins traitants et les médecins-conseils en raison de la rapidité de l'envoi et de la clarté de la réduction syndromique du tableau psychopathologique. Bien entendu, cette lettre infor-

matisée peut être suivie d'un rapport traditionnel une fois que la matière de celui-ci a été recueillie après quelques entretiens. Le profil peut également être joint comme illustration dans un rapport d'expertise.

Nous avons en outre élaboré un rapport d'hospitalisation informatisé. La présentation et les différents paragraphes sont fixes. Une partie du texte est libre et concerne, dans l'ordre : les symptômes à l'entrée, le diagnostic, le traitement pendant l'hospitalisation, l'évolution au cours de celle-ci, l'état psychopathologique résiduel à la sortie, le traitement en ambulatoire, les remarques concernant le pronostic et les examens complémentaires réalisés. C'est à ce niveau que le profil factoriel à l'entrée ou à la sortie peut être introduit dans le rapport. La comparaison des profils à l'admission et à la sortie permet une visualisation rapide du changement au cours du séjour hospitalier.

C. Standardisation du dossier clinique

L'intégration du système AMDP dans un dossier clinique habituel potentialise celui-ci. L'information s'y retrouve systématisée dans un langage clair accessible à tout thérapeute. La lisibilité est parfaite. Au lieu d'appauvrir la clinique, il l'enrichit en rendant obligatoire la réalisation d'un examen complet qui ne néglige aucun domaine. Vu le refus d'a priori pathogénique ou d'adhésion à un système diagnostique particulier, les symptômes enregistrés peuvent être à tout moment pré-interprétés et le diagnostic révisé.

D. Enseignement (vidéothèque)

Les techniques vidéo ont été utilisées dès l'origine et tout au long du développement du système AMDP. Elles permettent une élaboration progressive des définitions des items par la confrontation de représentants de différentes Ecoles à des cas cliniques filmés. Ce travail collectif assure la cohésion et la fidélité des cotations des utilisateurs. Il permet aussi la constitution d'une vidéothèque de référence : des entretiens enregistrés par vidéo sont présentés dans plusieurs réunions internationales et discutés; les causes de désaccord sont étudiées et un consensus est élaboré. Ces entretiens, ainsi que la réflexion engendrée, sont disponibles sous forme de brochures et de cassettes vidéo pour la formation de nouveaux utilisateurs.

La vision de ces cassettes de référence ou d'autres, suivie d'une cotation de l'échelle psychopathologique et d'une discussion avec des cotateurs expérimentés, permet, outre la formation de nouveaux utilisateurs, l'enseignement de la psychopathologie aux étudiants.

E. Recherche sur les différences culturelles

L'élaboration du système AMDP et de la vidéothèque francophone favorise la recherche sur les différences culturelles de perception, de conceptualisation et de dénomination en psychopathologie. Un exemple classique de cette différence culturelle dans le seuil de perception de la pathologie est celui d'une patiente marseillaise maniaque et délirante dont ses concitoyens sous-évaluaient tous les traits de la lignée maniaque par rapport aux autres représentants de la francophonie (9).

CONCLUSION

Le système AMDP réalise une standardisation et une quantification de l'information sur les antécédents psychopathologiques et surtout sur le tableau clinique actuel. Il permet une réduction quantitative aisément communicable et comparable aux données de laboratoire et au changement thérapeutique.

L'AMDP ne mesure pas tout mais, si le cotateur est formé, ce qu'il mesure est bien mesuré.

BIBLIOGRAPHIE

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION — *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson, Paris, 1983.
2. ANSSEAU, M., COLLARD, J. — De la réalité du pouvoir antidépresseur des benzamides : à propos d'un cas. *Feuill. psychiat. Liège*, 1982, **15**, 328-333.
3. BOBON, D. Ed. — *Le Manuel AMDP*, 1^{re} éd. Presses Universitaires de Liège, Liège, 1978.
4. BOBON, D. — Description et comparaison de la révision de deux classifications des maladies mentales : la CIM-9 (ICD-9) et le DSM-III. *Acta psychiat. belg.*, 1980, **80**, 846-863.
5. BOBON, D. Ed. — *Le Système AMDP*, 2^e éd. Mardaga, Bruxelles, 1981.
6. BOBON, D., MORMONT, C., DOUMONT, A., MIREL, J., BONHOMME, P., ANSSEAU, M., PELLET, J., PULL, C., DE BUCK, R., GERNAY, P., MORMONT, I., LANG, F., LEJEUNE, J., BRONCKART, C., von FRENCKELL, R. — Analyse factorielle de la révision française de l'échelle AMDP. Résultats d'une étude internationale de 388 cas. *Acta psychiat. belg.*, 1982, **82**, 371-389.
7. BOBON, D., MORMONT, G., MIREL, J. — Un entretien psychopathologique semi-structuré adapté à l'échelle AMDP et à l'évaluation vidéo en temps aveugle. *Acta psychiat. belg.*, 1978, **78**, 606-618.
8. BOBON, D., von FRENCKELL, R. — Validation française de la « Befindlichkeits-Skala » (BfS/BfS'), échelle d'auto-évaluation de l'humeur de Zerssen, in P. PICHOT, C. PULL, Ed. *La symptomatologie dépressive, enregistrement et évaluation*. Ciba-Geigy, Paris, 1981.
9. BOBON, D., von FRENCKELL, R., MORMONT, C. — Interrater reliability of the french AMDP psychopathology scale : a new measurement in single cases. *Mod. Probl. Pharmacopsychiat.*, 1983, **20**, 161-173.
10. BOBON, D., von FRENCKELL, R., TROISFONTAINES, B., MORMONT, C., PELLET, J. — Construction et validation préliminaire d'une échelle d'anxiété extraite de l'AMDP francophone, l'AMDP-AT. *Encéphale*, 1985, **11**, 107-111.
11. BOBON, D., TROISFONTAINES, B., KEMPENEERS, J.-L., XHENSEVAL, B., BOURDOUXHE, S., MIREL, J., GILSON, H., TOUSSAINT, Ch., VAN FRENCKELL, R., PEDERSEN, V. — Multicenter open trial of zuclopenthixol in mania and schizophrenia based on the AMDP scales. *Acta psychiat. belg.*, 1986, **86**, 152-176.

ANNEXE I

Quatrième partie du système AMDP, dossier psychiatrique standardisé élaboré par des cliniques universitaires germaniques (Allemagne fédérale, Autriche, Suisse) groupées en une Association de Méthodologie et de Documentation en Psychiatrie, adapté en français par la section francophone de l'AMDP (Belgique, Canada, France, Suisse) dont le secrétariat est à Liège. Définitions, exemples et critères d'évaluation des symptômes ou items sont repris dans un manuel (BOBON, 1981). La sommation des notes d'items en notes factorielles permet la réduction du tableau symptomatique en un profil syndromique : figures 1 et 3.

ECHELLE PSYCHOPATHOLOGIQUE AMDP - 4							ECHELLE PSYCHOPATHOLOGIQUE AMDP - 4													
0	1	2	3	4	(5)		0	1	2	3	4	(5)		0	1	2	3	4	(5)	
absent	léger	moyen	fort	très fort	sans avis		absent	léger	moyen	fort	très fort	sans avis		absent	léger	moyen	fort	très fort	sans avis	
aucun <input type="checkbox"/> Troubles de la conscience							aucun <input type="checkbox"/> Troubles du moi							aucun <input type="checkbox"/> Troubles de l'énergie vitale et de la psychomotricité						
1 Baisse de vigilance							53 Etrangeté							84 Parakïnésies						
2 Dissolution de conscience							54 Dépersonnalisation							85 Maniérisme/bizarries						
3 Rétrécissement de conscience							55 Devinant de la pensée							86 Théâtralisme						
4 Expansion de conscience							56 Vol de la pensée							87 Laconisme						
aucun <input type="checkbox"/> Troubles de l'orientation							57 Pensées imposées							88 Logorrhée						
5 T.O. dans le temps							58 Autres sentiments d'influence							aucun <input type="checkbox"/> Particularités nyctémérales						
6 T.O. dans l'espace							aucun <input type="checkbox"/> Troubles affectifs							89 Aggravation matinale						
7 T.O. quant à la situation							59 Perplexité							90 Aggravation vespérale						
8 T.O. quant à sa personne							60 Anesthésie affective (éprouvée)							91 Amélioration vespérale						
aucun <input type="checkbox"/> Troubles de l'attention et de la mémoire							61 Anesthésie affective (observée)							aucun <input type="checkbox"/> Autres troubles psych.						
9 Troubles de l'aperception							62 Troubles de l'éprouvé vital							92 Sociabilité diminuée						
10 Troubles de la concentration							63 Tristesse							93 Sociabilité excessive						
11 Troubles de la mémorisation							64 Perte d'espoir							94 Agressivité						
12 Troubles de l'évocation							65 Anxiété psychique éprouvée							95 Tendances suicidaires						
13 Confabulation							66 Euphorie							96 Automutilations						
14 Paramnésies/Hypermnésies							67 Dysphorie							97 Absence sent. d'être malade						
aucun <input type="checkbox"/> Troubles formels de pensée							68 Irritabilité							98 Non-conscience de la maladie						
15 Pensée inhibée							69 Agitation intérieure							99 Refus du traitement						
16 Pensée ralentie							70 Propension à se plaindre							100 Besoin de soins						
17 Pensée circonscrite							71 Sentiment d'insuffisance							aucun <input type="checkbox"/> Items de réserve psych.						
18 Pensée appauvrie							72 Surestimation de soi							P1 Fabulation non délirante						
19 Persévérance verbale							73 Sentiment de culpabilité							P2 Perte du désir de vivre						
20 Ruminations							74 Sentiment de ruine							P3 Asthénie						
21 Pensée automatique							75 Ambivalence affective							P4 Pensée accélérée						
22 Fuite des idées							76 Discordance affective							P5 Tension						
23 Réponses à côté							77 Labilité affective							P6 Tendance à dramatiser						
24 Pensée barrée							78 Hypermotivité							P7 Anticipation anxieuse						
25 Pensée incohérente							79 Monotonie affective							P8 Anxiété en situation sociale						
26 Néologismes							aucun <input type="checkbox"/> Troubles de l'évaluation							P9 Anxiété observée						
absent léger moyen fort très fort sans avis (5)							absent léger moyen fort très fort sans avis (5)							absent léger moyen fort très fort sans avis (5)						
0 1 2 3 4 5							0 1 2 3 4 5							0 1 2 3 4 5						

RECOMMANDATIONS GENERALES

1. L'entretien semi-structuré ne dispense pas d'une bonne connaissance du manuel et de la symptomatologie actuelle du malade interrogé.
2. L'ordre des questions et la formulation de celles qui ne sont qu'ébauchées peuvent être modifiés. Une question à laquelle le malade a indirectement répondu au cours de l'entretien ne sera pas posée à nouveau.
3. Un temps d'arrêt sera marqué après chaque question. Questionner lentement et distinctement ; répéter ou faire répéter les réponses indistinctes. Dans certains cas (date, délire p. ex.), signaler par une approbation, un hochement de tête, un "hum" le caractère exact ou inexact de la réponse.
4. En cas de réponse positive, ne pas se contenter d'un oui : faire préciser la nature exacte, la fréquence et l'intensité du symptôme. Toujours rappeler au sujet la période évaluée (derniers jours/un mois).
5. Eviter toute référence au fait qu'il s'agit d'un premier entretien ou d'un retest, de manière à permettre une évaluation vidéo en temps aveugle.
6. Eviter que le nom du malade soit prononcé durant l'entretien.

ENTRETIEN

- Je vous l'ai dit : nous sommes enregistrés et, dans ce genre d'examen, les questions doivent être les mêmes chaque fois et les mêmes pour tout le monde : certaines vous paraîtront donc inadaptées à votre cas.
- Toutes les questions que je vais vous poser concernent uniquement les 3-4 derniers jours (période remplacée par "ce dernier mois" dans certains enregistrements).
- Que faisons-nous en ce moment ?
- Où sommes-nous ? (local, nature de l'établissement, ville, pays).
- Moment de la journée ? Date ? (jour, mois, année). Epoque de l'année ?
- Votre date de naissance ? En général, bonne mémoire ? Pas distrait ? N'oubliez pas d'une minute à l'autre ?
- Difficulté de concentration ? lire ou suivre une conversation ?
- Impression de penser plus vite ou plus lentement que d'habitude ? Gestes aussi ?
- Au calme, le soir p. ex., pas envahi par mille pensées se bousculant à toute vitesse dans votre tête sans que vous arriviez à les chasser ni à vous arrêter à l'une d'elles ?
- Ou, au contraire, ruminez-vous tout le temps la même chose ? Vous gêne ? Des soucis ?
- Tracassé, inquiet, anxieux, angoissé ? Tendance à faire une montagne de tout ? Crainte en pensant à ce qui va venir parce que vous vous attendez toujours au pire ? Impression que quelque chose de terrible est sur le point d'arriver ?
- Tendue intérieurement, mentalement ? Physiquement ?
- Peur irraisonnée, démesurée de certaines choses bien précises (p. ex. certains animaux, certains objets, certaines situations comme être seul en rue, être dans un ascenseur, prendre l'autobus ? Ou encore être dans un groupe, parler, manger en public, rencontrer des personnes étrangères) ?

- Peur d'attraper ou d'avoir une maladie grave ?
- Vous sentez-vous malade actuellement ? Physiquement ou moralement, des nerfs ? Cause ?
- Comment vous sentez-vous dans votre peau ? Y a-t-il un moment de la journée où vous vous sentez toujours moins bien ? Un moment, au contraire, en grande forme ? Pas de sensations physiques anormales ?
- Fatigue physique ou morale ? Difficultés à vous mettre en train ? Une fois en activité, votre fatigue tend-elle à disparaître ou, au contraire, s'aggrave-t-elle ? Que faites-vous de vos journées ? Vous paraissent trop longues ou trop courtes ?
- Manque de dynamisme ou, plutôt, comme si quelque chose pesait sur vous et vous empêchait de manifester votre dynamisme ?
- Et au point de vue sexuel ? Vos désirs ont-ils changé, sont-ils différents ? Plus ou moins satisfait que d'habitude ?
- Passe-temps ? Goût au train-train quotidien ? Joie de vivre ?
- Moral : bon ou mauvais ? Découragé, déprimé ? Pourquoi ? Perdu le désir de vivre ? Vous serait égal ou préférable mourir ? Idées noires ?
- Vous sentez-vous coupable ? Perdu l'estime de vous-même ? Diminué d'une manière ou d'une autre par rapport aux personnes de votre âge ?
- Savez-vous encore vous émouvoir pour les autres, rire et pleurer ? D'humeur changeante, passant du rire aux larmes d'une minute à l'autre ? Hypersensible, impressionnable ?
- Vous arrive-t-il d'éprouver au même moment et envers la même personne des sentiments contradictoires, comme aimer et détester ?
- Agité intérieurement ?
- Nerfs à fleur de peau, irritable ? Mauvaise humeur, grognon ? Agressif, violent en gestes ou en paroles ?
- Plus qu'avant tendance à rechercher ou à éviter la compagnie des autres ? En voulez-vous à quelqu'un ?
- Vous sentez-vous aimé, entouré ? Vite confiance aux autres ?
- A-t-on autant fait pour vous que vous avez fait pour les autres ?
- Impression qu'on cherche à vous faire du tort, qu'on vous en veut ? Qu'on lit dans vos pensées ? Qu'on vous prend vos pensées ? Qu'on vous impose des pensées qui ne sont pas à vous ? Que vous devez lutter contre une force qui vous pousse à dire ou à faire des choses bizarres, choquantes ?
- Poussé à vous laver les mains plus souvent que les autres de peur de la saleté, des microbes ? Besoin de vérifier plusieurs fois la fermeture de la porte, de la lumière, des robinets (jusqu'à vous relever la nuit) ?
- Impression qu'il se passe quelque chose d'étrange en vous ou autour de vous ? (Si oui : quoi ? pourquoi ? qui ? preuves matérielles ou révélation intérieure ?)
- Avant de terminer, je voudrais vous demander si la vie a un but pour vous. Confiance dans l'avenir ? Espoir de guérir ? Pas financièrement ruiné ? Projets immédiats ? Mission spéciale à remplir sur terre ? Indécis, hésitant ? Plus qu'aujourd'hui ?
- Quelque chose d'autre à me signaler pour que nous comprenions mieux votre cas ?

Cet entretien a été revu par Mormont et al. (1981, non publié) de manière à permettre la cotation de la deuxième édition française de l'AMDP, y compris les items de réserve. Première version et publication : Bobon, Mormont & Mirel, Acta psychiat. belg. 78, 606-618, 1978. La présente révision permet aussi la cotation de la CPRS scandinave à condition d'avoir rempli l'AMDP somatique et la Clinical Global Impression.

**ECHELLE SOMATIQUE
AMDP - 5**

ETABLISSEMENT : EXAMINATEUR :	
Nom + prénom MALADE SEXE : DATE DE NAISSANCE : DIAGNOSTIC : DATE DE L'EXAMEN : PERIODE CODEE (jours) :	_____ N° de dossier du malade _____ N° du malade dans l'étude _____ Sexe (M = 1 ; F = 2) _____ Age _____ Diagnostic CIM-9 _____ Date de l'examen _____ Nombre de jours évalués

0 1 2 3 4 (5)						0 1 2 3 4 (5)						0 1 2 3 4 (5)						0 1 2 3 4 (5)					
absent léger moyen fort très fort sans avis						absent léger moyen fort très fort sans avis						absent léger moyen fort très fort sans avis						absent léger moyen fort très fort sans avis					
aucun <input type="checkbox"/> Troubles de la vigilance						aucun <input type="checkbox"/> Troubles cardio-respiratoires						aucun <input type="checkbox"/> Troubles neurologiques						aucun <input type="checkbox"/> Items de réserve soma.					
101 Difficultés d'endorm. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 102 Réveils nocturnes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 103 Dimin. durée sommeil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 104 Réveil matinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 105 Somnolence diurne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						117 Difficulté à respirer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 118 Vertiges <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 119 Palpitations <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 120 Prêcordialgies <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						132 Hypertonie extrapyram. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 133 Hypotonie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 134 Tremor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 135 Crises dyskïn. aiguës <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 136 Hypokinésie / Hypomimie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 137 Akathisie / Torsion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 138 Ataxie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 139 Nystagmus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 140 Paresthésies <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						S1 Anxiété somatique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S2 Réves / Cauchemars <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S3 Ejaculation retardée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S4 Réactions allergiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S5 Tics / Bégaiement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S6 Dyskinésias tardives <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S7 Oedèmes maléfolaires <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
aucun <input type="checkbox"/> Troubles de l'appétence						aucun <input type="checkbox"/> Autres troubles végétatifs																	
106 Appétit diminué <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 107 Appétit augmenté <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 108 Soif augmentée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 109 Impuissance / Frigidité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						121 Troubles d'accommodation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 122 Sudations profuses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 123 Séborrhée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 124 Miction difficile <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 125 Troubles menstruels <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
aucun <input type="checkbox"/> Troubles gastro-intestinaux						aucun <input type="checkbox"/> Autres troubles somatiques						MESURES : Poids (Kg) (ex. : 036) Température (°C) (ex. : 374) Puls (mn) (ex. : 072) PA couché, max. (mm Hg) (ex. : 135) PA couché, min. (mm Hg) (ex. : 080) PA debout, max. (mm Hg) PA debout, min. (mm Hg)											
110 Hypersalivation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 111 Sécheresse de bouche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 112 Nausées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 113 Vomissements <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 114 Plaîntes gastriques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 115 Constipation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 116 Diarrhée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						126 Plaîntes céphaliques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 127 Lombalgies / Dorsalgies <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 128 Lourdeur de jambes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 129 Sensation de chaleur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 130 Frilosité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 131 Symptômes de conversion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	

<p align="center">ENTRETIEN SOMATIQUE STANDARDISE (F)</p> Comment vous sentez-vous physiquement (ces derniers jours) ? Bien dormi ? (101 - 104) Pas révé ? (S2) Pas somnoient pendant la journée ? (105) Bon appétit ? (106, 107) Buvez pas plus que d'habitude ? (108, 111) Pas de troubles digestifs ? Allez à selles et urinez normalement ? (112-116, 124) Pas de difficultés à respirer ? (117) Pas de vertiges ? (118) Pas la vue brouillées ? (121) Pas le cœur qui bat trop fort ou trop vite ? (119, 120) Pas les jambes lourdes, les chevilles qui gonflent ? (128, S7) Pas anormalement frileux ou trop chaud ? (129, 130) Transpirez pas plus que d'habitude ? (122) Pas de boutons ou autre maladie de la peau ? (123, S4) Mel nulle part ? (114, 126, 127, S1) Pas de picotements ? (140) Selon les cas : réglée normalement ? (125) Pas remarqué l'apparition d'une frigidité / difficulté d'éjaculation ? (109) Autre symptôme physique à signaler ?	<p align="center">REMARQUES INDIVIDUELLES :</p>
---	--

12. GUY, W., BAN, T.A. — *The AMDP-System*. Springer, New York, 1982.
13. HAMILTON, M. — The assessment of anxiety states by rating. *Brit. J. med. Psychol.*, 1959, **32**, 50-55.
14. LOPEZ-IBOR ALINO, J. J., Ed. — *El sistema AMDP*, Grupo Para El Progreso de la Psiquiatria, Madrid, 1980.
15. MORMONT, C., BOBON, D., MIREL, J. — *Entretien psychopathologique semi-structuré de Liège*, non publié, 1981.
16. MORMONT, C., BOBON, D., von FRENCKELL, R., BRONCKART, C., TROISFONTAINES, B. — La lettre informatisée au médecin traitant, une application pratique de l'AMDP. *Acta psychiat. belg.*, 1983, **83**, 588-597.
17. TROISFONTAINES, B., BOBON, D., DIGONNET, C., LANG, F., MORMONT, C., PELLET, J., von FRENCKELL, R. — Structure factorielle de l'AMDP : analogie avec les études de langue allemande et originalité de l'adaptation française. *Ann. méd.-psychol.*, 1984, **142**, 870-880.
18. von ZERSSEN, D., KOELLER, D. M., REY, E.R. — Die Befindlichkeits-Skala (B-S), ein einfaches Instrument zur Objektivierung von Befindlichkeitsstörungen, insbesondere im Rahmen von Längsschnittuntersuchungen. *Arzneim.-Forsch.*, 1970, **20**, 915-918.
19. WOGGON, B., DITTRICH, A. — Konstruktion übergeordneter AMP-Skalen : «manisch-depressives» und «Schizophrenes Syndrom». *Int. Pharmacopsychiat.*, 1979, **14**, 325-337.

**

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr D. Bobon, Policlinique neuropsychiatrique, Boulevard de la Constitution, 66, 4020 Liège.