

De la nécessité du diagnostic standardisé dans la recherche en psychiatrie biologique*

Essai d'intégration des « Research Diagnostic Criteria » dans le système AMDP

par M. ANSSEAU**, A. DOUMONT**, J.L. CERFONTAINE**,
G. CHARLES*** et J. MIREL***

ABSTRACT

On the necessity of standardized diagnosis for the research in biological psychiatry

Trying to integrate « Research Diagnostic Criteria » in the AMDP system

Standardization of diagnosis is an essential preliminary in the clinical research in biological psychiatry. Between the different systems of nosographical selection, Research Diagnostic Criteria (RDC) are the most internationally diffused.

After having recalled the spirit of RDC, we have looked for seven major illnesses (major and minor depressive disorders, endogenomorphic major depressive disorder, schizophrenia, manic disorder, panic disorder and generalized anxiety disorder) equivalents of RDC criteria in psychopathological and somatical items of AMDP system.

With a minimum of modifications (adjonction of some reserve items for each illness), AMDP scales could become compatible. The verification of this theoretical equivalence secondly makes it a duty to use jointly RDC and AMDP scales and to analyse both of them separately. After this methodological control, patients who meet RDC criteria could be automatically selected from AMDP scales [Acta psychiat. belg., 82, 422-440 (1982)].

Key words: research diagnostic criteria, AMDP system, standardized diagnosis, nosology.

* Communication présentée aux Journées AMDP, Tübingen, septembre 1982.

** Clinique psychiatrique universitaire, Unité de Psychopharmacologie de l'Hôpital de Bavière, B-4020 Liège (Belgique).

*** Département de Psychiatrie, Unité des Sciences neurologiques (coordinateur : Dr Guy Noël), Complexe Hospitalier René Decooman, B-6110 Montigny-le-Tilleul (Belgique).

I. Introduction

Les étapes de l'élaboration du diagnostic psychiatrique peuvent être schématisées en 7 points (modifié d'après Feighner, 1981) :

1. Description clinique.

La description clinique constitue l'étape primordiale, avec l'évaluation de la symptomatologie aussi bien que de l'environnement psychosocial (âge, sexe, race, événements déclenchants...).

2. Examens de laboratoire.

La psychiatrie est à la recherche de méthodes objectives de diagnostic. Certaines études sur les « marqueurs biologiques » démontrent des perspectives particulièrement prometteuses. Il est probable que, dans un avenir proche, les résultats de tests neuroendocriniens, de dosages biochimiques ou enzymatiques, l'étude de paramètres neurophysiologiques constitueront un apport indispensable au diagnostic. Dans cet ordre d'idées, le test à la dexaméthasone (pour revue, voir Carroll, 1982, et Charles, 1982) et l'étude polygraphique du sommeil (pour revue, voir Kupfer, 1976) ont déjà reçu des applications cliniques.

Les méthodes d'exploration plus traditionnelles, comme l'électroencéphalographie ou l'étude neuroanatomique, utiles dans certaines affections spécifiques (épilepsie temporale, démences séniles...), peuvent être classées dans cette rubrique, de même que certains tests d'évaluation psychologique dont la fiabilité a été démontrée.

3. Diagnostic différentiel.

Il consiste à délimiter le tableau clinique étudié de celui d'autres affections voisines en s'intéressant principalement à ce qui les différencie.

4. Etude de l'évolution.

L'étude longitudinale constitue un apport important dans le diagnostic. Elle est essentielle pour certaines affections (maladie bipolaire, par exemple).

5. Etude familiale.

Dans la mesure où certaines affections psychiatriques présentent manifestement une composante génétique, il est particulièrement utile d'étudier la psychopathologie chez les proches. C'est notamment le cas pour la maladie bipolaire, la psychose schizo-affective et la schizophrénie.

6. Personnalité prémorbide.

L'étude de la personnalité prémorbide peut apporter des indications utiles sur le « terrain » d'une affection.

7. Réponse au traitement.

La réponse à un traitement spécifique peut constituer un argument de diagnostic. Il faut cependant garder à l'esprit que peu de traitements sont réellement spécifiques et que l'affection psychiatrique peut évoluer spontanément.

En recherche clinique, particulièrement en psychiatrie biologique, la standardisation du diagnostic est un préliminaire essentiel. En effet, c'est le seul moyen de permettre la comparaison ou la reproductibilité des résultats. C'est pourquoi divers systèmes diagnostiques à vocation internationale ont été développés ; citons parmi d'autres l'échelle de Newcastle (Carney *et al.*, 1965) qui permet de séparer les déprimés en endogènes et névrotiques, les critères de Feighner (Feighner *et al.*, 1972) qui contiennent des critères pour 14 affections psychiatriques, les Research Diagnostic Criteria (Spitzer *et al.*, 1978) et le DSM de l'American Psychiatric Association, actuellement à sa troisième édition (American Psychiatric Association, 1980), qui contiennent des critères pour la plupart des troubles mentaux.

II. Les Research Diagnostic Criteria

Les Research Diagnostic Criteria (RDC) ont été développés par l'École de New York (Spitzer *et al.*, 1978) à partir des critères de l'École de Saint-Louis (Feighner *et al.*, 1972) à l'occasion d'un projet de recherche multicentrique sur la psychobiologie des troubles dépressifs. La présence d'affects dépressifs dans d'autres troubles psychiatriques a nécessité la définition de critères pour d'autres catégories nosographiques. Les RDC comportent ainsi des critères de sélection pour 24 affections ainsi que deux rubriques d'exclusion : « absence de maladie mentale actuelle » et « jamais de maladie mentale ».

Les RDC constituent actuellement le meilleur système de sélection nosographique pour au moins une raison : ils sont de très loin les plus largement diffusés et utilisés sur le plan international. Dans la mesure où le but essentiel de ces critères est la comparaison des résultats entre diverses équipes de recherche de différents pays, cette diffusion internationale est essentielle.

Le but de critères diagnostiques, comme les RDC, est de permettre la sélection de groupes homogènes de patients présentant une affection psychiatrique déterminée dans un but de recherche clinique. Il ne s'agit pas du tout d'un moyen pratique d'établir le diagnostic clinique du patient tout-venant. Dans cette optique de sélection de groupes homogènes, il est essentiel de réduire le nombre de « faux positifs » (c'est-à-dire de patients incorrectement diagnostiqués comme présentant une affection définie), même si cela accroît les « faux négatifs » (c'est-à-dire les patients incorrectement diagnostiqués comme ne présentant pas de trouble spécifique). Pour cela, les critères de sélection se sont voulus relativement stricts et une catégorie « autre trouble psychiatrique » a été ajoutée afin de permettre de classer les patients présentant une pathologie psychiatrique évidente qui ne remplissent les critères pour aucune affection définie.

Pour remplir les RDC, le clinicien doit utiliser toutes les sources d'informations dont il dispose. La principale sera généralement l'examen direct du sujet. L'entretien peut être libre ou basé sur un entretien structuré, spécialement conçu pour recueillir l'information nécessaire pour les RDC : le SADS (« Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia » ou « Inventaire pour les troubles affectifs et la schizophrénie ») (Spitzer and Endicott, 1975).

Les RDC utilisent certains termes diagnostiques différents de la nosographie traditionnelle (par exemple « trouble dépressif majeur » dans les états dépressifs). Cette terminologie différente a été employée pour éviter la confusion dans la mesure où ces termes ne recouvrent pas exactement les mêmes entités.

Chaque diagnostic est défini comme absent, probable ou certain suivant le nombre de critères auxquels satisfait le tableau clinique. Par exemple, dans la schizophrénie, un diagnostic certain impose de remplir 2 critères parmi une liste de 8 et un diagnostic probable d'en remplir un seul.

Certains diagnostics s'excluent mutuellement : trouble dépressif majeur et schizophrénie par exemple ; d'autres, au contraire, peuvent coexister : par exemple, trouble dépressif mineur et trouble phobique.

Les RDC ne peuvent pas s'appliquer à toute symptomatologie où une étiologie organique peut être suspectée (à l'exception de l'alcoolisme, de la toxicomanie et de « autre trouble psychiatrique »). C'est pourquoi un examen clinique attentif s'impose avant d'appliquer les RDC.

Les RDC comportent des critères diagnostiques pour 24 pathologies psychiatriques qui couvrent essentiellement les troubles affectifs, schizophréniques et névrotiques (tableau I). Les diagnostics se rapportent généralement à un épisode actuel ou à un épisode antérieur (suivi par une période d'au moins 2 mois de rémission). Ils peuvent également se référer

à une évolution longitudinale (comme le trouble bipolaire) ou à une durée des troubles d'au moins 2 ans (comme le trouble dépressif intermittent).

Les critères se réfèrent soit à des symptômes, à la durée ou à l'évolution de l'affection ou à la gravité des répercussions fonctionnelles (scolaires, professionnelles, familiales, sociales notamment).

TABLEAU I

**Critères diagnostiques de recherche (RDC)
pour un groupe sélectionné de troubles fonctionnels**

1. Schizophrénie
2. Trouble schizo-affectif, type maniaque
3. Trouble schizo-affectif, type dépressif
4. Syndrome dépressif surajouté sur schizophrénie résiduelle
5. Trouble maniaque
6. Trouble hypomaniaque
7. Bipolaire avec manie (bipolaire I)
8. Bipolaire avec hypomanie (bipolaire II)
9. Trouble dépressif majeur
10. Trouble dépressif mineur
11. Trouble dépressif intermittent
12. Crises d'angoisse
13. Anxiété généralisée
14. Personnalité cyclothymique
15. Personnalité labile
16. Somatisations multiples (trouble de Briquet)
17. Personnalité asociale
18. Alcoolisme
19. Trouble toxicomane (autre qu'alcoolisme)
20. Trouble obsessionnel
21. Trouble phobique
22. Psychose fonctionnelle non déterminée
23. Autre trouble psychiatrique
24. Traits schizotypes
25. Absence de maladie mentale actuelle
26. Jamais de maladie mentale

Les RDC sont particulièrement focalisés sur les troubles dépressifs. Ceux-ci sont classés en 5 rubriques.

1. *Le trouble dépressif majeur*, qui s'applique aux cas graves, d'allure endogène, avec des critères stricts et précis.

2. *Le trouble dépressif mineur*, où l'humeur dépressive ne s'accompagne pas d'un nombre de symptômes suffisants pour remplir les critères de trouble dépressif majeur.

3. *La personnalité cyclothymique*, où les périodes d'humeur dépressive alternent avec des périodes d'humeur nettement meilleure que la normale.

4. *La personnalité labile*, qui se caractérise par de fréquentes périodes dysphoriques qui ne durent qu'au maximum quelques jours.

5. *Le trouble dépressif intermittent*, état chronique (durée minimum deux années) où l'humeur dépressive n'est interrompue que par de brèves périodes d'humeur normale (qui ne durent pas plus de quelques semaines).

Un des avantages des RDC est la définition de sous-types distincts pour les affections principales. C'est ainsi que pour le trouble dépressif majeur, les RDC distinguent 10 sous-types non exclusifs (tableau II), ce qui permet de tester diverses hypothèses sur l'inhomogénéité de la maladie dépressive.

TABLEAU II

Sous-types de troubles dépressifs majeurs

1. Primaire
2. Secondaire
3. Unipolaire récidivant
4. Psychotique
5. Invalidant
6. Endogénomorphe
7. Agité
8. Ralenti
9. Situationnel
10. Simple

La schizophrénie est séparée en 4 sous-types selon son évolution (aiguë, subaiguë, subchronique et chronique) et en 5 sous-types suivant sa phénoménologie (paranoïde, désorganisée, catatonique, indifférenciée, résiduelle).

III. Le système AMDP

Le système AMDP (de l'« Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie » ou « Association de Méthodologie et de Documentation en Psychiatrie ») constitue actuellement le système de documentation et de quantification de la psychopathologie le plus complet. Outre la version originale allemande, actuellement à sa troisième édition (AMDP, 1979), il en existe des adaptations française (Bobon, 1981), espagnole (Lopez-Ibor Aliño, 1980) et anglaise (Guy et Ban, 1982).

Outre des échelles anamnestiques, il comprend une échelle psychopathologique — en 115 items dans la version française, cotés de 0 à 4 — et une échelle somatique — en 47 items dans l'adaptation française. Deux échelles abrégées pour l'évaluation de la manie-dépression et de la schizophrénie ont été créées (Woggon et Dittrich, 1979). D'autres échelles courtes sont en projet.

IV. Compatibilité RDC-AMDP

Dans une première étude (Doumont *et al.*, 1982), nous avons essayé de rendre possible la sélection des déprimés répondant aux critères d'état dépressif majeur des RDC à partir des échelles psychopathologique et somatique de l'AMDP. Pour cela, nous avons recherché dans les échelles AMDP les items correspondant aux critères RDC et, pour une compatibilité optimale, nous avons ajouté 2 items de réserve psychopathologiques et 2 items de réserve somatiques.

Nous avons voulu étendre cette méthodologie à d'autres affections psychiatriques définies dans les RDC.

Les problèmes principaux posés par cet essai de « traduction » sont nombreux.

1. Le contenu des items.

Certains critères des RDC ne possèdent pas d'équivalents dans l'AMDP. Par exemple, pour l'état dépressif endogénomorphe, la « qualité différente de l'humeur déprimée ». Pour d'autres critères, le recouvrement est imparfait, comme c'est le cas par exemple pour un des critères de la schizophrénie : « hallucinations auditives d'un commentaire continu sur le comportement ou les pensées du sujet » qui est nettement plus restrictif que l'item AMDP « hallucinations acoustico-verbales ».

2. Les items anamnestiques.

Les RDC se réfèrent parfois directement à l'anamnèse du sujet. Par exemple, dans la personnalité asociale : « l'école buissonnière (au moins deux fois par an pendant deux ans) » ou « un comportement sexuel inhabituellement précoce ou agressif ». Ces notions sont impossibles à retirer des échelles AMDP (même en utilisant les échelles anamnestiques, ce que nous ne faisons pas).

3. Les items de personnalité.

Certains critères qualifient la personnalité du patient, pour laquelle il existe peu de données dans l'AMDP. Ainsi, pour le diagnostic de « per-

sonnalité labile », les « difficultés de maintenir des relations intimes satisfaisantes ».

4. Les items comportementaux.

Les RDC envisagent des comportements qui ne sont pas évalués par les échelles AMDP. Par exemple, « prise d'alcool avant le petit déjeuner » dans l'alcoolisme ou « pleurs » dans le trouble dépressif mineur.

5. Notion de durée.

Certains symptômes des RDC ne prennent une valeur que s'ils sont présents pendant une durée définie, ce qui ne ressort pas de l'AMDP. Par exemple, pour la schizophrénie, un critère concerne des hallucinations qui durent toute la journée pendant plusieurs jours ou de façon intermittente pendant au moins un mois.

6. Les répercussions sociales, familiales, professionnelles.

Pour la plupart des affections, un des éléments de diagnostic concerne la détérioration des activités ou des relations. Ce critère n'est guère couvert par l'AMDP, même s'il existe un item « invalidation sociale ».

7. La symptomatologie fluctuante.

Une symptomatologie ne se produisant que par brefs accès est difficile à évaluer par les échelles AMDP. C'est ainsi que dans les « crises d'angoisse », les critères RDC se réfèrent aux symptômes présents au moment des crises, qui apparaîtront difficilement dans l'évaluation globale par les échelles AMDP.

8. Les associations de symptômes.

Dans les RDC, certains symptômes ne prennent une valeur de critère que s'ils sont associés. Par exemple, pour la schizophrénie, « idées délirantes accompagnées d'hallucinations ».

Malgré ces difficultés, nous avons cherché les équivalents RDC-AMDP pour les principales affections psychiatriques.

V. Résultats

Nous donnons en annexe les résultats de la recherche d'équivalents symptomatiques dans le système AMDP pour diverses affections définies dans les RDC : troubles dépressifs majeur (tableau III) et mineur (tableau IV), trouble dépressif majeur endogénomorphe (tableau V),

schizophrénie (tableau VI), trouble maniaque (tableau VII), crises d'angoisse (tableau VIII) et anxiété généralisée (tableau IX).

Lorsque le symptôme n'existait pas dans l'AMDP, nous avons indiqué un trait en face du critère des RDC. Lorsqu'il était couvert de façon imparfaite, nous avons noté un point d'interrogation devant l'item du système AMDP.

Pour le *trouble dépressif majeur*, les RDC imposent : un trouble de l'humeur ; la présence, parmi une liste de 8 symptômes, de 5 symptômes pour un diagnostic certain et de 4 symptômes pour un diagnostic probable ; une durée de deux semaines pour un diagnostic certain, d'une semaine pour un diagnostic probable.

Le *trouble dépressif mineur* est défini par un trouble de l'humeur, la présence de 2 symptômes parmi une liste de 16 et une durée d'au moins deux semaines pour un diagnostic certain, d'une semaine pour un diagnostic probable.

Le *trouble dépressif endogénomorphe* demande la présence de 6 symptômes pour un diagnostic certain, 4 pour un diagnostic probable, dont au moins un parmi les quatre premiers.

Le diagnostic de *schizophrénie* impose de remplir 2 critères pour un diagnostic certain, un critère pour un diagnostic probable parmi une liste de 8 et une durée minimum de deux semaines.

Le *trouble maniaque* nécessite un trouble de l'humeur (expansive ou dysphorique), la présence de 3 symptômes si l'humeur est expansive, de 4 symptômes si l'humeur est seulement dysphorique, parmi une liste de 7, et une parmi 3 répercussions fonctionnelles.

Pour les *crises d'angoisse*, les RDC imposent au moins 6 crises en six semaines pour un diagnostic certain, au moins 3 crises en trois semaines pour un diagnostic probable. Pendant les crises, au moins 3 symptômes pour un diagnostic certain, 2 pour un diagnostic probable ; entre les crises, de la nervosité.

Le diagnostic d'*anxiété généralisée* nécessite une humeur anxieuse, la présence d'un symptôme parmi une liste de 5 et une durée minimum de deux semaines.

VI. Discussion et conclusion

Les résultats de notre recherche d'équivalence semblent montrer qu'il est possible de couvrir de façon satisfaisante les critères des RDC par les items des échelles AMDP pour les affections auxquelles nous nous som-

mes attachés, en ajoutant uniquement quelques items de réserve pour chaque pathologie étudiée :

- pour le trouble dépressif majeur : 4 items de réserve ;
- pour le trouble dépressif mineur : 4 items de réserve (en plus des 4 items nécessaires pour le trouble dépressif majeur) ;
- pour le trouble dépressif majeur endogénomorphe : 2 items de réserve ;
- pour la schizophrénie : 4 items de réserve ;
- pour le trouble maniaque : 4 items de réserve ;
- pour les crises d'angoisse : 2 items de réserve ;
- pour l'anxiété généralisée : 1 item de réserve.

Cette recherche d'équivalents dans les échelles AMDP des critères des RDC constitue la première étape dans notre objectif de permettre l'utilisation de l'AMDP pour sélectionner des groupes homogènes de patients. Ces résultats devront être vérifiés par l'utilisation conjointe, d'une part des critères RDC de l'affection envisagée, d'autre part des échelles AMDP (augmentées des items de réserve nécessaires). Les deux méthodes devront être dépouillées séparément afin d'évaluer le degré de correspondance. Actuellement, nous pratiquons ce type d'étude pour le trouble dépressif majeur.

Il nous paraît difficile, dans l'état actuel de développement du système AMDP, d'ajouter tous les items de réserve nécessaires de façon globale, ce qui alourdirait considérablement son utilisation. Nous trouvons plus rationnel que tout centre intéressé par une pathologie déterminée (schizophrénie par exemple) valide, dans un premier temps, cette approche en remplissant à la fois les Research Diagnostic Criteria et les échelles AMDP, augmentées des items de réserve pour l'affection considérée. Ainsi, dans un second temps, la conformité aux critères RDC pourrait être réduite automatiquement à partir des échelles AMDP.

**

Remerciements. — Nous tenons particulièrement à remercier Mme Ch. Gayetot et Mlle B. Gendarne pour leur aimable collaboration technique.

ANNEXE

TABLEAU III

Compatibilité RDC-AMDP : trouble dépressif majeur

A. Humeur dysphorique	67 Dysphorie
Perte des intérêts, des plaisirs, indifférence	60 Anesthésie affective (éprouvée)
Tristesse	61 Anesthésie affective (observée)
Perte d'espoir	63 Tristesse
Irritabilité	64 Perte d'espoir
	68 Irritabilité
B. 1. Inappétence / boulimie	106 Appétit diminué
	107 Appétit augmenté
Perte / gain de poids	S8 Perte de poids
	S9 Gain de poids
2. Insomnie / hypersomnie	101 Difficultés d'endormissement
	102 Réveils nocturnes
	103 Diminution de la durée du sommeil
	104 Réveil matinal
	105 Somnolence diurne
3. Perte d'énergie, fatigue, fatigabilité	80 Diminution de l'énergie
	81 Inhibition de l'énergie
4. Agitation / ralentissement psychomoteur observé	16 Pensée ralentie
	83 Agitation motrice
	P16 Ralentissement moteur
5. Perte intérêts / plaisirs y compris sociaux / sexuels	60 Anesthésie affective (éprouvée)
	61 Anesthésie affective (observée)
	92 Sociabilité diminuée
	P2 Perte du désir de vivre
	P10 Désir sexuel diminué
6. Autoaccusation, culpabilité	42 I.D.* de culpabilité
	73 Sentiment de culpabilité
7. Difficultés d'idéation, de concentration, indécision	10 Troubles de concentration
	15 Pensée inhibée
	P17 Indécision
8. Idées persistantes de mort, de suicide	95 Tendances suicidaires

* I.D. = idées délirantes.

TABLEAU IV

Compatibilité RDC-AMDP : trouble dépressif mineur

A. Humeur déprimée : déprimé, triste, mélancolique, sans espoir, abattu, broyant du noir	63 Tristesse
	64 Perte d'espoir
B. 1. Inappétence / boulimie	106 Appétit diminué
	107 Appétit augmenté
Perte / gain de poids	S8 Perte de poids
	S9 Gain de poids
2. Insomnie / hypersomnie	101 Difficultés d'endormissement
	102 Réveils nocturnes
	103 Diminution de la durée du sommeil
	104 Réveil matinal
	105 Somnolence diurne
3. Perte d'énergie, fatigue, fatigabilité	80 Diminution de l'énergie
	81 Inhibition de l'énergie
4. Agitation / ralentissement psychomoteur observé	16 Pensée ralentie
	83 Agitation motrice
	P16 Ralentissement moteur
5. Perte intérêts / plaisirs y compris sociaux / sexuels	60 Anesthésie affective (éprouvée)
	61 Anesthésie affective (observée)
	92 Sociabilité diminuée
	P2 Perte du désir de vivre
	P10 Désir sexuel diminué
6. Autoaccusation, culpabilité	42 I.D. de culpabilité
	73 Sentiment de culpabilité
7. Difficultés d'idéation, de concentration, indécision	10 Troubles de concentration
	15 Pensée inhibée
	P17 Indécision
8. Idées persistantes de mort, de suicide	95 Tendances suicidaires
9. Pleurs	—
Figure triste	—
10. Pessimisme	64 Perte d'espoir
11. Ruminations	20 Ruminations
12. Sentiment d'insuffisance	71 Sentiment d'insuffisance
13. Ressentiment	67 Dysphorie
Irritable	68 Irritabilité
Plaintif	70 Propension à se plaindre
14. Revendicatif	—
Dépendant	—
15. S'apitoie sur son sort	70 Propension à se plaindre
16. Hypochondrie	28 Hypochondrie non délirante

TABLEAU V

Compatibilité RDC-AMDP : trouble dépressif majeur endogénomorphe

1. Qualité différente de l'humeur dépressive	—	
2. Absence de réactivité à l'environnement	—	
3. Plus mal le matin	89	Aggravation matinale
4. Perte d'intérêt étendue	Min. 3	60 Anesthésie affective (éprouvée) 61 Anesthésie affective (observée)
B. 1. Culpabilité		73 Sentiment de culpabilité 42 I.D. de culpabilité
2. Insomnie matinale	104	Réveil matinal
3. Agitation / ralentissement psychomoteur	83 P16	Agitation motrice Ralentissement moteur
4. Appétit diminué	106	Appétit diminué
5. Poids diminué	P8	Perte de poids
6. Intérêt diminué	60 61	Anesthésie affective (éprouvée) Anesthésie affective (observée)
7. Libido diminuée	P10	Désir sexuel diminué

TABLEAU VI

Compatibilité RDC-AMDP : schizophrénie

1. Pensées émises imposées enlevées	55 57 56	Devinement de la pensée Pensées imposées Vol de la pensée
2. I.D. d'être contrôlé bizarres multiples	? 58	Autres sentiments d'influence
3. I.D. somatiques de grandeur religieuses de négation autres sans persécution ni jalousie	44 45 45 44 36 39 42-46	I.D. hypocondriaques I.D. de grandeur I.D. de grandeur I.D. hypocondriaques I.D. non systématisées I.D. de référence I.D. de culpabilité, de ruine, hypocondriaques, de grandeur, fantastiques

} durée 1 sem.

4. I.D.	} durée 1 semaine	36 I.D. non systématisées 39-46 I.D. de référence, de préjudice / persécution, de jalousie, de culpabilité, de ruine, hypocondriaques, de grandeur, fantastiques
+ hallucinations		48-52 Hallucinations acoustico-verbales, autres hallucinations auditives, hallucinations visuelles, cénesthésiques, olfactives / gustatives
5. Hallucinations auditives commentaire / conversation		? 48 Hallucinations acoustico-verbales
6. Hallucinations verbales non affectives		48 Hallucinations acoustico-verbales
7. Hallucinations — toute une journée — intermittentes / 1 mois		48-52 Hallucinations acoustico-verbales, autres hallucinations auditives, hallucinations visuelles, cénesthésiques, olfactives / gustatives
8. Troubles formels de la pensée + soit		25 Pensée incohérente 23 Réponses à côté 26 Néologismes
— affects	} émoussés inappropriés	? 60 Anesthésie affective (éprouvée) ? 61 Anesthésie affective (observée) ? 79 Monotonie affective 76 Discordance affective
—		36 I.D. non systématisées 39-46 I.D. de référence, de préjudice / persécution, de jalousie, de culpabilité, de ruine, hypocondriaques, de grandeur, fantastiques
—	} ou hallucinations	48-52 Hallucinations acoustico-verbales, autres hallucinations auditives, hallucinations visuelles, cénesthésiques, olfactives / gustatives
— Comportement désorganisé		—

TABLEAU VII

Compatibilité RDC-AMDP : trouble maniaque

A. Humeur élevée, expansive irritabile	66 Euphorie 67 Dysphorie
B. 1. Plus actif	82 Augmentation de l'énergie 83 Agitation motrice 93 Sociabilité excessive P11 Désir sexuel exacerbé
2. Plus bavard	88 Logorrhée
3. Fuite des idées	P4 Pensée accélérée 22 Fuite des idées
4. Surestimation de soi	72 Surestimation de soi 45 I.D. de grandeur
5. Sommeil diminué	103 Diminution de la durée du sommeil
6. Distractibilité	? 10 Troubles de la concentration
7. Jugement perturbé	—
C. Conversation impossible	—
Invalidation	? P15 Invalidation sociale
Hospitalisation	—

TABLEAU VIII

Compatibilité RDC-AMDP : crises d'angoisse

A. 6 crises / 6 semaines (3 crises / 3 semaines)	
B. Pendant crise : 3 (2)	
1. Dyspnée	? 117 Difficulté à respirer
2. Palpitations	119 Palpitations
3. Douleur thoracique	120 Précordialgies
4. Etouffement	? 117 Difficulté à respirer
5. Paresthésies	140 Paresthésies
6. Sudations	122 Sudations profuses
7. Faiblesse	—
8. Tremblements	? 134 Tremor
9. Peur de mourir, devenir fou	—
C. Entre crises : nervosité	69 Agitation intérieure P5 Tension

TABLEAU IX

Compatibilité RDC-AMDP : anxiété généralisée

A. Anxiété	65 Anxiété psychique éprouvée
B. 1. Difficultés d'endormissement	101 Difficultés d'endormissement
2. Sudations	122 Sudations profuses
Rougeurs	—
Etourdissements	118 Vertiges
Palpitations	119 Palpitations
Respiration courte	117 Difficulté à respirer
3. Tension musculaire	P5 Tension
Tremblements	? 134 Tremor
4. Anticipation anxieuse	P7 Anticipation anxieuse
5. Agitation	83 Agitation motrice

RESUME

La standardisation du diagnostic est un préliminaire essentiel dans la recherche clinique en psychiatrie biologique. Parmi les différents systèmes de sélection nosographique, les « Research Diagnostic Criteria » (RDC) sont les plus diffusés internationalement.

Après avoir rappelé l'esprit des RDC, nous avons recherché pour 7 affections principales (troubles dépressifs majeur et mineur, trouble dépressif majeur endogénomorphe, schizophrénie, trouble maniaque, crise d'angoisse et anxiété généralisée) les équivalents des critères RDC dans les items psychopathologiques et somatiques du système AMDP.

Avec un minimum de modifications (adjonction de quelques items de réserve par affection), les échelles AMDP pourraient devenir compatibles. La vérification de cette équivalence théorique impose dans un second temps de remplir conjointement RDC et échelles AMDP et de dépouiller les deux séparément. Après ce contrôle méthodologique, les patients remplissant les critères RDC pourraient être automatiquement sélectionnés à partir des échelles AMDP.

SAMENVATTING

De nood aan geijkte diagnose technieken in de biologische psychiatrie. Poging tot integratie van de « Research Diagnostic Criteria » in het AMDP systeem.

De ijkking van de diagnose technieken is onmisbaar bij de klinische benadering in de biologische psychiatrie. Onder de systemen aangewend om de diagnose te objectiveren zijn de « Research Diagnostic Criteria » het meest gebruikt.

Na herinnerd te hebben aan de grondgedachten van de RDC, hebben wij voor 7 belangrijke stoornissen (lichte en zware depressie, hoofdzakelijke endo-

gene zware depressie, schizofrenie, manie, benauwheidstoestanden en veralgemeend angstbeleven) in het psychopatologisch en het somatisch deel van de AMPD items gezocht die gelijkwaardig zijn aan deze van de RDC.

De minimale veranderingen van een theoretische gelijkwaardigheid moet aangevuld worden, door het gelijktijdig aanwenden aan de RDC en de AMDP (na een lichte wijziging door het inschakelen van enkele reserve items voor iedere aandoening). De kwotering zou afzonderlijk gebeuren. Daarna zouden de patiënten die in aanmerking komen voor een RDC onderzoek evengoed voor een AMDP onderzoek in aanmerking komen.

ZUSAMMENFASSUNG

Zur Notwendigkeit standardisierter Diagnostik in der biologisch-psychiatrischen Forschung: Versuch einer Integration der « Research diagnostic criteria » (RDC) in das AMDP-System.

Standardisierte Diagnostik ist eine Grundvoraussetzung für die klinische Forschung in der biologischen Psychiatrie. Unter den verschiedenen kriterienorientierten Diagnosesystemen haben die RDC die breiteste internationale Verbreitung gefunden.

Nach Darstellung des Aufbaus der RDC haben wir für 7 psychiatrische Krankheitsbilder (Major und Minor Depressive Disorder, Endogener Major Depressive Disorder, Schizophrenie, Manie, Angstattacke und generalisiertes Angstsyndrom) den RDC entsprechende psychopathologische und somatische Items des AMDP-Systems zusammengestellt.

Mit nur geringfügigen Veränderungen (Hinzunahme einiger Reserve-Items für die jeweiligen Definitionskriterien der verschiedenen Krankheitsbilder) könnte das AMDP-System kompatibel gemacht werden. Zur Überprüfung dieser Kompatibilität wären in einem zweiten Schritt Patienten gleichzeitig mit den RDC und dem AMDP-System zu dokumentieren und die Daten getrennt zu analysieren. Nach dieser methodischen Kontrolle könnten Patienten, die mit dem AMDP-System untersucht werden, auch über die AMDP-Items nach RDC klassifiziert werden.

RIASSUNTO

A proposito della necessità di una diagnostica standardizzata nella ricerca in psichiatria biologica: tentativo d'integrazione dei « Research Diagnostic Criteria » nel sistema AMDP.

La standardizzazione della diagnosi è un essenziale presupposto nella ricerca clinica in psichiatria biologica. Tra i diversi sistemi di selezione nosografica, i « Research Diagnostic Criteria » (RDC) sono i più diffusi internazionalmente.

Dopo aver ricordato lo spirito dei RDC, abbiamo ricercato per 7 affezioni principali (disturbi depressivi maggiore e minore, disturbo depressivo endogenomorfo maggiore, schizofrenia, disturbo maniaco, crisi d'angoscia e ansia generalizzata) gli equivalenti dei criteri RDC negli items psicopatologici e somatici del sistema AMDP.

Con un minimo di modificazioni (aggiunta di qualche item di riserva per singolo disturbo) le scale AMDP potrebbero diventare compatibili. La verifica di tale equivalenza teorica impone in un secondo tempo di compilare congiuntamente RDC e scale AMDP e di spogliare entrambe separatamente. Dopo questo controllo metodologico, i pazienti adempienti i criteri RDC potrebbero venir automaticamente selezionati partendo dalle scale AMDP.

RESUMEN

Necesidad de normalización diagnóstica en la investigación biológica: tentativa de integración de los « Research Diagnostic Criteria » en el sistema AMDP.

La normalización del diagnóstico es un preliminar esencial de la investigación clínica en psiquiatría biológica. Entre los distintos sistemas de selección nosográfica, los « Research Diagnostic Criteria » (RDC) son los más internacionalmente divulgados.

Para 7 principales enfermedades (depresiones menores o graves, depresiones endógenas, esquizofrenia, manía, crisis de angustia y ansiedad generalizada) hemos buscado los equivalentes de los criterios RDC en los items psicopatológicos y somáticos del sistema AMDP.

Con unas pocas modificaciones las escalas AMDP podrían volverse compatibles. Para la verificación de esta equivalencia se necesita rellenar las dos escalas RDC y AMDP y examinarlas comparandolas. Los enfermos cumpliendo con los criterios RDC pueden ser seleccionados con las escalas AMDP.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Third edition (1980).
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. *Das AMDP-System*. 3. Aufl., Berlin, Springer, 1979.
- BOBON D.P. Le système AMDP, deuxième édition. *Collection psychologie et sciences humaines*. Bruxelles, Mardaga 1981.
- CARNEY M.W.P., ROTH M., GARSIDE R.F. The diagnosis of depression syndromes and the prediction of ECT response. *Brit. J. Psychiat.*, 11, 659-674 (1965).
- CARROLL B.J. The dexamethasone suppression test for melancholia. *Brit. J. Psychiat.*, 140, 292-304 (1982).
- CHARLES G., WILMOTTE J., MENDLEWICZ J. Le test de freination à la dexaméthasone dans les troubles de l'humeur. Une revue. *Acta psychiat. belg.*, 82, 349-362 (1982).
- DOUMONT A., CHARLES G., MIREL J., THIRY D., ANSSEAU M. Compatibilité entre échelles AMDP et « Research Diagnostic Criteria » (RDC) dans le diagnostic de dépression endogène. *Acta psychiat. belg.*, 82, 413-421 (1982).
- FEIGHNER J.P. Nosology of primary affective disorders and application to clinical research. In: Carlsson A. et al. (Eds). *Recent advances in the treatment of depression*. Copenhagen, Munksgaard, pp. 29-41 1981.
- FEIGHNER J.P., ROBINS E., GUZE S.B., WOODRUFF R.A., WINOKUR G., MUNOZ R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. gen. Psychiat.*, 26, 57-63 (1972).
- GUY W., BAN T.A. *North-American adaptation of the AMDP system*. New York, Springer, 1982.
- KUPFER D.J. REM latency: a psychobiologic marker for primary depressive disease. *Biol. Psychiat.*, 11, 159-174 (1976).
- LOPEZ-IBOR ALINO J.J. *El sistema AMDP*. Madrid, Grupo Para El Progreso de la Psiquiatría, 1980.

SPITZER R.L., ENDICOTT J. *Schedule for affective disorders and schizophrenia*. New York, New York State Institute, 1975.

SPITZER R.L., ENDICOTT J., ROBINS E. Research diagnostic criteria. *Arch. gen. Psychiat.*, 34, 733-782 (1978).

WOGGON B., DITTRICH A. Konstruktion übergeordneter AMP-Skalen : « manisch-depressives » und « schizophreänes Syndrom ». *Int. Pharmacopsychiat.*, 14, 325-337 (1979).

M. ANSSEAU

Unité de psychopharmacologie

Hôpital de Bavière

Boulevard de la Constitution 66

B-4020 Liège (Belgique)

Une échelle inspirée de l'AMDP, adaptée aux coronariens

par J. MIREL* ***, R. von FRENCKELL**,
M. DUFOUR*** et F. FLAMENT***

ABSTRACT

A scale inspired from AMDP, fitted to coronary people

In the aim of evaluating the goodness of the relaxation proposed to coronary patients, the authors have used their own scale which consists of a list of 51 items related to psychological attitudes.

They have analyzed 156 scales by mean of principal components analysis followed by a Varimax rotation. So they have shown a good structural validity and have, in the same time, increased its sensitivity.

For 53 paired patients rated by one of the authors before and after relaxation, the evolution of 10 factors has been analyzed by mean of a t test. This statistical procedure gives good results, particularly in the life adaptation ($p < 0.0001$). All factors, but one related to « PATTERN A », are significantly changed. This last fact is interpreted in the way of defense mechanisms [Acta psychiat. belg., 82, 441-453 (1982)].

Key words : cardiac rehabilitation, relaxation, pattern A, factor analysis of scale of psychological attitude.

Introduction

La mission d'intégrer le versant psychologique dans un programme de « revalidation » s'adressant à des coronariens nous a assigné, comme première tâche, l'élaboration d'un outil d'évaluation. Nous devons disposer d'une échelle permettant à la fois de dresser un bilan préalable à

* Département de Psychiatrie. Unité des sciences neurologiques (Dr G. Noël). Complexe hospitalier René Decooman, 6110 Montigny-le-Tilleul.

** Clinique psychiatrique universitaire de Liège.

*** Département de cardiologie sociale. Clinique Louis Caty, 7420 Baudour.