

Critère diagnostique d'un épisode dépressif majeur selon DSMIV

Selon le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSMIV), qui propose des critères diagnostiques des troubles de l'humeur, on parle d'épisode dépressif majeur lorsque tous les critères sont réunis.

Ces critères principaux sont: au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive (1), soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

- (1)Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres,
- (2)Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours,
- (3)Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou augmentation ou diminution de l'appétit presque tous les jours,
- (4)Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours,
- (5)Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
- (6)Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours,
- (7)Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours,
- (8)Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer presque tous les jours,
- (9)Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentatives de suicide ou plan précis pour se suicider [20].

II.2. Anxiété

II.2.1. Définition

L'anxiété est une émotion courante, susceptible d'être éprouvée par tout individu. Elle se caractérise par un sentiment désagréable de crainte, d'appréhension et de mise en alerte, presque toujours associé à de riches symptômes neurovégétatifs. Le comportement d'un sujet anxieux est souvent agité et instable, il a du mal à tenir en place, à rester assis, à demeurer attentif ou concentré un long moment.

L'anxieux a peur, envisage le pire, redoute qu'il n'arrive quelque chose d'imprévisible et d'incontrôlable [3].

II.2.2. Anxiété selon DSM-IV

Les troubles anxieux contiennent selon la DSM-IV les troubles suivants:

- Trouble panique sans Agoraphobie
- Trouble panique avec Agoraphobie-
- Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique
- Phobie spécifique
- Phobie sociale
- Trouble obsessionnel-compulsif
- État de stress post-traumatique
- État de stress aigu
- Anxiété généralisée (Trouble)
- Trouble anxieux dû à une affection médicale générale
- Trouble anxieux induit par une substance
- Trouble anxieux non spécifié
- Une attaque de panique qui est une période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminente. Durant ces attaques sont présents des symptômes tels que des sensations de «souffle coupé», des palpitations, des douleurs ou une gêne thoracique, des sensations d'étranglement ou des impressions d'étouffement et la peur de devenir «fou» ou de perdre le contrôle de soi [17].

L'agoraphobie est une anxiété liée à un évitement d'endroits ou de situations, d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans les quels aucun secours ne serait disponible en cas d'attaque de panique ou des symptômes à type de panique.

Le trouble panique sans agoraphobie est caractérisé par des attaques de panique récurrentes et inattendues à propos des quelles il existe une inquiétude persistante.

Le trouble panique avec agoraphobie est caractérisé à la fois par des attaques de panique récurrentes et inattendues et par une agoraphobie.

L'agoraphobie sans antécédent de trouble panique est caractérisée par la présence d'une agoraphobie et des symptômes de type panique sans antécédent d'attaques de panique inattendues.

La phobie spécifique est caractérisée par une anxiété cliniquement significative, provoquée par l'exposition à un objet ou une situation spécifique redoutés, conduisant souvent à un comportement d'évitement.

La phobie sociale est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un certain type de situations sociales ou de situations de performance, conduisant souvent à un comportement d'évitement.

Le trouble obsessionnel-compulsif est caractérisé par des obsessions (entraînant une anxiété ou une souffrance marquée) et / ou par des compulsions (qui servent à neutraliser l'anxiété).

L'état de stress post-traumatique est caractérisé par la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique, accompagné de symptômes d'activation neurovégétative et par l'évitement des stimuli associés au traumatisme.

L'état de stress aigu est caractérisé par des symptômes similaires à ceux de l'état de stress post-traumatique qui surviennent immédiatement dans les suites d'un événement extrêmement traumatique.

L'anxiété généralisée (trouble) est caractérisée par une période d'au moins six mois d'anxiété et de soucis persistants et excessifs.

Le trouble anxieux dû à une affection médicale générale est caractérisé par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

Le trouble anxieux induit par une substance est caractérisé par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe de l'exposition à une substance donnant lieu à abus, un médicament ou une substance toxique.

Le trouble anxieux non spécifié permet de coter des troubles avec anxiété ou évitement phobique prononcés qui ne remplissent les critères d'aucun des troubles anxieux spécifiques définis dans ce chapitre (ou des symptômes anxieux vis-à-vis +des quels il existe des informations inadéquates ou contradictoires).

Tableau I: Les caractéristiques générales des troubles anxieux

Fréquence	Prévalence de 15 à 20% sur la vie entière dans la population générale, 25 à 35% en médecine générale
Conséquences	Coût plus élevé pour le système de santé que ceux de la dépression ou de la schizophrénie.
Co morbidité	Fréquentes entre les troubles anxieux (40-60%) et avec la dépression (50-70%) Prédominance féminine : 2/3
Facteurs de risque Complications	Invalidité liée à l'évitement Phobique, à la sévérité des compulsions ou aux dépressions associées, abus et dépendance à l'alcool
Facteurs pronostiques	Nombre de comorbidité, intensité des symptômes, fréquences des récurrences, trouble de personnalité
Etiopathogénie	Rôle des événements de vie

Source : Organisation Mondiale de Santé. La dépression. OMS. 07 Avril 2017. Disponible à <http://www.who.int/topics/depression/fr/> (accès le 21 Avril 2017).

Quand évoquer un trouble anxieux?

Plusieurs types de situations doivent alerter le praticien quant à l'existence possible d'un trouble anxieux, parmi les quels:

- des plaintes somatiques multiples et/ ou récurrentes, non expliquées totalement par une maladie organique; par exemple des troubles digestifs chroniques;
- des demandes d'examens répétées qui ne rassurent pas le patient lorsqu'ils sont normaux;
- des demandes de traitements répétées ou des prescriptions que l'on ne parvient pas à modifier;
- des réactions excessives à des événements de vie;
- des comportements que l'entourage ou que le patient décrivent comme anormaux et gênants sans forcément les rattacher eux-mêmes à l'anxiété: un évitement de certain lieux à cause d'une phobie, de certaines activités à cause d'un trouble obsessionnel-compulsif par exemple [21].

III. Dépression et/ ou l'anxiété au cours du diabète

La dépression et l'anxiété sont les premiers problèmes psychiatriques des patients atteints du diabète selon Lustman [22].

Les troubles de l'humeur, particulièrement la dépression, sont les complications psychopathologiques les plus courantes et probablement les plus importantes du diabète [23].

Le risque de développer une dépression est trois fois plus élevé chez les patients diabétiques de type 1 et environ deux fois plus élevé chez les diabétiques de type 2 que chez les non-diabétiques. Malheureusement, la dépression chez les patients diabétiques est le plus souvent non identifiée et non prise en charge.

La liaison entre stress et hyperglycémie s'explique que lors d'une situation de stress, le corps réagit en sécrétant des hormones de stress soit les catécholamines (adrénaline, noradrénaline), le cortisol, le glucagon et l'hormone de croissance. Ces hormones de stress ont pour effet d'amener une hausse de la glycémie dans le but de

procurer au corps l'énergie nécessaire pour lui permettre d'agir physiquement (fuir ou combattre) sur le stresser. Toutes fois, chez les personnes diabétiques, la hausse de glycémie peut perdurer si l'insuline disponible est insuffisante ou encore absente.

L'effet du stress sur la glycémie peut varier d'une personne à l'autre. Ainsi le stress peut avoir un effet hyperglycémiant, hypoglycémiant ou dans certains cas ne pas affecter la glycémie.

La présence d'une dépression aggrave le pronostic et augmente la présence de facteurs de risque de nombreuses complications (de neuropathies, de néphropathies, de rétinopathies et de complications macro vasculaires, coronariennes), altère la qualité de vie, accentue le handicap et augmente la mortalité

Parmi les diabétiques, en plus de la maladie elle-même, les modifications dans les occupations conjugales, familiale, sociale, et dans la vie personnelle sont suffisantes pour engendrer une anxiété. Les effets de la maladie, le deuil de son état de santé antérieur, les contraintes diététiques, les restrictions du temps, les fardeaux financiers, le sentiment d'handicap, la pression psychologique de la conscience d'une mort imminente, et beaucoup d'autres facteurs empêchent une vie normale, donc, il est important de déterminer les effets psychologiques du diabète [24,25].

Des études épidémiologiques constatent une prévalence plus élevée des troubles affectifs et anxieux chez les patients diabétiques que dans la population générale. Il semble exister une interaction entre diabète insulino-dépendant et psychopathologie à trois niveaux:

- La présence d'un trouble psychiatrique, notamment anxiété et dépression, paraît favoriser un déséquilibre glycémique.
- Les traits de personnalité interfèrent avec la gestion de la maladie diabétique (coping). Plus cette capacité de gestion est satisfaisante meilleure est l'équilibre glycémique.
- La fluctuation glycémique associée à un état d'humeur est la caractéristique de chaque patient individuellement [26].

IV. Addiction

Définition selon DSM.IV

Une addiction est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative. Son mécanisme psychologique se fait par le sujet qui essaie de remplacer son manque d'affection par un objet ou une activité, dans le but de trouver son plaisir et éviter la souffrance.

Il s'agit alors du résultat d'une perte de contrôle des émotions ou d'une difficulté à gérer les émotions positives et négatives. Les personnes à risque de dépendance sont souvent des personnes anxieuses, dépressives, avec un manque de confiance en soi, qui s'adonnent facilement à un objet ou à un acte.