

de procéder, afin de rappeler aux thérapeutes que nous sommes, les bons réflexes à avoir et ne surtout pas perdre !

*Pour en savoir plus*

Carl Rogers (1902–1987) l'Approche Centrée sur la Personne.

Shawn Christopher Shea : la conduite de l'entretien psychiatrique, l'art de la compréhension. Monique Séguin, Ph.D. Département de psychoéducation et de psychologie. Université du Québec.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.123>

P43

### Impact de l'état de stress post-traumatisme sur le discours, via une approche psycholinguistique

M. Gindt<sup>a</sup>, D. Mayaffre<sup>a</sup>, R. Garcia<sup>b</sup>, L. Chanquoy<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Laboratoire Bases, Corpus, Langage, UMR 7320, 06300 Nice, France

<sup>b</sup> Institut de neurosciences de la Timone, UMR 7289, 13000 Marseille, France

**Mots clés :** État de stress post-traumatisme ; Événement potentiellement traumatique ; Discours

L'état de stress post-traumatisme est une pathologie fréquente, touchant entre 4 à 10% des individus ayant vécu un événement potentiellement traumatique [1]. Les symptômes, en particulier les conduites d'évitement, ainsi que la comorbidité peuvent rendre difficile le diagnostic d'ESPT [2]. Le but de cette étude est donc de tester l'implication des symptômes ESPT sur le discours des individus ayant vécu un événement potentiellement traumatique, via l'utilisation de méthodes psychologiques et linguistiques. Les participants devaient remplir un auto-questionnaire : la Post-Traumatic Stress Disorder Diagnosis Scale [4]. Cette échelle est divisée en 4 parties : l'identification des événements traumatiques vécus, la description écrite de l'événement le plus traumatisant, l'évaluation des symptômes et celle de l'impact sur le fonctionnement général. 157 étudiants de l'Université Nice Sophia Antipolis ont participé à cette expérience. La passation était individuelle et durait 20 minutes. L'échantillon final a été divisé en deux groupes : celui avec exposition traumatique sans symptôme et celui avec exposition traumatique et symptômes ESPT. Les analyses effectuées ont montré que le groupe présentant des symptômes se caractérisait par des discours plus longs que le groupe sans symptôme. Via l'utilisation d'un logiciel de logométrie (Hyperbase [3]), des différences plus fines ont également été mises en évidence. Le discours des personnes avec symptômes ESPT se décline au présent, avec une utilisation majoritaire de la première personne du singulier et une diminution significative des indicateurs causaux et spatiaux. Cette étude présente des patterns de discours différents en fonction de la présence ou de l'absence de symptômes ESPT. L'implication clinique de ces résultats sera discutée.

**Références**

- [1] Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, Bryson H, et al. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;109(28):37.
- [2] Brillion P. Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. Édition Québecor; 2007.
- [3] Brunet E. Nouveau traitement des co-occurrences dans Hyperbase. *Corpus* 2012;11.
- [4] Foa E, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychol Assessment* 1997;9(4):445–51 [doi:10.1037/1040-3590.9.4.445].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.124>

P44

### Aspects visuels et descriptifs de séances d'électroconvulsivothérapie

J.-A. Micoulaud Franchi<sup>a</sup>, R. Richieri<sup>a</sup>, C. Quiles<sup>b</sup>, C. Balzani<sup>a</sup>, C. Lançon<sup>a</sup>, J. Vion-Dury<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Solaris, pôle universitaire de psychiatrie, 13009 Marseille, France

<sup>b</sup> CHR Charles-Perrens, pôle universitaire de psychiatrie, 33000 Bordeaux, France

La surveillance électroencéphalographique (EEG) des séances d'électroconvulsivothérapie (ECT) est indispensable mais nécessite une connaissance minimale de la neurophysiologie et de la lecture de l'ÉlectroEncéphaloGramme (EEG) par le psychiatre. La lecture de l'EEG pendant les ECT nécessite un œil formé à la reconnaissance sur le tracé EEG de certaine forme spécifique, associée à l'utilisation d'un vocabulaire de description rigoureux. Ce poster a pour objectif de fournir une méthode illustrée de lecture de l'EEG pendant les ECT. Premièrement, les artefacts du signal EEG doivent être reconnus pour ne pas les confondre avec des activités épileptiformes. Deuxièmement, le déroulement de la crise doit être reconnu et décrit en phase : pré-critique, critiques (précritique, recrutante, tonique et clonique) et post-critique. Troisièmement, la qualification de la crise doit être posée par l'utilisation des termes de crise épileptique adéquate, optimale et prolongée. Cette démarche de lecture EEG pendant la séance ECT permet de détecter une crise épileptique prolongée afin de diminuer le risque à court terme d'état de mal épileptique post-ECT et à moyen terme le risque de mauvaise tolérance cognitive de la cure ECT. Elle permet également d'adapter de manière optimale les paramètres de stimulation à la prochaine séance d'ECT afin de maximiser l'efficacité des ECT. La lecture de l'EEG pendant les ECT ne résume pas l'entièreté de la conduite des cures ECT en psychiatrie. Cependant elle reste une démarche indispensable à l'aide à la prise de décision et souligne la place centrale que peut prendre la neurophysiologie clinique dans une stratégie thérapeutique psychiatrique.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.125>

P45

### Complexité diagnostique d'un syndrome catatonique en psychiatrie et neurologie : à propos d'un cas

J. Madigand, P. Lebain

Interne en psychiatrie, service de psychiatrie, CHU de Caen, 14000 Caen, France

**Mots clés :** Catatonie ; Démence frontotemporale ; Dépression ; Lorazepam

**Introduction.**– La catatonie reste sous-diagnostiquée du fait de la diversité clinique qu'elle revêt [2].

**Observation.**– Nous rapportons le cas d'une femme de 55 ans adressée en neurologie par un service psychiatrique pour aide diagnostique sur troubles du comportement de type apragmatisme. Ses antécédents comprennent 4 hospitalisations en psychiatrie sur 3 ans pour le même motif sans diagnostic précis, un syndrome malin des neuroleptiques et un traumatisme crânien sans complication somatique. En septembre 2012, la patiente est réhospitalisée pour récurrence de troubles du comportement (apragmatisme, dyspraxies, stéréotypies gestuelles, fuite du regard) apparus sur une dizaine de jours. L'examen neurologique est normal. Les IRM cérébrales sans injection de 2007 à 2012 montrent des lésions de la substance blanche multiples sus-tentorielles aspécifiques, stables. Les scintigraphies cérébrales à 4 mois d'intervalle sont stables et montrent une hypoperfusion diffuse isolée du carrefour fronto-temporo-pariétal gauche. Le reste du bilan étiologique est négatif. L'hypothèse diagnostique de démence frontotemporale est retenue, cependant l'installation rapidement progressive évoque