

# Trouble explosif intermittent : situation actuelle

G. AMARA <sup>(1)</sup>, S. RICHA <sup>(2)</sup>, F.-J. BAYLÉ <sup>(3)</sup>

## Intermittent explosive disorder : current status

**Summary. Background** – *Intermittent Explosive Disorder (IED) is a recently reported mental disorder. It was introduced in the edition of the Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. Since then, the clinical criteria have developed, but some ambiguity has remained. Literature findings* – *In fact, the utility of excluding this diagnosis in the presence of some personality disorders (antisocial and borderline personalities) is being discussed. On the one hand, the recurrence of violent behaviour is not always found among these personalities and, on the other, to accept both diagnoses of personality disorder and IED would permit one to distinguish a subgroup of patients to whom it would be possible to offer appropriate treatment. However, some criteria could be introduced among those needed for the diagnosis. These criteria include signs of tension, immediately preceding the assaults, as well as signs of release, or even pleasure, after performing the act. These symptoms are frequently reported by IED patients and they are still found in the diagnosis criteria of other impulse control disorders. IED starts during adolescence and it is more frequent among boys. Due to the criteria restrictions, its prevalence is considered as low. However, violent behaviour and impulsivity among psychiatric patients are frequent. The comorbidity of IED has been studied without taking these restrictions into account. A high level of comorbidity is noted with mood disorder. Some reports agree with the hypothesis of a disorder included in the spectrum of a mood disorder. The other psychiatric disorders, frequently associated with IED, are cluster B personality disorders and anxious disorders. There are few studies on the etiopathogeny of IED. However, some results warrant more attention. They concern the deregulation of the serotonergic system and mild brain injuries. The etiopathogenic hypotheses have influenced the choice of the drugs offered to IED patients, which are mainly selective serotonin reuptake inhibitors, mood stabilisers, and beta-blockers. The efficacy of these treatments was determined essentially by case reports. Some controlled trials are needed to confirm the utility of these molecules in this disorder. In spite of the frequency and the seriousness of violent impulsive behaviour, it is still studied much less than mood or anxious symptoms. Conclusion* – *We believe that IED diagnosis permits the categorization of such violent behaviour in many psychiatric pathologies. The evolution of IED diagnostic criteria should permit psychiatrists to recognise and handle recognition and management of violent behaviour better.*

**Key words** : Comorbidity ; Diagnosis ; Impulsivity ; Intermittent explosive disorder ; Treatment.

**Résumé.** Le trouble explosif intermittent (TEI) a été identifié et répertorié en tant qu'entité autonome en 1980 dans la 3<sup>e</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Malgré l'évolution de ses critères cliniques

au cours des deux dernières décennies, certaines ambiguïtés persistent. En effet, l'intérêt d'éliminer ce diagnostic en présence d'une personnalité limite ou antisociale est remis en question. D'une part, la récurrence de comportements vio-

(1) CHU Farhat Hached, Service de Psychiatrie, avenue Ibn El Jazzar, 4000, Sousse, Tunisie (Tél. : +21698403524 ; e-mail : amapsy@voila.fr).

(2) Hôpital Psychiatrique de la Croix, BP 60096, Jab Eddid, Liban.

(3) Université Paris-Descartes, SHU, Centre Hospitalier Sainte-Anne, INSERM E117, Service Hospitalo-universitaire des professeurs Léo et Olié, 7, rue Cabanis, 75674 Paris cedex 14 (Tél. : +33145658951 ; Fax : +33145658160 ; email : f.bayle@ch-sainte-anne.fr).

Travail reçu le 21 juillet 2003 et accepté le 8 novembre 2005.

Tirés à part : F.-J. Baylé (à l'adresse ci-dessus).

lents n'est pas toujours retrouvée chez ces personnalités. D'autre part, accepter le diagnostic associé de TEI permet de distinguer un sous-groupe de patients auquel il est possible de proposer un traitement plus adapté. Par ailleurs, certains critères pourraient être inclus parmi ceux nécessaires au diagnostic. Il s'agit des signes psychiques et physiques de tension précédant immédiatement l'accès de violence, et des sentiments de soulagement, voire de plaisir, à l'accomplissement de celui-ci. Ces symptômes sont fréquemment rapportés par les patients ayant un TEI. Contrairement aux autres troubles du contrôle des impulsions, de tels symptômes ne figurent pas dans les critères diagnostiques actuels du TEI. Ce trouble débute généralement au cours de l'adolescence et se retrouve plus fréquemment chez les garçons. En raison des restrictions dues aux critères hiérarchiques du diagnostic, sa prévalence est considérée comme faible. Cependant, les comportements violents dans la population des malades mentaux sont fréquents. La comorbidité du TEI a été étudiée en négligeant ces restrictions. Une forte comorbidité avec les troubles de l'humeur est notée. Certains constats sont en faveur de l'hypothèse selon laquelle le TEI ferait partie du spectre des troubles de l'humeur. Les autres troubles psychiatriques fréquemment associés au TEI sont les troubles de la personnalité du cluster B et les troubles anxieux. Sur le plan étiopathogénique, les études sont rares. Cependant, certains résultats sont intéressants à considérer. Ils portent sur une dysrégulation du système sérotoninergique et sur l'existence de lésions cérébrales minimes. Ces constatations ont largement orienté le choix des médicaments proposés aux patients ayant un TEI. Il s'agit essentiellement des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), des thymorégulateurs et des bêta-bloquants. Les arguments en faveur de l'efficacité de ces classes thérapeutiques dans le traitement du TEI reposent pour l'essentiel sur des rapports de cas. De véritables essais thérapeutiques sont nécessaires afin de confirmer l'intérêt de ces molécules dans cette indication. Le diagnostic de TEI permet de quantifier et de catégoriser les comportements violents dans la pathologie psychiatrique. Malgré la fréquence de ces comportements et leur gravité, ils restent peu étudiés en comparaison des symptômes thymiques ou anxieux. L'évolution des critères de diagnostic du TEI devrait permettre aux cliniciens de mieux repérer ces comportements et de favoriser leur prise en charge.

**Mots clés :** Comorbidité ; Diagnostic ; Épidémiologie ; Impulsivité ; Traitement ; Trouble explosif intermittent.

## INTRODUCTION

Le trouble explosif intermittent (TEI) est un trouble du contrôle des impulsions caractérisé par la survenue d'épisodes distincts durant lesquels le sujet ne parvient pas à résister à des impulsions agressives (3). La majorité des auteurs le considère comme une pathologie rare, mais s'accorde sur la gravité de ses conséquences. En effet, les épisodes d'agressivité observés dans ce trouble comportent souvent une violence physique ou sexuelle, des menaces et des injures ou encore une destruction de biens. Ces actes sont à l'origine d'une altération marquée

de la vie familiale, sociale et professionnelle des sujets qui les commettent.

Ce trouble est, par ailleurs, mal connu par les cliniciens, ce qui se traduit par une sous-estimation de sa prévalence et un intérêt réduit à son égard. En effet, devant un tableau clinique de TEI, les cliniciens penseraient plus au diagnostic de trouble de la personnalité, de trouble de l'humeur ou encore de fonctionnement intellectuel limite. Certains aspects critériologiques contribueraient à cette difficulté à porter le diagnostic.

Cette mise au point a pour but de clarifier la situation de ce trouble en discutant ses différents aspects clinique, épidémiologique, étiologique et thérapeutique.

## CARACTÉRISTIQUES DIAGNOSTIQUES

Dans les deux premières éditions du *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* (DSM), les comportements impulsifs agressifs (par opposition aux comportements agressifs prédateurs, non impulsifs) ont été attribués à des troubles de la personnalité (la personnalité émotionnellement instable, la personnalité passive agressive type agressive, et la personnalité épileptoïde) (*in* 16).

Au cours des années 1970, plusieurs auteurs se sont intéressés à ces comportements et ont développé leur description clinique. Karl Menninger a décrit les caractères intenses et explosifs des accès (*in* 16). Russel Monroe a précisé leur caractère incontrôlable et a suspecté qu'une crise épileptique partielle limbique soit à leur origine (33). Mark et Evin ont décrit d'autres aspects cliniques, tels que le comportement sexuel impulsif et la violation impulsive des règles de la conduite routière (*in* 16).

Le TEI a été reconnu en tant qu'entité clinique indépendante en 1980. Il figurait parmi les troubles de l'axe I dans le DSM III (1) (*tableau I*) et correspondait à des épisodes récurrents d'agressivité échappant à tout contrôle chez des sujets n'ayant aucune tendance à l'impulsivité ou à l'agressivité en dehors de ces épisodes.

TABLEAU I. — Critères diagnostiques DSM III du trouble explosif intermittent.

- 
- A.** Plusieurs épisodes isolés de perte du contrôle des impulsions agressives aboutissant à des voies de faits graves ou à la destruction de biens
  - B.** Comportement sans commune mesure avec un facteur de stress psychosocial déclenchant, quel qu'il soit
  - C.** Absence de signes d'impulsivité généralisée ou d'agressivité entre les épisodes
  - D.** Non dû à une schizophrénie, une personnalité antisociale ou un trouble des conduites
- 

Les critères de diagnostic de ce trouble ont subi depuis deux modifications importantes :

- l'adjonction dans le DSM III-R (2) de la personnalité borderline, de certaines maladies somatiques et de l'abus

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4183211>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4183211>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)