

Accouchements traumatiques : perspective soignante

Elisabeth Schobinger¹, Sebara Gashi¹, Valérie Avignon^{1,2} & Antje Horsch^{1,2}

¹Institut Universitaire de Formation et Recherche en Soins, Faculté de Biologie et Médecine,
Université de Lausanne, Lausanne

²Département femme-mère-enfant, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Mathilde¹ a eu une césarienne en urgence hier. Le cœur de son bébé ralentissait beaucoup et elle perdait du sang. Tout ce dont elle se souvient c'est d'avoir entendu "urgence 0"². Tout se passe ensuite dans une sorte de brouillard. Elle se souvient d'avoir eu très peur, peur pour elle mais surtout pour son bébé. Son mari était-il présent? Oui...mais non...enfin... elle se souvient de l'avoir vu au loin à coté de "quelque chose" qui devait être son bébé. Elle a honte de dire cela "quelque chose" en parlant de son enfant qui dort dans le berceau près d'elle. Mais, c'est comme si, au moment de la naissance, dans sa bulle d'angoisse et de peur, elle avait perdu son bébé, celui qui était dans son ventre pendant tant de mois. C'est comme s'il fallait renouer un lien brisé entre elle et cet enfant. Et puis, elle ne se sent pas bien. Elle ressent encore cette angoisse insidieuse qui arrive n'importe quand; la nuit elle se réveille en croyant entendre le bruit des scopes du bloc opératoire... Son mari a eu très peur lui aussi sur le moment, mais il ne comprend pas ce qu'elle ressent: après tout maman et bébé vont bien non?

Accouchement traumatique

On parle d'un accouchement traumatique si la mère et/ou l'enfant ont été directement confrontés à un risque de mort imminente et/ou à une atteinte grave à leur intégrité physique (American Psychiatric Association, 2013). Suite à un accouchement traumatique, certaines femmes développent des symptômes d'état de stress post-traumatique postpartum (ESPTpp) (Ayers, Bond, Bertullies & Wijma, 2016). Les personnes développant un ESPTpp présentent des symptômes tels que la reviviscence (p.ex., souvenirs intrusifs, cauchemars), l'évitement (p.ex., efforts pour éviter de repenser à l'évènement traumatique, difficulté de revenir à la maternité), les altérations négatives persistantes dans la cognition et l'humeur (p.ex., dévalorisation de soi, dépression) et l'hyperréactivité (p.ex., irritabilité, hypervigilance, troubles du sommeil) (APA, 2013). Le diagnostic ESPTpp ne peut être posé qu'un mois après l'exposition à un ou des événements traumatiques (APA, 2013), même si les symptômes peuvent apparaître très rapidement après l'évènement traumatique.

La prévalence des accouchements débouchant sur un ESPTpp se situe entre 3-6% dans la population générale, mais augmente entre 15-19 % dans la population dite à haut risque (Grekin & O'Hara, 2014). Cette population à haut risque se compose de femmes ayant eu des

¹ Nom d'emprunt

² Code d'urgence absolue

complications durant la grossesse ou durant l'accouchement, comme par exemple une césarienne en urgence (Grekin & O'Hara, 2014).

Encadré : Chiffres au CHUV et en Suisse

- 85'253 naissances en Suisse en 2018 (OFSP,2019)
 - 3'380 naissances au CHUV en 2018 (CHUV, 2019)
 - 1/3 femme vit son accouchement comme étant traumatique (Ayers, 2016)
 - 10 à 20% développent un trouble de la santé mentale à la suite de leur accouchement (Berger et al.,2017)
 - 16% sollicitent une aide psychologique (Berger et al. ,2017)
 - 15% des coûts de la santé (entre 4 et 6,3 milliards de francs par année) sont directement rattachés aux coûts durant la période postnatale (Berger et al.,2017; Schroder et al., 2017).
 - La majorité de ces coûts seraient reliés aux conséquences du traumatisme sur l'enfant (Bauer et al., 2014).
-

Et les pères ?

Depuis les années 60, de plus en plus de pères assistent à l'accouchement de leur compagne, les exposant à un risque croissant d'ESPTpp. Selon une étude 60 % des pères pensent que l'accouchement est un événement émotionnellement éprouvant (Johnson, 2002). Pourtant peu d'études se sont intéressées à l'ESPTpp chez le père. Il semble que ceux-ci soient moins à risque que les mères. La prévalence de l'ESPTpp paternel varie de 5% pour la population générale à 12% pour les groupes à risque (Schobinger, Ravenscroft & Horsch, under review). Cependant, la prévalence de l'ESPTpp paternel a été plus étudiée en néonatalogie où son taux s'élève en moyenne à 30% (p.ex., Aftyka et al., 2017).

L'impact sur toute la famille

L'ESPTpp peut avoir un impact négatif sur toute la famille, à court et à long terme. Les mères ont souvent des sentiments négatifs envers elles-mêmes, comme la culpabilité, le manque d'estime de soi, l'anxiété, des doutes par rapport à leur compétence maternelle, etc. (Horsch & Garthus-Niegel, 2018). Il semblerait que l'ESPTpp maternel ait un impact négatif sur

l'allaitement. Les mères souffrant d'ESPTpp sont moins nombreuses à allaiter, de plus la durée de l'allaitement est moindre (Garthus-Niegel et al., 2017). Le nouveau-né·e peut également être touché, notamment, quand la mère éprouve des difficultés à établir un lien avec son enfant. Nos études ont aussi montré un impact négatif à plus long terme sur le développement de l'enfant (Cook et al., 2018). Le couple est également affecté par l'ESPTpp. Il peut avoir des difficultés au niveau intime ou relationnel (Garthus-Niegel et al., 2018). Ce n'est pas si rare que la mère ensuite renonce à une nouvelle grossesse ou demande une césarienne par peur d'un nouvel accouchement (Horsch & Garthus-Niegel, 2018).

Recommandations pour la pratique clinique

- La relation et communication avant, pendant, et après l'accouchement avec le couple est clé (assurer la disposition d'une traductrice, si besoin)
- Avoir une attitude bienveillante, accueillante, non-infantilisante
- Continuité de l'information lors d'un changement de service: relève en présence et avec la patiente
- Prise de décision partagées et égalitaire
- Permettre à la sage-femme en charge de la patiente « *d'être avec elle* » en cas d'interventions ou de situation d'urgence (continuité)
- Cours de préparation à la naissance : donner de l'information, visiter des lieux, apprendre des techniques pour gérer le stress ponctuel
- Projet de naissance réaliste, en partenariat avec les soignant·e·s
- Explorer les représentations que le couple a d'un accouchement « normal », explorer les représentations désirées, et accompagner le couple dans des souhaits réalisables
- Investiguer le vécu des accouchements précédents
- Impliquer (selon le souhait) le/la partenaire dans la préparation, et ensuite pendant le travail et l'accouchement : il/elle peut soutenir la femme et aider avec la communication avec l'équipe professionnelle
- Assurer une prise en charge adaptée de la douleur pendant et après l'accouchement
- Poser des questions par rapport au vécu de l'accouchement en postpartum
- Être à disposition pour répondre aux questions et donner de l'information après l'accouchement

- Aider avec l'allaitement selon les besoins
- Sensibiliser les équipes à l'ESPT³ et ses manifestations (p.ex., pensées intrusives, cauchemars, troubles du sommeil, difficulté à établir un lien avec le bébé) pour qu'ils puissent détecter les personnes potentiellement à risque
- Offrir une consultation au couple à partir d'un mois postpartum pour discuter du vécu de l'accouchement et donner de l'information selon les besoins du couple. Dépistage pour des symptômes de ESPT avec l'aide d'un questionnaire et recommander de voir un·e professionnel·le de la santé mentale pour le suivi et la prise en charge si nécessaire
- Distribution d'un petit guide ou flyer auprès des parents, les sensibilisant à la problématique (avec contact utiles : professionnel·le·s de la santé, groupe de paroles, associations (paires, p.ex., (Re)Naissances)
- Lors d'une nouvelle grossesse, investiguer auprès des parents quel a été leur vécu, y a-t-il eu des complications ? Ont-ils des craintes face à cette grossesse actuelle ou l'accouchement ?

Pour des informations supplémentaires, nous vous recommandons l'article suivant :

Patterson, J., Hollins Martin, C. J., & Karatzias, T. (2019a). Disempowered midwives and traumatised women: Exploring the parallel processes of care provider interaction that contribute to women developing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) post childbirth. *Midwifery*, 76, 21–35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.010>

Impact sur les soignant·e·s

Sarah³ est une jeune sage-femme. Elle s'occupe de Mathilde depuis plusieurs heures. Le monitoring n'est pas très bon, le rythme cardiaque du bébé n'arrête pas de ralentir. A force de le regarder, elle ne sait plus si les ralentissements sont acceptables ou pas. Elle a du mal à prendre du recul. Elle a demandé de l'aide mais ses collègues sont toutes occupées. Elle a peur d'appeler le médecin pour rien. Elle ne se sent pas en sécurité dans cette situation. D'un seul coup tout s'accélère... Le rythme cardiaque de bébé décélère très profondément et quand elle veut examiner la patiente, elle voit qu'elle saigne; elle sonne l'alarme. Tout le monde arrive dans sa salle, plein de questions l'assaillent. Puis d'un seul coup le verdict du chef de clinique tombe: "urgence 0"⁴: on a moins de 30 minutes pour faire naître cet enfant, il y a danger imminent. Il

³ Nom d'emprunt

⁴ Code d'urgence absolue

faut préparer la patiente, l'accueil du bébé, prévenir tout le monde: pas le temps de réfléchir. Ça, ce sera pour plus tard, quand elle sera rentrée à la maison, où elle se referra le film de la journée pour voir ce qu'elle a manqué... elle a sûrement manqué quelque chose. Cette nuit, c'est sûr, elle entendra le monitoring dans son sommeil....

Assister à un accouchement traumatique ou suivre des parents qui ont subi un tel événement peut également avoir un impact négatif sur les soignant·e·s. Ceux-ci, de par une exposition indirecte au trauma, peuvent développer des symptômes d'état de stress secondaires, qui sont proche de ceux de l'ESPT. Les études montrent que 85% des sages-femmes ont assisté à un accouchement traumatique, pouvant entraîner une hausse des erreurs médicales, une baisse d'empathie, une intention de quitter le lieu de travail et de l'absentéisme (Schroder, Jorgensen, Lamont & Hvidt, 2016). Les sages-femmes prennent souvent en charge des accouchements traumatiques ainsi que des pertes périnatales traumatisantes (Sheen, Slade & Spiby, 2013) De plus, elles sont souvent en première ligne dans le post-partum mais leurs connaissances de l'ESPTpp peuvent être limitées, ce qui peut les conduire à confondre des symptômes d'ESPTpp avec des signes d'ajustement normaux dans le post-partum (Berger et al., 2017). Les infirmier·ère·s de néonatalogie sont confrontées au décès de leur patient·e ou doivent agir lors de situations critiques (Adriaenssens et al., 2012). Les soignant·e·s ayant une grande empathie sont plus à risque de développer des symptômes d'état de stress secondaire (Sheen et al., 2015). Selon notre étude menée auprès des infirmier·ère·s de néonatalogie et des sages-femmes, en Suisse, 46% des stress relatif au travail étaient d'origine traumatique. En conséquence, des niveaux élevés de stress traumatique secondaire, d'épuisement professionnel, d'un sentiment de culpabilité, et de symptômes d'anxiété ont été rapportés (Favrod et al., 2018).

Recommandations pour la pratique clinique

- Favoriser une culture de travail et de prise en charge des patientes bienveillante (formation, réflexion d'équipe)
- Avoir des ressources suffisantes en personnel (favoriser le « one-to-one ») et en matériel
- Assurer la santé au travail (temps de repos, alimentation, hydratation pendant l'horaire de travail)
- Avoir un environnement de travail "sécuré" en utilisant des outils d'équipes favorisant la communication bienveillante, le soutien et l'entraide

- Permettre, par une discussion d'équipe incluant la patiente, une adaptation des cadres de soins selon les besoins de la patiente sans mettre en danger sa sécurité, évitant ainsi à la/le sage-femme d'être dans une position délicate, en tenaille entre souhait de la patiente et cadre institutionnel (risque de désengagement émotionnel du soignant)
- Sensibiliser les équipes sur l'ESPTpp, ses facteurs de risques et l'impact de la communication entre soignant·e et soigné·e.
- Permettre un espace de discussion et réflexion après une situation potentiellement stressante
- Evaluer et prendre en charge les besoins des soignant·e·s en termes de stress secondaire

Etudes en cours

Améliorer le bien-être des mères après une césarienne en urgence : Etude *START*

L'étude *START* (ClinicalTrials.gov: NCT03576586) est financée par le Fond National Suisse. Elle s'intéresse à la santé mentale des mères, de leur bébé et de leur partenaire après un accouchement traumatique. Se basant sur les recherches conduites sur le syndrome de stress posttraumatique, un trouble psychiatrique entraînant de nombreux symptômes tels que des flashbacks traumatiques, l'étude investigate le développement d'une intervention précoce pour prévenir le syndrome de stress posttraumatique postnatal et ses conséquences négatives sur l'attachement parent-enfant, la relation de couple et le développement de l'enfant. Cette intervention consiste en la réalisation d'une activité simple dans les 6 heures qui suivent la césarienne en urgence. Afin de mesurer son efficacité, les familles sont suivies pendant les 6 premiers mois de vie des enfants.

Perception subjective de l'accouchement : comparaison de la perception entre les parents et les professionnel·le·s de la santé : Etude PsAT

Il existe des différences dans la littérature actuelle sur la perception subjective de l'accouchement comme étant traumatique (PSAT). Par exemple, un/une sage-femme peut percevoir un accouchement physiologique standard comme non traumatique, mais la femme ou son/sa partenaire peut ressentir la naissance de l'enfant comme étant traumatique. La perception de l'accouchement est subjective, mais les conséquences sur les mères, leur partenaire, l'enfant, les sages-femmes et les obstétricien·ne·s sont objectivables. La PsAT augmente les risques de dépression chez la mère et chez le/la partenaire. Elle peut également mener au burnout et à des reconversions professionnelles chez les sages-femmes et les obstétricien·ne·s. Le but de ce

travail est d'investiguer la PsAT des mères, de leur partenaire, des sages-femmes et des obstétricien·ne·s, en comprenant mieux les facteurs impactant cette perception.

L'observation conjointe lors d'un soin en néonatalogie : Etude *JOIN*

L'observation conjointe est une intervention, faisant partie des soins de soutien au développement en néonatalogie, effectuée avec les nouveau-né·e·s grands prématurés et leur mère. Elle se déroule en deux parties : dans un premier temps, la mère réalise un soin filmé avec son bébé en néonatalogie puis, dans un deuxième temps, elle est invitée par un binôme multidisciplinaire à visionner certaines séquences lors d'un débriefing. L'étude randomisée contrôlée *JOIN* (ClinicalTrials.gov: NCT02736136) suit les dyades mère-enfant jusqu'à 6 mois. L'objectif premier du projet *JOIN* est de tester l'efficacité de l'observation conjointe sur le sentiment d'efficacité maternelle à 6 mois d'âge corrigé. Dans un deuxième temps, il s'intéresse à évaluer l'impact à court et moyen terme de cette intervention précoce sur le sentiment d'efficacité maternelle, le bien-être maternel, le lien mère-enfant, le tempérament de l'enfant et la sensibilité maternelle.

L'impact psychologique d'une déchirure périnéale sévère : Etude *TEAR*

L'étude *TEAR* s'intéresse à l'impact psychologique d'une déchirure périnéale sévère sur les femmes et leur partenaire suite à l'accouchement. Les déchirures périnéales pouvant entraîner des conséquences physiques sur le plan urinaire, ano-rectal et sexuel. Cette recherche essaie par conséquent de comprendre dans quelles mesures ces différentes conséquences peuvent affecter des aspects psychologiques telles que la qualité de vie et les relations avec son/sa partenaire et son enfant. Afin de démontrer ces potentielles conséquences psychologiques, deux groupes sont comparés : les femmes ayant subi une déchirure sévère et leur partenaire et les femmes n'ayant pas de déchirure périnéale et leur partenaire. Les résultats devraient permettre de mettre en évidence des différences et des besoins spécifiques liés à la prise en charge.

Le bien-être des femmes et de leurs partenaires pendant la période périnatale : *Lausanne Perinatal Wellbeing Cohort*

Cette étude longitudinale est actuellement menée à la maternité du CHUV, et s'intéresse au bien-être des parents et à leur vécu de la grossesse, de l'accouchement et des premiers mois suivant l'arrivée de leur(s) enfant(s). L'objectif de ce projet est d'étudier le bien-être des mères et des partenaires durant le dernier trimestre de grossesse et jusqu'à 6 mois après la naissance de leur enfant. Les informations collectées permettront à terme d'améliorer le soutien offert aux

femmes et à leur partenaire durant cette période ainsi que de répondre au mieux aux besoins des parents.

Encadré : Association (Re)Naissances

L'association (Re)Naissances a été créée en 2016 à Lausanne par un groupe de femmes ayant elles-mêmes vécu un traumatisme durant la période périnatale. Elle a pour but de favoriser le partage d'expériences entre personnes concernées, d'offrir conseils et soutien, de constituer des réseaux d'entraide et de sensibiliser les professionnels de la santé et le grand public à cette problématique. L'association organise régulièrement des soirées de rencontre et de soutien par les pairs. Elle intervient également dans des formations et participe à divers groupes de travail visant à renforcer le dialogue avec les professionnels de la santé.

Pour en savoir plus : www.re-naissances.com

Pour toutes questions et plus d'informations en lien avec ce sujet, veuillez contacter Prof. Antje Horsch : antje.horsch@chuv.ch

Références

Adriaenssens J, de Gucht V, Maes S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: findings from a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 49, 1411–22. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003

Aftyka A, Rybojad B, Rosa W, Wróbel A, Karakuła-Juchnowicz H. (2017). Risk factors for the development of post-traumatic stress disorder and coping strategies in mothers and fathers following infant hospitalisation in the neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs*, 26(23-24), 4436-45.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine), France : Elsevier Masson

Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(06), 1121-34. DOI: 10.1017/S0033291715002706

Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Iemmi V, Adelaja B. (2014). The costs of perinatal mental health problems. *LSE & Centre for Mental Health*, 1-44.

Beck CT. (2015). Middle Range Theory of Traumatic Childbirth: The Ever-Widening Ripple Effect. *Glob Qual Nurs Res*, 1-13. DOI:10.1177/2333393615575313

Berger A, Bachmann N, Signorell A, Erdin R, Oelhafen S, Reich O. (2017). Perinatal mental disorders in Switzerland: prevalence estimates and use of mental-health services. *Swiss Med Wkly*, 147, w14417. DOI:10.4414/smw.2017.14417

Borrelli, S. E., Spiby, H., & Walsh, D. (2016). The kaleidoscopic midwife: A conceptual metaphor illustrating first-time mothers' perspectives of a good midwife during childbirth. A grounded theory study. *Midwifery*, 39, 103–111.

Bradley R, Slade P. (2011). A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 19-42. DOI: 10.1080/02646838.2010.513047

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2018, 27 Novembre). *Le CHUV en chiffres*. Consulté sur <https://www.chuv.ch/fr/chuv-home/en-bref/chiffres/>

Cook N, Ayers S, Horsch A. (2018) Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*, 225, 18-31. DOI: 10.1016/j.jad.2017.07.045

Favrod C, Jan du Chêne L, Martin Soelch C, Garthus-Niegel S, Tolsa J-F, Legault F, et al. (2018). Mental Health Symptoms and Work-Related Stressors in Hospital Midwives and NICU Nurses: A Mixed Methods Study. *Front Psychiatry*, 9, 1-24. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00364

Favrod C, Holmes EA, Vial Y, Morisod Harari M, Horsch A. (2018). Spontaneous childbirth-related mental images among pregnant women: a mixed-method study. *J Reprod Infant Psychol*, 36(4), 393-405. DOI: 10.1080/02646838.2018.1472749

Garthus-Niegel S, Horsch A, Ayers S, Junge-Hoffmeister J, Weidner K, Eberhard-Gran M. (2017). The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: A longitudinal population-based study. *Birth*, 00,1-9. DOI: 10.1111/birt.12328

Garthus-Niegel S, Horsch A, Handtke E, von Soest T, Ayers S, Weidner K, et al. (2018). The Impact of Postpartum Posttraumatic Stress and Depression Symptoms on Couples' Relationship Satisfaction: A Population-Based Prospective Study. *Front Psychol*, 9, 1-10. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01728

Grekin R, O'Hara MW. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 34(5), 389-401. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.05.003

Horsch A, Garthus-Niegel S. (2018). *Posttraumatic stress disorder following childbirth*. In: *Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring Issues of Violence and Control*. Abingdon-on-Thames, Royaume-Uni:Routledge.

Johnson MP. The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: A longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynecol*. janv 2002;23(3):173-82.

King L, McKenzie-McHarg K, Horsch A. (2017). Testing a cognitive model to predict posttraumatic stress disorder following childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-12.

Office fédéral de la statistique. (2018, 27 Novembre). *Naissances*. Consulté sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/geburten.html>

Patterson, J., Hollins Martin, C., & Karatzias, T. (2019). PTSD post-childbirth: a systematic review of women's and midwives' subjective experiences of care provider interaction. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(1), 56–83.

Patterson, J., Hollins Martin, C. J., & Karatzias, T. (2019). Disempowered midwives and traumatised women: Exploring the parallel processes of care provider interaction that contribute to women developing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) post childbirth. *Midwifery*, 76, 21–35.

Schrøder, K., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2016). Blame and guilt—A mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 95(7), 735-745. <https://doi.org/10.1111/aogs.12897>

Schobinger E., Ravenscroft S., & Horsch A. (under review). Acute and posttraumatic stress disorder symptoms in mothers and fathers following childbirth: A prospective cohort study.

Schuler D, Tuch A, Buscher N, Camenzind P. (2016). *La santé psychique en Suisse*. *OBsan*, 1-80.

Sheen K, Slade P, Spiby H. (2013). An integrative review of the impact of indirect trauma exposure in health professionals and potential issues of salience for midwives. *J Adv Nurs*, 70, 729–43. DOI: 10.1111/jan.12274

Sheen K, Spiby H, Slade P. (2015). Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout. *Int J Nurs Stud*, 52, 578–87. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006

Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634-45. DOI:10.1016/j.jad.2016.10.009

Zerach G, Magal O. (2016). Anxiety Sensitivity Among First-Time Fathers Moderates the Relationship Between Exposure to Stress During Birth and Posttraumatic Stress Symptoms. *J Nerv Ment Dis*, 204(5), 381-7.