

COURS 3

Dépression Manie

I - Dépression

- 1) Généralités
- 2) Diagnostic des dépressions
- 3) Classification des dépressions
- 4) Diagnostics différentiels
- 5) Dysthymie
- 6) Cas clinique

II - Manie

- 1) Diagnostic des manies
- 2) Hypomanie
- 3) Cas clinique

III - Autres cas de figures

- 1) Etats mixtes
- 2) Trouble bipolaire

Le prof semble alléché à l'idée de mettre un cas clinique à l'examen. Il est très possible dans son optique machiavélique de pénalisation des étudiants qui sèchent, qu'il mette un cas clinique où l'on est amené à replacer les critères d'une dépression (ou manie) pour voir si l'on a bien compris et pas seulement appris... « ce sera pas dur, l'idée c'est de faire comme à l'internat... je vous mettrais sûrement le cas d'un gars un peu speed ou un peu ralenti »

I - Dépression

1) Généralités

L'humeur est la disposition affective fondamentale qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur.

Il faut distinguer le « cafard » (*lié à des évènements négatifs ; avec envie de vacances et de sorties pour décompresser*) de la maladie dépressive (*sans envie de vacances et de sorties par exemple*) qui est une maladie qui a des symptômes stricts, et qui nécessite un traitement.

La douleur morale du déprimé est aussi élémentaire et instinctive que la douleur physique.

Il est normal d'avoir une réaction de deuil quand on perd un proche et on ne traite pas pour autant.

2) Diagnostic des dépressions

Nécessite 4 critères :

- Désintérêt** (*perte du désir et du plaisir*) (*exemple : perte de la libido, perte d'initiatives*)
- Perte de l'estime de soi ou sentiment de culpabilité** (*se dévaloriser, se faire des reproches*)
- Ralentissement physique** (*mettre du temps dans les gestes de la vie quotidienne*) **et psychique** (*concentration, lecture, travail, parole*)
- Signes somatiques** tels que les troubles du sommeil (*réveils précoces ou hypersomnie*) ou de l'appétit (*amaigrissement ou plus rarement hyperphagie*)

3) Classification des dépressions

- Episode dépressif majeur (*épisode isolé*)
- Dépression récurrente
- Dépression dans le cadre d'un trouble bipolaire de l'humeur (*si épisodes maniaques*)
- Dépression avec caractéristiques mélancoliques (*critère de gravité*)
- Dépression avec caractéristiques psychotiques (*critère de gravité*)
- Dépression à début dans le post-partum

On ne classe plus les dépressions selon la cause (*anciennes classifications*).

Souvent, plus la dépression est grave, plus le traitement est efficace.

Episode dépressif majeur

Critères : A + B + C

A - Au moins 5 des symptômes suivants pendant 2 semaines :

- Humeur dépressive presque toute la journée ou presque tous les jours (*tristesse, pleurs*)
- Désintérêt
- Perte de l'estime de soi ou sentiment de culpabilité
- Ralentissement⁺⁺⁺ ou agitation⁻
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
- Insomnie ou hypersomnie
- Fatigue ou perte d'énergie
- Perte ou gain de poids en l'absence de régime
- Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes

B - Souffrance cliniquement significative.

C - Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil : si symptômes de la dépression consécutifs à un deuil, on ne peut pas conclure à la dépression (*mais il ne faut pas pour autant abandonner le patient*).

Symptômes du ralentissement

- Fatigue et baisse de la productivité
- Réduction des mimiques
- Pas d'exploration de l'environnement
- Diminution de la créativité
- Pensée ralentie, engluée
- Troubles de concentration
- « Faux » troubles de mémoire (*patients qui pensent avoir Alzheimer alors qu'il s'agit de troubles de la concentration dus à leur dépression*)

Dépressions avec caractéristiques mélancoliques

Perte de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités.
Absence de réactivité aux stimuli habituellement agréables.

3 critères parmi les suivants :

- Humeur dépressive comme différente de celle ressentie après un deuil
- Dépression plus marquée le matin (*boule dans la gorge à l'idée d'affronter la journée*)
- Réveil précoce
- Ralentissement ou agitation
- Culpabilité
- Anorexie ou perte de poids

Dépression avec caractéristiques psychotiques

Dépression peut s'accompagner de délires (*idées en dehors de la réalité*) congruentes à l'humeur (*s'inscrit dans la thématique dépressive avec dévalorisation, culpabilité, punition méritée ; exemple : « je suis tellement enlaidi que je fais du mal à tout le monde »*) ou non congruente à l'humeur (*délires non en rapport avec la dépression, par exemple se sentir persécuté*).

4) Diagnostiques différentiels

- Examen somatique du patient : faire un examen clinique/biologique (*un diabète peut fatiguer, mauvais moral, troubles du sommeil*) (*Parkinson peut ralentir, mauvais moral*)
- Atteinte cérébrale organique (*exemple : tumeur*)
- Démence débutante
- Trouble de la personnalité
- Réaction dépressive à un deuil (*ou autre traumatisme*)
- Fatigue, surmenage

5) Dysthymie (dépression névrotique)

Humeur dépressive presque tous les jours (*au moins un jour sur deux*) pendant au moins 2 ans.
Ne remplit pas les critères de la dépression.

Au moins 2 des symptômes suivants :

- Sentiment de perte d'espoir
- Faible estime de soi
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
- Insomnie ou hypersomnie
- Fatigue ou perte d'énergie
- Perte d'appétit ou hyperphagie

6) Cas clinique

C'est le cas d'une patiente dépressive qui a fait une tentative de suicide.

En écoutant son histoire, les éléments suivants nous orientent vers le diagnostic de dépression :

-Nombreux reproches, les éléments de sa vie sont racontés sur le mode de la culpabilité (*sentiment de culpabilité*)

-Parle lentement et bouge peu (*ralentissement*)

-Perte du contact avec le corps : elle n'avait plus envie de se laver, de se mettre de la crème, de se maquiller, de s'acheter des vêtements (*désintérêt*)

-Sentiment d'être « passive et non proactive » : continue de travailler (*et ça lui est pénible*) afin de masquer sa dépression (*car sentiment de reproche*) mais ne fait rien pour elle (« *je fais rien pour moi* ») (*désintérêt*)

-« Je m'énervais pour rien », « j'avais une volonté de fuir », « je suis allée au bout physiquement et moralement »

II - Manie

« C'est l'inverse de la dépression : une fois que vous avez appris les signes de la dépression, vous connaissez l'accès maniaque ».

1) Diagnostic des manies

Critères : A + B + C

A - Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante pendant au moins une semaine.

B - Au cours de cette période, au moins 3 symptômes suivants :

-Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur

-Réduction du besoin de sommeil

-Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment

-Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent

-Distractibilité (*passer rapidement d'une chose à l'autre*)

-Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation

-Engagement excessif dans des activités agréables mais un potentiel élevé de conséquences dommageables (*achats, conduites sexuelles !MST!, investissements commerciaux*)

C - Altération du fonctionnement professionnel ou social

La principale complication d'un accès maniaque est le suicide car l'humeur est labile, avec effondrement brutal de l'humeur.

Cependant les maniaques n'ont pas envie d'être traités car c'est un état agréable pour eux.

Manies avec caractéristiques psychotiques

Congruentes à l'humeur (*délires qui concordent avec les thèmes maniaques typiques de surestimation de sa valeur, surestimation de son pouvoir, de ses connaissances, de son identité ou de ses relations avec une personne célèbre ou une divinité*) ou non congruentes.

2) Hypomanie

Ce sont les gens qui ont moins qu'un accès maniaque, ils ont les signes de l'accès maniaque sans les critères de l'accès maniaque typique.

3) Cas clinique

Le prof commente peu la vidéo... mais à partir de ce que dit la patiente, il faut savoir mettre en relation les signes de la manie.

C'est une patiente qui doit avoir la quarantaine.

Elle parle rapidement et gesticule.

Elle est habillée décontractée contrairement à la dépressive.

On peut mettre en relation avec le cours :

-Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur : « Je ne voulais plus entendre parler de médecin ou de médicament car je me sentais superwoman », « J'étais à l'abri de tout », « Intellectuellement rien ne pouvait m'arriver », « J'ai toujours eu une analyse des autres très pertinente », « J'avais l'impression d'être toute puissante », « J'avais une hyperactivité intellectuelle », « Je captais très vite tout, je me sentais à l'abri de tout et que rien ne pouvait m'arriver ».

-Réduction du besoin de sommeil : 3h de sommeil par nuit.

-Engagement excessif dans des activités agréables : relations sexuelles (« *c'était hyper facile de faire des connaissances et j'en ai eu pleins* ») et comportement compulsif à l'achat (« *j'avais la folie de l'achat* »).

Il montre une autre vidéo qu'il ne commente pas.

C'est un homme mais il ne fait pas très maniaque.

Il est juste un peu speed et déclare : « Je suis quelqu'un de pétillant », « Je suis un grand bavard », « Je suis quelqu'un de très avenant », « Je suis quelqu'un de très rapide ».

III - Autres cas de figures

1) Etats mixtes

Ce sont les gens qui sont en même temps maniaques et dépressifs, à la fois tristes et excités, à la fois euphoriques et ralentis, coexistence de symptômes maniaque et dépressif.

Evocateurs d'un trouble bipolaire.

2) Trouble bipolaire (ou maniaco-dépressif)

Trouble de l'humeur où il y a alternance d'états maniaques et dépressifs (*mais pas en même temps contrairement aux états mixtes*).

Les antécédents familiaux sont fréquents chez les patients présentant un trouble bipolaire.

