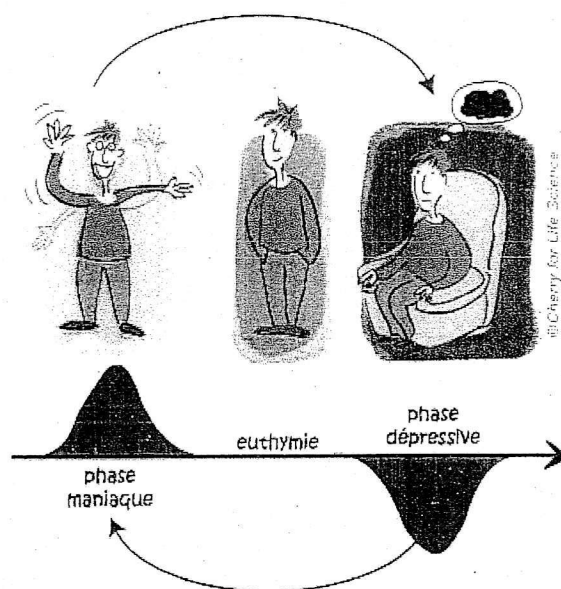


LES TROUBLES BIPOLAIRES

Autrefois appelé psychose maniaco-dépressive, le trouble bipolaire fait partie des troubles de l'humeur auxquels appartient également la dépression récurrente (ou trouble unipolaire).

C'est une maladie qui dans sa forme la plus typique comporte deux phases : la phase maniaque et la phase dépressive. Entre les deux pôles, la personne qui souffre de maladie bipolaire, retrouve un état normal que l'on appelle « euthymie » ou « normothymie ».



La phase maniaque se définit comme un épisode d'excitation pathologique : le sujet qui en souffre est hyperactif et euphorique, inhabituellement volubile et fait de multiples projets. Il peut présenter divers troubles comportementaux, perdre toute inhibition ou engager des dépenses inconsidérées.

La phase dépressive est en quelque sorte le miroir de la phase maniaque : le sujet présente des signes de grande tristesse, il est ralenti et n'a goût à rien, parfois il veut mourir ; les formes les plus sévères sont qualifiées de « mélancoliques ». Le danger principal de cette maladie est le risque de suicide.

En France, le trouble bipolaire est sous-diagnostiqué. Il faut en moyenne 10 à 12 ans et quatre à cinq médecins différents avant qu'il ne soit nommé. De même, on estime que 40 % des dépressifs sont en réalité des bipolaires qui s'ignorent.

Aujourd'hui, on préfère le terme de trouble bipolaire à celui de psychose maniaco-dépressive. D'une part, parce que les formes cliniques sont en fait très diverses, alors que le terme de psychose maniaco-dépressive laisse penser que seules les formes où alternent des épisodes maniaques et des épisodes dépressifs sont prises en compte. D'autre part, parce que le terme de psychose renvoie à certaines théories explicatives mais correspond mal à l'observation purement descriptive de la maladie : entre les accès, le patient dans la plupart des cas a une vie psychique et sociale tout à fait normale, ce qui est inhabituel dans les cas de maladies psychotiques chroniques.

La manie



En grec la « manie » est synonyme de « folie ». En français, dans la langue de tous

les jours la manie souligne l'excès : mélomane qui aime la musique à l'excès, **maniaque** qui se fixe sur les détails...

Au sens psychiatrique l'accès maniaque se caractérise par un **état d'excitation psychique et motrice** avec **exaltation de l'humeur** et **mégalo**manie.

L'accès maniaque survient de manière **brusque** mais peut être précédé d'une phase d'intensité modérée qu'on appelle « **hypomanie** ».

On n'identifie pas toujours de facteurs favorisant l'éclosion d'un tel accès. Si l'on retrouve parfois des **éléments stressants** comme des chocs émotionnels, des conflits affectifs, des affections somatiques ou des deuils dans les jours ou les semaines précédant son apparition, ces éléments peuvent n'être considérés en fait que comme de simples catalyseurs chez des individus présentant déjà une certaine vulnérabilité.

[illegible]

TROUBLES DEPRESSIFS

« La dépression se manifeste par une humeur triste, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse de l'énergie. Les autres symptômes sont une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une culpabilité injustifiée, des idées de mort et de suicide, des difficultés à se concentrer, des troubles du sommeil et une perte d'appétit. La dépression peut aussi s'accompagner de symptômes somatiques. ».OMS, 2001.

- Ces troubles ont des conséquences sur la vie affective, familiale, professionnelle et sociale.
- En France, la prévalence annuelle des épisodes dépressifs est estimée à 8 % chez les 18-75 ans (soit 4 800 000 personnes).
- Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes.
- Le risque suicidaire est fortement associé aux troubles dépressifs : 15 à 20 % des personnes dépressives chroniques mettent fin à leurs jours.

Symptômes majeurs :

- humeur dépressive, tristesse, perte d'intérêt ;
- fatigue ou perte d'énergie ;
- trouble de l'appétit (avec perte ou prise de poids) ;
- troubles du sommeil (perte ou augmentation) ;
- ralentissement ou agitation psychomotrice ;
- sentiment d'infériorité, perte de l'estime de soi ;
- sentiment de culpabilité inappropriée ;
- difficultés de concentration ;
- idées noires, pensées de mort, comportement suicidaire.

On classe les épisodes dépressifs selon la durée, la sévérité et la nature des symptômes.

Episode dépressif léger

Au moins 2 des 3 symptômes suivants, présents pratiquement toute la journée et presque tous les jours, non influencés par les circonstances et durant au moins deux semaines :

- humeur dépressive à un degré nettement anormal pour la personne ;
- perte de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables ;
- réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

A cela s'ajoutent au moins un ou deux des symptômes listés ci-dessus (donc en tout, un minimum de 4 symptômes pour atteindre le niveau du diagnostic). Aucun des symptômes n'est sévère. Ce type d'épisode peut s'accompagner de détresse et de difficultés pour mener à bien les activités sociales et professionnelles.

Episode dépressif moyen

Au moins 6 symptômes dépressifs listés ci-dessus. Plusieurs de ces symptômes ont une intensité sévère et la personne a des difficultés importantes pour mener à bien ses activités professionnelles, sociales ou familiales.

Episode dépressif sévère

Au moins 8 symptômes dépressifs. La personne est incapable de poursuivre l'ensemble de ses activités habituelles. Peut être associé à des symptômes psychotiques (idées délirantes d'indignité, de maladie physique ou de désastre imminent, hallucinations auditives de déraison ou de condamnation) au maximum une stupeur dépressive. Les symptômes psychotiques augmentent le risque suicidaire et le risque de récives dépressives.

Troubles dépressifs récurrents

On parle de troubles récurrents lorsque plusieurs épisodes dépressifs surviennent en l'absence d'épisodes distincts d'excitation. Chaque épisode a une durée moyenne d'environ six mois à un an.

Dépression et risque suicidaire

Il est important de savoir que :

- Les personnes suicidaires ne veulent pas nécessairement mourir, mais souhaitent avant tout mettre fin à une souffrance devenue insupportable ;
- La majorité des personnes ayant des idées de suicide ne feront pas de tentative.

La dépression est la première cause de suicide : 70 % des personnes qui décèdent par suicide souffraient d'une dépression, le plus souvent non diagnostiquée ou non traitée.

Entre 15 et 20 % des personnes souffrant de trouble dépressif caractérisé commettent un suicide. Le taux annuel de suicide est environ 4 fois plus élevé chez les personnes souffrant de trouble dépressif que chez les personnes atteintes d'un autre trouble psychique. Ce taux est environ 30 fois plus élevé que dans la population générale.

demandée. Madame M. n'a pas d'antécédent suicidaire, elle a 33 ans, travaille dans une grande surface et elle est mère célibataire d'une petite fille de trois ans.

Elle met en lien son geste avec une rupture sentimentale d'un homme qui n'est pas le père de son enfant (père dont elle n'a plus aucune nouvelle) et avec qui elle ne vivait pas.

Elle dit que depuis l'annonce de cette décision, elle se réveille plusieurs fois dans la nuit, qu'elle a doublé sa consommation de tabac, qu'elle a moins d'appétit, qu'elle a de plus en plus de mal à s'occuper de sa fille et à accomplir son travail. Elle a d'ailleurs été rappelée à l'ordre à plusieurs reprises par son chef de service.

Elle dit que sa propre mère aurait pu s'occuper de sa fille bien mieux qu'elle et que la prochaine fois elle ne se raterait pas. Et que de plus elle sait exactement où et comment elle va le faire.

La maman de la patiente, interrogée dit que depuis quelques temps elle ne reconnaît plus sa fille : celle-ci était sérieuse et très impliquée dans l'éducation de son enfant. Depuis plusieurs mois elle sort plus le soir en lui confiant sa fille. Elle a l'impression qu'elle s'est mise aussi à boire plus que de raison et sans en avoir la preuve elle se demande si elle ne fume pas du cannabis. Elle pense que son « copain » avait une très mauvaise influence sur elle.

La patiente va tenter de quitter les urgences sans autorisation. Rattrapée in extremis par l'équipe elle refuse à partir de ce moment là de communiquer et se contente de dire « je suis libre de faire ce que je veux »

En accord avec la mère une hospitalisation en SPDT est demandée. La patiente sera accompagnée jusqu'à l'hôpital St Anne.

[illegible]

LA BOUFFEE DELIRANTE

La « bouffée délirante aiguë » est également appelée « trouble psychotique bref » ou « trouble psychotique aigu et transitoire ».

La « bouffée délirante aiguë » est caractérisée par l'apparition brutale d'un **épisode de délire, résolutif en moins d'un mois**. Cette bouffée peut durer quelques heures, quelques jours ou quelques semaines.

Il s'agit donc d'un épisode de délire qui **survient brusquement chez une personne n'ayant jamais manifesté auparavant de problème psychique** de ce type. La personne atteinte **n'a pas conscience** qu'elle délire et elle ne manifeste **aucun recul** par rapport à ses pensées et à son discours décomposé. Les **hallucinations sensorielles** sont fréquentes. Sa perception de la réalité est modifiée, le fonctionnement de son esprit est profondément bouleversé et ses relations avec le monde extérieur sont très perturbées.

Touchant **plus particulièrement les adolescents et les adultes jeunes**, la bouffée délirante aiguë est souvent spectaculaire et doit absolument être prise en charge en urgence dans un service hospitalier de psychiatrie.

FACTEURS DECLENCHANT :

La bouffée délirante aiguë arrive dans la plupart du temps **chez des personnes fragiles psychologiquement et mal adaptées** sur le plan social et/ou professionnel; qui vont décompenser de façon brutale par un « délire hallucinatoire ».

Dans la plupart des cas, il existe un **facteur déclenchant identifiable** dont la survenue apparaît comme « la goutte d'eau qui fait déborder le vase ».

Parmi ces facteurs, on trouve des **chocs émotionnels** : deuil, échec professionnel ou scolaire, séparation conjugale, accident, accouchement, surmenage. Mais également la **prise de toxiques** comme l'alcool, les drogues (LSD, cocaïne, amphétamines..) **ou de médicaments** (antidépresseurs, corticoïdes, antituberculeux..).

SIGNES DE LA BOUFFEE DELIRANTE :

Avant de se déclencher, la bouffée délirante aiguë est précédée de signes annonciateurs que l'on appelle des « **prodromes** ». Souvent anodins, ces prodromes apparaissent 3 à 4 jours avant la crise mais passent souvent inaperçus : troubles du sommeil, anxiété ou bizarreries du comportement.

Le début de la bouffée délirante est généralement très brutal et caractérisé par une **rupture franche avec l'état antérieur** de la personne que l'on compare à « un coup de tonnerre dans un ciel serein ».

Le signe majeur est la **survenue d'idées délirantes** soutenues par des « **hallucinations psychosensorielles** », riches et multiples. La personne va se mettre à voir, entendre ou ressentir des choses qui n'existent pas et avoir des **idées totalement désorganisées, incohérentes et récurrentes** sur plusieurs thèmes : mystique, messianique, onirique, sexuel, mégalomane, paranoïaque ou de persécution.

Ces situations sont **vécues comme si elles existaient vraiment** avec parfois une **totale dépersonnalisation** avec une impression de n'être plus soi-même, ce qui rend la personne difficilement raisonnable et contrôlable. Des voix intérieures dictent à la personne ce qu'elle doit faire conduisant parfois à des **événements médico-légaux** comme une fugue, une agression ou même un viol.

Le sujet se sent épié et est persuadé qu'on lit dans ses pensées. Le discours est confus, souvent rapide avec un débit impressionnant de mots et un niveau d'excitation élevé.

Spontanément, cet état **peut durer plusieurs semaines mais moins d'un mois**.

Jérôme a 22 ans et il vient juste d'avoir son DE d'infirmier. Avec sa compagne, Liliane, également infirmière, ils décident de quitter la région de Jérôme pour s'installer dans la région de Liliane. Ils louent un camion y mettent toutes leurs affaires et prennent la route. Sur le chemin le camion prend feu et ils perdent tout ce qu'ils possédaient.

Accueillis dans la famille de Liliane Jérôme commence à présenter des comportements étranges. Il paraît excité, reste des heures sur internet, il est irritable passe des appels téléphoniques très étonnants. Liliane inquiète lui propose de rencontrer un médecin ce qu'il refuse. Au bout de quelques jours on livre une multitude de choses à leur domicile : 5 faxes, 2 Smartphones, 2 ordinateurs mais aussi de nombreux vêtements, chaussures et parfums pour homme. Interrogé Jérôme ne veut rien expliquer. Dans l'après midi il revient avec un énorme Break d'une marque allemande et le soir même avec une moto de grosse cylindrée. Son discours est de plus en plus confus, il semble épuisé (il dort pratiquement plus), et reste insensible à toute tentative de retour à la « raison ». Alarmée, Liliane fait appel aux services d'urgence, un SPDT va être fait et Jérôme sera hospitalisé dans une unité fermée de psychiatrie.

A son arrivée dans le service, Jérôme joue sur le fait qu'il est infirmier et demande des explications interminables sur les motifs de cette contrainte et sur les traitements prescrits. Il finit par accepter une injection de Tercian®. Il dormira pendant 24h.

A son réveil il veut téléphoner à François (on comprendra qu'il parle de François Hollande). Il demande sa sortie disant avoir une mission pour la DGSE, confidentielle bien sur mais d'une très grande importance. Il est cependant très proche de l'équipe qu'il ne lâchera jamais et semble avoir très peur des autres patients. Le médecin prescrit du Risperdal® et une poursuite du Tercian®. Au bout de 5 jours Jérôme va commencer à critiquer ce qui est arrivé. Il dit ne rien comprendre à son état.

Dix jours après son entrée il sort. Va bénéficier pendant 6 mois d'un suivi au **CMP** qui se terminera : le médecin estimant qu'il n'y avait plus de problème.

Il va se marier avec Liliane. Avoir deux enfants. Au bout de quelques années ils ouvriront ensemble un cabinet de soins à domicile qui fonctionne parfaitement bien.

La névrose hystérique

Définition :

L'hystérie est une affection aux manifestations cliniques polymorphes et réversibles, caractérisée par l'expression symbolique de conflits psychiques inconscients sous forme de symptômes corporels et/ou psychiques variés, paroxystiques ou plus ou moins durables.

La personnalité de l'hystérique est caractérisé par :

- La psychoplasticité : son psychisme est modulable, influençable.
- La suggestibilité.
- La formation imaginaire de son personnage : imagination très productive.
- En modifiant l'environnement, on modifie le symptôme.

Symptômes cliniques somatiques

- Crise épileptoïde de Charcot: douleur génitale suivie de troubles visuels puis d'un malaise non brutal qui se termine par des contorsions désordonnées.
- Crise convulsive : ressemble à une épilepsie à déclenchement émotionnel et non brutal.
- Pseudo-coma : perte de connaissance prolongée.
- Trouble moteur : paralysie, contracture.
- Astasie-abasie : vertige puis incapacité de se tenir debout et de marcher.
- Trouble sensitif et algie: anesthésie, hyperesthésie, céphalée, spasme, dysphagie, dyspepsie.
- Trouble sensoriel : aphonie, mutisme, surdité, cécité, brouillard visuel.
- Crise syncopale : sueur, palpitation, perte de connaissance.

Symptômes cliniques psychiques

- Amnésie.
- Illusion de mémoire.
- Inhibition intellectuelle : la personne semble être limitée mais est intelligente.
- Somnambulisme.
- Fugue amnésique.
- Personnalité alternante : double, triple, quadruple : vie parallèle.
- Hystérie de conversion : conflit intrapsychique qui se transforme en symptôme physique.

Formes cliniques

Forme mono-symptomatique

Il en existe trois formes différentes :

- Forme brève.
- Persistance chronique des symptômes.
- Forme à évolution périodique : les symptômes apparaissent puis disparaissent.

Forme poly-symptomatique

- Les symptômes persistent avec de nombreuses conversions.

Évolution : L'évolution est tout à fait imprévisible puisqu'il dépend de la personnalité et du type de manifestation. Les formes évoluées ont un pronostic très peu favorable. Toutefois, on peut guérir de la névrose hystérique car on peut faire disparaître l'ensemble des symptômes qui entravent la vie de relation et la souffrance enregistrée par ces symptômes.

[illegible]

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

[illegible]

SCHIZOPHRENIE

- Touche 1% de la population soit 600 000 personnes en France.
- Impact important sur l'adaptation sociale et entraîne une grande souffrance chez le patient et son entourage.

SYMPTOMES :

- Dissociation :
 - Discours illogique, difficile à suivre
 - Expression émotionnelle sans rapport avec la situation
 - Contact froid
 - Présence simultanée de sentiments contraires (ambivalence affective)
 - Bizarrerie
 - Rires immotivés
 - Conduite étrange
 - ...
- Délire et symptômes positifs
 - Perception erronée de la réalité : le patient VOIT, ENTEND, SENT, RESSENT des choses qui n'existent pas.
 - On ne peut pas le convaincre du contraire
 - Ce délire est flou, mal structuré, non systématisé (les idées délirantes n'ont pas de lien entre elles).
 - Il repose souvent sur des hallucinations acoustico-verbales (entendre des voix) et intrapsychiques avec automatisme mental (impression que la pensée est devinée, commentée ou volée, que des actes ou des pensées sont imposés).
Souvent les hallucinations sont repérées indirectement : attitudes d'écoute, suspension de la parole, expression de peur ou de surprise, soliloque (la personne converse avec elle-même à haute voix).
 - D'autres mécanismes délirants (intuition, illusion, interprétation, imagination) peuvent être présents.

Les thèmes délirants sont souvent récurrents pour une personne donnée. Ils peuvent être persécutifs, mystiques, mégalomaniques, d'influence (conviction d'être sous l'emprise d'une force extérieure), hypocondriaques, de référence (la personne attribue à l'environnement une signification particulière ayant trait à elle-même : les émissions de télévision, de radio ou Internet s'adressent à elle par exemple) ou de transformation corporelle. La personne est souvent réticente à exprimer ses convictions délirantes.

- Symptômes dits négatifs ou déficitaires
 - Désinvestissement de la réalité
 - Repli progressif de la personne
 - Diminution des capacités de penser, de parler et d'agir qu'elle avait avant d'être malade
 - Diminution des réactions émotionnelles
 - Troubles cognitifs (concentration, attention, mémoire et capacités d'abstraction)

[illegible]