UE7 : Psychologie médicale

Pr.Lejoyeux

8h30-10h30, 29/11/13

Ronéotypeur : Alice Savey

Ronéoficheur : Fanny krywyk

 **Cours n°7 : Sémiologie de l’humeur**

*Le cours est très court (haha…) et très redondant, le prof a nettement fait la part des choses entre ce qui était important, noté*  *et le reste du cours. Il y a pas mal de listing et il n’a pas beaucoup insisté sur les cas cliniques. Il a insisté sur le fait qu’à l’examen on sera interrogé surtout sur de la sémio et pas sur le contenu des cours.*

*Sur ce, enjoy ☺*

**Sommaire :**

**Introduction**

**I. La dépression**

**A) Les caractéristiques de la dépression**

**B) Le diagnostique de la dépression**

**C) Cas cliniques**

**II. Le trouble bipolaire**

**A) L’accès maniaque**

**B) Cas cliniques**

**Introduction**

Les troubles de l’humeur sont les pathologies psychiatriques les plus fréquentes et les plus facilement curables. La France est le pays qui détient le record de prescription d’antidépresseurs, et paradoxalement le record de dépressions non traitées. Cela est dû au fait que les médecins ont tendance de nos jours à prescrire des antidépresseurs pour tout et n’importe quoi, et ne prennent pas le temps de diagnostiquer la véritable dépression.

J.Delay définit l’humeur en 1946 comme «une notion facile à entendre mais difficile à définir». L’enjeu de la psychiatrie est de faire la différence entre les émotions et les pathologies. Pour les troubles de l’humeur, il s’agit de faire la différence entre la tristesse qui est une émotion, et la dépression qui est une maladie caractérisée par des signes persistant de trouble de l’humeur. La tristesse se caractérise par une impression que l’entourage n’est pas assez attentif, une envie de vacances et de sorties pour décompresser, une fatigue calmée par le repos et la détente. La dépression se caractérise par des reproches à soi-même, une perte d’envie de sortir ou d’aller en vacances, et une fatigue aggravée par le repos ou la détente.

La classification actuelle des troubles de l’humeur se regroupe en : accès maniaque, accès hypomaniaque, dépression isolée ou récurrente, trouble bipolaire de l’humeur, cyclothimie et dysthymie.

Les troubles de l’humeur peuvent se regrouper en 4 thèmes :

* **L’estime de soi** : diminué et associée à un sentiment de culpabilité et de reproches à soi-même chez le déprimé. Augmenté chez le maniaque avec des idées de grandeur, trop d'estime.
* **L’énergie**: diminué et associée à la fatigue chez le déprimée, augmentée et associée à l’hyperactivité et l’infatigabilité chez le maniaque.
* **L’intérêt et l’envie** : diminuée chez le déprimée par rapport à ce qui lui plaisait avant, augmentée chez le maniaque qui s’intéresse à tout et pense qu’il peut tout faire.
* **Les signes somatiques** : perte du sommeil et de l’appétit chez le déprimé. Egalement perte du sommeil chez le maniaque, mais contrairement au dépressif, c’est parce qu’il ne sent pas la fatigue.

Ces 4 items résument tous les signes de la dépression et de la manie.

1. **La dépression**

**A) Les caractéristiques de la dépression**

 Les signes les plus spécifiques de la «vraie» dépression sont un sentiment de ralentissement, un désintérêt général, une perte de l’estime de soi, et un caractère cyclique.

Les symptômes du ralentissement sont une fatigue et une baisse de la productivité, une diminution des mimiques, l’absence d’exploration de son environnement, une baisse de la créativité, des pensée ralenties, engluées et mono idéiques, des troubles de la concentration, ainsi que des «faux» troubles de la mémoire :  le sujet pense qu’il est atteint d’Alzheimer car il ne se rappel plus de certains passages de sa journée, alors qu’il ne s’en souvient pas car il n’était pas concentré par désintérêt pour ces activités.

 Un **épisode dépressif majeur** se caractérise par :

* Au moins 5 des symptômes suivant pendant 2 semaines :

1)Une humeur dépressive (pleurs, sentiment de tristesse et de vide) presque toute la journée et presque tous les jours.

2)Une diminution de l’intérêt ou du désir pour presque toutes les activités et presque tous les jours.

3)Une perte/gain de poids en l’absence de régime

4)Une insomnie ou hypersomnie

5)Une agitation ou un ralentissement

6)Une fatigue ou une perte d’énergie, de façon générale un perte de l’élan vitale

7)Un sentiment de dévalorisation et de culpabilité fortement marqué

8)Une diminution de l’aptitude à penser, à se concentrer, ou une indécision

9)Des pensées de mort et des idées suicidaires récurrentes. (Le suicide est la 1er cause de mortalité avant 40 ans, et la dépression représente le principal facteur de risque. C’est donc une maladie potentiellement mortelle à prendre au sérieux.)

* Une souffrance cliniquement significative
* Des symptômes qui ne sont PAS expliqués par un deuil, c’est-à-dire que les symptômes persistent depuis plus de 6 mois.

**B) Le diagnostic de la dépression**

 Le diagnostique de la dépression se base sur l’interrogatoire et se fait en **4 questions** :

\_ Est-ce que ce qui vous intéresse continue de vous intéresser ? Si on demande au patient s’il ressent une perte de plaisir ou de désir il risque de ne pas répondre correctement.

\_ Est-ce que vous vous sentez plus lent ? On cherche ici la perte d’énergie ou les signes de ralentissement, cela peut se traduir de manière physique (dans les gestes de tous les jours, comme mettre plus de temps pour l’habillage) ou encore psychologique (dans la lecture, le travail ou même la parole)

\_ Est-ce que vous avez des troubles du sommeil, de l’appétit, ou de la fatigue ? On recherche les signes somatiques (attention : la plupart du temps un sujet dépressif souffrira d’insomnie, mais il peut également souffrir d’hypersomnie par perte totale d’envie pour toutes activités)

\_ Ressentez-vous une perte d’estime de vous ou une culpabilité ? Les sujets sont conscients de leurs états et culpabilise de faire vivre ça à leur entourage

.

Il faut penser à vérifier que la dépression n’est pas l’expression de maladies somatiques. Le diagnostique de la dépression ne peut se faire qu’après la recherche de maladies somatiques, ces maladies peuvent également retarder le début de la dépression. Les différentes causes médicales de la dépression sont la maladie de Parkinson (++), une hypothyroidie (+), ma maladie de Hungtington, un AVC, un traumatisme cérébral, le syndrome de cushing, la sclérose en plaque…

Une forme particulière de dépression est la **dysthymie**. Il s’agit d’une forme moins gravequi dure au moins 2 ans, ou l’on retrouve les signes classiques tels que la perte d’appétit ou l’hyperphagie, l’insomnie ou l**’**hypersomnie, la perte d’énergie ou la fatigue, la perte d’estime de soi ou encore les troubles de concentration.

**C) Cas cliniques**

Cas clinique numéro 1 : Il s’agit d’une patiente présentant typiquement tous les signes de dépression. Elle a une perte d’estime d’elle-même et manque de confiance en elle, elle parle lentement, n’a plus envie de rien, et a du mal a dormir ou manger.

Cas clinique n°2 : La patiente a perdue 5kg en 1 mois, elle a du mal a dormir la nuit, elle se sent triste tous le temps et pleurs tous les jours même si elle ne sait pas pourquoi. Elle se sent un boulet pour sa famille, culpabilise beaucoup de leur faire subir son état, et pense parfois que le suicide serait une option.

1. **Le trouble bipolaire**

**A) L’accès maniaque**

On parle de trouble bipolaire dès le premier accès maniaque. Globalement les signes de l’accès maniaque sont les opposés de ceux de l’épisode dépressif.

 Un **accès maniaque** se caractérise par :

* Une période nettement délimitée durant laquelle l’humeur est élevée de façon anormale, et persistante pendant au moins 1 semaine
* Au moins 3 des symptômes suivants :

1) une hausse de l’estime de soi, associée à des idées de grandeur

2) une réduction du besoin de sommeil

3) une plus grande communicabilité que d’habitude, un désir de parler constamment

4) une fuite des idées ou une sensation subjective que les pensées défilent

5) une distractibilité importante

6) une augmentation des actions orientées vers un but, ou une agitation

7) un engagement excessif dans des activités agréables, mais ayant un haut potentiel de conséquences dommageables (achats, conduites sexuelles (pour l’anecdote il existe une inégalité dans ce domaine entre les hommes et les femmes, puisqu’une femme qui veut se faire plaisir aura moins de refus qu’un homme ^^), investissements commerciaux etc)

* Altération du fonctionnement professionnel et social

Une forme particulière de trouble bipolaire est la **cyclothymie**, il s’agit d’une forme atténuée alternant hypomanie et dépression sous une forme moins grave. Elle est fréquente dans certaines situations professionnelles (celles susceptibles d’induire une nuisance pour la santé physique ou pour l’équilibre psychologique), se diagnostique en l’absence d’abus de substance ou d’hyperthyroïdie, et a un fort risque d’évolution vers la dépression ou le suicide. Elle dure au minimum 2 ans.

**B) Cas cliniques**

Cas clinique n°3 : La patiente parle très vite, hyper communicante, ses idées «tournent» dans sa tête, les journées sont trop courtes. Elle n’arrive pas à rester concentrée lors de l’interrogatoire. Elle présente une hyper énergie, elle voudrait aider tout le monde et sauver le monde mais elle n’y arrive pas et ça la plonge dans des épisodes dépressifs.