

Troubles de l'humeur

Dr Cyril Manzanera, Dr Nicolas Lafay, Dr Nathalie Papet, Pr Jean Louis Senon

Troubles de l'humeur	1
Historique introductif	1
1. Episodes dépressifs	2
1.1. Epidémiologie	2
1.2. Eléments diagnostiques	2
1.3. Formes cliniques	4
1.4. Particularités	4
1.5. Psychopathologie	6
1.6. Evolution.....	6
2. Episode Maniaque	7
2.1. Episode maniaque typique	7
2.2. Formes cliniques	9
2.3. Diagnostics différentiels.....	10
3. Episode mixte	10
4. Troubles bipolaires ou maladie psycho-maniaco-dépressive	10
4.1. Classification des troubles bipolaires	10
4.2. Epidémiologie	11
4.3. Evolution de la maladie	11

Historique introductif

On retrouve les premières traces de la manie et de la dépression bien avant l'ère chrétienne, au fondement même de la médecine, à l'époque d'Hippocrate. Il fut le premier à en établir une description : la transformation de la mélancolie (melas kholé ou bile noire) en folie. C'est seulement en 1854 que deux auteurs, Falret et Baillarget, indépendamment l'un de l'autre, regroupent ces deux états en une même maladie : la *folie circulaire* ou *folie à double forme*.

Il faudra attendre 1899 pour qu'un auteur, Kraepelin, jette les bases de la conception moderne et actuelle de la maladie (ou folie) maniaco-dépressive. Dans les années 60, la conception unitaire de la maladie bipolaire va être remise en cause au profit d'une nouvelle dichotomie entre la forme bipolaire (vraie) et la forme monopolaire dépressive (ou unipolaire).

Le concept d'unipolarité va s'étendre à l'ensemble hétérogène de patients déprimés n'ayant connu aucun épisode maniaque ou hypomaniaque. Cette évolution, largement motivée par la distinction entre dépression psychotique et névrotique, psychogène et endogène ou autonome et réactionnelle, a été abandonnée par l'ensemble des classifications produites depuis le début des années 80.

En effet, en 1980 apparaît la 3^{ème} version du DSM, classification américaine des maladies mentales, et avec elle la disparition du concept d'unipolarité au profit des notions de **trouble dépressif majeur**, **d'épisode dépressif** ou **trouble dépressif récurrent**. Au cours des deux dernières décennies, les travaux de recherche se sont multipliés aboutissant à de nouvelles classifications (DSM-III-R, DSM-IV, CIM-10) et de nouvelles dénominations (troubles bipolaires de type I, II, III)

Dans les chapitres suivants, nous allons étudier successivement les épisodes dépressifs, les épisodes maniaques pour terminer sur l'étude des troubles bipolaires.

1. Episodes dépressifs

1.1. Epidémiologie

Les troubles dépressifs sont au 3^{ème} rang des troubles mentaux après les troubles phobiques et l'alcoolisme.

La prévalence ponctuelle de la symptomatologie dépressive se situe entre 10 et 20% dans la population générale.

L'épisode dépressif majeur (EDM) tel qu'il est défini dans les classifications internationales a une prévalence de 3% sur 6 mois, de 4 à 5% sur 1 an (Hommes : 3% ; Femmes : 6%), et de 12% sur vie entière (Hommes : 10% ; Femmes : 22%)

Le trouble dysthymique, moins fréquent, a une prévalence vie entière de 3%.

1.2. Eléments diagnostiques

1.2.1. Mode de début

L'accès se constitue de façon progressive, marquant une nette différence avec l'état antérieur du sujet. Les premiers symptômes à se préciser sont souvent un sentiment d'incapacité et de dépréciation, une indécision croissante, une péjoration de l'avenir.

1.2.2. Phase d'état

▸ Présentation

Le visage est souvent figé, grave arborant parfois un *Oméga mélancolique* (Ω) dessiné par les plis du front dans les formes sévères. Le malade est immobile, ralenti avec une activité spontanée minimale.

Le discours est lent, les réponses se faisant attendre, et le ton est classiquement *monotone* et *monocorde*.

▸ Humeur dépressive

La *tristesse* envahit entièrement le champ de la conscience et l'ensemble du comportement. Elle est *permanente*, *insensible* au réconfort de l'entourage et *résistante* à toute tentative de raisonnement extérieur.

La *douleur morale* ou « hyperthymie douloureuse » favorise les sentiments d'incapacité et de dépréciation personnelle, la conviction d'incurabilité (mélancolie) et la *péjoration de l'avenir*.

▸ Inhibition et ralentissement intellectuel

L'inhibition intellectuelle est caractérisée par une lenteur idéatoire ou *bradypsychie* et un appauvrissement. Elle entraîne des troubles de la mémorisation et de la concentration. La diminution du flux verbal associée peut aller jusqu'à un quasi-mutisme. A noter que chez le sujet âgé, ces troubles peuvent prendre l'allure d'un véritable état démentiel.

L'inhibition de la volonté ou *aboulie*, associée à une perte de la capacité à ressentir du plaisir ou *anhédonie* qui peut s'étendre du simple émoussement émotionnel à une « anesthésie des sentiments ».

▸ Idéation suicidaire ou équivalents suicidaires

La péjoration de l'avenir, la perte d'espoir (incurabilité) peuvent favoriser un geste suicidaire impulsif lors d'un raptus anxieux ou froidement préparé. Il convient de ne pas oublier la classique *levée d'inhibition* apparaissant dans les premiers jours suivants la mise en place du traitement antidépresseur. Ces idées suicidaires existent chez près de 80% des patients dépressifs à un moment ou l'autre de leur évolution.

Le refus alimentaire apparaît comme une marque d'opposition à sa propre survie par le patient. Des conduites à risque, des conduites toxicomaniaques massives et d'autres comportements peuvent être perçus comme des équivalents suicidaires.

▸ Symptômes somatiques

Les troubles du sommeil : elle est constatée avec une prédominance en deuxième partie de nuit (parfois être totale) avec réveil matinal précoce. Dans les cas les plus sévères, il existe des modifications de l'enregistrement nocturne EEG (raccourcissement de la durée de la phase 4, augmentation de la fréquence des interruptions de sommeil). Le sommeil n'est pas réparateur. Parfois, il peut s'agir à l'inverse d'une hypersomnie non réparatrice. Ces troubles sont souvent couplés à une clinophilie diurne.

Les troubles alimentaires : on retrouve des conduites anorectiques avec amaigrissement ou à l'opposée des conduites boulimiques avec prise de poids, hyperphagie.

Les troubles sexuels : il est noté de façon constante une baisse importante de la libido, baisse du désir qui s'intègre dans la perte globale d'intérêt. La frigidité chez la femme et l'impuissance chez l'homme renforcent le sentiment de dévalorisation et de culpabilité.

Enfin, il est possible de rencontrer une aménorrhée, des troubles neuro-végétatifs.

1.2.3. L'épisode dépressif dans les classifications (DSM-IV)

▸ Episode dépressif majeur (EDM) :

Il faut au moins 5 des symptômes présents pendant une même période minimale de deux semaines (tous les jours ou presque) avec changement par rapport à l'état antérieur

Au moins un de ces symptômes est soit une humeur triste, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

Symptômes : cf Diapo

Il n'existe pas de facteurs organiques dans l'initiation ou le maintien de l'épisode.

Il ne s'agit pas d'une réaction normale à la mort d'un être cher (deuil non compliqué)

Il n'existe pas d'idées délirantes ou d'hallucinations en l'absence de symptômes thymiques marqués.

Enfin, il n'y a pas de trouble délirant, schizophrénique ou psychotique.

▸ EDM avec caractéristiques mélancoliques :

La mélancolie représente une dépression particulièrement grave de part son intensité, son risque suicidaire, son absence de lien avec des événements de vie (autrefois=dépression endogène).

Elle se caractérise par une douleur morale profonde, un désir de mort important et permanent, un risque suicidaire majeur (surtout lors de la levée d'inhibition), la présence d'un oméga mélancolique. Le ralentissement psychomoteur est majeur associé à un mutisme ou un monodéisme.

Enfin, les idées de dévalorisation, d'autoaccusation, de culpabilité et d'indignité complètent le tableau clinique.

Le DSM-IV le présente de la façon suivante :

Perte d'intérêt ou de plaisir et/ou non réactivité aux stimuli habituellement agréables avec au moins trois des symptômes suivants :

- Qualité particulière de l'humeur
- Dépression plus marquée le matin
- Réveils précoces vers 4 heures du matin
- Ralentissement ou agitation psychomotrice
- Comportement alimentaire anorectique ou perte significative de poids
- Culpabilité excessive

▸ Trouble dysthymique

Il s'agit de la forme actuelle de l'ancienne dépression névrotique. A la différence des deux précédents troubles, il s'agit de dépressions mineures dans leur intensité mais durables.

Selon les critères du DSM-IV, l'humeur dépressive doit être présente pratiquement toute la journée, au moins un jour sur deux depuis au moins deux ans. On doit retrouver au moins deux des symptômes suivants :

- Diminution de l'appétit ou hyperphagie
- Insomnie ou hypersomnie
- Diminution de l'énergie ou fatigue
- Baisse de l'estime de soi
- Troubles de la concentration et indécision
- Sentiment de désespoir

1.3. Formes cliniques

1.3.1. Les dépressions mélancoliques

▸ Mélancolie anxieuse ou agitée

Les signes d'anxiété sont au premier plan avec : oppression, suffocation, cénestopathies, débordements émotionnels prenant parfois un aspect théâtral. L'agitation est constante avec risque majeur de passage à l'acte suicidaire sous forme de *raptus anxieux*.

▸ Mélancolie confuse ou pseudo-démentielle

▸ Mélancolie stuporeuse

Elle représente l'apogée de l'inhibition psychomotrice avec un patient figé, se tenant immobile. La mimique est souvent évocatrice de l'immense douleur morale sous-jacente.

▸ Mélancolie délirante

Les thèmes classiques de la dépression sont les idées d'indignité, de culpabilité, de deuil et de ruine, et enfin les idées hypochondriaques. Lorsque le contenu des idées délirantes est en rapport avec les thèmes dépressifs on parle d'*idées délirantes congruentes* à l'humeur. A l'inverse, elles sont dites non congruentes lorsqu'elles n'ont aucun rapport avec les thèmes dépressifs : automatisme mental, thèmes mystiques...

Le syndrome de Cotard ou de négation d'organe en est une forme particulière où s'associent des idées de négation d'organes (« je n'ai plus d'intestins, mes artères sont bouchées, mon estomac est pourri... »), de négation du monde (« le monde est anéanti... »), d'immortalité, d'énormité, de damnation.

1.3.2. Formes cliniques particulières

▸ Dépression masquée

Le sujet exprime ses affects dépressifs en termes de plaintes physiques :

- Insomnie et fatigue au premier plan
- Sphère digestive : anorexie, gastralgies, constipations ...
- Sphère cardio-respiratoire : précordialgies, oppression thoracique, dyspnées...
- Des douleurs atypiques et persistantes : céphalées, lombalgies...

Les plaintes sont au premier plan, rapportées dans le groupe des troubles somatoformes dans le DSM-IV

▸ Dépressions saisonnières

Les troubles se répètent à une période précise de l'année : automne et hiver (++)

On retrouve une asthénie, une hypersomnie et une appétence particulière pour le sucre.

La luxothérapie (ou photothérapie) peuvent en constituer le traitement.

1.4. Particularités

1.4.1. En fonction du terrain

▸ Enfance

La prévalence de la dépression chez les enfants de 6 à 12 ans dans la population générale oscille de 0,5 à 3% selon les études

Du point de vue clinique, il est noté un changement par rapport au comportement et au mode relationnel antérieur, une irritabilité (colères, opposition...), une interruption des activités (sport, loisirs...), une instabilité psychomotrice

› Adolescence

La dépression « bipolaire » chez l'adolescent se caractérise par un début particulièrement brutal sans cause déclenchant avec comme particularité la rareté des affects dépressifs exprimés ; Elle est le plus souvent remplacée par une irritabilité avec émotions et conduites impulsives associées à un ralentissement psychique, cognitif et moteur. Les plaintes somatiques sont également fréquentes et souvent au premier plan : céphalées (++), maux de ventre, vertiges, nausées ...).

Cette dépression s'accompagne fréquemment d'une baisse des résultats scolaires

› Sujet âgé

Lorsque le premier épisode survient après 50 ans, il prend une sémiologie particulière dominée par l'importance de l'agitation anxieuse ou de l'aspect pseudo-démontiel. Il existe souvent des plaintes hypochondriaques, des symptômes obsessionnels, et parfois des troubles délirants avec idées de préjudice, de jalousie, de transformation ou de négation d'organe.

Parfois, ce sont les plaintes somatiques (algies abdominales ++, lombalgies...) qui prédominent et retardent ou masquent le diagnostic de dépression

› Chez la femme

Leur fréquence est 2 à 3 fois supérieure chez les femmes par rapport aux hommes. Certains facteurs comme une fonction sociale moins gratifiante, l'exposition à l'isolement affectif et au veuvage participent à l'explication de cette différence entre les deux sexes.

Les principales périodes de la vie sexuelle et hormonale sont contemporaines de modifications de l'humeur : cycles menstruels, grossesses, post-partum, ménopause...). Le changement des taux d'œstrogènes et de FSH de la préménopause sont une période favorable aux décompensations dépressives.

1.4.2. Dépressions et pathologies organiques

› Affections cérébrales organiques

Maladie de Parkinson, tumeurs cérébrales, insuffisance circulatoire, les démences, les traumatisés crâniens (syndrome subjectif post-commotionnel : céphalées+pseudo-vertiges+troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration), dans certaines épilepsies.

› Endocrinopathies.

Maladie de Cushing et maladie d'Addison, les dysthyroïdies.

› Affections générales

Tuberculose, cancer des voies digestives (cancer du pancréas++), les hémopathies, les collagénoses, mononucléose, les cardiopathies (troubles du rythme+)...

1.4.3. Dépressions et médicaments

› Neuroleptiques

› Antihypertenseurs centraux

Alphaméthyl-dopa (Aldomet*), clonidine (Catapressan*)

› Oestro-progestatifs

Ceux qui sont très dosés en progestatifs

› Glucocorticoïdes

› Cimétidine (Tagamet*), baclofène (Liorésal*)

- Isoniazide (Rimifon*)
- Interféron α , Bactrim*

1.4.4. Dépression et troubles psychiatriques

- Schizophrénie

La survenue d'un syndrome dépressif au cours de l'évolution d'une schizophrénie peut se rencontrer dans 2 cas :

- Dépression avec éléments d'atypicité comme forme d'entrée dans la schizophrénie
- Au décours des épisodes délirants : « deuil » du délire, effet des neuroleptiques...

Les deux syndromes peuvent nécessiter une prise en charge spécifique.

- Délires chroniques non schizophréniques

Les troubles dépressifs surviennent lors de phases « d'accalmie » du délire ou lors de décompensation (délire de relation par exemple).

- Bouffée délirante aiguë

L'apparition des affects dépressifs survient le plus souvent au décours de l'épisode.

1.5. Psychopathologie

1.5.1. La perte de l'objet

La perte d'objet ou processus de deuil renvoie au détachement de l'investissement de l'amour (narcissique) du sujet pour son objet (deuil, séparation, perte...). Cette perte réactive les situations d'abandon plus anciennes générant de l'agressivité. Cette agressivité contenue dans la relation affective ambivalente à l'objet devenue libre est retournée contre le Moi du sujet pouvant aller jusqu'au « désir de meurtre du Moi ».

1.5.2. La décompensation d'une personnalité pathologique

Certains traits psychologiques peuvent favoriser la survenue d'états dépressifs : faible estime de soi, faible tolérance aux frustrations, labilité émotionnelle excessive.

Certaines personnalités sont également plus favorables à la survenue de troubles dépressifs lors de décompensations : personnalité dépendante, personnalités anxieuse, obsessionnelle ...

1.5.3. Les évènements de vie traumatiques

C'est surtout la répétition d'évènements de vie traumatiques qui est déterminante dans la survenue de dépressions plutôt que la teneur de l'événement lui-même.

Les évènements peuvent être négatifs (séparation, perte d'emploi, difficultés financières, rupture...) ou positifs (naissances, mariage, promotion professionnelle...)

1.6. Evolution

1.6.1. Episode dépressif majeur

L'évolution naturelle d'un épisode dépressif majeur se fait spontanément vers la *guérison en 6 mois*. Sous anti-dépresseurs, cette durée est ramenée à moins d'un mois (entre 2 et 4 semaines).

Mais l'évolution d'un épisode dépressif traité par antidépresseur peut se faire vers une décompensation maniaque. On parlera alors de *virage maniaque* de l'humeur.

La levée d'inhibition est un moment particulier de la résolution de l'EDM où le traitement antidépresseur agit sur l'inhibition motrice alors que persistent les idées mélancoliques. Le risque de passage à l'acte suicidaire devient majeur.

Il existe un risque important de retentissement socio-professionnel et socio-familial notamment en cas de répétition ou de prolongement des épisodes dépressifs.

1.6.2. Autres formes d'évolution

› Dépressions chroniques

Cette évolution existe dans environ 20% des cas alors que 50% des patients conservent des symptômes séquellaires après l'accès dépressif.

La dépression chronique est définie par une évolution supérieure à 2 ans. Il existe un retentissement socio-professionnel majeur.

› Dépressions résistantes

Elles sont définies par la persistance des symptômes dépressifs après 2 traitements antidépresseurs bien conduits, de familles différentes, à posologie efficace et pendant une durée suffisante (4 à 6 semaines chacun). Bien sûr, leur durée doit être inférieure à deux ans sinon il s'agira d'une dépression chronique.

2. Episode Maniaque

2.1. Episode maniaque typique

Il s'agit d'un état d'excitation de l'humeur caractérisé par une augmentation quantitative des activités physiques et psychiques du sujet ainsi que des troubles somatiques consécutifs à l'agitation motrice. On retrouve associé sur le plan clinique :

- › Une exaltation de l'humeur à tonalité euphorique ;
- › Une accélération des processus psychiques avec fuite des idées ;
- › Une hyperactivité désordonnée ;
- › Des désordres somatiques (sommeil...)

2.1.1. Phase de début

› Après une phase dépressive

L'évolution vers un accès maniaque peut se faire spontanément ou secondairement après instauration d'un traitement antidépresseur : *virage maniaque*.

› Installation d'emblée

Elle peut être brutale ou progressive, le sujet se sentant envahi par un sentiment d'euphorie et de facilité.

L'insomnie (diminution progressive de la durée du sommeil sans fatigue ressentie) est souvent le premier symptôme révélateur de l'épisode.

› Actes médico-légaux

Ils sont favorisés par l'irritabilité et le débordement pulsionnel des patients, et peut être de nature sexuelle (par désinhibition), hétéroagressive (sentiment de toute puissance), comportementale (scandale sur la voie publique, attentat à la pudeur...) ou financier (dépenses inconsidérées).

Ces gestes aboutissent le plus souvent à des hospitalisations sous contrainte (Hospitalisation à la demande d'un tiers, hospitalisation d'office).

2.1.2. Phase d'état

› Présentation

L'observation du patient en psychiatrie nous rapporte souvent une grande quantité d'informations toujours utiles au diagnostic, notamment chez le sujet en phase maniaque. Il se présente le visage animé, la physionomie expressive, hypermimique. Sa tenue vestimentaire est souvent débraillée, très voyante alors que sa chambre est en grand désordre. Le ton est haut, le sujet particulièrement à l'aise

allant de réprimandes en en plaisanteries. Il tient difficilement en place, ce qui rend l'entretien particulièrement difficile.

▸ Troubles de l'humeur et de la vie instinctuelle

- *Exaltation euphorique de l'humeur*

Principal élément de l'accès maniaque, elle correspond à un sujet éprouvant une acuité et un plaisir inhabituel. Le patient se sent en pleine forme, infatigable, avec une impression permanente de familiarité à l'égard des autres et des choses. Il projette une multitude de choses, grandioses, se sentant capables de réussir l'impossible. Toute remarque ou tentative de raisonnement extérieur est balayée.

- *Versatilité de l'humeur*

On retrouve une labilité de l'humeur avec alternance de bouffées d'angoisse, de colère et de phases d'élation, de ravissement. Le sujet peut brutalement passer du rire aux larmes, de l'amitié à la rancœur.

- *Débordement instinctuel*

Il existe également une levée de l'inhibition à la fois morale et sociale avec excitation érotique, orgies alimentaires, relâchement du langage (insultes...)

▸ Troubles de l'idéation

- *Fuite des idées*

Elle est une conséquence de la tachypsychie qui caractérise la pensée maniaque. Le sujet se montre logorrhéique, avec souvent une graphorrhée associée. Le malade passe d'une idée à l'autre sans lien apparent (coq à l'âne). L'attention s'éparpille, il coexiste des troubles de la concentration avec distractibilité importante. Il existe également une hypermnésie superficielle, une imagination débordante soulignant l'exaltation psychique du maniaque.

- *Idées mégalomaniaques*

Elles correspondent à une augmentation nette de l'estime de soi voire à des idées de grandeur pouvant aller jusqu'à une véritable organisation délirante mégalomaniaque et hallucinatoire. On parle alors de manie délirante pouvant comporter des thèmes mystiques, prophétiques avec idées d'influence, des thèmes érotomaniaques, de persécution ou de revendication..

▸ Troubles de l'activité

L'hyperactivité psychique est associée à une hyperactivité motrice (excitation psycho-motrice) se manifestant par des démarches incessantes, des achats inconsidérés, une multitude d'actes divers. L'agitation est toujours présente et a un caractère ludique. En effet, le patient en phase maniaque aime se grimer, jouer des rôles, s'exhiber. A la différence de l'histrionique, cette hyperactivité ludique persiste lorsque le sujet se retrouve seul.

Dans certaines formes particulièrement sévères, il peut apparaître une véritable fureur maniaque avec une redoutable brutalité destructrice, une insomnie complète, refus de s'alimenter...

▸ Symptômes somatiques

- *Insomnie*

Elle est constante, précoce, rebelle aux traitements habituels. Malgré sa présence, le patient est infatigable, ne ressentant aucune lassitude.

- *Amaigrissement*

Il est très fréquent durant l'accès et se normalise à la fin de celui-ci. Paradoxalement prise alimentaire et consommation de boissons sont augmentées.

- *Autres signes*

Aménorrhée, augmentation des sécrétions (sueur, salivation)tachycardie modérée.

2.1.3. Evolution

▸ Evolution spontanée

La guérison s'opère d'elle-même en 5 à 6 mois en moyenne. En fait, il peut exister des accès très courts de quelques semaines alors que certains peuvent durer des années. Ces derniers s'observent surtout après 50 ans.

▸ Evolution sous traitement

Le traitement chimiothérapeutique apporte une très nette diminution de la durée des accès : deux mois en moyenne. L'un des meilleurs signes cliniques de cette guérison est la normalisation du sommeil. L'amélioration se fait de façon progressive, les idées mégalomaniaques étant les plus rapides à régresser alors que la logorrhée et la distractibilité tardent à disparaître.

Enfin il faut rester vigilant et attentif à l'évolution du patient lors de la résolution de l'accès maniaque afin de repérer une éventuelle inversion dépressive de l'humeur (Penser au rôle dépressogène des neuroleptiques).

2.2. Formes cliniques

2.2.1. Hypomanie

Il s'agit d'une forme mineure de l'accès maniaque, en reprenant la symptomatologie de façon atténuée. L'hyperactivité demeure dans ce cas productive.

▸ Signes cliniques

- *Hyperthymie*

Elle est classiquement euphorique et expansive

- *Excitation psycho-motrice*

On retrouve une logorrhée, une hypermnésie superficielle associées à un changement dans les habitudes sociales, affectives et professionnelles (décisions hâtives, initiatives et projets multiples)

- *Troubles du caractère*

Le sujet se montre souvent autoritaire, vindicatif, supportant difficilement les contraintes. Il apparaît irritant pour l'entourage, parfois agressif mais principalement sur le plan verbal.

- *Insomnie*

Il s'agit d'un symptôme de grande valeur dans le cadre de l'hypomanie qui peut avoir valeur de signal d'alerte lorsque les autres symptômes sont particulièrement atténués.

▸ Evolution

Elle est sensiblement identique à celle de l'épisode maniaque, répondant aux mêmes thérapeutiques que ce dernier.

Néanmoins, l'hyperactivité, la perte des scrupules peuvent avoir des répercussions dramatiques sur l'entourage (altercations, discordes) ou sur le patient lui-même (délinquance financière)

2.2.2. Manie délirante

Il existe dans cette forme de manie des manifestations psychotiques congruentes ou non à l'humeur.

Les éléments délirants sont caractérisés par :

- *Des mécanismes*

Imaginatifs, intuitifs, ils sont parfois interprétatifs et rarement hallucinatoires

- *Des thèmes*

Congruents : ils sont typiquement mégalomaniaques.

Non congruents : ils peuvent être à thématique persécutive, de revendication, idéologiques...

2.2.3. Formes sévères

▸ Forme suraiguë ou fureur maniaque

Le ludisme est remplacé par l'agressivité. Le sujet peut se montrer d'une extrême violence nécessitant souvent le recours à un placement d'office en institution psychiatrique (risque médico-légal).

- Forme confuse
Elles sont souvent rencontrées dans les décompensations maniaques du sujet âgé.

2.3. Diagnostics différentiels

2.3.1. Les états maniaques symptomatiques

- Manies de deuil
Il s'agit d'un cas particulier où un sujet développe une symptomatologie maniaque dans les suites d'un deuil récent (au lieu des symptômes dépressifs attendus).
- Médicaments
Corticoïdes, isoniazides, antidépresseurs...
- Toxiques
Alcool, haschisch, cocaïne, substances hallucinogènes, amphétamines...
- Pathologies organiques
Syphilis, démences, syndromes frontaux, encéphalites VIH, maladie de Basedow et de Cushing

2.3.2. Etats délirants aigus

- Confusion mentale agitée
- Bouffée délirante aiguë

2.3.3. Troubles psychotiques chroniques

- Schizophrénie
- Troubles schizo-affectifs

3. Episode mixte

Il s'agit d'une association de signes maniaques et dépressifs. Il ne faut cependant pas oublier que dans l'épisode maniaque il existe une labilité émotionnelle.

La clinique met en évidence une tristesse de l'humeur, des idées d'autoaccusation, de dévalorisation, une excitation psychomotrice, une irritabilité importante. L'anxiété associée est souvent majeure et les idées suicidaires présentes.

4. Troubles bipolaires ou maladie psycho-maniaco-dépressive

Depuis leur individuation, de nombreuses subdivisions ont été proposées dans ce que l'on nomme le *spectre des maladies bipolaires*. Les sous-groupes définis pourraient répondre à des mécanismes étiopathogéniques distincts.

4.1. Classification des troubles bipolaires

4.1.1. Trouble unipolaire

Il s'agit de formes dépressives strictes récurrentes avec absence d'épisodes maniaque ou hypomaniaque. Il existe une nette prédominance féminine.

Ce diagnostic nécessite, selon la CIM-10, au moins 2 EDM (épisodes dépressifs majeurs) séparés d'un intervalle libre.

4.1.2. Troubles bipolaires

- T. Bipolaire de type I

Ils comprennent au moins 1 épisode maniaque franc au cours de leur évolution : **Md** ou **MD** (D=EDM sévère, d=EDM modéré)

‣ T. Bipolaire de type II

Ils sont caractérisés par la survenue d'épisodes hypomaniaques et dépressifs séparés par un intervalle de temps libre : **Dm**

‣ T. Bipolaire de type III

Il s'agit de manies ou hypomanies d'origine pharmacologique (rôle majeur des antidépresseurs et notamment des tricycliques) sans déclenchement spontané. Ils englobent également les dépressions récurrentes survenant dans un contexte héréditaire (famille de bipolaires).

4.1.3. Cyclothymie

Elle est également appelée personnalité cyclothymique et correspond à l'alternance dépression modérée et hypomanie : **md**.

Selon le DSM-IV, il faut une existence d'au moins deux ans durant laquelle se succèdent de nombreuses périodes avec de symptômes dépressifs et de nombreuses périodes avec des symptômes hypomaniaques, sans que, durant ces deux ans, le sujet n'ait connu de période de plus de deux mois consécutifs sans ces symptômes.

4.2. Epidémiologie

Epidémiologie des troubles bipolaires et unipolaires

Trouble de l'humeur	Prévalence vie entière
<i>Troubles unipolaires</i>	5 %
<i>Troubles bipolaires</i>	1 %
TBip type I	0,4 à 1,4 %
Tbip type II	0,5 %
<i>Trouble cyclothymique</i>	0,4 à 1 %

Le début de la maladie bipolaire est souvent précoce, entre 20 et 35 ans avec un *sex-ratio* de 1. La morbidité pour les troubles bipolaires est de 20 % chez les parents du 1^{er} degré et comprise entre 50 et 92 % chez les jumeaux homozygotes.

4.3. Evolution de la maladie

L'évolution de la maladie bipolaire est frappée par son irrégularité.

4.3.1. Début

Il est le plus souvent brusque parfois favorisé par un facteur déclenchant. Il est plus précoce dans les formes bipolaires. Dans les formes unipolaires, l'âge moyen de début se situe vers 45 ans.

4.3.2. Nombre des épisodes

La fréquence des accès mélancoliques a tendance à augmenter avec l'âge. Mais il existe de grandes variations d'un sujet à l'autre. L'évolution est généralement plus sévère pour les formes bipolaires

4.3.3. Durée des épisodes

La majorité des accès à une durée inférieure à 3 mois avec une durée plus courte pour les formes bipolaires par rapport aux formes unipolaires.

4.3.4. Durée des cycles

Elle a tendance à raccourcir d'épisode en épisodes. En effet, avec l'âge, les périodes de rémission se réduisent.

Enfin précisons que les thérapeutiques utilisées à visées curatives des accès possèdent également une action préventive (prévention secondaire) améliorant considérablement la qualité de vie de ces patients.