



6 Renforcements

La dépression et ses symptômes cliniques; le terme dépression, comme déjà expliqué par Laux, dérive du mot latin "deprimere". La dépression a plusieurs visages et différentes apparences. Les symptômes suivants peuvent se manifester, comme l'a déjà décrit Laux: Conduire l'inhibition, la fatigue, les troubles du sommeil et de la pensée, l'humeur dépressive, la somnolence, l'agitation intérieure, l'anxiété, le désespoir, l'incapacité de prendre des décisions, la perte d'initiative, la perte d'intérêt, le trouble de concentration, la perte d'appétit, les troubles de la vitalité, les idées délirantes et les pensées de suicide.

Pendant la phase dépressive, le risque de suicide est élevé chez 40 à 80 % des patients. 15 % des patients se suicident, 20 à 60 % ont déjà fait une tentative de suicide. L'apparence externe d'une personne déprimée montre une expression faciale grave et figée, une voix douce, un regard baissé, un discours hésitant (Laux G, 2001).

Une dépression inhibée s'exprime dans une activité psychomotrice limitée, dans une activité réduite et dans un cas grave dans une stupeur dépressive.

Les principaux symptômes de la dépression sont les suivants: agitation, agitation, agitation, comportement improductif, gémissements.

La dépression de la tomate est un trouble végétatif et psychosomatique (ibid.).

Symptômes psychosomatiques de la dépression larvaire (somatique)

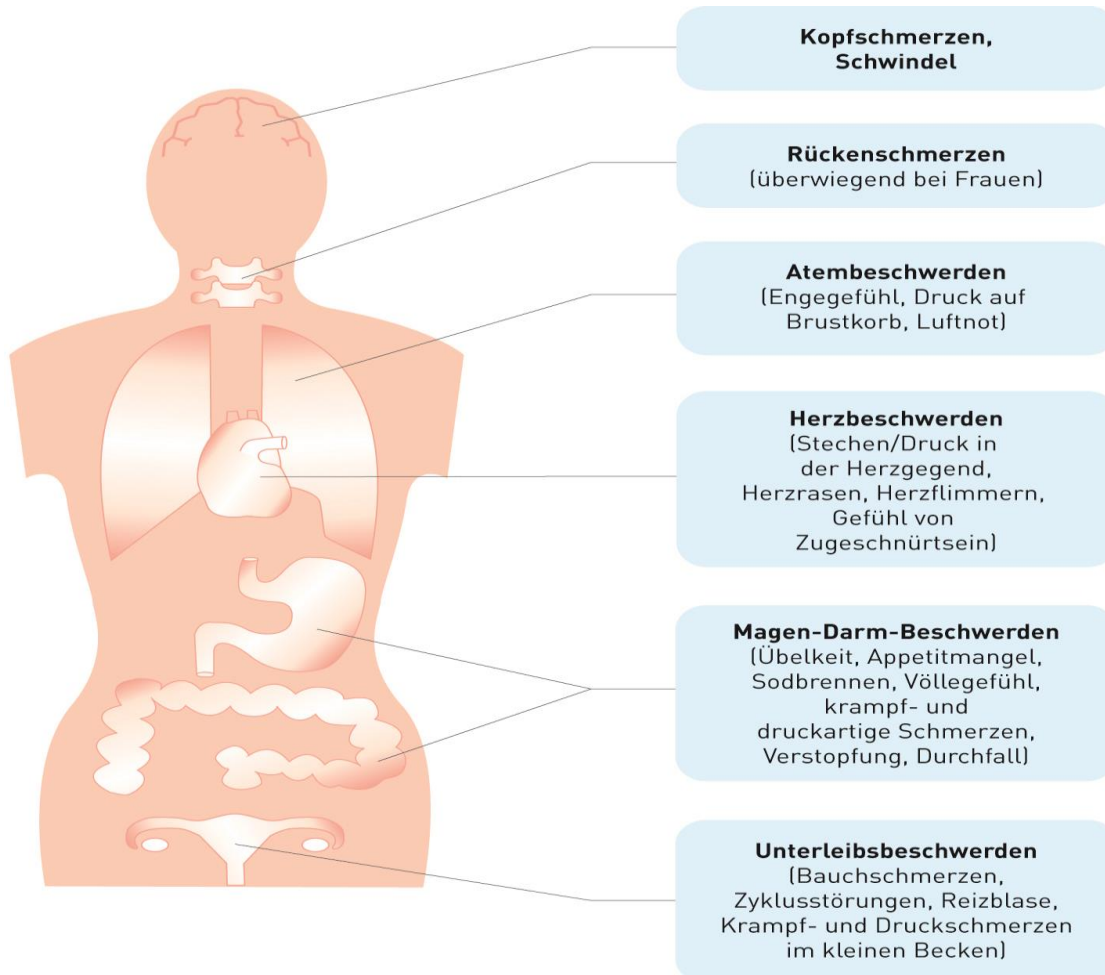


Fig. 13: Symptômes psychosomatiques de la dépression somatique

Modifié extrait de: Möller H-J, Laux G, Deister A, 2005, p.85

La dépression anancastique s'exprime, comme l'a déjà décrit Laux, dans un ordre, une conscience et des symptômes forcés exagérés. Ceci inclut le "Syndrome de Sisi" du nom de l'impératrice Elisabeth. On la trouve chez environ un tiers des femmes affectées. Cela mène à l'agitation, à l'hyperactivité physique, à la volatilité, aux sautes d'humeur rapides, au jeûne, au culte corporel exagéré, aux problèmes d'estime de soi et aux tentatives d'automédication. (Laux G 2001)

Thérapie

Dans le cas de la maladie bipolaire, le traitement médicamenteux est nécessaire, ce qui prendra certainement beaucoup de temps. Comme Ebert et Loew l'ont déjà mentionné, la prophylaxie des rechutes est inévitable comme traitement à long terme. Ces mesures doivent être prises dans l'année qui suit la disparition des symptômes. En cas de rechute, les thérapies sont répétées. Les épisodes peuvent être réduits et une absence permanente de symptômes est obtenue. (Ebert D, Loew T, 2011)

La dépression est traitée par psychopharmacothérapie avec des antidépresseurs. Comme le souligne Frank, il est également recommandé de recourir à la psychothérapie, mais cela n'a de sens qu'après la phase aiguë. Dans l'épisode aigu, une hospitalisation est nécessaire pour assurer un traitement intensif et éviter le risque de suicide. Dans le cas des formes bénignes, le traitement ambulatoire est souvent suffisant, surtout si des parents fiables surveillent le patient. Le patient lui-même ne doit s'exposer à aucun stress professionnel, pas même à la circulation routière. (Frank W, 2007)

Une fois les critères diagnostiques remplis, il est important que les examens internes et neurologiques commencent. Comme Laux l'a déjà décrit, la numération globulaire est déterminée en laboratoire (foie, reins, électrolytes, glycémie, cal, valeurs thyroïdiennes, vitamine B12, taux de fer sérique), EEG, tomodensitométrie, éventuellement RMN, scintigraphie cérébrale, SPECT, rCBF, échographie Doppler. Un test de dexaméthasone doit être effectué en cas de rémission de la dépression. Des échelles d'évaluation normalisées facilitent l'évaluation de la gravité de la maladie. (Laux G, 2001)

Une étude de cas de l'Université Médicale de Vienne AKH

J'aimerais décrire plus en détail les causes, les symptômes, le diagnostic, le traitement et l'évolution des troubles affectifs bipolaires à l'aide de l'exemple d'un patient que j'ai appris à connaître lors de mon expérience clinique à l'hôpital universitaire de Vienne AKH.

Anamnèse des patients

La patiente, Mme M., accompagnée de son médecin de famille et de son épouse, avec qui elle entretenait une relation amicale, s'est présentée volontairement à l'unité

d'hospitalisation. Bien qu'elle ne comprenait pas grand-chose à la maladie, son omnipraticien a réussi à la motiver pour qu'elle soit admise dans le service.

Au moment de son admission, Mme M. était manifestement agitée. Elle a déclaré une forte agitation intérieure, qui s'est également manifestée par une claire agitation motrice, par laquelle elle se levait souvent du fauteuil pendant l'anamnèse et marchait de haut en bas dans la pièce. Son processus de pensée était accéléré, prolix, et parfois elle sautait d'une pensée à l'autre. Sa concentration et sa fonction de mémoire étaient considérablement réduites. L'humeur fluctuait beaucoup entre l'euphorie et l'irritation. Elle a signalé des troubles du sommeil, avec le sentiment subjectif qu'elle avait besoin de moins de sommeil dernièrement.

Reconnaissable à ses données et à ses antécédents médicaux, ces dernières années, elle a souvent été hospitalisée en raison d'épisodes maniaques. Le dernier coup de feu a été tiré après que la patiente ait conduit sa voiture contre une voie à sens unique, lorsque la police a tenté de l'arrêter, s'enfuyant et déclenchant une poursuite dangereuse. De plus, elle a dû être hébergée deux fois pour des agressions verbales et violentes, au sens d'un danger étranger selon la loi sur le logement (U.b.G.).

Au cours des derniers mois, Mme M. avait cessé de prendre ses médicaments régulièrement et avait consulté son spécialiste moins souvent, ce qui a entraîné une autre poussée de manie.

Après plusieurs phases dépressives explorables et connues, le diagnostic de trouble affectif bipolaire avec épisode maniaque actuel a été posé (CIM-10 F31.1.1.1).

Apparition d'une manie chez le patient M

Comme le décrivent Dilling et al., la maniaque peut aussi avoir des opinions, être irritable, voire agressive, comme ce fut le cas avec Mme M... Il est aussi facilement distrait, saute d'idée en idée dans son train de pensée, peut aussi être très spirituel et rapide d'esprit. Il est souvent bruyant, vif, agité et plein d'audace. Au début, l'envie de parler et d'écrire, la diminution du besoin de dormir, la frénésie d'achat, la colère et la soif de contact, en particulier les appels téléphoniques constants, attirent l'attention. Le mannequin a tendance à une confidentialité inappropriée, même à l'égard des étrangers, se vante, "glisse" socialement, escroque et est souvent intrusif, provocateur, distant, impudent et parfois sexuellement désinhibé. Les conséquences sociales et sociétales sont souvent graves. La frénésie d'achat susmentionnée peut mener à la ruine financière et mène souvent à de sérieux conflits avec des

parents, des connaissances, des supérieurs et des autorités. En fin de compte, la séparation, le divorce, le licenciement, les dettes et une réputation ruinée menacent souvent. (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008)

Certains des symptômes ci-dessus ont été observés chez Mme M. au cours de l'enregistrement et des conversations subséquentes.

Disposition génétique

Chez la patiente Mme M., les antécédents familiaux avaient montré que la mère était traitée pour une maladie dépressive récurrente. L'une de ses sœurs souffrait également d'une dépression grave, parfois accompagnée de symptômes mutatis.

De même, les événements critiques de la vie - appelés " événements de la vie " - jouent un rôle décisif dans le déclenchement d'une maladie affective. Selon la patiente Mme M., les événements suivants se sont produits récemment la séparation d'avec son partenaire actuel, qu'elle a décrite comme massivement incriminante. De plus, elle a dû faire face à d'énormes contraintes de temps dans le cadre de sa profession et n'a pas été en mesure de livrer son travail à temps dernièrement. La personne déprimée a une vision négative d'elle-même et du monde qui l'entoure. Mme M. a également indiqué des pensées suicidaires au moment de son admission, mais elles n'étaient pas encore plus concrètes. Dans le passé, cependant, elle avait déjà tenté de se suicider, ce qui était reconnaissable à une coupure au poignet.

Hypothèse neurobiologique

En 1960, plusieurs groupes de recherche ont découvert que la réserpine entraîne une réduction de la concentration de diverses amines biogènes dans le système nerveux central. Comme Frank l'a expliqué, 10 % des patients hypertendus qui ont reçu de la réserpine ont eu une phase dépressive (Frank W, 2007).

À cette époque, on savait que les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs de la monoaminoxydase (MAO) avaient un effet important sur les concentrations de sérotonine et de norépinéphrine dans la fente synaptique. L'effet inhibiteur des antidépresseurs tricycliques (inhibition du recaptage) et des inhibiteurs de la MAO empêche la dégradation enzymatique.

En 1965, Tortie a vu la cause de la dépression dans une carence en noradrénaline et, en 1967, Coppen a formulé l'hypothèse de la sérotonine comme cause des états dépressifs.

Il est également confirmé que la dépression cyclothymique résulte d'une carence en sérotonine et en noradrénaline (hypothèse de carence en monoamine) (ibid.).

Dysfonctionnement des systèmes de neurotransmetteurs

Comme Frank l'a expliqué, les troubles psychiatriques sont associés au dysfonctionnement des systèmes de neurotransmetteurs du cerveau, à la dépression et aux troubles anxieux avec les neurotransmetteurs sérotonine et noradrénaline, mais aussi avec la substance P ou acide gamma-aminobutyrique (GABA). Le TOC est associé au système sérotoninergique, la schizophrénie aux transmetteurs dopamine et glutamate. La dopamine joue également un rôle dans les toxicomanies. Du point de vue de la théorie comportementale, la dépression peut être considérée comme un trouble de l'auto-perception, de l'auto-évaluation et de l'auto-renforcement (Frank W, 2007.)

Thérapie et cours pour le patient M - Dans le cadre de mon travail clinique à la clinique universitaire de Vienne AKH:

L'adaptation à l'acide valproïque, à un stabilisateur de l'humeur et à un antipsychotique atypique a été effectuée dans le service, ce qui a permis d'obtenir une rémission des symptômes maniaques. La pulsion d'abord extrêmement forte est rapidement revenue à la normale et Mme M. a passé des pauses de plus en plus longues au lit. En outre, Mme M. avait besoin d'être protégée des stimuli extérieurs et de structures claires. Dans de nombreuses conversations, Mme M. a fait de l'épisode maniaque récent le sujet et, pour la première fois, elle s'est montrée très intéressée à comprendre correctement sa maladie. Elle a également participé intensivement au programme thérapeutique du service, qui comprenait de l'ergothérapie, de la physiothérapie, de la psychothérapie individuelle et des discussions de groupe.

Dans le cadre des discussions thérapeutiques

La difficulté de la patiente à se discipliner ou à accepter en toute confiance d'autres personnes qui pourraient l'aider à faire face à une autre crise de manie est devenue évidente. Il

y a également eu une conversation familiale avec les parents et la sœur, ainsi qu'une conversation avec son ancien partenaire, avec qui elle avait encore des contacts. Dans le cadre d'une psychoéducation, la famille a également été informée de sa maladie et de l'importance de reconnaître les signes précoces.

Mme M. souhaitait être plus indépendante vis-à-vis de sa famille et se sentait très seule après sa séparation d'avec son partenaire. On a discuté avec elle de la possibilité de changer d'emploi pour un emploi moins stressant et de participer à un groupe d'entraide. Elle a décidé de suivre une psychothérapie et un rendez-vous pour la première représentation a pu être pris pendant son séjour.

On lui a également parlé à plusieurs reprises de la nécessité d'une médication régulière et de soins spécialisés. Elle a également été informée que le trouble bipolaire récurrent est une thérapie à long terme qui dure plusieurs années. Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, Mme M. a lentement prolongé les sorties de jour et de nuit dans le service, qui se sont bien déroulées, et elle a finalement été libérée dans un état stable.

Remarque finale

À mon avis, il est nécessaire de reconnaître et de traiter les maladies mentales beaucoup plus tôt. Il serait également important qu'un plus grand nombre de personnes, en particulier des familles socialement défavorisées, aient accès à la psychothérapie sur l'assurance maladie. D'après mon expérience en psychiatrie infantile et juvénile - un très grand nombre d'enfants sont hébergés dans des foyers résidentiels et des communautés de colocation - il serait plus logique de traiter les enfants affectés de manière plus intensive par des psychothérapies et de les laisser dans la famille le plus longtemps possible.

Même dans les entreprises où les choses sont très stressantes, il serait souhaitable que les employés puissent gérer leur stress dans le cadre d'une supervision par un psychothérapeute.

Prof. Dr. Andrawis