

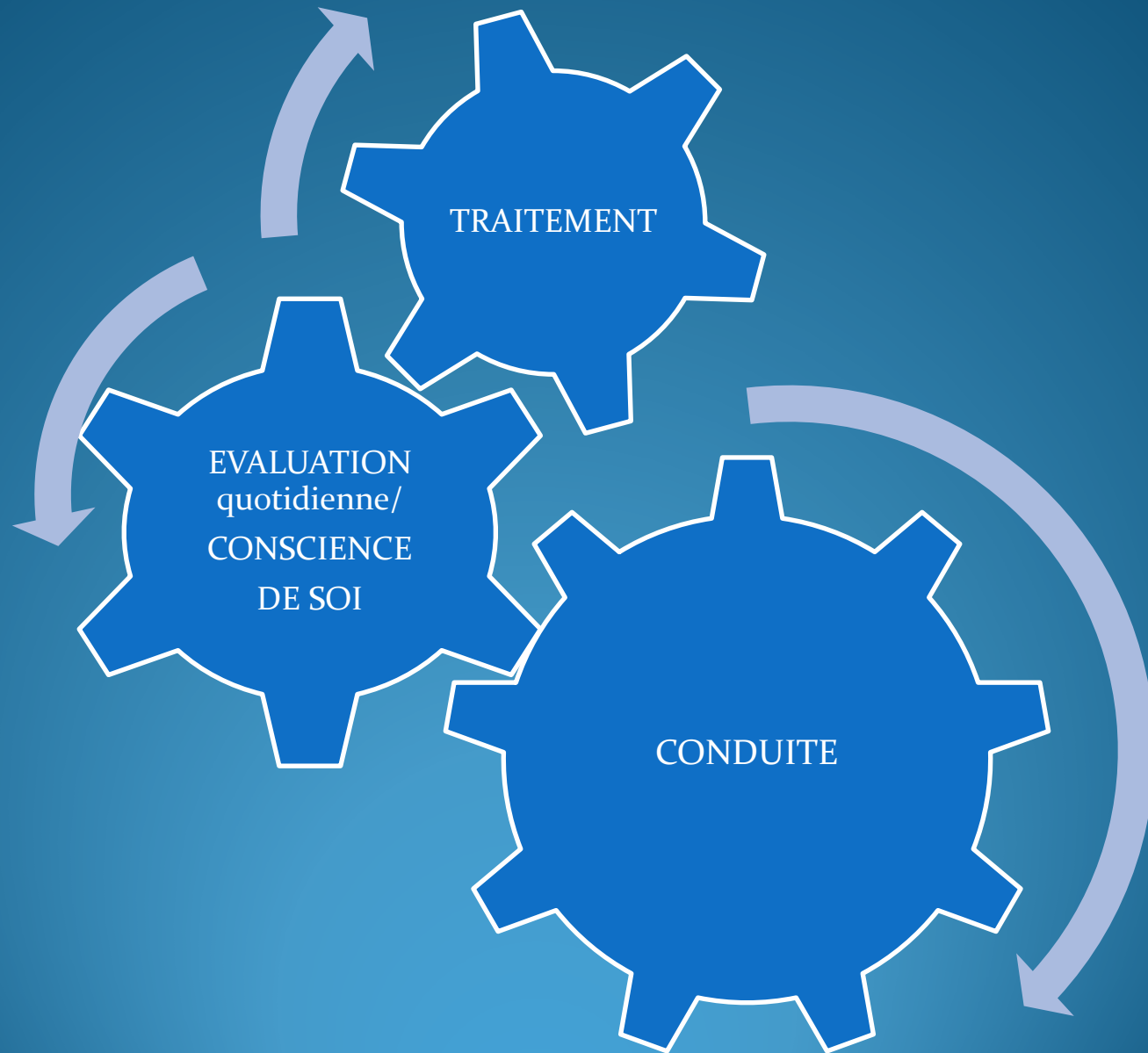
Le kit pratique du bipolaire

Psychoéducation des troubles bipolaires

Annecy, le 2 juin 2012

Dr Niculescu Dan
dr.niculescudan@gmail.com

Le kit pratique du bipolaire



Objectifs de la présentation

- **Donner de l'espoir (témoignage des patients psycho-éduqués);**
- **Expliquer les étapes essentielles de l'intervention thérapeutique;**
- **Expliquer les outils spécifiques d'intervention ;**
- **La conduite à tenir;**
- **Sourire!**

Qui devrait s'interroger sur la bipolarité?

Les profils des bipolaires (les personnes à risque)

- **A . Les formes bruyantes**
- - le type bruyant ou BP 1 (ancien repère clinique);
- - le type addictive ou BP 3 ½ (alcoolique, jeune + cannabis = pseudo schizo hospitalisé, etc);
- - le type hédoniste (a organisé sa vie autour des états euphoriques);
- - le type tempéramental (hyperthymique BP4, irritable, colérique);
- **B . Les formes silencieuses**
- - le type pseudo-dépressive chronique ou BP 2 (toujours sous ANDTs);
- - le tempérament dysthymique ;
- - le type victime (a organisé la vie autour de la maladie);
- - le type artiste (non-conventionnel ou cyclothymique);
- **C . Le type BP sain (qui veut s'en sortir)**

Etre ou non bipolaire ?

- Trois options pratiques :
 1. le diagnostic médical;
 2. l'autodiagnostic;
 3. le diagnostic combinée (l'autodiagnostic + la validation par le médecin).

L'essentiel du diagnostic de BP

En théorie

- Diagnostic BP = Diag. dépression + Diag. (+ hypo/M)

En pratique

- Le diagnostic de la dépression est plus dominant et plus visible que le diagnostic de hypo/M.
- Le geste essentiel à faire = chercher la survenue des manifestations spécifiques de hypo/Manie, durant toute la vie

Identifier le type de dépression (unipolaire ou bipolaire?)

- Unipolaire (réactionnelle)
 - pas de rupture avec les circonstances de la vie
- Bipolaire
 - rupture avec les circonstances de la vie, d'évolution fluctuante
- Les outils d'évaluation du type de dépression:
 - SAD-P (Solomon et col., 2006)
 - KAYE (2005)

Le diagnostic du type de dépression (unipolaire ou bipolaire?)

	0	1
Le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs	0	Un ou plusieurs
L'histoire familiale: membres au premier degré avec histoire d'épisode dépressif majeur ou manie	Négative	Positive
Présence d'idées délirantes, de quelque nature durant l'épisode actuel de dépression (de type de persécution, somatique, grandeur, religieux, nihiliste)	Absent	Présent

SAD-P (Solomon et col., 2006)

Les caractéristiques des syndromes dépressifs, probabilité de la dépression bipolaire versus la dépression unipolaire (KAYE, 2005, p. 275)

Caractéristiques de symptômes dépressifs	Probabilité de dépression bipolaire	Probabilité de dépression unipolaire
Abus de substance	Très grande	Moyenne
Histoire familiale	Habituellement	Parfois
Saisonnière	Commune	Occasionnelle
Premier épisode avant 25 ans	Très commune	Parfois
Épisode post-partum	Très commune	Parfois
Symptômes psychotiques	Hautement prédictif	Non spécifique
Forme atypique	Commune	Occasionnelle
Changement rapide de l'humeur	Typique	Inhabituelle
Récurrence plus de 3 épisodes	Commune	Inhabituelle
Virage hypo/maniaque	Prédictive	Inhabituelle
Épisode dépressif majeur inférieur à 3 mois	Suggestive	Inhabituelle (plus de 3 mois)
Inefficacité des traitements antidépresseurs	Suggestive	Inhabituelle
Allure mixte de l'épisode (symptômes hypomaniaques et dépressifs simultanément)	Prédictive	Rare

Caractéristiques de la dépression bipolaire versus la dépression unipolaire

Caractéristiques	Dépression bipolaire	Dépression unipolaire
Antécédents Manie/hypomanie	Oui	Non
Sex ratio	1	F > H
Age ratio	Adolescence – 20-30 ans	30-50 ans
Episode post-partum	Plus commun	Moins commun
Début épisode	Souvent brutal	Plus insidieux
Nombre d'épisode	↑	↓
Durée épisodes	3-6 mois	3-12 mois
Sommeil	Hypersomnie > Insomnie	Insomnie > Hypersomnie
Antécédents familiaux BP	↑	↓
Antécédents familiaux UP	↑	↑
Prise d'antidépresseurs	Manie/hypomanie induite	Hypomanie induite (manie- rare)
Traitement par Li	Effet aigu antidépresseur	Inefficace en général

Le dépistage des manifestations du registre de l'hypo/manie

- **Seulement** la survenues de ces manifestations (une ou plusieurs fois dans la vie) = confirme le diagnostic BP;
- Le dépistage se fait avec les questionnaires dites de « screening »;
- L'entretien clinique est nécessaire pour évaluer:
 - les circonstances,
 - l'intensité des manifestations et surtout
 - si elles sont survenues accompagnées par d'autres manifestations du même registre.

Les 3 outils de dépistage diagnostique des manifestations du registre de l'hypo/manie

- Le questionnaire de *screening pour le spectre bipolaire* (de Goldberg, MDQ de HIRSCHFELD);
- HCL 32 (hypomanie check-list) ANGST 32, Goldberg ;
- L'inventaire des manifestations du registre hypo/maniaque (Dr Niculescu).

La vie après

la confirmation du diagnostic BP

- Rappel: quand notre humeur évolue entre les limites normales, nous sommes comme tout le monde (des bipolaires normaux!)
- Suivi et évaluation quotidienne des paramètres essentiels, pour rester dans la zone de normalité (avec les outils spécifiques) et
- Bonne conduite.

L'évaluation quotidienne de l'humeur: les outils pratiques

A. La fiche d'auto-observation quotidienne

1. l'évaluation subjective faite par soi-même
2. l'évaluation + objective (faite par l'entourage proche)

B. Les échelles générales

1. l'échelle de la manie de Young (mania rating scale) et (Goldberg)
2. l'échelle de la dépression Beck et Goldberg

C. Les échelles des manifestations ciblées

1. échelle propre de suivi (outil disponible prochainement sur Internet)

- sélectionner ses propres manifestations sur l'inventaire des manifestations hypomaniaques et
- organiser sa propre échelle de suivi

2. échelle prodromique

- identifier les manifestation prodromique et subsyndromiques
- les ajouter sur l'échelle propre de suivi quotidien.

Inclure les facteurs précipitants dans le suivi quotidien

- Le sommeil
 - le nombre d'heures de sommeil/jour (fiche d'auto-observation quotidienne)
 - le nombre d'heures de sommeil (perdues)
 - l'heure de coucher
 - perturbation du cycle nyctéméral
- Les toxiques
 - l'alcool (oui/non?) et quelle quantité
 - les toxiques (oui/non?) : interdit en bipolarité! (grave!)
- L'activité sexuelle masculine (éjaculation et fatigue)

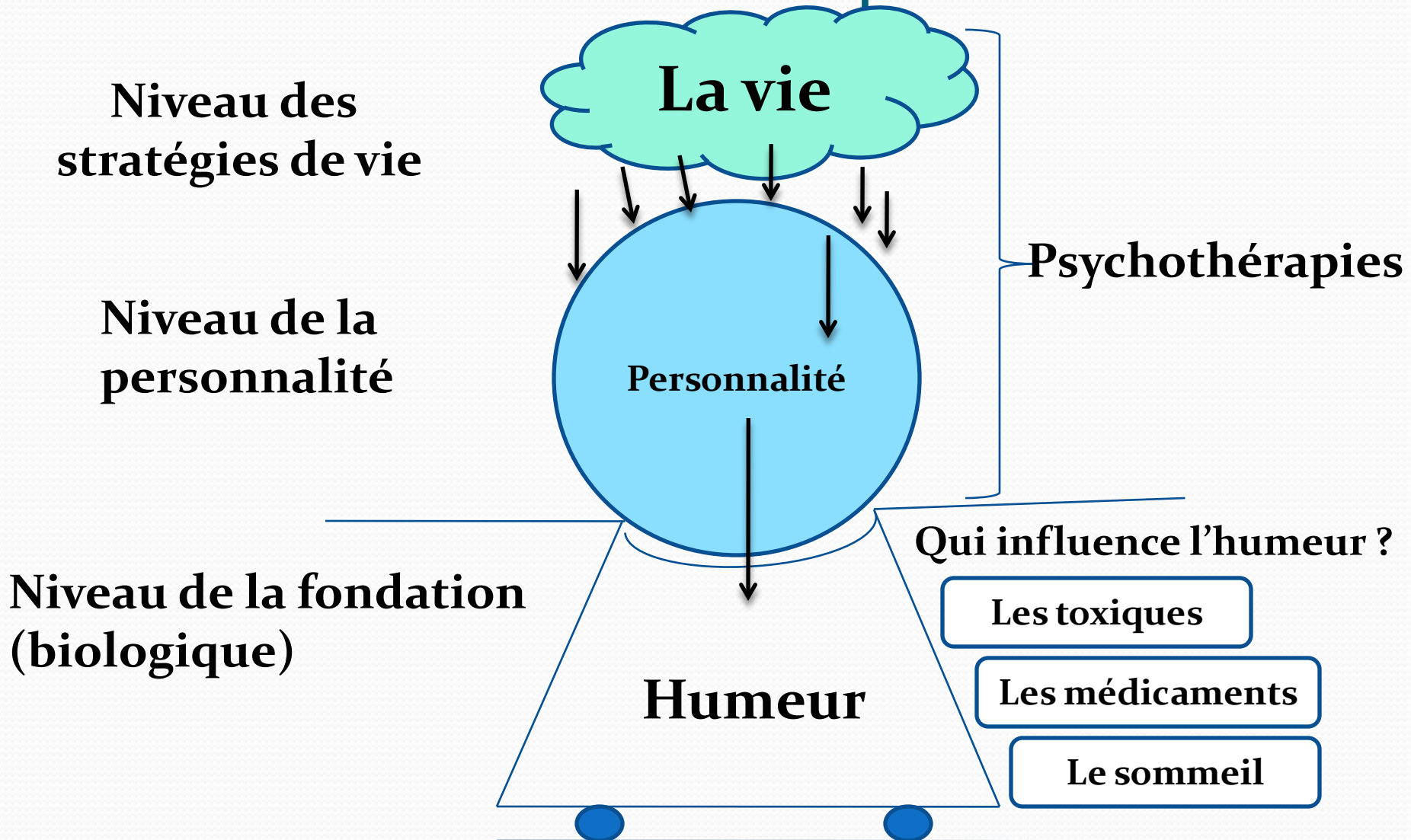
La conduite idéale dans la bipolarité: les geste essentiels à faire

1. Quantité minimale de sommeil/j (7-8h) = la protection contre les rechutes !!!!
2. Même heure de coucher (pour stabiliser les rythmes biologiques (mesure prioritaire!!!));
3. Prise correcte du traitement;
4. Évaluer à toute moment les paramètres de son humeur avec les outils spécifiques;
5. Les toxiques sont interdits;
6. Alcool permis occasionnellement et avec modération;
7. Travailler son projet de vie (avoir un objectif de vie).

Les traitements et les résultats

- Faire confiance aux médecins;
 - Mesurer et enregistrer les résultats ;
 - Présenter les résultats aux médecins.
-
- Si les résultats sont favorables (amélioration et stabilisation de l'humeur) continuer !
 - Sinon, remettre TOUT en question(!!!) : le diagnostic, le traitement, sa conduite, la psychothérapie, son médecin ...
TOUT!
 - Le TB profite simplement de toute erreur, donc pas de droit aux erreurs !

Le modèle d'intervention dans la maladie bipolaire



Point essentiel: les antidépresseurs

- si un antidépresseur doit être prescrit, il doit l'être en association avec un traitement thymorégulateur (HAS, p. 18);
- les ANTDs tricycliques (Anafranil, Tofranil, Laroxyl, Amitriptyline) sont à éviter!!! (en raison de la fréquence des virages maniaques, d'aggravation de la maladie: les cycles rapides et les états mixtes).



Sourire!

- Je vous remercie pour votre attention !

Bibliographie

- **BECH** dans AKISKAL Hagop, MAJ Mario et col., 2002, p. 89), MAS (Mania Rating Scale);
- Beck AT (1961). An inventory for measuring depression. Archives of general psychiatry. 4: 561-571.
- **HAS (Haute Autorité de Santé de France)**, 2009, Guide du médecin dans le Trouble Bipolaire ;
- **HIRSCHFELD R. et col., 2000, Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire**, American Journal of Psychiatry; 157(11):1873-5;
- **KAYE N., 2005, Is Your Depressed Patient Bipolar?**, *The Journal of the American Board of Family Medicine*, Stanford, July–August, Vol. 18 No. 4;
- **SOLOMON D., LEON A., MASSER J. et col., 2006, Distinguishing bipolar major depression from unipolar major depression with the screening assessment of depression-polarity (SAD-P)**, *Journal of Clinical Psychiatry*; 67(3):434-442;
- **THUILE J. et col, 2006, Traitement pharmacologique des dépressions bipolaires**, L'Encéphale, 32, cahier 1;
- **GOLDBERG Ivan** depression and mania scale