



DEPRESSION ET TROUBLES DE L'HUMEUR

Sensibilisation à la Clinique Psychiatrique
Fondation l'Elan retrouvé , le 20 avril 2023. Dr Moins

Les troubles de l'humeur



L'humeur est « cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives , qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable , oscillant entre les deux pôles extrême du plaisir et de la douleur » (Jean Delay 1946)

Normothymie

Hyperthymie: tristesse ou euphorie

Hypothymie : émoussement

Dépression et troubles de l'humeur



- 1° Questions actuelles, épidémiologie, Histoire du concept de dépression
- 2° Sémiologie, formes cliniques et mélancolie, formes selon l'âge
- 3° Evolution
- 4° Psychopathologie
- 5° Thérapeutiques
- 4° Les troubles bipolaires et la manie
- 5° La question du suicide
- 6° Le deuil

Questions actuelles



TRISTE OU DÉPRIMÉ ?

- Le mal-être ou la «*grande névrose contemporaine*» est à distinguer de la dépression-maladie.
- La dépression est révélatrice des mutations de l'homme contemporain : culte de la performance et déliaison sociale.
- Inflation du diagnostic de dépression et sous-estimation de la dépression-maladie
- Conséquences graves: souffrance personnelle majeure et dysfonctionnement social

Définition O.M.S. Histoire du concept de dépression en psychiatrie



«La dépression se manifeste par une tristesse de l'humeur, une perte de l'intérêt pour toute activité et une baisse d'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 s'accompagner de troubles somatiques. »(OMS)

Définition médicale du terme dépression au 19^e siècle

Avant : bile noire, mélancolie, neurasthénie

DSM5, CIM 10 : Etat Dépressif majeur ou Dépression majeure

EPIDEMIOLOGIE



- 8% de la population = prévalence annuelle
- 3 millions de personnes déprimées / an
- en 2020 : 2^{ème} maladie après troubles cardiovasculaires
- en 2030 : 1^{ère} maladie invalidante devant maladies cardiovasculaires
- 1 personne sur 10 a été, est ou sera déprimée (1/5
Inserm, 15% OMS , prévalence vie entière)
- Suicide : 10 000 morts par an , T.S : 200 000 par an
- Quand dépression : taux de suicide X 30

Facteurs de risques de développer un état dépressif



- 2 femmes pour 1 homme
- TOUS les âges: adolescents et personnes âgées ++
- ATCD familiaux : X par 1,5 à 3
- Situation familiale : Isolement , hommes divorcés
Femmes mariées
- Précarité sociale ++chômeurs, exclus, isolés.
- Maladies physiques chroniques
- Grossesse et post partum
- Evènements de vie difficiles : association possible

CLINIQUE



Troubles de l'humeur =

Troubles des affects par opposition aux troubles de la pensée (séparation classique. Kraepelin)

Pensée / sentiments

Intellect / émotions

Représentations / affects

En pratique, il y a toujours une association :
tristesse et vision pessimiste

SEMILOGIE CLINIQUE



Changement d'état

Signes fixes, intenses

1) Humeur triste, ennui, indifférence, pessimisme, dévalorisation, perte des intérêts, culpabilité.

2) Anxiété ++, ruminations

Insomnie

3) Ralentissement psychomoteur et psychique

Inhibition, figement, lenteur

asthénie , fatigabilité ++

Perte de l'élan vital

4) Idées de mort et de suicide (15 % des déprimés décèdent par suicide)

5) Signes "objectifs":

anorexie, amaigrissement, algies, irritabilité

6) Troubles cognitifs :

Attention, concentration, mémoire

SEMILOGIE CLINIQUE(suite)



Temps vécu: Passé écrasant , présent sans avenir
Détresse / demande réassurance

Perte de sens: perte des centres d'intérêts, les choses n'ont plus de valeur. Vision négative de soi, du monde, du futur.

Pleurs +(mais pas toujours)

Plaintes / incompréhension de l'entourage

Baisse de la libido

Douleur Morale +++

Conscience de son état et de ses conduites

Autoreproches

FORMES CLINIQUES 1



- Mélancolie: forme grave avec douleur morale, idées de faute morale, culpabilité, jusqu'à idées délirantes de ruine, d'incurabilité, d'indignité. Hospitalisation ++
Syndrome de Cotard
- Dépression atypique (sans culpabilité, retrait affectif) chez le patient schizophrène
- Dépression masquée(symptômes somatiques, algies rebelles)
- Dépression essentielle(Marty , maladies psychosomatiques, pensée opératoire)
- Dépression “secondaire à” ..maladie organique

FORMES CLINIQUES 2



- Dépression saisonnière(hiver , prise de poids, léthargie , traitée par lumineothérapie)
- Dépression récurrente brève(intermittente, pendant trois jours)
- Dysthymie : forme légère
- Dépression et travail :
Burn-out (épuisement professionnel, difficultés cognitives ++),
Situations à risque : perte d'emploi et
“placardisation”(inactivité)

FORMES CLINIQUES (suite)



- Selon l'âge: nourrisson(modèle : hospitalisme de Spitz), Enfant(tristesse pas toujours là, troubles du comportement), Adolescent(désinvestissement scolaire et extrascolaire)
- Sujet âgé avec 2 aspects particuliers: dépression pseudo-déméntielle et syndrome de glissement
- Risque suicidaire majeur si déprimé > 75 ans , si seul(e) , si veuvage (dans l'année)
- Selon intensité : légère, moyenne, sévère
- Selon la pathologie: dépression chez un schizophrène

FORMES CLINIQUES : Dépression et Grossesse



Dépression prénatale

Avant l'accouchement

20% des grossesses

Insomnie, anxiété++

A suivre car ne guérit pas avec l'accouchement

Dépression du post partum

Après l'accouchement, différente du baby blues

Peut apparaître 4 à 6 semaines après

15% des grossesses

Retrait, désintérêt, dévalorisation

A traiter / Prévention des liens précoces

FORMES CLINIQUES : Dépression et Adolescence

- Pas comme chez l'adulte+++
Menace dépressive plus fréquente à cet âge
Enjeu : distinguer adolescence « normale » de risque d'organisation pathologique
- Diagnostic plus difficile
Début moins brutal
Symptômes sous forme inversée (réactions caractérielles, agitation, boulimie, hypersomnie..)
Conduites de « rupture », "coupure »: fugues, automutilations, ivresses
- Perte du plaisir aux activités antérieures : ++ pareil que chez l'adulte
- Attention aux idées suicidaires

ÉVOLUTION



- Guérison complète (40% des cas)
- Amélioration ou guérison partielle (20 %)
- Rechute et récurrence (20%)
- Rechute = dans les 6mois , même épisode
- Récurrence = nouvel épisode > 6mois
- Passage à la chronicité (par définition au moins 2 ans) dans 20 % des cas
- Dépression résistante
- Evolution naturelle vers sortie de l'état dépressif (sans traitement) en 2 mois à 2 ans

ÉVOLUTION au LONG COURS



Un seul épisode : 2/3 sortent de l'épisode dépressif au bout d'un an

10% de dépressions chroniques et réfractaires au traitement et chronique

Plus il y a eu d'épisodes , plus il y a de risques d'en refaire un.

A partir du 3 ème, le risque de récurrence est de 90 %

Psychopathologie



- Psychanalyse: textes fondateurs , Karl Abraham (1911), Mélanie Klein (Position dépressive), Sigmund Freud (Deuil et Mélancolie 1915)
- Maladie de l'Idéal du Moi (Lacan)
- Défaillance du holding , du pare excitation maternel (Winnicot, Anzieu).Dépression maternelle et dépressivité (Green , Fédida)
- Modèle social: pathologie psychosociale type
- Modèle cognitif : la dépression est un mauvais traitement de l'information sur soi
- Pharmacologie : déficit en sérotonine , DA, NA

THÉRAPEUTIQUE: au cas par cas



-ANTIDEPRESSEURS :

Critique (Zarifian): la dépression est devenue ce que traitent les antidépresseurs (pathologie pharmacodéduite)

Tricycliques (Anafranil° , Laroxtyl°)

Débat actuel sur les IRS : facile à prescrire, efficacité , toxicité (Sur-prescription, surconsommation)

50% des dépressions sévères non traitées.

Différentes molécules; (Prozac° , Seroplex° , Seropram° , Norset° ,Deroxat° , Brintellix°

-AUTRES TRAITEMENTS :

Autres médicaments (anxiolytiques, hypnotiques, thymorégulateurs ?)

-Autres techniques:

ECT(électro-convulsivothérapie) : indications très spécifiques : Mélancolie . Dépression résistante

TMS (Stimulation trans-crânienne)

- IL FAUT TRAITER UN VRAI DÉPRIMÉ ET UN MÉLANCOLIQUE

- Hospitalisation si besoin

- Rompre l'isolement

- Si traitement antidépresseur : AU moins six mois+++ Délai action 2 à 4 semaines

Surveillance clinique : **levée de l'inhibition anxieuse au début à surveiller +++**

Bilan hépatique et surveillance somatique +++, ECG

- ENTOURAGE : un vrai déprimé est parfois difficile pour les proches +++

Soutenir la famille et les proches

THÉRAPEUTIQUE: au cas par cas(suite)



La dépression n'est pas seulement un fait biologique.

C'est un fait subjectif++

- Consensus : Psychothérapie et Médicaments
- Relation de parole à établir
- Accompagner le patient et l'entourage
- Psychothérapie de soutien,
- Relaxation, Méditation mindfulness, TCC,
- Sport, Vitamine D et oméga 3

2 craintes :- Récidive - Traitement interminable

PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES



Bien soigner l'épisode : Médicaments et psychothérapie

Attention aux symptômes résiduels (fatigue, sommeil)

Prévenir la rechute :

9 mois de traitement minimum si tout va bien

Difficultés du côté du patient (ça va passer , c'est la honte , c'est normal)

Difficultés du côté du praticien (formation , croyances , attitude)

La question du suicide



- Le suicide : acte individuel et problème social.
- Question éthique, sociale, psychiatrique et philosophique.
- Evolution historique
- Condamnation religieuse
- Durkheim (1897): régulation sociale et intégration.(Suicide égoïste, altruiste, anémique, fataliste)
- En psychiatrie : Le risque suicidaire :difficile à évaluer , dimension d'imprévisibilité
- Ce qui favorise le passage à l'acte :
- ATCD de maltraitance
- Alcool et produits
- Dépression,
- Impulsivité
- Précarité, isolement, agé

Suicide



A retenir :

**Numéro d'écoute professionnelle et
confidentielle 24/h 24 et 7/7 j**

Souffrance prévention du Suicide

C'est le moment d'appeler le 3114

Suicide Facteurs de Risques 1



Facteurs biographiques :

Atcd personnels de TS

Atcd familiaux de TS ou suicide

Age : adolescent , personne âgée

Sexe masculin ++ suicides aboutis

Maladie, Handicap , douleurs

Stress post traumatique

Suicide Facteurs de Risques 2



Facteurs psychopathologiques:

Pathologies psychiatriques : Dépression
Psychose
Addictions ++

Faible estime de soi

Trait de personnalité pathologique : Impulsivité ,
rigidité , agressivité

Suicide Facteurs de Risques 3



Facteurs psychosociaux :

Difficultés économiques

Isolement social et affectif

Séparation , perte ou deuil

Placement en institution

Difficulté scolaire, professionnelle , souffrance au travail , problème d'intégration

Suicide dans l'entourage

Influence des réseaux sociaux (SMS, facebook, mails)

ÉTATS - LIMITES



- Avant: entre psychose et névrose , à partir des succès des cures psychanalytiques et de la recherche nosographique
- Hélène Deutsch (personnalités "as if") Margaret Little : Etats limites, Kernberg
- Puis : Border-line plus comme entité autonome complexe avec impulsivité, dysphorie, anxiété, relations marquées par dépendance affective, vide, ennui
- Place centrale de la dépression fondamentale (Bergeret)
- Dépression sans culpabilité, sans ralentissement

Etat maniaque



- Accès maniaque : c'est la forme dite « inversée » de la dépression .
- Etat d'excitation physique et psychique de qq jours à qq mois
- Début brutal avec un « symptôme signal »
- Fuite des idées , coqs à l'âne, hypercommunicabilité, logorrhée, idées de grandeur , projet grandiose
- Hyperactivité, démarches intempestives, déambulations, dépenses inconsidérées
- Euphorie morbide, jeux de mots, sentiment de toute puissance , jovialité
- Insomnie sans fatigue, anorexie , hypersexualité, prodigalité, ludisme hyperexpressivité

TROUBLES BIPOLAIRES



- Catégorie de troubles de l'humeur avec fluctuations entre manie et mélancolie ou dépression
- Nomination actuelle extensive
- Ancienne Psychose Maniacodépressive de Kraeplin (1899)
- Aujourd'hui: T.B type I : épisodes maniaques et dépressifs 1% (prévalence)
- T.B type II: épisodes dépressifs et un épisode hypomaniaque 0,5% à 2,5%
- Cyclothymie: 2% à 3 % . Dysthymie (Akiskal)
- Traitement spécifique et préventif

Troubles bipolaires .Thérapeutiques



- Médicaments thymorégulateurs
Lithium, Tégrétol
Dépakote, Dépakine (Valproate) :
C.I chez femme enceinte, femme sous contraception
seulement et formulaire accord de soins patientes (2015)
- Prise en charge au long cours
- Vie professionnelle, vie familiale
- Entourage , environnement ++
- Associations patients : Argos
- Structures patients : Club House , conférences

LECTURES



- Les Troubles dépressifs (brochure Psycom)
- Les états dépressifs. Pedinelli
- La dépression: en savoir plus pour en sortir , PDF.
La dépression, P- H Keller PU F, 2016. Que sais- je?
- Journal Français de Psychiatrie, n° 7 et n° 8, Erès, 1999
- Adolescence: De la dépressivité à la dépression
Santé Mentale , juin 2022
- Dépression, la grande névrose contemporaine,
Roland Chemama, Erès, 2006
- La fatigue d'être soi , Alain Erhenberg, Odile
Jacob, 2000

LECTURES(suite)



- Deuil et mélancolie ,Freud (S) in Métapsychologie , Gallimard
- La crainte de l'effondrement , Winnicot

Romans:

Face aux ténèbres, William Styron, Gallimard, Folio,1990

Tomber sept fois, se relever huit fois, Philippe Labro, Folio

Ce qu'ils disent ou rien, Annie Ernaux, Gallimard,1989

Deux messieurs sur la plage, Michael Köhlmeier, Actes Sud (Babel), 2017

Personne, Gwenaëlle Aubry , Folio , Gallimard, 2011