

Les troubles de l'humeur

Psychopathologie & conduite à tenir

Docteur Philippe Xavier KHALIL
Médecin des Hôpitaux
Centre Hospitalier du Pays d'Arles

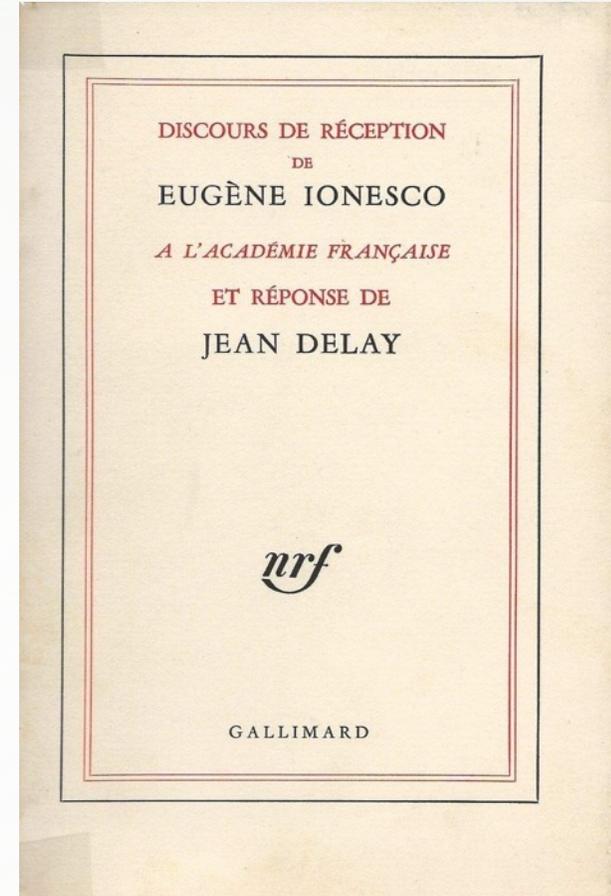
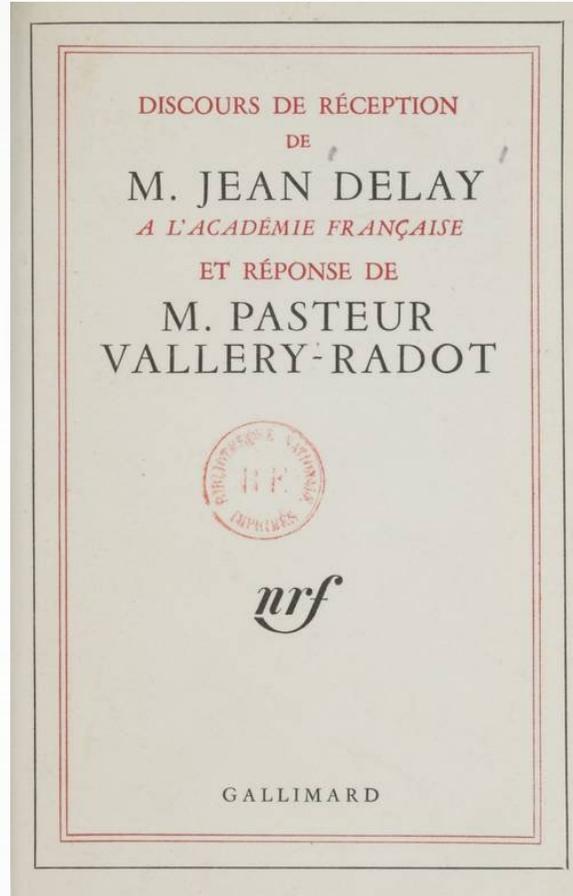
Note introductive

Analyse sémantique

■ *L'humeur se dit thymie*, elle 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 extrêmes du plaisir et de la douleur » (Jean Delay, 1946)

Jean Delay

Médecin & Académicien

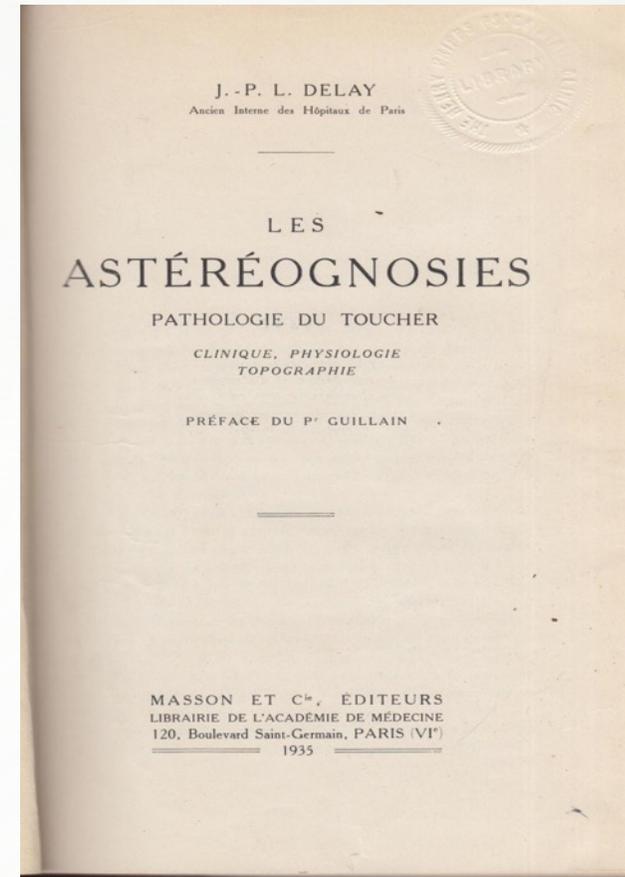
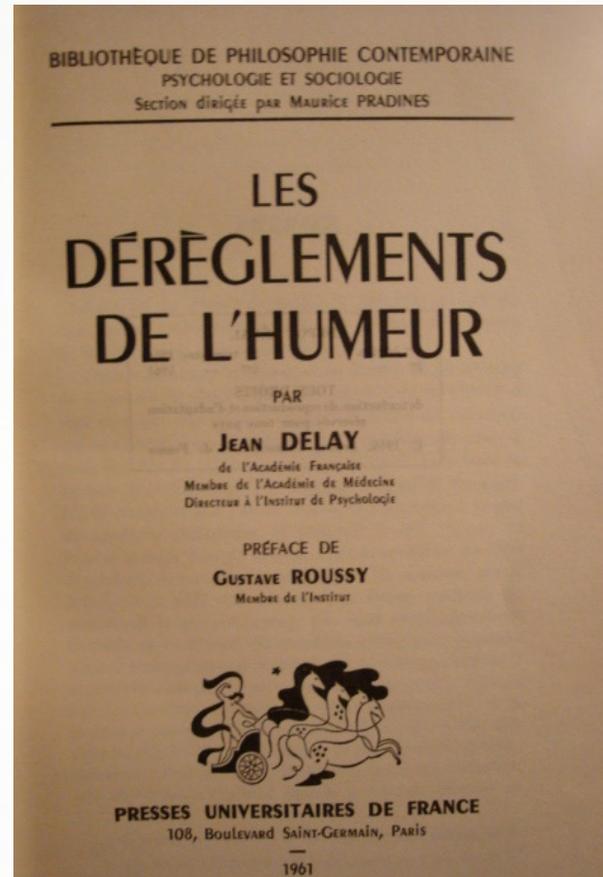
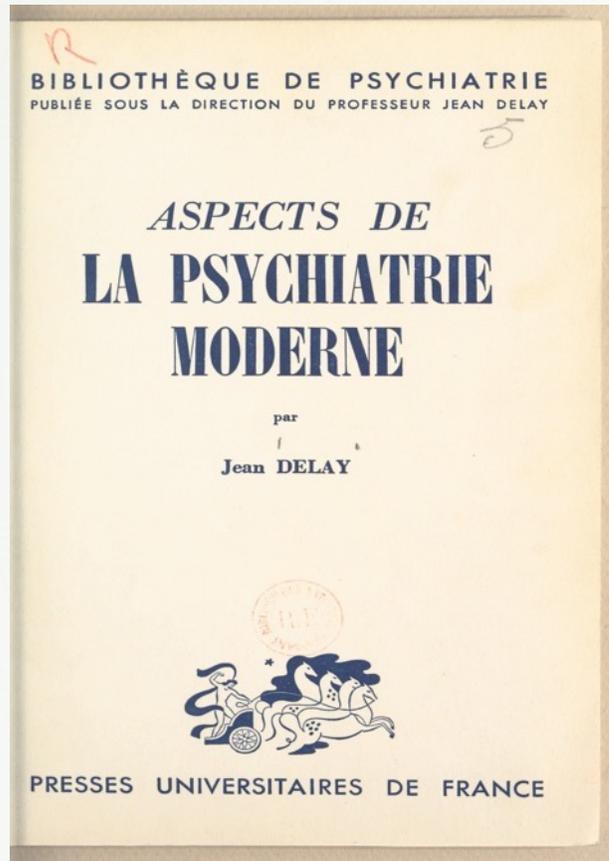


Note introductive

Analyse sémantique

- « L'humeur est à la sphère thymique qui englobe toutes les affections ce qu'est la conscience à la sphère noétique qui englobe toutes les représentations, elle en est à la fois la manifestation la plus élémentaire et la plus générale »
- « La base de la vie affective est faite d'une échelle d'humeur comme la base de la vie représentative d'une échelle de conscience » (Jean Delay, 1946)

Eléments de littérature



Note introductive

Analyse sémantique

- Cette disposition affective fondamentale du psychisme – à tonalité variable – fait que l'individu se sent triste ou gai, qu'il apprécie la situation dans laquelle il évolue comme agréable ou désagréable (notion voisine du plaisir ou de la gêne)
- Le DSM-5 définit l'humeur comme une « émotion globale et durable qui colorie la perception du monde »

Note introductive

Appréciation sémantique

- L'appréciation dépend de plusieurs facteurs – il y a un intervalle de normalité dit normothymie qui peut osciller entre gaieté et tristesse selon l'économie psychique du moment – au-dessus de l'intervalle de normalité : l'humeur est dite hypomaniaque ou maniaque – au-dessous de l'intervalle de normalité : l'humeur est dite dépressive ou mélancolique

Note introductive

Essai de compréhension

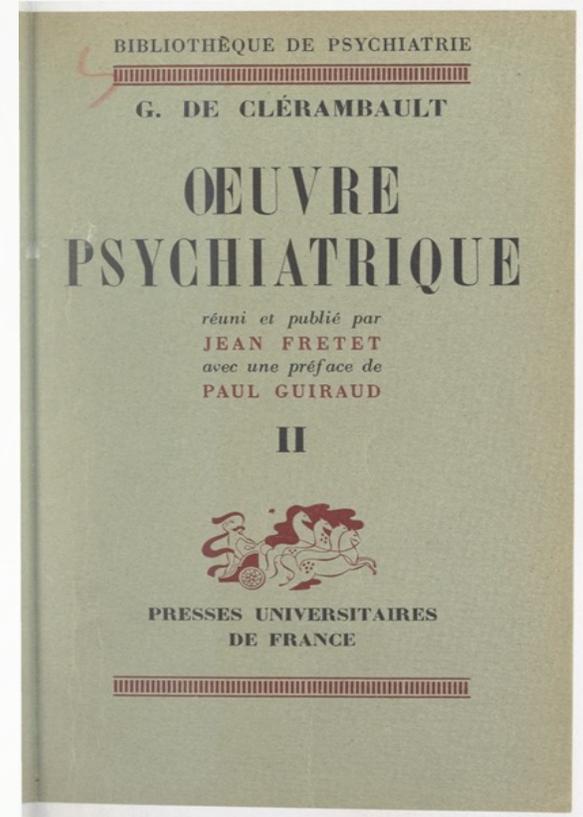
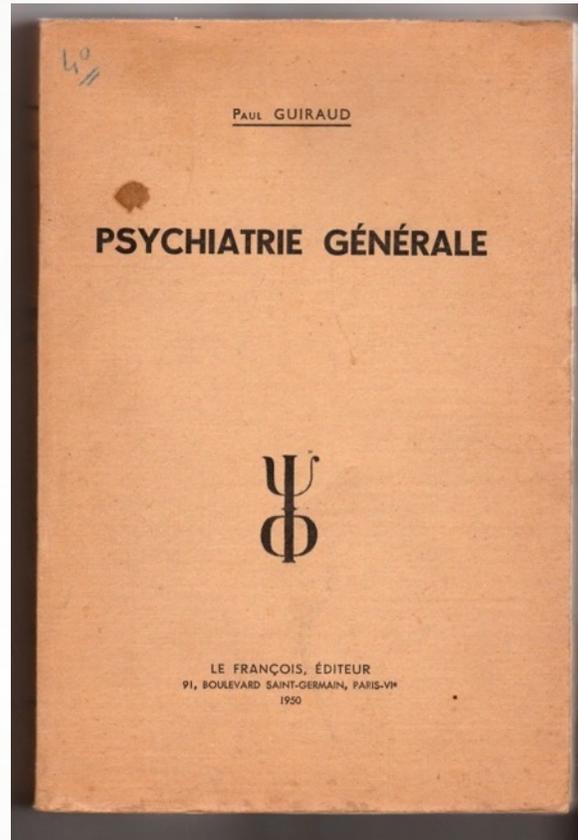
- L'intérêt du concept réside dans la définition des seuils qui sont multiparamétrés et dépendent de plusieurs facteurs : individu, contexte environnemental et sociétal et c'est autour de ces seuils que va se définir la pathologie
- L'idée de pathologie dépend de l'appréciation, de la perception du monde extérieur : elle signera l'adaptation ou la désadaptation par rapport au monde

Note introductive

Terminologie

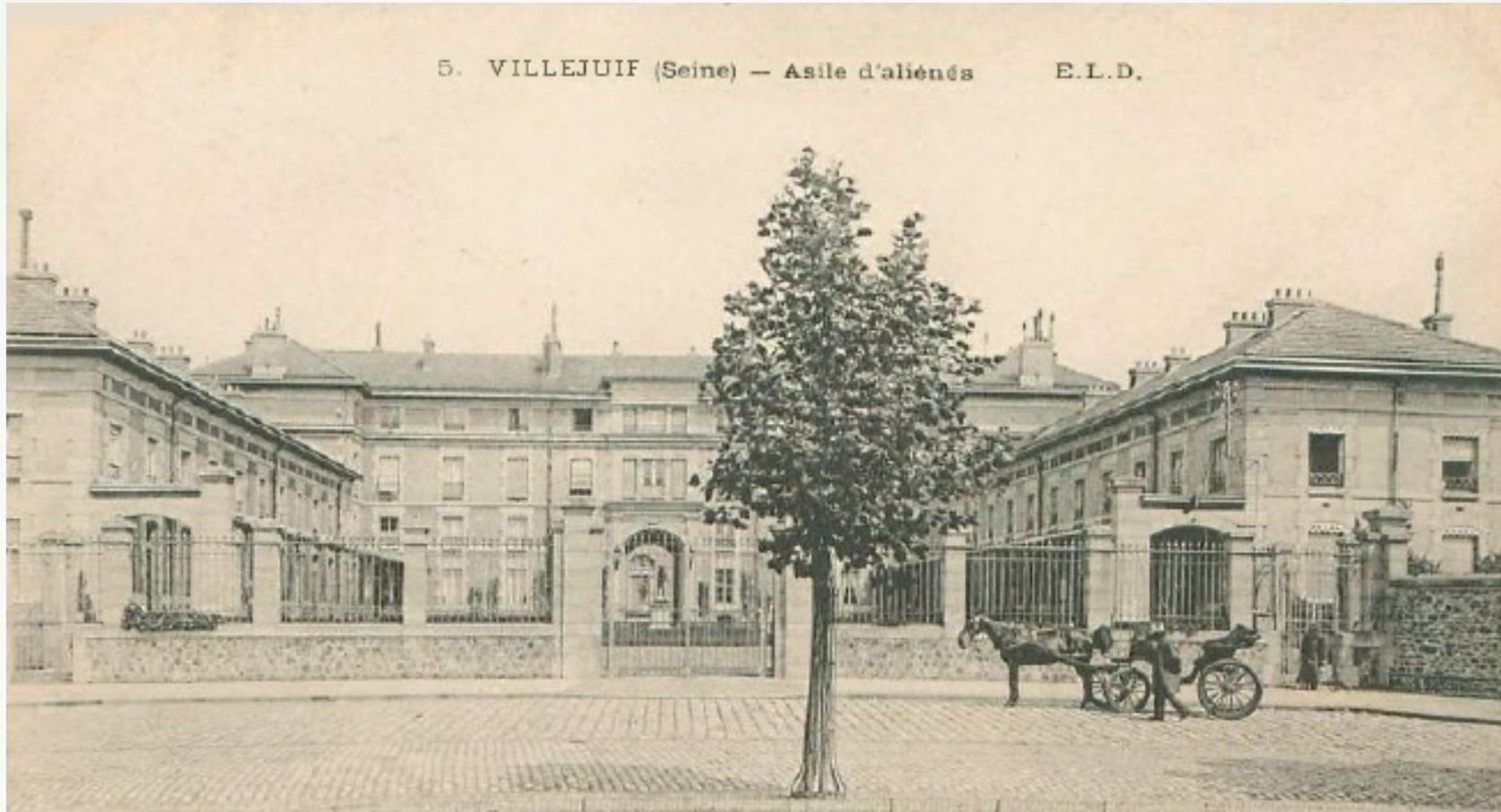
- *L'hormothymique ou système hormothymique* est (selon Paul Guiraud, 1922) un système fondamental recouvrant l'activité instinctive ou encore l'inconscient en psychanalyse : la *hormé* représente l'élan vital (Henri Bergson, 1907), tandis que la *thymie* est « un éprouvé global d'être en vie »

Paul Guiraud



Paul-Guiraud Villejuif

Etablissement publique de santé mentale

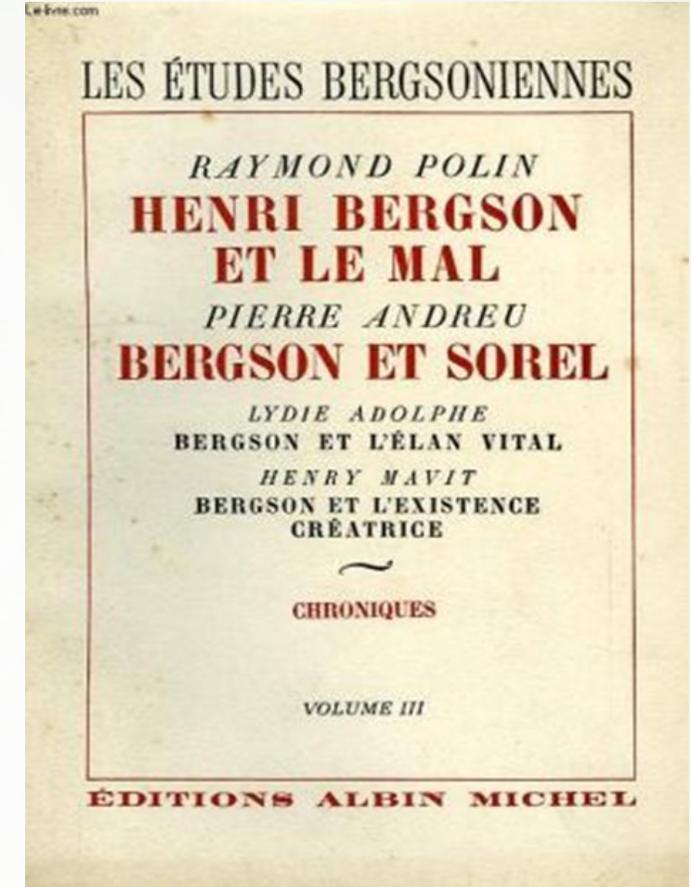
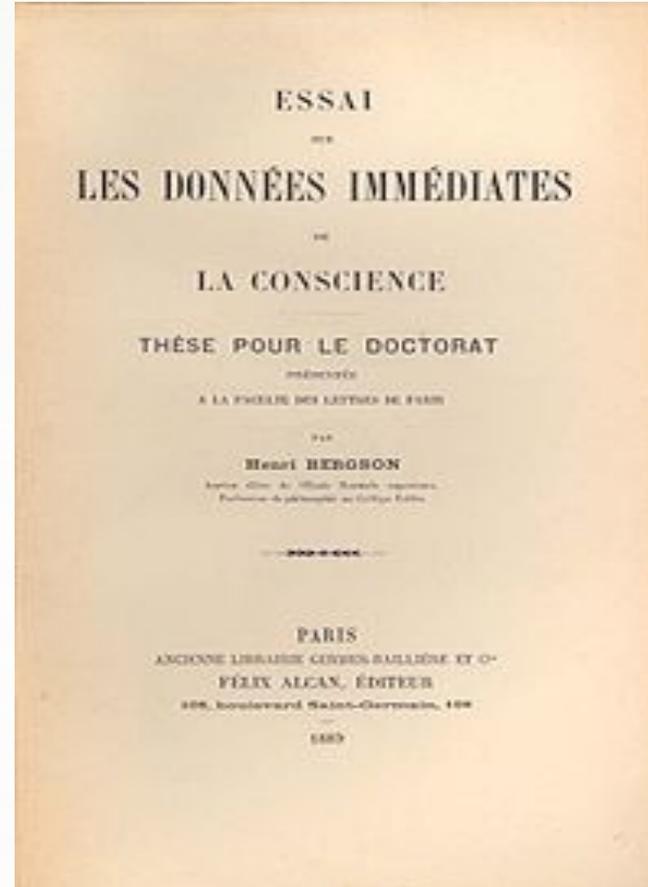
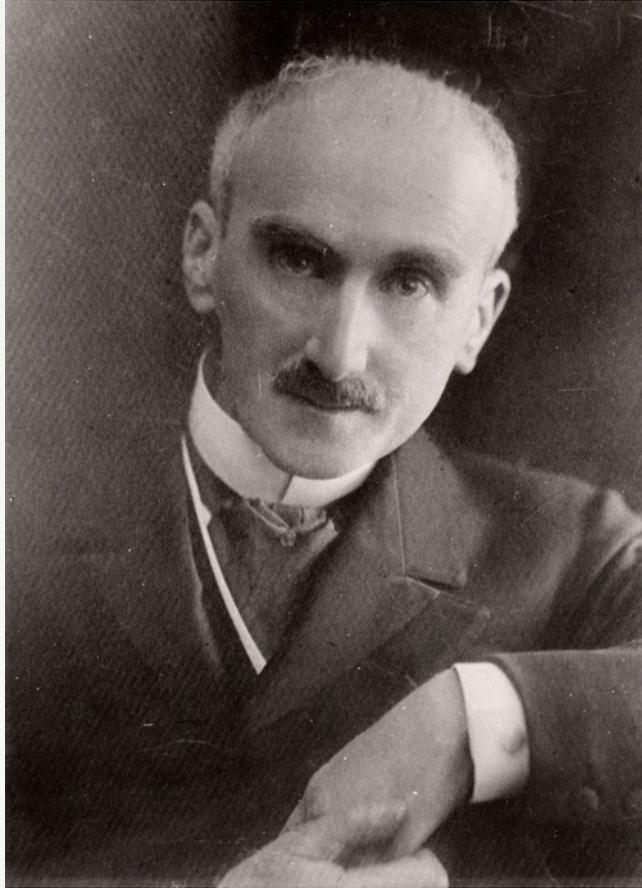


Note introductive

Essai de compréhension

- **L'élan vital** désigne dans la philosophie de Bergson une tendance créatrice de la vie, qui se développe à travers les organismes particuliers, assure la continuité de l'espèce et engendre l'évolution des êtres
- **Dans l'Evolution créatrice (1907)**, Henri Bergson affirme que lorsque l'élan vital se sublime, il peut susciter les jaillissements créateurs qui sont à l'origine des grandes créations, spirituelles et morales, et du mysticisme lui-même

Henri Bergson



Note introductive

Essai de compréhension

- Le système hormothymique est un système dynamique : les composantes hormiques représentent la tendance à satisfaire certains besoins primordiaux (faim, reproduction, défense)

Note introductive

Essai de compréhension

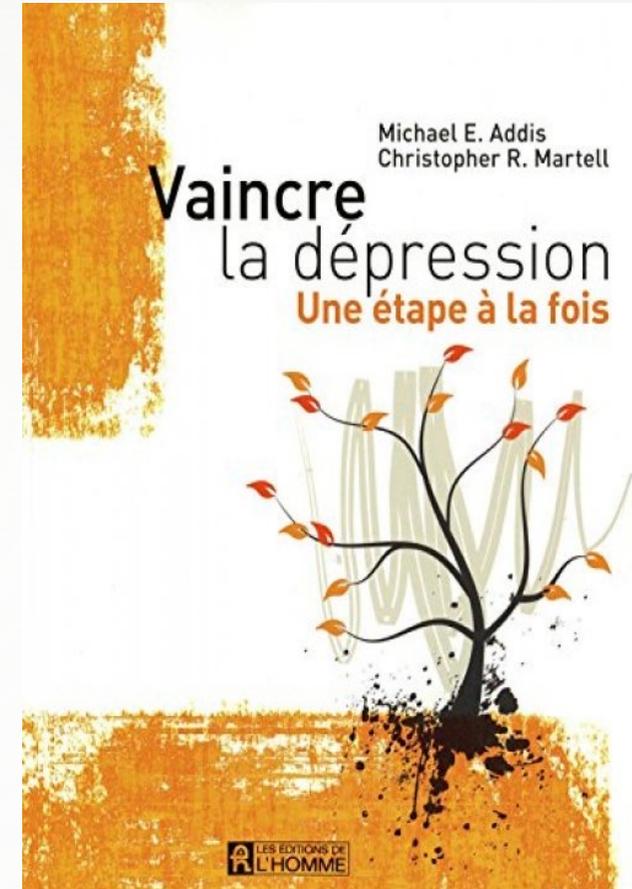
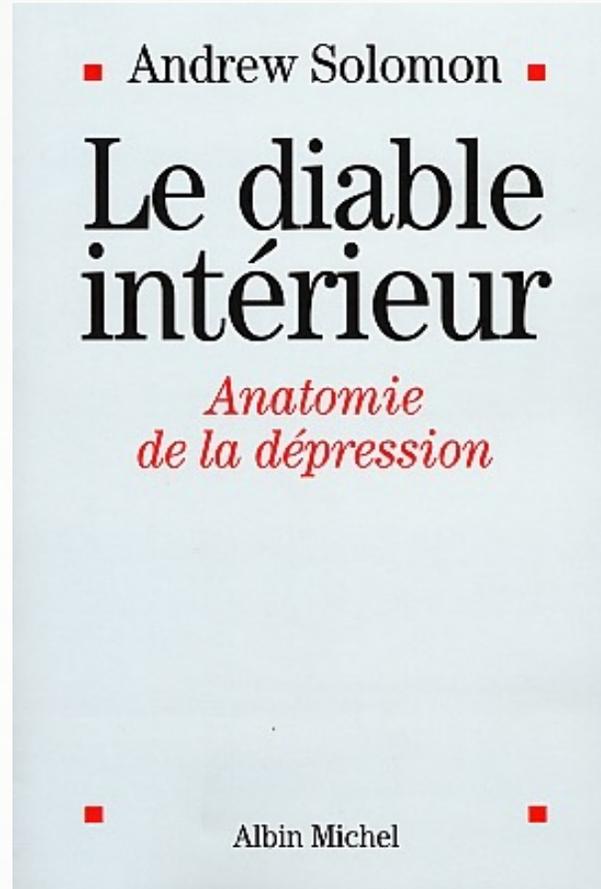
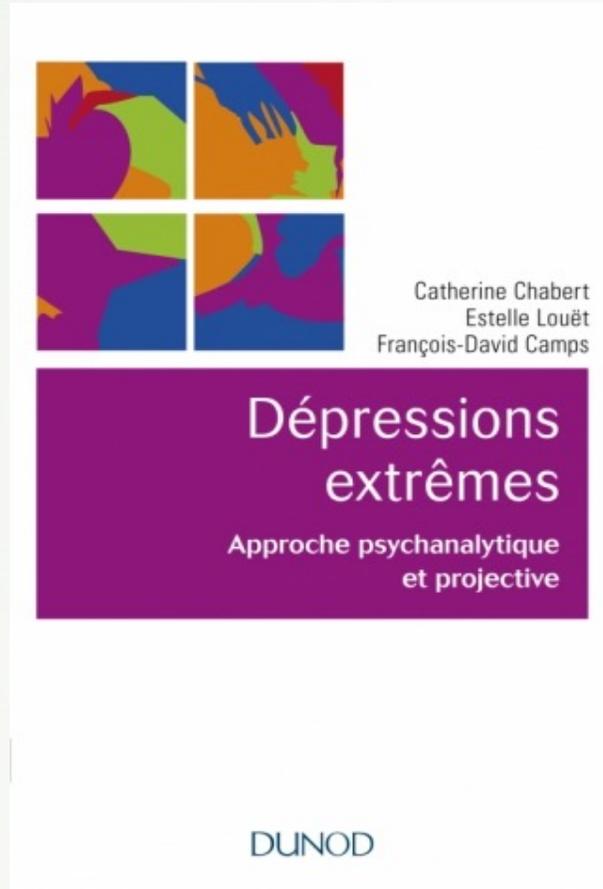
- **Les composantes thymiques** sont des états affectifs spécifiques qui s'y attachent, oscillant entre agréables et désagréables : l'ensemble reposerait, selon la conception unitaire de Paul Guiraud, sur des composantes affectives et neurobiologiques douées d'un potentiel réalisateur

Etats dépressifs

Note introductive

- La dépression est l'un des principaux sujets de discussion de la psychiatrie contemporaine pour de multiples raisons : problèmes de définition dans ses rapports avec la normalité, problèmes étiologiques dans la reconnaissance éventuelle d'un trouble organique ou psychique dont elle serait l'une des manifestations, enfin problèmes nosologiques entre les anciens et les modernes

Eléments de littérature



Note introductive

Analyse sémantique

- L'étymologie du mot *dépression* vient du latin *deprimere* signifiant « exercer une pression de haut en bas » : ce terme peut aussi s'entendre comme un synonyme d'affaissement, employé dans le milieu de l'économie et de la météorologie, il a également plusieurs acceptations dans le domaine médical

Note introductive

Analyse sémantique

- En **psychiatrie**, son sens a évolué pour arriver aux concepts actuels où le terme dépression désigne un symptôme (sentiment de tristesse pathologique), un syndrome dont le symptôme est l'élément essentiel, enfin, la maladie dépressive

Note introductive

Analyse sémantique

- **Le terme dépression** – pris isolément – est devenu dans le langage courant le véritable « mot valise » de ce nouveau siècle où il désigne des états affectifs qui n'ont que peu de choses à voir avec le sens psychiatrique
- **Il est souvent considéré comme le synonyme de déprime** : le *spleen* de notre époque ou plus vraisemblablement une manière d'exprimer toute l'inquiétude que l'on peut ressentir face aux difficultés de la vie quotidienne



Note introductive

Analyse sémantique

■ **En psychiatrie**, ce terme vaut surtout par l'adjectif qui lui est associé car il existe de très nombreuses formes cliniques de dépression qui peuvent être primaires ou secondaires, névrotiques ou mélancoliques (selon la terminologie classique), mineures, majeures, saisonnières, dysthymiques, brèves récurrentes, unipolaires ou bipolaires (selon la terminologie moderne)

Humeur vers le versant mélancolique

Euthymie

Tristesse

Dépression

Mélancolie



Epidémiologie

Etats dépressifs

Etats dépressifs

Leur prévalence

- Les états dépressifs sont les troubles psychiatriques les plus fréquents : l'OMS en donne une estimation d'environ 10% en population générale (prévalence sur toute la vie), cela représente 80% des psychotropes prescrits en médecine générale et 20% des psychotropes prescrits par les psychiatres

Etats dépressifs

Leur prévalence

- Leur fréquence est en augmentation régulière en raison de l'augmentation des stress psychosociaux de la vie moderne
- Les périodes à risque classiques : adolescence, maternité-paternité, ménopause, chômage, retraite, vieillesse, divorce, veuvage

Prévalence des états dépressifs



LA DÉPRESSION

en Europe



50% des congés de
maladies chroniques



170Milliards
chaque année

25% de la population
européenne

50% des dépressions majeures
ne sont pas traitées

... La dépression est la 1^{ère} cause de morbidité et d'incapacité dans le monde ...

Etats dépressifs

Leur prévalence

- Toute situation qui génère un traumatisme affectif est susceptible d'évoluer vers un état dépressif – la gravité se chiffre en nombre de suicide – les difficultés de mesure sont nombreuses en raison de la diversité des formes cliniques, leur traduction culturelle et leur expressivité somatique parfois dominante

Sémiologie clinique

Etats dépressifs

Éléments de définition

Analyse sémantique

- La définition même de la dépression est source de controverses : si l'on s'en tient à une classification critériologique (CIM-10 ou DSM-V), elle peut paraître simple en apparence (présence d'au moins cinq symptômes parmi une liste proposée)

Éléments de définition

Analyse sémantique

■ **Aujourd'hui**, de nombreux patients présentant une dépression au sens clinique ne remplissent pas ces critères et certains reprochent à cette classification d'être trop extensive et d'inclure des patients qui ne sont pas authentiquement des sujets déprimés

Eléments de définition



Éléments de définition

Analyse sémantique

- Le terme **état dépressif** traduit un ensemble de symptômes de durée et d'intensité suffisante pour être source de souffrance et de handicap pour le patient
- **L'état dépressif** est donc un état pathologique s'accompagnant d'une tristesse pathologique, source de souffrance psychique (culpabilité consciente) avec auto-dépréciation et ralentissement de l'activité mentale et physique

Trouble thymique

Éléments cliniques constitutifs

- Le diagnostic de dépression repose sur l'association de plusieurs symptômes qui ne sont pas toujours tous présents en même temps, mais ils constituent ce que l'on appelle le noyau dépressif
- L'ensemble de ces symptômes peut être classifié dans trois rubriques : le trouble thymique, le ralentissement psychomoteur et le syndrome somatique

Trouble thymique

Éléments cliniques constitutifs

- L'humeur demeure dépressive indépendamment du contexte, ce qui l'oppose à l'humeur normale oscillante et réactive : la tristesse dépressive marque habituellement une rupture par rapport à un état antérieur (surtout dans les dépressions névrotiques et la mélancolie)

Trouble thymique

Éléments cliniques constitutifs

- **La tristesse est fondamentale** par sa durée et son intensité, elle devient pathologique par son retentissement sur la vie affective, intellectuelle et somatique, son expression va s'étendre de la simple morosité à la douleur morale
- **Cette tristesse est mal explicable par le principal intéressé** : désespoir, fatigue, découragement, épuisement – elle est permanente, tenace et inconsolable – elle se lit sur le visage (l'oméga frontal est un signe majeur de la douleur morale)

Trouble thymique

Éléments cliniques constitutifs

- **Le dégoût de la vie** : il s'agit d'un arrêt des investissements dans l'existence, une perte des intérêts antérieurs prenant l'aspect d'une lassitude, d'un désintérêt progressif et total avec une perte de ressentit de plaisir qui va confiner à l'anesthésie affective (anhédonie)

Trouble thymique

Eléments cliniques constitutifs

- **La souffrance morale** est une mésestime de soi, une désespérance, une auto-dépréciation : la vie est vécue comme un échec, dans une atmosphère lourde de remord et/ou de culpabilité (conduit souvent au suicide)

Ralentissement psychomoteur

Éléments cliniques constitutifs

- Le ralentissement ou inhibition psychomotrice est l'un des symptômes fondamentaux de la dépression se retrouvant dans pratiquement toutes les cultures
- Selon Daniel Widlöcher, ce ralentissement est au centre du syndrome dépressif : il est responsable de l'altération des capacités cognitives, des difficultés de concentration qui contribuent à entretenir le déprimé dans ses idées d'incapacité

Ralentissement psychomoteur

Éléments cliniques constitutifs

- Le **ralentissement psychomoteur** est une lenteur d'idéation, les pensées sont difficiles et se simplifient sous la forme de ruminations : on relève une baisse des capacités attentionnelles ainsi que des capacités de raisonnement
- Le **ralentissement moteur** se traduit par des gestes lents et rares qui aboutissent à un apragmatisme (impossibilité de passer à l'action), le visage est peu expressif monotone, ne traduisant aucun affect

Troubles du sommeil

Éléments cliniques constitutifs

- **Les troubles du sommeil**, le plus souvent à type d'insomnie : très fréquents, voire constants, caractérisés par des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes suivis de ruminations tristes, le sommeil n'est plus réparateur (asthénie matinale), parfois, au contraire, tendance à l'hypersomnie

Syndrome somatique

Éléments cliniques constitutifs

- **L'asthénie est constante**, c'est une fatigue totale, un abattement à la fois physique psychique et sexuel (non calmée par le repos)
- **Les troubles des conduites alimentaires** sont essentiellement l'anorexie avec un amaigrissement majeur et rapide (souvent associée au dégoût alimentaire) ; la boulimie peut se rencontrer dans certaines dépressions

Syndrome somatique

Éléments cliniques constitutifs

- L'anxiété est une composante essentielle de la dépression, elle est permanente et généralisée et peut même dominer voire masquer le trouble de l'humeur : elle pose, selon son intensité, le problème du diagnostic et de la prise en charge des dépressions anxieuses (souvent graves)
- La question des états anxio-dépressifs est un débat non-clos de nos jours car il existe une comorbidité importante des troubles dépressifs

Syndrome somatique

Intrications complexes

- Les dépressions masquées (somatisations) sont moins fréquentes et présentent un tableau clinique d'allure somatique où sont souvent présentes des plaintes hypocondriaques (psychalgies dépressives) et une asthénie
- Il existe parfois une intrication entre maladie dépressive et maladies somatiques aux interférences multiples

Idées morbides & suicidaires

Éléments cliniques constitutifs

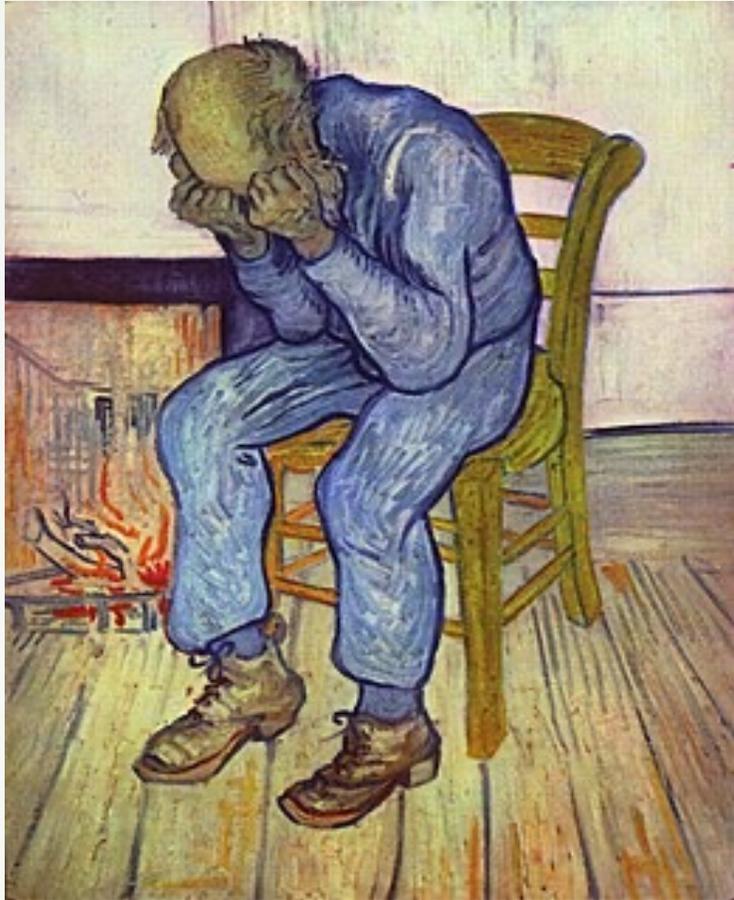
- Les idées noires font partie intégrante du tableau dépressif, elles apparaissent comme solution possible à la situation présente, tout d'abord sous la forme de vague idée suicidaire, puis jusqu'à la genèse d'une stratégie précise et efficace ; elles sont le plus souvent permanentes et généralisées

Idées morbides & suicidaires

Éléments cliniques constitutifs

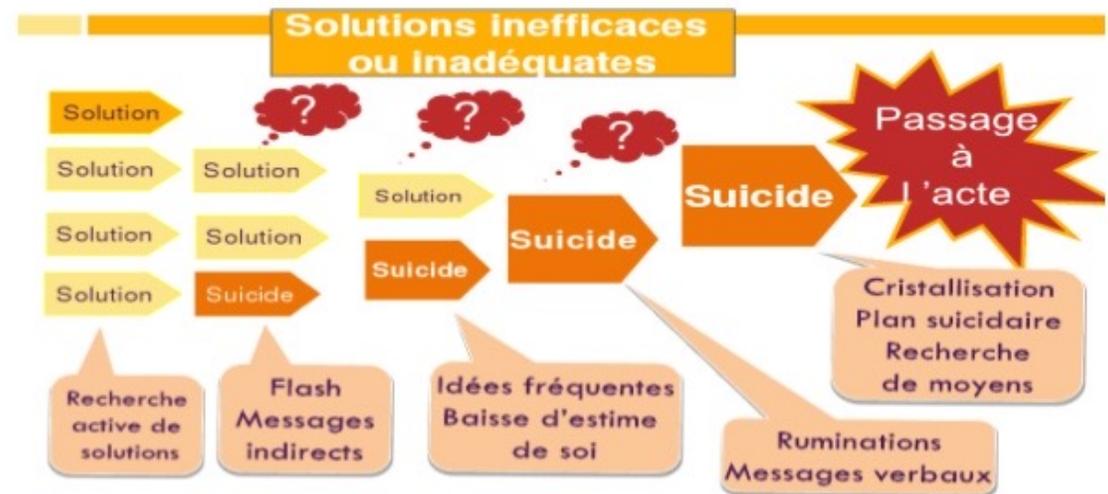
- Les idées suicidaires sont la principale préoccupation des soignants : ceci explique que toute allusion à une intention suicidaire doit être systématiquement prise en compte (mobilisation de tous les moyens possibles afin de diminuer les risques, en gardant en mémoire que le risque zéro n'existe pas !)

Idées morbides & suicidaires



Processus et crise suicidaire

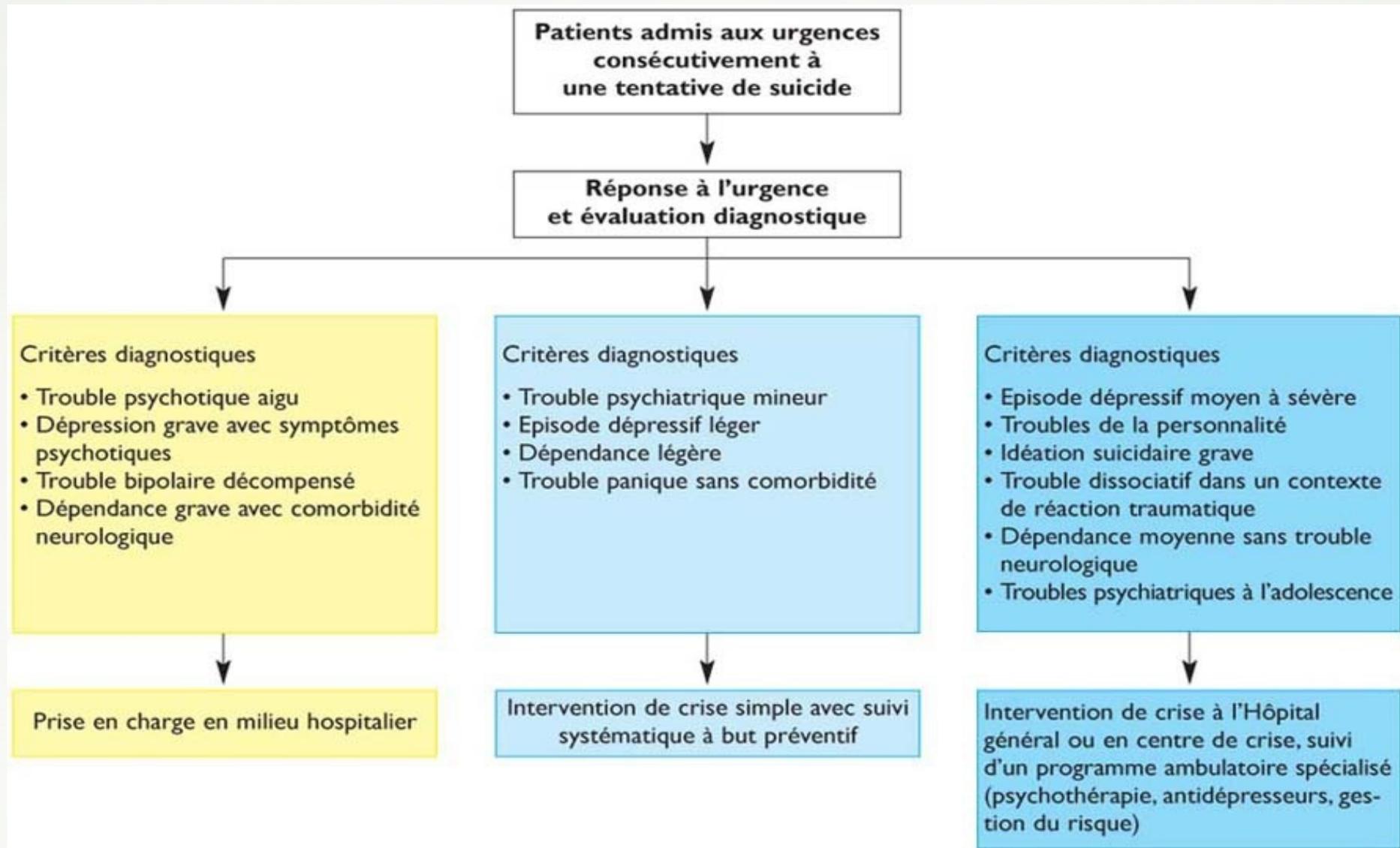
modèle de la crise suicidaire



Idées morbides & suicidaires

Éléments cliniques constitutifs

- **L'évaluation du risque suicidaire** est toujours délicate car celui-ci n'est pas toujours corrélé avec la sévérité globale de l'état dépressif, mais plutôt avec la sévérité de l'état anxieux associé, l'âge, le sexe, etc.
- **Aucun élément anamnétique** ne peut garantir avec sécurité l'évolution clinique



Hypothèses étiopathogéniques

Etats dépressifs

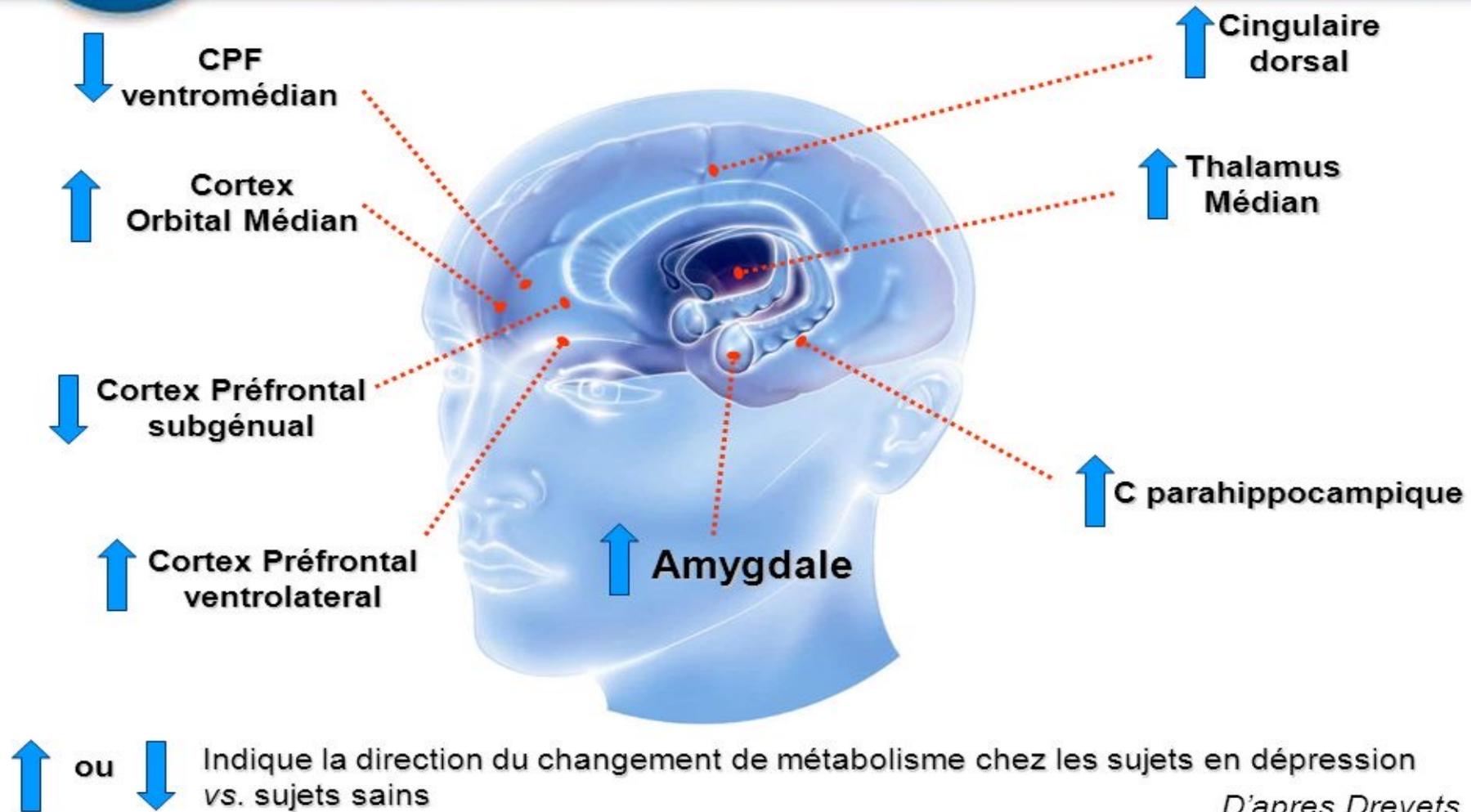
Complémentarité des concepts

Adaptation psychologique

- Les approches psychanalytiques et cognitivistes sont finalement plus complémentaires qu'opposées : il faut comprendre les diverses « logiques de la dépression » et l'interaction constante avec les contraintes d'ordre psychosocial et celles qui relèvent de la neurophysiologie et de la biochimie cérébrale



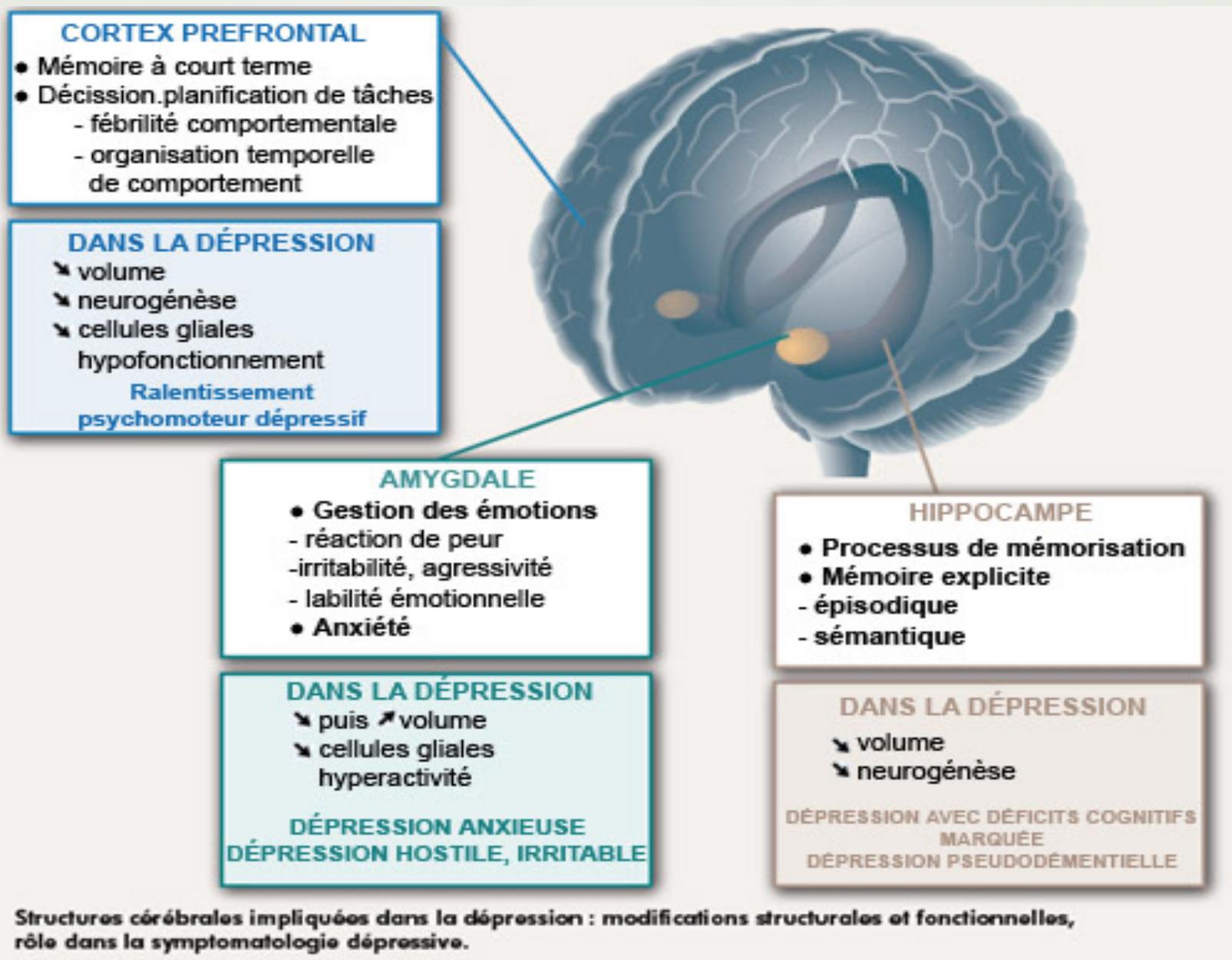
Anomalies fonctionnelles de la dépression



Complémentarité des concepts

Adaptation psychologique

- La dépression peut être envisagée comme « un dispositif comportemental inné qui s'impose à certains sujets lorsque les circonstances l'appellent ou lorsqu'une prédisposition neurobiologique s'y prête »
- La dépression serait une réponse, un état cérébral lié à l'impossibilité d'échapper à une situation pénible, à l'incapacité de pouvoir changer cette situation

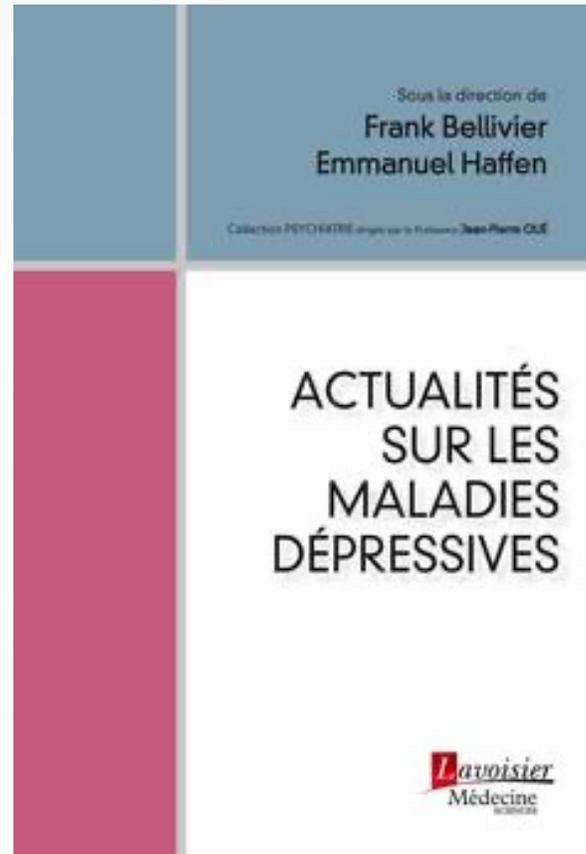
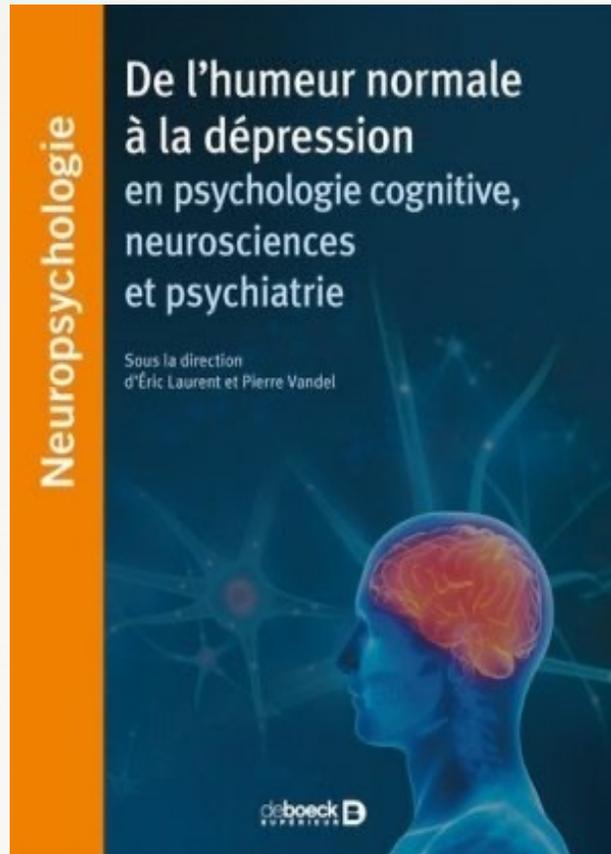


Complémentarité des concepts

Adaptation psychologique

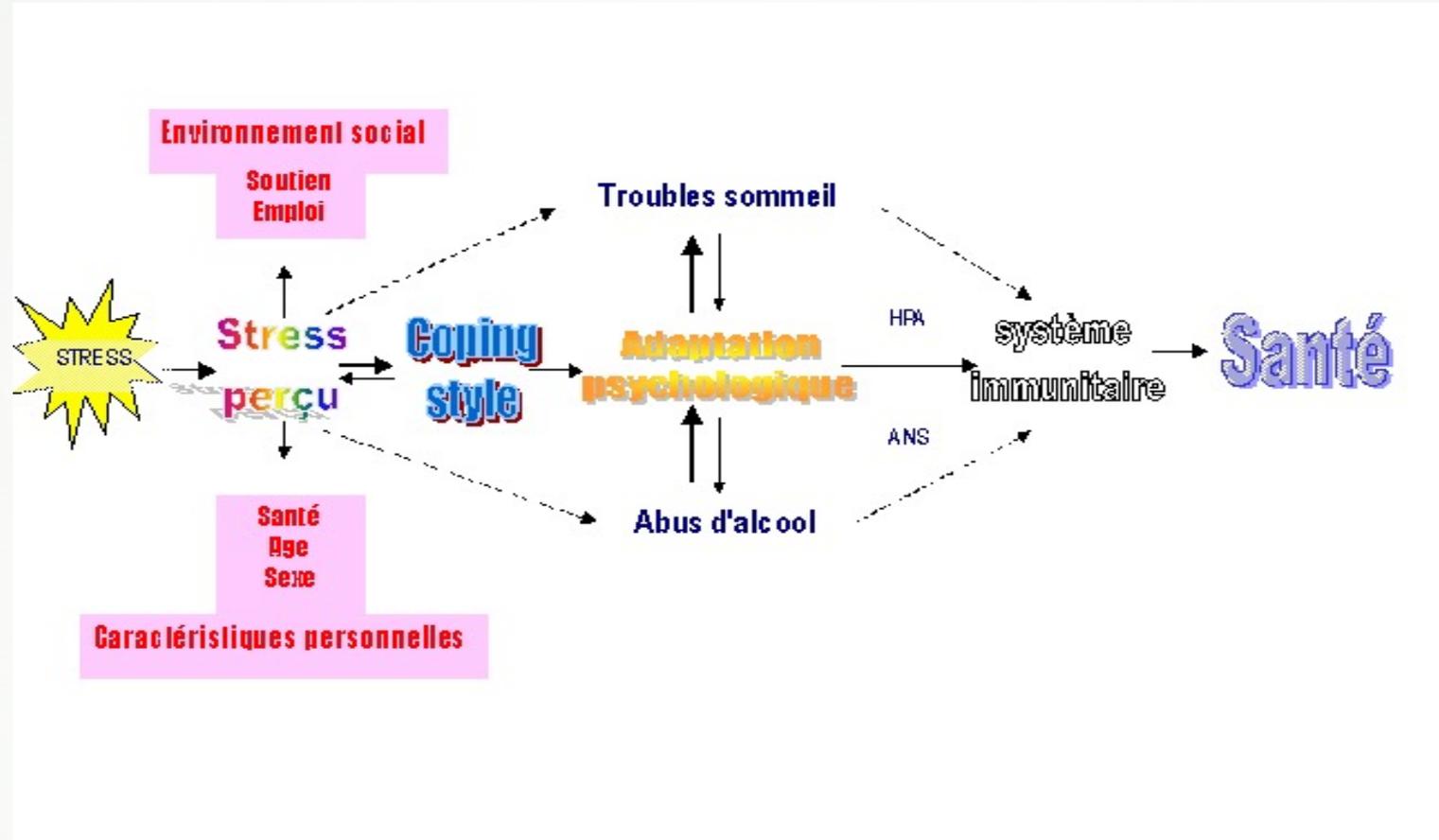
- Si cet « état cérébral pathologique » cède la plupart du temps aux médicaments modernes, la psychothérapie permettra au déprimé de prendre conscience des mécanismes psychiques qui provoquent ou entretiennent la souffrance mentale, puis d'en prévenir la récurrence

Eléments de littérature



Complémentarité des concepts

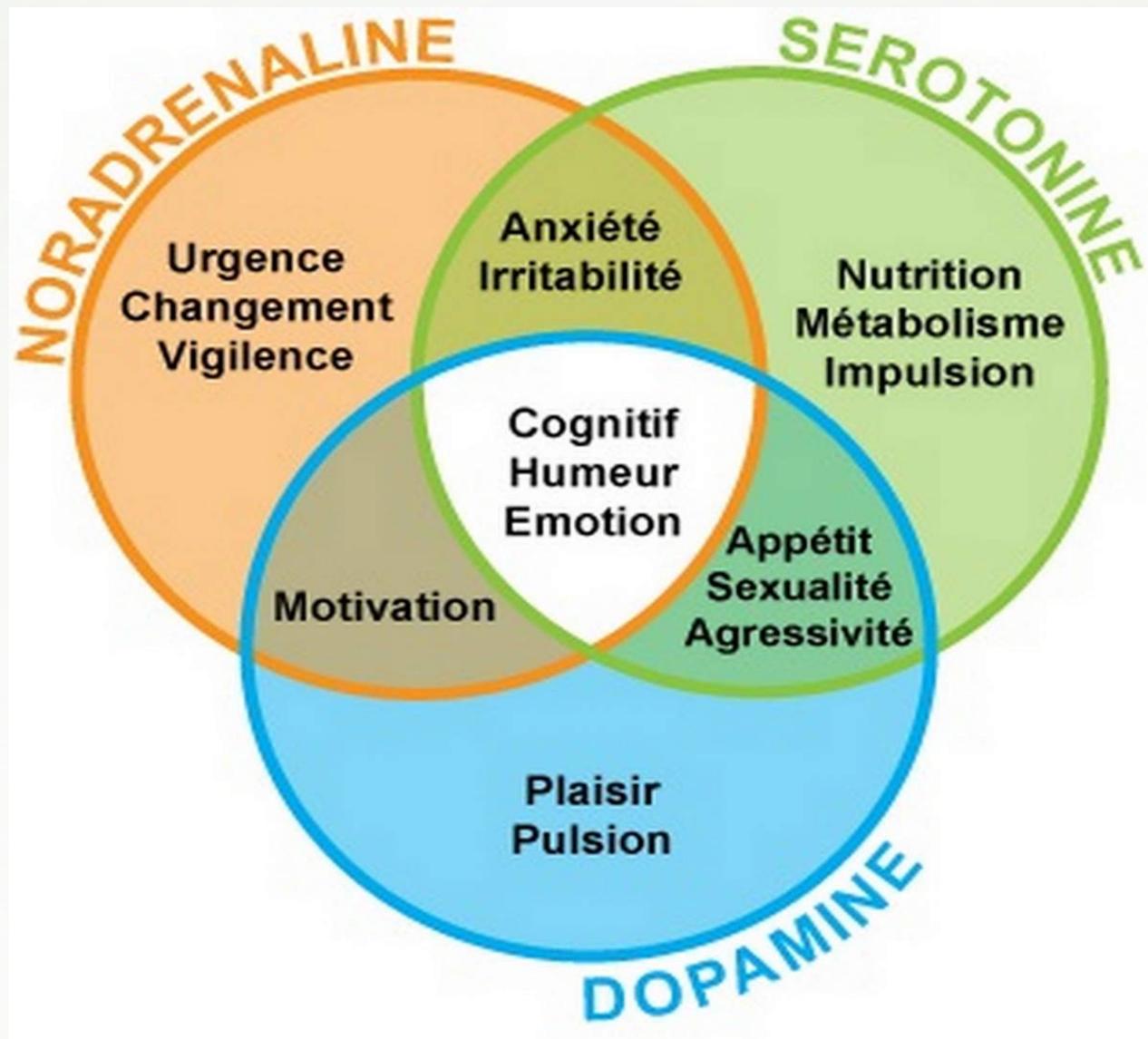
Adaptation psychologique



Complémentarité des concepts

Carrefour des neuromédiateurs

- Les principales anomalies biologiques mises en évidence dans les états dépressifs n'ont pas permis d'établir un modèle biochimique de la dépression
- L'étude des neuromédiateurs et des antidépresseurs ne permet pas d'établir une théorie monoaminergique des dérèglements de l'humeur, même si les monoamines semblent jouer un rôle important dans les processus pathologiques et thérapeutiques



Formes cliniques

Etats dépressifs

Etats dépressifs névrotiques

Eléments cliniques constitutifs

- **Les états dépressifs névrotiques** : la dépression vient compliquer l'évolution d'un processus névrotique, c'est-à-dire qu'elle représente une décompensation d'une névrose (le système de défense névrotique mis en place ne suffit plus)
- **Dans ces états dépressifs névrotiques**, on parle de gravité modérée, de situation transitoire, de rupture, voire d'étapes dans le processus névrotique

Etats dépressifs névrotiques

Eléments cliniques constitutifs

- La quête affective domine le tableau, la demande d'aide auprès de l'entourage existe, de même que la sensibilité à l'attitude des proches : le désinvestissement affectif n'est que partiel, les tentatives de suicide sont fréquentes (ayant valeur d'appel), ce qui ne veut pas dire qu'elles soient négligeables

Etats dépressifs réactionnels

Eléments cliniques constitutifs

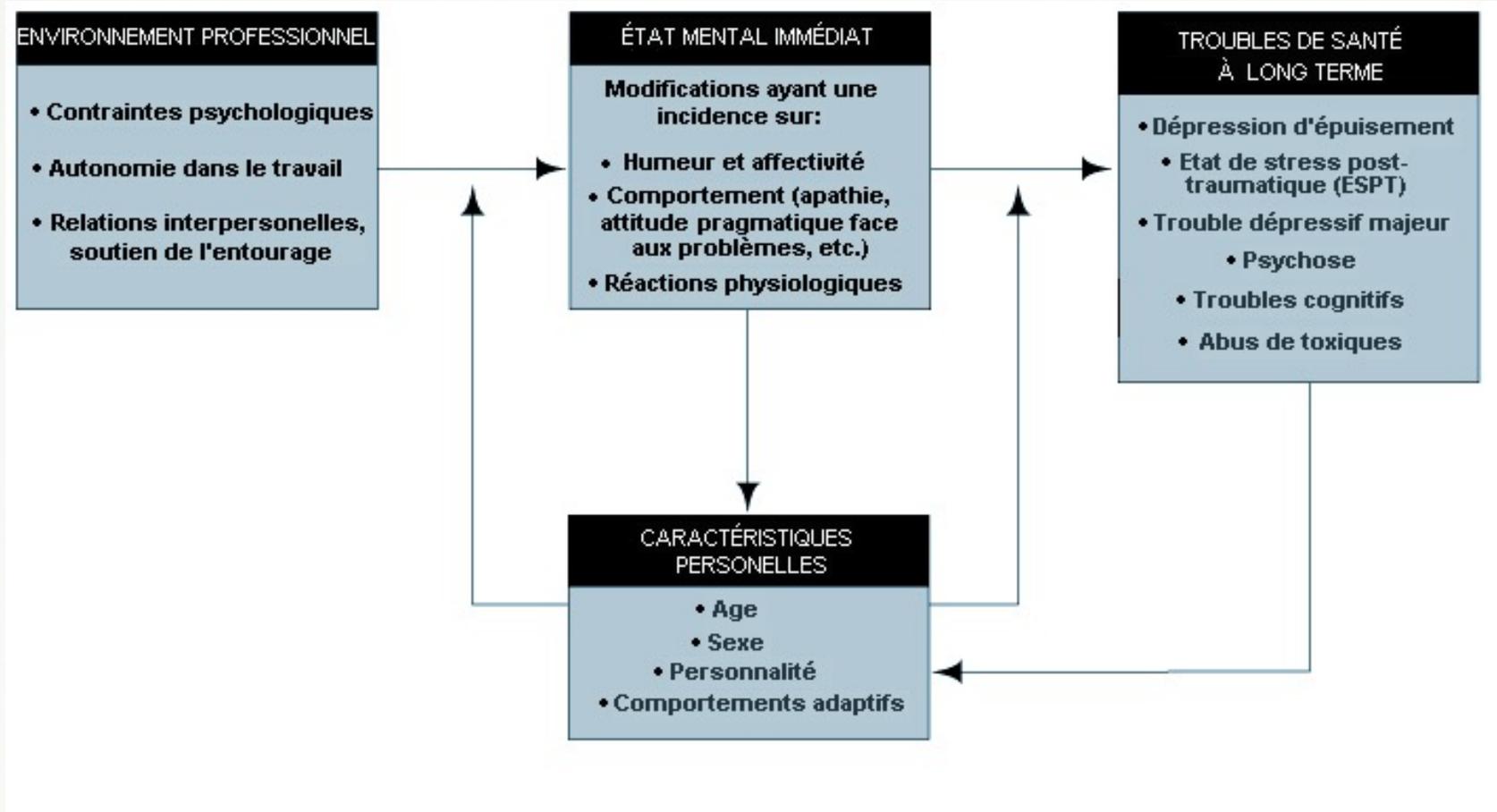
- **Les dépressions réactionnelles** sont secondaires à des événements traumatisants (life events) et se développent sur un profil de personnalité prédisposée fragile et immature, les idées de suicide sont fréquentes, revêtant plutôt l'aspect d'une quête affective ou d'un sentiment d'échec qu'il faut savoir soulager

Etats dépressifs réactionnels

Eléments cliniques constitutifs

- **Les dépressions réactionnelles**, revêtent des aspects cliniques très variés quant à leurs symptômes et à leur gravité, leur intensité étant généralement moins grande que dans la forme mélancolique
- **L'anxiété et la fatigue générale**, l'adynamie, l'asthénie, la perte du goût de vivre sont parfois les seules manifestations et ne doivent pas être seulement traitées par des médicaments symptomatiques

Etats dépressifs réactionnels



Etats dépressifs atypiques

Eléments cliniques constitutifs

- L'atypicité se conçoit au sens d'une complication au cours d'une évolution d'un état psychotique (l'atypicité en psychiatrie est pris dans un sens sémantique voisin de celui de psychose)

Etats dépressifs atypiques

Eléments cliniques constitutifs

- **Les états dépressifs atypiques** peuvent marquer l'entrée dans une maladie de nature psychotique telle que la schizophrénie : la forme classique est celle d'un patient jeune, ralenti, isolé et en position de repli, il conviendra de rechercher les signes de dissociation, bizarrerie, éléments délirants et troubles de la pensée
- **Lors de la phase d'état**, le tableau psychopathologique sera celui d'une psychose déficitaire (apragmatisme, avolition, aboulie, vide idéique...)

Etats dépressifs symptomatiques

Eléments cliniques constitutifs

- Les états dépressifs symptomatiques sont nombreux et souvent sous-estimés, ils se développent au cours de pathologies somatiques très variées (comme une réaction psychologique à la maladie)
- Ils peuvent être le résultat de lésions cérébrales : accident vasculaire cérébral, pathologies tumorales, etc.

Etats dépressifs symptomatiques

Eléments cliniques constitutifs

- Ils peuvent être la conséquence de désordres physiologiques liés à la maladie : SEP, Parkinson, maladie de Pick (démences), SIDA, hypothyroïdie (dépression), hyperthyroïdie (dysphorie anxieuse), diabète, etc.
- Certains traitements allopathiques sont dépressiogènes : neuroleptiques, anti-hypertenseurs au long cours, corticoïdes, anti-ulcéreux (Tagamet)

Etats mélancoliques

Eléments cliniques constitutifs

- Les états dépressifs mélancoliques ou endogènes présentent une douleur morale particulièrement intense : la perte de l'estime de soi et le désir de mort peuvent entraîner des idées suicidaires que l'inhibition empêche de mettre en acte

Etats mélancoliques

Eléments cliniques constitutifs

- Cette forme clinique est un des versants du trouble bipolaire (psychose maniaco-dépressive) : affection psychiatrique majeure d'évolution cyclique caractérisée par une succession de périodes dépressives (accès mélancoliques) et de périodes d'exaltation (accès maniaques) entrecoupées d'intervalles libres (euthymie)

Etats mélancoliques

Eléments cliniques constitutifs

- Ce trouble se caractérise par son endogénicité avec une composante héréditaire clairement établie et par sa sensibilité aux régulateurs de l'humeur (les normothymiques) qui permettent sa prophylaxie (prévention)

Traitement médical

Soins infirmiers des états dépressifs

Principes du traitement



Stratégies thérapeutiques

Ambulatoire ou milieu hospitalier

- Le traitement sera entrepris en ambulatoire ou en milieu hospitalier en cas de risque suicidaire ou d'autre nature (troubles du comportement)
- L'hospitalisation – si elle est nécessaire – peut s'établir selon différentes modalités : en HL, sous contrainte si les troubles rendent impossible le consentement et si la nécessité des soins est immédiate assortis d'une surveillance constante en milieu spécialisé

Stratégies thérapeutiques

Traitements allopathiques

■ **Le traitement antidépresseur** : imipraminiques (tricycliques) en perfusion ou per os, les IRS (*Prozac*[®]) ou atypiques (*Athymil*[®], *Stablon*[®], *Vivalan*[®]), le délai d'action est de quinze jours (maximum un mois)

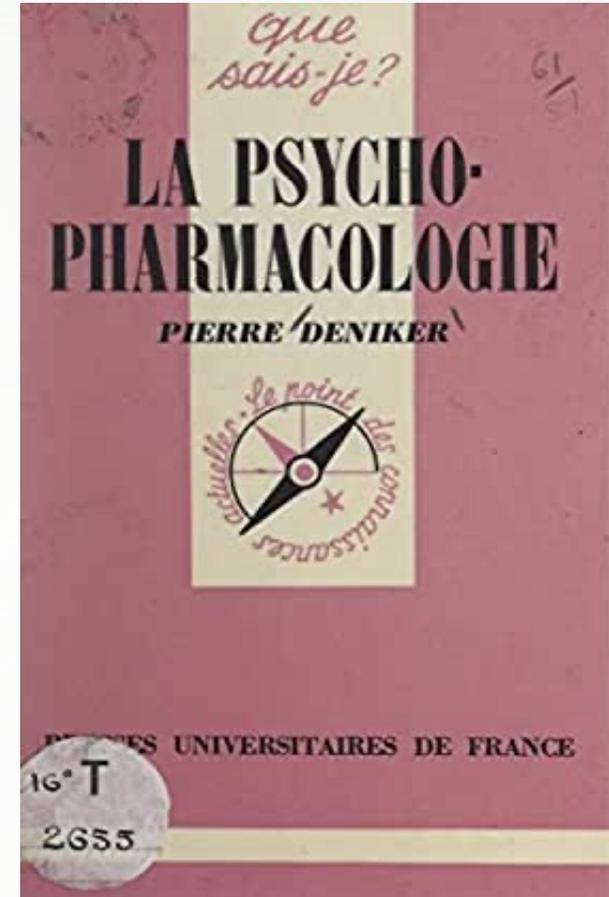
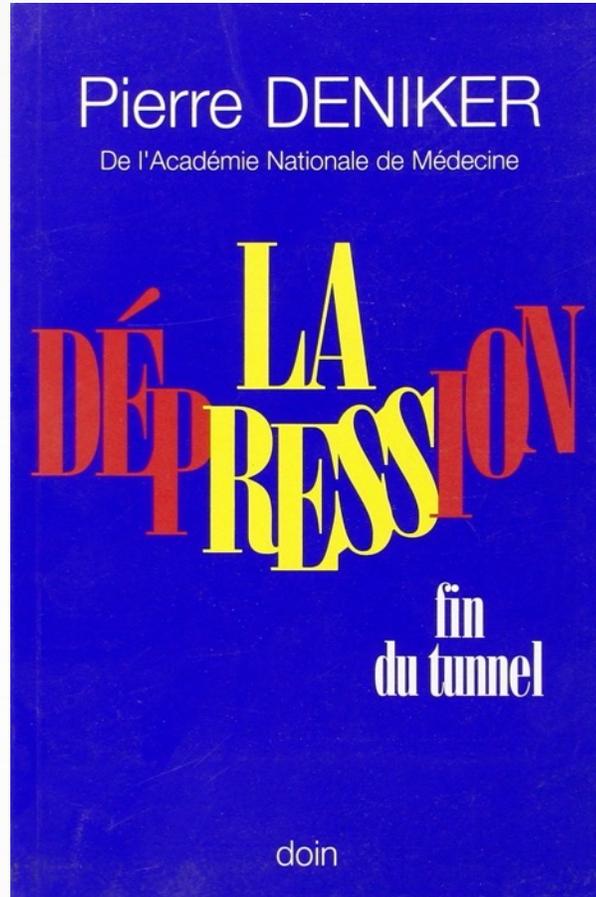
Stratégies thérapeutiques

Traitements allopathiques

- 10 à 20% des dépressions résistent aux traitements et se chronicisent et 50% rechutent dans les deux ans qui suivent le premier épisode dépressif
- Le traitement anxiolytique et/ou hypnotique s'associe le plus souvent favorablement comme médication symptomatique

Pierre Deniker

Académie Nationale de Médecine

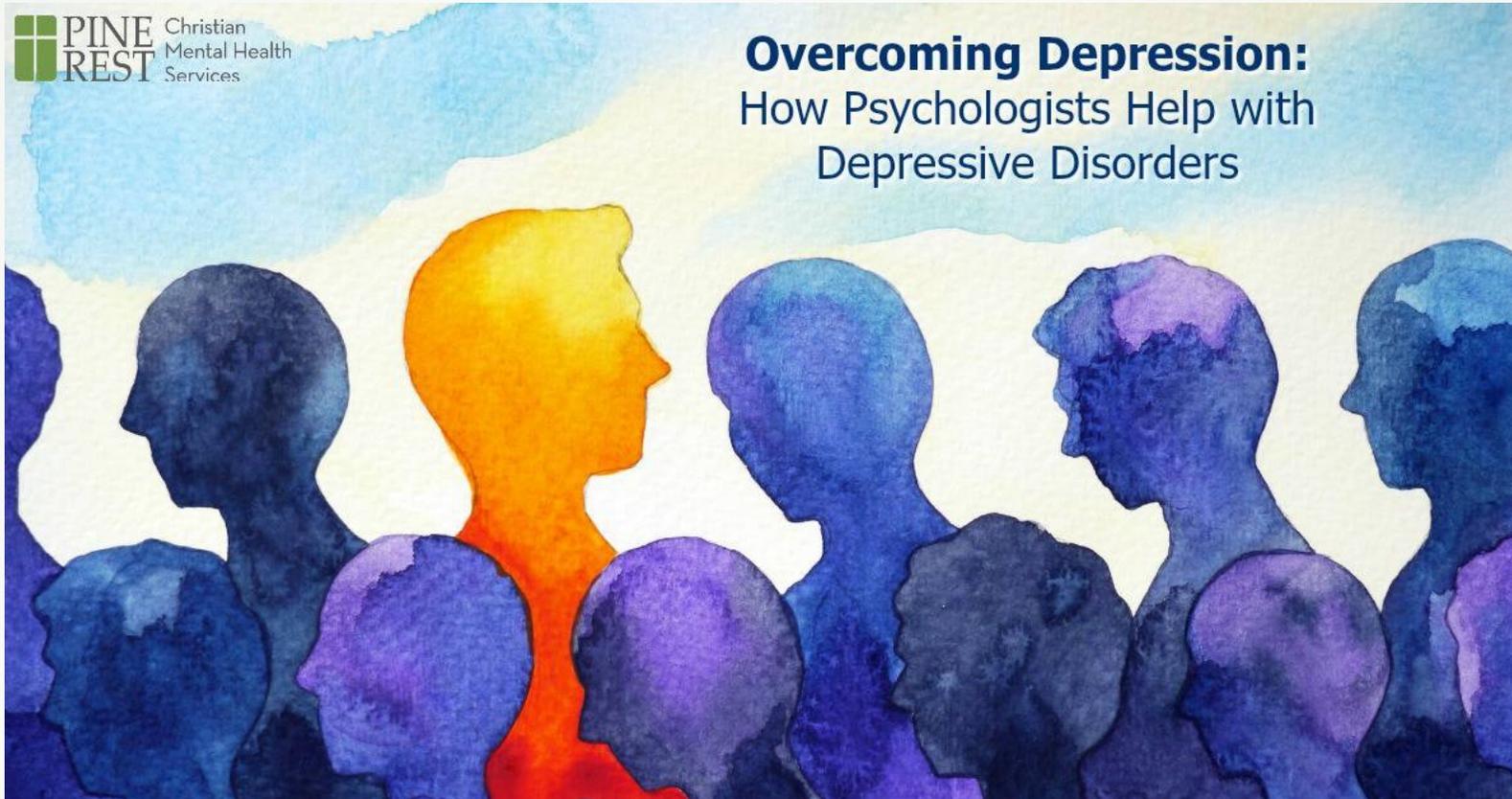


Stratégies thérapeutiques

Traitements psychothérapeutiques

- La **psychothérapie institutionnelle** : l'équipe soignante essayera d'établir et de renforcer une relation de confiance avec l'élaboration d'un projet thérapeutique au long cours qui évitera une attitude de repli et de passivité et permettra un meilleur réinvestissement du sujet

Traitement préventif



Stratégies thérapeutiques

Traitements psychothérapeutiques

- Les psychothérapies : soutien, analytique ou cognitivo-comportementale seront conseillées suivant les cas
- Le réaménagement des conditions de vie sociale, familiale et/ou professionnelle est un élément important dans l'évolution des dépressions réactionnelles

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

- **L'infirmière avec l'équipe médicale** a un rôle d'éducation, expliquer au patient sa maladie et son état ; nommer la maladie est une première réassurance, une fois le diagnostic posé et affirmé par le médecin, l'intérêt est de prévenir le patient du délai d'action du médicament antidépresseur
- **Le rôle de l'IDE est de faire accepter le diagnostic puis le traitement** dont le délai d'action incontournable est souvent la cause d'une mauvaise observance

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

■ **Hygiène de vie** : les antidépresseurs peuvent avoir une action stimulatrice sur l'appétit (risque de prise de poids) ou de diminution de l'appétit (anorexie), le sommeil (insomnie) et la sexualité peuvent être perturbés, la consommation d'alcool est contre-indiquée, comme pour tous les psychotropes

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

- **Aide à la réinsertion** : les états dépressifs induisent une tendance à l'isolement, une solitude pénible et durable, accompagnée d'une perte de l'estime de soi
- **L'intérêt est de combattre** cette tendance au repli par des actions psychothérapeutiques accés sur la revalorisation

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

- Le rôle de l'IDE est de favoriser des activités de groupe, accompagner le patient lors des différentes démarches administratives et sociales, le stimuler afin qu'il se réhabitue aux règles de vie en société (vêtue, hygiène, etc.)

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

■ **Le soutien** (rôle essentiel du soignant) consiste à réduire la souffrance du patient, favoriser l'acceptation de la maladie et du traitement, contrecarrer cette vision partielle et partiale qu'il peut avoir de lui-même, retrouver une confiance pour lui permettre de tendre vers une anticipation positive

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

- **L'ensemble des soins** doit conduire à une détection précoce de l'émergence de toute idée suicidaire
- **Le risque suicidaire** est un problème pratique d'engagement de la responsabilité professionnelle

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

- **Le rôle de l'IDE** est de reprendre avec le patient la survenue de toute idée noire ou idée morbide, et surtout ne doit pas être banalisée (au risque de voir amplifier le sentiment de désespoir)

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

- **L'évocation d'un geste suicidaire**, n'implique pas forcément l'absence de risque suicidaire, rien ne prouve que le patient ne passera pas à l'acte (deux tiers des TS ont été clairement annoncées)
- **La surveillance** c'est d'abord le risque de fugue qui sera maîtrisé par une mesure d'hospitalisation sous contrainte (SDT ou SDRE) dans le cas de trouble de l'humeur sévère (TS et/ou trouble bipolaire)

Stratégies thérapeutiques

Actions infirmières

- **Le rôle de l'IDE** est de veiller à ce que le patient ne se fasse pas de mal, qu'il ne se lèse pas en distribuant ses biens (sauvegarde de justice)
- **La surveillance est toujours difficile** et impose de trouver la bonne distance : le maniaque (bipolarité) risque de devenir agressif (humeur versatile), le dépressif peut devenir extrêmement passif et régresser sous une trop forte surveillance, ou passer directement à l'acte suicidaire lors de la levée brutale de l'inhibition

Trouble Bipolaire

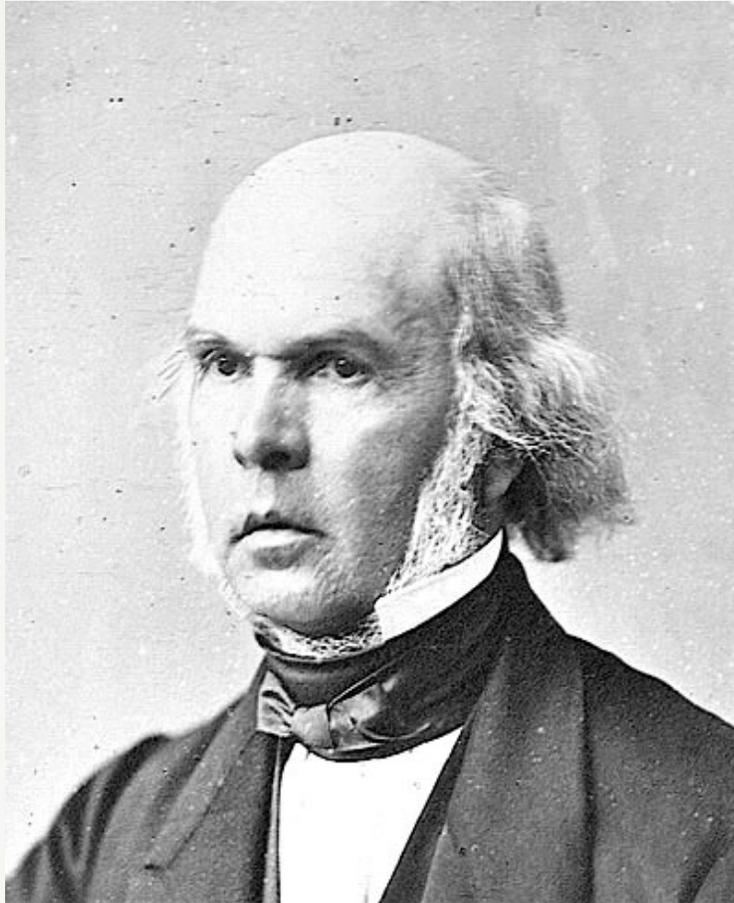
Psychose maniaco-dépressive

Note introductive

Histoire conceptuelle

■ Jules Baillarger (médecin aliéniste) décrit en 1854 « la folie à double forme », il est fort probable que le terme bipolaire, créé en 1846, lui était peu familier et ce n'est qu'un siècle plus tard, en 1957, que Karl Leonhard utilisera ce terme pour rendre compte du même phénomène clinique, à savoir une alternance d'épisodes maniaques et dépressifs

Jules Baillarger



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR :
J. BAILLARGER
RÉDACTEUR EN CHEF :
PAUL ABÉLY

117^e Année - T. 1 - N^o 3
Mars 1959

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS
RELATIFS A
L'ALIÉNATION MENTALE
AUX NÉVROSES
ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR
J. BAILLARGER
RÉDACTEUR EN CHEF
HENRI COLIN
Médecin en chef honoraire de l'Asile Clinique (St-Anne)

DOUZIÈME SÉRIE — TOME PREMIER
QUATRE-VINGT-HUITIÈME ANNÉE

PARIS
MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain (6^e)

1930

Note introductive

Histoire conceptuelle

- La catégorie diagnostique des troubles bipolaires a fait son entrée officielle dans les classifications internationales en 1980, avec la publication du DSM-III, elle se retrouve aussi dans la CIM-10 dans la rubrique des troubles affectifs bipolaires

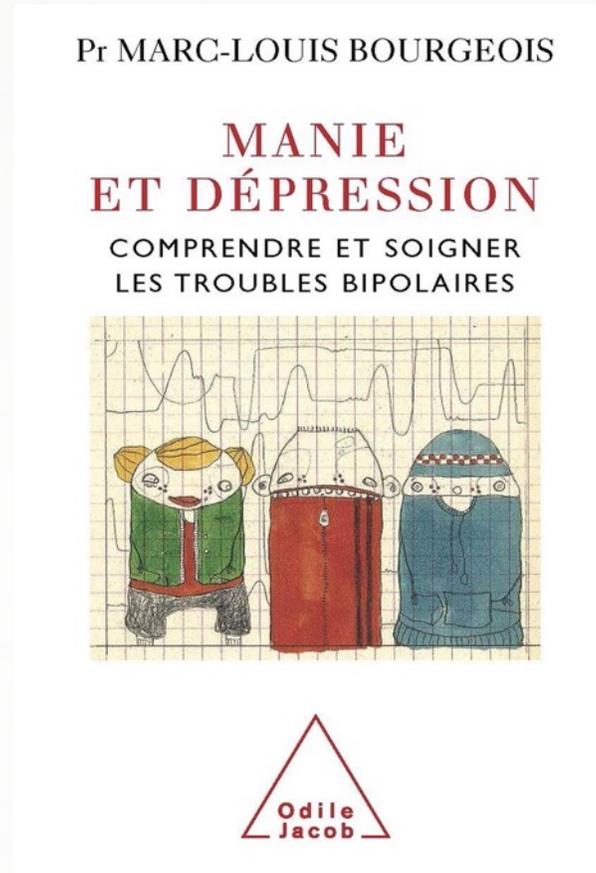
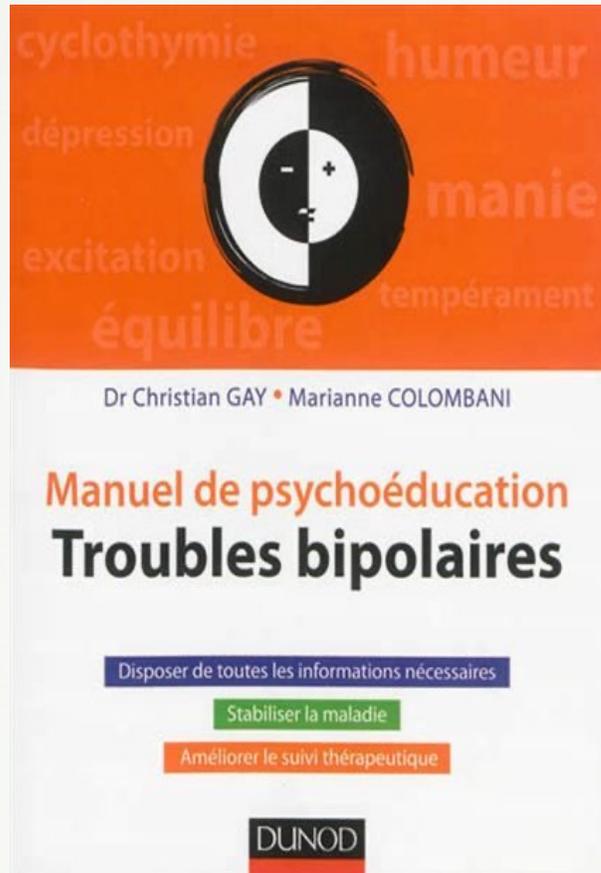


Note introductive

Histoire conceptuelle

- La notion de bipolarité virtuelle apparaît ensuite avec l'ambiguïté sémantique des définitions contemporaines de troubles unipolaires ou monopolaires
- La tendance diagnostique actuelle est de considérer tout patient « déprimé » comme potentiellement un bipolaire qui s'ignore !

Eléments de littérature

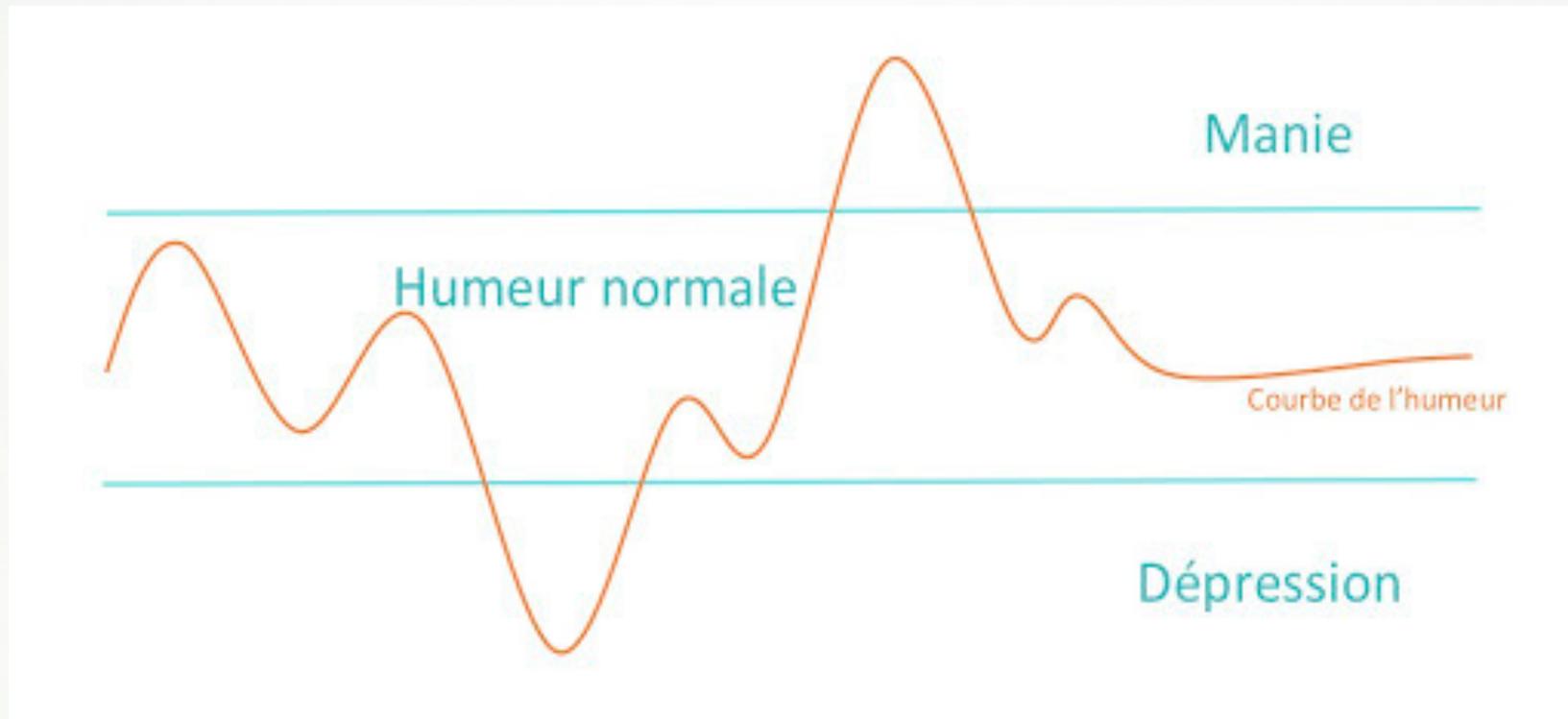


Note introductive

Histoire conceptuelle

■ La **psychose maniaco-dépressive** est une maladie mentale caractérisée par des dérèglements de l'humeur, qui évolue par accès se détachant plus ou moins franchement les uns des autres et de l'état normal

Grand écart émotionnel



TROUBLES BIPOLAIRES

COMPORTEMENT



Repli sur soi

Extraverti

EMOTION



Triste

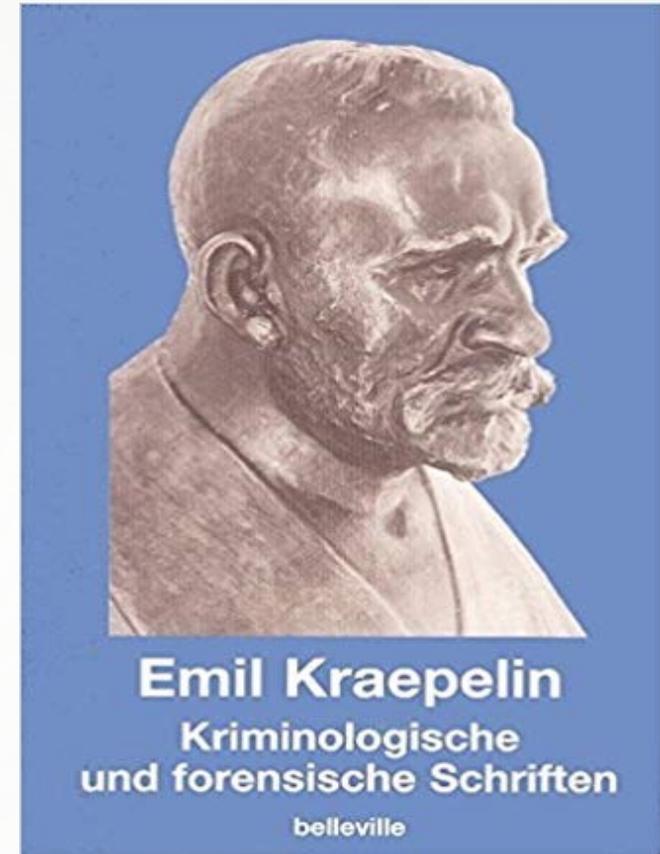
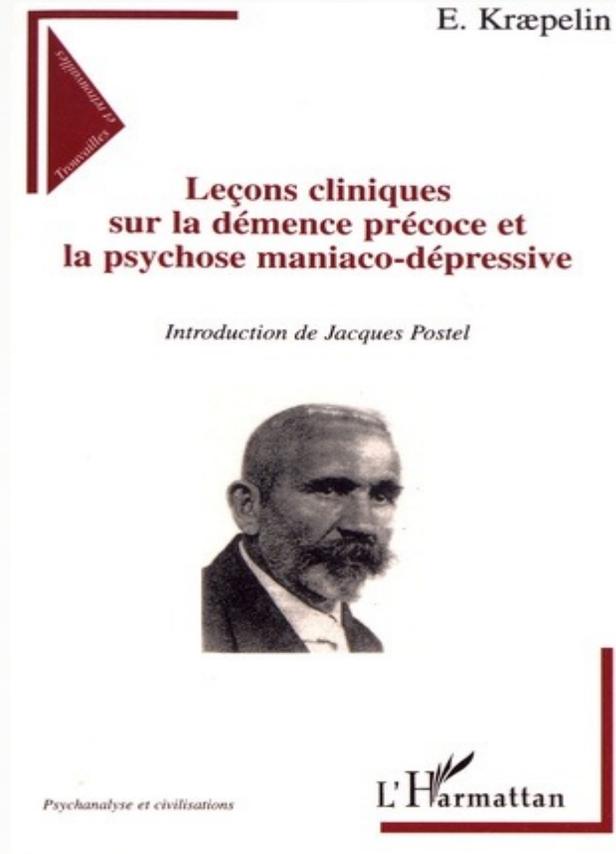
Joyeux

Note introductive

Histoire conceptuelle

- Gaston Deny et Paul Camus (1907) reprenant les travaux d'Emile Kraepelin, introduisent en France le terme de psychose maniaco-dépressive dans leur ouvrage sur *Les folies intermittentes*
- Ces auteurs définissent cette maladie comme étant « une psychose constitutionnelle, essentiellement héréditaire, caractérisée par la répétition, l'alternance, la juxtaposition ou la coexistence d'états d'excitation et de dépression »

Emile Kraepelin



Note introductive

Histoire conceptuelle

- **Gaston Deny et Paul Camus** ajoutent qu'« elle comporte seulement trois groupes d'états différents, reliés, il est vrai, entre eux par de nombreuses formes intermédiaires, des états maniaques, des états dépressifs et des états mixtes »

Gaston Deny & Paul Camus

Psychose maniaco-dépressive

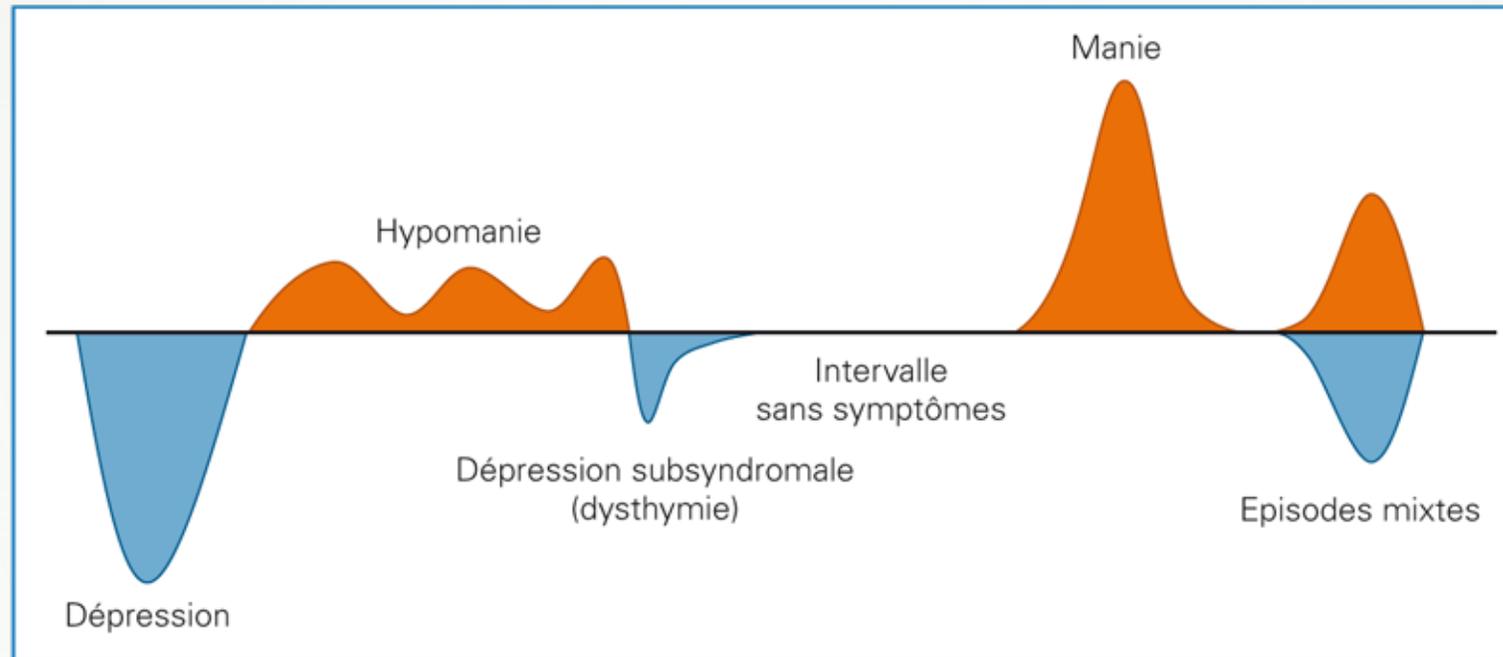
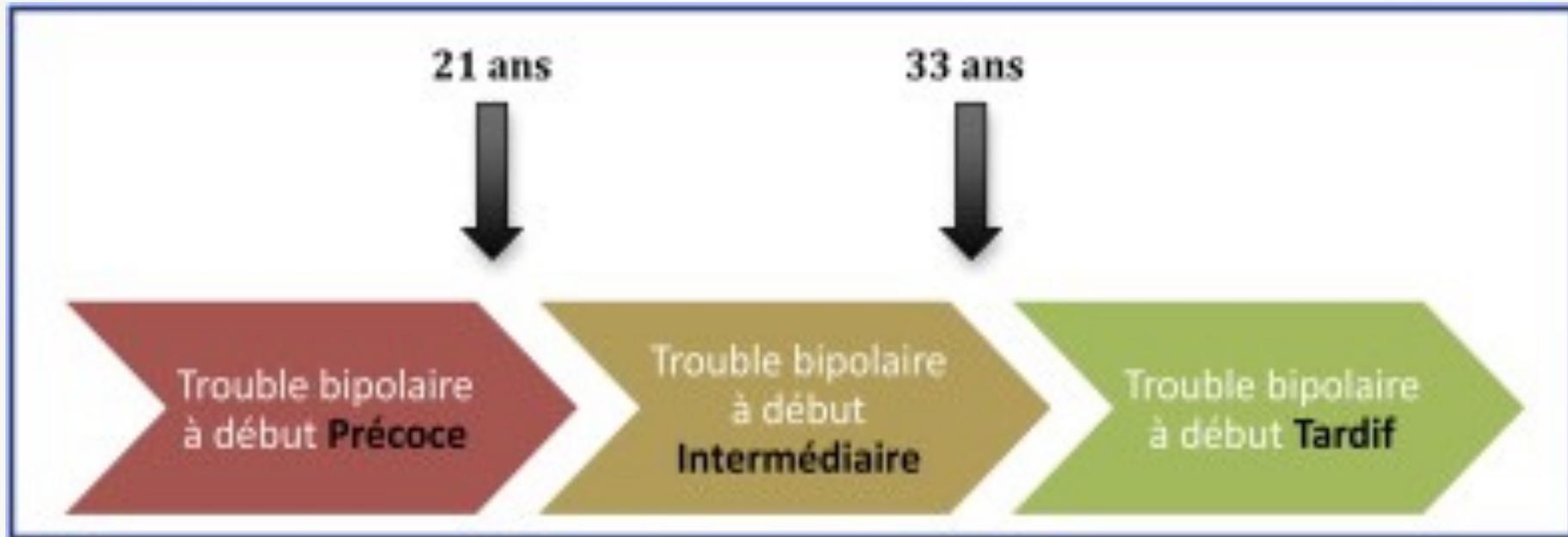


Figure 1

Le spectre des troubles bipolaires.

Gaston Deny & Paul Camus

Psychose maniaco-dépressive



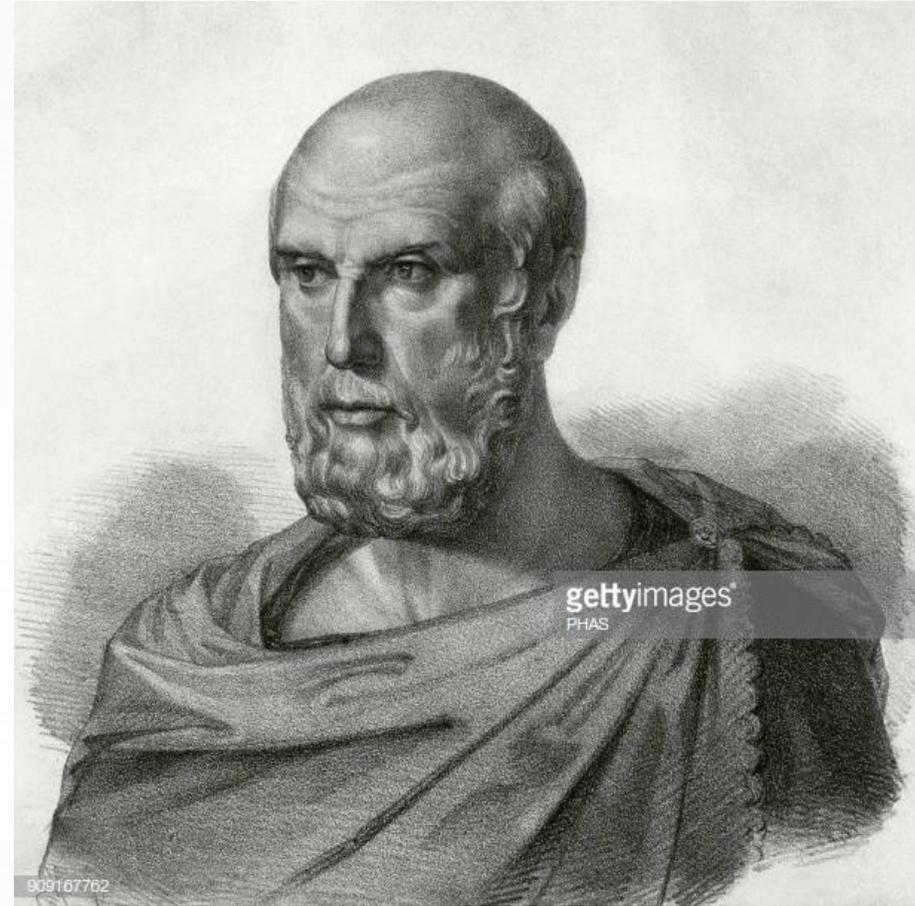
Note introductive

Histoire conceptuelle

- **Les liens unissant** – mélancolie et manie – furent découverts dès l'Antiquité par Hippocrate puis Arétée de Cappadoce, au I^{er} siècle après J-C.
- **C'est seulement au milieu du XIX^e siècle**, avec Jules Baillarger et J-P. Falret, que l'alternance de la manie et de la mélancolie fut rattachée à une même affection

Arrétée de Cappadoce & Hippocrate

©Bibliothèque publique et universitaire, Neuchâtel



Jean-Pierre Falret



Jean-Pierre FALRET

Des maladies mentales et des asiles d'aliénés : leçons cliniques et considérations générales / par J. P. Falret, ...

Date de première édition : 1861



Les éditions
CHAPITRE.COM

DE L'HYPOCHONDRIE

ET

DU SUICIDE.

CONSIDÉRATIONS

SUR LES CAUSES, SUR LE SIÈGE ET LE TRAITEMENT DE CES MALADIES,
SUR LES MOYENS D'EN ARRÊTER LES PROGRÈS ET D'EN PRÉVENIR LE
DÉVELOPPEMENT ;

PAR J.-P. FALRET,

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris, Membre de la Société
médicale d'Émulation, de l'Athénée de médecine de Paris, et
Médecin du Bureau de Charité du neuvième Arrondissement.



A PARIS,

Chez CROULLEBOIS, Libraire de la Société de
Médecine, rue des Mathurins, n° 17.

1822.

Note introductive

Histoire conceptuelle

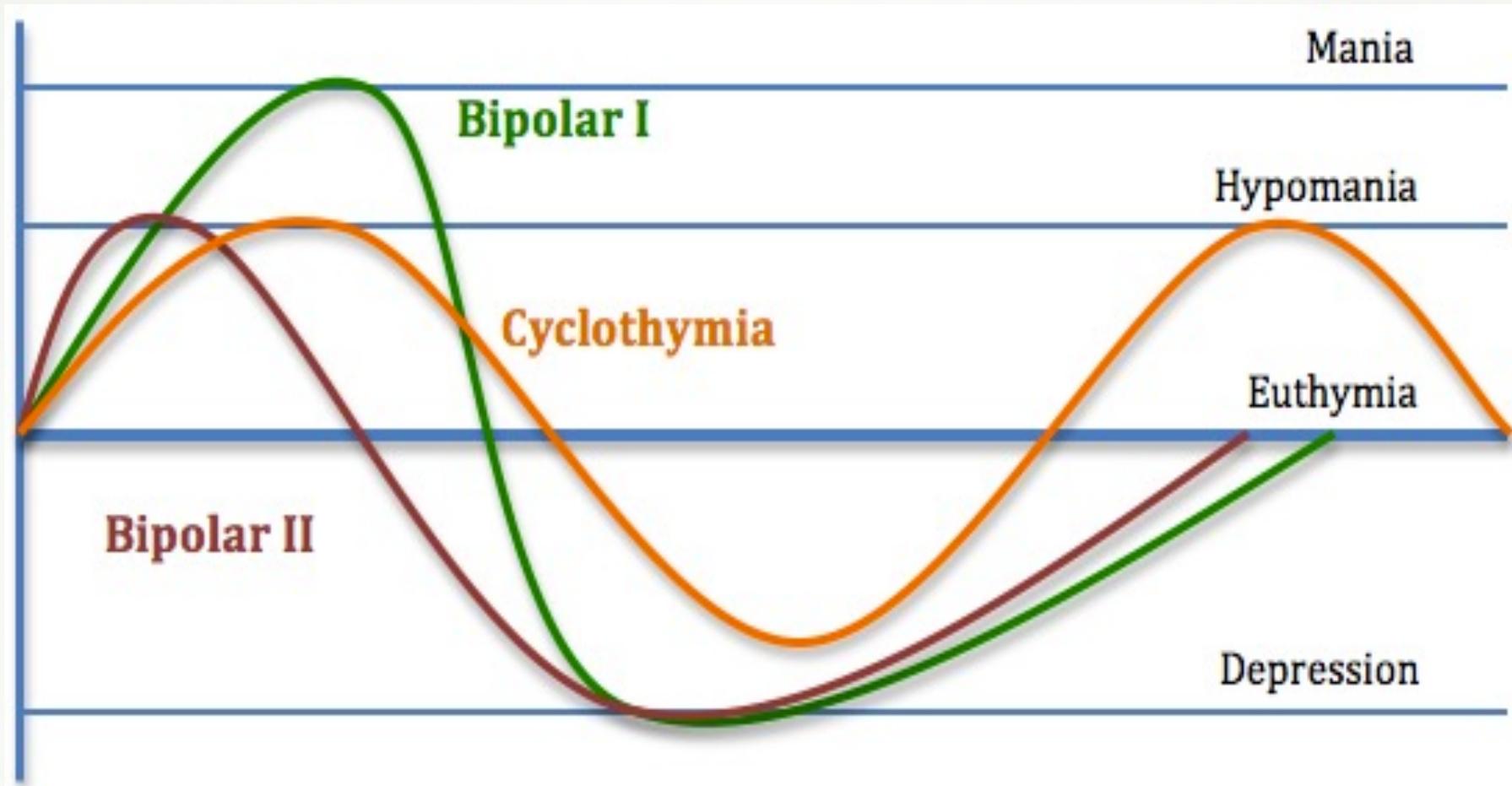
- Le spectre de la maladie maniaco-dépressive, tel que le décrit Emile Kraepelin en 1889, inclut aussi les patients qui n'ont présenté que des épisodes dépressifs (psychose maniaco-dépressive unipolaire)

Note introductive

Histoire conceptuelle

- La **psychose maniaco-dépressive** est considérée comme une psychose endogène constitutionnelle dont l'évolutivité serait peu influencée par les facteurs psychologiques et environnementaux
- En 1974, **D. Dunner** a isolé les psychoses maniaco-dépressives à cycles rapides, qui avaient déjà été décrites par les auteurs du XIX^e siècle et qui sont caractérisées par au moins quatre épisodes dysthymiques par an

Bipolarité & cyclothymie



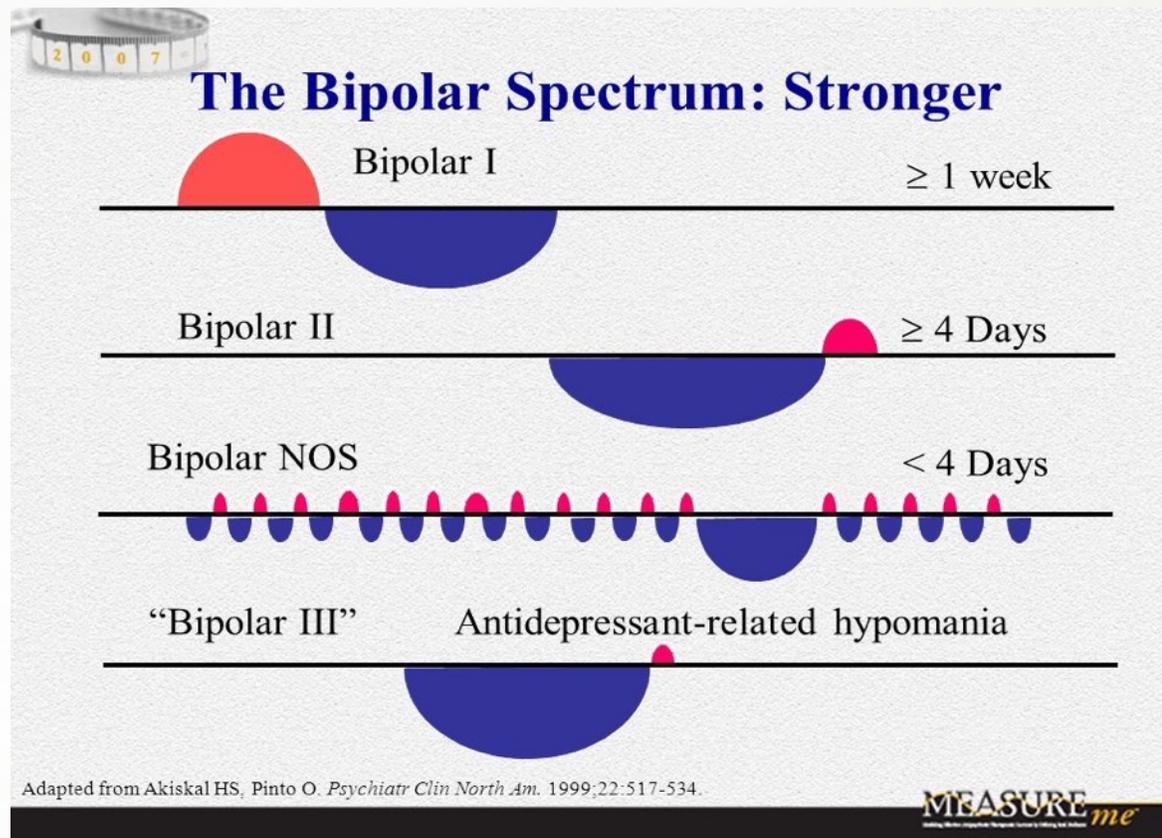
Note introductive

Histoire conceptuelle

■ Un nouveau spectre bipolaire a été développé par H.S. Akiskal (1983), une manie franche définit le trouble bipolaire de **type I**, un épisode dépressif est suivi par des périodes hypomaniaques d'intensité plus légère dans les troubles bipolaires de **type II**, la succession d'épisodes dépressifs survenant chez des sujets ayant des antécédents familiaux de PMD caractérise le trouble bipolaire de **type III**

Hagop Akiskal

Nouveau spectre bipolaire



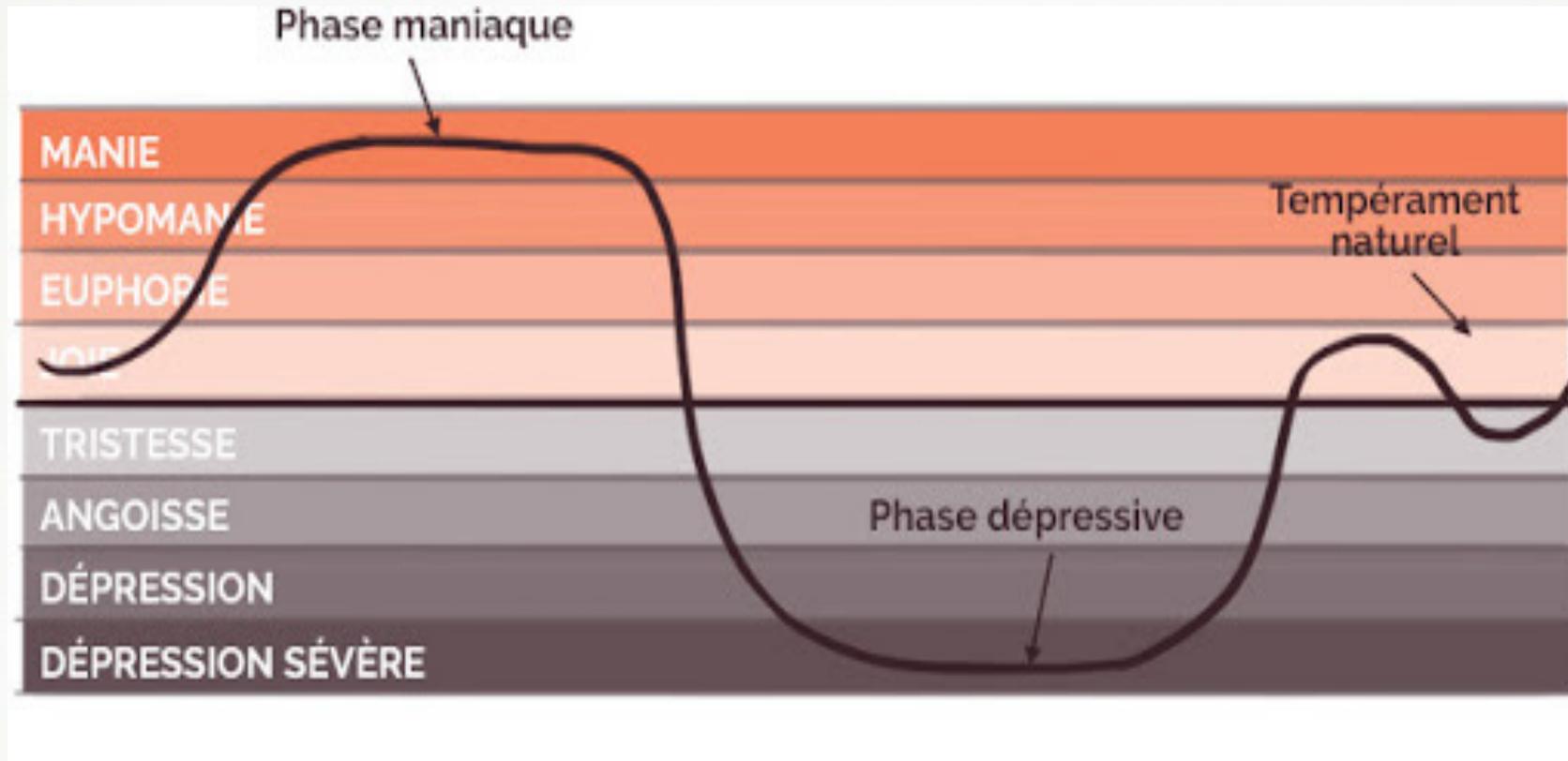
Etats maniaques

Trouble maniaque

Analyse sémantique

- Le terme manie est utilisé depuis l'Antiquité pour désigner un état d'excitation : le début est souvent brutal, le malade devient exubérant, hyperactif et insomniaque, l'accès maniaque est parfois précédé d'un signe prémonitoire
- La manie est un état d'excitation psychotique avec agitation psychomotrice, exaltation de l'humeur, euphorie et exagération de l'estime de soi ; ces symptômes psychopathologiques peuvent être délirants

Oscillations de l'humeur

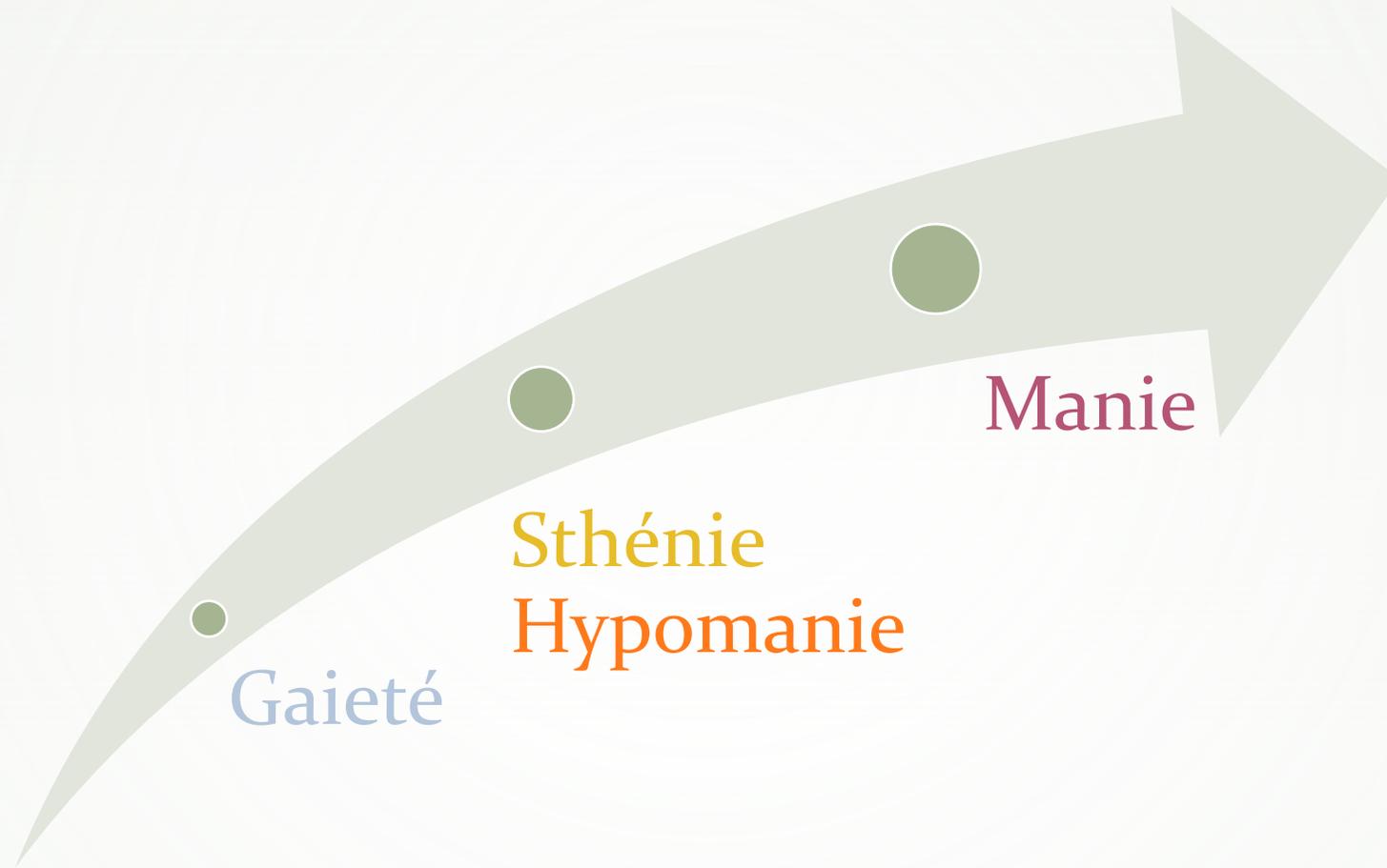


Trouble maniaque

Analyse sémantique

- On parle d'accès maniaque quand la manie se produit au cours d'une PMD, ce qui représente environ 80% des cas, et d'hypomanie quand les symptômes maniaques sont modérés et ne compromettent pas l'adaptation sociale (on est alors aux limites de la normalité)

Humeur vers le versant maniaque



Gaieté

Sthénie
Hypomanie

Manie

Eléments cliniques

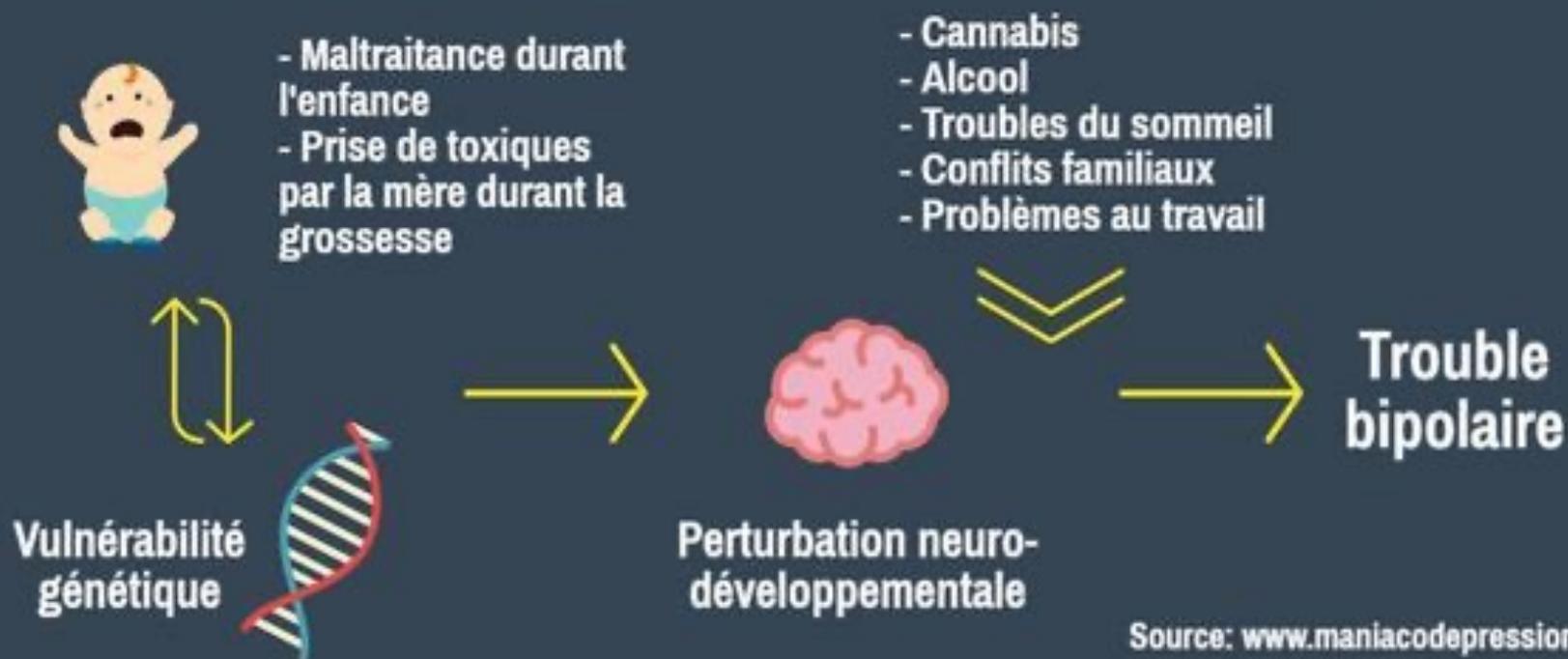
Etats maniaques

Trouble maniaque

Analyse étiologique

- **Les facteurs déclenchants** peuvent exister mais ce n'est pas toujours le cas : événement stressant, deuil (manie de deuil), accouchement, l'insuffisance de sommeil, qu'elle qu'en soit la cause, semble être le facteur déclenchant commun
- **Au cours des formes bipolaires**, la rechute est de plus en plus souvent provoquée par le malade qui interrompt son traitement, ou les traitements antidépresseurs (manie iatrogène des virages maniaques)

Ces facteurs qui conduisent au trouble bipolaire

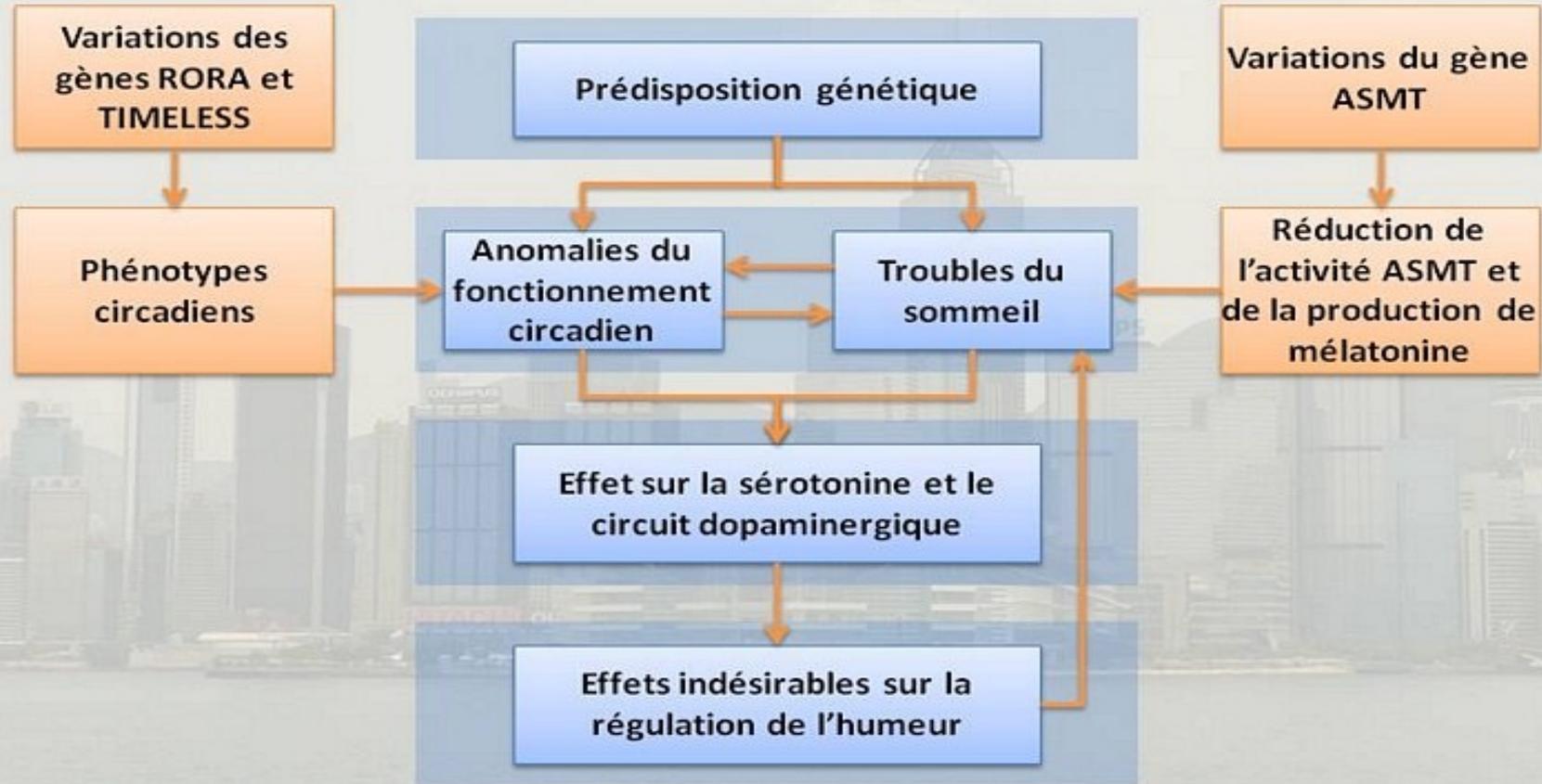


Trouble maniaque

Analyse clinique

- **Le début de l'accès est brutal** ou rapidement progressif, avec des changements de comportement remarquables par l'entourage : excitation, activités multiples et/ou désordonnées, insomnie
- **Le sujet ne se sent pas malade** et dit au contraire aller très bien, parfois une brève variation d'humeur (moment dépressif) est suivie d'une montée progressive de l'exaltation

Facteurs de prédisposition génétique et psychiatrie



Résultats de l'étude de S. Jamain

D'après Harvey AG. *Am J Psychiatry* 2008

Période d'état maniaque

Une présentation particulière

- **Le visage** est animé et expressif, parfois rieur et jovial, souvent tendu et agressif
- **Les sentiments** qu'il exprime changent très vite, passant du rire aux larmes ou à l'agressivité avant de redevenir moqueurs
- **La tenue** est le plus souvent débraillée, voyante et inadaptée aux circonstances, ce qui témoigne de l'excitation et de la perte du sens des convenances sociales

Période d'état maniaque

Tachypsychie & fuite des idées

- **Le langage du maniaque** témoigne dans son contenu et dans sa forme de l'accélération du cours de la pensée (tachypsychie) et de la fuite des idées
- **Le maniaque parle sans arrêt** (logorrhée verbale), fort et vite, rit ou chante : le contact est facile, mais familier, superficiel et caustique (entourage et soignants entendent quelques vérités bien senties sur leurs travers physiques ou autres)

Période d'état maniaque

Tachypsychie & fuite des idées

- Les associations d'idées s'enchaînent rapidement, mais sans cohérence, allant d'un sujet à l'autre sans lien logique (coq à l'âne), par associations sur la forme (phonémiques) ou le sens (sémantiques)
- L'attention paraît suraiguë et rien n'échappe au maniaque de ce qui l'entoure (d'où les critiques et les attaques personnelles qu'on peut entendre), mais elle est très dispersée (distractibilité)

Période d'état maniaque

Idées congruentes à l'humeur

- Les idées exprimées sont en général congruentes à l'humeur, c'est-à-dire dans le même sens, ici expansif : euphorie, optimisme, idées de grandeur avec augmentation de l'estime de soi
- Le maniaque se sent très bien (« tout va bien, j'ai de grands projets », etc.), pas malade du tout (« c'est vous qui êtes malade ! ») et heureux

Période d'état maniaque

Exaltation de l'humeur

- **L'humeur est instable**, le maniaque est facilement irritable et pleure parfois en évoquant des événements tristes, les propos érotiques fréquents contrastent avec le comportement habituel du sujet
- **Les propos sont souvent sans rapport avec la réalité** et peuvent paraître délirants : il s'agit d'un « délire verbal » sans la conviction radicale des idées délirantes proprement dites, le malade déparle (terme vieilli qui exprime bien la différence avec délirer)

Période d'état maniaque

Excitation psychomotrice

- **L'activité motrice est augmentée** mais désordonnée et brouillonne, les tâches ne sont pas terminées, tout est mis en désordre...
- **La conduite est inadaptée**, souvent vers des activités agréables (achats, dons, conduites sexuelles) mais dont les risques ne sont pas bien évalués : c'est un des graves problèmes de la manie

Période d'état maniaque

Excitation psychomotrice

- Les conduites alimentaires témoignent de l'avidité orale, le maniaque mange voracement et sans retenue, fume beaucoup et parfois se saoule : quid du maniaque alcoolisé et de l'alcoolique en ivresse excito-motrice ?

Période d'état maniaque

Troubles somatiques

- **L'insomnie est constante**, parfois totale, rebelle aux hypnotiques : le maniaque est infatigable et épuise tout le monde, faim et soif parfois oubliées peuvent entraîner des complications (déshydratation)
- **L'amaigrissement** est lié à l'hyperactivité, les troubles digestifs sont variables
- **L'augmentation modérée de la température** (hyperthermie) et de la fréquence cardiaque (tachycardie) sont habituelles

Période d'état maniaque

Anamnèse familiale essentielle

- Les informations données par le sujet ne sont pas fiables et doivent nécessiter un certain nombre de précisions : l'existence d'antécédents similaires ou d'épisodes mélancoliques à la fois chez le patient et/ou dans sa famille, le mode de début (facteurs déclenchants, date et mode des premiers symptômes)

Période d'état maniaque

Anamnèse familiale essentielle

- La conduite du maniaque posent rapidement des problèmes importants dans les différents domaines où l'adaptation sociale est perturbée : la famille et l'entourage, le milieu professionnel, milieu social...

Période d'état maniaque

Anamnèse familiale essentielle

- Dans toutes les cultures, la manie est la maladie mentale la plus mal supportée, exprimant la déraison et la folie
- L'hospitalisation s'impose au bout d'un temps variable, afin de mettre le sujet à l'abri : il doit être hors d'état de nuire à autrui et surtout à lui-même

Formes cliniques

Etats maniaques

Hypomanie

Excitation maniaque simple

- L'hypomanie est une forme mineure du syndrome avec hyperactivité, réduction du temps de sommeil, exaltation de l'humeur, mais sans véritable agitation vraie ni troubles généraux
- Le fonctionnement social et professionnel est peu ou pas perturbé

Hypomanie

Excitation maniaque simple

- Certains sujets très actifs présentent une hypomanie habituelle : des sujets très créatifs, dont la réussite socio-professionnelle est liée à ce mode de fonctionnement, et qu'il n'y a évidemment aucune raison de soigner

TDA-H	TB (manie/hypomanie)
Symptômes communs	
Bavard, parle trop	Parle plus que d'habitude
Facilement distrait, passe d'une activité à une autre	Distractibilité, changements d'activité, de projets
A des difficultés à maintenir son attention	
Ne s'attache pas aux détails	
Impatience	Augmentation de l'activité, impatience
Se sent toujours sous pression, a des difficultés à se détendre	
Interrompt autrui dans la conversation, coupe la parole	Perte des inhibitions sociales
Répond avant que la question ne soit posée	
Symptômes distincts	
Oublis fréquents dans les activités quotidiennes	Idées de grandeur
Difficultés à organiser les tâches et les activités	Augmentation de l'activité dirigée vers un but
Egare ses affaires, souvent en retard, tendance à la procrastination	Fuite des idées
Evite les efforts mentaux prolongés. Difficultés à suivre des instructions verbales, semble ne pas écouter quand on lui parle	Diminution du besoin de sommeil. Activités orientées vers le plaisir, ne tient pas compte des risques et des conséquences

TROUBLE DÉFICIT de l'ATTENTION / HYPERACTIVITÉ

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC

Le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité est un trouble neurodéveloppemental retrouvé dans la plupart des cultures chez environ 5% des enfants et 2,5% des adultes. Il se caractérise par une distractibilité, un manque de persévérance et une difficulté à soutenir son attention (inattention), une activité motrice excessive (hyperactivité) et des actions précipitées (impulsivité).

INATTENTION <small>Présence d'au moins 6 symptômes depuis au moins 6 mois (5 symptômes si âge > 17 ans)</small>	ET OU	HYPERACTIVITÉ/IMPULSIVITÉ <small>Présence d'au moins 6 symptômes depuis au moins 6 mois (5 symptômes si âge > 17 ans)</small>
Je ne parviens pas à prêter attention aux détails Je fais des fautes d'étourderie		Je remue souvent les mains, les pieds, ou je me tortille sur mon siège
J'ai souvent du mal à soutenir mon attention dans mes activités (ex. cours, conversations, lectures)		Je me lève souvent dans les situations où je suis supposé-e rester assis-e
Les autres ont l'impression que je ne les écoute pas quand ils me parlent personnellement		Je cours ou grimpe lorsque cela est inapproprié ou je me sens impatient-e sur le plan moteur
Souvent, je ne me conforme pas aux consignes et ne parviens pas à mener à terme mes tâches		Je suis souvent incapable de me tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs
J'ai souvent du mal à organiser mes travaux ou activités (ex. gérer les étapes, l'ordre, les délais)		Je suis souvent « sur la brèche » ou j'agis souvent comme si j'étais « monté-e sur ressorts »
J'évite souvent les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu		Je parle souvent trop Je termine souvent les phrases des autres
Je perds souvent le matériel nécessaire à mon travail ou mes activités		Je laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée.
Je me laisse souvent et facilement distraire par ce qui se passe autour (ou des pensées sans rapport)		J'ai souvent du mal à attendre mon tour (ex. dans une file d'attente, dans les jeux, réunions)
J'oublie fréquemment ce que je dois faire au quotidien (ex. ménage, factures, rendez-vous)		J'interromps souvent les autres ou j'impose ma présence (conversations, jeux, activités)
<small>Chez l'adulte, plusieurs symptômes étaient déjà présents avant l'âge de 12 ans Plusieurs symptômes sont présents dans au moins deux contextes différents (ex. maison, école, travail, famille, amis, autres activités)</small>		

LE TDAH PEUT SE CACHER DERRIÈRE

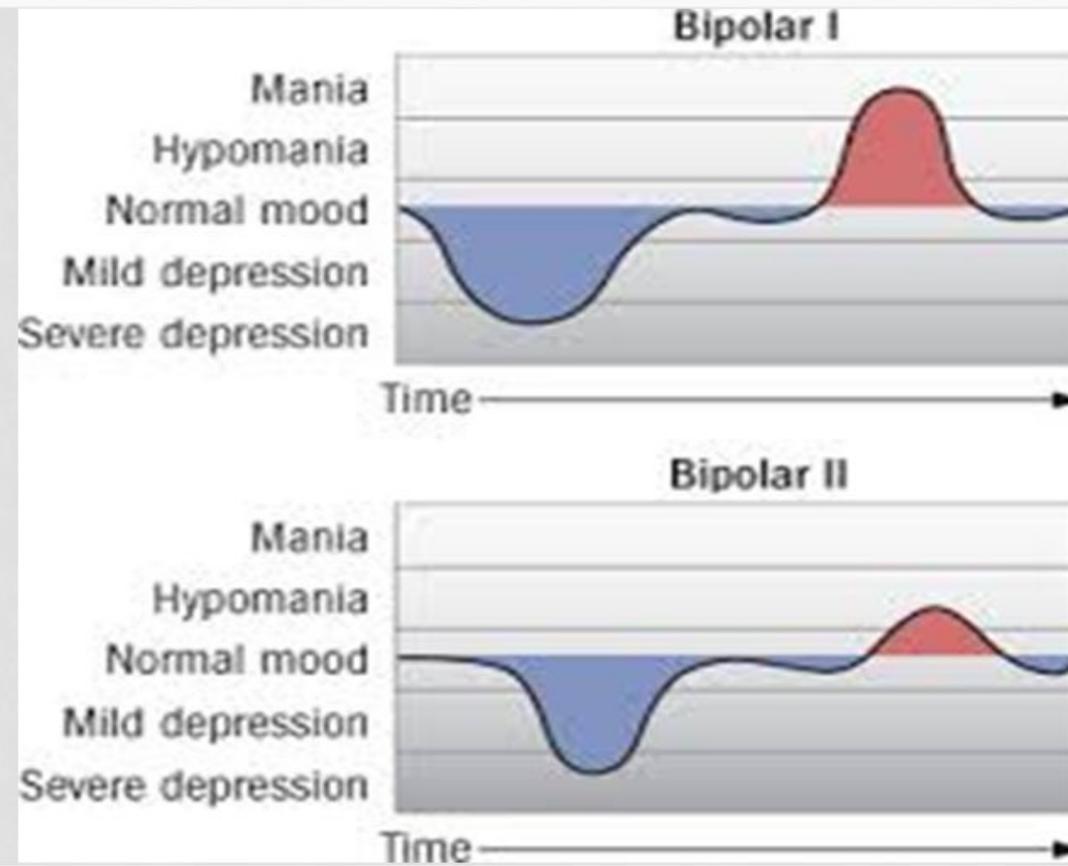
Trouble de l'humeur <small>Dépression Trouble bipolaire</small>	Trouble de la personnalité <small>Borderline Antisociale</small>	Trouble anxieux Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	Trouble lié aux substances <small>Troubles du comportement alimentaire</small>
Trouble du sommeil		Trouble du spectre autistique (TSA)	

Hypomanie

Excitation maniaque simple

- Certains des patients qui alternent des épisodes d'hypomanie et de dépressions plus ou moins importantes (forme bipolaire II ou cyclothymies)
- Certains toxiques (alcool, cocaïne) ou antidépresseurs (forme bipolaire III) : l'action des neuroleptiques ou des régulateurs de l'humeur (*Lithium*[®], *Tégrétol*[®]) est incomplète (manie décapitée)

DIFFERENCE IN BIPOLAR I & II



Manie délirante et hallucinatoire

Discrimination de la conviction délirante

- **Certaines études** évaluent la fréquence respective des idées délirantes et des hallucinations : il est difficile de faire la part du jeu, de l'exaltation de l'imaginaire et d'un trouble vrai des perceptions et des idées
- **Comme dans la mélancolie mais en sens inverse**, certaines idées délirantes ne sont pas congruentes à l'humeur (elles ne vont pas dans le même sens expansif de l'humeur) : persécution, influence...

Manie délirante et hallucinatoire

Idées congruentes à l'humeur

- **Idées expansives de grandeur** (mégalo manie), plutôt gratifiantes et agréables : la grandeur ou transformation de soi (« je suis le grand chef »)
- **Un sentiment de toute puissance** (« je peux tout faire »), mysticisme (« je suis Dieu, ou le nouveau Christ, ou l' élu du Seigneur »)

Manies confuses

- Un syndrome confusionnel peut survenir au cours d'un état maniaque et les symptômes se surajoutent alors à ceux de la manie
- Les facteurs de risques sont l'importance de l'agitation, le refus de boire, les médicaments, l'âge avancé, une cause organique (manie symptomatique)

Manies suraiguës

Furieuses ou résistantes au traitement

- **Les formes majeures**, devenues très rares, réalisent un état de fureur redoutable, tant pour le patient que pour ceux qui l'entourent
- **La résistance au traitement est rare** : il s'agit de patients pour qui les neuroleptiques ou les régulateurs de l'humeur sont contre-indiqués ou très mal tolérés, ou de formes résistantes, qui durent parfois des mois

Etats mixtes

Symptômes maniaques & mélancoliques

- L'association de symptômes maniaques et mélancoliques représentent les états mixtes qui se voient surtout au cours du traitement des mélancolies
- Le sujet exprime des idées qui ne vont pas dans le même sens que l'humeur : les idées sont dites non congruentes à l'humeur

Etats mixtes

Symptômes maniaques & mélancoliques

- On retrouve en même temps des éléments sémiologiques de la manie et de la mélancolie
- En se succédant très rapidement, on considère actuellement que ce ne sont pas des états mixtes, mais des troubles bipolaires à cycles très courts

Manies symptomatiques

Maladies organiques

- **Les syndromes endocriniens** (hyperthyroïdie, maladie de Cushing)
- **Les intoxications aiguës** : alcool, amphétamines, cocaïne, médicaments antituberculeux (*Rimifon*[®]), L-Dopa (*Modopar*[®]), corticoïdes et ACTH (*Solumédrol*[®], *Synacthène*[®], etc.), antidépresseurs et électroconvulsivothérapie (sismothérapie)

Manies symptomatiques

Maladies organiques

- Tumeurs cérébrales localisées au diencéphale
- Traumatisme crânien et états démentiels (maladie de Pick) très rarement

Evolution & diagnostic médical

Etats maniaques

Trouble maniaque

Evolution symptomatique

- Les accès durent maintenant de quelques semaines à quelques mois
- Le traitement est d'autant plus facile qu'il est commencé tôt, mais il est souvent impossible au début, à cause du refus du malade



Trouble maniaque

Evolution symptomatique

- **Les états maniaques symptomatiques** dont la cause est éliminée peuvent guérir rapidement, ou évoluer de façon autonome, comme un accès
- **Des complications peuvent survenir** : syndrome confusionnel, résistances et/ou passage sans intervalle libre à la mélancolie (troubles bipolaires à cycles courts)

Diagnostic médical

Trouble de l'humeur

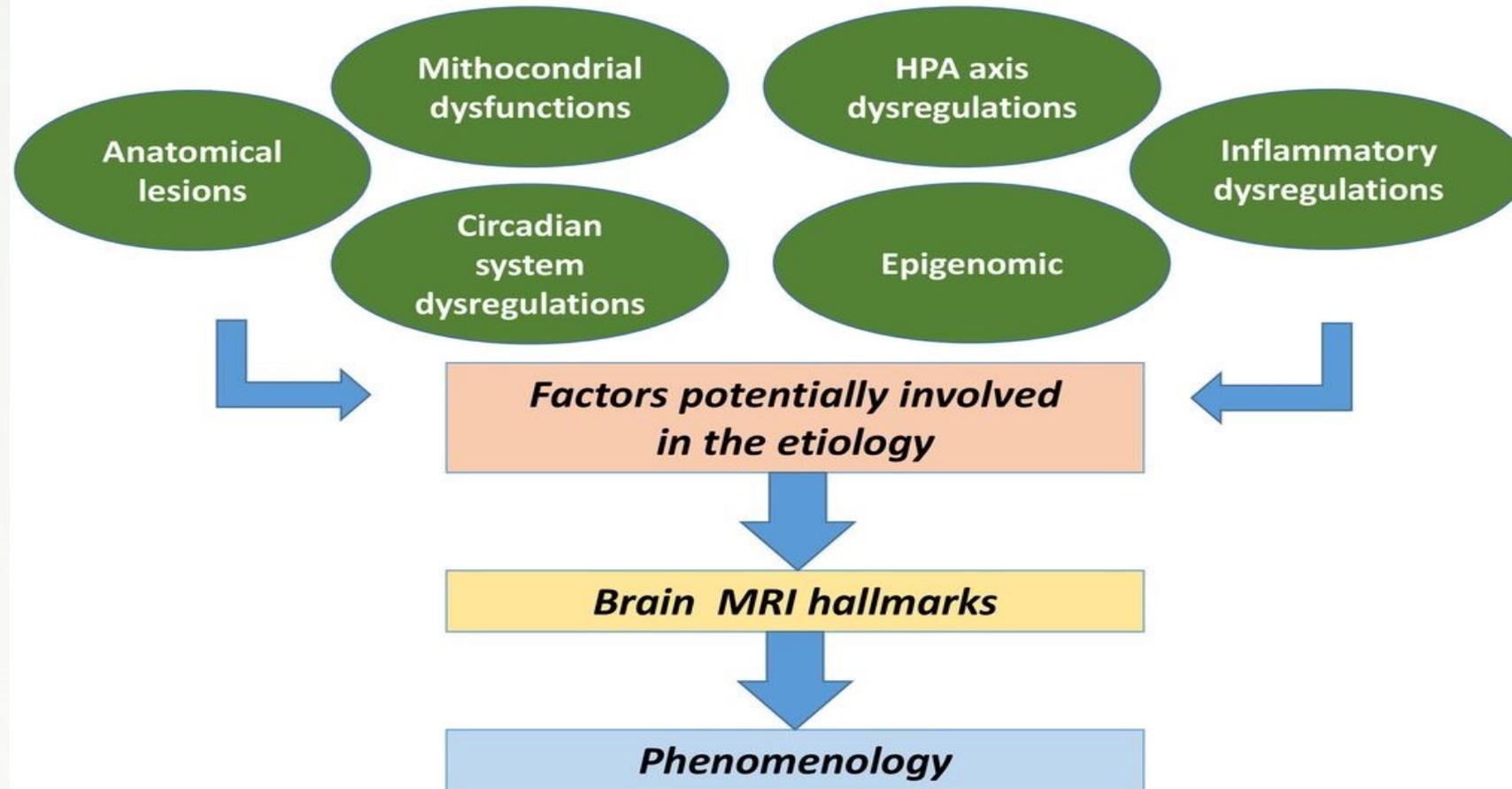
- **Devant un état d'excitation**, le diagnostic médical de manie est facile chez un patient connu pour ses antécédants de manie et/ou dépression, en outre, chez le même sujet, les accès thymiques se ressemblent beaucoup

Diagnostic médical

Trouble de l'humeur

- **Devant un patient dont on ne connaît pas les antécédents**, c'est parfois plus difficile : on retient le diagnostic devant l'association de l'exaltation psychique avec fuite des idées, l'humeur expansive et l'agitation psychomotrice, cependant il faut scrupuleusement chercher un facteur déclenchant, externe ou somatique

Bipolar Disorder – Neurobiology:



Diagnostic différentiel

Etats maniaques

Les schizophrénies

Symptômes convergents

- **Au cours des schizophrénies**, des états maniaques sont possibles, mais l'on peut voir aussi des troubles aigus du comportement qui ont un aspect maniaque : impulsions brutales ou exceptionnellement fureur catatonique
- **Certains accès comportant des troubles délirants** peuvent poser des problèmes diagnostiques avec les troubles de l'humeur au cours des bouffées délirantes ou des schizophrénies

Les schizophrénies

Symptômes convergents

- **La manie atypique** était rattachée à la schizophrénie, et tout épisode maniaque survenant chez un sujet jeune était suspecté d'être un mode d'entrée dans la maladie schizophrénique
- **Maintenant**, on considère qu'il s'agit d'une forme délirante de trouble bipolaire
- **Le diagnostic médical de schizophrénie** est réputé plus grave et il faut savoir recourir à l'épreuve thérapeutique : neuroleptiques versus normothymiques

Les autres états d'agitation

Symptômes divergents

- Le syndrome confuso-onirique (delirium) présente des signes spécifiques qui sont absents dans l'accès maniaque : syndrome confusionnel, onirisme surtout visuel, syndrome neurologique

Les autres états d'agitation

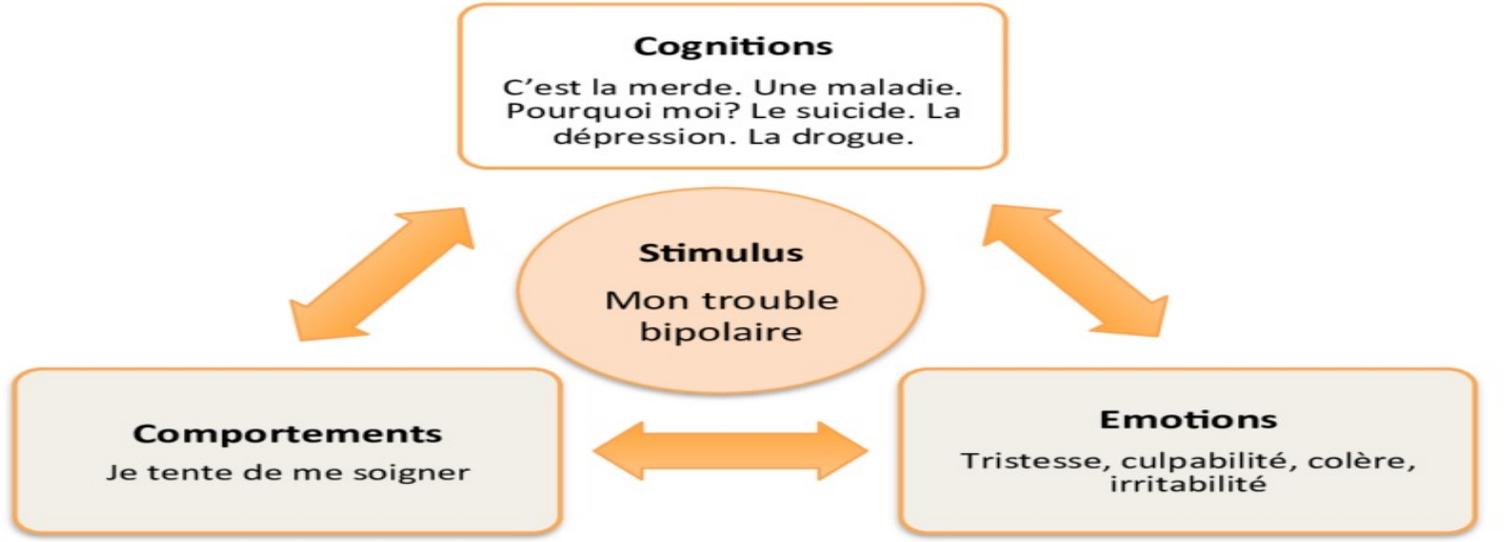
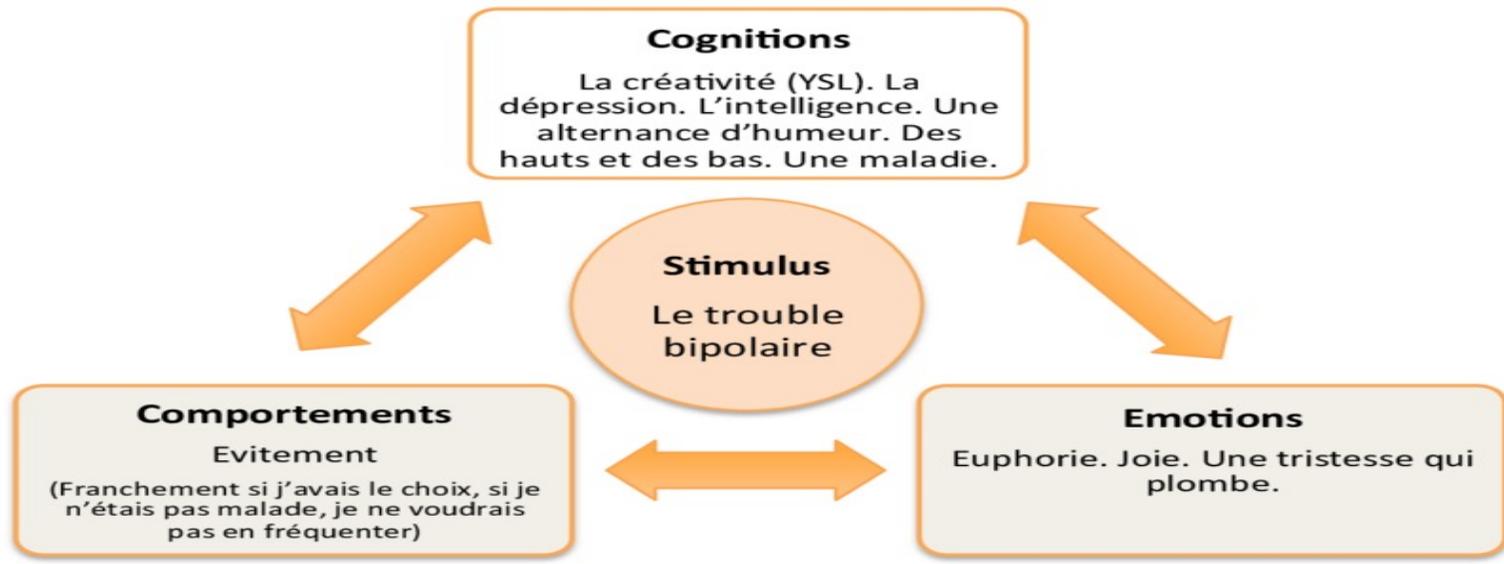
Symptômes divergents

- **Les épilepsies** : agitation des états de mal de crises partielles complexes du lobe temporal (états crépusculaires), en fait très rares et qui ne peuvent être affirmés que par l'EEG, des confusions post-critiques après les crises généralisées
- **Les rapports entre épilepsie et trouble bipolaire** sont mal connus : certains anti-épileptiques ont des effets antimaniaques ou régulateurs de l'humeur

Les autres états d'agitation

Symptômes divergents

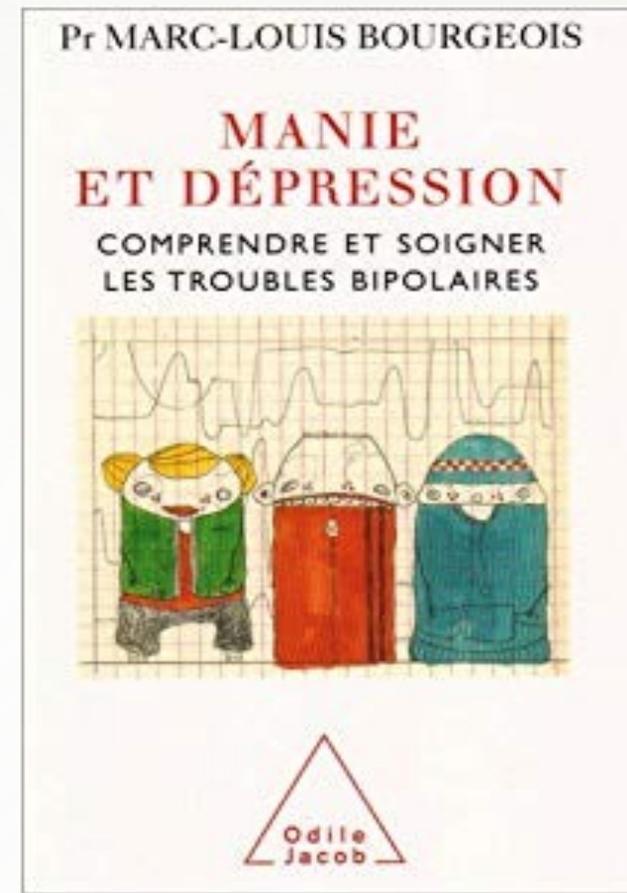
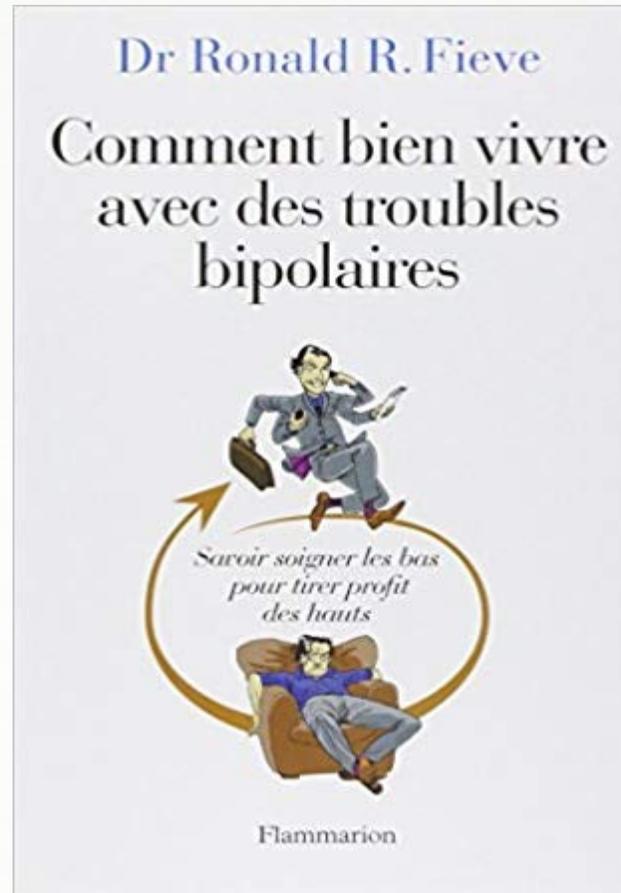
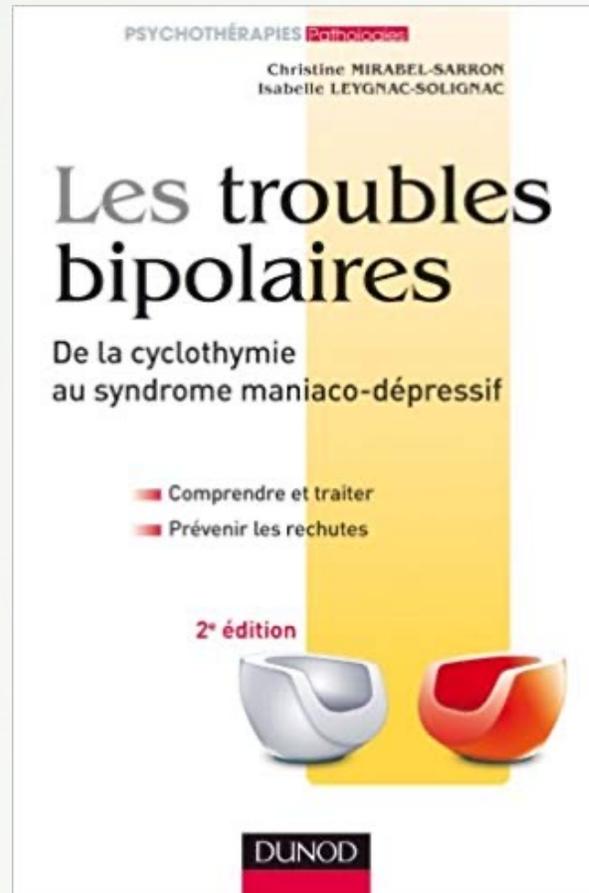
- La privation complète de sommeil a des effets antidépressogènes et/ou épileptogènes, la sismothérapie est efficace sur la mélancolie (crises d'épilepsie)
- Déséquilibre psychopathique : les psychopathes ont souvent des troubles de l'humeur, mais les troubles de type maniaque ne durent généralement pas !



Traitement médical

Prise en charge infirmière

Eléments de littérature



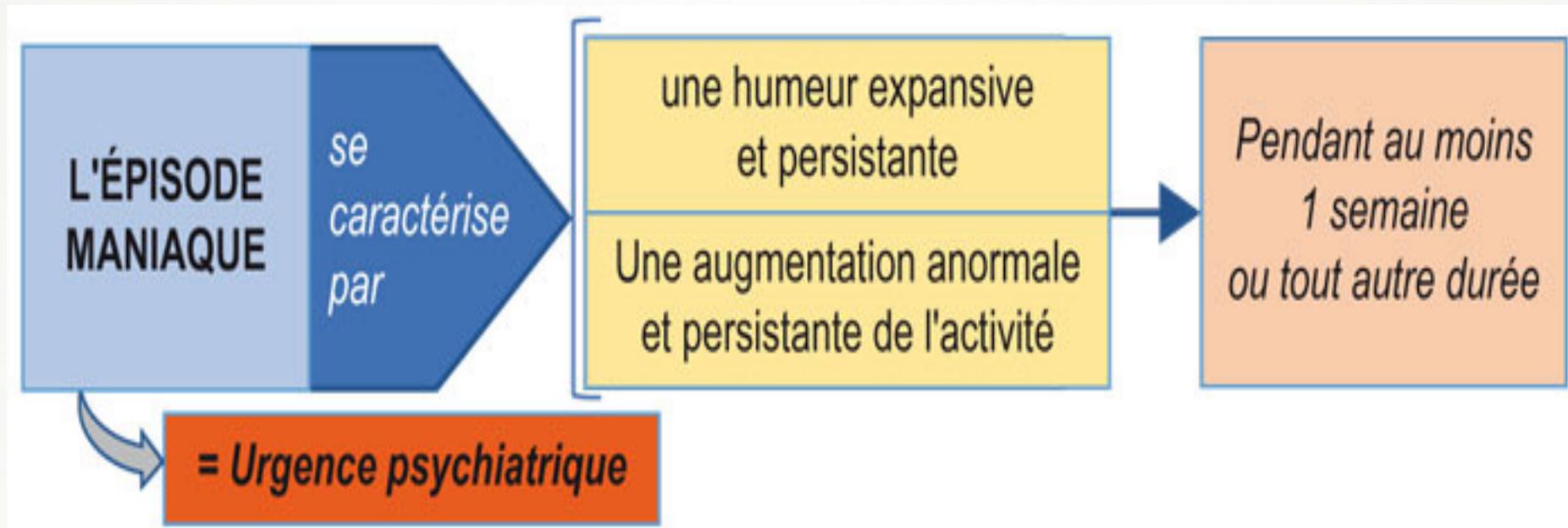
Stratégies thérapeutiques

Hospitalisation en urgence

- **Voie publique ou domicile** : les maniaques sont très rarement d'accord pour être hospitalisés, sauf ceux qui sont coopérants et connaissent bien leur maladie
- **Hospitalisation** : l'admission est en général assez mouvementée et la contrainte des soins est souvent nécessaire (SDT ou SDRE)

Stratégies thérapeutiques

Hospitalisation en urgence



Stratégies thérapeutiques

Hospitalisation en urgence

- **Un cadre clair mais pas trop contraignant est nécessaire** : les infirmiers doivent s'assurer discrètement que les issues sont contrôlées (un maniaque court en général assez vite), les traitements ne sont pas recrachés (gouttes préférables aux comprimés), malade en pyjama et portes fermées
- **Vérifier la légalité de l'hospitalisation** : le praticien hospitalier a le devoir d'écrire au Procureur de la République en vue d'une sauvegarde de justice

Stratégies thérapeutiques

Traitement médicamenteux en urgence

- Les neuroleptiques (antipsychotiques) sont en général indispensables au début à des posologies parfois élevées
- Lithium (*Téralithe*[®] ou *Neurolithium*[®]), les contres-indications doivent être respectées : dose de charge initiale puis maintien au taux thérapeutique (0,7 à 1 mmol/l), l'effet antimaniaque du Lithium se manifeste avec retard d'où la nécessité de commencer le traitement par les neuroleptiques ; *Tégrétol*[®] et *Dépamide*[®] (antiépileptiques) ont aussi des effets antimaniaques

Stratégies thérapeutiques

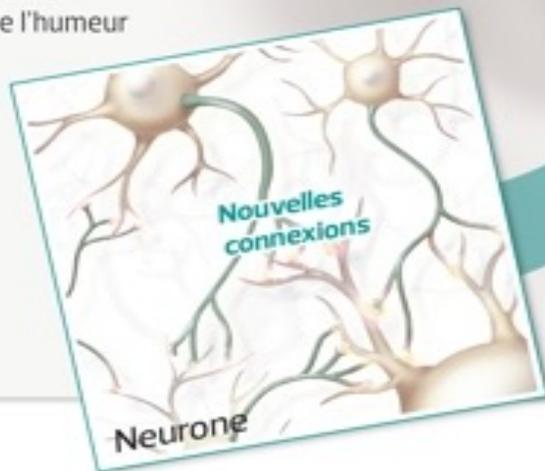
Stimulation cérébrale non invasives

- Les techniques de stimulation cérébrale non invasives, en plus des stratégies de psychothérapie et de psycho-éducation, représentent une alternative validée sur le plan scientifique
- La sismothérapie ou électroconvulsivothérapie (ECT) reste toujours le traitement de référence lors d'épisode thymique très sévère avec risque vital engagé

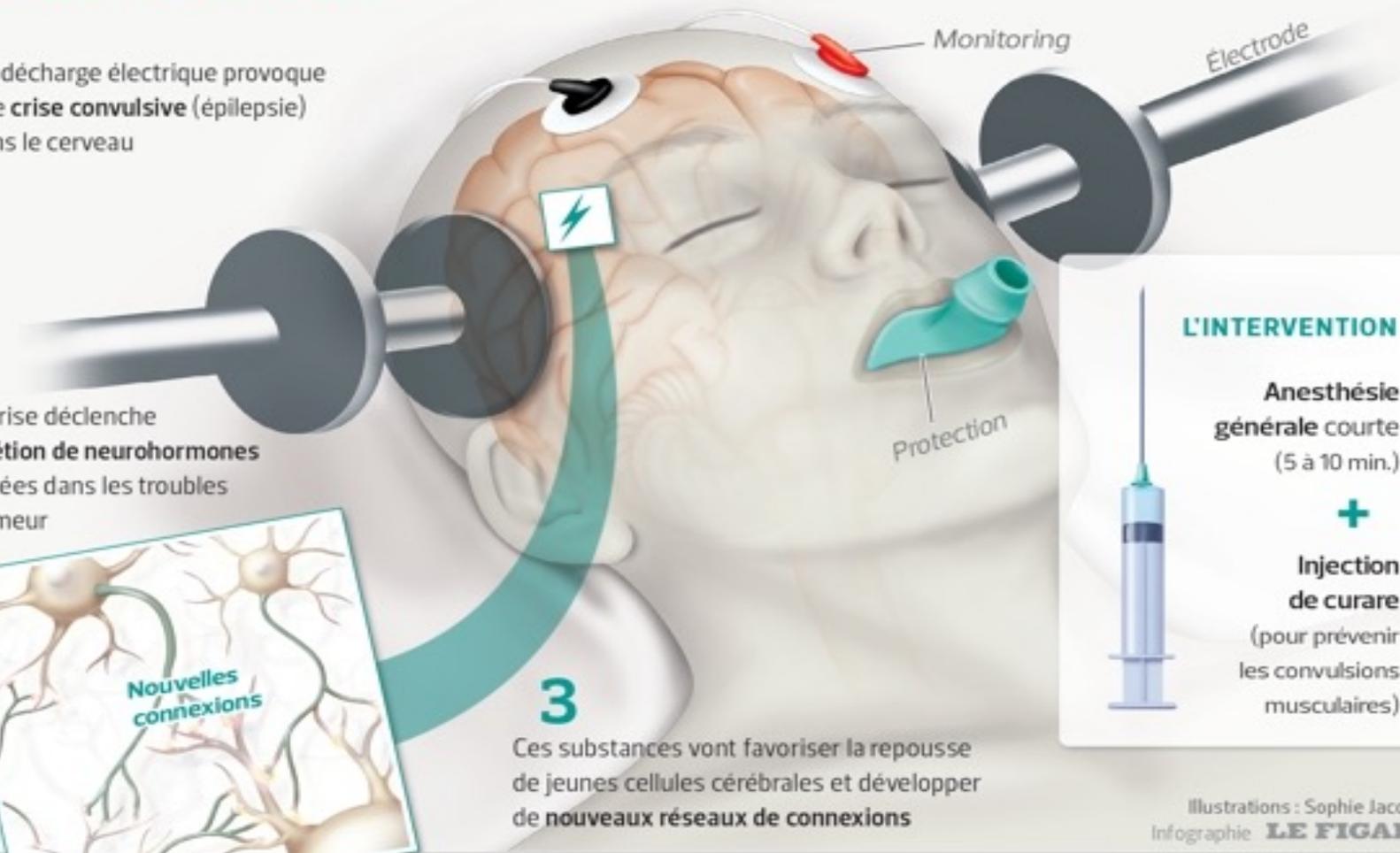
Des électrochocs pour rétablir les connexions neuronales

1 La décharge électrique provoque une **crise convulsive** (épilepsie) dans le cerveau

2 Cette crise déclenche la **sécrétion de neurohormones** impliquées dans les troubles de l'humeur



3 Ces substances vont favoriser la repousse de jeunes cellules cérébrales et développer de **nouveaux réseaux de connexions**



L'INTERVENTION

Anesthésie générale courte (5 à 10 min.)



Injection de curare (pour prévenir les convulsions musculaires)

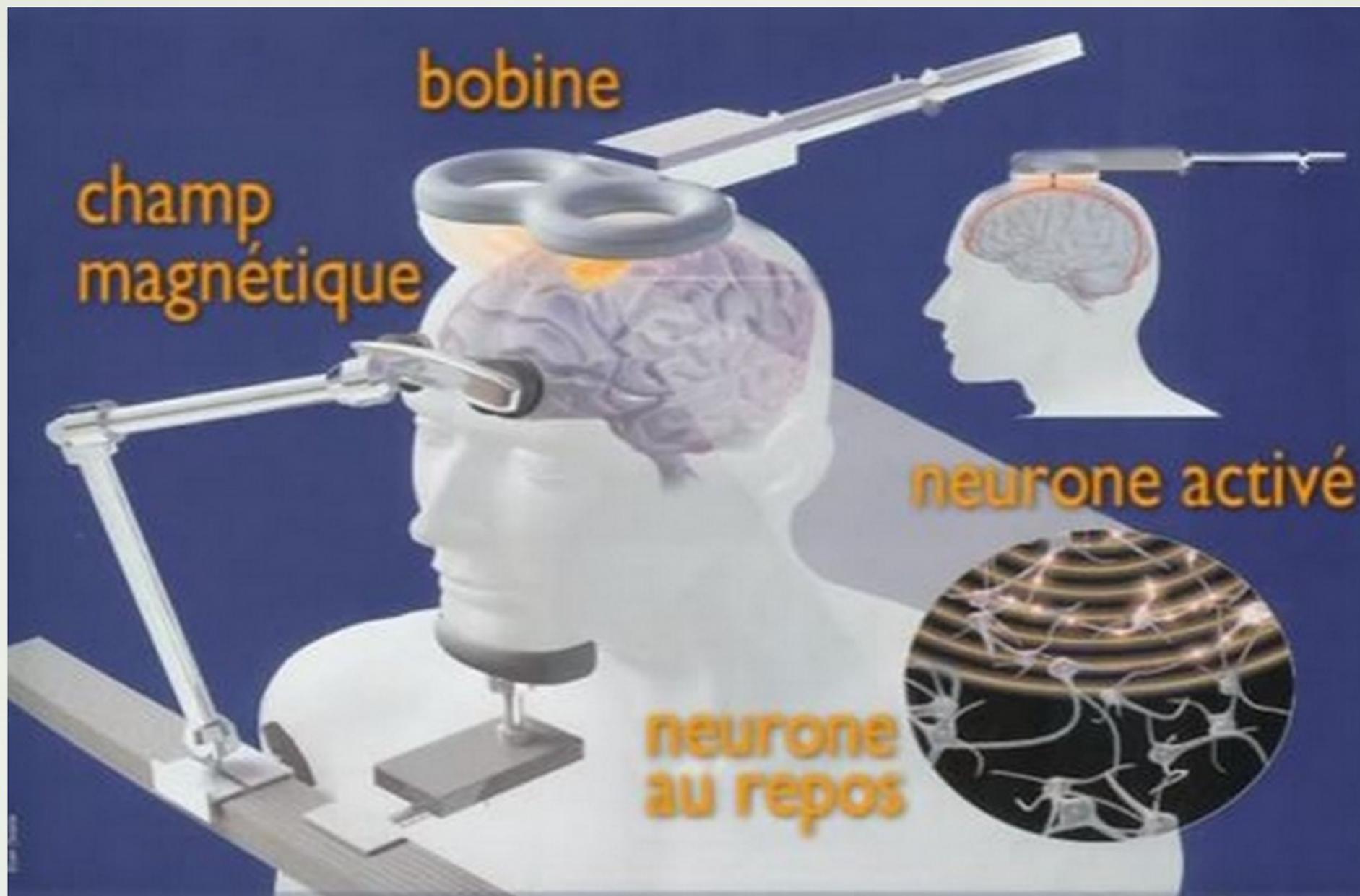


Illustrations : Sophie Jacopin
Infographie **LE FIGARO**

Stratégies thérapeutiques

Stimulation cérébrale non invasives

- La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) est un outil thérapeutique d'utilisation récente en psychiatrie
- La rTMS se limite à des résultats qui ont un faible niveau de preuve, se limitant à une possible réduction des symptômes en matière d'état maniaque et d'état mixte



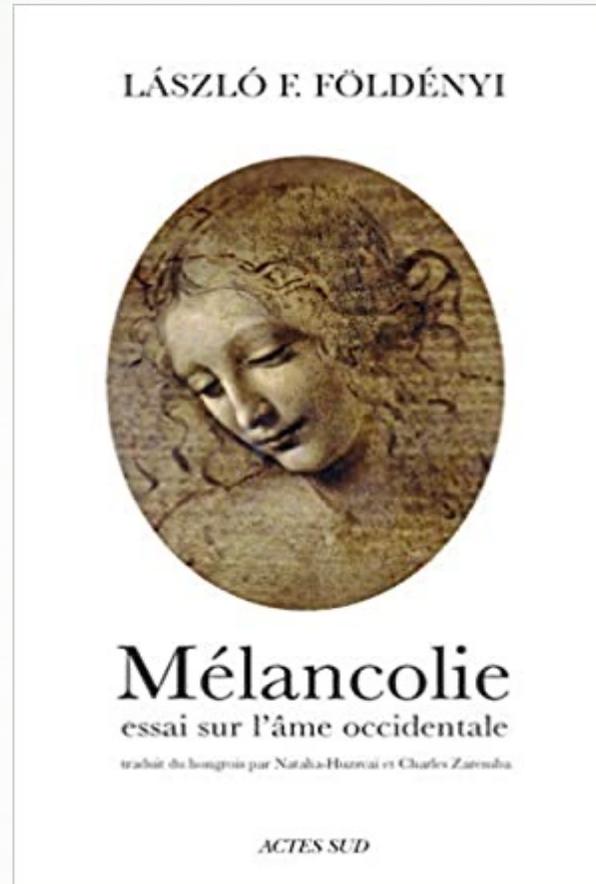
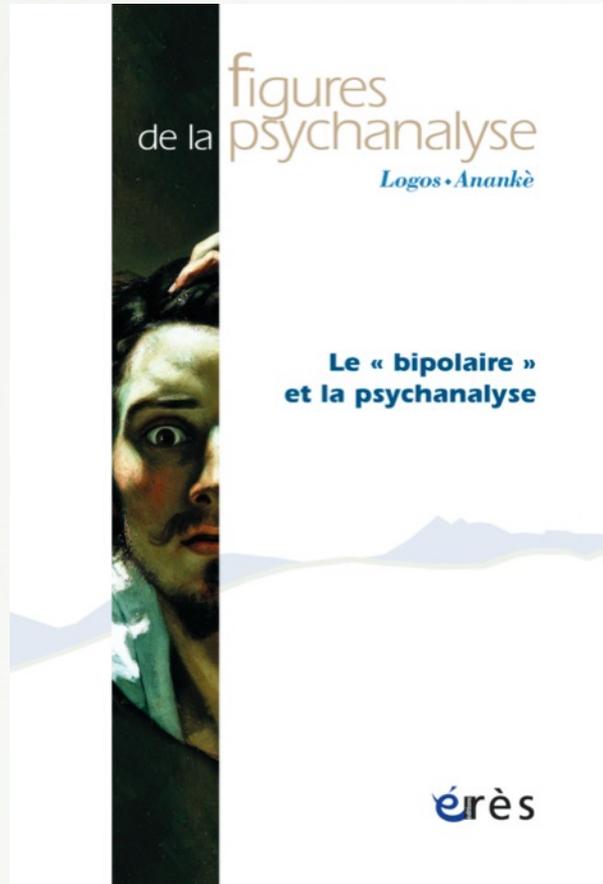
Etats mélancoliques

Trouble mélancolique

Analyse sémantique

- La **mélancolie** (du grec *mélas, mélanos* : noir et *cholê* : bile, dépit) est la maladie de la relation de l'âme et du corps
- Elle **s'oppose au simple chagrin** entièrement du côté de l'esprit ou de l'hypochondrie, maladie que l'on pourrait aussi considérer comme psychologique, mais où le patient ne peut plus être qu'un corps : le malheur du mélancolique, c'est la conscience de devoir être un esprit et un corps, et d'en souffrir

Eléments de littérature



Trouble mélancolique

Analyse sémantique

- Au XIX^e siècle, les progrès des sciences fondamentales remirent en cause pour les médecins la notion d'humeur et encore plus celle d'une substance mythique sécrétée par un organe, la rate, dont on commençait bien à s'apercevoir qu'il ne produisait rien de visible
- L'aspect intellectuel prit alors le pas dans la classification

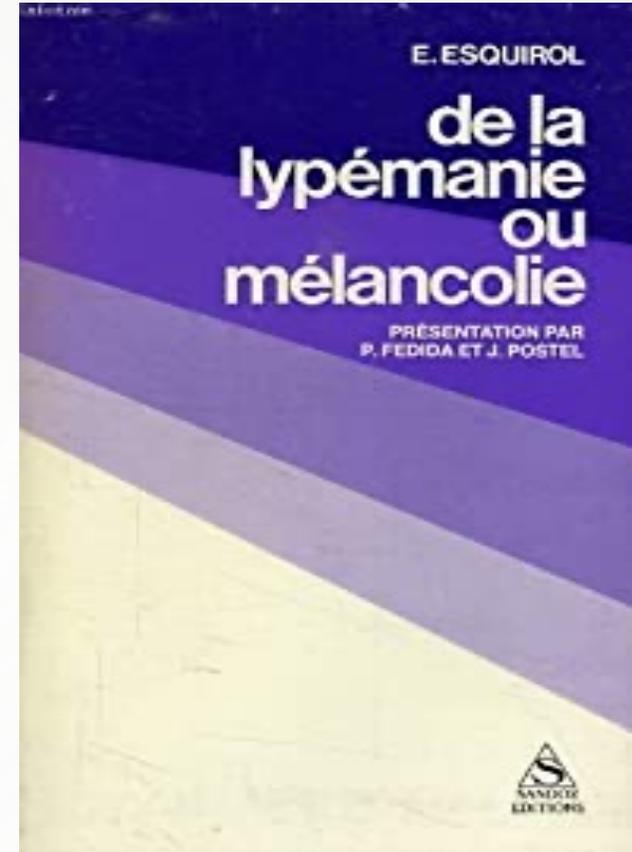
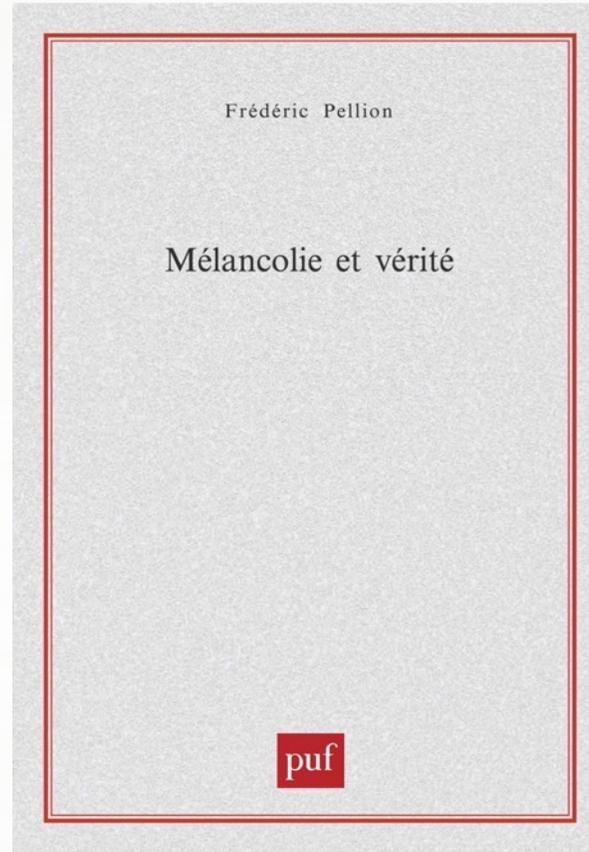
Trouble mélancolique

Analyse sémantique

■ **La mélancolie** « consiste dans un faux jugement que le malade porte sur l'état de son corps, qu'il croît être en danger pour des causes légères, ou il craint que ses affaires n'aient une suite fâcheuse » (Philippe Pinel, 1801)

Lypémanie

Mélancolie profonde

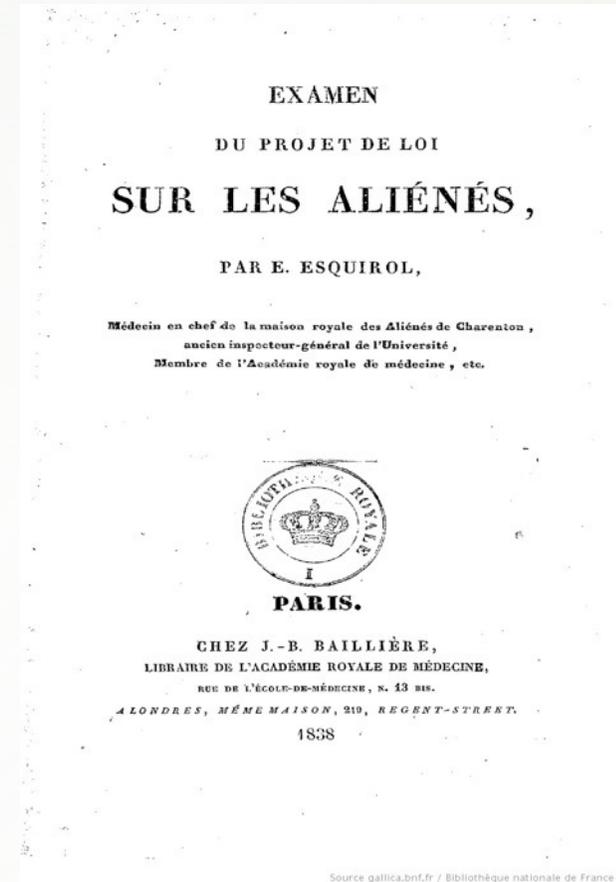
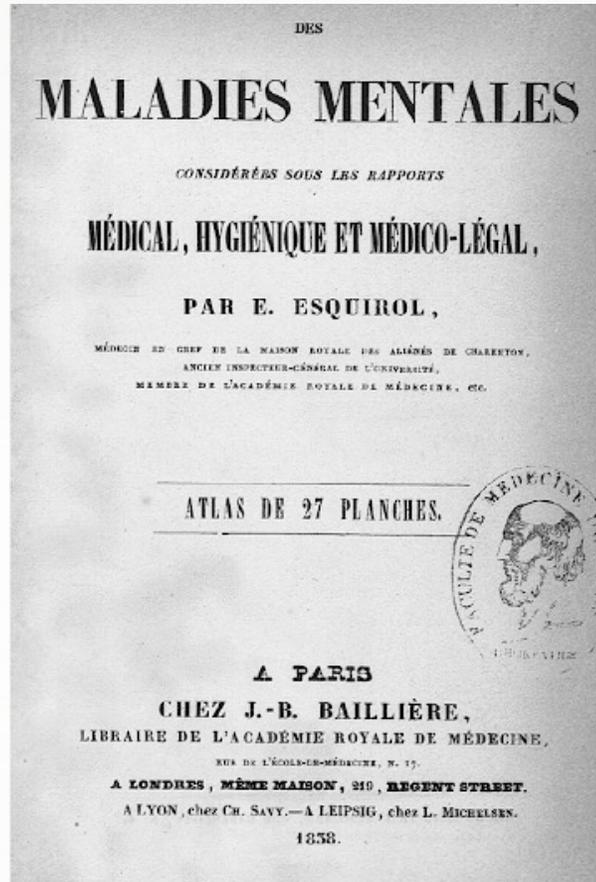


Éléments de définition

Les mauvais jours de la mélancolie

■ Jean-Etienne Esquirol voulut bannir la mélancolie du langage savant : « les auteurs, depuis Hippocrate, donnent le nom de mélancolie au délire caractérisé par la morosité, la crainte et la tristesse prolongée. Le nom de mélancolie a été imposé à cette espèce de folie, parce que, selon Galien, les affections morales tristes dépendent d'une dépravation de la bile qui, devenue noire, obscurcit les esprits animaux et fait délirer (...) le mot mélancolie, consacré dans le langage vulgaire, pour exprimer l'état de tristesse habituel de quelques individus, doit être laissé aux moralistes et aux poètes, qui dans leurs expressions, ne sont pas autorisés à autant de sévérité que les médecins »

Jean-Etienne Esquirol



Trouble mélancolique

Analyse clinique

- La mélancolie est un état dépressif psychotique, en général sévère, avec inhibition psychomotrice, douleur morale intense et sentiments de dépréciation de soi ces troubles peuvent être délirants, les états mélancoliques sont la forme la plus complète et la plus sévère de la dépression

Trouble mélancolique

Analyse clinique

■ **L'accès mélancolique** se constitue en quelques jours ou quelques semaines : l'intérêt porté au travail, aux loisirs, à la vie familiale et sociale ainsi que le sommeil se dégradent, le patient se plaint de fatigue que le repos ne répare pas ; une inquiétude, une irritabilité, une difficulté à vivre apparaissent avec le découragement, l'indécision, l'appréhension anxieuse de l'avenir imprégnant progressivement le déroulement de la vie quotidienne

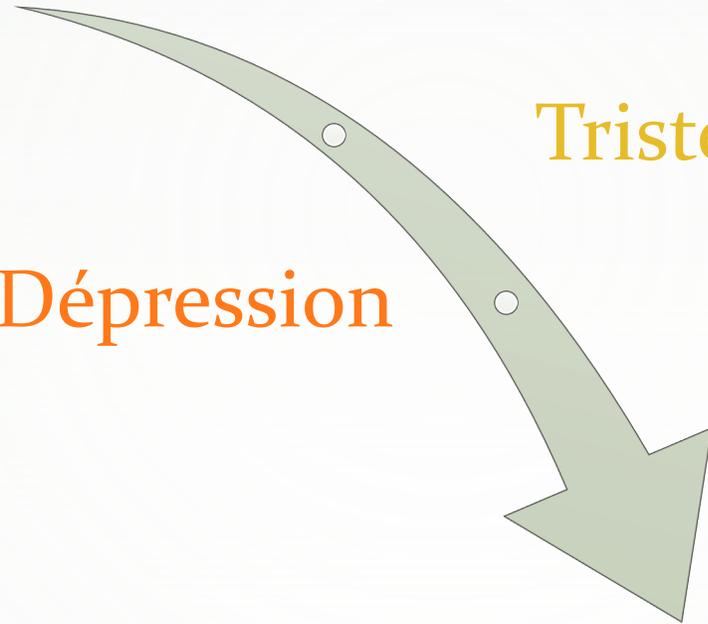
Humeur vers le versant mélancolique

Euthymie

Tristesse

Dépression

Mélancolie



Éléments cliniques

Etats mélancoliques

Trouble mélancolique

Analyse étiologique

- **Le premier accès** se produit vers l'âge de trente ans en moyenne, chez un sujet ayant souvent des antécédents familiaux maniaques et/ou mélancoliques
- **Au cours d'un trouble bipolaire**, l'accès se produit chez un sujet possédant des antécédents personnels où un même symptôme annonce parfois la rechute et a donc une valeur de signal : insomnies, idées hypocondriaques, apragmatisme avec refus de se lever du lit

Trouble mélancolique

Analyse étiologique & clinique

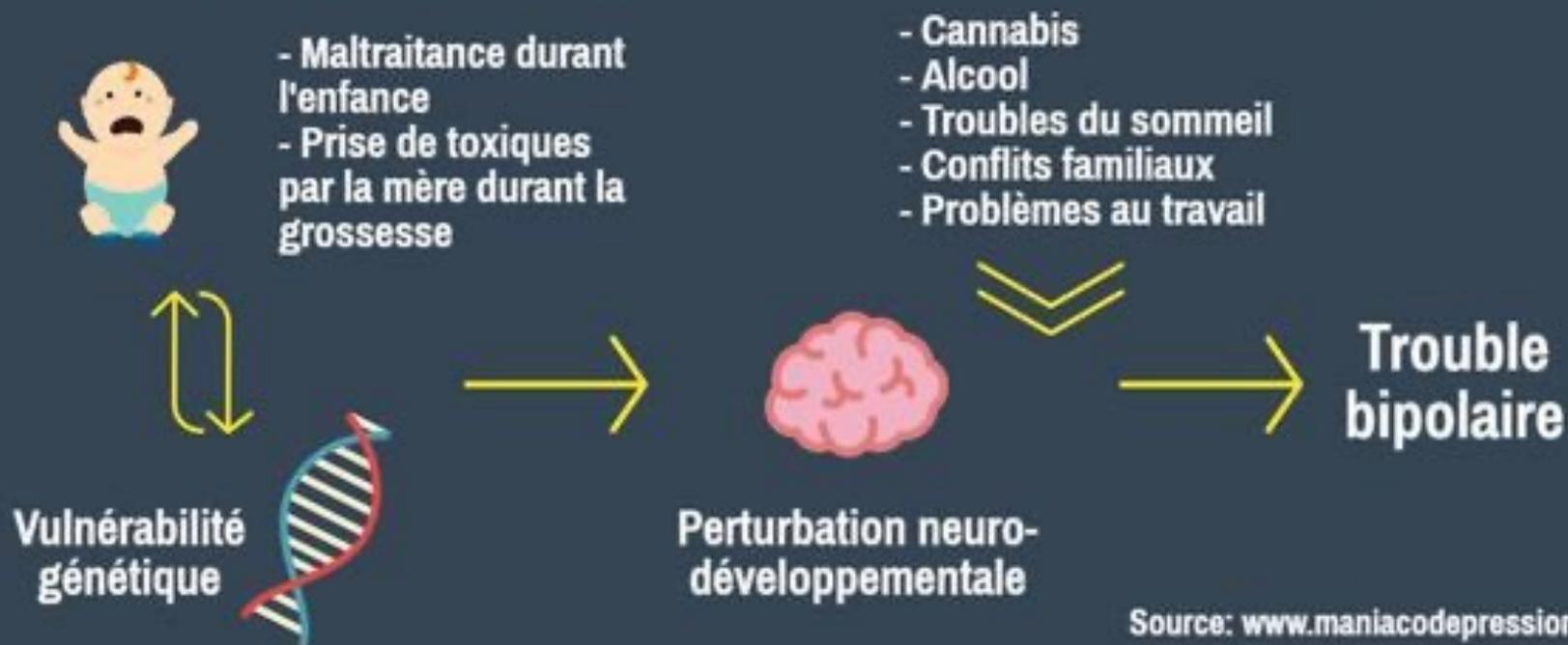
- Il peut exister des facteurs déclenchants mais ce n'est pas toujours le cas, il s'agit parfois de l'interruption du traitement ou du virage mélancolique d'une manie
- Le début est brutal ou rapidement progressif avec des changements de comportement remarqués par l'entourage : fatigue, tristesse, diminution des activités, insomnie récurrente

Trouble mélancolique

Analyse étiologique & clinique

- Le sujet redoute d'être physiquement malade (hypocondrie) et se referme sur lui-même, communiquant moins avec son entourage ; parfois une brève variation thymique (moment d'exaltation) est suivie de la chute de l'humeur

Ces facteurs qui conduisent au trouble bipolaire



Période d'état mélancolique

Une présentation particulière

- La **présentation** est particulière et la souffrance se remarque, même pour un observateur candide : le visage est triste et ne s'anime pas dans la conversation, le front est plissé et le regard fixe (pleurs faciles et fréquents)
- La **tenue est souvent négligée**, de même que les soins corporels

Période d'état mélancolique

Une présentation particulière

- **L'inhibition psychomotrice est constante** : le malade se plaint d'asthénie, d'une fatigue permanente et de perte d'énergie, le ralentissement psychomoteur est visible et peut aller jusqu'à un état stuporeux
- **Le langage** exprime la même tristesse dans sa forme, une voix monocorde et peu vivante, des paroles rares et laconiques

Période d'état mélancolique

Une présentation particulière

- La vie affective et les activités cognitives sont douloureuses et ralenties, les associations d'idées se font péniblement, l'attention et l'affectivité sont tout entières centrées sur la douleur morale
- Les performances cognitives du sujet sont diminuées pendant l'accès et la mémoire des faits anciens ne permet d'évoquer que le bonheur perdu et/ou les malheurs passés

Période d'état mélancolique

Bradypsychie & souffrance intérieure

■ **Les idées exprimées** sont en général congruentes à l'humeur (le même sens, ici dépressif) pessimistes et noires, les thèmes se rapportent à la mort et à ce qui s'y rattache : l'excrément, l'ordure, la pourriture...

Période d'état mélancolique

Bradypsychie & souffrance intérieure

- La souffrance intérieure est toujours intense et dépasse souvent toute douleur physique, elle est vécue comme définitive, sans espoir ni remède
- Les événements extérieurs sont péniblement ressentis et toujours interprétés dans un sens pessimiste

Période d'état mélancolique

Idées congruentes à l'humeur

- Le mélancolique se reproche à la fois son incapacité à agir (« je ne suis bon à rien ») et à éprouver des sentiments normaux (anesthésie affective), il n'a plus d'estime de lui-même (dévalorisation)
- Les idées de mort sont à peu près constantes : mort méritée (« je suis foutu et je vais mourir »), ou suicide qui apparaît comme la seule solution

Période d'état mélancolique

Idées & tentatives de suicide

- Le comportement est perturbé dans tous les domaines, le risque de suicide au cours des troubles bipolaires est très diversement apprécié, allant de 5 à 50% : il dépend sans doute de la façon dont les malades sont pris en charge...

Période d'état mélancolique

Idées & tentatives de suicide

■ Le mélancolique peut tuer des membres de sa famille (ses enfants, etc.) au cours d'un accès aigu : dans la logique si particulière du mélancolique, les malheurs qui attendent les êtres chers sont tels que rien ne peut être pire, et que la mort leur sera douce, il s'agit de meurtres par compassion (« suicides altruistes »)

Période d'état mélancolique

Les troubles somatiques

- **Les conduites alimentaires** peuvent être perturbées dans des sens opposés : soit une anorexie avec dégoût de la nourriture – voire un refus d'aliments qui est un mode de suicide – soit plus rarement une conduite de voracité et/ou d'accès boulimiques sont possibles

Période d'état mélancolique

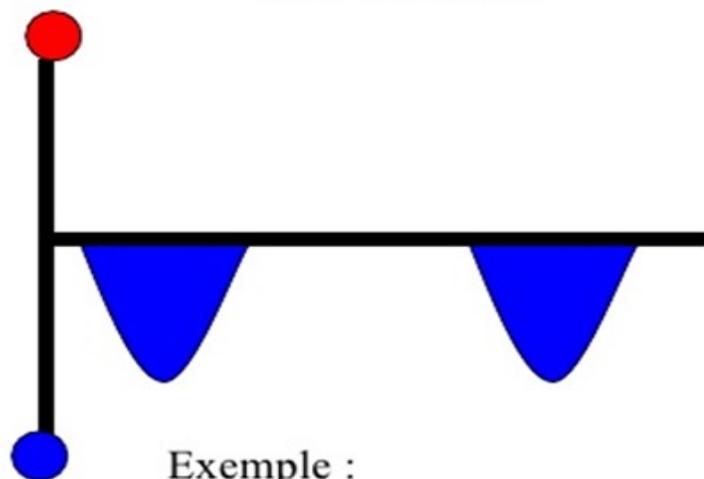
Importance de l'anamnèse familiale

- Interroger l'entourage familial est un moment essentiel
- Les informations données par le sujet ne sont pas toujours fiables et nécessitent un certain nombre de précisions : l'existence d'antécédents similaires ou d'épisodes maniaques chez le patient et/ou dans sa famille, le mode de début (facteurs déclenchants, date et mode des premiers symptômes)



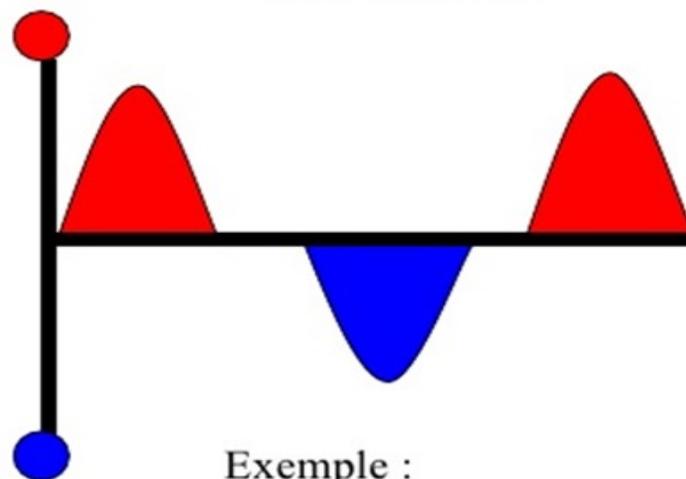
Quels sont les troubles de l'humeur?

Troubles unipolaires de l'humeur



Exemple :
trouble dépressif majeur

Troubles bipolaires de l'humeur



Exemple :
trouble bipolaire

Période d'état mélancolique

Importance de l'anamnèse familiale

- La conduite du mélancolique posent rapidement des problèmes importants de survie pour le malade
- Dans toutes les cultures, la mélancolie est une maladie qui attire la compassion
- L'hospitalisation s'impose au bout d'un temps variable, afin de mettre le sujet à l'abri et hors d'état de nuire à autrui, et surtout à lui-même

Formes cliniques

Etats mélancoliques

Mélancolie

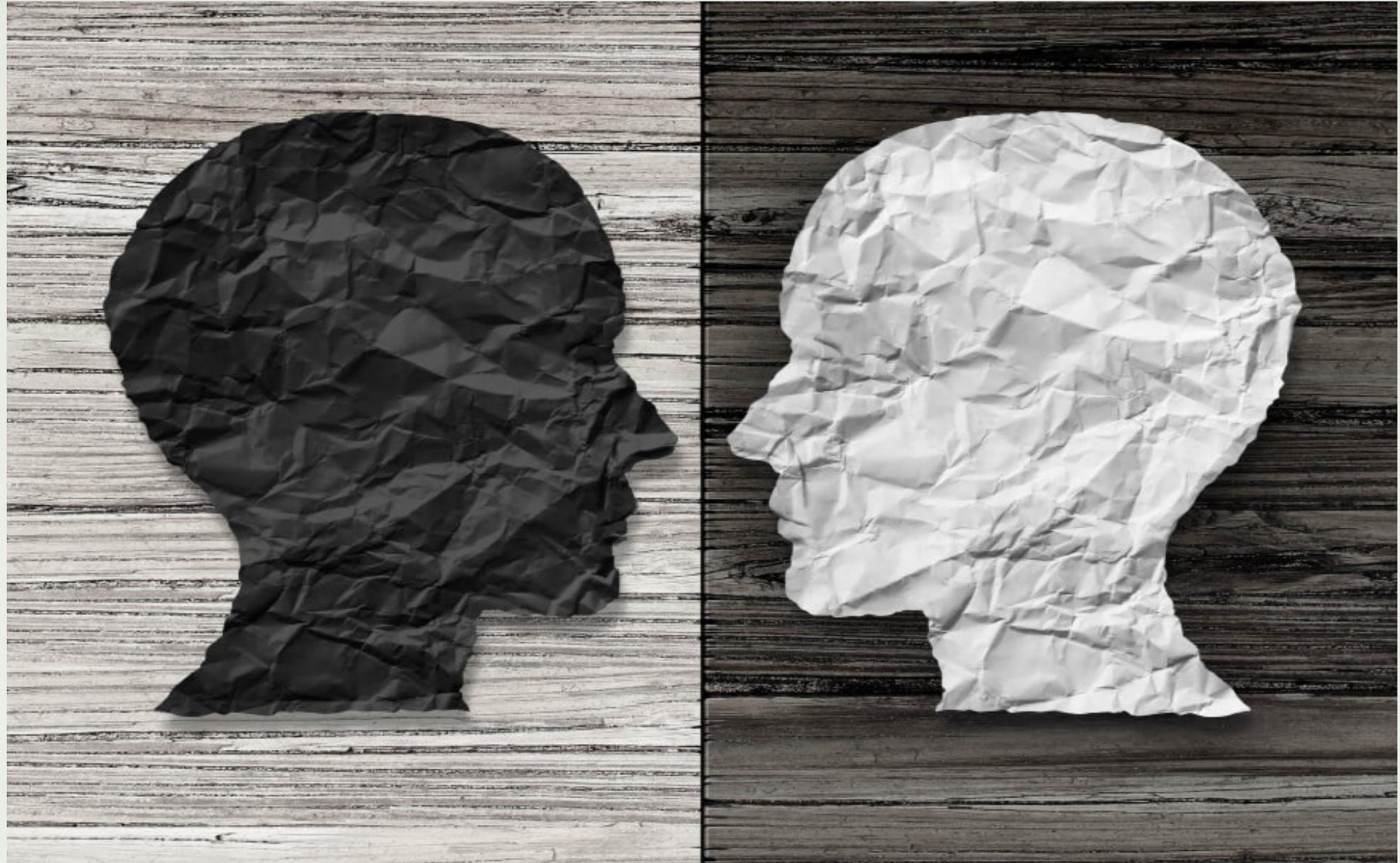
Sévérité modérée

- La mélancolie de sévérité modérée est une forme mineure du syndrome avec tristesse de l'humeur, ralentissement, insomnie
- Le fonctionnement social et professionnel est peu ou pas perturbé
- On voit de tels épisodes dans des formes débutantes de mélancolie, des troubles bipolaires de type I ou II, ou encore des cyclothymies et enfin, quand l'action des antidépresseurs ou des régulateurs de l'humeur a été incomplète

Mélancolie

Sévérité modérée

- La mélancolie de sévérité modérée est de diagnostic souvent difficile : les éléments dépressifs ne sont pas toujours spécifiques de la mélancolie, le malade peut être très réticent à parler pour ne pas être hospitalisé et parfois ce silence dissimule des projets suicidaires, le malade peut alors paraître calme et détendu (« mélancolie souriante »)



Mélancolie délirante et hallucinatoire

Inaccessible à la réassurance

- Les idées délirantes congruentes à l'humeur : idées de ruine (« je ne pourrai pas payer, le fisc va me prendre tout mon argent »), autodépréciation (« je suis un zéro, un vrai minable, une merde »), culpabilité et auto-accusation (« j'ai causé la mort de mes parents, ou de tel personnage connu »), maladie (hypocondrie) et de mort (« je suis déjà mort »), négation (syndrome de Cotard)

Mélancolie délirante et hallucinatoire

- Les idées délirantes non congruentes à l'humeur sont des idées de persécution en général passive (« la justice s'est saisie de mon cas, mais je le mérite bien »)
- Les idées d'influence (« ils me dirigent... »), où « ils » dépend du contexte socio-politique du moment : les terroristes, les extrémistes politiques et/ou religieux
- Les idées sont devinées et volées ou imposées

Mélancolies confuses

- Un syndrome confusionnel peut survenir au cours d'un état mélancolique et les symptômes se surajoutent alors à ceux de la mélancolie
- Les facteurs de risques sont l'agitation anxieuse, le refus de boire, les médicaments, l'âge avancé, une cause organique (mélancolie symptomatique)

Mélancolies suraiguës

Stuporeuses ou résistantes au traitement

- **Les formes majeures**, devenues très rares, réalisent un état de stupeur dont le diagnostic est difficile si on ne connaît pas les antécédents : le mélancolique est tellement inhibé qu'il ne bouge pas (grabataire), ne parle pas (mutique) et peut même être incontinent

Mélancolies suraiguës

Stuporeuses ou résistantes au traitement

- La résistance aux traitements est assez rare : il s'agit de patients pour qui les antidépresseurs et/ou neuroleptiques et la psychothérapie sont contre-indiqués ou très mal tolérés, ou de formes symptomatiques (états démentiels, etc.)

Etats mixtes

Association de symptômes contraires

- L'association de symptômes maniaques et mélancoliques représentent les états mixtes, qui se voient surtout au cours du traitement des mélancolies
- Le sujet exprime des idées qui ne vont pas dans le même sens que l'humeur : les idées sont dites non congruentes à l'humeur



Etats mixtes

Association de symptômes contraires

- On retrouve en même temps des éléments sémiologiques de la manie et de la mélancolie
- En se succédant très rapidement, on considère actuellement que ce ne sont pas des états mixtes, mais des troubles bipolaires à cycles très courts

Mélancolies symptomatiques

Maladies organiques

- **Syndromes endocriniens** (hyperthyroïdie, maladie de Cushing), l'hypothyroïdie due au *Lithium*[®] est une cause d'erreur diagnostique fréquente
- **Intoxications aiguës** : alcool, amphétamines, cocaïne, médicaments, etc.

Mélancolies symptomatiques

Maladies organiques

- **Tumeurs cérébrales** localisées au diencéphale
- **Traumatisme crânien et états démentiels** (maladie de Pick) : l'état dépressif est la cause d'erreur la plus fréquente devant une détérioration du sujet âgé, mais il existe des dépressions chez les déments (l'épreuve thérapeutique s'impose)

Etat de deuil

Processus psychologique naturel

- **La place du deuil** : la perte d'un être cher est une cause de tristesse, ce qui est normal et ne doit pas être soigné !
- **Le travail de deuil est un processus psychologique** au cours duquel les souvenirs liés au disparu sont successivement confrontés à la réalité de la perte
- **Au terme de ce travail assez long**, le sujet peut reprendre goût à la vie, cependant des troubles de l'humeur peuvent survenir au cours de ce travail de deuil

Etat de deuil

Processus psychopathologique

- **L'état maniaque (manie de deuil)** survient en général au cours d'une bipolarité : les nuits de veille et d'insomnie sont probablement un facteur déclenchant
- **La manie de deuil** est très mal vécue de l'entourage qui ne comprend pas qu'on puisse rire alors qu'on devrait être triste...
- **L'état dépressif** est une complication du deuil (pathologique) : état mélancolique ou dépression au long cours, névroses graves ou états limites décompensés

Evolution & diagnostic médical

Etats mélancoliques

Evolution symptomatique

Etats mélancoliques

- Les accès durent maintenant quelques semaines à quelques mois, mais il existe des formes chroniques
- Les états mélancoliques symptomatiques dont la cause est éliminée peuvent guérir rapidement, ou évoluer de façon autonome, comme un accès

Evolution symptomatique

Etats mélancoliques

- Des complications peuvent survenir : syndrome confusionnel, résistances mais surtout passage sans intervalle libre à la manie, dans les troubles bipolaires à cycles courts et/ou sous l'effet des antidépresseurs

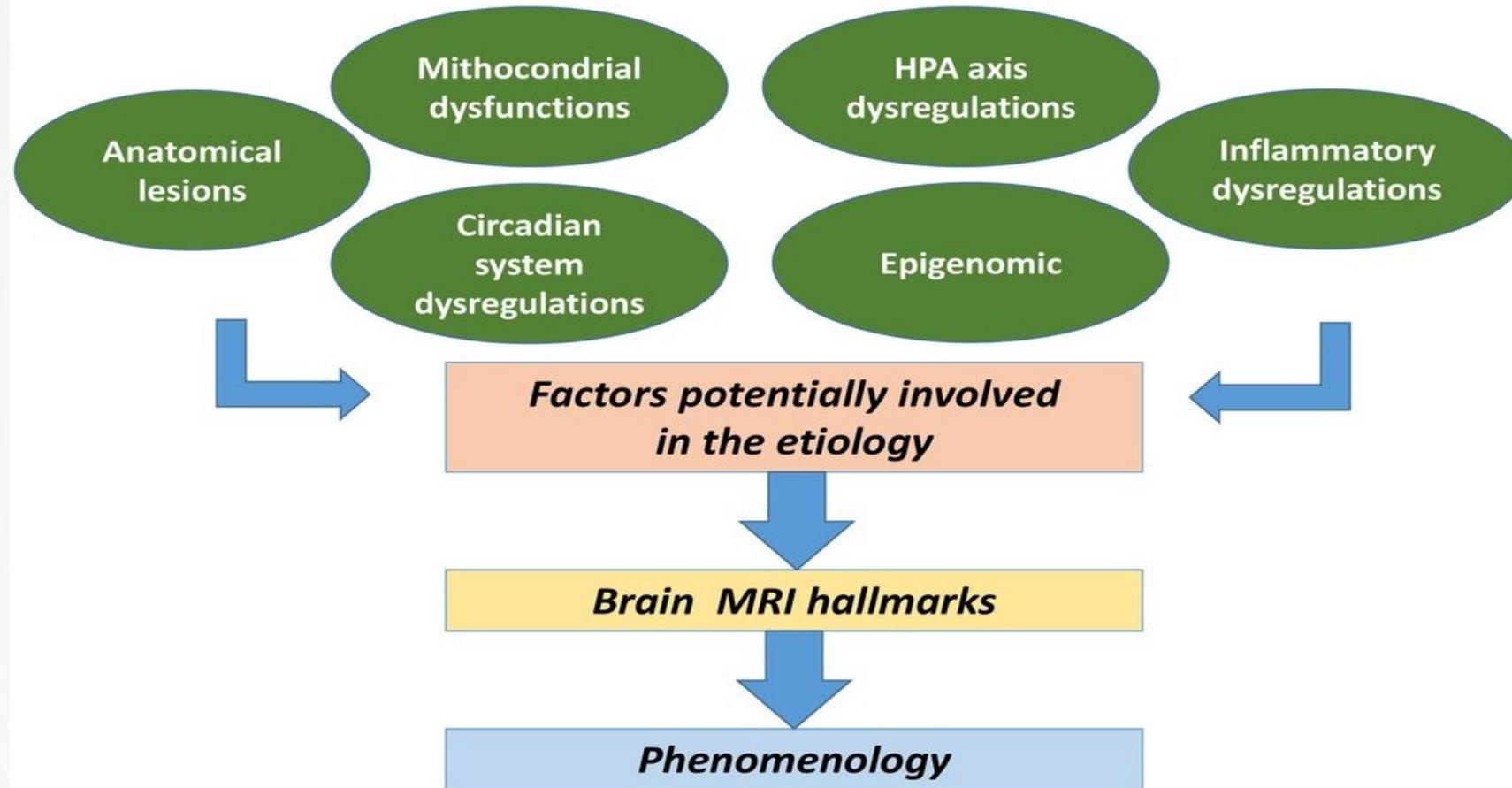
Diagnostic médical d'un trouble de l'humeur

- **Devant un état de prostration**, le diagnostic médical de mélancolie est facile chez un patient connu pour ses antécédents de trouble bipolaire, en outre, chez un même sujet, les accès thymiques se ressemblent beaucoup

Diagnostic médical d'un trouble de l'humeur

- **Devant un patient qui n'a pas d'antécédents**, ou dont on ne connaît pas les antécédents, c'est beaucoup plus difficile
- **Le diagnostic sera retenu** devant l'association de l'inhibition psychomotrice, l'humeur dépressive et les idées de mort et c'est surtout dans ces cas-là qu'il faudra scrupuleusement chercher un facteur déclenchant, externe ou somatique

Bipolar Disorder – Neurobiology:



Diagnostic différentiel

Etats mélancoliques

Les pathologies psychotiques

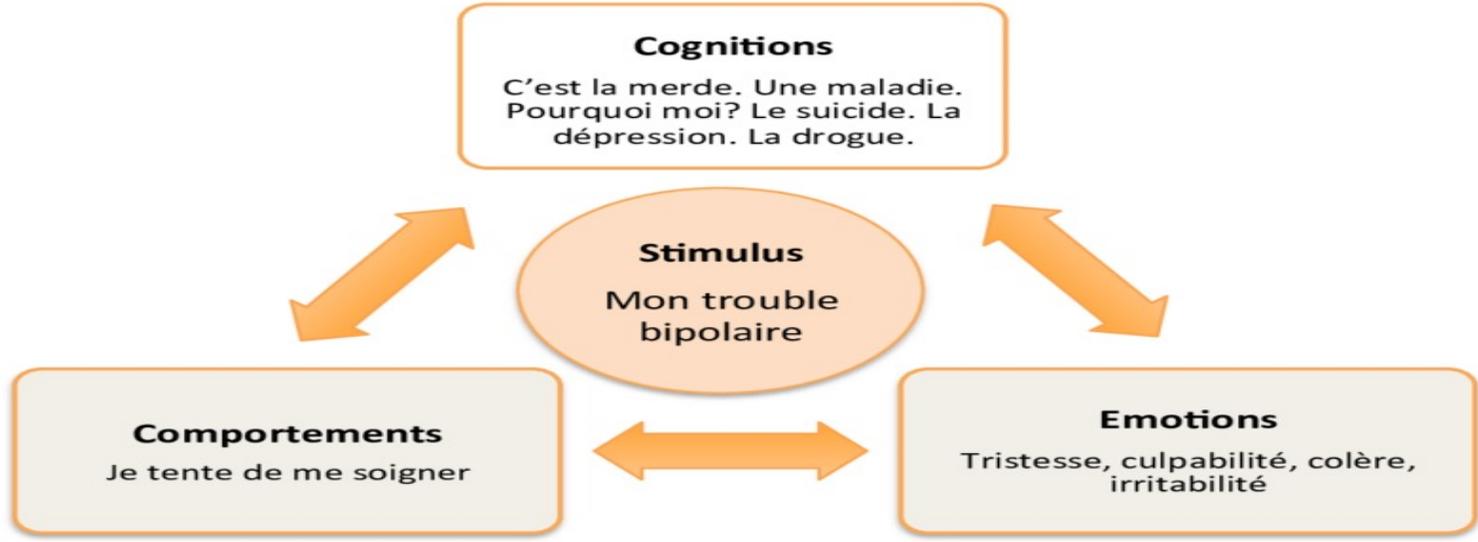
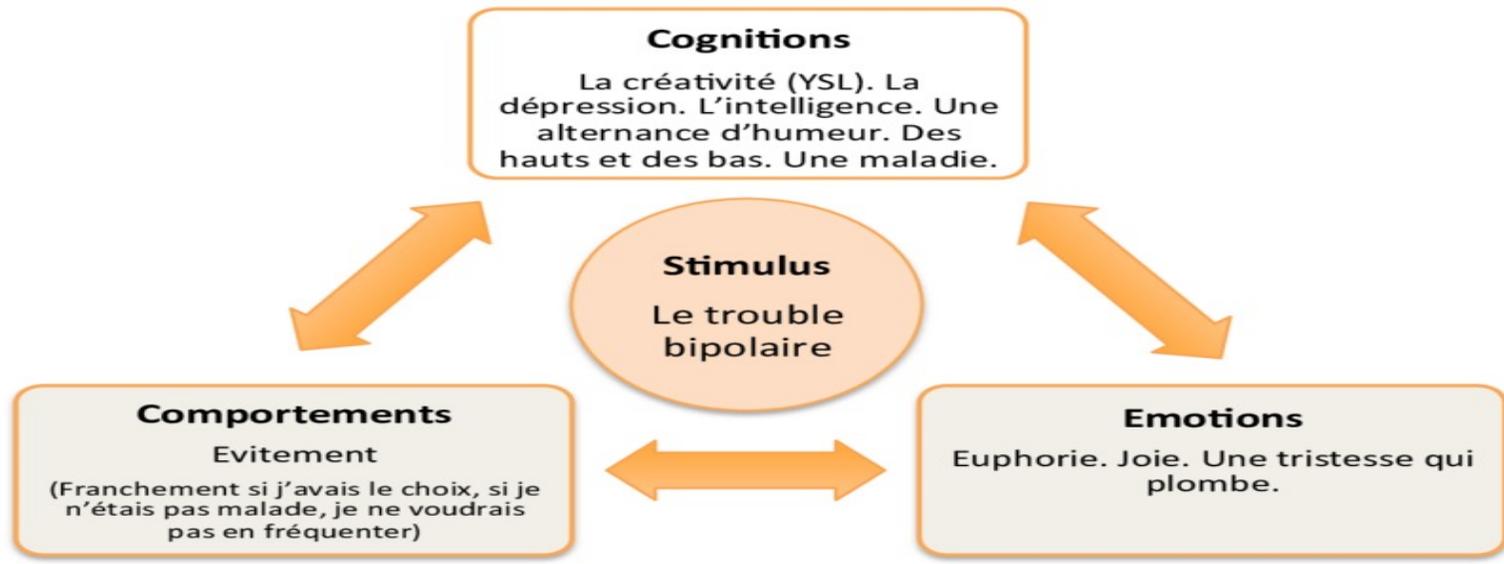
- **Les accès mélancoliques** qui comportent des troubles délirants peuvent poser des problèmes diagnostiques avec les troubles de l'humeur au cours d'épisodes de bouffées délirantes ou des schizophrénies

Les pathologies psychotiques

- **L'attitude pragmatique** recours à l'épreuve thérapeutique : les meilleurs résultats sont obtenus par l'association neuroleptiques-antidépresseurs et/ou la sismothérapie, les régulateurs de l'humeur sont indiqués en cas de rechute
- **En cas de doute persistant**, on doit réviser régulièrement le diagnostic médical et essayer d'arrêter les neuroleptiques

Les pathologies psychotiques

- **Les autres états dépressifs** : le problème se pose surtout quand on ne connaît pas, ou mal, les antécédents d'un sujet déprimé, ou quand il s'agit d'un premier accès mélancolique
- **On est assez souvent amené à rectifier le diagnostic** quelques années plus tard, en fonction des nouveaux troubles



Traitement médical

Prise en charge infirmière



Major Depressive Disorder

TREATMENT

Etat mélancolique

Hospitalisation en urgence

- Les états mélancoliques nécessitent une hospitalisation rapide en milieu spécialisé, clinique ou service spécialisé d'hôpital général ou psychiatrique, en particulier si une mesure de contrainte des soins est nécessaire : transgresser cette règle fait courir des risques importants au malade et expose à des ennuis médico-légaux (procès en responsabilité civile)

Etat mélancolique

Hospitalisation en urgence

- **Hospitalisation** : surveillance pouls, tension artérielle, apparition d'effets secondaires, alimentation et enlever tout moyen suicidaire (liens, médicaments)
- **Un cadre clair mais pas trop contraignant est nécessaire** : les infirmiers doivent s'assurer que les traitements ne sont pas recrachés (les gouttes sont préférables aux comprimés)

Etat mélancolique

Traitement médicamenteux en urgence

■ Les antidépresseurs sont nombreux avec le choix entre plusieurs catégories de molécules : tricycliques Anafranil[®] ou Laroxyl[®] – IMAO Humoryl[®] ou Moclamine[®] – IRS et IRSNa Prozac[®], Floxyfral[®], Deroxat[®] – molécules atypiques Athymil[®], Stablon[®], Vivalan[®], Survector[®]

Etat mélancolique

Traitement médicamenteux en urgence

■ Les traitements associés : neuroleptiques (*Nozinan*[®], *Tercian*[®], etc.) en cas de mélancolie délirante, benzodiazépines (*Tranxène*[®], etc.) en cas d'anxiété importante, les hypnotiques sont de peu d'utilité, le véritable traitement de l'insomnie dépressive étant le traitement antidépresseur

Etat mélancolique

Stimulation cérébrale non invasives

- La sismothérapie garde des indications : d'emblée en cas de mélancolie délirante ou stuporeuse, de fragilité somatique (cachexie) et/ou de contre-indication des molécules tricycliques

Etat mélancolique

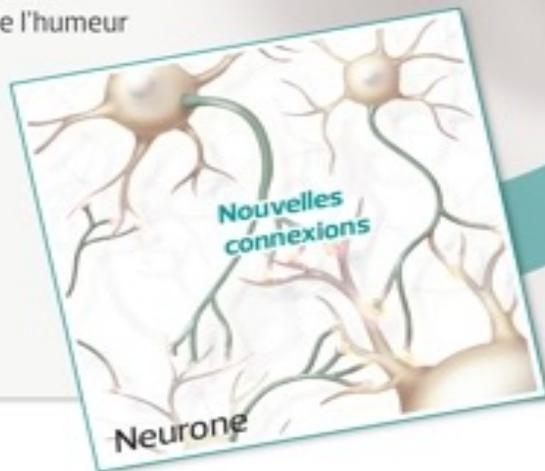
Stimulation cérébrale non invasives

- **Après l'échec des antidépresseurs**, l'électroconvulsivothérapie est parfois le seul recours : le traitement doit comporter six à huit séances et être poursuivi par des séances d'entretien et/ou des antidépresseurs en raison du risque de rechutes à court ou moyen terme

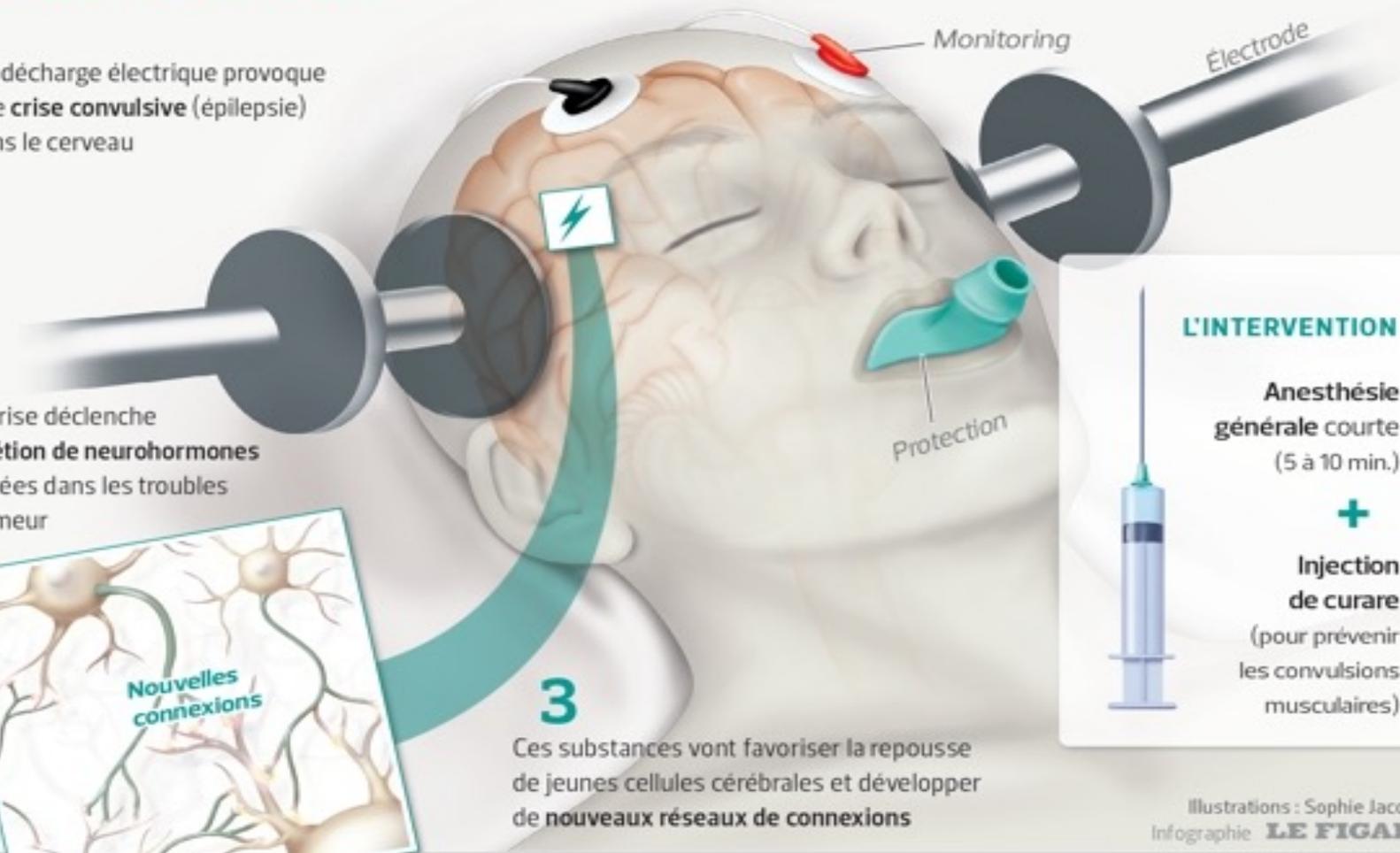
Des électrochocs pour rétablir les connexions neuronales

1 La décharge électrique provoque une **crise convulsive** (épilepsie) dans le cerveau

2 Cette crise déclenche la **sécrétion de neurohormones** impliquées dans les troubles de l'humeur



3 Ces substances vont favoriser la repousse de jeunes cellules cérébrales et développer de **nouveaux réseaux de connexions**



L'INTERVENTION

Anesthésie générale courte (5 à 10 min.)



Injection de curare (pour prévenir les convulsions musculaires)

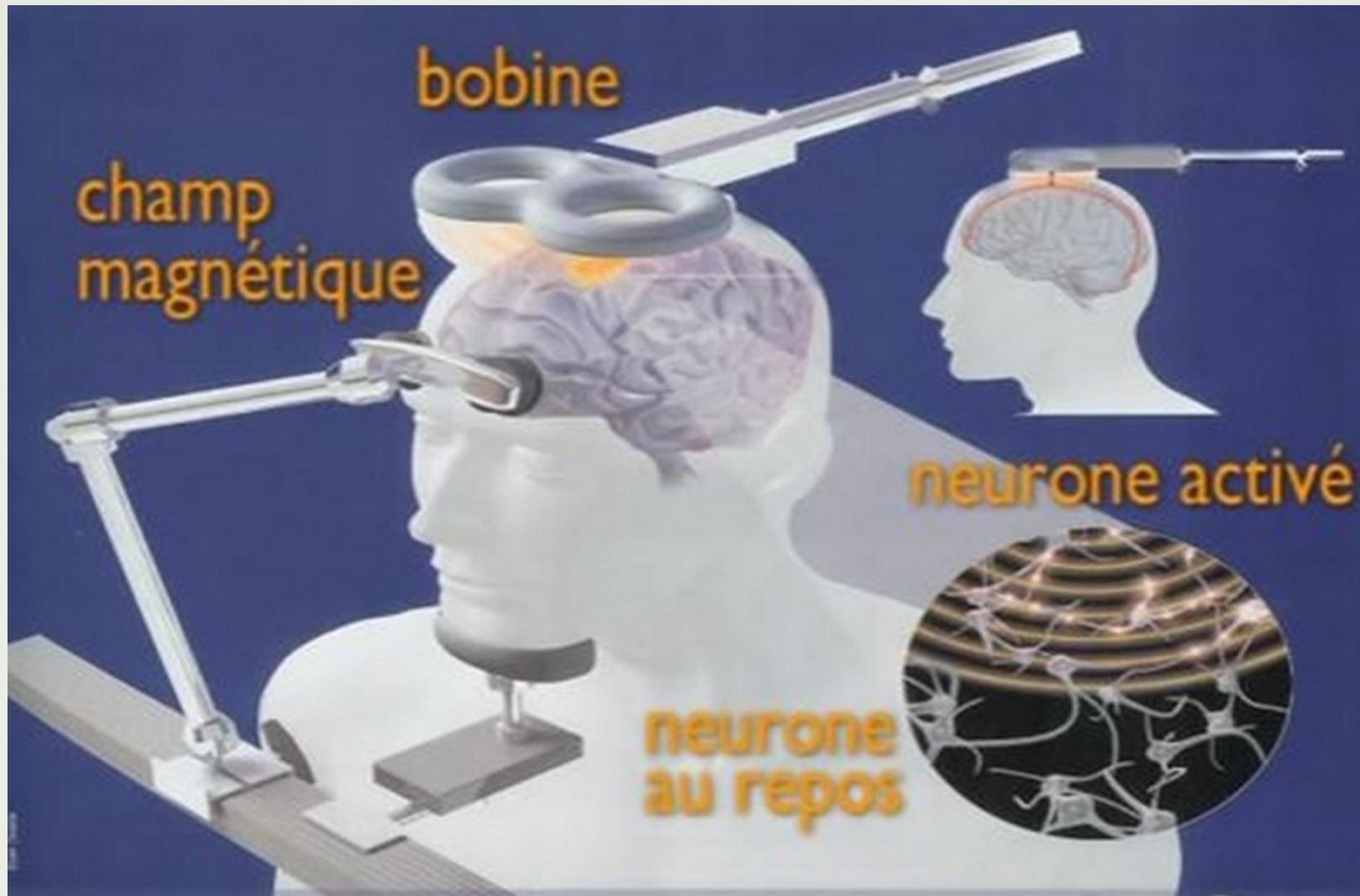


Illustrations : Sophie Jacopin
Infographie **LE FIGARO**

Etat mélancolique

Stimulation cérébrale non invasives

- La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) est un outil thérapeutique d'utilisation récente en psychiatrie
- La rTMS est reconnue dans de nombreux pays pour son efficacité thérapeutique dans les épisodes dépressifs chroniques, sa souplesse d'utilisation non invasive et sa bonne sécurité d'emploi



Etat mélancolique

Stimulation cérébrale non invasives

- La rTMS possède une efficacité certaine (niveau de grade I) dans le traitement initial curatif de la dépression unipolaire
- La rTMS doit être utilisée à des paramètres efficaces pour les schémas classiques à haute fréquence (5 à 20Hz) : 20 à 30 séances, plus de 1200 pulses / séance avec au moins 110% du seuil moteur

Etat mélancolique

Stimulation cérébrale non invasives

- La rTMS est un traitement adjuvant aux psychotropes après échec ou efficacité partielle d'un ou deux antidépresseurs (niveau de résistance peu élevée) et pour traiter des épisodes non chroniques (< 2 ans), sans critère de gravité (absence de symptômes psychotiques, risque suicidaire faible)

Le cerveau au cœur de la maladie

CORTEX PRÉFRONTAL

- ▶ Siège des émotions, de la planification et du comportement social
- ▶ En cas de **dépression**, son volume et son activité diminuent

HIPPOCAMPE

- ▶ Impliqué dans le processus de mémorisation et le contrôle de l'humeur
- ▶ En cas de **dépression**, on observe une diminution de son volume (baisse de la neurogenèse)

AMYGDALE

- ▶ Régule l'anxiété et l'hypersensibilité
- ▶ En cas de **dépression** : hyperactivité de l'amygdale

Les bienfaits de la stimulation magnétique



La variation rapide du champ magnétique induit un champ électrique qui **modifie l'activité des neurones** reliés à la zone ciblée.

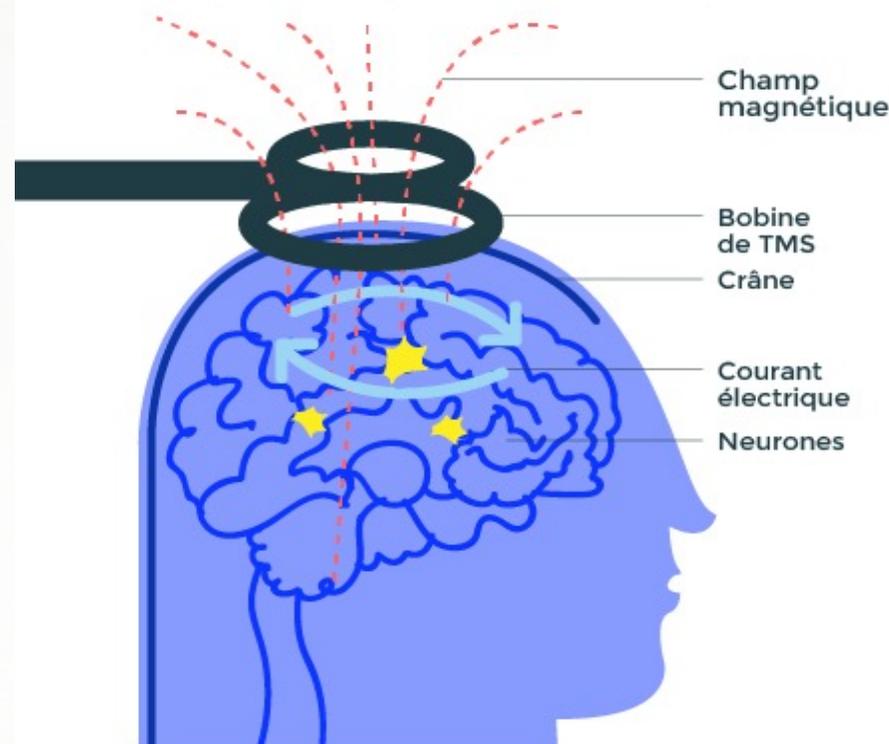
Illustration : Sophie Jacopin

Infographie **LE FIGARO**

LA STIMULATION MAGNÉTIQUE TRANSCRÂNIENNE



La TMS est une technique qui consiste à appliquer sur certaines zones du cerveau une impulsion magnétique à haute fréquence.



futuremag.fr

@FutureMagFR

#futuremag

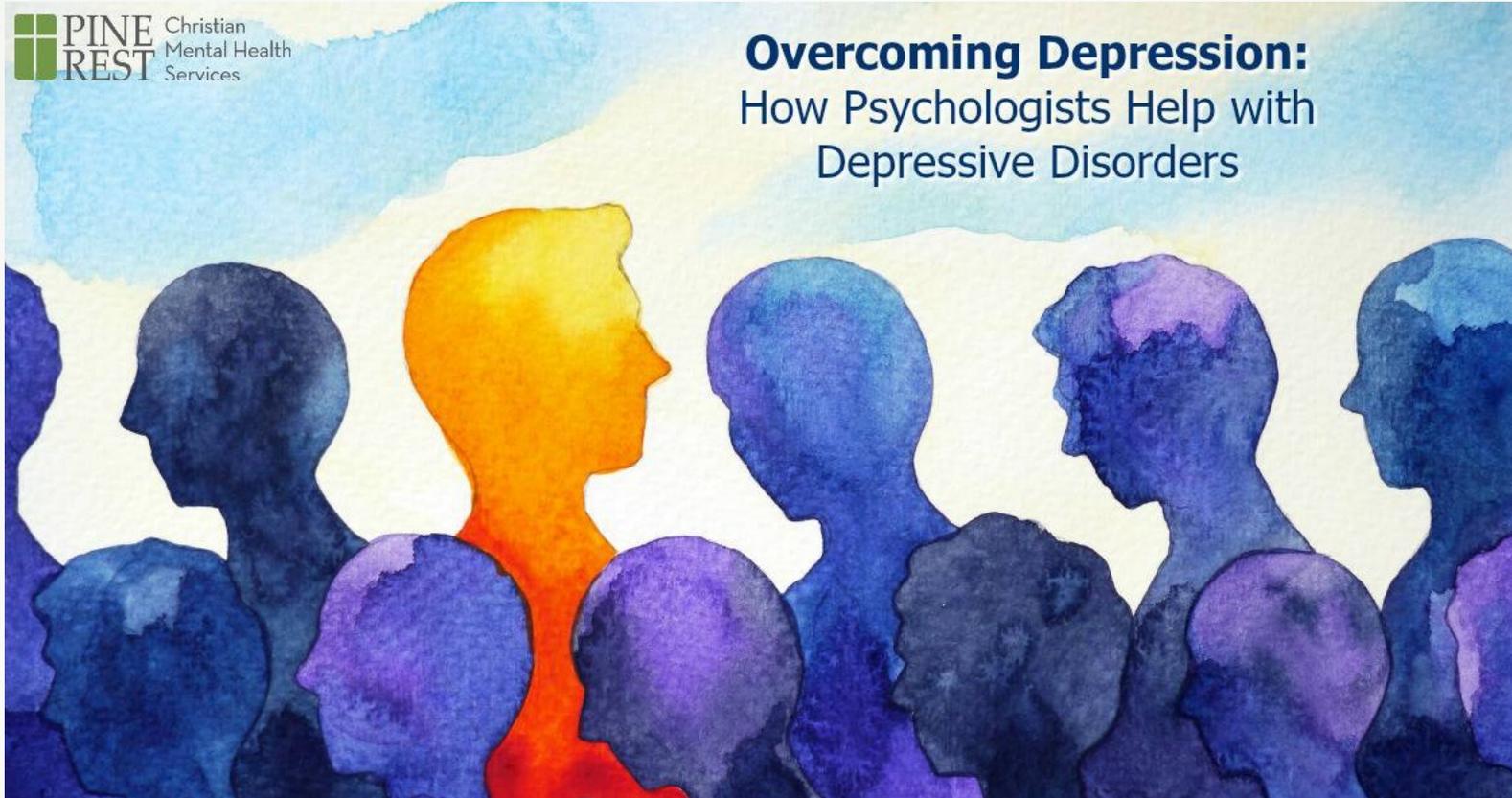
Etat mélancolique

Autres traitements

- **La photothérapie** : le patient est exposé à une lumière blanche intense (> 2000 lux) tôt le matin
- **La privation complète de sommeil** : ces méthodes peuvent avoir une bonne efficacité, mais les rechutes sont rapides
- **Traitement psychothérapique** : une prise en charge relationnelle est toujours nécessaire, mais le malade est souvent insensible à ce qu'on peut lui dire !

Traitement préventif des rechutes

Traitement préventif



Stratégies thérapeutiques

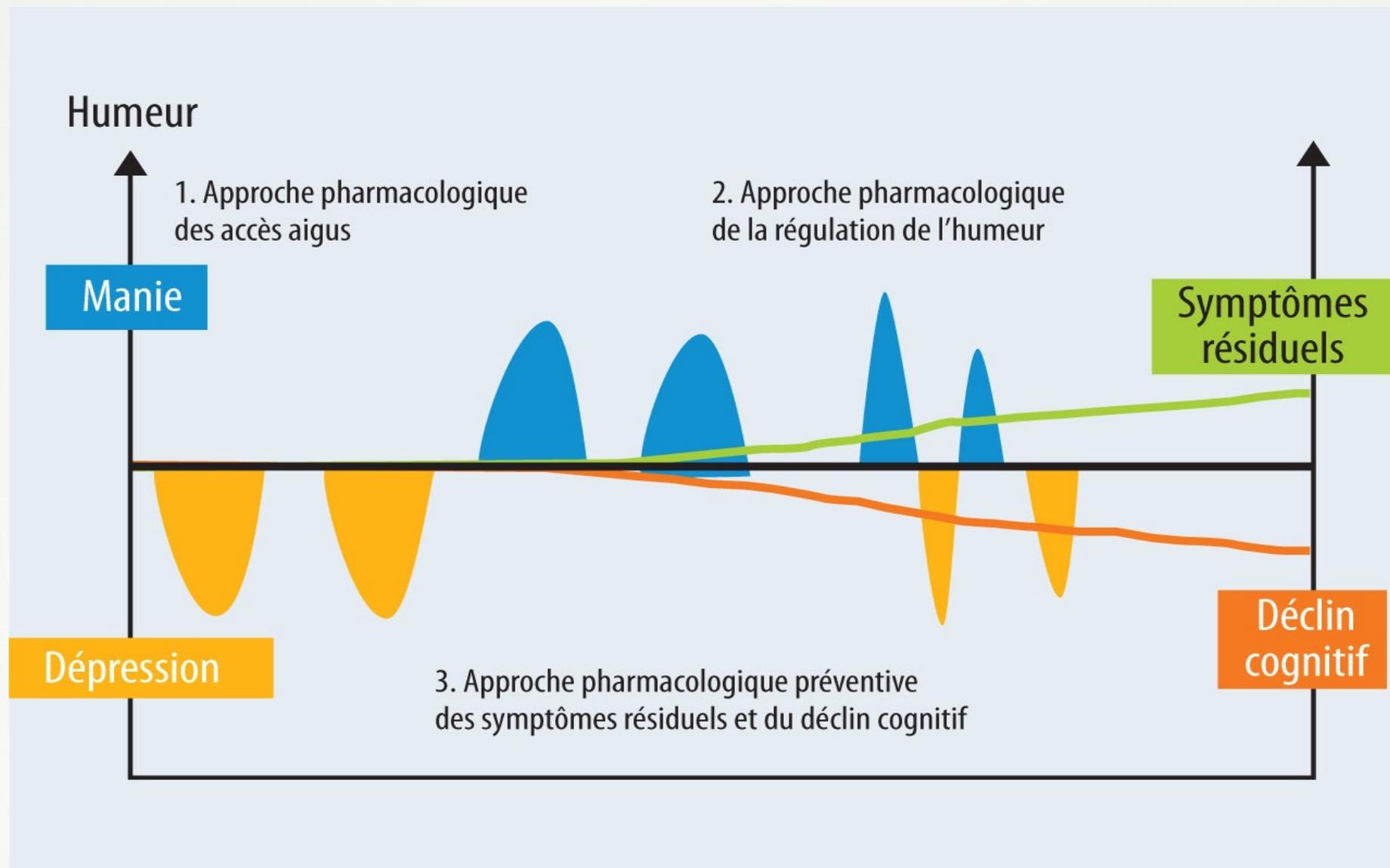
Régulateurs de l'humeur

- On doit proposer ce traitement si les accès se répètent, et qu'il s'agit bien d'un trouble bipolaire : un accès unique ne justifie pas de prophylaxie au long cours, si le sujet est suffisamment coopérant (il ne sert à rien de prescrire un traitement qui ne serait pas pris)

Stratégies thérapeutiques

Régulateurs de l'humeur

- On peut utiliser différentes molécules : le Lithium (*Téralithe*[®] ou *Neurolithium*[®]), le *Tégréto*[®] (si intolérance ou échec du Lithium), *Tégréto*[®] et Lithium peuvent être associés si résistance à l'un et à l'autre pris séparément, le *Dépamide*[®]
- Le *Fluanxol*[®] est un neuroleptique réputé efficace dans les troubles de l'humeur : il est donc intéressant pour traiter les troubles bipolaires dont les accès peuvent être très délirants



Stratégies thérapeutiques

Régulateurs de l'humeur

- Les régulateurs de l'humeur assurent la prévention des rechutes dans la plupart des cas : les accès sont moins fréquents ou persistent sous des formes mineures (hypomanie, mélancolie peu sévère) dont le traitement est beaucoup plus facile

Stratégies thérapeutiques

Régulateurs de l'humeur

- **Deux problèmes thérapeutiques** : les troubles bipolaires à cycles très courts qui résistent aux traitements et les arrêts de traitement, soit par abandons purs et simples, très fréquents (la maladie maniaco-dépressive est alors émaillé de rechutes), soit par intolérance au traitement, obligeant alors son interruption

Stratégies thérapeutiques

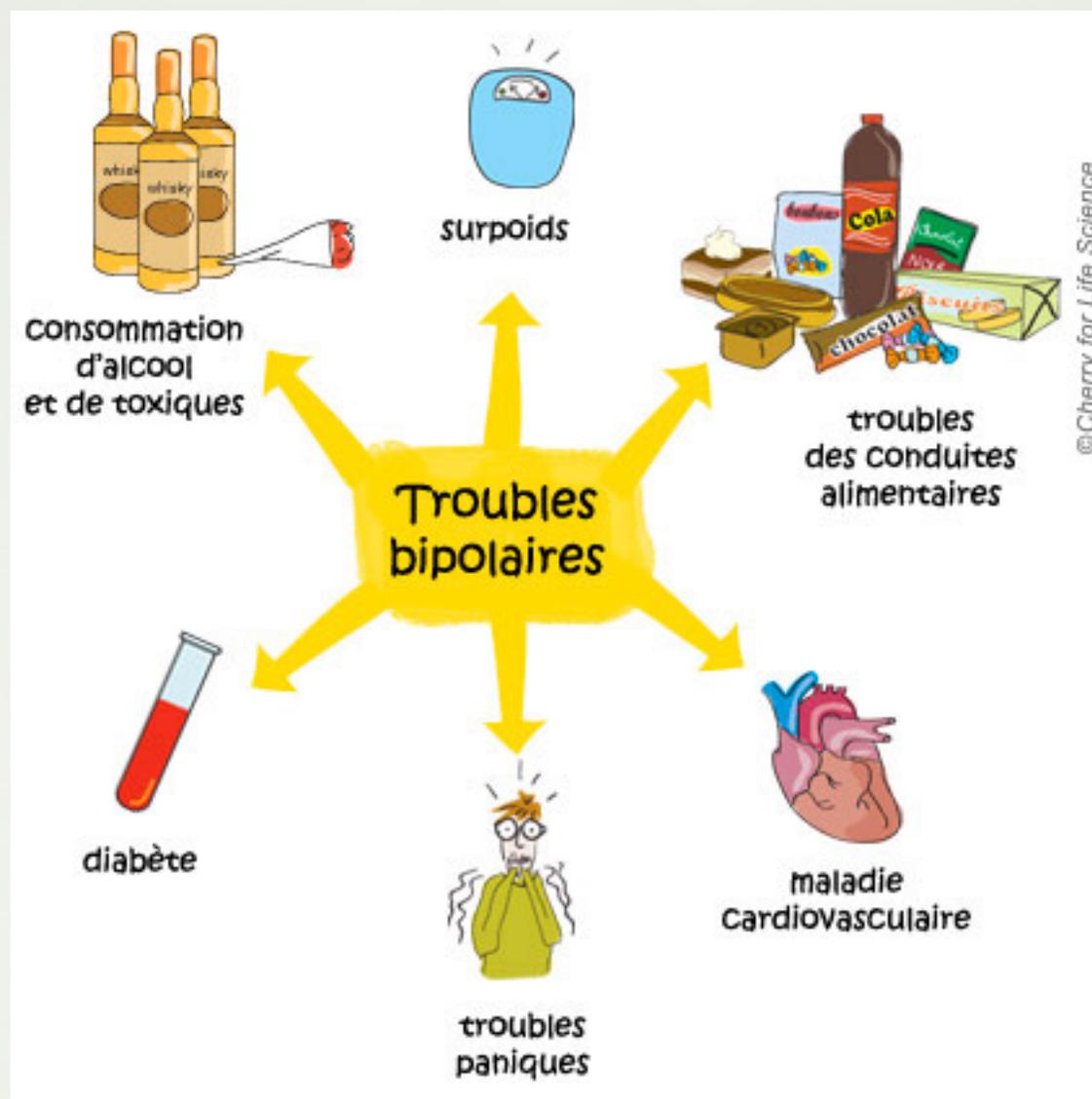
Psychothérapies

- **Les troubles bipolaires** ne sont pas une vraie bonne indication de psychothérapie d'inspiration analytique, ni de psychanalyse
- **Une psychothérapie de soutien est nécessaire** et indissociable du suivi thérapeutique : il faut en particulier faire accepter le traitement, ce qui n'est pas une mince affaire

Stratégies thérapeutiques

Hygiène de vie & guidance familiale

- **Prévenir dans une certaine mesure les accès** par des mesures d'hygiène de vie : sommeil régulier, temps suffisant de récupération après surmenage, le patient et sa famille doivent pouvoir bénéficier d'un médecin et d'une équipe de référence à qui s'adresser en urgence ou non



Stratégies thérapeutiques

Hygiène de vie & guidance familiale

- **Le patient et sa famille** doivent recevoir des informations et une éducation sur les différents aspects de la maladie et ses risques (apprendre à repérer un accès débutant, connaître les traitements, etc.)
- **Les autres dépressions** sont en général moins sévères que la mélancolie mais les formes majeures de dépression bénéficient d'un traitement identique à celui de la mélancolie

Stratégies thérapeutiques

Allopathie & psychothérapies

- **Les formes mineures et moyennes de dépression** : le choix de l'antidépresseur doit tenir compte du risque toxique et il faut préférer des médicaments à faible risque léthal *Athymil*[®], *Floxyfral*[®], etc., la psychothérapie joue un rôle aussi important que les AD (psychothérapie de soutien mais surtout psychothérapies spécifiques comme les thérapies d'inspiration analytiques ou les thérapies cognitives)

Merci de votre attention

