

5/ Troubles de l'humeur : Syndromes dépressif, syndrome d'exaltation

Généralités

Humeur ou thymie: disposition affective fondamentale qui donne à chacun des états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur

On distingue

- trouble unipolaire dépressif: très fréquent (90%)
- trouble unipolaire maniaque: rare (<1%)
- troubles bipolaires: dépression + manie (9%)

Théories étiopathogéniques

Théorie biologique

- la dépression correspondrait à une baisse de neuromédiateurs (notamment la sérotonine)

Théorie psychanalytique

- Freud cherche à saisir un processus psychopathologique en rapprochant deuil et mélancolie (dépression réactionnelle à l'époque)
- le deuil est la perte d'objet réel, la dépression réactionnelle est une perte variable
- d'un point de vue clinique, cette insécurité se traduit par un désinvestissement de la réalité, un retrait de la vie habituelle, un désintérêt pour les plaisirs, l'apparition d'une tristesse pathologique

Théorie cognitive

- il existerait à l'origine de la dépression un trouble de la pensée
- certains sujets ont des schémas de pensée trop pessimistes

I. Syndrome dépressif

Le syndrome dépressif franc complet est toujours caractérisé par une triade symptomatique

- humeur dépressive
- ralentissement psychomoteur
- signes somatiques associés

Cette symptomatologie doit

- être installée depuis au moins 15 jours
- marquer une rupture avec le comportement habituel du sujet

Humeur dépressive

Tristesse pathologique (ex: douleur morale)

Idéation suicidaire constante

Diminution ou absence de plaisir (anhédonie) ou de l'intérêt pour les activités habituelles, anesthésie affective

Anxiété

Ralentissement psychomoteur

Ralentissement intellectuel (ex: aboulie, difficulté à prendre des décisions)

Ralentissement moteur ou agitation

Signes somatiques

Asthénie à recrudescence matinale

Troubles du sommeil

Troubles de l'alimentation

Troubles de la sexualité

Autres signes: céphalée, constipation, polyalgie, aménorrhée..

Classifications étiologiques

Dépression primaire (patient sans trouble somatique ou psychiatrique autre qu'un trouble de l'humeur)

- l'épisode dépressif majeur ou caractérisé
- le trouble dysthymique: dépression chronique
- l'accès dépressif d'un trouble bipolaire

Dépression secondaire à

- une maladie psychiatrique (névrose, psychose)
- une maladie organique
- dépression secondaire iatrogénique ou toxique

Classifications descriptives

Episode dépressif majeur

- il faut la présence d'au moins 5 symptômes dont au moins humeur dépressive ou désintérêt, perte de plaisir
- durée supérieure ou égale à deux semaines
- indices de handicap (social, familial, professionnel)

Formes cliniques

Dépression mélancoliques

Mélancolie délirante

Dépression anxieuse

Dépression saisonnière

Dépression masquée

Cas particulier lié au terrain

- sujet âgé
- dépression enfant et adolescent
- dépression du post-partum

Evolution, épisode dépressif aigu

Evolution spontanée

- guérison = 6 mois (antidépresseurs = 2 mois)

Evolution sous traitement

- rémission complète: 1 à 2 mois
- guérison: rémission complète d'au moins 6 mois

Suicide

- 30 à 35% des suicides sont dus à des dépressions
- 15% des déprimés décèdent par suicide

- acte impulsif ou acte prémédité

II. Syndrome maniaque

Episode maniaque = "période" nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persiste pendant au moins une semaine

L'accès maniaque typique est l'accès survenant au cours de la maladie maniaco-dépressive

Triade

- humeur exaltée
- accélération psychomotrice
- signes somatiques associés

Exaltation de l'humeur

Hyperesthésie affective associée à une humeur euphorique, une humeur versatile

Vision positive de lui-même (surestimation de soi), du monde et du futur

Idées mégalomaniaques, optimisme démesuré conduisant à l'élaboration de projets irréalistes

Achats inconsidérés

Accélération psychomotrice

Idéation

Excitation motrice

Cela se manifeste par un problème d'adaptation

Signes somatiques

Insomnie sans fatigue

Hyperphagie

Dipsomanie (prise d'alcool)

Hypersexualité, augmentation de la libido

Déshydratation

Hyperthermie, thermophobie

Comportements médico-légaux

Conduite dangereuse en voiture

Grivèlerie

Familiarité excessive notamment dans le domaine de la sexualité

Achats et ventes inconsidérés

Formes cliniques

Manie délirante

- le délire se différencie des constructions imaginatives habituelles et labiles du maniaque par sa stabilité et l'adhésion totale du patient au délire

Fureur maniaque

- urgence psychiatrique
- forme rare et dangereuse
- état caractérisé par une agitation agressive et violente

Hypomanie

- forme atténuée de manie
- le plus souvent compatible avec la vie socioprofessionnelle du patient

Etats mixtes

- labilité thymique
- coexistence d'éléments maniaques et dépressifs dans le même accès
- symptomatologie appartenant au trouble bipolaire
- difficultés thérapeutiques

Evolution, accès maniaque

Evolution spontanée: guérison = 6 mois

Evolution sous traitement adapté

- délai de guérison: 1 à 2 mois
- bon critère de guérison: disparition de l'insomnie

Complications

- immédiates de l'accès maniaque
- sous traitement = virage de l'humeur
- à distance: récurrence, évolution cyclique (entrée dans troubles bipolaires)

III. Troubles bipolaires

Type I: épisodes dépressifs et maniaques francs

Type II: épisodes dépressifs et hypomaniaques

Type III: épisodes dépressifs avec des épisodes maniaques ou hypomaniaques uniquement iatrogènes

Evolution et complications

Evolution

- maladie cyclique: épisodes récurrents et des intervalles libres de toute symptomatologie entre les accès
- cycles rapides

Complications

- suicide
- conduites addictives

IV. Prise en charge des troubles de l'humeur

Traitements médicamenteux

Psychothérapie

Psychoéducation

Rôle infirmier

- repérage des syndromes dépressifs et maniaques
- surveillance du risque suicidaire
- repérer les troubles du sommeil
- identifier les conduites addictives
- aider, encourager, expliquer