

Troubles de l'humeur

Dr Bonnet Stéphane

CHU Lapeyronie

CRIAVS/Unité sanitaire maison d'arrêt de VLM

20/01/2017

Catégories diagnostiques en psychiatrie

Trouble de l'humeur :

- Trouble bipolaire
- Dépression

Trouble psychotique :

- Schizophrénie
- Délire non dissociatif :
paranoïa...

Trouble de la personnalité :

- Narcissique
- Paranoïaque
- Obsessionnel ...

Comorbidités psychiatriques

Trouble des conduites alimentaires

Trouble lié à l'usage de substance:

- Alcool
- Drogue
- Médicament psychotrope

Trouble anxieux :

- Trouble panique
- TOC
- Post traumatique ...

TDAH

Historique

- Arétée de Cappadoce (1er siècle a. J-C): 1^{ère} description de la succession d'épisode mélancolique et maniaque chez un même patient :
 - “La manie revêt une forme gaie, ils rient, ils plaisantent, ils dansent de nuit comme de jour, sans peur de se montrer, couronnés parfois comme des vainqueurs qui sortent d'une lutte ...”
 - La mélancolie est décrite comme “un abattement lié à une seule apparition sans fièvre”
-

Historique

- Début du 19^{ème} : Pinel et Esquirol:
 - Relation entre manie et mélancolie

 - Kraepelin (début 20^{ème}) :
 - A rassemblé la dépression et la manie dans la catégorie diagnostique unique de la folie maniaco-dépressive
-

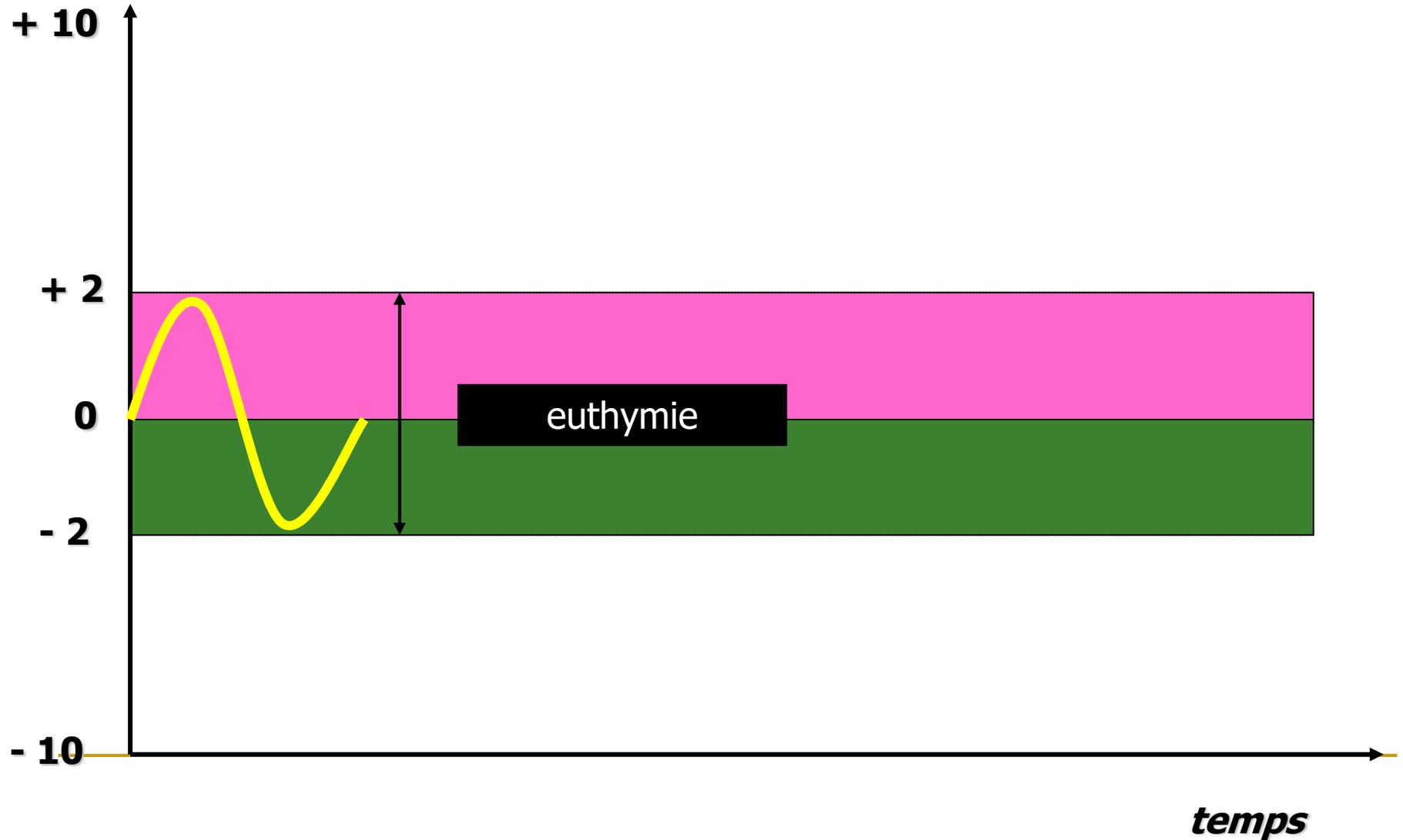
3 Faces of Bipolar Disorder



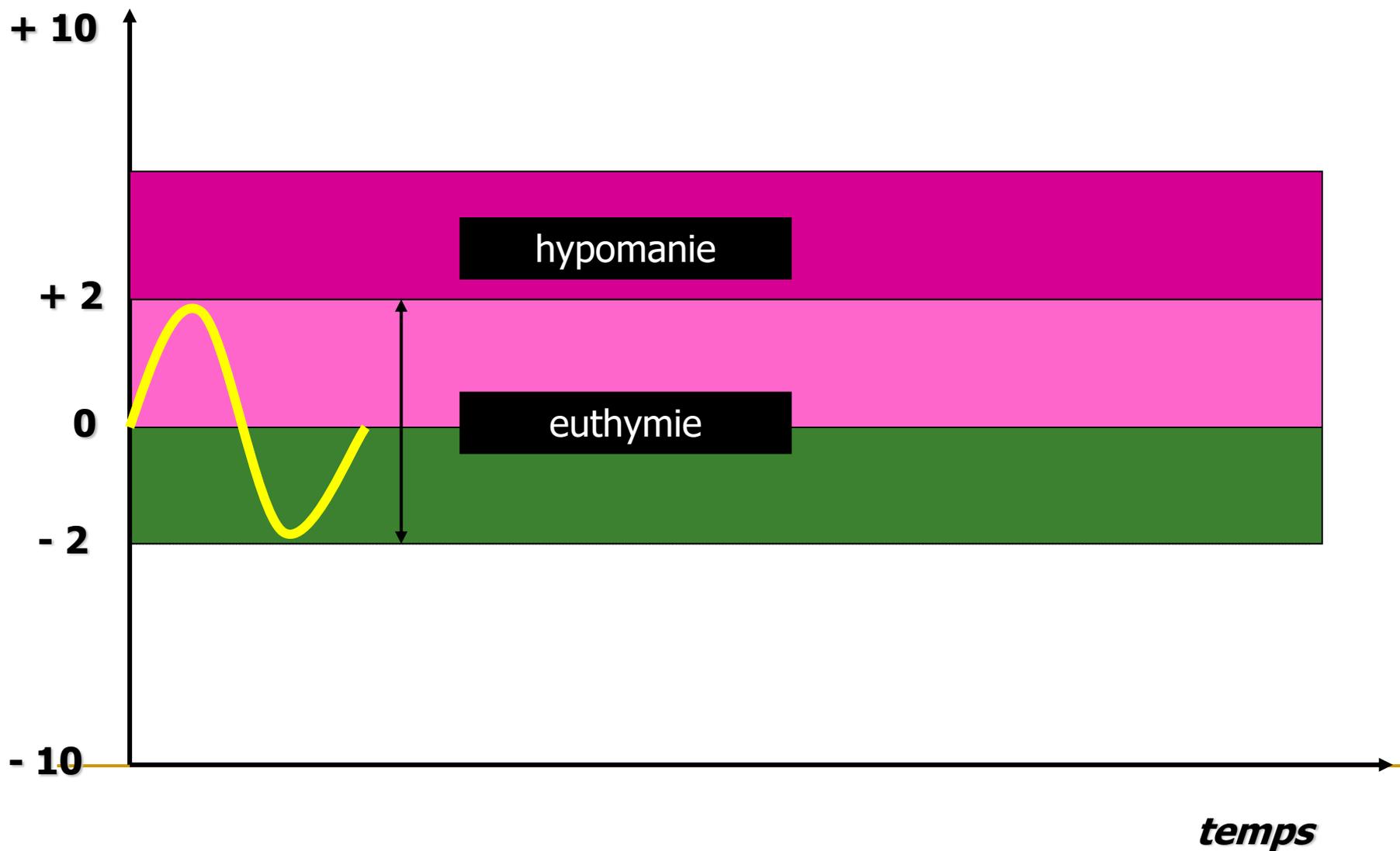
Manic, Hypomanic & Depressive

www.ipredator.co

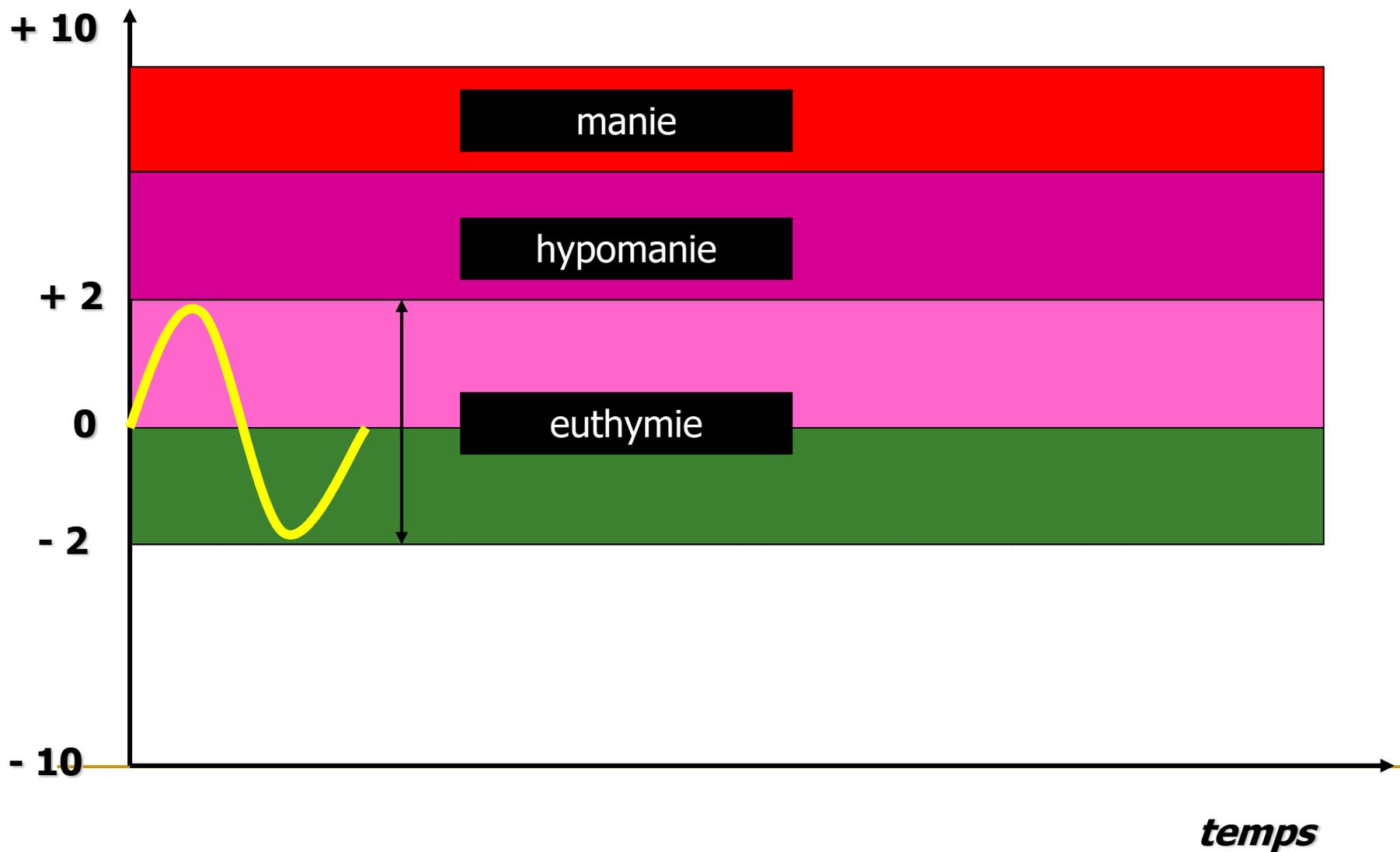
Variations normales de l'humeur



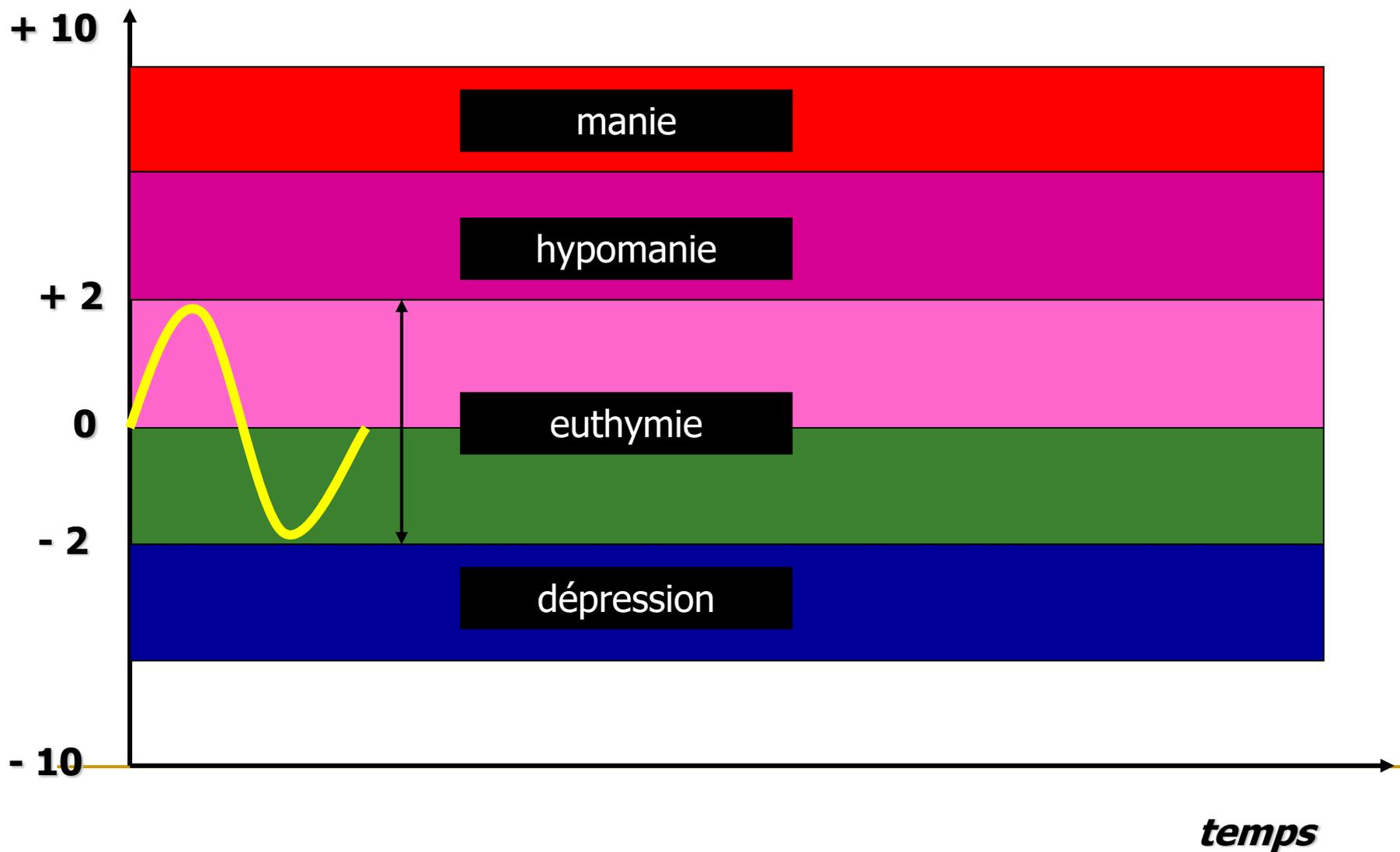
Variations normales de l'humeur



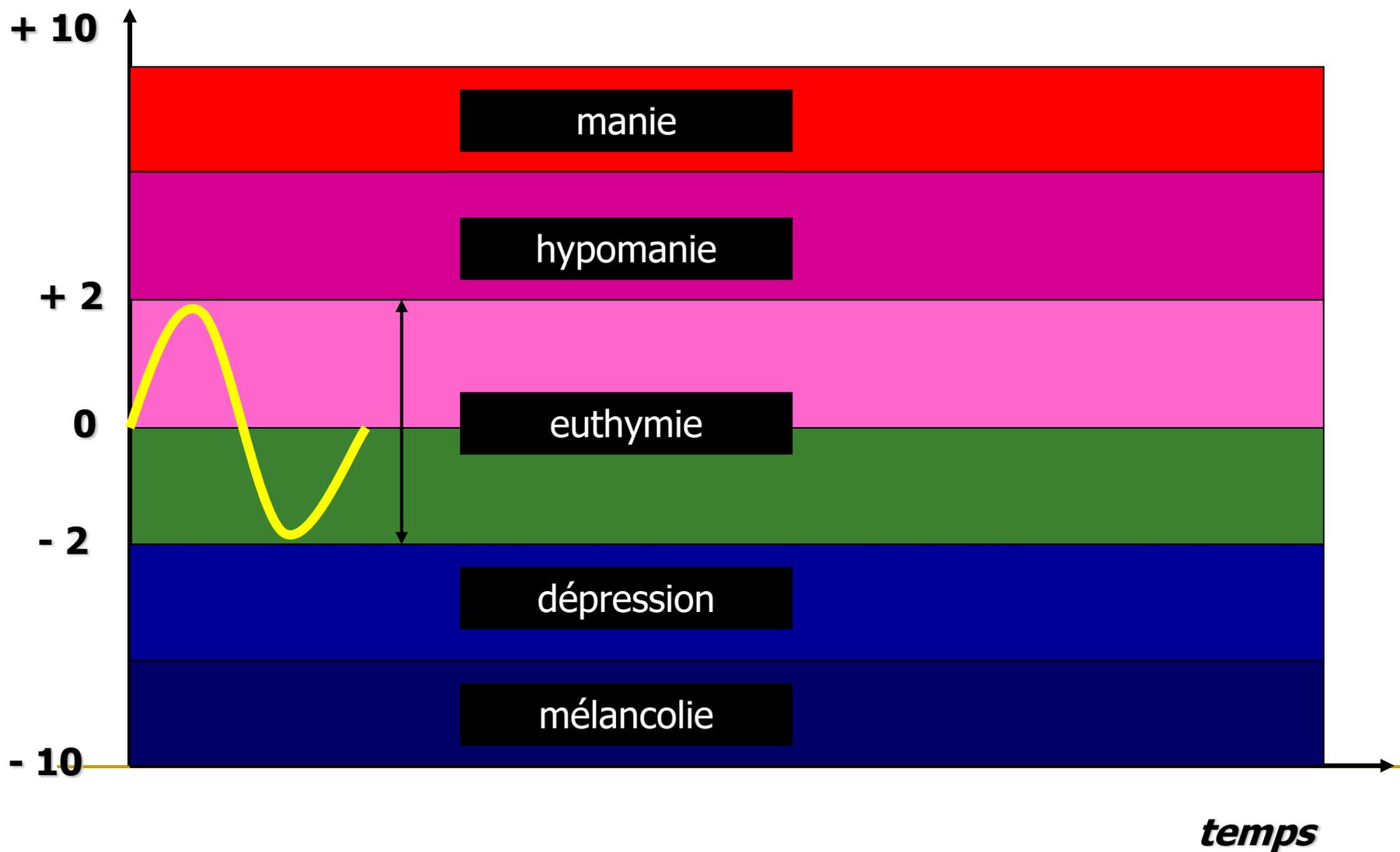
Variations normales de l'humeur



Variations normales de l'humeur



Variations normales de l'humeur



Dépression: épidémiologie

■ Prévalence :

- ❑ 3% de la population mondiale selon l'OMS
- ❑ 9% en France
- ❑ En constante augmentation :

« Selon l'OMS, en 2020, la dépression sera au 2^{ème} rang des maladies les plus sévères en terme de cout global et de handicap »

Dépression : clinique

■ Humeur dépressive : douleur morale

- ❑ Tristesse, désespoir, anesthésie affective
- ❑ Anhédonie, aboulie
- ❑ Culpabilité, perte de l'estime de soi,
- ❑ Pessimisme, idées morbides et suicidaires...



Dépression : clinique

- **Ralentissement psychique** (bradypsychie) :
 - Difficultés de concentration, mémorisation :
 - Chute rapide des notes chez enfant ou adolescent
 - Peut être la plainte principale chez les personnes âgés
-

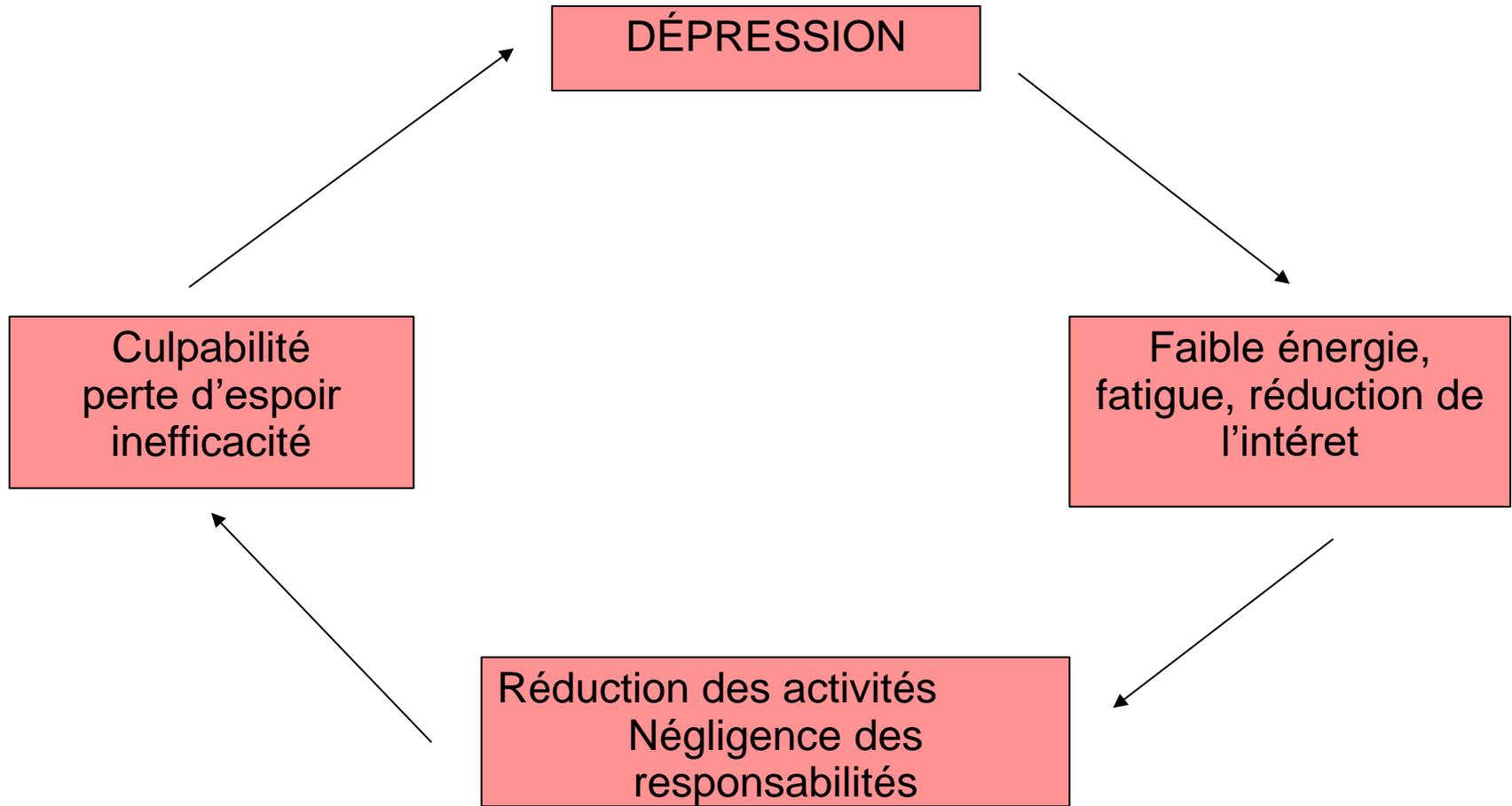
Dépression : clinique

- **Ralentissement moteur :**
 - Mutisme, aspect figé
 - Diminution de la mimique
 - Incapacité à entreprendre
-

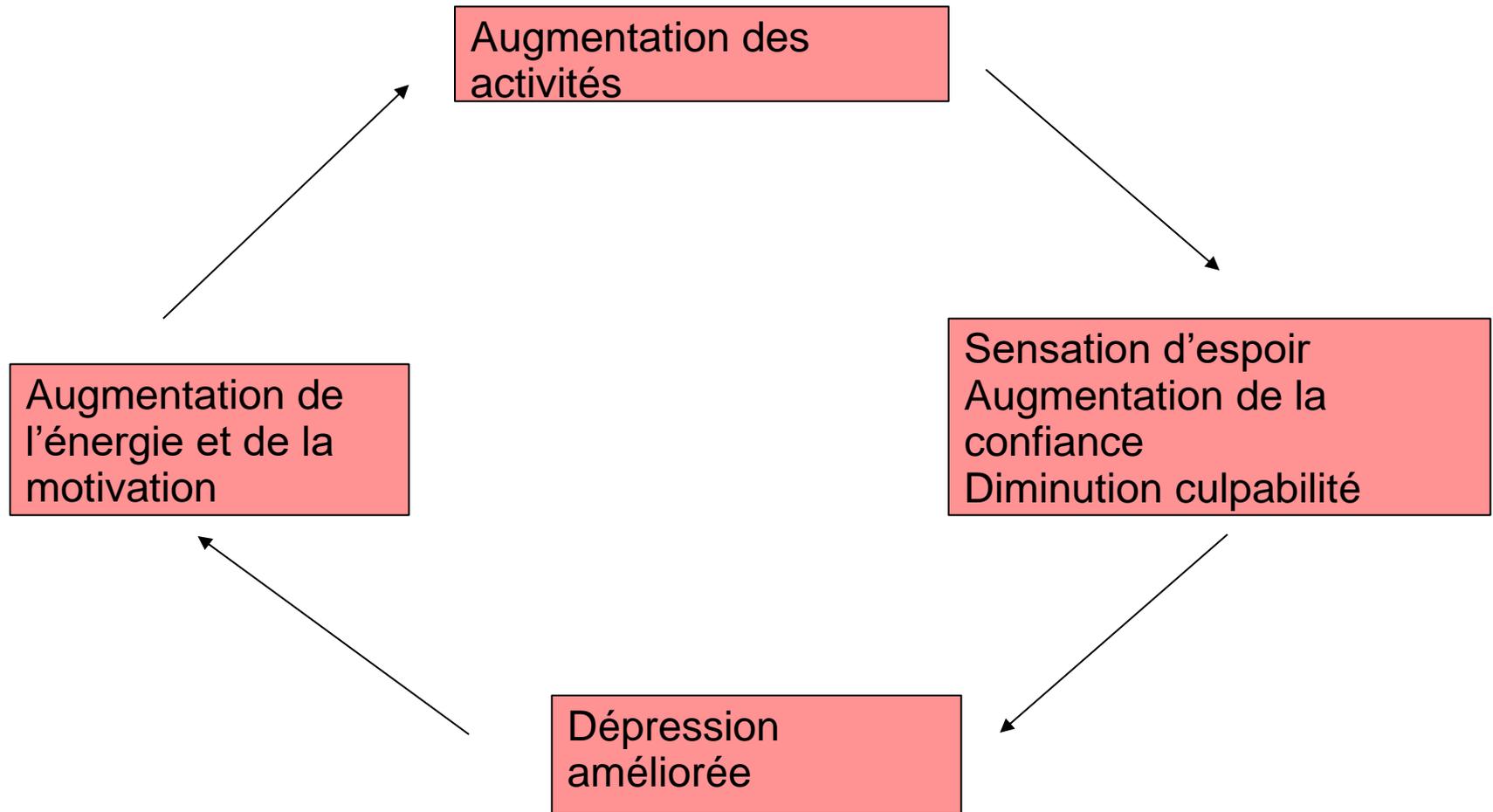
Dépression : clinique

- **Troubles des fonctions instinctuelles :**
 - Insomnie
 - Anorexie
 - Asthénie
 - Trouble des fonctions sexuelles
-

Cercle vicieux de la dépression



Mettre fin au cercle vicieux



Dépression

- 5 des symptômes suivants:

- ❑ Humeur dépressive
- ❑ Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour activités
- ❑ Ralentissement psychomoteur
- ❑ Fatigue ou perte d'énergie
- ❑ Diminution du poids ou de l'appétit
- ❑ Insomnie
- ❑ Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié
- ❑ Difficultés de concentration
- ❑ Idées suicidaires



Dépression

- Durée des troubles > 2 semaines
 - Altération du fonctionnement social, professionnel
 - Pas de trouble psychotique , d'épisode maniaque ou de symptômes secondaires à la prise de toxique ou à une affection médicale générale.
-

Evolution

- Symptômes se développent en quelques jours ou quelques semaines
 - Possibilité de périodes prodromiques avec symptômes anxieux ou dépressifs légers
 - Durée de l'épisode variable
 - Dans 1/3 des cas, chronicisation des troubles
-

Dépression : prise en charge

- Psychothérapeutique :
 - Soutien, maintien des liens sociaux...
 - Pharmacologique :
 - Antidépresseur
 - Anxiolytiques, hypnotiques...
 - Sociale :
 - Accompagnement et soutien pour tâches administratives, mise à jour des droits...
-

Mélancolie

- Présentation caractéristique.
- **Inhibition** psychique et psychomotrice :
 - Comportementale : retrait, aboulie, ralentissement, apragmatisme.
 - Intellectuelle : bradypsychie, monoïdéisme, troubles cognitifs.
 - Affective : anesthésie affective.
- **Douleur morale** : cénesthésie pénible, asthénie vitale.
- **Désir de mort.**
- Trouble des fonctions instinctuelles.



Mélancolies: formes cliniques

- Mélancolie simple :
asthénie, insomnie,
réduction de l'activité,
lassitude, doute,
irritabilité.



Mélancolies: formes cliniques

- Mélancolie stuporeuse :
inhibition psychomotrice
majeure, patient figé,
mutique, immobile.



Mélancolies: formes cliniques

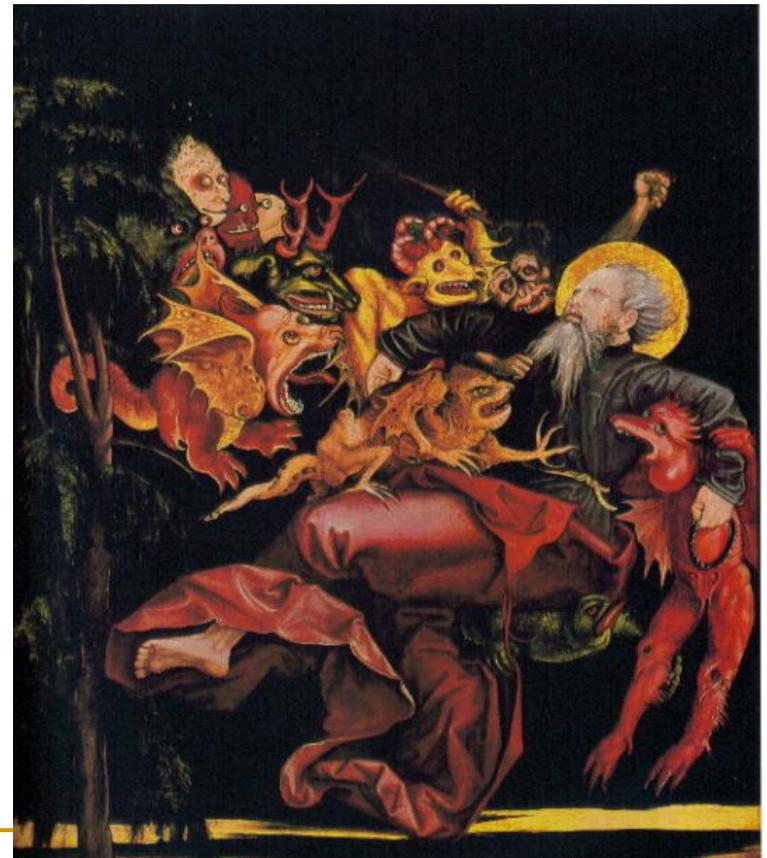
- Mélancolie anxieuse ou agitée : l'angoisse est au premier plan



Mélancolies: formes cliniques

- Mélancolie délirante : idées de responsabilité, de culpabilité, d'indignité, d'incapacité, d'incurabilité, de ruine, de persécution...

Ex : le syndrome de Cotard
(négation d'organe,
damnation)



Mélancolie : prise en charge



URGENCE!!!!!!!!!!

- Hospitalisation
- Pharmacologique : anxiolyse et sédation, initiation antidépresseur.
- Sismothérapie?
- Psychothérapique
- Sociale : sauvegarde de justice (?), règlement des dettes...

Idées suicidaires (IDS)

- Peuvent aller de :
 - La croyance que les autres seraient mieux si l'on était mort
 - IDS transitoires mais récurrentes
 - Élaboration suicidaire
-

Evaluation du potentiel suicidaire

- **Modèle RUD:**
 - Risque
 - Urgence
 - Dangereusité
-

Evaluation du risque

- Environnement immédiat
 - **ATCD familiaux de suicide**
 - Famille : abus physique, violence, manque de cohésion familiale;
 - **Faible soutien social**

 - Au niveau personnel
 - **Troubles mentaux**
 - **Abus d'alcool / drogues**
 - **Antécédents de TS**
 - Maladies physiques

 - Événements stressants
 - Deuil ; difficultés financières
-

Evaluation du risque

- Facteurs psychopathologiques
 - Abus d'alcool x 20
 - Dépression x 20
 - Schizophrénie x 8
 - Trouble de la personnalité x 7
-

Evaluation de l'urgence

- ❑ Flashs ou idéations suicidaires
 - ❑ Pensées suicidaires occasionnelles
 - ❑ Pensées suicidaires fréquentes
 - ❑ La planification du suicide est en cours
 - ❑ La planification est complète au delà de 48h
 - ❑ La planification est complète dans les 48h
 - ❑ La planification du suicide est complète
 - ❑ Tentative effectuée
 - ❑ Décès
-

Evaluation de l'urgence

- Faible :
 - Pense au suicide, pas de scénario précis
 - Moyen :
 - Scénario envisagé, mais reporté
 - Élevé :
 - Planification claire, passage à l'acte prévu
-

Evaluation dangerosité

- Dangerosité du scénario suicidaire :
 - Létalité du moyen
 - Accès direct aux moyens (ex: fusil de chasse)

 - Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence
-

Trouble affectif bipolaire

- Changement des affects ou de l'humeur
- Survient de manière récurrent
- Intervalles libres d'euthymie



Trouble bipolaire de type I:

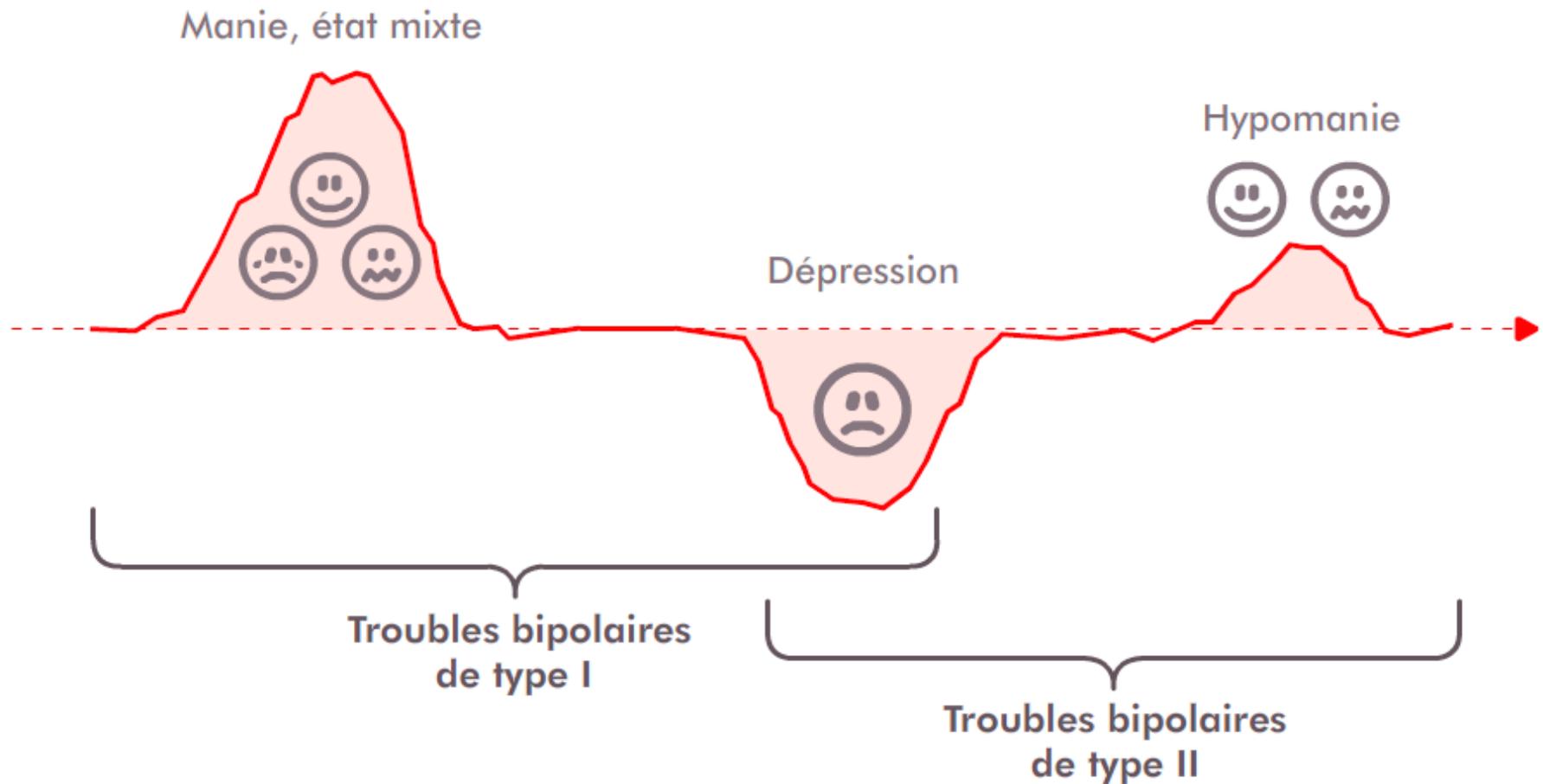
- Présence d'un seul épisode maniaque avec ou sans épisode dépressif majeur



Trouble bipolaire de type II:

- Présence ou antécédent d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs
 - Présence ou antécédent d'au moins un épisode hypomaniaque
 - Après avoir écarté toute pathologie de type schizophrénie ou autres troubles psychotiques
-

Les troubles bipolaires : type I et II



Épidémiologie :

- Prévalence : 1% population générale, possible sous-estimation
 - Sex-ratio équilibré
 - Pas d'impact des origines ethnoculturelles ou du niveau socio-économique
 - Retentissement psycho-social
-

Manie: Trouble de l'humeur

- Euphorique:
 - Inhabituellement bonne
 - Reconnue comme excessive par ceux qui connaissent bien la personne
 - Irritabilité, impulsivité
 - Labilité
 - Désinhibition, familiarité du contact
-

Excitation psychomotrice

- Psychique:
 - Tachypsychie: accélération du cours de la pensée, fuite des idées :
 - Logorrhée, digressions, coq à l'âne
 - Flot presque continu d'un discours rapide avec des changements rapides d'un sujet à l'autre
 - Distractibilité : incapacité à filtrer les stimuli externes non pertinents

 - Moteur:
 - Hyperactivité le plus souvent désordonnée
 - Infatigabilité
-

Idées délirantes

- Thèmes congruents à l'humeur :
 - Mégalomaniacale, mystique, de filiation ...
 - Mécanismes les plus fréquents: interprétatif, intuitif
 - Adhésion totale
 - Délire bien organisé
 - Congruent à l'humeur
-

Troubles somatiques

- Insomnie avec infatigabilité ++:
 - Symptôme apparaissant le plus précocement
 - Signe d'évolutivité clinique et de réponse au traitement
 - Trouble du comportement alimentaire
 - Déshydratation
-

Troubles du comportement

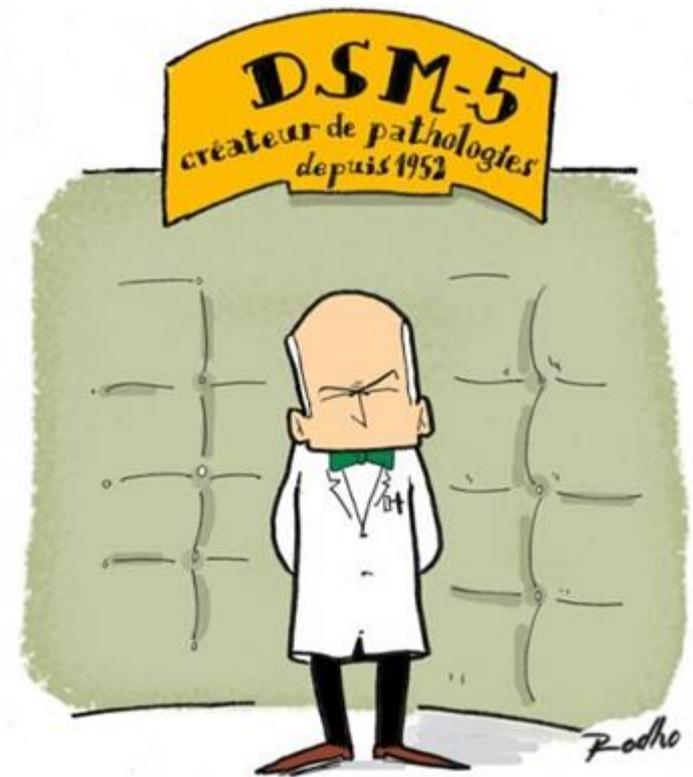
- Dépenses inconsidérées
 - Relâchement des censures morales et sociales, désinhibition, hypersexualité
 - Passage à l'acte médico-légal
-

EPISODE MANIAQUE

- Humeur élevée de façon anormale et persistante pendant au moins une semaine
- Présence de 3 des signes suivants durant cette période:
 - Augmentation de l'estime de soi, idées de grandeur
 - Réduction du besoin de sommeil
 - Désir de parler constamment
 - Fuite des idées
 - Distractibilité
 - Augmentation de l'activité orientée vers un but
 - Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables

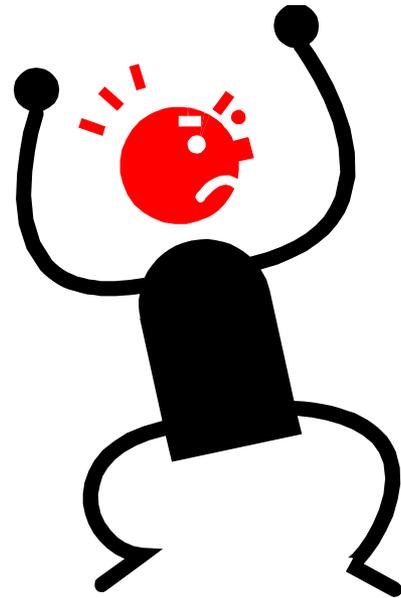
EPISODE MANIAQUE

- Suffisamment sévère pour entraîner:
 - une altération marquée du fonctionnement socioprofessionnel
 - une hospitalisation
- L'épisode n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.



Différents type de manie

- Manie simple
- Manie délirante
- Manie confuse
- Manie furieuse



Différents type de manie

- **Manie simple** : accélération globale, augmentation des capacités habituelles, désorganisations du comportement.
 - Manie délirante
 - Manie confuse
 - Manie furieuse
-

Différents type de manie

- Manie simple
 - **Manie délirante** : manie + idées délirantes mégalomaniennes prédominantes.
 - Manie confuse
 - Manie furieuse
-

Différents type de manie

- Manie simple
 - Manie délirante
 - **Manie confuse** : manie + syndrome confusionnel associé.
 - Manie furieuse
-

Différents type de manie

- Manie simple
 - Manie délirante
 - Manie confuse
 - **Manie furieuse** : manie où prédomine agitation psycho-motrice avec agressivité.
-

Evolution

- Age moyen de survenue du 1^{er} épisode vers 30 ans
 - Début brutal (parfois suite à facteurs de stress)
 - Aggravation en quelques jours de la symptomatologie
 - Retour à l'euthymie se fait rapidement sous traitement

 - Le sommeil et l'appétit
 - Derniers à se normaliser
 - Bon marqueur de guérison
-

Evolution Trouble bipolaire

- Trouble récurrent :
 - Récidive après un 1^{er} épisode maniaque chez 90% des patients
 - Symptômes résiduels entre les épisodes :
 - 20-30% des patients
 - Difficultés chroniques interpersonnelles ou professionnelles entre les épisodes :
 - 60% des patients
-

Complications

- Somatique:
 - Déshydratation, dénutrition, décompensation de tares...
 - Médico-légaux:
 - passage à l'acte hétéro-agressif, dépenses inconsidérées, AVP, perturbation de l'ordre public
 - Psychiatrique :
 - TS et suicide (décès par suicide chez 10-15% des patients bipolaires)
-

Surmortalité

- Suicide : 15 fois plus par rapport à la population générale
 - Surmortalité cardiorespiratoire
 - Comorbidité psychiatrique :
 - Addictions (x6/pop générale)
-

Hypomanie (DSM-V)

- Humeur élevée de façon persistante pendant au moins 4 jours
- Présence d' au moins 3 des symptômes définissant l'épisode maniaque
- Perturbation de l'humeur et modification du fonctionnement manifeste pour l' entourage
- La sévérité de l' épisode n' est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement socioprofessionnel ou pour nécessiter une hospitalisation

Hypomanie

■ Evolution :

- ❑ Début soudain avec aggravation rapide en 1-2 jours
 - ❑ Peuvent durer de plusieurs semaines à plusieurs mois
 - ❑ 5-15 % des patients développent ultérieurement un épisode maniaque
-

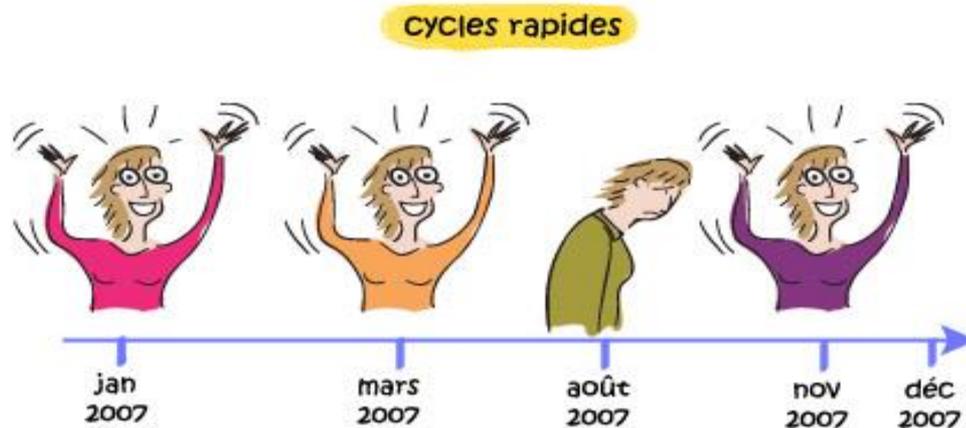
Etat mixte

- Soit présence simultanée de symptômes maniaques ou dépressifs.
- Soit alternance rapide de symptômes maniaques et dépressifs.



Cycle rapide

- S'applique aux patients bipolaires de type I et II :
 - plus de 4 épisodes / an (EDM, manie , mixte, hypomanie)
 - Peuvent être déclenchés ou entretenus par les antidépresseurs

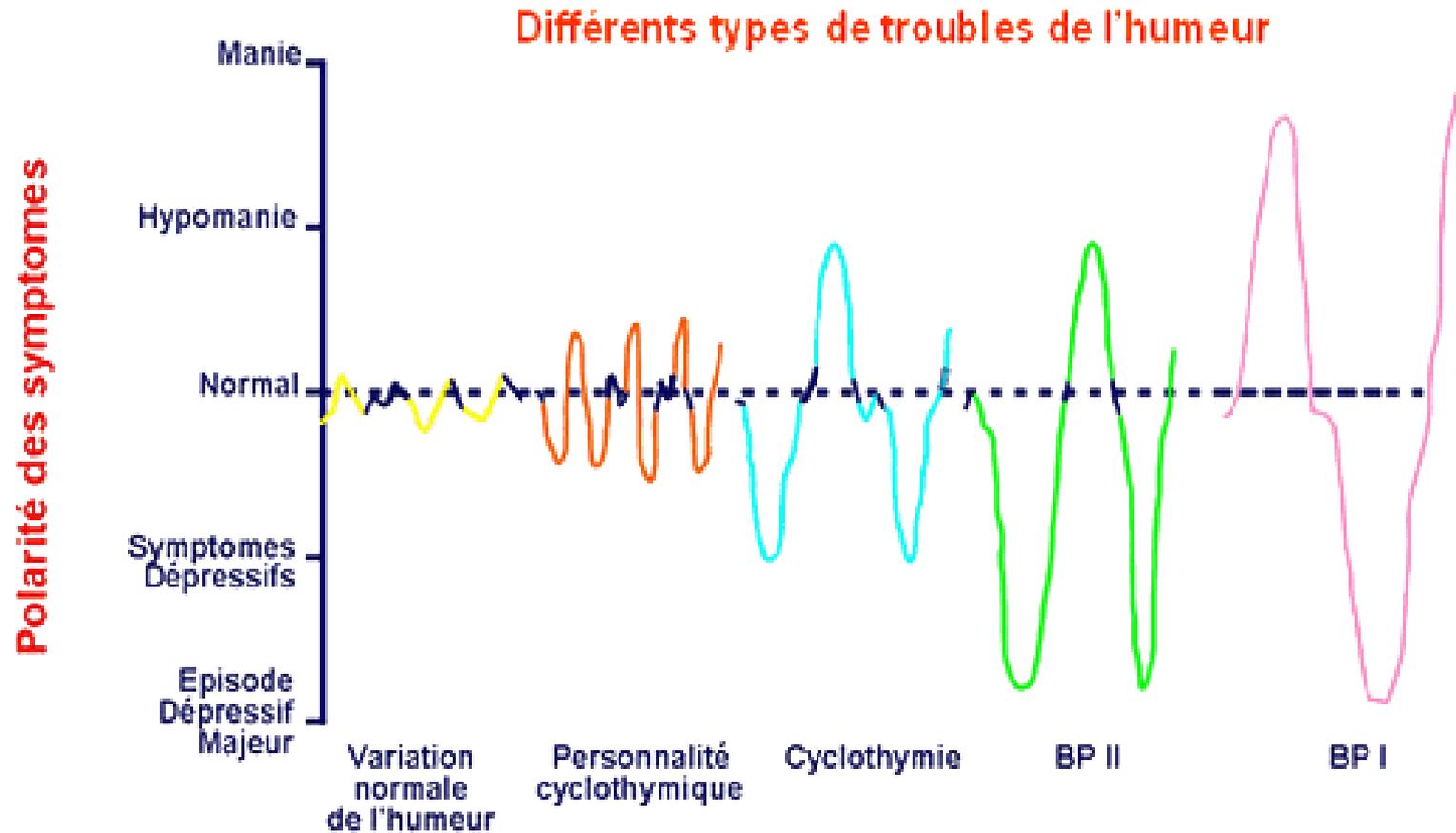


13 à 20 %
des bipolaires

Troubles cyclothymique:

- Existence, pendant au moins 2 ans, de périodes avec symptômes maniaques, de périodes avec symptômes dépressifs (sans possibilité de porter le diagnostic d'EDM ou de manie)
 - Pendant ces 2 ans, le sujet n'est pas resté plus de 2 mois consécutifs, sans les symptômes
-

En résumé



Diagnostic différentiel

- A rechercher systématiquement devant tout épisode thymique
 - Trouble de l' humeur lié à une affection médicale:
 - Neurologique: Parkinson, AVC, SEP, tumeur cérébrale
 - Métabolique : carence en vitamine B12
 - Endocrinologique: dysthyroïdie , hypercorticisme
-

Diagnostic différentiel

- Trouble de l' humeur induit par une substance:
 - ❑ Virage maniaque après la prise d'antidépresseurs+++
 - ❑ Corticoïdes+++
 - ❑ Intoxication ou sevrage: alcool, amphétamine , cocaïne, opiacés, benzodiazépine
-

Diagnostic différentiel

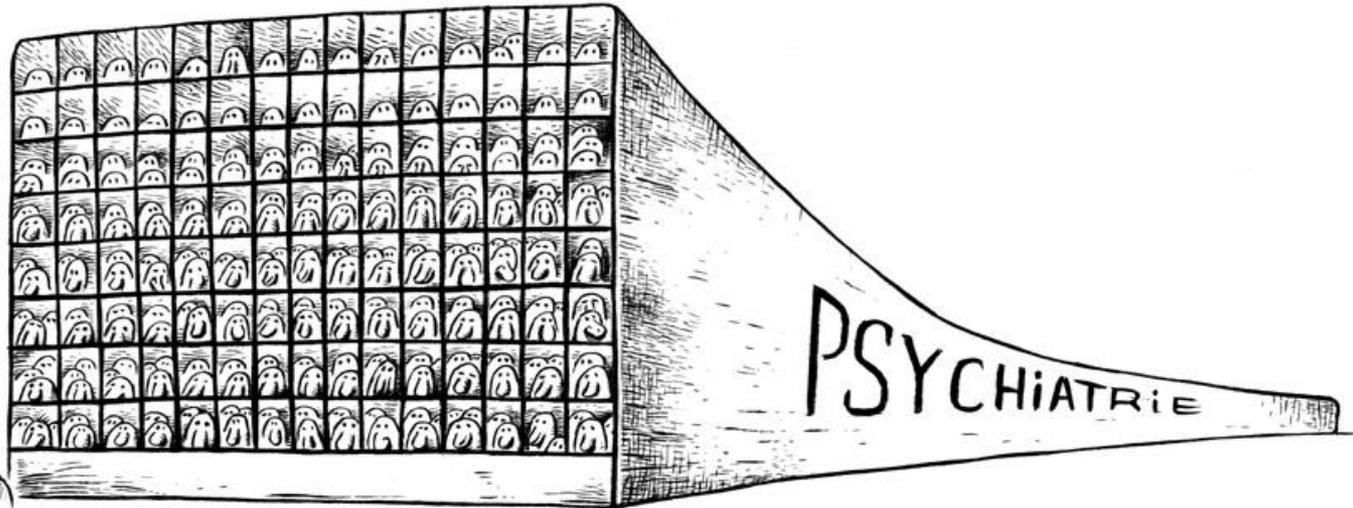
- Éléments du diagnostic:
 - ❑ Interrogatoire du patient et de l'entourage, antécédents, dosage biologique
 - ❑ Signes peuvent survenir jusqu'à 4 semaines après l'arrêt de la prise
 - ❑ Caractéristiques atypique de l'épisode
-

Trouble de l'humeur et dangerosité

LA SOLUTION À L'INSÉCURITÉ.

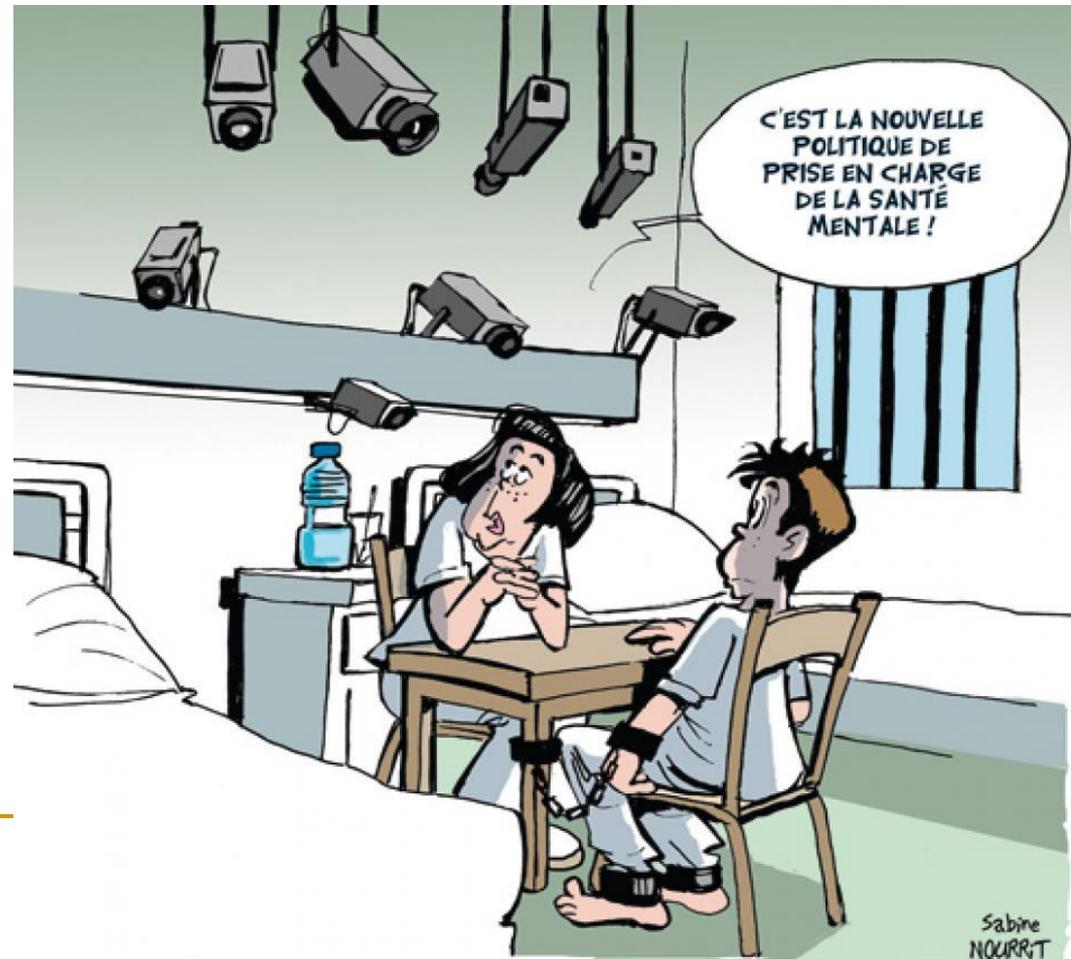
COMME CHAQUE INDIVIDU EST POTENTIELLEMENT DANGEREUX POUR LUI-MÊME OU POUR LES AUTRES, J'AI FAIT ENFERMER TOUTE LA POPULATION.

ENFIN!



Aspects criminologiques

- Prévalence de comportements violents chez les patients avec un trouble de l'humeur supérieure à celle de la population générale
- Méta-analyse:
 - 9,8% vs 3% dans la population générale
 - Risque de violence X4 par rapport à la population générale.



Pathologie psychiatrique et stigmatisation

- Présomption de dangerosité:
 - Élément clé des attitudes négatives envers les personnes souffrant de pathologies psychiatriques :
 - Conséquences sur la qualité de vie des patients:
 - Baisse de l'estime de soi
 - Isolement , marginalisation
 - Conséquences sur la prise en charge de leur maladie:
 - Recours aux soins
 - Observance du traitement
 - 17 fois plus fréquemment victimes de violence que la population générale.
-

Aspects criminologiques

- Maladie mentale ne serait pas en elle-même un facteur de risque de violence:
 - Violence associée à des facteurs:
 - Historiques
 - Cliniques
 - Prédisposant ou contextuels
 - Qui seraient plus fréquents chez les personnes souffrant d'une maladie mentale
-

Facteurs de risque Non-Spécifiques

- Sociodémographiques
 - Antécédents personnels de violence
 - Comorbidités :
 - Trouble lié à l'usage de substance
 - Trouble de la personnalité antisociale
 - Trouble des conduites
-

Dépression

- Peut être à l'origine d'actes graves
 - Auto-agressif
 - Hétéro-agressif le plus souvent envers les proches (homicide-suicide)
- Certains facteurs peuvent favoriser ces PAL hétéro-agressif:
 - Facteurs situationnels (séparation de couple, épisode passionnel)
 - Symptômes psychotiques
 - Troubles liés à l'usage de substance
 - Symptômes mélancoliques:
 - Péjoration de l'avenir
 - Idées d'incurabilité et de ruine

Manie

- Facteur de risque de passage à l'acte:
 - Symptômes psychotiques spécifiques tels que
 - Les idées de grandeur
 - mégalomaniaques
 - de persécution (surtout en cas de présence d'un persécuteur désigné)
 - Impulsivité
 - Comportements non planifiés, survenant en réponse à une provocation ou à la perception d'une menace
-

Prise en charge



- **URGENCE+++++++**
- Hospitalisation sous contrainte (SDT/SDRE)
- Mesure de protection + information de l'entourage.
- Traitement médicamenteux

Prise en charge

- En aigue : selon la « phase »
 - Dépression: ATD , sédation
 - Mélancolie : ECT...
 - Hypomanie
 - Manie :
 - Sédation+++
 - Si besoin: isolement



Traitement par thymorégulateur:

- Après un premier accès maniaque ou à partir du 2-3^{ème} EDM
- Objectif: efficace en aigu sur M & D et en prévention de M & D
 - Lithium
 - Anticonvulsivant
 - Neuroleptique atypique
- A vie

PEC Non pharmacologique

- Psychothérapie de soutien:
 - Explications sur la pathologie , le traitement
 - Surveillance de l' efficacité et de la tolérance du traitement
-

PEC Non pharmacologique

- Psychoéducation, ayant pour objectifs:
 - Conscience de la maladie**
 - Détection précoce des symptômes prodromiques**
 - Observance du traitement**
 - Meilleure gestion du stress
 - Eviter l'usage et l'abus des toxiques
 - Obtenir la régularité du style de vie
 - Prévenir les conduites suicidaires
-

PEC Non pharmacologique

- Éducation de l' entourage:
 - Après accord du patient+++
 - Expliquer la maladie, déculpabiliser l' entourage et le patient
 - Repérer les prodromes
 - Information sur le traitement

 - Association de malade
-

A retenir

- ← Pathologie chronique évoluant par poussées avec peu de symptômes entre les crises
 - ← Symptômes de la dépression et de la manie
 - ← Evaluation du risque suicidaire
 - ← Surmortalité
-

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Pour plus d'information :

« **stephane-bonnet@chu-montpellier.fr** »
