# Les Troubles de l’Humeur

## Définition :

Selon J.DELAY l’humeur est définie comme *étant cette disposition affective fondamentale riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, 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.*

Les troubles de l’humeur regroupent:

* Mélancolie et états dépressifs
* L’Accès maniaque
* La psychose maniaco-dépressive

## Mélancolie et États Dépressifs

### Généralités :

Les états dépressifs constituent l’un des syndromes les plus fréquemment retrouvés en psychiatrie.

Leur gravité réside dans la complication dramatique: **le suicide**

### Etude clinique de l’accès mélancolique

#### Phase de début:

Rapide en quelques jours, rarement quelques semaines.

Chez le sujet jeune entre 20 et 40 ans présentant des antécédents similaires soit personnels ou familiaux.

Souvent on retrouve des circonstances déclenchantes : une séparation, deuil, maladie, échec social ou professionnel.

Parfois aucun élément n'est retrouvé. Le sujet se plaint d'une asthénie croissante avec un sommeil perturbé ; progressivement il affiche des signes de dégoût dans sa vie professionnelle et familiale.

#### La période d’état:

##### Le Syndrome dépressif:

La vie psychique est marquée par une tristesse allant de la morosité jusqu'a la douleur morale. Le sujet éprouve un dégoût de la vie et rien ne l'intéresse.

Toutes les opérations mentales sont ralenties, leur fonctionnement est pénible et demande effort : L'attention ne peut être soutenue, avec défaut de concentration, les connaissances et les souvenirs sont difficiles à mobiliser.

La pensée est pauvre dans son contenu, lente dans son développement (***bradypsychie***). Les idées retrouvées sont centrées sur la culpabilité, l'auto-accusation, l'indignité, l'hypochondrie.

La vie relationnelle est bouleversée par l'isolement, le sujet éprouve des difficultés à rentrer en contact avec autrui et communique uniquement des contenus négatifs. Il devient incapable d'assumer son rôle familial et d'exercer son activité professionnelle.

La perturbation de la vie somatique complète le syndrome général de la dépression :

* L'altération de l'appétit peut aller jusqu'à l'anorexie totale, équivalent symbolique du suicide.
* Le sommeil est perturbé, le réveil est douloureux, l'asthénie est intense, totale associée à l’anxiété.
* La sexualité est également perturbée: perte du désir sexuel renforçant les idées de dévalorisation.

##### Dans la mélancolie le syndrome dépressif est particulier:

Marqué par une grande douleur morale atroce car elle est vécue comme totale et irréversible.

L'inhibition psychomotrice est dominante : L'inhibition intellectuelle est telle qu'il existe une abolition et une absence totale d'initiative et de projet. L'activité motrice est réduite.

Les idées délirantes sont presque toujours présentes. Il s’agit surtout d'idées de dépréciation :

* idées d'auto - accusation,
* de culpabilité pathologique,
* d'incurabilité
* et parfois d'hypochondrie grave comme le syndrome de COTTARD.

Ces idées peuvent être dirigées contre les autres: méchanceté, persécution, négation d'autrui et fin du monde.

Ces idées délirantes s'inscrivent dans le sens de la perturbation de l'humeur et sont rarement accompagnées d'hallucinations.

Les idées de mort sont permanentes et le risque de suicide est par conséquent omniprésent : tout déprimé est confronté au suicide qui apparaît comme la solution idéale d'apaisement de cette douleur morale.

### Les formes cliniques :

#### Formes cliniques de l’accès mélancolique

Les formes cliniques sont :

##### Selon la prédominance d’un symptôme :

* La mélancolie simple
* La mélancolie anxieuse
* La mélancolie stuporeuse
* La mélancolie délirante

##### La mélancolie d’involution:

Tantôt comme une forme clinique de la mélancolie franche et tantôt comme affection différente.

* Survient après 50 ans
* Se caractérise par une involution intellectuelle et somatique
* Syndrome asthénique est très franc
* Idées d’incapacités
* Évolue de manière peu cyclique et réagit moins nettement sur le traitement.

#### Les autres états dépressifs:

##### États dépressifs névrotiques:

Anxiété vive, sentiment d’infériorité et de frustration. Comportement pseudo suicidaire, recherche du contact.

##### États dépressifs réactionnels:

Secondaire à un deuil, un échec relationnel important, une difficulté professionnelle ou financière…etc.

Le tableau clinique est dominé par: une asthénie, tristesse et anxiété avec absence de douleur morale ; d’idées délirante et suicidaire.

##### États dépressifs atypiques :

Non réactionnel

* Chez le sujet jeune: penser à un mode d’entrée à la schizophrénie
* Chez le sujet âgé: constitue un mode d’entrée dans un processus démentiel.

### Traitement :

Hospitalisation en milieu psychiatrique en raison du refus thérapeutique et du risque suicidaire.

#### La sismothérapie:

Surtout dans le refus thérapeutique et la présence de velléités suicidaires.

#### La chimiothérapie:

##### Les antidépresseurs :

Dérivés tricycliques, les I.R.S.S rarement des I.M.O.

Le plus souvent la Clomipramine (Anafranil™) à dose progressive jusqu'à la dose moyenne de 150 mg par jour.

##### Tranquillisants ou des sédatifs :

A associer, à type de Clorazépate Dipotassique (Tranxéne™) à raison de 20 à 30 mg par jour, Bromazépam (Lexomil™) à raison de 6 mg par jour, ou carrément un neuroleptique sédatif à type de (Nozinan™) 50 à 100 mg par jour.

#### La psychothérapie

Intervient après la levée de l’inhibition, le retour du discours et la possibilité du contact.

## L’accès maniaque

### Définition:

C’est un état psychotique aigu caractérisé par une surexcitation des fonctions psychiques avec exaltation de l'humeur et un déchaînement des pulsions instinctivo-affectives de base.

L'état maniaque est en réalité, un moyen de défense contre la dépression sur les plans clinique et psychopathologique, l'accès de manie franche fait partie de la psychose maniaco-dépressive.

### Aspect clinique :

#### Circonstances d’apparition

* Chez le sujet jeune entre 18 et 40 ans
* Antécédents maniaques
* Antécédents mélancoliques
* Personnels ou familiaux
* Parfois un facteur émotionnel déclenchant

#### Le mode de début

Apparition brutale avec agitation intense et stérile.

Courtes phases dépressive, ou période d’exaltation émotionnelle, ou signes inhabituels

**L’insomnie** demeure le **« symptôme signal »**

#### La phase d’état:

##### La présentation du malade :

* Habillée d'une manière extravagante et débraillée,
* Visage animé par des traits mobiles et sans repos,
* il est enjoué avec des yeux brillants.
* Contact facile, mais familier et surtout discontinue, chaotique.
* Le contenu verbal est extrêmement labile, logorrhéique, rit, chante, vocifère avec démesure et précipitation.

##### Les fonctions psychiques :

* Les fonctions psychiques : accélérées en particulier l'humeur.
* Le sujet : euphorique, sentiment de bien être, peut tout entreprendre, infatigable mais son humeur est instable.

##### Accélération du cours de la conscience :

* Abolition de l’attention
* Accélération des représentations mentales,
* Association superficielle des idées sans construction logique.
* Idées expansives de grandeur, de revendication « délire verbal »

##### Enfin :

* Excitation psychomotrice intense.
* Excitation sexuelle
* Exagération des conduites orales et alimentaires
* Insomnie totale sans récupération diurne
* Amaigrissement, hyperthermie légère, tachycardie modérée consécutive.

### Formes Cliniques:

#### Excitation maniaque simple ou hypomanie:

* Personnalité sthénique à traits hypomaniaques habituels.
* Soit chez une personnalité antérieurement réservée et timide.

#### Manie délirante et hallucinatoire:

* Idées délirantes de grandeur de filiation ou de richesse.
* Ces manies délirantes posent des problèmes diagnostiques avec certaines formes de bouffées délirantes.
* Les hallucinations par contre sont très rares et doivent faire penser à l'atypicité (manie atypique).

#### Manie confuse et manie furieuse:

La conscience n'est pas réellement obscurcie dans la forme typique, cependant, il existe des formes confuses où l'intensité de l'agitation parait proportionnelle à celle de la confusion.

#### Etats mixtes:

On désigne par état mixte le tableau clinique où s’associent simultanément des symptômes de la série maniaque et de la série dépressive.

#### Manie symptomatiques:

Se sont des états maniaques secondaires à:

* Traumatisme crânien.
* A une démence sénile ou présénile.
* A certains syndromes endocriniens.
* Certaines tumeurs cérébrales localisées au diencéphale.
* Certaines intoxications: alcool, amphétamines, corticoïdes.

#### Manie atypique:

* Chez un sujet avant 20 ans,
* Indemne de tout antécédent cyclique personnel ou familial présentant une agitation furieuse, instable, l'humeur labile réalisant souvent un état mixte.
* La manie atypique fait penser à un début de schizophrénie.

### Evolution:

La durée spontanée de l'accès est variable selon les sujets et selon les accès.

Le premier accès maniaque peut rester unique, mais souvent le patient rechute sous forme mélancolique au bout d'un laps de temps variable. Les accès se produisent à un rythme dont il importe de bien préciser la périodicité.

Les thérapeutiques actuelles permettent d'obtenir une guérison rapide.

Dans certains cas la manie ne guérit pas et passe à la chronicité.

### Diagnostic:

#### Diagnostic positif:

Facile devant:

* Antécédents personnels cycliques.
* Antécédents familiaux identiques ou de suicide.
* Exaltation de l'humeur.
* Evolution cyclique.

#### Diagnostic différentiel :

* Bouffée délirante polymorphe avec trouble de l'humeur dans le sens expansif.
* Manie atypique chez le sujet jeune fait discuter un mode d’entrée à la schizophrénie.
* Agitation confuso-onirique du delirium tremens.
* Agitation épileptique.
* Agitation schizophrénique.
* Agitation psychopathique
* Certains syndromes neurologiques: hémorragie méningée, œdème cérébral.
* Certaines maladies métaboliques : hypoglycémie, coma hyperosmolaire

## La psychose maniaco-dépressive :

### Définition:

La psychose maniaco-dépressive se caractérise par sa tendance à produire périodiquement des accès maniaques et / ou des accès dépressifs entraînant une perturbation générale de la personnalité, et de l'organisme dans son ensemble, s'accompagne constamment d'une altération importante du sens de la réalité.

Elle est essentiellement endogène ou constitutionnelle apparaît le plus souvent chez la femme.

Cette psychose est particulière par son déroulement clinique son évolution, sa structure psychopathologique et son traitement.

### Aspect clinique:

Elles se caractérisent par sa tendance à produire périodiquement :

* L'accès mélancolique
* L'accès maniaque

### Perspectives étio-pathogéniques:

L'étiologie de la psychose maniaco-dépressive doit être considérée provisoirement comme poly factorielle car jusqu'à présent l'étiopathogénie est inconnue.

#### Facteurs héréditaires:

Il s'agit certainement d'une maladie psychiatrique héréditaire dont le mode de transmission récessif ou dominant, reste à étudier.

Les études effectuées chez les jumeaux homozygotes (le risque est de 75 à 85%) et hétérozygotes (le risque est de 12 à 23%) renforcent cette hypothèse héréditaire.

#### Facteurs biotypologiques:

##### Le biotype :

La constitution biotypologique incriminée dans la P.M.D est de type pycnique, fait d'une morphologie bréviligne trapue, et ronde avec un caractère syntone se modulant selon l'ambiance et l'interlocuteur. Il n'est pas exceptionnel de trouver un biotype longiligne.

##### Les facteurs humoraux:

L'attention des chercheurs est surtout portée sur les amines médiatrices des activités neuronales (catécholamines, sérotonine, tryptamines...). En effet, les antidépresseurs visent à augmenter la concentration cérébrale de sérotonine et catécholamines (les IMAO inhibent leur catabolisme).

Enfin, quelque soit le déterminisme biologique de cette maladie les facteurs émotionnels viennent souvent déclencher la maladie.

#### Facteurs psycho dynamiques:

Tous les auteurs (Freud, M. Klein, Nacht, Abraham) s'accordent que la perte d'objet (inconscient) est capitale dans la dynamique de la dépression.

La manie repose sur les mêmes structures que celles de la mélancolie et constitue un moyen de défense contre la dépression.

### Approche DSM IV

* **Le trouble bipolaire de type 1** : un ou plusieurs accès maniaques ou mixtes ± accès dépressifs
* **Le trouble bipolaire de type 2 :** accès dépressifs avec au moins un accès hypomaniaque
* **Le trouble dépressif récurrent :** plusieurs accès dépressif sans accès maniaque ou mixte

### Evolution et pronostic:

* Le premier accès de mélancolie ou de manie franche survient chez un adulte jeune de 18 à 40 ans,
* Présentant parfois durant les années précédentes des traits de caractère névrotique en particulier obsessionnel
* Des antécédents familiaux d'états dépressifs, de suicide ou d'agitation maniaque.
* Souvent on retrouve des circonstances déclenchantes, un deuil, un échec, une maladie qui sera vécu comme une blessure narcissique.
* l'accès mélancolique ou maniaque évolue spontanément en six mois, certains cas passent à la chronicité. Actuellement les thérapeutiques ont raccourci la durée des accès.
* Le premier accès qu'il soit mélancolique ou maniaque peut rester unique.
* Ailleurs, les accès se reproduisent tantôt sous forme uniquement mélancolique tantôt sous forme maniaque.

Il est important de préciser la périodicité des accès car l'évolution de la maladie en dépend.

Le pronostic d'ensemble est fonction de l'intensité de la perturbation thymique, de la réponse au traitement curatif et prophylactique.

### Traitement et prise en charge:

Le traitement de l'accès maniaque ou mélancolique est un problème d'urgence qui repose sur les chimiothérapies: Les mélancolies bénéficient de thymoanaleptiques, les manies de neuroleptiques.

Le problème thérapeutique essentiel est celui de l'inter crise.

**Prescription de régulateurs de l’humeur:**

* **Les sels de lithium.** Avant la mise en route de ce traitement; un bilan somatique cardiologique, rénal et général s'impose afin d'éliminer une organicité. Le lithium doit être instauré avec le maximum de précaution, il assure une prophylaxie des rechutes maniaques et mélancoliques.
* **La Carbamazépine (Tegretol™** cp à 200 mg et à 400 mg LP**):**
* **La lamotrigine :** cp à 25mg, 50mg et 100mg
* **Des antipsychotiques atypiques comme l’aripiprazole, l’olanzapine, la quetiapine ou la rispéridone** peuvent également être prescrits pour traiter les épisodes maniaques . certains sont également utilisés pour prévenir les récidives des troubles bipolaires

Les Schizophrénies

## Définition – Généralités

Historiquement le terme de schizophrénie fut utilisé en 1911 par Eugène Bleuler pour désigner un ensemble de symptômes psychiques diversement associés et dominés par l'incohérence et la dissociation de tous les domaines de l'activité psychique: intellectuelle, affective, comportementale et relationnelle. Ces troubles évoluent le plus souvent vers une dissociation psychique avec une profonde désorganisation d'allure déficitaire de la personnalité.

## Données étiopathogéniques:

Selon une étude multicentrique réalisée par l'organisation mondiale de la santé (OMS), cette psychose, atteint avec une fréquence à peu près égale les sujets jeunes, des deux sexes, quelque soit le pays et la culture.   
Certains facteurs sont incriminés dans la genèse de cette affection mais jusqu'à l'heure actuelle et malgré les travaux de recherches, l'étiologie de la schizophrénie demeure inconnue. On considère actuellement que c’est une maladie multifactorielle

### Facteur caractériel:

La moitié des schizophrènes présentaient avant l'apparition de la maladie des traits de personnalité schizoïde à savoir le replie sur soi même, l'isolement, l'impulsivité, tendance à l'abstraction, à la rêverie avec rationalisme morbide.

### Facteur Biotypologique:

Certaines études ont montrés que 47 % des schizophrènes sont de type leptosome (grand et mince) le reste, sont de type dysplasique, athlétique, ou pycnique.

### Facteur socioculturel :

La maladie est plus fréquente dans les couches sociales défavorisées et où les changements jouent un rôle favorisant : l'isolement social, l'émigration. Cependant, il faut relativiser cette affirmation car en pratique on la rencontre dans toutes les couches sociales. Seulement il faut également noter que la plus part des schizophrénies finissent par rejoindre les classes défavorisées à cause de leur maladie.

### Facteurs génétiques :

Les risques de morbidité sont plus élevés pour les sujets apparentés à un schizophrène que pour les sujets de la population normale, d'autre part la concordance entre jumeaux monozygotes est plus élevée qu'entre les jumeaux dizygotes.

### Facteurs biochimiques :

Plusieurs recherches ont été consacrées à l'origine biochimique cérébrale de la schizophrénie. Ces recherches qui sont centrées surtout sur l'étude des médiateurs chimiques cérébraux (Dopamine, Noradrénaline, Sérotonine) ne sont jusqu'a présent qu'une hypothèse étiologique. Cette hypothèse est appuyée par l’effet thérapeutique des antipsychotiques sur certains symptômes de la schizophrénie

### Autres facteurs:

Il existe d'autres facteurs psycho dynamiques familiaux perturbant l'équilibre de l'enfance et mettant en cause les relations parentales. Dans ce cas on incrimine les anomalies de la communication intrafamiliale.

## Formes de début de la schizophrénie

Les symptômes révélateurs sont d'un grand polymorphisme, les formes de début sont les plus intéressantes et les plus difficiles sur le plan diagnostique.  
Le diagnostic précoce permet une prise en charge rapide qui peut ralentir le processus de désafférentation qui conditionne le pronostic de la maladie.  
Tantôt la schizophrénie parait débuter de manière insidieuse et progressive, évoluant sur plusieurs semaines voire des mois, Tantôt l'installation est brutale (dans les deux tiers des cas).

### Les formes de début brutal :

#### Les bouffées délirantes et hallucinatoire aigues:

Formes les plus typiques d’entrée dans la schizophrénie

#### 1.2. Les états dépressifs atypiques:

Un état dépressif qui survient chez un sujet jeune doit tout le temps faire discuter un mode d’entrée dans la schizophrénie et doit faire rechercher des signes d’atypicité tels que l’émoussement affectif ou un détachement, une désorganisation de la pensée ou des comportements bizarres

#### 1.3. Les états d'excitation atypiques:

#### 1.4 Les états confusionnels:

Quand ils accompagnent un état dépressif ou un accès maniaque atypiques

#### 1.5. Actes médico-légales :

Automutilation, crime immotivé

### Les formes de début insidieux et progressif:

#### La baisse de l'activité et du rendement scolaire ou professionnel

#### Troubles de l'affectivité et du caractère

#### Manifestations névrotiques :

Les obsessions et les compulsions peuvent constituer un mode d’entrée dans la schizophrénie. Dans ce cas elles sont vécues avec détachement et ont parfois un caractère bizarre.

#### Idées délirantes et hallucinatoires

## La schizophrénie a la période d'état

### La dissociation:

Est un phénomène qui exprime le défaut de cohésion de la vie mentale du schizophrène dans sa pensée, son affectivité et son comportement. Elle se manifeste par:

* ***L'ambivalence :*** selon BLEULER c’est la tendance de l’esprit schizophrénique à considérer dans le même temps sous leurs deux aspects négatif et positif, les divers actes psychologiques.
* ***La bizarrerie:*** c’est le caractère insolite étrange et paradoxal de la production de la pensée schizophrénique.
* ***L'impénétrabilité:*** c’est une forme d’opacité et d’épaisseur indéchiffrable dans les relations du schizophrène avec autrui.
* ***Le détachement :*** c’est le retrait, la perte du contact vital avec le réel.

### Le syndrome dissociatif :

S’exprime au niveau intellectuel, affectif et comportemental

* La dissociation intellectuelle :
  + association fortuite
  + incohérence idéique
  + pensée floue
  + barrage
  + fading
  + parfois mutisme ou réponse à côté
  + impulsion verbale avec stéréotypie et néologisme.
* La dissociation affective :
  + parfois analgésie morale avec des intérêts pour l’activité pratique et froideur dans le contact
  + parfois des manifestations émotionnelles paradoxales à type d’éclat de rires immotivés
  + vie familiale teinté d’indifférence et d’agressivité
* La dissociation comportementale :
  + ambivalence dans les comportements avec actes absurdes maniérés
  + impulsion incoercible avec automutilation, tentative de suicide et meurtre
* Le syndrome catatonique est caractérisé par:
  + négativisme (attitude de refus)
  + l’inertie (suspension des gestes)
  + suggestibilité paradoxale (répétition passive des gestes)
  + catalepsie

### Le délire paranoïde

Le délire paranoïde :

* Se caractérise par l’absence de structuration et de systématisation
* Expérience angoissante
* Les thèmes délirants sont multiples
* Tous les mécanismes peuvent être observés

L’automatisme mental est assez fréquent

## Approche dimensionnelle de la schizophrénie

Nous regroupons sous le terme de symptômes positifs : le délire et les hallucinations

Et sous le terme de symptômes négatifs de a schizophrénie : la désorganisation de la pensée et du discours, le comportement bizarre et la froideur des affects ou affects inapproprié.

## Formes cliniques de la schizophrénie

### La Schizophrénie simple

La schizophrénie simple se caractérise par une évolution progressive, insidieuse, marquée par l’absence d’investissements et l’émoussement affectif. Les patients atteints de se trouble présentent des symptômes psychotiques dans l’ensemble discrets sans hallucinations ni idées délirantes persistantes. Le symptôme principal est le retrait du patient des situations sociales et professionnelles

### La schizophrénie paranoïde

Dans cette forme les idées délirantes et les hallucinations sont au premier plan, les signes négatifs sont relégués au deuxième plan

### L'hébéphrénie ou schizophrénique désorganisée

Au contraire dans cette forme des symptômes négatifs sont au premier plan

### L'hébéphréno-catatonie

Les manifestations motrices sont au premier plan : stupeur ou mutisme, négativisme, rigidité, persévération des attitudes, répétition des gestes ou des paroles de l’interlocuteur (écho praxie, écholalie), persévération des attitudes.

### L'héboïdophrénie

Est une forme de schizophrénie marquée par des conduites antisociales

### La schizophrénie dysthymique ou trouble schizo affectif :

Développement d’un syndrome maniaque ou dépressif de façon concomitante aux symptomes de la schizophrénie, mais les idées délirantes ou les hallucinations doivent être présentes pendant deux semaines en l’absence de manifestations caractéristiques d’un trouble de l’humeur pendant certaines phases de la maladie. Le pronostic de ce trouble est meilleur que celui de la schizophrénie mais moins favorable que celui des troubles de l’humeur.

## Prise en charge

La prise en charge des schizophrènes passe par trois volets :

La chimiothérapie fait appel aux antis psychotiques

Le volet psychothérapique qui peut faire appel à des thérapies structurées telles que les thérapies cognitives et comportementales, ou moins structurées tels que la psychothérapie de soutien

La réhabilitation psycho- sociale : Elle vise à réintégrer le schizophrène dans la société à travers plusieurs modalités (thérapie de groupe, atelier de sociothérapie, activités d’ergothérapie, art thérapie, module d’éducation aux compétences sociales ou aux neuroleptiques, orientation et explications aux patients des droits sociaux dont ils bénéficient,…etc.)