

Trouble de l'humeur. Psychose maniaco-dépressive.

Rédaction : JP Raynaud

Objectifs :

Diagnostiquer un trouble de l'humeur et une psychose maniaco-dépressive.

Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Décrire les principes de la prise en charge au long cours.

1. Dépression de l'adolescent

Ne doit pas être banalisée ou mise sur le compte d'une « crise de l'adolescence ».

Il est important de la diagnostiquer et de la traiter, pour plusieurs raisons :

- La prévalence de la dépression à l'adolescence en population générale serait d'environ 5 %, avec un risque de récurrence à 4 ans dans un tiers à la moitié des cas.
- La dépression chez l'adolescent est souvent méconnue. Il est parfois difficile de faire la différence entre le normal et le pathologique, notamment avec ce que l'on appelle classiquement la « crise d'adolescence », qui fait partie des processus normaux du développement. On parlera de dépression ou de maladie dépressive lorsque l'adolescent présente des symptômes dépressifs caractérisés et prolongés, dont lui-même ou son entourage peuvent repérer le début.
- Une dépression à l'adolescence non repérée et non traitée peut être à l'origine de troubles surajoutés à type de troubles relationnels, de difficultés voire d'échecs scolaires, de difficultés à s'intégrer dans la société.
- Il existe un risque de passage à l'acte suicidaire, qui ne doit jamais être sous-estimé.
- Le diagnostic peut être difficile, car l'adolescent dépressif ne présente pas uniquement les signes cliniques habituels de l'état dépressif majeur (EDM), mais peut aussi attirer l'attention au travers de troubles comportementaux ou relationnels, de difficultés scolaires, de passages à l'acte, de prise de toxiques...
- L'une des particularités de la dépression à l'adolescence est d'être souvent atypique, masquée ou précédée par ce que l'on appelle un **syndrome de menace dépressive** ou **crise anxiodépressive**, qui peut comprendre des troubles anxieux, des troubles fonctionnels ou somatiques, des manifestations d'agitation ou de colère.

1.1. Facteurs de vulnérabilité

Lors de l'entretien, on sera particulièrement attentif aux éléments suivants, qui pourraient constituer des facteurs de vulnérabilité à la dépression chez l'adolescent :

- Sexe féminin
- Antécédents personnels d'idées suicidaires ou de tentative de suicide.
- Antécédents personnels de troubles de l'humeur (dépression ou manie) dans l'enfance : souvent ils n'ont pas été clairement identifiés comme un épisode de trouble de l'humeur.
- Situation de deuil, de perte ou de séparation, dans l'enfance ou plus récemment.
- Antécédents de troubles dépressifs chez les parents.

1.2. Motifs de consultation principaux qui doivent évoquer une dépression à l'adolescence

- Signes d'anxiété : tension, inquiétude, fébrilité, peur d'être atteint d'une maladie grave (cancer, SIDA), palpitations, sensation d'oppression de boule dans la gorge, sueurs, vertiges. Ca peut aller jusqu'à la véritable crise d'angoisse ou l'état de panique.
- Retrait.
- Troubles du comportement, le plus souvent relevés par la famille : irritabilité, impulsivité, agressivité, prises de risque et passages à l'acte (prise d'alcool, prise de toxiques, expériences à risque...).
- Rupture brutale dans les résultats scolaires
- Signes fonctionnels ou somatiques divers : fatigue et manque d'entrain, troubles du sommeil, diminution de l'appétit, douleurs diverses (céphalées, maux de ventre...).
- Expression d'idées suicidaires, voire une tentative de suicide agie.

1.3. Signes d'examen

Au cours de l'examen et des entretiens avec l'adolescent, mais aussi auprès de l'entourage, on recherchera les signes suivants, dont la caractéristique principale est de marquer un changement par rapport à l'état antérieur :

- Tristesse : l'adolescent a un faciès triste, il exprime un sentiment de « cafard », des idées noires, il pleure facilement.
- Irritabilité : il est de « mauvaise humeur », s'agace facilement, peut se montrer agressif.
- Diminution de l'intérêt et du plaisir : elle se traduit par un sentiment d'ennui, de dégoût, une anhédonie, un isolement et l'abandon d'activités qui jusque là étaient investies.
- Ralentissement psychomoteur : la mimique et la gestuelle spontanées sont pauvres, la voix est monotone, l'adolescent est ralenti dans ses actions et ses pensées.
- Agitation psychomotrice : elle est en général inadaptée et improductive.
- Troubles du sommeil : il peut s'agir d'insomnies (difficultés à s'endormir, réveils nocturnes, réveil matinal précoce), d'hypersomnies ou de cauchemars.
- Fatigue : l'adolescent est fatigué dès le réveil, n'arrive pas à récupérer et aimerait qu'on lui donne des « vitamines » pour le stimuler.
- Difficultés à se concentrer : difficultés pour maintenir son attention, pour mémoriser.
- Cognitions de la lignée dépressive : sentiment d'être dévalorisé, idées de culpabilité ou de honte, pessimisme, auto-accusation, tendance à la dépréciation de soi et des autres (peur de ne pas réussir).

1.4. Forme typique : épisode dépressif majeur (E.D.M.)

Les critères diagnostiques retenus sont ceux du DSM IV¹. Dans sa forme la plus typique, l'épisode dépressif majeur est caractérisé par des symptômes dépressifs assez proches de ceux observés chez l'adulte, suffisamment aigus, nombreux et durables.

Critères DSM-IV de l'épisode dépressif majeur :

- L'épisode dure au moins deux semaines.
 - L'épisode marque un changement par rapport au fonctionnement antérieur.
 - Pendant au moins 2 semaines les symptômes sont présents de façon persistante, la plupart du temps, presque tous les jours.
 - Les symptômes sont à l'origine d'une détresse ou d'une altération du fonctionnement habituel.
 - Parmi les 9 symptômes suivants, 5 au moins sont présents et obligatoirement le premier ou le deuxième :
- 1 - humeur dépressive ou irritabilité
 - 2 - réduction marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes les activités ou presque
 - 3 - perte ou gain notable de poids ou réduction ou augmentation de l'appétit
 - 4 - insomnie ou hypersomnie
 - 5 - agitation ou ralentissement psychomoteur
 - 6 - fatigue ou perte d'énergie
 - 7 - sentiment d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée
 - 8 - difficultés de concentration ou indécision
 - 9 - pensée récurrente de mort ou de suicide ou tentative de suicide

1.5. Formes cliniques des troubles dépressifs à l'adolescence :

► Formes selon l'intensité :

• **Dysthymie :**

Trouble dépressif caractérisé essentiellement par une humeur dépressive et/ou irritable, présente la plupart du temps (plus d'un jour sur 2) pendant au moins deux ans.

La dysthymie est une dépression moins sévère que l'E.D.M. (les critères pour poser le diagnostic d'E.D.M. ne sont pas réunis).

Elle associe : dysphorie², fatigue, plaintes, sentiment d'être inadéquat, troubles du sommeil, sentiment que rien n'est agréable, que tout demande un effort, et faible estime de soi.

¹ Le DSMIV est la classification diagnostique des troubles mentaux, rédigée par l'Association Américaine de Psychiatrie (A.P.A.).

- **E.D.M. léger :**
Retentissement mineur sur les relations et la scolarité.

- **E.D.M. moyen**

- **E.D.M. sévère :**
Perturbations très importantes.

▶ Formes selon le type clinique :

- **Dépression de type mélancolique :**

L'adolescent a perdu le plaisir pour toutes les activités ou presque, il ne réagit pas aux stimulations agréables, il présente une culpabilité excessive ou inappropriée, une anorexie ou un amaigrissement significatifs, des réveils matinaux précoces...

- **Dépression avec des manifestations psychotiques :**

L'adolescent est en proie à des hallucinations et/ou à des idées délirantes, avec des thèmes essentiellement de culpabilité, d'indignité, de punition, d'incurabilité, de persécution...

- **Dépression avec des traits atypiques :**

L'humeur est réactive, l'appétit et le poids sont augmentés, il existe une hypersomnie...

- **Dépression d'infériorité :**

Le sentiment d'infériorité et la baisse de l'estime de soi sont au premier plan.

- **Dépression d'abandon :** Elle serait plus spécifique des adolescents états limites, ou de ceux qui passent à l'acte (auto ou hétéroagressivité) et qui souvent ont vécus jalonnés d'abandons..

▶ Formes trompeuses :

- formes où les **plaintes somatiques ou fonctionnelles** sont au premier plan.

- formes où l'**anxiété** est au premier plan.

- formes où **histrionisme et dépendance affective** sont au premier plan.

- formes où les **troubles du comportement** sont au premier plan.

- formes où **difficultés scolaires, phobie scolaire** sont au premier plan.

▶ Formes à étiologie connue :

- **dépression réactionnelle à un deuil, à une perte :** décès, maladie d'un parent, séparation des parents, évènement familial,...

- **dépression réactionnelle à une maladie somatique :** en général, il s'agit d'une pathologie somatique grave, de mauvais pronostic, ou chronique, ou entraînant des douleurs, des handicaps, des contraintes...

- **dépression liée aux effets biologiques d'une maladie ou de certains traitements :** maladie de Cushing, hypothyroïdie, corticoïdes,...

▶ Formes associées à d'autres troubles psychiatriques :

- Dépression associée à des **troubles anxieux** : troubles phobiques, troubles obsessionnels compulsifs, troubles paniques.

- Dépression associée à des **troubles des conduites**.

- Dépression associée à une **addiction** : alcoolisme, toxicomanie.

- Dépression associée à des **troubles des conduites alimentaires** : anorexie mentale, boulimie.

- Dépression associée à un **trouble de la personnalité**, notamment état limite à l'adolescence.

² Dysphorie : provient du grec dysphoros = difficile à supporter ; s'oppose à *euphorie* ; désigne une perturbation de l'humeur caractérisée par un sentiment déplaisant et dérangeant de tristesse, d'anxiété, de tension, d'irritabilité. On parle d'*humeur dysphorique*.

2. Troubles bipolaires à l'adolescence

20 % des adolescents déprimés présentent en fait des troubles bipolaires (ou maladie maniaco-dépressive). Il existe un risque de suicide, d'échecs affectifs et professionnels à répétition, de désinsertion sociale et d'évolution vers des conduites addictives.

Classiquement, le trouble bipolaire est un trouble chronique de l'humeur, qui se caractérise par la succession d'états maniaques et/ou d'états dépressifs. Chez l'adolescent, la distinction entre normal et pathologique est parfois difficile.

L'**épisode maniaque** se caractérise par l'existence d'une période clairement identifiable où l'humeur de l'adolescent est anormalement expansive, exaltée ou irritable. Cette période doit avoir duré au moins une semaine ou avoir nécessité une hospitalisation.

Selon le DSM IV, pour parler d'épisode maniaque, il faut qu'il existe au moins trois des symptômes suivants :

- 1 - Inflation de l'estime de soi ou idées de grandeur
- 2 - Réduction marquée du besoin de sommeil
- 3 - Logorrhée, besoin de parler en permanence
- 4 - Fuite des idées ou sentiment que les idées vont trop vite
- 5 - Distractibilité
- 6 - Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, sexuel) ou agitation psychomotrice
- 7 - Implication excessive dans des activités agréables mais potentiellement dommageables : achats et investissements inconsidérés, désinhibition sexuelle.

Selon l'intensité des symptômes, il faut distinguer épisode maniaque et épisode hypomaniaque :

▶ Episode maniaque : le trouble de l'humeur décrit plus haut entraîne une perturbation marquée du fonctionnement ou nécessite une hospitalisation ou s'accompagne de traits psychotiques, en particulier d'idées délirantes.

▶ Episode hypomaniaque : l'épisode comporte un changement significatif par rapport au fonctionnement habituel, qu'il est remarqué par les autres mais qu'il ne s'accompagne pas d'une altération sévère du fonctionnement, ni d'idées délirantes et ne nécessite pas d'hospitalisation.

A partir de ces différentes définitions, on va décrire différentes catégories de troubles :

- **Dépression unipolaire** : le patient présente tout au long de sa vie exclusivement des épisodes dépressifs.

- **Trouble bipolaire de type I** : le patient présente un ou plusieurs épisodes maniaques corrélés ou non avec un épisode dépressif.

- **Trouble bipolaire de type II** : le patient présente essentiellement des épisodes dépressifs, mais avec dans son évolution la présence cyclique d'épisodes hypomaniaques (épisodes maniaques de faible intensité).

- **Etat mixte** : le patient présente à la fois les critères d'un épisode maniaque et d'un épisode dépressif majeur.

3. Traitements des troubles de l'humeur à l'adolescence

3.1. Les consultations

Les consultations sont thérapeutiques. La relation qui s'instaure entre le clinicien et le patient va permettre non seulement de préciser le diagnostic et d'évaluer les risques, mais aussi de proposer un soutien et un espace relationnel où peuvent s'exprimer les difficultés et les souffrances. C'est également le lieu pour informer clairement le patient et sa famille sur sa pathologie et la conduite de son traitement.

3.2. La psychothérapie

Elle est toujours indispensable. Selon les cas et selon les contextes, il peut s'agir d'un soutien dans le cadre de consultations du médecin généraliste ou du spécialiste, mais aussi de psychothérapies plus « cadrées », dont les modalités sont variables : psychothérapies d'inspiration psychanalytique, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies familiales, thérapies systémiques ...

3.3. La prise en compte des facteurs sociaux familiaux et éducatifs

Elle est fondamentale : des interventions sur le milieu familial, des aménagements de scolarité, l'intervention d'un tiers sur le plan éducatif, des liaisons entre les différents partenaires, peuvent jouer un rôle majeur.

3.4. Les traitements médicamenteux (voir aussi Module 11, Objectif 176)

► **Antidépresseurs**

Réservés aux formes moyennes et sévères d'états dépressifs de l'adolescent.

Jamais prescrits isolément, mais toujours associés aux interventions psychologiques et familiales. Une bonne information du patient et de son entourage et un suivi rapproché (toutes les semaines au début) favoriseront la compliance et l'observance.

On prescrit toujours un seul antidépresseur en première intention et à dose efficace.

Le traitement antidépresseur n'apportera d'amélioration qu'au bout de 1 à 2 semaines et en moyenne la rémission est obtenue en 4 à 8 semaines.

La durée du traitement sera de 3 à 6 mois à partir du moment où le patient est asymptomatique.

Avant 15 ans on peut utiliser les antidépresseurs tricycliques (Clomipramine = Anafranil®, amitriptyline = Laroxyl®).

Après 15 ans on dispose également des Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (fluoxétine = Prozac®, paroxétine = Deroxat®).

► **Anxiolytiques**

Surtout utilisés dans les formes les plus sévères ou les plus inquiétantes : niveau d'anxiété élevé, risque de levée d'inhibition important.

Toujours prescrits de façon brève et avec une surveillance clinique rapprochée.

► **Hypnotiques**

Ne sont pas utilisés systématiquement, mais uniquement si les troubles du sommeil le justifient, de façon brève et avec une surveillance clinique rapprochée.

► **Neuroleptiques**

Il peut être nécessaire de les associer aux antidépresseurs dans les cas de dépressions délirantes. Peuvent être nécessaires en phase aiguë d'épisode maniaque.

► **Thymorégulateurs**

Constituent le traitement de fond du trouble bipolaire. Utilisés face à un épisode dépressif sévère associé à des manifestations psychotiques congruentes à l'humeur, mais aussi face à un virage de l'humeur (notamment passage d'un état dépressif à un état maniaque ou hypomaniaque).

On utilise le carbonate de lithium, la carbamazépine et le valpromide.

3.5. L'hospitalisation

Indiquée dans les situations suivantes :

- urgence (risque suicidaire majeur),
- épisode dépressif sévère,
- idées délirantes associées,
- contexte défavorable (isolement de l'adolescent, refus de soins, nécessité de séparation...
- phase aiguë d'épisode maniaque.