

TRAITEMENTS DES TROUBLES DE L'HUMEUR

Comme nous l'avons vu dans la partie théories sur la dépression, le médecin et le thérapeute ont plusieurs possibilités et peuvent d'ailleurs mêler traitement par médicaments et psychothérapies

I. LES TRAITEMENTS CHIMIQUES

I.1. Les antidépresseurs

Il existe trois classes d'antidépresseurs : les antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs de la monoamine oxydase et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine.

I.1.1. *Les antidépresseurs tricycliques*

Ce sont les plus utilisés et sont efficaces lors d'une bonne observance du traitement dans 50 % des cas. Ils agissent en **bloquant la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine**, action qui entraîne par accumulation des neurotransmetteurs au niveau synaptique une désensibilisation ou régulation réduite de la transmission du neurotransmetteur concerné. Ce phénomène met entre 2 et 8 semaines à se produire et à se stabiliser. Pendant ce temps, les patients se sentent moins bien et des altérations de la vision, une sécheresse de la bouche, de la constipation, des difficultés urinaires, des gains de poids et parfois des troubles sexuels peuvent survenir. Dans ces conditions 40 % des patients arrêtent le traitement. **Si le traitement est mené à son terme avec un suivi correct, alors il guérit 70 % des dépressions (contre 25 à 30 % pour le placebo).**

I.1.2. *Les inhibiteurs de la monoamine oxydase*

Ils ont comme action **d'empêcher la dégradation de la noradrénaline et de la sérotonine**. L'efficacité est légèrement supérieure à celle des tricycliques. Leurs effets secondaires sont moindres, mais il convient d'éviter l'absorption d'aliments ou de boissons riches en tyramine comme les fromages fermentés, le vin rouge, la bière, conduisant à de sévères hypertensions. **De nombreux médicaments en outre possèdent des interactions avec les IMAO.**

I.1.3. *Les inhibiteurs dit sélectifs de la recapture de la sérotonine*

Leur action reste pour l'instant inconnue. L'effet de mode a été massif et des réactions extrêmes se sont produites dans la société avec un médicament présenté à la fois comme remède miracle et menace pour la civilisation. Son efficacité est un peu supérieure aux deux autres classes de médicaments et ses effets secondaires moindres. Ces derniers peuvent être une agitation, des problèmes gastro-intestinaux, une insomnie et une baisse du désir sexuel.

- Pour la dysthymie, on n'a pas de différence de taux de guérison entre les trois catégories de médicaments.
- Ces médicaments doivent être utilisés avec précaution chez les enfants ou adolescents qui font par exemple du sport.
- Un avantage au traitement chimique est de reporter voire d'empêcher une nouvelle crise et c'est la raison pour laquelle on poursuit 6 à 12 mois le traitement après la guérison d'une dépression. Le sevrage devra être pratiqué sous étroite surveillance du médecin.
- Certains passages à l'acte suicidaire ont été occasionnés par le traitement lui-même. On peut considérer néanmoins que les antidépresseurs ont sauvé des dizaines de milliers de vies de par le monde. Quand un antidépresseur ne semble pas fonctionner, il ne faut pas hésiter à en changer, toujours sous étroite surveillance de l'autorité médicale.

I.2. Le Lithium

Il s'agit d'un sel largement répandu dans l'environnement et même dans l'eau en quantité trop faible toutefois pour avoir une action sur le psychisme. **Aux doses thérapeutiques, il peut présenter de sévères effets secondaires et son dosage doit être rigoureusement contrôlé.** Il a par surcroît une action sur la thyroïde entraînant une hypothyroïdie, facteur aggravant pour une dépression. Son avantage majeur qui le distingue des autres antidépresseurs est son action de prévention des épisodes maniaques : il s'agit donc d'un régulateur de l'humeur.

Le fonctionnement du lithium est inconnu ; on suppose qu'il réduit la disponibilité en noradrénaline et en dopamine, et qu'il agit sur les neurohormones endocriniennes. 30 à 60 % des patients souffrant de troubles bipolaires réagissent très bien au lithium, 30 à 50 % réagissent partiellement, et, 10 à 20 % pas du tout. Pour ces derniers, les anticonvulsifs comme la carbamazépine ou le verapamil seront tentés. Ces médicaments sont moins efficaces dans la prévention de l'acte suicidaire. L'observance du traitement est parfois difficile car de nombreux patients apprécient les moments euphoriques qu'ils vivent en épisodes maniaques et c'est une raison majeure pour accompagner le traitement chimique d'un traitement psychothérapeutique.

II. PSYCHOTHERAPIES

II.1. LA THERAPIE COGNITIVE

Cette thérapie est directement issue des observations du rôle des pensées négatives profondément ancrées dans l'individu. Le thérapeute va apprendre à son patient à scruter les mécanismes de raisonnement accompagnant ses épisodes dépressifs, et à découvrir les erreurs de ses modes de pensées. Ces modes sont souvent automatiques et les réflexions intérieures semblent naturelles au dépressif : aussi faut-il informer le patient sur la manière dont ses erreurs l'entraînent vers la dépression. Le thérapeute doit réussir à substituer des pensées réalistes et moins pessimistes, et gérer une meilleure estime de soi au patient. Dans un second temps, ce qui est réussi au cabinet du thérapeute devra être appliqué dans la vie quotidienne. Le thérapeute et son patient doivent vraiment former une équipe.

Que ce soit dans sa vie professionnelle ou familiale, le patient devra effectuer à terme un test des hypothèses : en allant à une réunion professionnelle, à un mariage, le patient devra noter tout ce qu'il pense de comment se déroulera pour lui la réunion ou la manifestation sociale, ce qu'il imagine que les autres pensent de lui, ce que les autres lui diront, ce qu'ils feront. Après la manifestation, il notera tout ce qui s'est réellement passé et pourra relever toutes les distorsions cognitives.

Le thérapeute planifiera des activités pour réactiver des actions personnelles desquelles le patient dépressif s'est progressivement désengagé (sport, associations, culture).

La thérapie cognitive dure de 10 à 20 séances à la fréquence d'une séance par semaine.

II.2. LA PSYCHOTHERAPIE INTERPERSONNELLE

De grandes perturbations personnelles peuvent déclencher des troubles de l'humeur. Les personnes ne bénéficiant pas d'un tissu social suffisant ont un risque accru de développer des troubles de l'humeur.

La psychothérapie interpersonnelle s'oriente vers la résolution des problèmes ou tensions au niveau des relations habituelles, et vers l'aptitude à construire de nouvelles relations personnelles. Cette psychothérapie dure de 15 à 20 séances en général hebdomadaires. Elle identifie les facteurs stressants semblant déclencher la dépression et permet un travail d'équipe entre le thérapeute et le patient sur les problèmes habituels du patient suivant :

- ↪ *la gestion du rôle personnel lors de querelles telles que les conflits conjugaux*
- ↪ *L'adaptation ou l'ajustement personnel face à la perte d'une relation comme le vécu d'un chagrin après une mort ou un divorce*
- ↪ *L'acquisition de nouvelles relations comme le mariage ou un début professionnel dans une équipe.*
- ↪ *L'identification et la correction des déficiences dans l'aptitude à créer des liens sociaux*

Après avoir aidé le patient à identifier la nature d'un conflit conjugal par exemple, l'objectif du thérapeute est d'aider le patient à le résoudre :

- ↪ **Stade de la négociation** : *les deux partenaires sont conscients qu'il s'agit bien d'une querelle et essaient tous deux de s'engager dans une négociation.*
- ↪ **Stade de l'impasse** : *le conflit s'engage dans une impasse, les désaccords se consomment lentement et engendrent du ressentiment réciproque sans que le problème ne soit résolu.*
- ↪ **Stade de la résolution** : *les partenaires essaient au cours de la consultation de résoudre leurs désaccords. Le plus souvent il s'agit de réussir son divorce ou la séparation.*

Ces thérapies ont fait l'objet d'évaluation et ont démontré leur efficacité, efficacité qui se situe au même niveau que les médicaments. L'association médicaments-psychothérapie présente comme avantage de diminuer fortement les rechutes ou crises récurrentes

III. PREVENTION

Le travail avec les enfants et les adolescents consiste à leur inculquer des aptitudes sociales, à les orienter vers la résolution adéquate des problèmes empêchant la survenue de stress sociaux. Mais les déficiences dans les domaines de la communication et de la résolution des problèmes au sein de la famille ou dans les structures d'accueil sont souvent le lot des enfants déprimés. Ainsi une thérapie familiale associant parents et enfants, voire grands parents est un gage d'amélioration considérable. Cette thérapie familiale peut faire l'objet de 6 à 10 séances.

Des expériences d'enseignement de techniques cognitives et sociales à des enfants de 11-12 ans ont révélé que deux ans plus tard ces enfants présentent beaucoup moins de dépression qu'un groupe contrôle.

Les recherches concernant le domaine de l'attachement sont considérables et Bowlby insiste sur les expériences suivantes :

- ↪ *L'impossibilité de maintenir une relation stable avec les parents malgré les efforts réalisés pour satisfaire leurs exigences et attentes démesurées.*
- ↪ *L'existence de figures d'attachement inaccessibles qui repoussent et punissent.*
- ↪ *Des pertes réelles consécutives à un décès ou une séparation vécues durant l'enfance.*

Ces expériences forment une résistance considérable au changement pour le dépressif.

La connaissance pour les familles et parents de schémas dysfonctionnels éducatifs, permettrait peut-être d'assurer une nutrition émotionnelle de meilleure qualité. Un enfant a besoin d'une bonne socialisation, de reconnaissance, d'estime et d'affection pour sa bonne consolidation en tant qu'individu.

A titre d'exemple un enfant faisant l'objet d'une projection de la discorde conjugale deviendra souvent dysthymique : Dans un espace où l'enfant apprend comment se comporter et satisfaire les

besoins des autres, pour que ces derniers respectent et satisfassent ses propres besoins, quand cet enfant reçoit des messages tels que « aime moi, moi et pas l'autre » « je suis celui qui te donne le plus » « soit de mon côté et pas du sien », son développement est perturbé. Ces messages qui pourront être appelé attirance et évitement, ou bien problème oedipien, ou bien encore communications de type double lien amène une grande anxiété à l'enfant. Si par-dessus cette anxiété, l'enfant fait l'expérience de la perte, alors la dépression surgira. Ces schémas de vie ou ces triangulations peuvent se transmettre d'une génération à l'autre, ou retentir sur la relation conjugale.

Dans les dépressions majeures, la fonction de socialisation est au contraire hypertrophiée, l'exigence normative pour un enfant est de niveau élevé, et la prise de responsabilité de l'enfant peut aller jusqu'à une parentification où l'enfant sur certains domaines doit agir comme un petit adulte. L'enfant ressent un déséquilibre progressif de la balance affective s'installer, entre ce qu'il se voit obligé de donner et le peu qu'il reçoit. Il ne peut se révolter car soit il n'en a pas le droit, soit sa normativité et son contrôle de ses émotions l'en empêchent. La seule réponse possible devient un jour la fuite : elle pourra être une relation conjugale, mais la personne dépressive choisira un conjoint qui ne lui apportera pas la nutrition émotionnelle attendue, et la déception resurgira. Les apparences sociales seront préservées et l'image extérieure sera cordiale, sympathique. Dans cet exemple la crise dépressive devient inéluctable.

Le dépressif a besoin d'être considéré comme fiable et respectable et ressent le poids de la responsabilité. Il sent peser sur lui un excès de demande et craint de décevoir et dans le même temps, il est frustré de ne pas recevoir la compensation de ses efforts. Et c'est ainsi que dans le suicide, acte relationnel suprême, il peut trouver la solution désespérée de se punir lui-même de ses insuffisances, et de punir les autres pour leur manque de considération.

Les thérapies psychosociales sont efficaces dans la prévention de la rechute et des récurrences et ont une action biologique, hormonale et fonctionnelle (par imagerie cérébrale) au niveau du cerveau.

IV. INFLUENCE SOCIALE

Au-delà de la prévention, c'est aussi un changement d'image dans la société qui doit avoir lieu. En effet, le dépressif majeur représente un individu qui ne pose pas de troubles majeurs à la société, et qui ne se plaint pas beaucoup ni à sa famille ni sur son lieu professionnel. Il ne demande pas non plus d'aide et peut lui-même rendre des services sans compter. Il cherche à ne pas gêner, et veut se rendre agréable aux autres.

La personne dysthymique est plus conflictuelle, entrant dans des schémas de jeux relationnels et de lutte pour le pouvoir. Elle sera plus facilement confondue avec des troubles de comportement, de personnalités ou de « névroses » et pourra être de ce fait rejetée. **Alors entre la banalisation d'une part et le rejet d'autre part peut être une juste information diffusée dans la société pourra-t-elle permettre d'identifier la souffrance et d'augmenter les chances de guérison du dépressif.**

*Résumé par Dr Vét. Thierry JOURDAN,
Relecture par Dr Vét. Nicolas MASSAL.*