

# Troubles de l'humeur



Thanh-Lan Ngô, M.D., M.Sc., FRCPC

Psychiatre

Chef de la clinique des Maladies Affectives (CIUSSS NIM)

Psychiatre répondant (RLS CDI)

Professeur Agrégé de Clinique (Université de Montréal)

Janvier 2019

# Dépression caractérisée



# Trouble dépressif caractérisé

- Pendant 2 semaines (5 critères dont 1 'un des 2 premiers)
  - tristesse presque tous les jours, pratiquement toute la journée
  - perte d'intérêt pour presque toutes les activités, presque tous les jours, pratiquement toute la journée
  - augmentation ou diminution de l'appétit
  - augmentation ou diminution du sommeil
  - fatigue
  - agitation ou ralentissement psychomoteur
  - difficulté à penser, indécision, trouble de concentration presque à tous les jours
  - auto-dévalorisation ou culpabilité excessive
  - idées de mort récurrentes
- Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement
- Éliminer: cause organique
- Épisode unique vs récurrent

# Spécifications

- Sévérité:
  - Légère: nombre de symptômes minimum, altération mineure du fonctionnement
  - Modérée
  - Sévère avec ou sans sx psychotiques: plusieurs symptômes supplémentaires et dysfonctionnement majeur
- Avec: caractéristiques mixtes, catatoniques, mélancoliques, atypiques, détresse anxieuse, début postpartum (6 mois)
- Résistante: 2 essais de 2 antidépresseurs de classes différentes, à la bonne dose (2 x dose minimale), pendant une durée adéquate (4-12 semaines)
- Rémission partielle: pas critères complets ou de durée < 2 mois
- Rémission complète: aucun signe ou symptômes depuis 2 mois

# Dépression vs deuil

Dépression	Deuil
Humeur dépressive persistante Incapacité à anticiper la joie ou le plaisir	Vide, perte
Dépression persistante	Dysphorie diminue au fil du temps, vagues: affres de la douleur associée à souvenirs du décédé
Ruminations autocritiques ou pessimistes	Préoccupations et souvenirs concernant la personne décédée
Dévalorisation et dégoût de soi	Estime de soi OK
Mettre fin à sa vie à cause de dévalorisation, indignité, incapacité à faire face à la douleur	Autocritique: manquements vis-à-vis du défunt

# Dépression avec détresse anxieuse

Symptômes notables de nervosité ou anxiété durant l'épisode. Au moins 2 symptômes, la majorité des jours pendant l'épisode actuel:

- Énervement ou **tension**
- **Agitation** inhabituelle
- Difficulté de **concentration** à cause des soucis
- **Peur** que quelque chose d'**horrible** ne survienne
- Peur de perdre le **contrôle**



# Dépression avec caractéristiques atypique

- A. **Réactivité de l'humeur**  
(événements positifs améliorent l'humeur)
- B. 2 des suivants:
- ↑ poids ou ↑ significative de l'appétit
  - ↑ sommeil (10h)
  - **Membres en plomb** (1h)
  - **Sensibilité au rejet** est un trait durable



# Dépression avec caractéristiques mixtes



- Critères remplis pour un épisode de dépression caractérisée et  $\geq 3$  symptômes parmi les suivants la majorité du temps:
  - Humeur élevée (high, excité)
  - Augmentation de l'estime de soi ou grandiosité (très important, comme un Dieu ou autorité)
  - Volubilité, pression de parler
  - Tachypsychie
  - Augmentation du niveau d'énergie ou de l'activité orienté vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel)
  - Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (achats, sexuel, investissements)
  - Diminution du besoin de dormir (se sentir reposé même si on dort moins que d'habitude)
- Si remplit critères de dépression et manie en même temps: épisode de manie, caractéristiques mixtes
- Éliminer effets de la substance (drogue, médicament ou autre traitement)



# Dépression avec caractéristique catatonique



- 3 ou plus des suivants:
- **Stupeur** (absence d'activité psychomotrice)
- **Catalepsie** (induction posture maintenue passivement et contre la gravité)
- **Flexibilité cireuse** (résistance légère ou nette lors d'un positionnement induit par l'examineur)
- **Mutisme** (absence ou quasi absence de réponse verbale)
- **Négativisme** (opposition ou absence de réponse à des instruction ou à des stimuli extérieurs)
- **Prise de posture** (maintien actif, contre la gravité d'une posture adoptée spontanément)
- **Maniérisme** (caricatures bizarres ou solennelles d'actions ordinaires)
- **Stéréotypie** (mouvements non dirigés vers un but, répétitif et anormalement fréquents)
- **Agitation**, non influencée par des stimuli externes
- Expression faciale **grimaçante**
- **Écholalie** (répétition des paroles d'un autre)
- **Échopraxie** (reproduction des mouvements d'un autre)

# Dépression avec caractéristiques mélancoliques

- A. Perte de plaisir pour presque toutes les activités
- B. ou de réactivité aux stimuli agréables (moins de 20-40%, quelques minutes)
- C. 3 des suivants:
  - Humeur dépressive différente de celle éprouvée après la mort d'un être cher (sévère, durable, sans raison)
  - Dépression plus marquée le matin
  - Réveil matinal 2 h avant l'heure habituelle de réveil
  - Agitation ou ralentissement marqué
  - Anorexie ou perte de poids significative
  - Culpabilité excessive ou inappropriée



# Dépression avec caractéristiques saisonnières

- A. **Relation temporelle** entre la dépression et une période particulière de l'année
- B. **Rémission complète au cours d'une période** particulière de l'année
- C. **2 dépressions majeures** lors des 2 dernières années
- D. **Plus d'épisodes dépressifs saisonniers** que non saisonniers
- E. **Pas l'effet d'un stressueur évident** relié aux saisons (ex. chômage saisonnier, anniversaire de deuil)



# Dépression avec début lors du péripartum

- Début avant les 4 premières semaines du post-partum
- 3-6% des femmes
- 50% pendant la grossesse
- Anxiété sévère pendant la grossesse augmente le risque de dépression caractérisée
- Si psychose:
  - 1/500 ou 1000
  - infanticide (hallucinations donnant l'ordre de tuer, délire d'enfant possédé)
  - Augmenté si antécédent de dépression post partum, antécédent de trouble de l'humeur, Atcd familiaux de trouble bipolaire
  - Risque de récurrence 30-50%



# Trouble dysphorique préménstruel

- La plupart des cycles menstruels semaine avant les menstruations, s'améliore quelques jours après les menstruation, minimales dans la semaine après les menstruations, disparaît au moins 1 semaine, 5 critères (dont 1 des premiers 4 et des suivants):
  - Labilité affective marquée
  - Irritabilité marquée ou conflits interpersonnels
  - Dépression, désespoir, auto-dévalorisation marquée
  - Anxiété marquée
  - Anhédonie
  - Difficultés a/n concentration
  - Léthargie
  - Changement appétit
  - Hyper ou insomnie
  - Se sent dépassé
  - Sx physique: mastalgie, douleur articulaire ou musculaire, ballonnement, prise de poids
- Évaluation prospective, 2 cycles
- Éliminer: autres troubles mentaux, abus de substances, mx physique
- Détresse ou dysfonctionnement



# Trouble dépressif persistant (dysthymie)

- Humeur dépressive, presque toute la journée, plus d'un jour sur deux, pendant 2 ans
- 2:
  - perte appétit/hyperphagie
  - Insomnie/hypersomnie
  - Fatigue
  - Faible estime personnelle
  - Difficulté de concentration/prendre des décisions
  - Perte d'espoir
- Moins de 2 mois consécutifs sans ce qui précède



# Trouble de l'humeur dû à condition médicale

- Maladie d'Addison
- Arthrite
- **Anémie**
- Asthme
- Syndrome de Cushing
- **Hypothyroïdie**
- Hépatite
- **HIV**
- Influenza
- Mononucléose
- Dénutrition
- Débalancement électrolytique
- Maladie de Parkinson
- Porphyrie
- **SEP**
- Syphilis
- **Lupus**
- **ACV**
- **Tumeur** (pancréas)
- Urémie
- Colite ulcéreuse



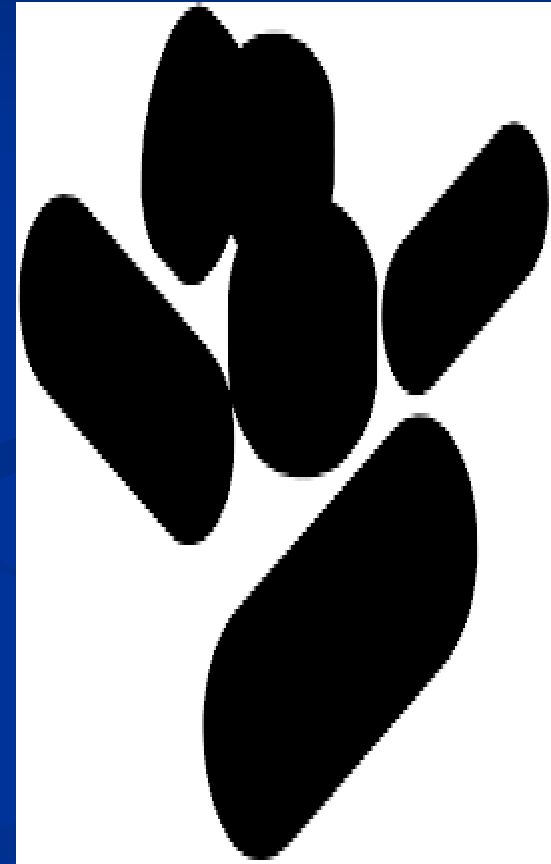
# Trouble de l'humeur induit par une substance

## ■ Substances utilisées par les patients:

- Alcool
- Cocaine
- Marijuana

## ■ Substances prescrites:

- Antihypertenseurs: beta-bloqueur, alphas-méthyl-dopa
- Antiparkinsoniens
- Reserpine
- Stéroïdes
- Opiacés
- Benzodiazépines





# Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive

- A. Symptômes 3 mois après le facteur de stress
- B. Souffrance marquée, disproportionnée ou altération signification du fonctionnement
- C. Ne persiste pas au delà de 6 mois

# Évaluation



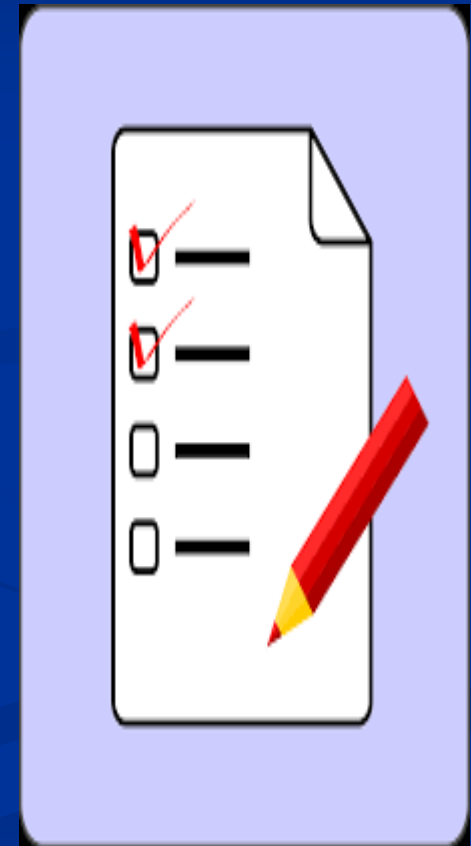
# Histoire de cas

- Antécédents personnels et familiaux de dépression, tentatives suicidaires, trouble bipolaire, maladies physiques
- Facteurs de stress
- Évolution des symptômes
- Éliminer: trouble bipolaire, psychose, maladie physique, médication ou autres substances, trouble de personnalité
- Dangerosité
- Tentatives de traitement
- Fonctionnement



# Échelles de mesure

- Inventaire de Beck pour la Dépression  
(<http://www.echelles-psychiatrie.com/pdf/echelle-beck.pdf>)
- Echelle d'Évaluation de la Dépression de Hamilton  
(<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2006/03/27/173.11.1327.DC3/valid-mcintyre-f.pdf>),
- QIDS: Quick Inventory of Depressive Disorder (<http://www.ids-qids.org/tr-french.html>)
- Questionnaire sur le Trouble Bipolaire  
(<http://www.dbsalliance.org/pdfs/MDQ.pdf>)
- Echelle Diagnostique du Trouble Bipolaire (<http://www.psycheducation.org/depression/BSDS.htm>)



# Traitement biopsychosocial

# Administratif

## Référer à l'urgence si:

- Risque suicidaire ou d'homicide
  - « Avez vous pensé à vous faire du mal ? »
  - Caractériser: idées, intention, plans, préparatifs, moyens disponibles, facteurs protecteurs
  - Augmenté: homme, psychose ou anxiété sévère, abus ROH-substances, TS antérieures (patient ou sa famille), maladies chroniques
- Totalemment incapable de s'occuper de lui même

## Arrêt de travail

# Retour au travail

- Travail offre:
  - Identité professionnelle
  - Autonomie économique
  - Intégration sociale
- Pas d'arrêt de travail indéterminé:
  - Annoncer la date de retour au travail
  - Annoncer qu'on n'attendra pas la guérison complète
  - Le travail fait partie du traitement: le traitement de la dépression n'est pas le repos mais l'activation, pas l'isolement mais la socialisation, pas l'évitement mais la confrontation des problèmes
  - Retour au travail progressif (1 j par semaine pour 2 semaines...)



# Augmenter aptitude à travailler

- Activation comportementale, maintien de la routine
- Encourager socialisation (reprendre contact avec collègues)
- Exercice physique
- Exercices mentaux (mots croisés, sudoku)
- Aider le patient à se prévaloir des ressources disponibles (PAE, programmes de l'assurance, psychothérapie, syndicat)



# Biologique (1)

- Bilan de base:
  - Éliminer condition organique sous-jacente (ex. TSH, FSC...)
  - Impact des médicaments sur la santé:
    - Antipsychotique atypique: peser, glycémie à jeun, enzymes hépatiques, bilan lipidique
    - Lithium: FSC, urée, créat, analyse d'urine, TSH, ECG

# Biologique (2)

## Bonnes habitudes de vie:

- Alimentation saine
- Exercice
- Cesser substances toxiques (ex. alcool, drogues)

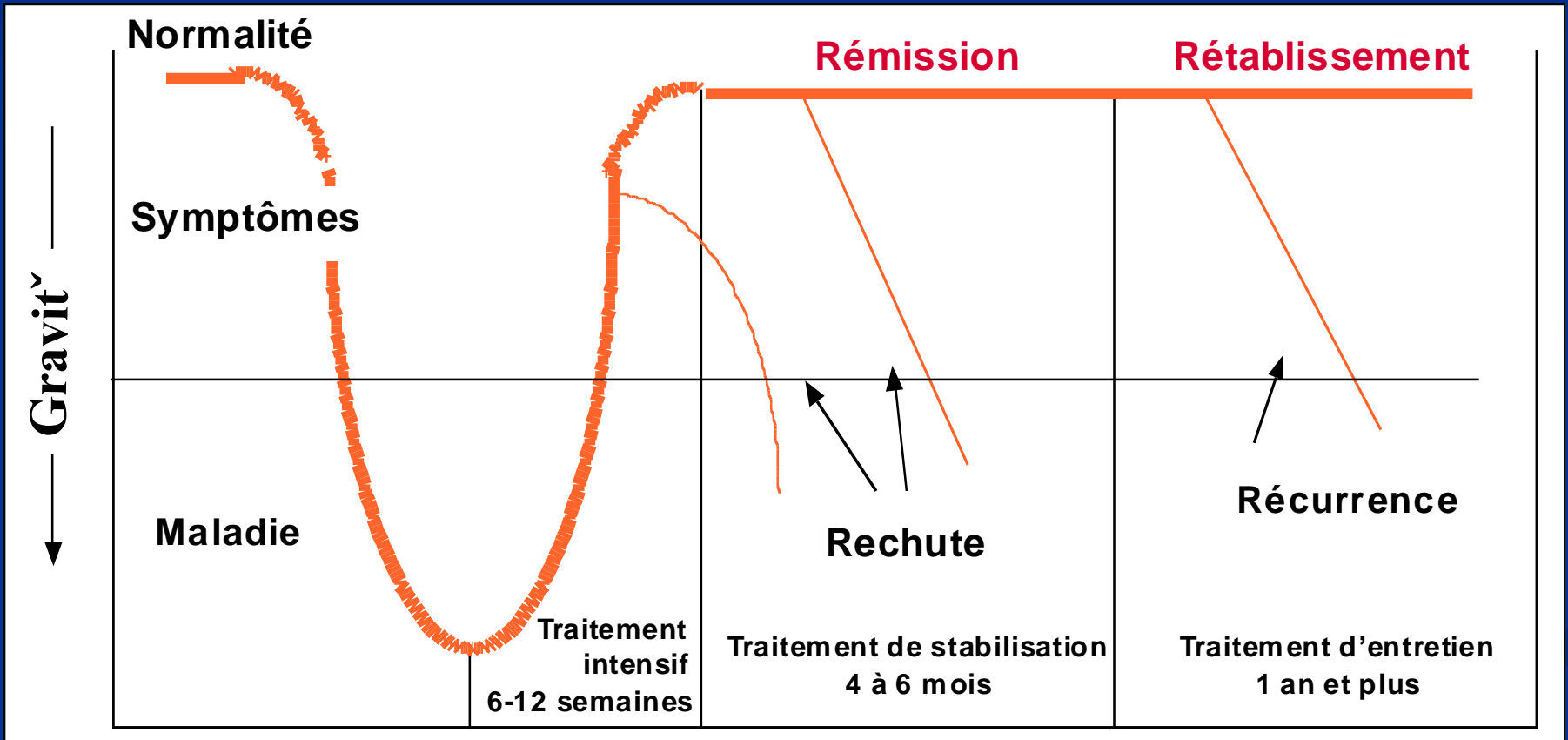
## Si insomnie ou anxiété:

- Exercice
- Cesser les stimulants, l'alcool, les drogues
- Éviter les benzodiazépines si possible
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Alternatives: autres somnifères, antidépresseurs, antipsychotiques

## Si dépression unipolaire, antidépresseur.

- Aviser les patients que les effets secondaires de type céphalée et problèmes digestifs disparaissent à l'intérieur d'un mois.
- Maintenir les antidépresseurs: 4-5 mois après un épisode, 2 ans après 2, 5 ans-à vie après 3
- Tenir compte de TS, histoire familiale, 65 +, difficulté à obtenir la rémission, durée de l'épisode

# Phases du traitement de la dépression



# Médication

**Stabilisateur  
de l'humeur:**  
pour les hauts\bas

Lithium  
Épival  
Tégréto  
Neurontin  
Topamax  
Lamictal

**Antidépresseur:** pour les épisodes dépressifs

Inhibiteur de la recapture de sérotonine (celexa/cipralex, luvox, paxil, prozac, zoloft)

Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et norépinéphrine (effexor/pristiq, cymbalta)

Inhibiteur de la recapture de la dopamine et norépinéphrine (wellbutrin)

Modulateur de la norépinéphrine (réméron)

Modulateur de la sérotonine (désyrel)

Inhibiteur de la monoamine oxydase (nardil, parnate, manérix)

Tricyclique (élavil, anafranil, norpramin, aventyl)

**Benzodiazépine:**  
pour l'anxiété, l'insomnie et  
l'agitation

Ativan  
Sérox  
Rivotril  
dalmane

**Anti-psychotique:** pour l'agitation, l'anxiété, l'insomnie,  
les hallucinations, les délires, les hauts\bas

Antipsychotiques typiques (haldol, trilafon, mellaril)

Antipsychotiques atypiques (clozaril, risperdal, seroquel, zyprexa, abilify, zeldox)

Pour les effets secondaires (cogentin, kémadrin, indéral)

# Optimiser la dose

médicament	Départ	Dose moyenne	Dose élevée
prozac	10-20	20-40	60-80
paxil	10-20	20-40	60
celexa	10-20	20-40	40
cipralex	10	10-20	30
zoloft	25-50	50-100	150-200
luvox	50-100	150-200	400
manerix	200-300	450-600	900
remeron	30	30-45	60
effexor XR	37.5-75	112.5-225	300-375
pristiq	50	50-100	
wellbutrin SR ou XL	100-150	150-300	375-450
cymbalta	60	60-120	120
trintellix	5-10	20	20
viibryd	10	20	40
fetzima	20	40	120

# Substitution

- Changer pour un autre antidépresseur
- Mécanisme d'action différent
- Mais les ISRS sont différents chimiquement l'un de l'autre
- Après avoir optimisé le dosage du premier
- Inconvénient: sevrage

# Combinaison

- Généralement bien tolérée
- Utiliser antidépresseurs avec mécanismes différents
- Chacun à pleine dose
- Avantage: effets d'antidépresseurs additionnés
- Atténuer effets secondaire (wellbutrin peut réduire gain de poids et perte de libido)
- Ex: ISRS+remeron (15-45 mg) : sommeil, diminue nausée mais sédation et gain de poids
- ISRS ou IRSN+wellbutrin (150-450 mg): effet positif théorique sur énergie, concentration, libido, tabagisme
- ISRS+désipramine (50-125 mg)

# Potentialiser

- Ajouter un agent qui n'est pas un antidépresseur

Médicament	Dose	Antidépresseur
Lithium	600-900	Tous
Antipsychotiques atypiques	Zyprexa 5-15mg, Risperdal 0.25-2, Seroquel XR 150-300, Abilify 2.5-10, Zeldox 40-80, Invega 1.5-3, Saphris 0.25	ISRS-IRSN
Potentialisation dopaminergique	Mirapex 0.25-1 Ritalin 10-60 mg	ISRS
Cytomel	25-50 mcg	ATC-ISRS



# Psychologique (1)

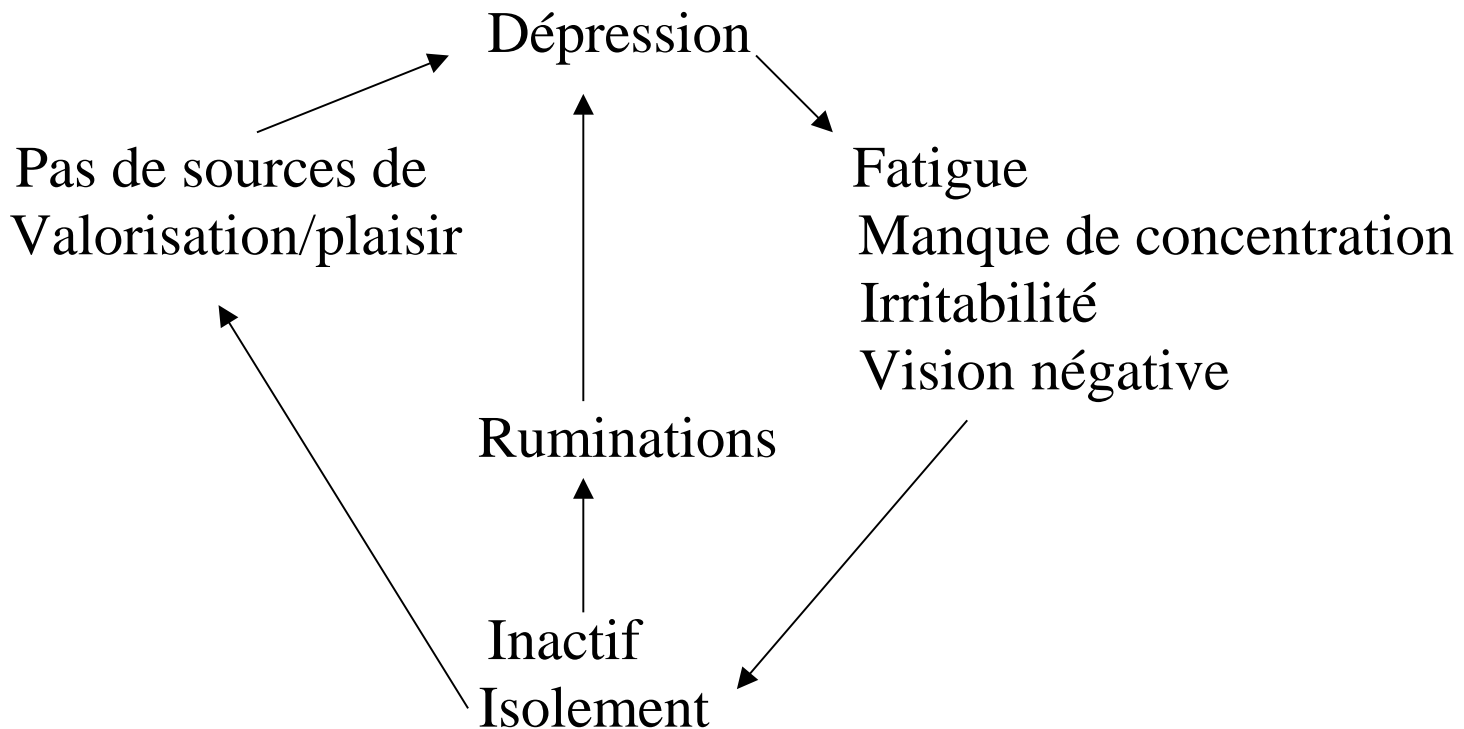
- Psychoéducation: expliquer le dx et le tx
- Soutien
- Thérapie interpersonnelle:
  - Approche brève
  - Événement ↔ dépression
  - 4 focus: deuil, conflit interpersonnel, transition de rôle, déficit interpersonnel
  - Guide de psychothérapie interpersonnelle de M. Weissman, J. Markowitz, G. Klerman

# Psychologique (2)

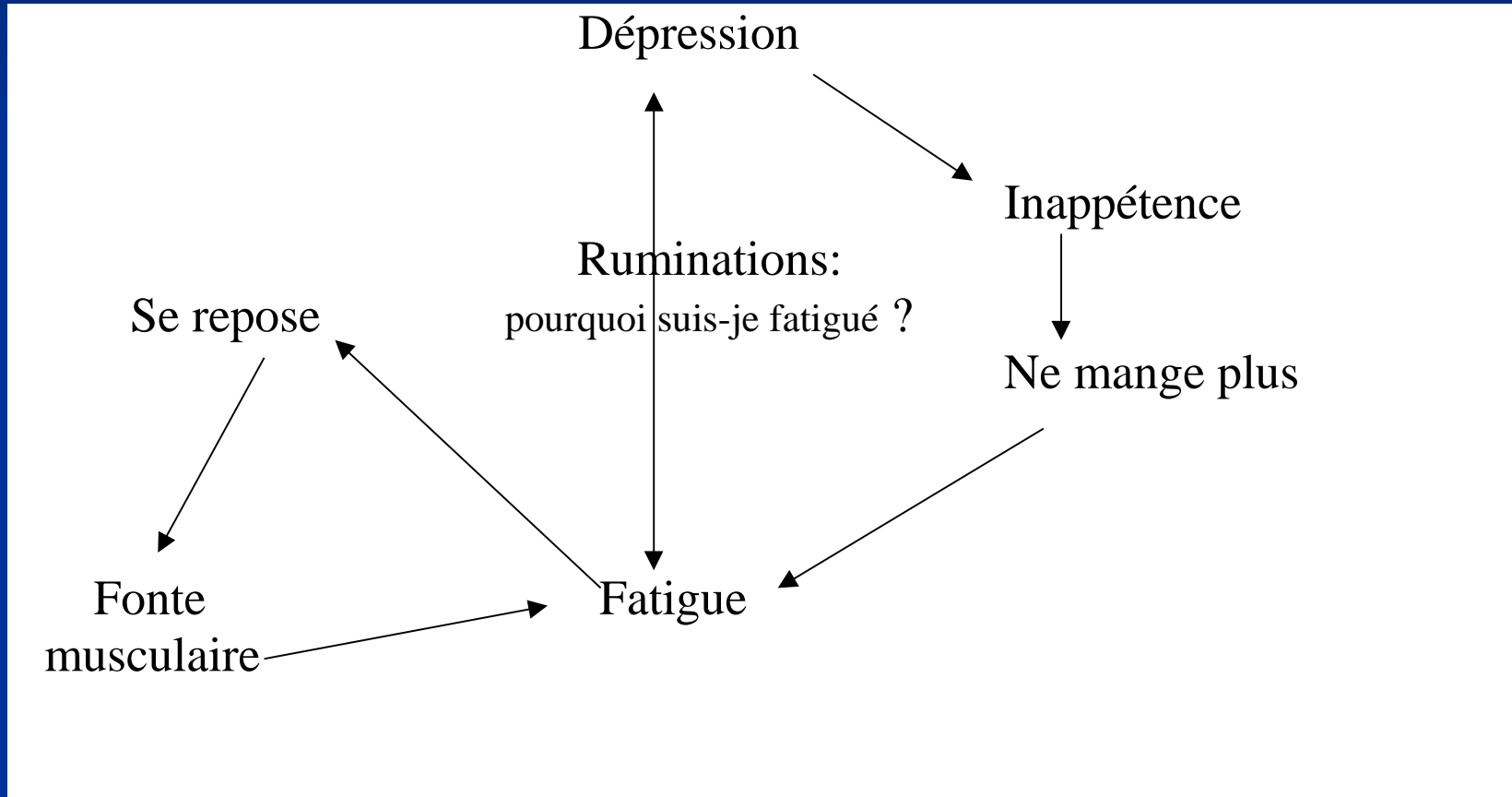
- Thérapie cognitivo-comportementale:
  - Livres:
    - Etre bien dans sa peau de David Burns,
    - Dépression et anxiété: comprendre et surmonter par l'approche cognitive de Dennis Greenberger et Christine Padesky
    - Vaincre la dépression, une étape à la fois de Michael Addis
  - Internet:
    - [www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com)
    - [www.livinglifetothefull.com](http://www.livinglifetothefull.com),
    - [www.moodgym.anu.edu.au](http://www.moodgym.anu.edu.au);
    - <https://ecouch.anu.edu.au>
    - [www.carmha.ca/publications/resources/asw/SCDP-French.pdf](http://www.carmha.ca/publications/resources/asw/SCDP-French.pdf)

**Nous avons tous des passes  
difficiles:  
comment une déprime devient  
une dépression...**

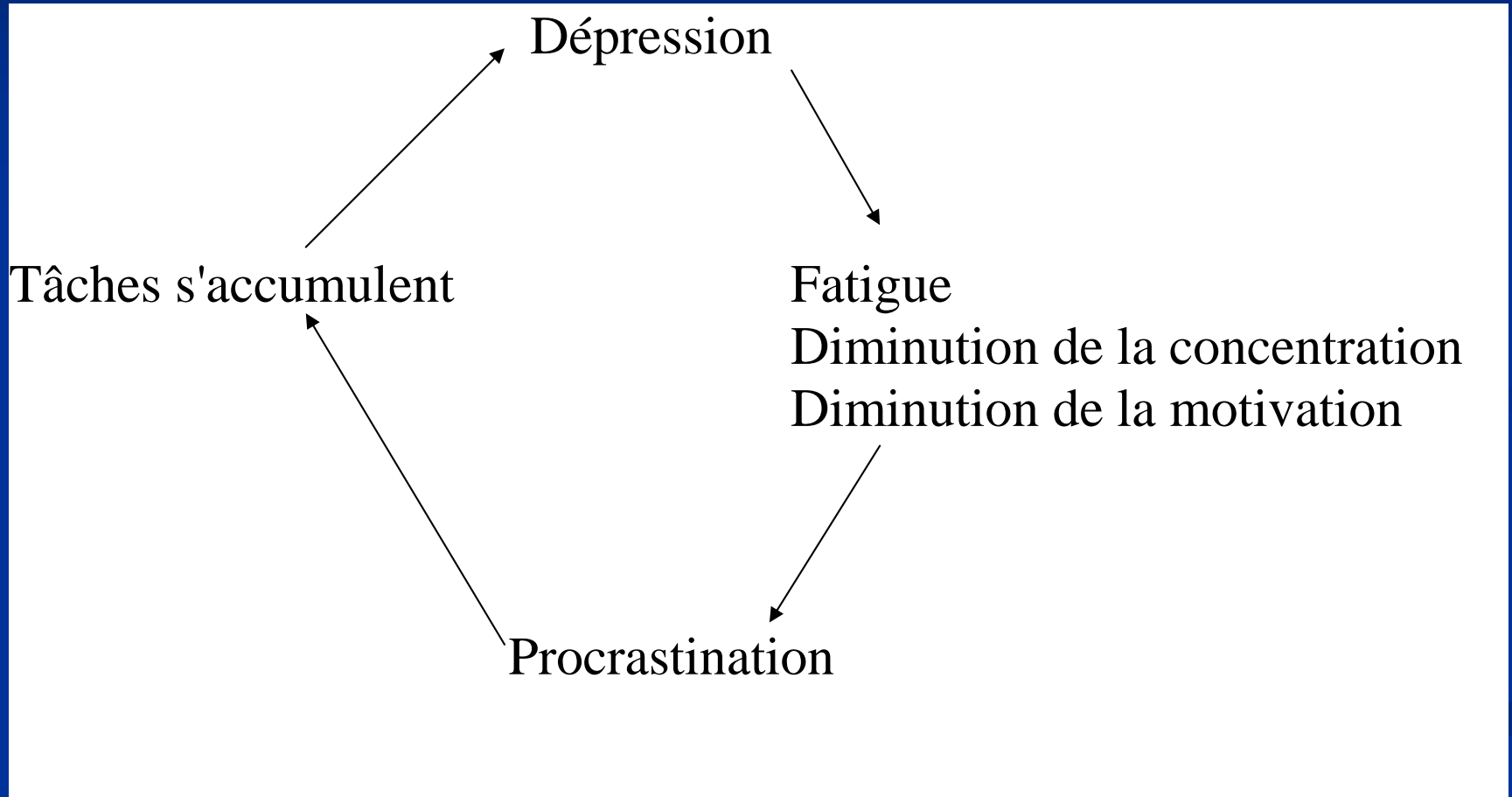
# Cercles vicieux perpétuant la dépression



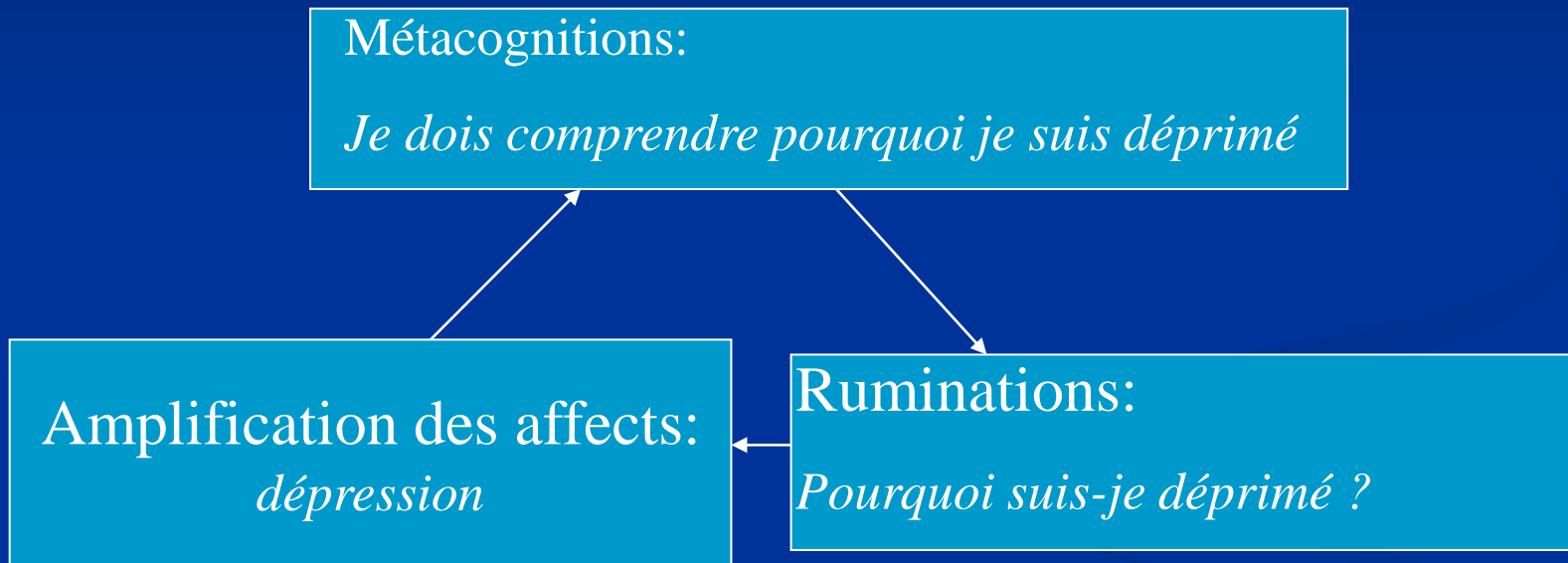
# Cercle vicieux: fatigue



# Cercle vicieux: procrastination



# Cercle vicieux: ruminations



# Effacité de l'activation comportementale

TCC=AC à court terme et à long terme (Jacobson, 1996; Gortner, 1998; Mazzuchelli, 2009; Ekers, 2008, Cuijpers, 2007)

AC vs TC vs Antidépresseur (Dimidjian, 2006; Dobson, 2008):

- AC=antidépresseur>TC pour la dépression sévère
- traitements équivalents pour la dépression modérée
- AC et TC plus efficaces si on retire la rx
- AC et TC moins coûteux

Recommandé comme traitement de première intention de la dépression (NICE, 2009)



# Activation comportementale

- Registre des activités quotidiennes: identifier ce que le patient fait dans la journée et coter le plaisir/la valorisation
- Planification des activités (surtout celles associées au plaisir/valorisation)
- Assignation des tâches graduées

**Auto-observation:  
registre des activités quotidiennes:  
commencer à le remplir à la fin de la session 1**

	<b>lundi</b>	<b>mardi</b>	<b>mercredi</b>	<b>jeudi</b>	<b>vendredi</b>	<b>samedi</b>	<b>dimanche</b>
6-7h							
7-8h							
8-9h							
9-10h		Lever P2 A2					
10-11h		Déjeuner P2A2					
11-12h		Devoir P1A4					

# Registre des activités quotidiennes

P: plaisir 0-10; D: dépassement 0-10 (en rouge: rempli dans la session 1 avec le thérapeute)

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
8-9h	Metro P3A3		Éveil, déjeuner P2A2	Rencontre équipe P5A7			
9-10h		éveil	Bus P2A2	Cours P4A5			
10-11h	Cours P2A3	Déjeuner P2A2	Travail équipe P3 A6		Bus P3A3	Lit P7A4	déjeuner
11-12h		devoirP1A4	Rencontre équipe P7A5	Oral! P4A9	Cours P3A3	déjeuner	Devoir P4A2
12-13h	Diner P5A3			Diner et social P7A5	Diner P5A4	Devoir P4A2	Diner social P7 A7
13-14h	Pause café P6A5	Aller au RV medical P2 A5-6			Social P6A4	Etude P2A4	Réparer auto P5A7
14-15h		Thérapie P2A6	Devoir P5 A7	Cours P2A2	Cours P6A5	TVP4 A3	Magazine P5A1
15-16h	Cours P4A5	Devoir P2A2		busP6A3	Travail équipe P6A6		
16-17h		Tv P5 A3	Cours P2 A2	Devoir P7A7		Etude P5A6	Devoir P8A8
17-18h	Bus/metro P2A3	Souper P5A2	Travail équipe		Café P7A6		
18-19h	Souper P4A4	TV P5 A3	Cours P6A2	TVP6A3	Bus P5A4	Souper P7A5	
19-20h	Internet P6A8		Bus P3 A2	Souper P7A5	Souper P5A3	TV P7A4	
20-21h	Devoir P5A7	Devoir P4 A5	Souper P5 A2	Devoir P7A8	Devoir P7A7	Film chez amis P8A5	
21-22h		Jeux ordi P6A4	Devoir P5A8				
22-23h	TV P5A2	dodo					
23-24h	dodo			TV P7A4			

# Auto-observations: quelles sont les activités associées au plaisir et au sentiment de maîtrise?

## Activités plaisantes:

- Devoir ordinateur
- Voir des amis
- Internet
- TV
- Diner/social
- Jeux ordinateur
- Sortie
- souper

## Activités valorisantes:

- Oral
- Rencontre équipe
- devoir

## Activités non plaisantes:

- cours

## Conclusion:

- Je me sens mieux si je vois des gens, ordinateur, je mange, je sors
- Je me sens fière quand je relève des défis (oral, travail d'équipe, devoir)
- Planifier des activités sociales

# Questions à poser

- Y 'a-t-il des moments dans la journées où il se sent mieux/pire ?
- Quelles activités sont associés à une amélioration/détérioration de l 'humeur ?
- Combien de temps passe-t-il à faire des activités qui pourraient être plaisantes ?
- Y 'a-t-il une variété d 'activités (ex. travail, enfants, ménage, activités sociales, relaxation)?
- Y 'a-t-il des différences par rapport à sa vie avant la dépression ? Quelles activités ont été abandonnées ? Quelle est la raison évoquée?
- Fait-il des activités qui devraient être plaisantes ou valorisantes mais qui ne le sont pas ? Quelle est la raison de cet écart ?
- Y 'a-t-il des liens entre les pensées et les activités (ex. pas de temps pour soi, pensée dichotomique) ?

# Planification des activités

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
6-7h				Éveil/ déjeuner			
7-8h	Éveil/ déjeuner	Éveil/ déjeuner	Éveil/ déjeuner	bus	Éveil/ déjeuner	Éveil/ déjeuner	Éveil/ déjeuner
8-9h			exercice	équipe		exercice	exercice
9-10h			bus	cours			
10-11h			équipe	cours	bus		
11-12h	dîner	dîner	dîner	dîner	dîner	Dîner avec quelqu'un	dîner

# Planification des activités

## Activités:

- Simples
- Faciles à céduer dans la journée
- Peu coûteuses
- Accessibles au patient déprimé

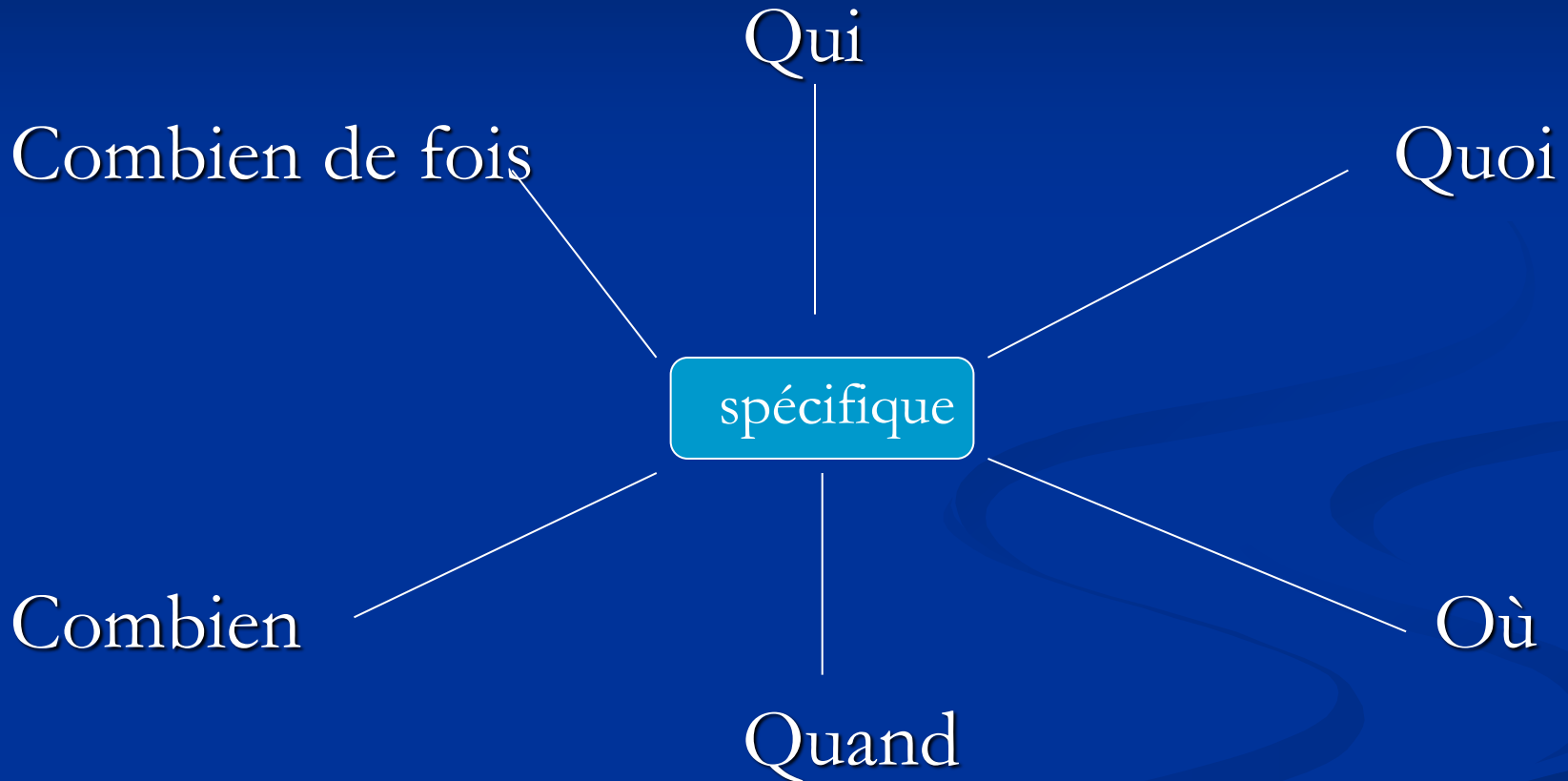
Variété d'activités: solitaires, sociales, intérieur/extérieur, jour/soir

Equilibre: plaisir, maîtrise, surmonter l'évitement

Routine (suivre un plan pas son humeur)

Lien avec les valeurs

# Planification des activités





# Planification des activités

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
6-7h				Éveil/ déjeuner			
7-8h	Éveil/ déjeuner	Éveil/ déjeuner	Éveil/ déjeuner	bus	Éveil/ déjeuner	Éveil/ déjeuner	Éveil/ déjeuner
8-9h			Jogging 15 minutes	équipe		Jogging 15" avec mère	Jogging 30" avec Marc
9-10h			bus	cours			
10-11h			équipe	cours	bus		
11-12h	dîner	dîner	dîner	dîner	dîner	Dîner avec William	dîner

# Assignation des tâches graduées

- Problème: insomnie
- Hiérarchie:
  - Couper les stimulants et l'alcool
  - Exercice physique
  - Se lever tous les jours à la même heure
  - Couper les siestes
  - Aller au lit seulement lorsque somnolent et ne pas rester dans le lit si insomnie de plus de 15 minutes

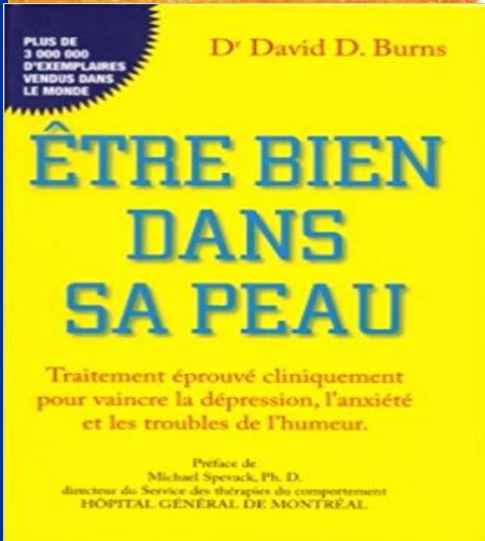
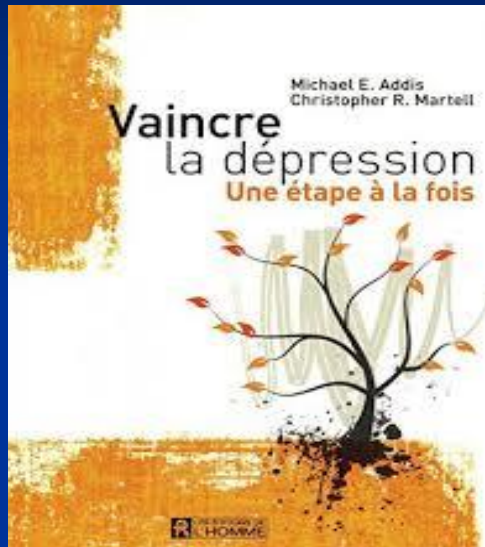


# Expériences comportementales

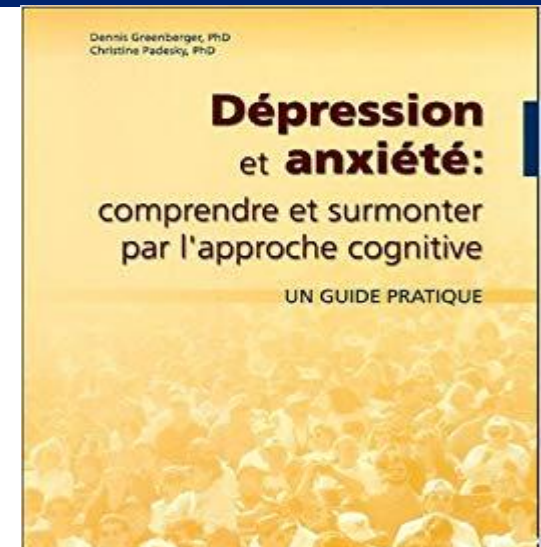


# Dépression: auto-thérapie

## – Grand public: dépression



- Dépression (trouble dépressif majeur)
  - *Dépression: Manuel pour la clientèle (2018)*
  - *Dépression: outils et questionnaires:*
    - **Questionnaires:**
      - Inventaire de Beck pour la dépression
      - Inventaire de Beck pour l'anxiété
      - PHQ-9
    - **Outils:**
      - Registre des activités quotidiennes (plaisir, maîtrise)
      - Registre des activités quotidiennes (plaisir, maîtrise, tristesse)
      - Liste d'activités
      - Tableau d'enregistrement des pensées automatiques
      - Remettre en question les pensées « négatives »
      - Biais d'interprétation (distorsions cognitives)
      - Résolution de problème (Ngô)
      - Résolution de problème (Goulet)
      - L'affirmation de soi (Il s'agit d'une version abrégée. Une version plus détaillée est disponible plus bas dans cette page)
      - Résumé de thérapie
      - Fiche de prévention des rechutes
      - Fiche de prévention des rechutes (exemple)



GUIDE D'AUTOSOINS POUR LA DÉPRESSION  
2<sup>E</sup> ÉDITION

DÉVELOPPER DES STRATÉGIES  
POUR SURMONTER  
LA DÉPRESSION

GUIDE DESTINÉ AUX ADULTES

# Rumination



Pensées répétitives centrées sur la symptomatologie dépressive et sur ses causes, conséquences et implications éventuelles (Nolen-Hoeksema, 1991)

# Rumination prédit (Watkins, 2010)

- Développement de la dépression
- Sévérité des symptômes dépressifs
- Maintien de la dépression
- Rechute

# La rumination maintient la dépression (Nolen Hoeksema, 1991, 1999, 2004; Pearson, 2010; Lyubomirsky, 1993, 1999)

Augmente l'humeur dépressive et les cognitions négatives:

- Évoque les problèmes récents
- Interprétation négative des situations ambiguës
- Rappel de souvenirs négatifs
- Avenir plus pessimiste

Interfère avec la résolution de problèmes

Interfère avec la motivation

Diminution de la recherche de soutien social

# Rumination

Réflexion



Ressassement





# Si le patient déprime...

Est-ce que  
ça aide ?

Est-ce que je  
comprends  
mieux ?

Quels sont les  
effets émotionnels?

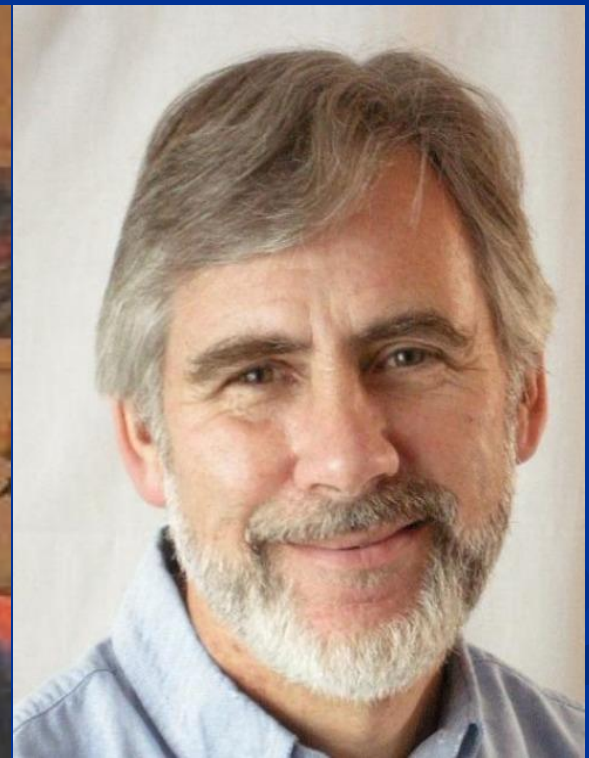


# Arrêter de ruminer

- Souligner les conséquences
- Focaliser sur le présent
- Focaliser sur la tâche
- Distraction
- Résolution de problèmes: Que feriez-vous si vous ne ruminiez pas ? Comment pourriez vous apporter un changement positif dans votre vie ?



# Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Thérapie cognitive basée sur la méditation)

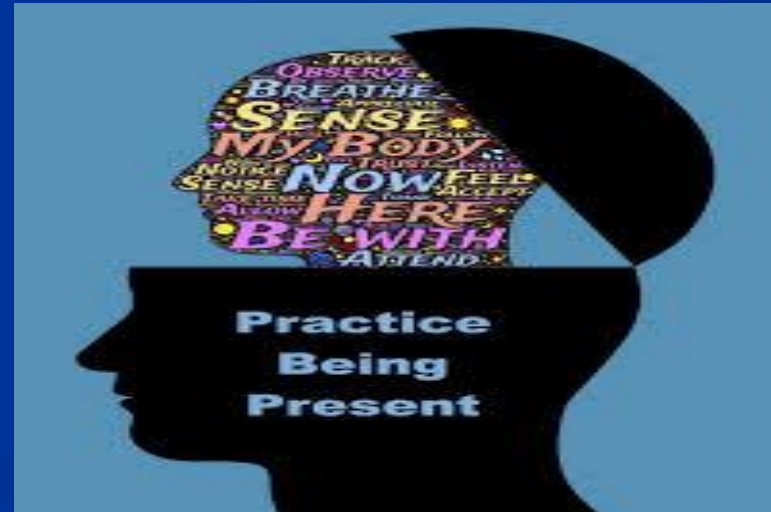


# Activation différentielle (Teasdale, 1988)

- Chez les déprimés en rémission, la dysphorie réactive des schéma de pensée similaires à ceux présents dans la dépression (réactivité cognitive)
- Les schéma maintiennent et intensifient l'état dysphorique via des cycles auto-perpétuants ruminatifs cognitivo-affectifs

# TCBM (Teasdale, 2000)

- Apprendre à se relier différemment à la pensée et aux émotions:
  - Perspective décentrée
  - Pleine conscience: porter attention d`une façon particulière:
    - intentionnelle
    - au présent
    - sans jugement



# TCBM (2000)

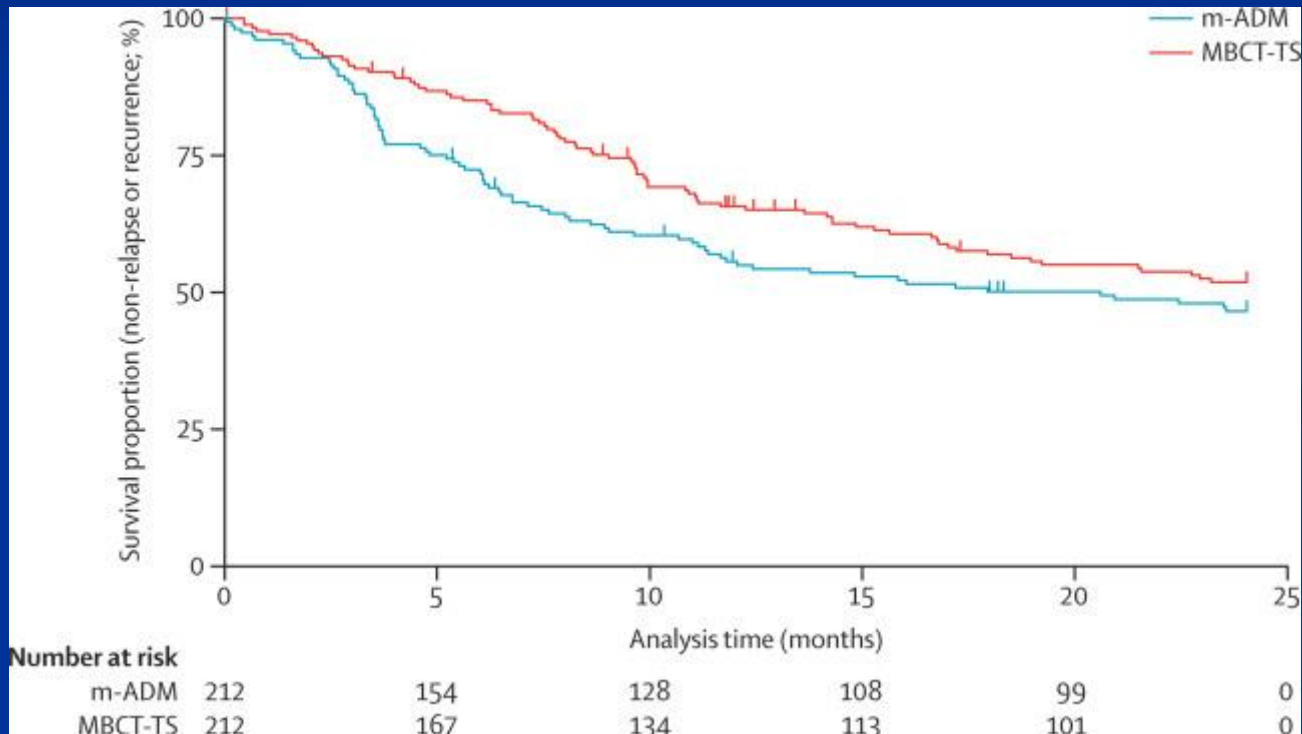
- Patient apprend à:
  - Reconnaître les signes précurseurs de la dépression
  - Réagir de façon intentionnelle et plus constructive
  - Eviter l'engagement dans les schémas cognitivo-affectifs ruminatifs (“depressive interlock”)

# TCBM: programme

- Identifier les ruminations et prendre une distance
- 4 aptitudes:
  - Mode intentionnel (vs automatique)
  - Acceptation et curiosité (vs. Évitement)
  - Expérience directe (vs. Analyse)
  - Être et ne pas faire (vs juger et réparer)
- Éléments TCC:
  - Contempler les situations difficiles tout en respirant: relation avec l'inconfort (se tourner vers ce qui est difficile et le contenir)
  - Questionnaire des pensées automatiques: pour aider le patient à reconnaître les pensées négatives qui accompagnent la dépression
  - Identifier les activités plaisante et valorisantes à faire lorsque déprimé

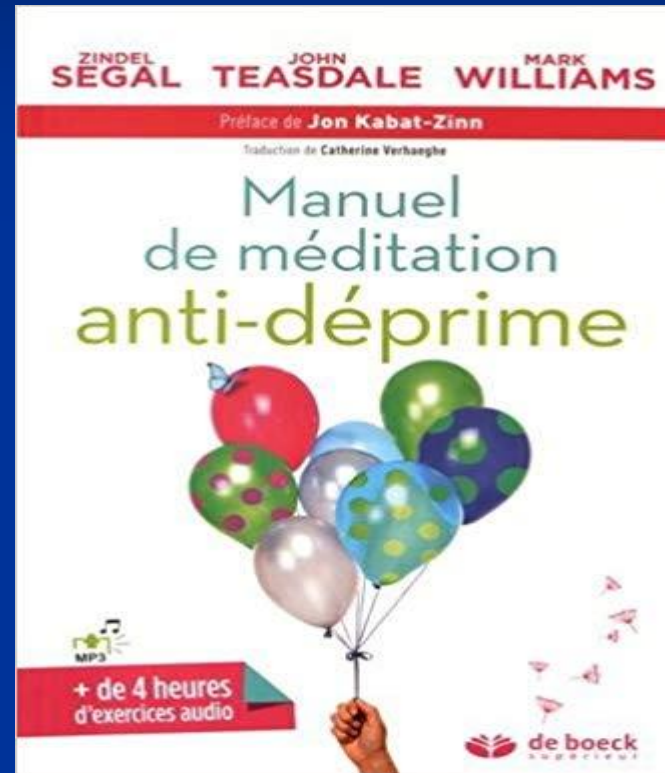
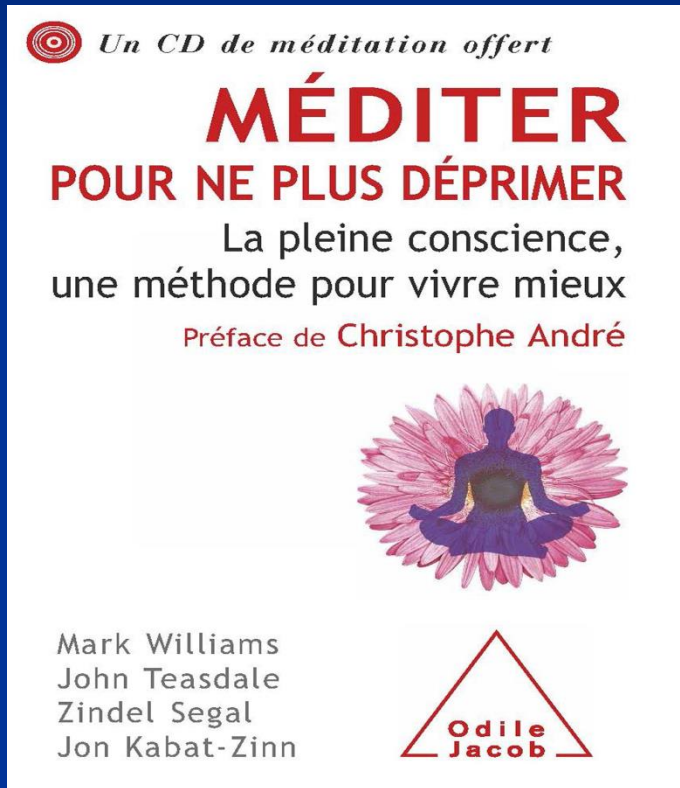


# MBCT vs antidépresseurs (Kuyken, 2015)



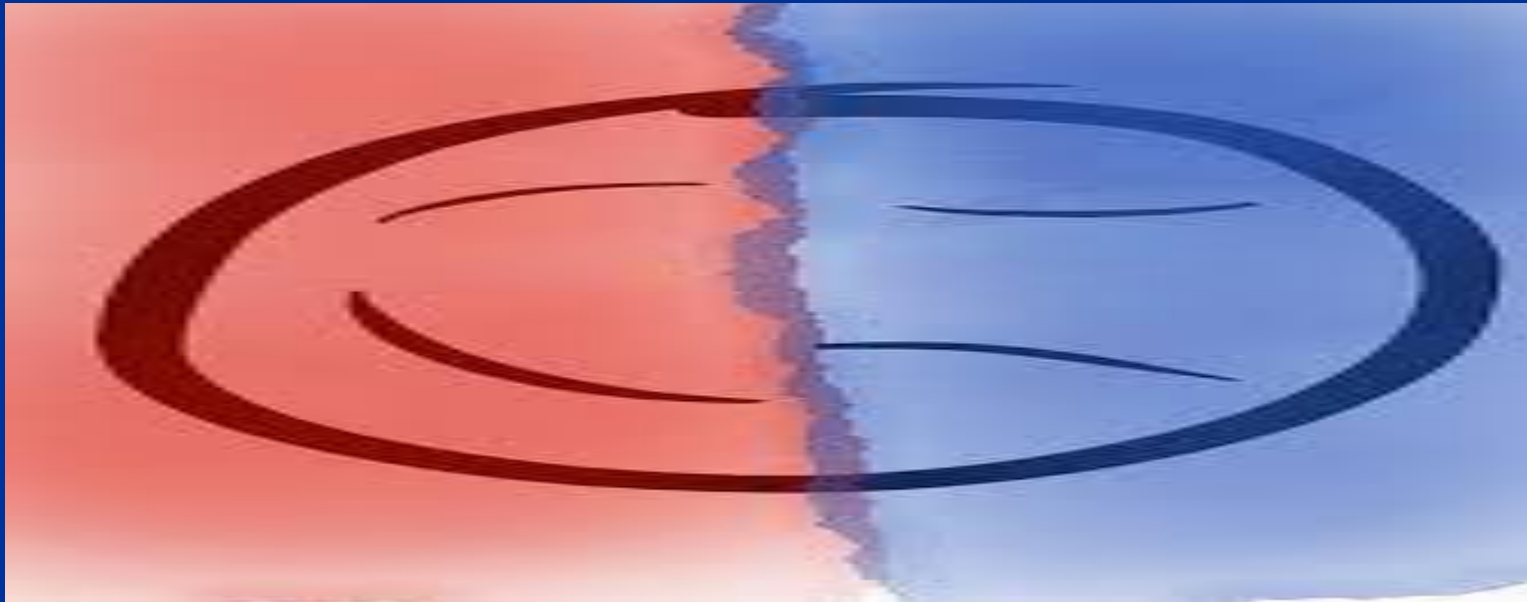


# MBCT: auto-traitement



Mindspace  
Center for mindfulness studies

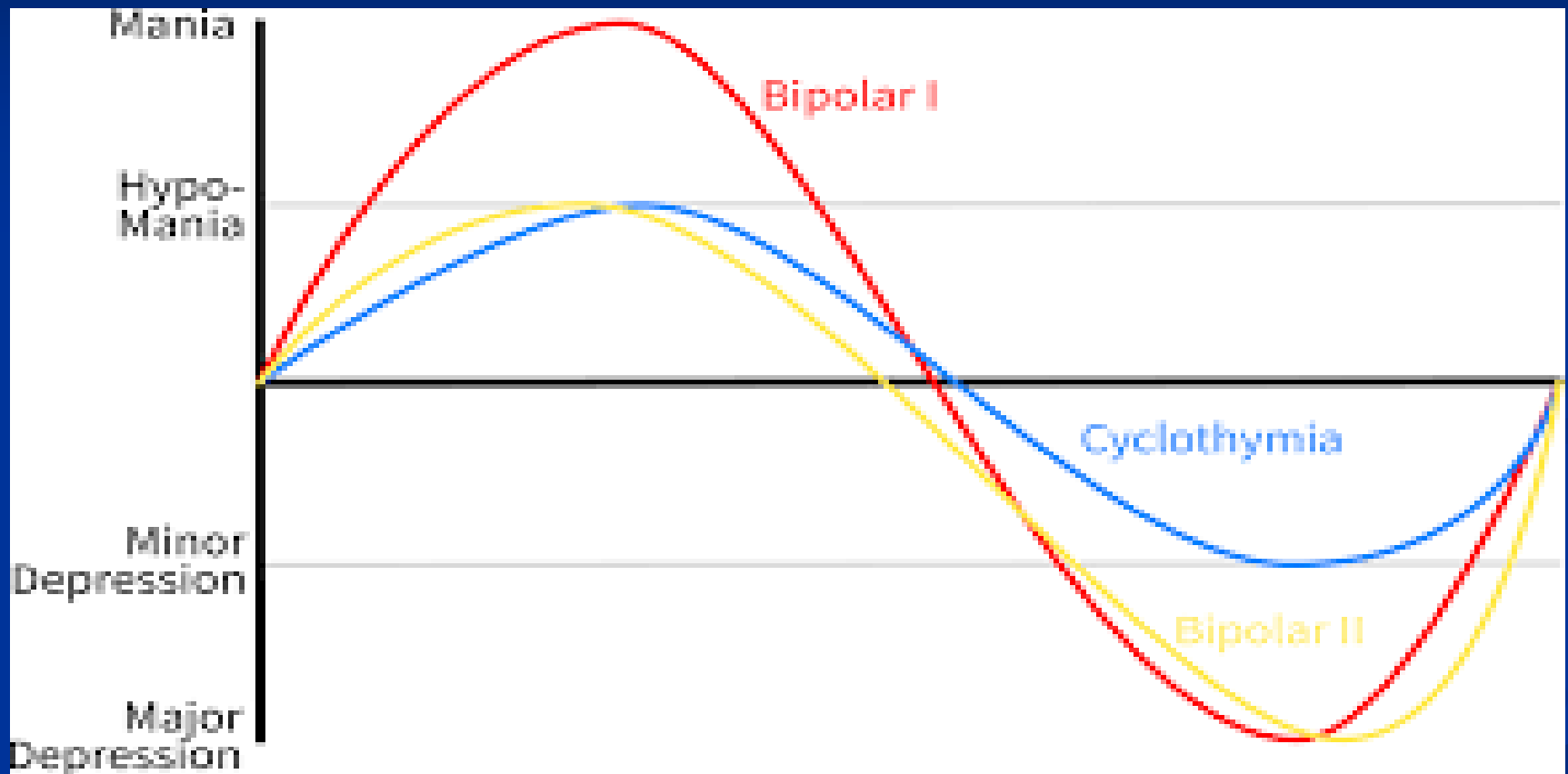
# Troubles bipolaires



# Trouble bipolaire

- Histoire de de manie/d 'hypomanie et dépression caractérisée
- Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement
- Eliminer: trouble schizotypique, schizoaffectif, schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble délirant, trouble psychotique NS

# Types



# Types

- I: épisode maniaque
- II: épisodes hypomaniaques et dépressifs majeurs
- Cyclothymie:
  - Pendant 2 ans,
  - Symptômes hypomaniaques et dépressifs, plus de la moitié du temps
  - Pas dépression/hypomanie
  - pas 2 mois consécutifs sans sx
- Induit: amphétamines, cocaïne, méthylphénidate,

# Épisode maniaque

- Humeur élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante pendant une semaine (ou toute durée si hospitalisé) augmentation de l'énergie et de l'activité orientée vers un but
- 3 des symptômes suivants (4 si irritable): intensité significative, changement notable
  - Augmentation estime de soi
  - Réduction des besoins de sommeil (dort 3h, reposé)
  - Plus grande communicabilité (désir constant de parler)
  - Fuite des idées (pensées défilent)
  - Distractibilité rapportée ou observée (attention attirée par stimuli non pertinents)
  - Augmentation des activités orientées vers un but ou agitation psychomotrice (sans but)
  - Engagement excessif activités au potentiel dommageable (achats, sexualité, investissements)
- Altération marquée du fonctionnement ou psychose ou hospitalisation
- Même si induit par antidépresseur (mais pas amphétamine, cocaïne)

# Épisode hypomaniaque

- Humeur élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante pendant au moins **4 jours**, augmentation de l'énergie et de l'activité orientée vers un but
- 3 des symptômes suivants (4 si irritable):
  - augmentation estime de soi
  - réduction des besoins de sommeil (dort 3h, reposé)
  - plus grande communicabilité (désir constant de parler)
  - fuite des idées (pensées défilent)
  - distractibilité rapportée ou observée (attention attirée par stimuli non pertinents)
  - augmentation des activités orientées vers un but ou agitation psychomotrice (sans but)
  - Engagement excessif activités au potentiel dommageable (achats, sexualité, investissements)
- **Modification indiscutable** du fonctionnement, **manifeste pour les autres**
- Si suite à antidépresseur, pas seulement agitation ou irritabilité ou nervosité

# Dépression avec caractéristiques mixtes

- Critères remplis pour un épisode de dépression caractérisée et  $\geq 3$  symptômes parmi les suivants la majorité du temps:
  - Humeur élevée (high, excité)
  - Augmentation de l'estime de soi ou grandiosité (très important, comme un Dieu ou autorité)
  - Volubilité, pression de parler
  - Tachypsychie
  - Augmentation du niveau d'énergie ou de l'activité orienté vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel)
  - Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (achats, sexuel, investissements)
  - Diminution du besoin de dormir (se sentir reposé même si on dort moins que d'habitude)
- Si remplit critères de dépression et manie en même temps: épisode de manie, caractéristiques mixtes
- Éliminer effets de la substance (drogue, médicament ou autre traitement)



# Episode hypo/maniaque avec caractéristiques mixtes

- Critères remplis pour un épisode hypo/maniaque et  $\geq 3$  symptômes parmi les suivants la majorité du temps:
  - Dysphorie ou humeur dépressive au premier plan
  - perte d'intérêt pour presque toutes les activités, presque tous les jours, pratiquement toute la journée
  - augmentation ou diminution de l'appétit
  - augmentation ou diminution du sommeil
  - fatigue
  - ralentissement psychomoteur presque tous les jours constaté par autrui
  - difficulté à penser, indécision, trouble de concentration presque à tous les jours
  - Auto-dévalorisation ou culpabilité excessive (pas seulement se reprocher d'être malade)
  - idées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir)
- Si remplit critères de dépression et manie en même temps: épisode de manie, caractéristiques mixtes
- Éliminer effets de la substance (drogue, médicament ou autre traitement)

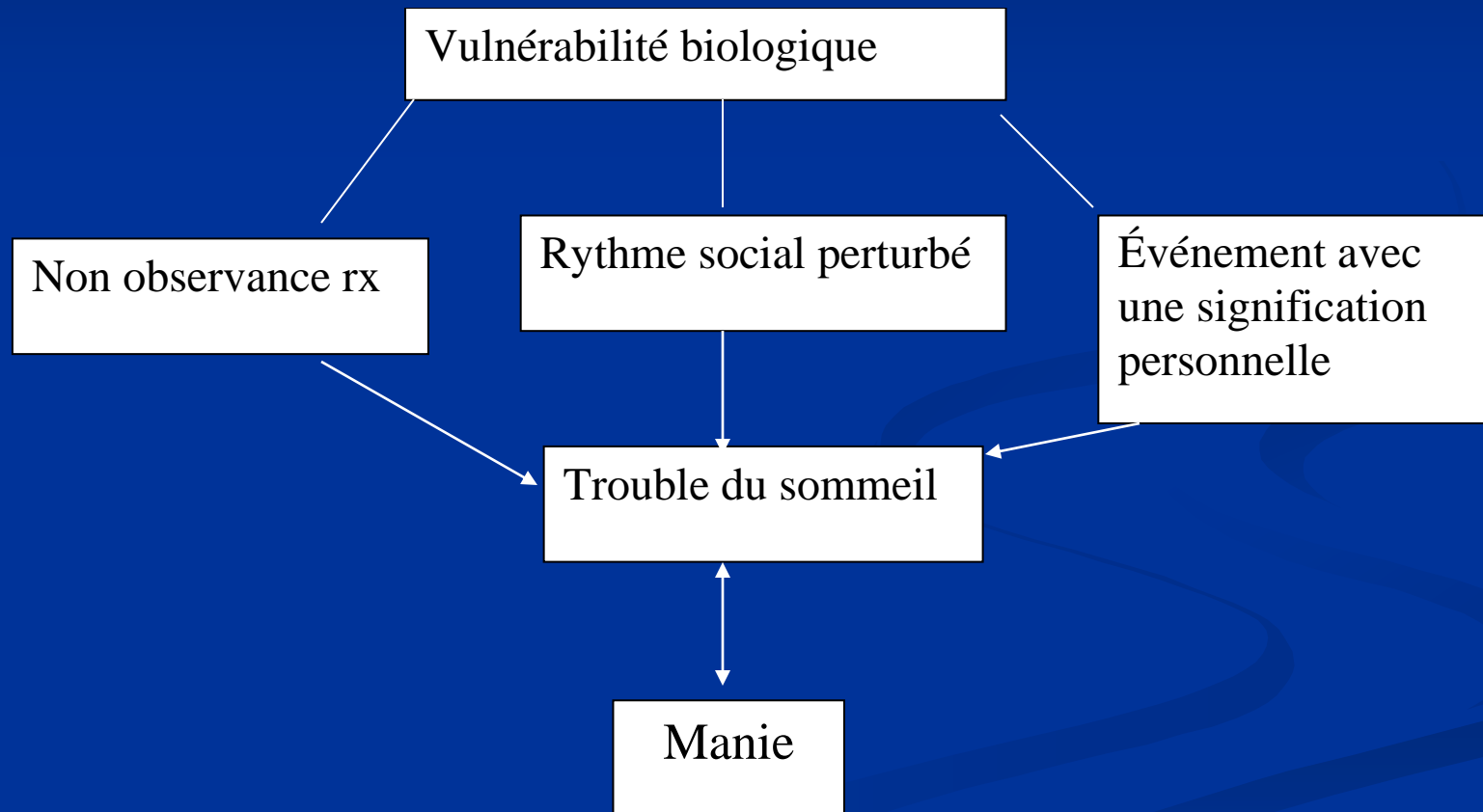
# Dilemme diagnostic

- Prévalence à vie des hallucinations: 15-48%
- Trouble de personnalité: 50% en aigu, 25-30% en rémission (Peselow, 1995)
- Haut niveau d'extraversion (et impulsivité)
- Co-morbidité avec abus de substance (35%)

# Trouble bipolaire vs trouble de personnalité limite

□	Trouble bipolaire de type 2 □	Trouble de la personnalité limite □
Variation temporelle de l'humeur □	Hypomanie <sup>□</sup> : 4 jours soutenus Dépression <sup>□</sup> : 2 semaines soutenue □	Sur quelques heures ou d'un jour à l'autre <sup>¶</sup> ( <u>dysrégulation émotionnelle</u> ) □
Cours de la maladie □	Caractère épisodique □	Longitudinal, amélioration au fil du temps □
Changements de l'humeur □	Autonomes et persistants □	Souvent précipités par la sensibilité interpersonnelle / le sentiment de rejet ou d'abandon □
Automutilation présente ou passée □	Rare □	+ fréquent □
Impulsivité □	Épisodique, liée aux épisodes de l'humeur □	+ longitudinale, mais s'améliore avec le temps □
Antécédents psychiatriques familiaux □	Maladie bipolaire + probable □	Maladie bipolaire — probable, davantage de troubles liés au contrôle des impulsions □
Association avec histoire d'abus sexuel dans l'enfance □	- probable □	+ probable (40 à 71%) <sup>¶</sup> □

# Modèle d'instabilité du trouble bipolaire (Goodwin, 1990)



# Médication

## Stabilisateur de l'humeur: pour les hauts\bas

Lithium  
Épival  
Tégrétol  
Neurontin  
Topamax  
Lamictal

## Antidépresseur: pour les épisodes dépressifs

Inhibiteur de la recapture de sérotonine (celexa/cipralex, luvox, paxil, prozac, zoloft)

Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et norépinéphrine (effexor/pristiq, cymbalta)

Inhibiteur de la recapture de la dopamine et norépinéphrine (wellbutrin)

Modulateur de la norépinéphrine (réméron)

Modulateur de la sérotonine (désyrel)

Inhibiteur de la monoamine oxydase (nardil, parnate, manérix)

Tricyclique (élavil, anafranil, norpramin, aventyl)

## Benzodiazépine: pour l'anxiété, l'insomnie et l'agitation

Ativan  
Sérox  
Rivotril  
dalmane

## Anti-psychotique: pour l'agitation, l'anxiété, l'insomnie, les hallucinations, les délires, les hauts\bas

Antipsychotiques typiques (haldol, trilafon, mellaril)

Antipsychotiques atypiques (clozaril, risperdal, seroquel, zyprexa, abilfy, zeldox)

Pour les effets secondaires (cogentin, kémadrin, indéral)

# Psychothérapie

- Plusieurs énoncés de pratique suggèrent que la psychothérapie peut être un traitement adjuvant utile
- Efficacité:
  - Psychoéducation
  - TCC
  - Thérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux
  - Thérapie ciblant les familles

# Psychoéducation (Bauer)

S1: valeurs et buts	Auto-traitement et soins de collaboration Comprendre les symptômes Identifier les valeurs centrales Troubles de l'humeur et bien être: stress, sommeil, exercice, nutrition, médicaments
S2: manie	Survol et sx manie/anxiété Facteur déclencheur des épisodes Quelle est votre expérience? Plan d'action pour les sx
S3: dépression	Survol de la dépression et des sx Facteur déclencheur pour l'épisode dépressif Quelle est votre expérience? Plan d'action pour la dépression
S4: gestion de soins	Plan de bien être Renforcer les soins de collaboration Prévention de la rechute
Autres modules	Abus de substances, anxiété, TCC, bien être physique, psychose, colère et irritabilité



# Évolution de la maladie (‘life chart’)

sévère

modérée

manie  
légère

dépression  
légère

modérée

sévère

événements

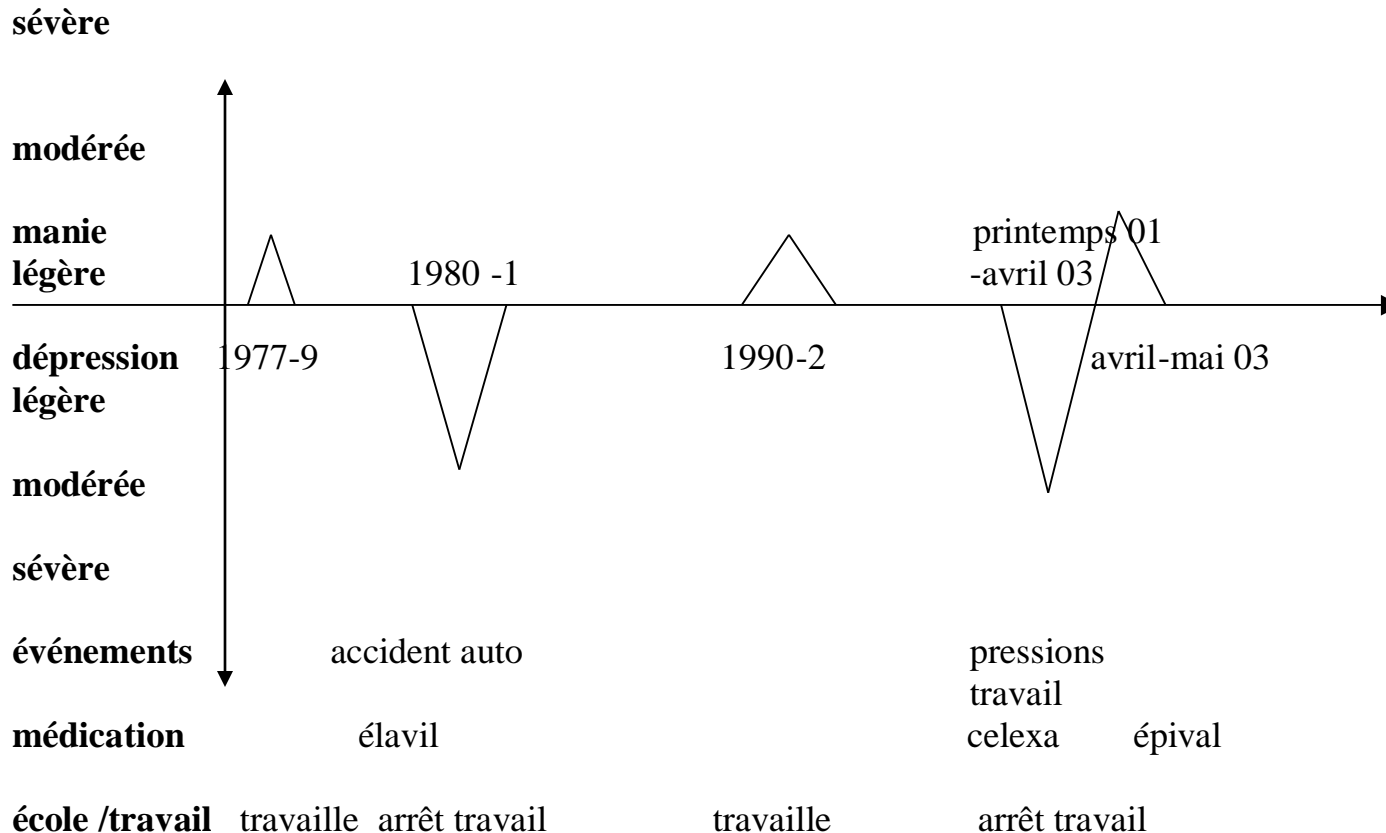
médication

école /travail

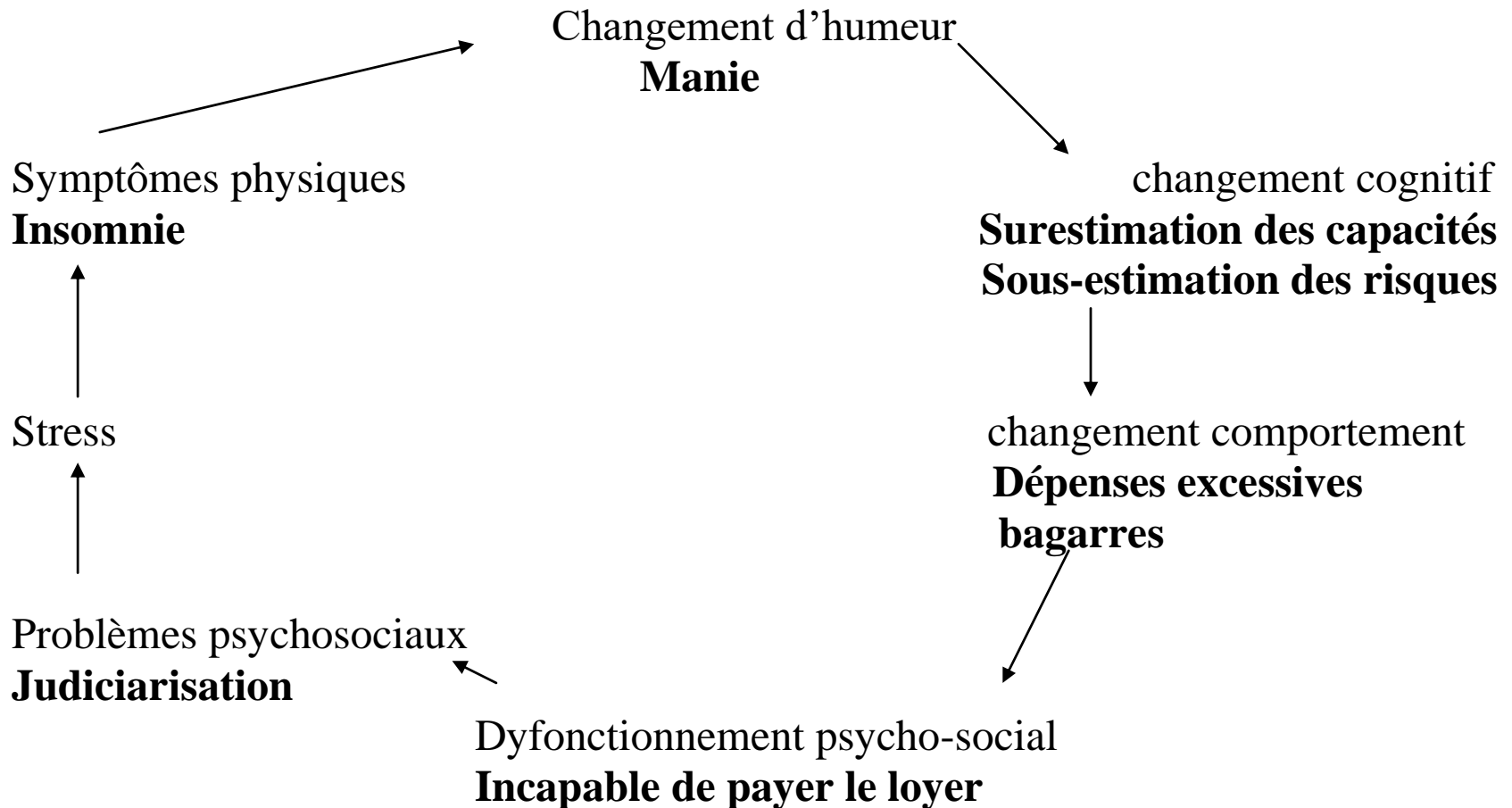




# Évolution de la maladie (‘life chart’): Nora



# Modèle cognitivo-comportemental du trouble bipolaire (Scott, 2001)



# Psychoéducation: facteurs de risque et de protection (Miklowitz, 1997)

<b>Facteurs de risque</b>	<b>Facteurs de protection</b>
<b>Abus d'alcool et de drogues</b> <b>Mauvaise hygiène du sommeil</b> <b>Routines quotidiennes irrégulières</b> <b>Événements stressants</b> <b>Conflits ou détresse familiale</b>	<b>Prendre la médication appropriée</b> <b>Soutien social/familial</b> <b>Utilisation des ressources de traitement</b> <b>Utilisation d'aptitudes de communication et résolution de problème</b>

# Avantages et désavantages de prendre de l'épival (Nora)

<p><u>Avantages de prendre épival</u></p> <p>Ne pas être hospitalisée</p> <p>Je fais tout ce que je peux pour contrôler ma maladie</p> <p>Diminue l'agitation</p> <p>Diminue l'impulsivité</p>	<p><u>Désavantages de prendre épival</u></p> <p>Tests sanguins</p> <p>Gain de poids</p> <p>Nausée</p> <p>étourdissement</p>
<p><u>Avantages de ne pas en prendre</u></p> <p>Moins d'effets secondaires</p>	<p><u>Désavantages de ne pas en prendre</u></p> <p>Risque de rechute</p> <p>Risque de faire des choses que je vais regretter</p>

# Graphique de l'humeur

jours	1	2	3
Heures de sommeil	2	5	3
humeur	+1 (légèrement exaltée)	+1	+1
Médication +:oui 0:non	+ celexa	+ Celexa et épival	+ Celexa et épival
Commentaires (ex.événement)			

# Journal quotidien structuré (Noémie)

Jour/ activité	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
Se lever	8h	9h	8h	8h	8h	10h	9h30
Parler à quelqu'un	8h10	10h	8h10	8h10	8h10	10h	9h30
Commencer à travailler	9h	10h	9h	9h	9h		
Souper	18h	18h	18h	18h	18h	18h	18h
Se coucher	21h	22h	21h	22h	23h	0h	21h

# Quels sont les signes et symptômes du prodrome de manie identifiés spontanément par les patients?

Molnar (1988)	Smith (1992)	Lam (1997)
Hyperactivité 100% Humeur élevée 90% Insomnie 90% Volubile 85% Tachypsychie 80% Augmentation de l'estime 75% Distractibilité 65%	'high' 100% Énergique/hyperactif 87% Insomnie 80% Tachypsychie 80% Sens aigusés 80% Créatif 80%	Dort moins 58% Plus d'activités dirigées vers un but 56% Irritable 25% Sociable 25% Tachypsychie 19% Optimiste 14% Surexcité 14%

# Stratégies d'intervention utilisées spontanément par les patients lors d'un prodrome de manie (Lam, 99)

Bon	Mauvais
Comportement moins excessif, se retenir Activités calmes Se reposer Voir le médecin Prioriser, réduire le nombre de tâches Arrêt de travail	Continuer activités, en faire plus Profiter du high Dépenser plus d'argent Sortir plus souvent Remplir toutes les minutes de la journée Boire S'emporter



# Quels sont les signes et symptômes du prodrome de dépression identifiés spontanément par les patients?

Molnar (1988)	Smith (1992)	Lam (1997)
Humeur dépressive 86% Fatigue 86% Diff. Concentration 79% Idées noires 64% Insomnie 57% Anhédonie 57% Perte de poids 43%	Manque de confiance 88% Peut pas faire face aux tâches habituelles 82% Pas de plaisir 82% Peut pas se lever 71% S'isoler 71% Tristesse 71% Diff. Concentration 71%	Anhédonie 45% Triste 20% Insomnie 17% Ne peut mettre inquiétudes de côté 17% Pas de motivation 14% Faible estime 10% Pensées négatives 10%

# Stratégies d'intervention utilisés spontanément par les patients lors d'un prodrome de dépression (Lam, 1999)

Bon	Mauvais
<p>S'organiser, s'occuper</p> <p>Obtenir soutien social, rencontrer des gens</p> <p>Se distraire en faisant des choses</p> <p>Reconnaître pensées irréalistes et évaluer si ça vaut la peine de s'inquiéter</p> <p>Établir une routine</p> <p>Exercice</p> <p>Voir un médecin</p>	<p>Rester au lit et espérer que la dépression parte</p> <p>Ne rien faire</p> <p>Prendre des somnifères</p> <p>Éviter les contacts sociaux</p>

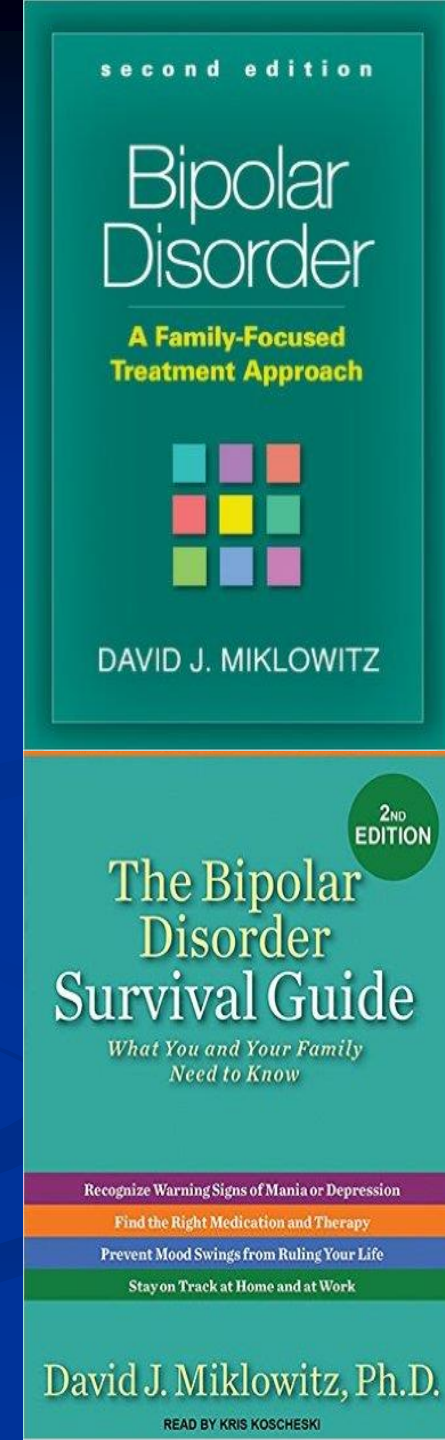
# Plan d'action: Nora

<b>Stades de prodromes</b>	<b>Signes et symptômes</b>	<b>Plan d'action</b>
<b>début</b>	Insomnie 1 jour/4jours Faire plusieurs tâches Plein d'énergie Lit plusieurs livres Veut s'inscrire à des cours	Dormir Prioriser Activités calmes Prendre le temps de relaxer Ne pas en faire trop
<b>milieu</b>	Pensées vont vite Famille dit: bouge beaucoup Projets abondants	Augmenter médication Moins de stimulation
<b>tardif</b>	Mal aux joues car sourit ++ Dépenses excessives ou pour des choses inutiles Impatiente Conduit vite Libido élevée	Augmenter la médication Appeler psychiatre Aller à l'urgence

# Thérapie ciblant les familles (FFT) (Miklowitz, 1997)

- 21 sessions sur 9 mois
- Évaluation du patient et de la famille
- Phase d'engagement
- Psychoéducation (sx, reconnaître la rechute, étiologie, traitement, auto-traitement)
- Communication (jeux de rôle pour la prise de parole et l'écoute efficace: exprimer émotions positives, écoute active, requête positive de changement, exprimer émotions négatives-feedback)
- Résolution de problèmes

Miklowitz, 2010



# Comment la famille peut-elle aider? (Miklowitz, 1997)

- Aider le patient à obtenir des services
- Soutenir l'utilisation de la médication
- Maintenir une atmosphère calme et tolérante à la maison
- Être réaliste dans ses attentes
- Encourager la participation dans le traitement et les activités peu stressantes
- Faire de la résolution de problème

# Haute expression émotionnelle

type	exemple
Critique	« je suis tanné de son désordre » « j'en ai assez de son horaire de fou »
Hostile	« je ne peux plus le supporter »
Surimplication émotionnelle	« lorsqu'elle ne mange rien, je ne mange pas non plus » « je n'invite personne à la maison car X n'aime pas ça » « j'ai peur qu'il aille en voyage, je ne crois pas qu'il puisse prendre l'avion seul »

# Aptitudes de communication (Miklowitz, 1997)

1. Exprimer des sentiments positifs: 'j'aime quand tu'
2. Écoute active:
  - Écouter
  - demander clarifications
  - résumer
3. Requêtes positives de changement: 'j'aimerais que tu...'
4. Exprimer des sentiments négatifs à propos de certains comportements spécifiques: affirmation de soi: 'quand tu as fais X, je me suis senti Y et j'aimerais que tu fasses Z à l'avenir'

# L'écoute active

- Regarder la personne qui parle
- Ecouter ce qu'elle dit
- Acquiescer par un signe de la tête ou dire « uh-huh »
- Poser des questions pour clarifier
- Vérifier ce que vous avez entendu



# L'expression positive des sentiments

- Regarder la personne
- Utiliser le je
- Dire précisément qu'est-ce qu'elle a fait pour vous plaire
- Dire comment cette action vous a fait sentir (émotion)

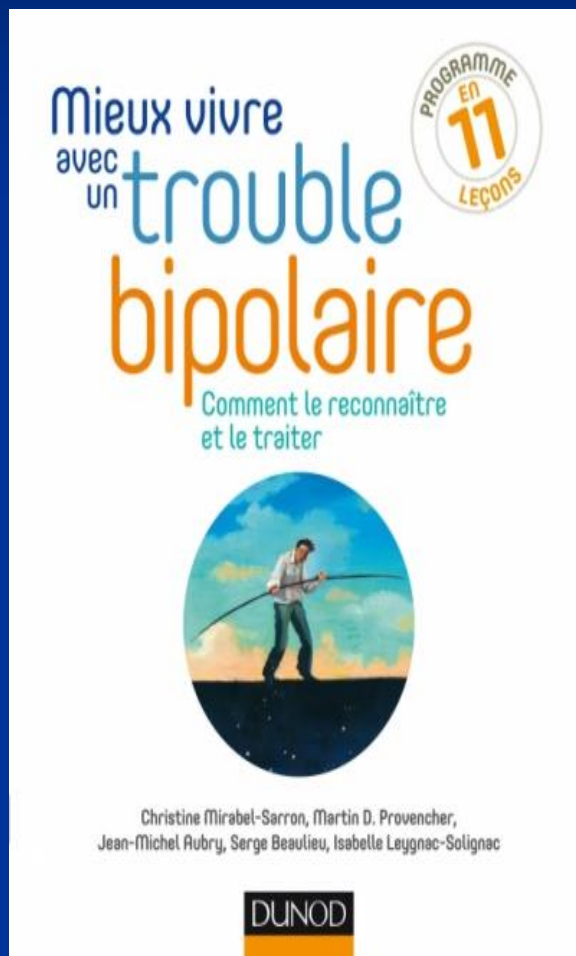
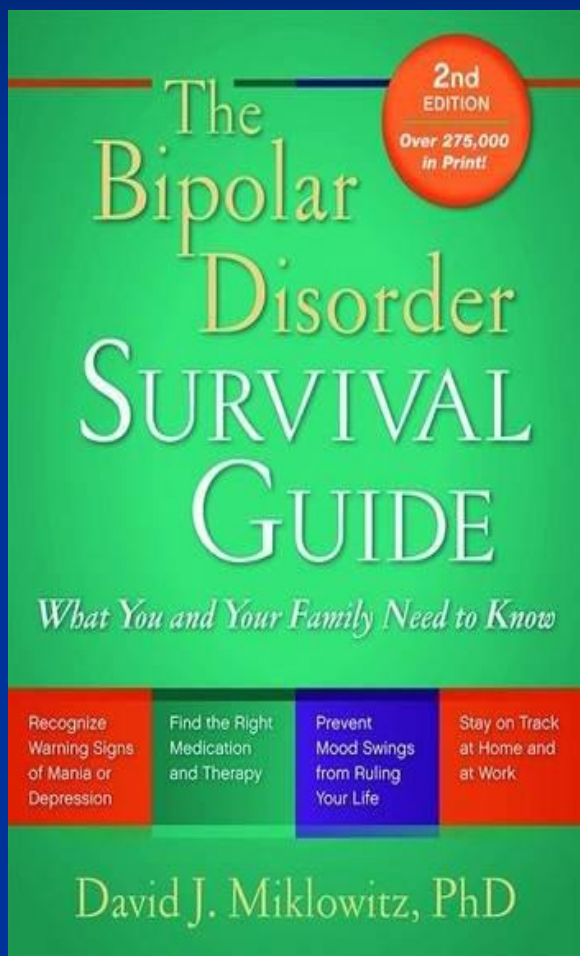
# Demande positive pour un changement

- Regarder la personne
- Dire précisément en « je » ce que vous aimeriez qu'elle fasse
- Dire comment elle vous ferait sentir
- Lors de la demande positive en vue 'Un changement, utilisez des phrases comme :
  - *J'aimerais que tu*
  - *J'apprécierais réellement si tu faisais*
  - *C'est très important pour moi que tu m'aides avec*

# Expression négative de sentiments concernant un comportement spécifique

- Regarder la personne
- Lui parler fermement
- Dire exactement en « je » ce qu'elle a fait qui vous bouleverse
- Lui dire comment vous vous sentez
- Suggérer comment la personne peut éviter ce comportement dans le futur

# Trouble bipolaire: auto-thérapie



## • Le trouble bipolaire

- *Le trouble bipolaire: Manuels pour la clientèle*
  - Le traitement du trouble bipolaire: un guide pour les patients et les familles
  - La psychothérapie du trouble bipolaire
- *Le trouble bipolaire: Outils et questionnaires*
  - **Questionnaires:**
    - Questionnaire d'Altman
    - Inventaire de Beck pour la dépression
  - **Outils:**
    - Les habitudes de vie et les maladies affectives
    - Graphique de l'évolution de la maladie « *life chart* »
    - Graphique de l'humeur
    - Rythmes sociaux: adopter une routine de vie
    - Identifier les signes de rechutes
    - Plan d'action en cas de rechute d'épisode de dépression
    - Plan d'action en cas de rechute d'épisode de manie ou d'hypomanie
    - Ressources complémentaires pour le traitement du trouble bipolaire

# REVIVRE

Les cinq ateliers d'autogestion  
du programme

*J'avance!*

