**depression externe**

introduction

L'humeur ou thymie est une disposition affective fondamentale, donnant à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur.

-Les émotions sont des variations importantes, habituellement passagères de l'éprouvé thymique.

-Le s troubles de l'humeur se distinguent de l'humeur normale qui est un niveau affectif de base, soit quantitativement par l'intensité de leurs manifestations, soit qualitativement par la nature des émotions éprouvées. Les deux grands troubles de l'humeur sont la dépression et l'humeur expansive.

**La dépression**: est caractérisé par un état de tristesse pathologique, de douleur morale de pessimisme de dévalorisation de soi-même de désintérêt d'anxiété associé à un ralentissement psychomoteur (bradypsychie, akinésie) et à des symptômes somatiques (constipation, anorexie). Il existe de nombreuses formes cliniques selon l'âge l'intensité de la symptomatologie et l'association à d'autres affections. Dans tout les cas le risque suicidaire doit être évalué

1. **Historique de la classification des troubles dépressifs:**

Le terme dépression, du latin depressio, qui signifie « enfoncement » est apparu 19ème siècle .(« folie triste ») avec Esquirol (1819) puis à nouveau « mélancolie », réhabilité à la fin du 19ème siècle avec Emil Kraepelin pour désigner les syndromes qu'on appelle aujourd'hui « dépression majeure »

**Selon le DSM IV** les états dépressifs sont classés dans deux grands chapitres :

**Troubles unipolaires :**

• le *trouble dépressif majeur* constitué d’un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, c’est-à-dire caractérisés. L’intensité légère, moyenne ou sévère. L’épisode dépressif majeur s’intègre dans un trouble bipolaire lors de la survenue d’un premier épisode maniaque ou hypomaniaque ;

• le *trouble dysthymique*,

• le *trouble dépressif non spécifié*,

**Troubles bipolaires**

La distinction entre troubles dépressifs unipolaire et bipolaire a donc un intérêt pronostique et thérapeutique.

1. **Données épidémiologiques:**

La prévalence est de 5 % pour de la *dépression unipolaire* et de 1% pour la *dépression bipolaire*.Les femmes sont 2 fois plus atteintes que les hommes, 50 % environ des patients récidivent et 75 % ont des récurrences à plus ou moins long terme.Le suicide constitue le risque majeur vital des états dépressifs.30 % des tentatives de suicides sont liées à un état dépressif .

1. **Clinique:**
2. **L’humeur dépressive**: se différencie de la tristesse « normale », réactionnelle à un événement douloureux par son intensité et t par sa qualité. Elle envahit la vie psychique du sujet, de sa perception de l’environnement.

Elle réalise ainsi ce que l’on qualifie de **douleur morale**, Les sentiments du sujet sont souvent abrasés, allant jusqu’à une certaine **anesthésie affective**

L’**anhédonie** se caractérise par une perte des intérêts, du goût et des plaisirs habituels.

L’image que le sujet a de lui-même est souvent altérée. éprouve **un sentiment de perte de l’estime de soi**,

L’humeur dépressive, l'anhédonie et le sous estime de soi peuvent être toutefois au second plan, masqués par une dysphorie avec une **humeur irritable** qui peut être péjorée par des explosions de colère et d’agressivité.

L’anxiété peut prendre l’allure d’un trouble panique. Elle augmente ainsi le risque suicidaire. Il devient maximal lors des raptus anxieux . Elle est un des éléments majeurs du pronostic et doit être, lorsqu’elle est intense, réduite rapidement par les thérapeutiques.

1. **Ralentissement psychomoteur:** Est remplacé, dans 10 % des dépressions, par une subagitation **Ralentissement moteur:**

Marqué par un faciès peu expressif, donnant une impression de tristesse.Les épaules sont voûtées, la démarche et la gestuelle sont ralenties.La voix est lente, monocorde, affaiblie, suspendue par des pauses,

1. **Ralentissement psychique:**

Le patient se plaint de fatigue intellectuelle,avec difficulté à tenir l’effort lors d’une tâche,simple, habituelle

 3.**Les troubles instinctuelles:**

1. **L'insomnie:**

Peut être en rapport avec des difficultés d’endormissement, des réveils nocturnes répétés, ou des réveils matinaux précoces.L’hypersomnie dépressive ne permet pas au sujet de récupérer de la fatigue généralement ressentie.

1. **L’anorexie:**

Peut s’accompagner d’une perte de poids significative. Plus rarement, une **hyperphagie** ou la survenue de **crises de boulimie** et peuvent s’accompagner d’une prise de poids .

 4.**Troubles sexuels**

Il s’agit d’une baisse de la libido,.

1. **Les symptômes somatiques:** ++++++

**Asthénie** est souvent le symptôme le plus précoce., une impression de lourdeur musculaire qui peut aller jusqu’à l’épuisement.Ainsi que de multiples plaintes, notamment **douloureuses.**

**Les plaintes somatiques** des patients déprimés peuvent aussi toucher plusieurs appareils cardiovasculaire (palpitations, bouffées vasomotrices, hypertension, ou au contraire hypotension et bradycardie, plus souvent associées au ralentissement dépressif), digestif (dyspepsie, nausées, constipation ou diarrhée) ou urinaire (pollakiurie, dysurie),cephalees…..

1. **Les idées suicidaires:**

Quelle que soit l’intensité d’un état dépressif, l’évaluation du potentiel suicidaire est un moment important

**Classification et critères diagnostic selon DSM IV:**

**A. Critères d'un Episode dépressif majeur**

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte l'intérêt ou de plaisir.

N.-B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par ex pleure).

N. -B. : éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

N. -B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours

(9) Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.Specificié :

 **Leger, Moyen, Severe sans caracteristiques psychotiques, Severe aveccaracteristiques Psychotiques**

**Formes Cliniques:**

1. **Dépression mélancolique:**

Les manifestations dépressives sont importantes; on peut trouver des caractéristiques psychotiques telles que des hallucinations et un délire le plus souvent de persécution ou de négation d'organe syndrome de cotard. Ces signes psychotiques surajoutés majorent le risque suicidaire.

(1) perte du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités

(2) absence de réactivité au stimulus habituellement agréables (ne se sent pas beaucoup mieux, même temporairement, lorsqu'un événement agréable survient).

1. **Dépression catatonique:**

Le ralentissement psychomoteur peut être maximal aboutissant à l’immobilité, au mutisme, avec impossibilité de boire, de s’alimenter.

Le pronostic vital est en jeu, la déshydratation est rapide. Le raptus suicidaire reste possible. Les soins somatiques et psychiatriques sont urgents.

1. **Dépression atypique:**

 Elle qualifie des dépressions dites atypiques par leur sémiologie paradoxale, faites essentiellement d’une prise de poids, d’un appétit accru..

1. **Dépression du post partum:**
2. **Dépression saisonnière:**
3. **La dysthymie:**

La dysthymie, ou trouble dysthymique, est caractérisée par la présence d’une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans

1. **Trouble dépressif post-psychotique de la Schizophrénie :** un épisode dépressif majeur survenant au cours de la phase résiduelle d'une Schizophrénie
2. **Diagnostic différentiel:**
3. **Trouble dépressif du à une affection médical générale:**

Est du surtout aux maladies endocriniennes et métaboliques tel que: Hypothyroïdie, hyperthyroïdie.hyper ou hypoparathyroïdie.

Syndrome de Cushing, hypocorticisme ou maladie d’Addison.Avitaminose B12 (maladie de Biermer).

1. **Trouble dépressif induit par une substance:**

Antihypertenseurs: alphaméthyldopa (Aldomet); bêtabloquants passant la barrière hématoméningée; inhibiteurs calciques; digitaliques

Antiulcéreux: Cimétidine (Tagamet)

Corticoïdes

Immunosuppresseurs Interféron

Antituberculeux Isoniazide (Rimifon)

Traitements neuropsychiatriques :Neuroleptiques; L-dopa

Toxiques: Amphétamines; Alcool

 **3.Le Chagrin:** Il ne s'agit pas d'un trouble caractérisé, le DSM le répertorie sous le terme de deuil tristesse profonde secondaire à une perte majeure; se différencie du trouble dépressif majeur par l'absence d'idées suicidaire et de sentiments profond de désespoir. Habituellement disparait dans l'année évolue vers un épisode dépressif majeur chez les sujet prédisposé.

1. **Evolution et pronostic:**

Le pronostic est le plus souvent favorable: 50 % de guérison, 30 % de guérison partielle et 20 % d'évolution chronique.

**Recurence:** 50 % des patients qui on fait un épisode dépréssif rechute un jour.

**Chronicité:** c'est la persistance pendant au moins 2 ans d'un état dépressif

**La prise en charge:**

Les épisodes dépressifs majeurs répondent au traitement dans 70 à 80 % des cas.

La prise en charge doit associer une composante psychothérapeutique au traitement médicamenteux. L'absence de compliance et probablement une prescription à dose non thérapeutiques sur une très courte période compromet l'efficacité de la chimiothérapie.

1. **L’hospitalisation :**

Elle est impérative devant tout états dépressif sévère et devant tout les états dépressif comportant un risque suicidaire; le refus alimentaire l’altération de l’état générale ; l’importance de l’anxiété

1. **Chimiothérapie:**

Nous disposons maintenant d'un choix importants de médicaments efficaces. Les (ISRS) sont devenus les antidépresseurs les plus largement prescrits en premier intention dans la dépression en raison de leur sécurité, efficacité et tolérance. Les tricycliques, les tétracycliques et d'autres inhibiteurs mixtes (incluant les antipsychotiques atypiques) sont aussi efficaces dans le traitement de la dépression sévère.

Tout à dose efficace et au moins pendant 3 semaines. Le traitement doit être conservé pendant 12 mois.

1. **Sismothérapie:**

On utilise l'électroconvulsothérapie (ECT) dans les cas de trouble dépressif résistant au traitement ou composante délirante ou anxieuse.les formes stuporeuses avc refus alimentaire ou forma avc risque suicidaire permannent;

1. **Psychothérapie:**

Dans le traitement des troubles dépressifs majeurs, l'association d'une psychothérapie à un traitement antidépresseur est plus efficace que chacune des prises individuellement.

1. **Conclusion:**

La sémiologie dépressive, qui s’exprime le plus souvent par des symptômes fondamentaux, réalise cependant différentes formes cliniques qui varient notamment en fonction de l’évolution, de l’âge et de la culture. L’intégration de l’épisode dépressif dans un trouble unipolaire ou bipolaire détermine la thérapeutique préventive. Les récidives restent cependant fréquentes, augmentant le risque suicidaire, tandis que le passage à la chronicité touche 20 % des patients. La dépression qui se situe au troisième rang des maladies invalidantes constitue, tant par son retentissement individuel que par son incidence médicoéconomique, un problème de santé publique.