



# TROUBLES DE L'HUMEUR ET SEXUALITÉ

Cours du samedi 29 mars 2014 à 09:00 par Dr Gérard RIBES

## SOMMAIRE

### I- L'humeur

#### A- Définition

#### B- À quoi sont dues les fluctuations de l'humeur ?

#### C- Pourquoi s'intéresser à la sexualité des patients qui souffrent de troubles de l'humeur ?

### II- Les différents troubles de l'humeur

#### A- L'épisode dépressif majeur

##### 1- Critères de diagnostic du DSM-IV (American Psychiatric Association, Masson, 1996)

##### 2- Les autres symptômes observés (en dehors du DSM IV)

#### B- L'épisode maniaque

##### 1- Critères de diagnostic du DSM-IV

#### C- L'épisode hypomaniaque

##### Critères de diagnostic du DSM-IV

#### D- L'épisode mixte

##### Critères de diagnostic du DSM-IV

#### E- Les troubles bipolaires

##### 1- Le trouble bipolaire de type 1

##### 2- Le trouble bipolaire de type 2

### III- Traitements

#### A- Les antidépresseurs

#### B- Les neuroleptiques

#### C- Le lithium

#### D- Les antipsychotiques

#### E- Les anticonvulsivants

### IV- Effets iatrogènes des traitements

### V- Conclusion

### BIBLIOGRAPHIE

# I- L'humeur

---

## A- Définition

---

Dans le langage courant, l'humeur est appelé « le moral ». Dans le langage scientifique, on parle de « thymie ».

J. Delay nous donne d'ailleurs une définition très complète de ce qu'est l'humeur :

*« L'humeur est cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur. »*

*J. Delay*

## B- À quoi sont dues les fluctuations de l'humeur ?

---

Les fluctuations de l'humeur sont modulées par la satisfaction ou l'insatisfaction de divers besoins :

- instinctuels : la faim, la soif, le sommeil, la sexualité...
- relationnels : la vie conjugale, la vie familiale, la vie professionnelle...
- culturels : les loisirs, les vacances...

## C- Pourquoi s'intéresser à la sexualité des patients qui souffrent de troubles de l'humeur ?

---

Pour trois raisons essentielles :

- Car les troubles de l'humeur et les médicaments utilisés pour les traiter interfèrent souvent avec la sexualité, directement (trouble du désir), indirectement (iatrogénie) ou dans les deux sens ;
- Car les effets des traitements sur la sexualité poussent parfois à les arrêter, alors que, pour être efficaces, il doivent être prescrits dans la durée et la régularité ;
- Car, la plupart du temps, les patients n'osent pas parler de sexualité à leur médecin, et peu de thérapeutes le font d'eux-mêmes.

# II- Les différents troubles de l'humeur

---

## A- L'épisode dépressif majeur

---

### 1- Critères de diagnostic du DSM-IV (American Psychiatric Association,

## Masson, 1996)

1. (A) Présence d'au moins cinq de ces symptômes pour une durée d'au moins deux semaines et ayant représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur, soit :
  - Une **humeur dépressive** présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours. Elle est signalée par le sujet ou observée par les autres. (*N.B. : Chez l'enfant et l'adolescent, on parle souvent d'irritabilité.*)
  - Une **diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir** pour toutes (ou presque toutes) les activités, durant pratiquement toute la journée et presque tous les jours. Elle est signalée par le sujet ou observée par les autres.
  - Une **perte ou un gain de poids significatif** en l'absence de régime (soit une modification du poids corporel de 5 % ou plus), et une diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (*N.B. : Chez l'enfant, on observe rarement une prise de poids.*)
  - Une **insomnie ou hypersomnie** presque tous les jours.
  - Une **agitation** ou un **ralentissement psychomoteur** presque tous les jours. Ce changement est constaté par les autres (pas seulement limité à la sensation de fièvre ou de ralentissement intérieur du sujet).
  - Une **fatigue** ou une **perte d'énergie** présente presque tous les jours.
  - Un **sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive** et inappropriée, parfois délirante. Ces sentiments sont présents presque tous les jours.
  - Une **diminution de l'aptitude à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions**. Elle est présente quasiment au quotidien et peut être signalée par le sujet ou lui-même ou être observée par les autres.
  - Des **pensées de mort récurrentes**, des **idées suicidaires** sans plan précis, des **tentatives de suicide** sans plan précis.
2. (B) Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.
3. (C) Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
4. (D) Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (un médicament, par exemple) ou d'une affection médicale générale (une hypothyroïdie, par exemple).
5. (E) Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil (c'est-à-dire après la mort d'un être cher). Ils persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

## 2- Les autres symptômes observés (en dehors du DSM IV)

- Un repli sur soi ;
- Une diminution des envies en général, notamment du désir sexuel

## B- L'épisode maniaque

---

Les épisodes maniaques peuvent être subdivisés en trois groupes :

1. la manie ;
2. l'hypomanie ;
3. l'épisode mixte.

### 1- Critères de diagnostic du DSM-IV

1. (A) Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante (euphorie, enthousiasme ou irritabilité) pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).
2. (B) Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante :
  - Une **augmentation de l'estime de soi** ou des **idées de grandeur** ;
  - Une **réduction du besoin de sommeil** (ex : le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil) ;
  - Une **plus grande communicabilité que d'habitude**, un **désir de parler constamment** ;
  - Une **fuite des idées** ou la **sensation subjective que les idées défilent** ;
  - Une **distractibilité**, une attention facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance et insignifiants ; Une **augmentation de l'activité orientée vers un but** (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou une **agitation psychomotrice** ;
  - Un **engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables** (achats inconsidérés, conduites sexuelles inconséquentes, investissements déraisonnables).
3. (C) Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.
4. (D) La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles. Elle nécessite l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui. Il peut exister des caractéristiques psychotiques.
5. (E) Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (hyperthyroïdie, par exemple).

**=> L'humeur d'une personne souffrant d'un état maniaque est redoutable, puisque l'euphorie spectaculaire qui l'anime peut l'amener à faire des actes totalement inconsidérés.**

Les caractéristiques psychotiques de l'état maniaque peuvent avoir des conséquences dommageables. Comme elles consistent en une manie des ventes, en achats irréfléchis, il est nécessaire de prendre des précautions pour protéger l'individu contre lui-même. La seule

prise en charge possible de l'état maniaque étant l'hospitalisation, il est possible et conseillé aux professionnels des hôpitaux de demander au tribunal une mesure de protection des biens.

Il est important de noter que lorsqu'une personne souffre d'un état maniaque avéré, elle dépend du domaine de la bipolarité.

## **C- L'épisode hypomaniaque**

---

L'hypomanie possède les mêmes caractéristiques cliniques que la manie pure, mais elles sont moins sévères et ne sont pas suffisantes pour nécessiter l'hospitalisation ou pour entraîner une altération marquée du fonctionnement.

Toutefois, les symptômes sont remarqués par les autres sont souvent associés à des difficultés sociales et professionnelles considérables <sup>1</sup>.

### **Critères de diagnostic du DSM-IV**

- A) Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon persistante. Expansive ou irritable, elle est clairement différente de l'humeur non-dépressive habituelle. Elle est présente tout au long de la journée pendant au moins 4 jours.
- B) Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes décrits plus haut dans le critère B d'un épisode maniaque (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité significative.
- C) L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffèrent de celui de la personne hors période symptomatique.
- D) La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.
- E) La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ni pour nécessiter l'hospitalisation. Il n'existe pas de caractéristiques psychotiques.
- F) Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

## **D- L'épisode mixte**

---

L'épisode mixte est une association de signes dépressifs et maniaques. En effet, dans la majorité des cas, les patients éprouvent des épisodes distincts de manie et de dépression. Cependant, les symptômes de dépression peuvent souvent survenir au cours d'un épisode maniaque.

Environ 30 % des patients bipolaires présentent un épisode mixte à un moment ou un autre de leur maladie <sup>2</sup>.

## Critères de diagnostic du DSM-IV

L'épisode mixte est identifié par des symptômes satisfaisant simultanément aux critères diagnostiques du épisode dépressif et d'un épisode maniaque.

A) Les critères sont réunis à la fois pour un épisode maniaque et pour un épisode dépressif majeur (à l'exception du critère de durée, et cela, presque tous les jours pendant au moins une semaine).

B) La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui. Il peut exister des caractéristiques psychotiques.

C) Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (hyperthyroïdie, par exemple).

*N. B. : Des épisodes d'allure mixte clairement secondaires à un traitement antidépresseur somatique (médicament, sismothérapie, photothérapie) ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de trouble bipolaire I.*

**=> Les personnes qui en souffrent doivent rapidement être hospitalisées puisque le risque suicidaire est fortement élevé chez elles, du fait de leur humeur changeante.**

En effet, contrairement à un individu quelconque chez qui l'humeur varie régulièrement dans la journée, dans le mois (du fait des variations hormonales, notamment chez les femmes) ou dans l'année (dépressions saisonnières), celle du maniaco-dépressif varie de façon irrégulière et dans une amplitude considérable.

## E- Les troubles bipolaires

---

Il existe 2 types de troubles bipolaires :

- Le Type 1 ;
- Le Type 2 ;

### 1- Le trouble bipolaire de type 1

Pour un diagnostic de trouble bipolaire de type 1, les critères suivants d'un épisode de manie doivent être rencontrés. Un tel épisode peut, ou non, avoir été précédé ou être suivi par un ou des épisode(s) de dépression majeure ou d'hypomanie.

1. Une période nettement délimitée d'au moins 1 semaine (ou n'importe quelle durée si une hospitalisation est nécessaire) d'humeur anormalement élevée, expansive ou irritable et d'augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie dirigée vers un but, de façon persistante, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours.
2. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'énergie ou d'activité accrue, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents à un niveau significatif et représentent un changement notable par rapport

au comportement habituel :

1. Estime de soi exagérée ou idées de grandeur.
  2. Besoin réduit de sommeil (p. ex., se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
  3. Plus grande loquacité que d'habitude ou désir de parler constamment.
  4. Fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent.
  5. Distractibilité rapportée ou observée (p. ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
  6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but).
  7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex., s'engager dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
3. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation (afin d'éviter de se nuire à soi-même ou aux autres), ou il y a présence de caractéristiques psychotiques (idées délirantes, hallucinations et trouble de la pensée formelle).
4. L'épisode n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale. Remarque : Un épisode maniaque qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur, mais persiste, à un niveau qui rencontre les critères, au-delà de l'effet physiologique de ce traitement est considéré comme un épisode maniaque et, par conséquent, justifie un diagnostic de trouble bipolaire I.

## **2- Le trouble bipolaire de type 2**

1. Les critères d'au moins un épisode d'hypomanie ET d'au moins un épisode de dépression majeure, actuels ou passés, sont rencontrés.
2. Il n'y a jamais eu d'épisode de manie.
3. La survenue des épisode(s) d'hypomanie et de dépression majeure n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.
4. Les symptômes de dépression ou l'imprévisibilité causée par la fréquente alternance entre périodes de dépression et d'hypomanie provoquent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux ou professionnels ou d'autres domaines importants.

Attention ! Il ne faut pas confondre l'épisode maniaque ou la multiplication d'épisodes dépressifs avec la bipolarité. Certains patients peuvent manifester plusieurs épisodes maniaques sans pour autant démontrer des éléments de bipolarité ni dans leur enfance/adolescence, ni dans leurs antécédents familiaux.

Bien que le taux de bipolarité ait considérablement augmenté aujourd'hui, certains patients présentent des troubles semblables à ceux de la psychose maniaco-dépressive sans pour

autant en souffrir.

Chez les patients bipolaires, le traitement le plus efficace est une association de deux thymorégulateurs.

## **III- Traitements**

---

Il en existe cinq grandes familles :

### **A- Les antidépresseurs**

---

Lorsqu'il s'agit d'un premier épisode dépressif majeur, le traitement doit être prescrit à la dose efficace durant six mois. Généralement, l'amélioration se fait sentir au bout de trois semaines, et la rémission commence au bout d'un mois et demi/deux mois de traitement. Dans ce cas, il convient de diminuer progressivement les doses jusqu'à l'arrêt complet du traitement.

S'il s'agit d'un deuxième épisode dépressif majeur, il faut poursuivre le traitement pendant deux ans avant de le diminuer. En effet, si l'on arrête le traitement au bout de six mois, il y a de forts risques de rechute rapide.

Enfin, s'il s'agit d'un troisième épisode dépressif majeur, il n'existe pas de solution à proprement parler, mais il convient de maintenir le traitement durant au moins cinq ans.

Les antidépresseurs peuvent entraîner des troubles sexuels, de l'éjaculation et de l'orgasme.

### **B- Les neuroleptiques**

---

Ils sont généralement utilisés pour traiter les états maniaques, donc durant peu de temps. Ils entraînent généralement une hyperprolactinémie et des troubles de l'excitation sexuelle.

### **C- Le lithium**

---

Ce traitement est dit thymorégulateur (normalisant l'humeur) et doit se faire au long court. Il diminue considérablement le risque de suicide chez les patients bipolaires. Il convient néanmoins de surveiller la fonction rénale, la fonction cardiaque et la fonction thyroïdienne. En effet, le lithium s'accumule dans les reins et fait donc diminuer le taux de sodium (natrémie), ce qui provoque une chute de la clairance de la créatinine et donc un risque de mort rapide. Des troubles confusionnels peuvent aussi être observés.

### **D- Les antipsychotiques**

---

Il s'agit également d'un traitement régulant l'humeur, à prescrire sur plusieurs dizaines d'années (notamment chez les patients bipolaires, en association avec un autre thymorégulateur). Des risques de prise de poids ont été constatés chez certains patients, ainsi que des troubles sexuels.



## E- Les anticonvulsivants

---

Comme les anti-psychotiques et le lithium, il s'agit d'un traitement normothymique à long terme, provoquant parfois des problèmes de prise de poids.

## IV- Effets iatrogènes des traitements

---

Lorsqu'un tel traitement est mis en place, des effets iatrogènes interviennent. Ils sont liés à la rencontre entre une molécule et un métabolisme, à la variabilité interpersonnelle et à la susceptibilité individuelle.

Symptôme	Médicament en cause
Troubles du désir : augmentation de la prolactine, parfois diminution de la testostérone	=> <i>neuroleptiques, antipsychotiques</i> ;
Troubles de l'excitation sexuelle : troubles de l'érection chez l'homme, de la lubrification chez la femme	=> <i>neuroleptiques, antipsychotiques, antidépresseurs</i> ;
Troubles de l'éjaculation chez l'homme ; trouble de l'orgasme chez la femme	=> <i>antidépresseurs, antipsychotiques</i> ;
Prise de poids ; Problèmes d'image de soi liés au gain de poids ; Repli sur soi lié à la maladie.	=> <i>antipsychotiques, anticonvulsivants</i> ;

Cependant, les troubles ne sont pas systématiques et dépendent du métabolisme de l'individu.

### Face aux effets iatrogènes, il convient :

1. D'apprécier l'importance du trouble dans :
  - son intensité ;
  - ses conséquences :
  - image de soi,
  - effets délétères sur l'humeur,
  - dimension relationnelle.
2. D'analyser les capacités de compréhension et de négociation du patient au moment de la plainte. Elles dépendent en fonction du trouble rencontré et du traitement utilisé (par exemple, cela risque de nécessiter certaines précautions si le patient souffre d'un trouble bipolaire et est sous traitement à long court).

En effet, c'est toujours avec l'accord du patient que l'on prescrit et modifie un traitement. D'ailleurs, le patient a toujours la possibilité de ne pas prendre le traitement qui lui a été prescrit, c'est pourquoi la négociation est importante, car elle permet d'instaurer une relation de confiance entre le médecin et son patient.
3. D'expliquer la dimension éventuellement provisoire du trouble : adaptation de l'organisme, réversibilité.

En fonction de ces éléments, on peut :

- Négocier le maintien du traitement, en reprenant le calendrier théorique de conduite de ce traitement (antidépresseurs) ;
- Essayer de diminuer la posologie en surveillant l'humeur ;
- Changer le traitement en expliquant les risques (inefficacité du nouveau traitement, survenue d'effets indésirables identiques ou différents...)
- Mettre en place un traitement d'aide provisoire (IPDE 5).

## V- Conclusion

---

S'intéresser à la sexualité de ses patients n'est pas une perte de temps. C'est une étape primordiale, car cela permet de libérer la parole et donc de mieux les connaître.

Poser des questions sur les symptômes et sur les ressentis de ces symptômes est essentiel, car cela amène le patient à témoigner sur sa vie affective et émotionnelle interne. Cela fait partie du relationnel entre un thérapeute et son patient.

*Attention néanmoins à ne pas évoquer la sexualité avec un patient en pleine phase maniaque. Il faut attendre dans ce cas que la phase soit stable ou apaisée.*

La parole permet d'amenuiser tout risque de mauvaise observance de traitements.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Evans, 2000 ; NIMH, 2000 ⇐
2. Keck, Jr. Et al, 2001 ⇐