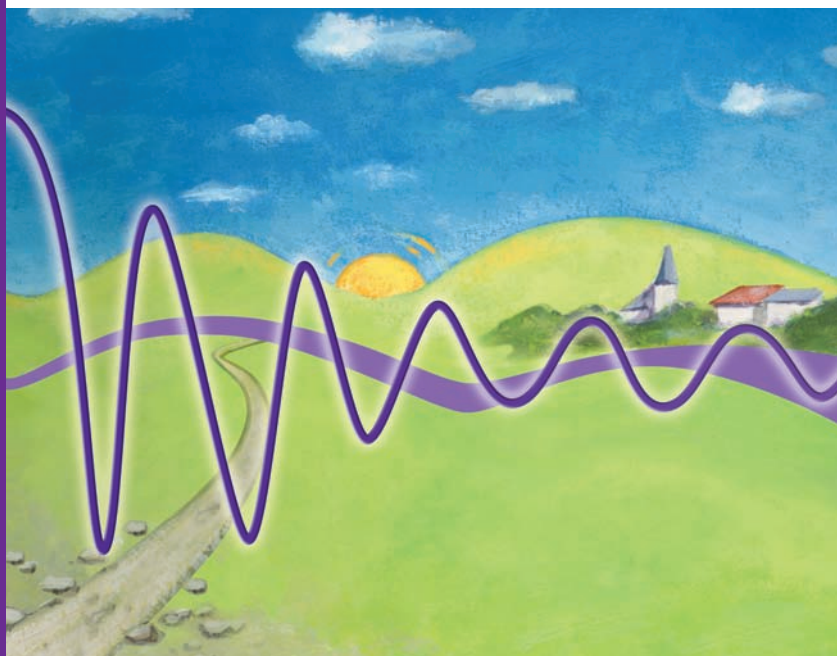


# Les questions que je me pose sur la clinique des troubles bipolaires

Brochure à l'usage des patients et de leur entourage

DR CHANTAL HENRY





Association d'aide aux personnes atteintes de troubles bipolaires  
(maniaco-dépressifs) et à leur entourage

Maison des associations du 13ème arrondissement  
Association ARGOS 2001 - Boîte postale n° 30  
11, rue Caillaux - 75013 Paris

Téléphone-répondeur infos-actualités : 01 69 24 22 90  
Email : [argos.2001@free.fr](mailto:argos.2001@free.fr) - Web : <http://argos.2001.free.fr/>

# *Les questions que je me pose sur la clinique des troubles bipolaires*

INTRODUCTION.....	3
I - QUESTIONS DE DÉFINITIONS.....	4
II - QUESTIONS SUR LA MANIE .....	12
III - QUESTIONS SUR LA DÉPRESSION .....	22
IV - QUESTIONS DE PRÉVENTION .....	28
V - CONCLUSION : POURQUOI CONNAÎTRE MA MALADIE .....	35

## AVANT-PROPOS

- Les troubles bipolaires – les sujets qui en souffrent le ressentent bien – sont des affections parfois difficiles à vivre. Elles le sont certes pour les patients eux-mêmes mais également pour leur entourage.
- L'élément de base autour duquel s'articule la prise en charge du patient souffrant d'un trouble bipolaire est l'alliance thérapeutique entre le patient et le(s) soignant(s). Cette alliance thérapeutique ne peut reposer que sur la confiance et l'échange ; lesquels n'existent que si une information claire et objective est délivrée. C'est de la qualité de cette information que dépend l'instauration d'un traitement réellement efficace des troubles bipolaires.
- C'est de ce constat que sont nés les "dossiers de l'humeur". Essentiellement composés d'un ouvrage de fond destiné aux médecins, faisant le point sur les données les plus récentes relatives au thème abordé, et d'une brochure destinée aux patients et à leur entourage, ils visent à informer et à être un support de dialogue entre médecin et patient.
- Chaque dossier de cette collection traitera d'un thème spécifique. Ce deuxième dossier aborde la clinique des troubles bipolaires.
- N'hésitez pas à aborder le contenu de cette brochure avec votre médecin et à lui poser des questions.

## INTRODUCTION

- Le but de ce livret est de répondre à de multiples questions que vous pouvez vous poser sur l'aspect clinique des troubles bipolaires.
- Il vise ainsi à vous apporter des informations nécessaires à une meilleure connaissance de la pathologie bipolaire afin de mieux vivre au quotidien avec ce trouble, tant vous-même que votre entourage.
- Les questions abordées concernent principalement les aspects cliniques, c'est-à-dire les symptômes des troubles bipolaires ainsi que des éléments qui peuvent favoriser la survenue d'un nouvel épisode.
- Il importe en effet que vous connaissiez suffisamment bien votre maladie, les symptômes annonçant une rechute et les facteurs pouvant déclencher ou aggraver un épisode afin de pouvoir avoir un rôle actif dans la gestion du trouble. Il est essentiel de devenir un expert de son trouble et d'établir une alliance avec les professionnels de santé amenés à vous aider dans la gestion de votre pathologie (psychiatre, psychologue, médecin traitant, personnel infirmier.. etc).
- L'information sur la maladie doit augmenter vos capacités à gérer la maladie et a pour but les objectifs suivants : prévenir les rechutes, réduire le nombre et la sévérité des symptômes, réduire le risque suicidaire, améliorer le fonctionnement psychosocial et la qualité de vie, augmenter l'adhésion aux traitements, comprendre le danger de l'usage de toxiques.
- Le premier livret de cette collection concernait les aspects épidémiologiques des troubles bipolaires. Nous souhaitons avec ce deuxième livret, consacré plus spécifiquement à l'aspect clinique des troubles bipolaires, répondre à des questions fréquemment posées par les patients et qui touchent plus particulièrement le vécu de la maladie dans la vie quotidienne.

# I – QUESTIONS DE DÉFINITIONS

## ► QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE ET TROUBLES BIPOLAIRES ?

► **Aucune**

• Il s'agit de deux terminologies désignant la même pathologie, à ceci près que le deuxième terme accordé au pluriel permet de mieux rendre compte de la grande diversité clinique de cette affection. Au fur et à mesure des avancées diagnostiques dans l'identification des troubles bipolaires, la terminologie a évolué de la notion de « psychose maniaco-dépressive » à celle de

« maladie maniaco-dépressive ». Il ne s'agit en fait pas d'une psychose au sens psychiatrique comme l'est par exemple la schizophrénie. En effet, les caractéristiques psychotiques que l'on peut constater lors de certains épisodes maniaques ou dépressifs (délire, hallucinations) ne sont pas la règle et sont transitoires.

### ► QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES DE TERMINOLOGIE DES TROUBLES BIPOLAIRES

- Baillarger, 1854 : « folie à double forme »
- Kraepelin, 1899 : « psychose maniaco-dépressive »
- Leonhard, 1957 : « psychose cyclique »
- Angst et Perris, 1960 : « troubles bipolaires »
- Association de psychiatrie américaine, 1980 : adopte de façon consensuelle dans la classification diagnostique des troubles mentaux (DSM), le terme de « troubles bipolaires ».

• Surtout, au cours des années 1980, la nouvelle dénomination de troubles bipolaires a permis un élargissement considérable du concept de bipolarité beaucoup plus adapté à la réalité clinique de cette maladie. En effet, il

existe de nombreuses formes cliniques pouvant parfois prendre le masque trompeur d'autres pathologies et rendre le diagnostic difficile.

- La terminologie actuelle de bipolarité garde la notion des deux versants symptomatiquement opposés dont les patients peuvent souffrir.

## ► EST-CE UNE NÉVROSE OU UNE PSYCHOSE ?

### ► *Ni l'une ni l'autre*

- L'humeur normale n'est pas stable et oscille en fonction des événements de vie en passant par des moments de tristesse, de joie, de colère, d'anxiété, etc, qui colorent nos pensées lors du cours normal de nos journées.
- Les troubles bipolaires se caractérisent par une exagération des fluctuations normales de l'humeur. Ainsi, chez les patients atteints de troubles bipolaires, il existe des périodes au cours desquelles l'humeur va clairement se modifier dans le sens d'une exaltation ou d'une tristesse pathologique, la plupart du temps sans aucune relation avec l'environnement. À ce changement d'ordre émotionnel, se superposent d'autres symptômes qui sont globalement soit de l'ordre de l'excitation soit de l'ordre du ralentissement. Ces états sont d'ordre pathologique et entravent le fonctionnement du sujet.
- Entre ces épisodes, contrairement à la psychose, existent des périodes, dites intercritiques, au cours desquelles les sujets sont indemnes de tout trouble psychique sévère. Il ne s'agit donc pas à proprement parler d'une pathologie chronique mais d'un trouble récurrent de l'humeur (maladie à risque de récurrence) survenant chez une personne vulnérable. Il s'agit donc de bien connaître cette vulnérabilité afin d'éviter les accès pathologiques.

- Le but de la prise en charge des troubles bipolaires est de vous permettre de lutter contre cette vulnérabilité afin de maintenir votre humeur la plus stable possible dans les limites de variation de l'humeur normale.
- Les troubles bipolaires peuvent se surajouter à des troubles de la personnalité de type « névrotiques ».

### ► EXISTE-T-IL PLUSIEURS TYPES DE TROUBLE BIPOLAIRE ?

► **Oui**

- Le trouble bipolaire de type I est le plus typique et est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques accompagnés ou non d'épisodes dépressifs.
  - *Au cours de l'état maniaque, l'ensemble des symptômes est en rupture avec le comportement habituel du sujet et entre clairement dans le cadre de la pathologie car ces symptômes entraînent une altération importante du fonctionnement social, professionnel, ou des relations interpersonnelles. Un état maniaque justifie souvent une hospitalisation.*
  - *Environ un tiers des patients présente des manies dites dysphoriques ou « états mixtes ». Il s'agit d'un tableau présentant une intrication de symptômes maniaques, généralement une excitation et une humeur dépressive.*
- Les troubles bipolaires de type II sont définis par l'alternance d'épisodes d'hypomanies et d'épisodes dépressifs.
  - *Au cours des épisodes d'hypomanies, existent des symptômes maniaques atténués qui entraînent généralement pas ou moins d'altération marquée du fonctionnement global.*
  - *Du fait de cette symptomatologie moins bruyante sur le versant de*



*l'excitation, généralement seuls les épisodes dépressifs sont repérés. Cela entraîne souvent un retard de diagnostic et de prise en charge adaptée chez ces patients considérés à tort comme unipolaires (c'est-à-dire présentant des épisodes dépressifs récurrents).*

*- Le patient considère souvent les épisodes d'hypomanie comme une juste compensation des états dépressifs et n'en perçoit pas forcément le caractère pathologique. Il pourra pourtant, au cours de ces épisodes, faire des dépenses inconsidérées ou bien avoir des déconvenues dans ses relations interpersonnelles ou encore avoir des démêlés avec la hiérarchie ou l'autorité du fait d'une humeur irritable ou ergoteuse.*

### **Classification des troubles bipolaires selon le DSM-IV (APA, 1996)**

La classification la plus utilisée au niveau international est actuellement celle élaborée par l'American Psychiatric Association dans sa quatrième version (Manuel diagnostique des troubles mentaux ou DSM-IV) (APA, 1996).

Le DSM-IV répertorie 4 sous-types de troubles bipolaires :

- **Le trouble bipolaire de type I** : survenue d'un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes plus ou moins associés à un ou plusieurs épisodes dépressifs.
- **Le trouble bipolaire de type II** : association d'un ou plusieurs épisodes dépressifs et d'au moins un épisode d'hypomanie.
- **La cyclothymie** : fluctuations de l'humeur évoluant depuis au moins 2 ans avec alternance de nombreuses périodes avec des symptômes hypomaniaques et dépressifs (sans toutefois remplir les critères complets d'épisode dépressif).
- **Le trouble bipolaire dit « non spécifié »** rassemble les formes encore insuffisamment documentées pour être classées de type I ou II.

- Les troubles bipolaires de type III sont moins précisément définis.

*- Ils regroupent des troubles associant des dépressions récidivantes survenant chez des sujets dont le tempérament est qualifié d'hyperthymique ou de cyclothymique (avec des hauts et des bas), ou dont la famille comprend des sujets souffrant de troubles bipolaires ou encore des sujets chez lesquels un traitement antidépresseur a entraîné la survenue d'un épisode maniaque (virage de l'humeur).*

*- Il semble en effet que tous ces cas de figure soient des terrains propices à l'apparition d'un trouble bipolaire avéré de type I ou II.*

## ► À QUEL ÂGE DÉBUTE UN TROUBLE BIPOLAIRE ?

- Le début des troubles bipolaires est situé le plus souvent entre 15 et 24 ans (APA, 2002).
- Généralement, le début des troubles se situe ainsi à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, mais des formes juvéniles (de l'enfant ou de l'adolescent) sont possibles.
- Le diagnostic est toutefois rarement évoqué avant l'adolescence car les formes précoces ne sont pas aussi caractéristiques que celles observées à l'âge adulte : les accès sont moins typiques sur le plan symptomatique et souvent constitués d'une intrication d'éléments dépressifs et maniaques.
- Les troubles bipolaires à début précoce semblent présenter quelques particularités cliniques avec notamment plus de troubles associés. Il convient donc de faire un diagnostic précoce afin de proposer une prise en charge rapide.

Les sujets à plus grand risque de présenter un trouble bipolaire (notamment les apparentés de premier degré d'un sujet bipolaire, risque passant de 1 % dans la population générale à 10 %) devront être plus attentifs à la survenue précoce de symptômes (Müller-Oerlinghausen, 2002).

### ► AI-JE UNE MALADIE CHRONIQUE ?

► *Oui et non*

- Les fluctuations épisodiques de l'humeur représentent des changements notables par rapport à l'humeur habituelle et caractérisent les troubles bipolaires. La survenue de ces épisodes thymiques peut être soit en relation avec des stress liés aux événements de la vie soit spontanée soit fonction des variations saisonnières chez certains sujets.
- Entre les épisodes, les sujets sont a priori indemnes de tout dysfonctionnement psychique majeur.
- Les troubles bipolaires associent donc des épisodes pathologiques aigus et un fond relativement permanent de vulnérabilité ou de fragilité face à des facteurs environnementaux.
- Chaque individu devra donc déterminer quelle est sa vulnérabilité. Ainsi, certains sujets n'auront des épisodes aigus que dans des circonstances très particulières.
  - À titre d'exemples, on peut citer les accès survenant dans le post-partum chez certaines femmes et les épisodes thymiques déclenchés par la prise de substances toxiques ou de certains médicaments (corticoïdes), par le décalage horaire, ou, plus fréquemment, par la privation de sommeil et le surmenage.

- Certains sujets ne pourront repérer clairement des facteurs déclenchants des épisodes. Ils devront alors particulièrement bien connaître les premiers signes ou signes précurseurs d'une décompensation afin d'appliquer des stratégies visant à circonscrire rapidement un nouvel épisode débutant.
- Il convient donc de maintenir, grâce à une prise en charge adaptée, une stabilité des périodes intercritiques pour que le patient ne soit plus exposé au risque de survenue d'épisodes aigus majeurs.

### ► J'AI ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉ TOUR À TOUR HYSTÉRIQUE, BORDERLINE, UNIPOLAIRE, SCHIZOPHRÈNE, BIPOLAIRE. PEUT-ON AVOIR TOUTES CES MALADIES À LA FOIS ?

► **Non**

- Bien que les troubles bipolaires soient fréquents (1 % de la population), le diagnostic de trouble bipolaire est en moyenne porté 8 années après le début des troubles, et de nombreuses errances diagnostiques (Müller-Oerlinghausen, 2002 ; Lish, 1994).
- Cela est dû en grande partie à l'importante diversité symptomatique des troubles bipolaires et au fait que les tableaux cliniques sont très variables d'un sujet à l'autre. Cette grande variabilité dans l'expression des symptômes pourrait en partie s'expliquer par l'histoire personnelle et la personnalité sous-jacente du sujet.
- Cette diversité des tableaux cliniques sous lesquels peuvent se présenter les troubles bipolaires fait que d'autres diagnostics

sont souvent évoqués avant que la bipolarité ne soit diagnostiquée. Sont ainsi souvent portés les diagnostics :

- *De personnalités borderline ou hystérique devant des symptômes d'allure maniaque avec une hyper-expressivité des affects.*
- *De dépressions récurrentes ou trouble unipolaire quand manque la symptomatologie maniaque ou que la symptomatologie hypomaniaque n'est pas soigneusement recherchée.*
- *Mais également celui de troubles schizophréniques quand s'associent des symptômes délirants au cours des épisodes thymiques. Cela sera particulièrement vrai chez les sujets jeunes consommant du cannabis. En effet, la consommation de toxiques en général modifie la présentation clinique en y ajoutant souvent des symptômes psychotiques.*

• Cela nous conduit à évoquer les troubles psychiatriques associés (ou comorbides) aux troubles bipolaires.

- *Les troubles psychiatriques les plus souvent associés aux troubles bipolaires sont l'alcoolisme et les toxicomanies.*
- *Environ 50 % des patients présenteront au cours de leur vie un comportement addictif (Regier, 1990). Parfois le trouble de l'humeur sera masqué par une dépendance à une substance qui rendra son diagnostic plus difficile. La prise de substances illicites ou d'alcool de manière excessive aggrave l'évolution des troubles bipolaires.*
- *Parmi les autres troubles souvent associés, se trouvent les troubles anxieux qui peuvent également donner un aspect clinique particulier aux troubles bipolaires et rendre là encore leur diagnostic plus difficile, voire leur prise en charge plus complexe.*

## II - QUESTIONS SUR LA MANIE

### ► SUIS-JE MANIAQUE CAR JE RANGE TOUT LE TEMPS MES AFFAIRES ?

► Non

- Les termes de « manie » ou d'état « maniaque » ont un sens psychiatrique bien différent de leur sens commun. Il ne s'agit pas, en effet, des petites habitudes d'un sujet, ni de rituels stéréotypés, ni de la qualification populaire de « maniaque » (sexuel par exemple).

- Ainsi, le terme de manie ou maniaque n'a aucun rapport avec le sens populaire qui correspond au fait d'être obsessionnel dans le vocabulaire psychiatrique.

► **La définition psychiatrique de la manie vient de son usage dans l'Antiquité où la manie désignait un état d'excitation anormale.**

### ► QUELS SONT LES SIGNES CLINIQUES CARACTÉRISTIQUES D'UN ÉTAT MANIAQUE ?

- Un sujet en état maniaque peut globalement se définir par la façon dont il ressent les émotions, pense, agit et perçoit le monde extérieur au travers de ses sens.

- Les caractéristiques cliniques d'un état maniaque sont très variables d'un sujet à l'autre, mais se reproduisent souvent à l'identique chez un même sujet.

- La manie classiquement décrite comme un état d'exaltation et d'euphorie semble en fait caractéristique de peu de sujets. Il semblerait en effet qu'une meilleure définition de l'état émotionnel des états maniaques soit la capacité à ressentir de manière plus vive que d'habitude toutes les émotions (joie, irritabilité, tristesse, anxiété...). Ces émotions pourront être très variables ou labiles en fonction des circonstances.
  
- Les autres processus modifiés sont :
  - *La pensée et son expression verbale.*
  - *L'action et la perception du monde qui sont globalement accélérés ou acuitisés.*

***Critères diagnostiques d'un épisode maniaque selon le DSM-IV***  
(Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) (APA, 1996)

A. Période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire)

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 :

1 - Augmentation de l'estime de soi ou idée de grandeur

2 - Réduction du besoin de sommeil

3 - Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment

4 - Fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent

5 - Distractibilité

6 - Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire, sexuel) ou agitation psychomotrice

7 - Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables

C. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte

D. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet, autrui, ou bien s'il existe des caractéristiques psychotiques

E. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale



## ► SUIS-JE OBLIGATOIREMENT EUPHORIQUE QUAND JE SUIS MANIAQUE ?

► *Non mais ...*

- La joie, la gaîté, l'euphorie sont des tonalités normales de l'humeur en réaction à des événements heureux de la vie.
- Tous les épisodes maniaques ne sont pas synonymes d'humeur euphorique. Il est important de ne pas se limiter à la description simpliste d'une humeur essentiellement euphorique ou irritable dans la manie, car au moins 30 % des patients présentent des manies dysphoriques ou des états mixtes associant symptômes maniaques et humeur dépressive.
- Dans les états maniaques, l'humeur peut être particulièrement changeante et passer par toutes les tonalités des affects : euphorie, irritabilité, mais également anxiété, tristesse voire désespoir.
- Généralement, l'humeur va être changeante en fonction des stimuli qui déclenchent l'état émotionnel.
- Les patients souffrant d'épisodes maniaques ou hypomaniaques sont syntones à leur environnement (en harmonie avec l'ambiance) mais en ressentant les émotions plus vivement que d'habitude. Ainsi, un sentiment de joie peut faire place à de l'exaltation mais l'anxiété peut déboucher sur une attaque de panique (crise d'angoisse aiguë).
- Toutefois, le fait qu'un sujet souffrant de trouble bipolaire se sente soudain particulièrement euphorique sans que cet état soit en adéquation avec un événement particulier peut annoncer la survenue d'un épisode maniaque et doit inciter à consulter rapidement un médecin.

## ► PEUT-ON REPÉRER UNE MANIE QUI DÉBUTE ?

► Oui

- Une réduction du temps de sommeil, sans qu'elle soit associée à une sensation de fatigue, est souvent l'un des signes précurseurs de la manie. Il convient donc que les patients sachent repérer ce symptôme afin d'intervenir de manière très précoce, dès son apparition.
- Les autres signes précurseurs plus francs des épisodes maniaques sont souvent plus facilement repérables par les membres de l'entourage (Goodwin et Jamison, 1990) :
  - *Accélération du discours verbal, hyperactivité, humeur euphorique avec une irritabilité excessive lorsque les demandes du patient ne sont pas satisfaites.*
  - *Idées de grandeur et préoccupations focalisées sur un thème particulier.*
  - *Augmentation de la consommation alcoolique ou tabagique, de l'usage du téléphone, multiplication des contacts sociaux.*
- D'autres signes d'alarme peuvent être remarqués par l'entourage en raison de leur caractère inhabituel chez le sujet :
  - *une hyperactivité avec inattention, distractibilité ou dispersion,*
  - *un jugement irrationnel,*
  - *des projets irréalistes,*
  - *un besoin de s'exprimer plus marqué,*
  - *des actes inhabituels comme des achats, des correspondances,*
  - *un incident social : tapage, scandale, énervement inapproprié,*
  - *des provocations comportementales ou verbales.*
- Les signes précurseurs d'un état maniaque sont souvent assez stéréotypés chez un même patient.

- Certains entreprennent des réaménagements dans la maison, d'autres focalisent leur attention sur un sujet récurrent de préoccupations survenant uniquement dans les états maniaques, d'autres décident de contacter un ami d'il y a 30 ans ...
- Souvent le patient perçoit ces premiers signes mais ne juge pas toujours bon de résister à l'appel de la manie. Juste encore un peu... mais rapidement c'est trop tard.
- Il convient donc dès les premiers signes d'appeler son thérapeute pour contrôler l'état maniaque débutant par des ajustements thérapeutiques.

## ► EXISTE-T-IL DES FACTEURS POUVANT DÉCLENCHER UNE MANIE ?

► *Oui*

- Si la survenue des épisodes maniaques peut être spontanée, on retrouve très souvent des facteurs déclenchant les épisodes maniaques ou une relation avec un facteur saisonnier (printemps). Des facteurs déclenchants sont d'ailleurs plus fréquemment retrouvés dans la précipitation des états maniaques que dans celle des états dépressifs.
- Les facteurs précipitants les plus fréquents des épisodes maniaques sont des facteurs de stress, qu'ils soient positifs (événements heureux comme une promotion professionnelle, un mariage, etc.) ou négatifs (perte d'emploi, divorce, deuil, etc.),
- Les événements à fort impact émotionnel ou qui perturbent les rythmes de la vie quotidienne comme les périodes de

surmenage ou d'examens seraient particulièrement à risque.

- Ainsi les modifications du rythme veille-sommeil, lors de voyages intercontinentaux ou lors de privations de sommeil importantes, peuvent précipiter un épisode maniaque.
- Certains épisodes maniaques peuvent également être déclenchés par la prise de médicaments (corticoïdes, interféron  $\alpha$ ...), par des maladies ou la prise de substances toxiques (cannabis, amphétamines, cocaïne, etc.).
- Les médicaments comme les antidépresseurs peuvent induire un "virage maniaque" chez un sujet traité pour dépression.
- Mais il importe de souligner que le facteur déclenchant le plus fréquent dans les épisodes maniaques est l'arrêt brutal du traitement thymorégulateur qui ne doit jamais se faire sans avis médical.

### ► J'AI PLEIN DE PROJETS ET D'ÉNERGIE LORSQUE JE SUIS MANIAQUE, POURQUOI DEVRAIS-JE RENONCER À LA MANIE ?

- Les sujets en état maniaque ont certes une activité débordante et sont pleins de projets et d'idées, mais cet état est notablement pathologique avec une production idéique anarchique et éloignée de la réalité donc, dans la grande majorité des cas, stérile et sans finalité constructive possible.

• Il est surtout important de souligner les risques liés aux épisodes maniaques :

- *Risques pour l'équilibre familial (du fait des conduites agressives, des conduites adultérines, des dépenses inconsidérées mettant en péril l'équilibre financier de la famille, etc...) dont témoigne un taux de divorce chez les patients bipolaires trois fois plus important que dans la population générale.*

- *Risques pour la vie professionnelle (attitudes farfelues ou conduites agressives, problèmes avec la hiérarchie, etc...) pouvant aboutir à des pertes d'emploi itératives.*

- *Risques pour la vie sociale avec isolement et marginalisation.*

- *Risques de problèmes judiciaires : les conduites à risque sont nombreuses et concernent souvent les excès de vitesse, les abus d'alcool ou les problèmes médico-légaux de violences.*

- *Risque suicidaire : notamment dans les états maniaques comprenant des éléments dépressifs.*

## ► VAIS-JE PERDRE MA CRÉATIVITÉ OU MES CAPACITÉS MENTALES SI ON SOIGNE MES ÉPISODES MANIAQUES ?

► **Non**

• Les sujets qui présentent un trouble bipolaire et leurs proches sont généralement très créatifs.

• Inversement, les individus très créatifs semblent plus susceptibles de souffrir de troubles de l'humeur et beaucoup de créateurs, d'artistes, de savants et d'hommes politiques auraient été ou seraient atteints de troubles de l'humeur comme Virginia Woolf, Honoré de Balzac, Robert Schuman, Hector Berlioz, Vincent Van Gogh, Napoléon Bonaparte, Wilson Churchill.



► **EXISTE-T-IL UN LIEN ENTRE  
CRÉATIVITÉ ET TROUBLE DE  
L'HUMEUR ?**

*Les patients souffrant de troubles bipolaires présentent vraisemblablement en dehors des épisodes aigus une hypersensibilité et une hyperréactivité émotionnelle (Henry et coll, 2001) propices à la création artistique.*

*Au cours des états maniaques ou hypomaniaques, ils présentent souvent une hypersensorialité (perception plus vive des couleurs, meilleure écoute musicale) associée à une accélération des processus idéiques et une augmentation de l'estime de soi qui lève les inhibitions et favorise le passage à l'acte de la production artistique.*

*Néanmoins, si la réactivité émotionnelle particulière des patients souffrant de troubles bipolaires peut leur conférer des qualités artistiques ou intellectuelles particulières, les épisodes maniaques demeurent des états pathologiques souvent stériles sur le plan de la productivité car l'accélération des processus idéiques finit par aboutir à la confusion.*

Malheureusement, certains de ces artistes ont mis précocement un point final à leur œuvre en se suicidant. La créativité de nombre d'artistes a donc été interrompue du fait de trouble de l'humeur non traités et de ses tragiques conséquences, plutôt que par les effets des traitements.

- Les sentiments de bien-être et de toute puissance ressentis par certains patients les rendent nostalgiques des états maniaques. Pourtant nombreux sont les patients qui le paient ensuite doublement à la fois par les conséquences dommageable directes de l'état maniaque tant sur les plans relationnels, médico-légaux ou financiers que par la survenue secondaire d'un état dépressif souvent d'autant plus sévère que la manie a été longue et sévère.

- Enfin, en terme de physiopathologie, la récurrence fréquente des accès thymiques pourrait avoir des conséquences délétères au niveau du système nerveux central, conséquences qui semblent régresser sous traitement régulateur de l'humeur.

## ► J'AI DÉJÀ ENTENDU DES VOIX AU COURS D'UN ÉPISODE D'EXALTATION, SUIS-JE SCHIZOPHRÈNE OU BIPOLAIRE ?

- Environ la moitié des épisodes maniaques est accompagné de symptômes psychotiques (délires, hallucinations, désorganisation de la pensée) (Goodwin et Jamison, 1990).
- Les idées délirantes les plus fréquemment rencontrées sont des idées de grandeur de type mégalomanie. Parfois s'y ajoutent des hallucinations qui peuvent être de tout type (visuelles, auditives, olfactives) mais qui sont en général brèves ou ponctuelles.
- Dans les troubles bipolaires, ces expériences délirantes ou ces troubles perceptifs hallucinatoires sont associés aux perturbations émotionnelles de la bipolarité et régressent lors de la rémission de l'épisode aigu. Si ces phénomènes persistent en dehors du trouble thymique, il pourra s'agir d'un trouble schizo-affectif.
- Aussi, il est important de parler de ces symptômes au médecin sans crainte car les expériences délirantes ou hallucinatoires même transitoires peuvent être vécues de manière traumatisante.

## III – QUESTIONS SUR LA DÉPRESSION

### ► QUELS SONT LES SIGNES CLINIQUES CARACTÉRISTIQUES D'UN ÉTAT DÉPRESSIF ?

- La dépression bipolaire la plus fréquente semble être celle au cours de laquelle il existe une inhibition globale du fonctionnement du sujet et qui se caractérise par :

- *Une hyporéactivité émotionnelle. Au-delà de la tristesse, c'est un sentiment d'indifférence et de non-réactivité émotionnelle à l'entourage et à l'environnement qui domine.*

- *Un ralentissement moteur assorti d'une fatigue ou asthénie.*

- *Un ralentissement cognitif avec l'impression que les pensées manquent de fluidité, sont visqueuses, associé à des troubles de la concentration et de la mémoire (impression de « ne pas imprimer ».)*

- *Une abrasion de la motivation qui rend tout à fait illusoire les injonctions de l'entourage à type de « secoue-toi » ou bien « fais preuve d'un peu de volonté ». Comment faire appel à la volonté alors que son abolition est un des symptômes de la dépression ?*

- *Les sens qui donnent des informations sur le monde environnant sont souvent altérés (perte du plaisir procuré par la nourriture, perte d'intérêt pour la musique, perte de la sensorialité tactile, etc...).*

- Les symptômes sont prédominants le matin avec une difficulté voire une incapacité à se mettre en route (se laver, s'habiller...). Très souvent il existe une hypersomnie (augmentation du temps de sommeil).

- Au-delà de ce type de dépression, il semble exister chez les patients souffrant de troubles bipolaires d'autres types de



dépression caractérisés également par une tristesse mais sans inhibition globale du fonctionnement. Les sujets ont généralement une présentation clinique très différente avec :

- *Une hyperréactivité émotionnelle. L'humeur est très changeante en fonction de l'environnement et les émotions sont ressenties très vivement. Parfois c'est la tristesse qui domine et qui s'exprime souvent par pics, parfois également l'irritabilité ou l'anxiété. En fonction de la tonalité des affects qui domine, le tableau clinique sera variable (dépression à caractère hostile, anxieux...).*
- *Bien que soit exprimé parfois un sentiment d'épuisement, l'énergie physique est souvent intacte et nécessite même d'être canalisée afin de diminuer une tension interne importante.*
- *Il n'existe pas de ralentissement cognitif mais souvent une impression de cerveau sans repos (les idées défilent dans la tête sans laisser de répit).*
- *La motivation sera souvent très variable au cours de la journée en fonction du contexte.*
- *Les sens généralement restent en alerte.*

- Le malaise est souvent plus marqué le soir.
- Il est important de repérer ces deux types de dépression car les stratégies thérapeutiques peuvent être différentes.

### Critères d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) (APA, 1996)

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 une humeur dépressive (1), soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

1 - Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres

2 - Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours

3 - Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou augmentation ou diminution de l'appétit presque tous les jours

4 - Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours

5 - Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours

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 à ou se concentrer 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

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil.

## ► EXISTE-T-IL DES FACTEURS POUVANT DÉCLENCHER UN ACCÈS DÉPRESSIF ?

► *Oui*

- Les épisodes dépressifs peuvent survenir spontanément. Cependant, les premiers épisodes dépressifs pourraient faire suite à des facteurs de stress.
- Parmi les facteurs de stress, on retrouve tous les stress en relation avec l'activité professionnelle, la vie affective, les grossesses pour les femmes mais aussi la paternité pour les hommes et, comme pour les épisodes maniaques, toutes les perturbations du rythme de vie.
- Par ailleurs, la prise de certains médicaments, comme les neuroleptiques classiques, les corticoïdes, l'interféron (médicament utilisé dans le traitement de certaines hépatites ou de certains cancers), peut favoriser l'émergence de symptômes dépressifs voire d'un trouble dépressif.
- Il est important de savoir qu'il existe une relation importante entre la survenue d'un épisode dépressif et la prise de substances toxiques ou d'alcool.
  - À titre d'exemple, tous les psychostimulants sont susceptibles d'entraîner lors de leur arrêt un état dépressif.
  - La prise d'alcool au cours des accès dépressifs est fortement associée aux passages à l'acte suicidaire.
- Certains patients sont très sensibles à la diminution de la luminosité survenant en automne qui peut alors être un facteur déclenchant d'épisodes dépressifs saisonniers.

- Enfin de nombreux patients font des épisodes dits biphasiques à savoir qu'ils enchaînent deux types de fluctuation de l'humeur.

*- Ainsi un épisode dépressif fera suite à une phase maniaque dans 50 % des cas. Prendre en charge correctement les phases d'excitation peut ainsi participer à réduire le nombre d'épisodes dépressifs.*

## ► PEUT-ON REPÉRER UNE DÉPRESSION QUI DÉBUTE ?

► **Oui**

- Dans la dépression bipolaire, les processus cognitifs sont ralentis. Ainsi, la survenue d'une difficulté inhabituelle de compréhension, d'une lenteur d'élocution peuvent constituer des signes précurseurs d'un épisode dépressif.
- L'apparition d'une fatigue, parfois plus marquée le matin avec une difficulté pour se mettre en route et accomplir les actes de la vie quotidienne, représente également un symptôme d'alerte qui doit conduire à consulter son médecin. Le repli sur soi et la diminution de l'envie de voir ses proches sont également des signes précurseurs classiques.
- En effet, face aux premiers signes de dépression, il convient de consulter rapidement un médecin afin de traiter la dépression avant qu'elle ne s'aggrave.
- De même, quand survient un événement de vie difficile, il est important de faire un suivi plus rapproché afin d'évaluer avec le médecin le risque d'apparition d'une dépression.
- Lorsque apparaissent les premiers symptômes, le patient doit

solliciter l'aide de son entourage et éviter à tout prix l'isolement.

- Il est essentiel de maintenir les activités quotidiennes, notamment les activités de loisirs, et de garder un rythme régulier de sommeil. Toute prise d'alcool dans le but de diminuer l'angoisse où chercher à déclencher un état euphorique est à proscrire car l'alcool déclenche souvent une désinhibition avec risque de passage à l'acte suicidaire.

## ▶ PEUT-ON ÊTRE À LA FOIS DÉPRIMÉ ET AGITÉ ?

▶ *Oui*

- Comme nous l'avons vu certaines dépressions ne sont pas ralenties sur le plan moteur et peuvent même s'accompagner d'une agitation.

- Lorsque les affects tristes sont clairement associés à des symptômes maniaques, il s'agit d'un épisode mixte qui, malgré la tristesse des affects, se traite comme un état maniaque.

- Il faut également rappeler la possibilité de survenue de symptômes maniaques chez un patient dépressif, due à l'apparition d'un virage de l'humeur sous antidépresseur.

*- Tous les antidépresseurs peuvent induire un état maniaque chez un sujet souffrant d'un trouble bipolaire.*

*- Il convient donc de surveiller étroitement l'apparition des premiers symptômes surtout si on a déjà répondu de manière "miraculeuse" (c'est-à-dire vite et de façon spectaculaire) à un traitement par antidépresseur.*

## IV – QUESTIONS DE PRÉVENTION

### ► COMMENT RÉDUIRE LE RISQUE DE SURVENUE DES ÉPISODES AIGUS ?

- Parmi les stratégies efficaces permettant de prévenir l'apparition des épisodes aigus, il faut souligner la prise régulière du traitement et le respect des rythmes veille-sommeil.
- Concernant la prise des traitements, il est essentiel de s'en tenir à la posologie prescrite.
  - *En effet, une réduction de principe, souvent dictée par le désir de prendre moins de médicaments, d'un traitement bien conduit peut entraîner une rechute.*
  - *Normalement la posologie des médicaments a été adaptée à chaque cas et une baisse injustifiée peut s'avérer délétère.*
  - *Lorsqu'il existe des effets secondaires ou indésirables des traitements, il faut en discuter avec le thérapeute afin de trouver une stratégie plus adaptée.*
  - *En aucun cas il n'est souhaitable d'ajuster soi-même le traitement.*
- Tous les excès de produits excitants doivent être évités (alcool, thé, café, etc...) ainsi que des épisodes de surmenage qui sont très favorables à l'émergence d'un épisode maniaque en raison de la réduction du temps de sommeil et la tension nerveuse qu'ils engendrent.
  - *Généralement une meilleure gestion du travail doit permettre d'éviter les phases de surcharge.*
  - *Le stress des examens est souvent invoqué pour expliquer une*

*décompensation chez un étudiant. C'est souvent le fait d'avoir travaillé au dernier moment et ce parfois à grand renfort d'excitants qui est responsable de l'épisode.*

*- Lorsque les périodes de surmenage professionnel sont incontournables, il faut pouvoir déléguer certaines contraintes dans d'autres domaines, dans le cadre familial par exemple. Il est pour cela impératif que l'entourage soit informé de la maladie et impliqué dans la prise en charge.*

## ▶ DOIS-JE IMPLIQUER MON ENTOURAGE ?

▶ **Oui**

- La reconnaissance et le report des symptômes non seulement par le patient mais également par son entourage sont essentiels.
- Il est particulièrement important que la famille apporte aide, compréhension et encouragements sans toutefois se substituer au médecin et sans devenir thérapeute du patient ou l'infantiliser.
- La famille et l'entourage doivent ainsi être impliqués dans les processus d'information sur la maladie et devenir au quotidien des partenaires bienveillants du bien-être du patient.
- La reconnaissance des symptômes par la famille permet à ses membres de comprendre que lors des accès, le patient peut perdre le contrôle de ses émotions et de son comportement, et qu'il faut pouvoir interpréter les dires ou les agissements de leur proche comme des symptômes peu en relation avec l'état habituel du sujet.

*- Ainsi, les moments d'irritabilité par exemple doivent être perçus comme un symptôme de la maladie et non comme des attaques personnelles.*

*- Il est important également que la famille fasse la part des choses entre des prémices de symptômes maniaques et un simple mouvement d'humeur ou l'envie normale d'entreprendre et d'avoir des projets.*

*- De même, un désaccord avec le ou la partenaire n'est pas forcément un signe de début de manie.*

- Ces éléments sont importants à souligner, car une mauvaise compréhension familiale peut avoir un impact sur les rechutes par l'augmentation du stress voire inciter à un arrêt injustifié et brutal du traitement : le patient se demande en effet à quoi bon se traiter s'il continue à être en permanence considéré comme une personne malade ou handicapée.
- Il doit donc exister un dialogue ouvert et honnête entre le patient et sa famille.
- Il est également important de faire de temps en temps le point avec le patient et sa famille, à condition que tous soient d'accord avec le principe d'une collaboration familiale dans la prise en charge.

### ► DOIS-JE AVOIR UNE ATTITUDE PARTICULIÈRE AVEC MES ENFANTS ?

► *Oui*

- La maladie bipolaire est une affection multidéterminée : il existe en effet un terrain biologique, sous-tendu chez la plupart des patients par une vulnérabilité génétique à développer un





► **LES ÉTUDES FAMILIALES**

*Les études familiales montrent que le risque de présenter la pathologie chez un apparenté de 1er degré d'un sujet atteint est de 10 % alors que la prévalence en population générale est de 1 à 2 % (Müller-Oerlinghausen, 2002). Cependant, en d'autres termes, dans 90 % des cas, les apparentés ne présenteront pas la pathologie bipolaire.*

trouble bipolaire. L'existence d'une composante génétique à l'origine des troubles bipolaires est aujourd'hui établie. Elle repose sur des études d'épidémiologie génétique, concernant les études familiales, les études de jumeaux et d'adoption. Mais ce qui semble déterminant dans l'émergence des troubles bipolaires c'est l'interaction entre une vulnérabilité biologique et des facteurs de stress environnementaux.

- À titre de comparaison, l'implication des facteurs génétiques dans la survenue des troubles bipolaires est assez proche de celle observée dans d'autres pathologies telles que l'hypertension, l'asthme, le diabète ou le psoriasis pour lesquels l'intervention de facteurs environnementaux est également connue.
- Les enfants de patients souffrant de troubles bipolaires présentent ainsi un risque théorique plus important de présenter eux-mêmes un trouble bipolaire, mais cela n'est pas inéluctable puisqu'il est possible de réduire ce risque en les protégeant de certains facteurs environnementaux, les stress familiaux en premier lieu, susceptibles de révéler leur vulnérabilité génétique.
- Ainsi, diminuer le risque chez un enfant consistera avant tout pour le parent atteint à se soigner afin d'éviter des facteurs de stress supplémentaires chez l'enfant.

## ► QU'EST-CE QUE JE RISQUE SI JE NE ME SOIGNE PAS ?

- Les troubles bipolaires non stabilisés représentent une pathologie handicapante par la souffrance qu'elle entraîne chez le patient et son entourage, et coûteuse par le risque de désinsertion sociale et professionnelle auquel elle expose.
- Les patients souffrant de troubles bipolaires insuffisamment traités sont également fréquemment confrontés à la loi, du fait des actes délictueux qu'ils peuvent commettre, notamment au cours des accès maniaques (dépenses inconsidérées ou violences par exemple).
- Mais les deux risques majeurs auxquels sont exposés les sujets bipolaires non ou insuffisamment pris en charge sont le suicide (risque 15 fois plus élevé que dans la population générale) et l'apparition de pathologies associées au premier rang desquelles se trouvent les conduites de dépendance à l'alcool ou aux drogues (Harris et Barraclough, 1997).





## CONCLUSION : POURQUOI CONNAÎTRE MA MALADIE ?

- Mieux connaître son trouble doit permettre d'en contrôler son évolution et de réduire les conséquences délétères de la récurrence des épisodes.
- Votre médecin psychiatre ne pourra réellement et durablement vous aider que si vous acceptez de jouer un rôle actif dans la gestion de votre trouble. C'est dans ce contexte d'alliance thérapeutique que vous pourrez prévenir efficacement les récurrences des épisodes.
- Les fluctuations de l'humeur sont vraisemblablement favorisées par une sensibilité, une réactivité émotionnelle particulière des sujets souffrant de troubles bipolaires. Cela vous confère sûrement une plus grande capacité créatrice qu'il convient alors d'enrichir, ainsi qu'une capacité d'ouverture sur le monde et les gens. Il convient donc de ne pas se laisser enfermer dans sa maladie.
- Pour cela il est indispensable :
  - D'apprendre à connaître les troubles bipolaires en général et votre propre pathologie en particulier.
  - Vous devrez porter une attention particulière sur les facteurs pouvant déclencher des épisodes et les signes précurseurs de rechutes.
- En cas de signes précurseurs d'une rechute, il convient d'avoir

développé des stratégies efficaces pour contenir précocement un début d'épisode.

- Éviter toute sorte de déni par rapport à votre vulnérabilité.
- Comprendre le bien-fondé des traitements.
- Développer une relation de confiance avec votre thérapeute.
- Inciter vos proches à approfondir leurs connaissances sur la pathologie.

• Cependant la bipolarité ne doit pas être votre seule identité. Vous êtes avant tout un individu construit à partir de vos gènes, de votre histoire, et vivant au sein d'un environnement avec lequel il convient de trouver le meilleur ajustement possible.

• Nous espérons que ce nouveau fascicule des Dossiers de l'humeur contribuera en partie à vous aider à valider ces objectifs.





**Lilly France**

13, rue Pagès 92158 Suresnes Cedex

Tél. : 01 55 49 34 34 - [www.lilly.fr](http://www.lilly.fr)

S.A.S au capital de 299 307 663 € - 609 849 153 - R.C.S. Nanterre

NGD - VOLZ 2205 - Janvier 2005. © Lilly. Tous droits de reproduction réservés.