

Marc Masson

LES TROUBLES BIPOLAIRES

*Que
sais-je?*



Marc Masson

LES TROUBLES BIPOLAIRES

*Deuxième édition mise à jour
11^e mille*

*Que
sais-je?*

À lire également en
Que sais-je ?

COLLECTION FONDÉE PAR PAUL ANGOULVENT

Gérard Chandezon, Antoine Lancestre, *L'Analyse transactionnelle*, n° 1936.

Marc Louis Bourgeois, *Les Schizophrénies*, n° 3491.

Olivier Houdé, *Les 100 mots de la psychologie*, n° 3800.

Vincent Estellon, *Les États limites*, n° 3878.

Pascal-Henri Keller, *La Dépression*, n° 4021.

ISBN 978-2-13-080821-3

ISSN 0768-0066

Dépôt légal – 1^{re} édition : 2016
2^e édition mise à jour : 2018, janvier

© Presses Universitaires de France / Humensis, 2018
170 bis, boulevard du Montparnasse, 75014 Paris

Ce document numérique a été réalisé par Nord Compo.

Aux patients qui m'ont confié leur santé
et qui m'ont appris, mieux que quiconque,
ce que je sais sur les troubles bipolaires.

Introduction

Depuis quelques années, les troubles bipolaires font régulièrement la une de magazines qui leur consacrent des dossiers rassemblant des témoignages de patients, commentés par des médecins spécialisés dans leur prise en charge. Très souvent, ils sont assortis du *coming out* d'une personnalité (la plupart du temps issue du milieu artistique) qui déclare publiquement souffrir d'un trouble bipolaire. Ce phénomène de médiatisation est également relayé par des reportages télévisés et des émissions de radio, par la publication d'ouvrages écrits par des patients eux-mêmes ou par un de leurs proches, sans parler des innombrables blogs et sites Internet qui sont consacrés aux troubles bipolaires...

Ce phénomène qui fait sortir de l'ombre une maladie, connue depuis fort longtemps, a pour effet positif d'œuvrer à la déstigmatisation des troubles bipolaires. Cette démarche est soutenue par la communauté scientifique et les patients, comme dans plusieurs pathologies chroniques qui ont un retentissement important sur la vie du sujet. La maladie bipolaire occasionne beaucoup de conséquences délétères sur le plan personnel, professionnel et naturellement sur la santé en général. Un autre effet positif résulte de cette médiatisation : elle conduit des personnes non encore diagnostiquées à s'interroger sur leur état. Par ce questionnement, elles peuvent être amenées à s'orienter vers des soins, le plus souvent en consultant un psychiatre.

La médiatisation peut aussi induire des effets de mode et de banalisation. Comme nous avons tous une humeur qui oscille, nous connaissons tous « des hauts et des bas ». Élargir le concept de troubles bipolaires à l'extrême invite d'aucuns à se demander s'il s'agit vraiment d'une maladie. Sommes-nous tous bipolaires ? La société actuelle ne génère-t-elle pas des bipolaires ?

Les premières descriptions de ce que nous appelons aujourd'hui les troubles bipolaires remontent à l'Antiquité. L'appellation « maladie maniaco-dépressive », lourde de sens, pour ne pas dire stigmatisante, a été remplacée dans le courant des années 1980 par la dénomination contemporaine de « troubles bipolaires ». Son origine, ses déterminants génétiques, biologiques et psychologiques sont mieux connus de nos jours. Toutefois, peut-on dire qu'il s'agit d'une maladie cérébrale ? Pathologie cyclique qui évolue par intermittence au gré de possibles facteurs déclenchants, comment se manifestent les troubles bipolaires dans les états de crise et au cours du temps ? Les troubles bipolaires sont-ils associés à d'autres problèmes psychiatriques ?

Si les sels de lithium occupent toujours une place majeure dans le traitement de la maladie bipolaire, quelles sont les autres stratégies médicamenteuses et les psychothérapies adaptées aux patients bipolaires ? Quelle est la place laissée à l'accompagnement des familles ? Les controversés électrochocs furent le premier traitement utilisé pour lutter contre la maladie maniaco-dépressive. Ces traitements par stimulation électrique gardent-ils une place dans l'arsenal thérapeutique aujourd'hui ?

Enfin, notre tour d'horizon sur les troubles bipolaires ne serait pas complet si la question des liens (souvent soulignés) entre troubles bipolaires et créativité n'était pas évoquée. Les bipolaires sont-ils plus fréquents parmi les artistes ? Depuis 2014 aux États-Unis, et depuis 2015 en France, le 30 mars, jour de la naissance de Vincent Van Gogh, a été choisi pour être la date de la Journée mondiale des troubles bipolaires. La psychologie des

personnes souffrant de troubles bipolaires comporte-t-elle des particularités ?

À toutes ces questions, ce « Que-sais-je ? » voudrait apporter des réponses, fondées sur l'état actuel des connaissances et sur une expérience de plusieurs années dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes souffrant d'un trouble bipolaire.

CHAPITRE PREMIER

Sommes-nous tous bipolaires ?

« Vois sur ces canaux
Dormir ces vaisseaux
Dont l'humeur est vagabonde ;
C'est pour assouvir
Ton moindre désir
Qu'ils viennent du bout du monde. »

Charles BAUDELAIRE

Sur les canaux de la vie, nous voguons en espérant réaliser nos désirs et accéder au bonheur, mais parfois nous sommes contraints, déçus, blessés, voire traumatisés par les circonstances ou par autrui. Nous pouvons alors ressentir des émotions négatives, de la tristesse, du désarroi, voire un profond désespoir. À d'autres moments, le ciel semble nous sourire davantage, les événements heureux se succèdent et nous ressentons un état de bien-être dont nous espérons secrètement qu'il ne s'arrêtera jamais. La perception de ces vagabondages intérieurs de notre humeur donne du relief à notre vie.

I. – Humeur normale et humeur pathologique

L'idée que notre humeur varie au cours de la journée, des saisons, au gré des événements qui émaillent notre existence, parle à chacun d'entre nous. Faisant l'expérience que nos vécus intérieurs sont teintés plus ou moins positivement, nous relions aisément notre humeur à nos perceptions intimes. Néanmoins, donner une définition de l'humeur, la distinguer des émotions, des affects, des sentiments ou des passions, n'est pas chose simple. Quant à différencier l'humeur normale de l'humeur pathologique, voilà bien une question qui ne tombe pas sous le sens !

Les émotions sont des réactions affectives brèves, souvent intenses, que notre organisme produit en réponse à des événements internes ou externes. Dans une perspective darwinienne, elles seraient communes à l'ensemble du règne animal et s'accompagneraient souvent d'une expression comportementale. Leur sens étymologique (qui vient du latin *motio*, « mouvement ») rappelle bien cette dimension réactive et dynamique des émotions. Elles se déclinent sur un vaste nuancier qui va de la joie, de l'enthousiasme, à la tristesse et à la nostalgie, pour les émotions habituelles, à d'autres plus perturbatrices comme la rage, la jalousie, la haine, l'angoisse ou l'euphorie.

Les sentiments (ou affects, qui sont considérés comme synonymes) sont spécifiquement humains. Ils renvoient à une attitude affective plus stable et à une représentation subjective des émotions. Le sentiment implique un ressenti persistant et conscient. Une gradation existe entre ces notions qui tentent de mettre des mots sur les ressorts de notre intimité. L'émotion amoureuse peut se transformer en un sentiment plus durable et profond qui, porté à son plus haut degré, peut engendrer la passion.

L'humeur ne doit pas être entendue dans son sens commun, à savoir un état d'esprit passager, lié aux circonstances, mais plutôt comme un état affectif plus diffus et plus stable dans le temps. Constatant qu'il s'agissait bien là d'une notion facile à entendre, mais bien difficile à définir, Jean Delay¹ a proposé, dans *Les Dérèglements de l'humeur* (1946), dès la

première page, une définition psychologique de l'humeur qui reste une référence dans la plupart des dictionnaires de langue française. 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 ».

D'emblée, Jean Delay souligne que l'oscillation de l'humeur est naturellement bipolaire. Chacun d'entre nous ressent physiologiquement ces variations à des degrés divers. Dès lors, l'appréciation du caractère excessif (en intensité et en durée) de certaines oscillations nécessitera une formation, une expérience, pour distinguer le normal du pathologique. Depuis quelques années, de nombreux patients souffrant de troubles bipolaires éprouvent le besoin de porter par écrit leur vécu et leur expérience de la maladie. Ils insistent souvent sur le caractère totalement hors du commun des états intérieurs qu'ils ressentent lors des phases de dépression ou d'excitation qu'ils traversent au cours de l'évolution de leur trouble bipolaire. Ces témoignages, d'une grande valeur humaine, sont d'une importance capitale pour comprendre que cette maladie les emmène bien plus loin que les simples sautes d'humeur, « les hauts et les bas » que tout un chacun a pu traverser depuis que le monde est monde.

Une sociologue américaine, Emily Martin², a récemment soutenu la thèse selon laquelle la vie actuelle aux États-Unis, dominée par un niveau d'exigence de plus en plus élevé et par les surstimulations en tout genre, pouvait provoquer des réactions émotionnelles violentes, au point de créer une société de sujets bipolaires, connectés en permanence à leurs supports informatiques, devenus de véritables disques durs externes du cerveau, en lien avec l'ensemble du globe...

II. – Histoire du concept : de la mélancolie et la manie aux troubles bipolaires

1. **Depuis l'Antiquité.** – Pourtant, dans la culture occidentale, les liens entre l'humeur et la médecine sont profonds et remontent à l'Antiquité. Au v^e siècle avant J.-C., la théorie des humeurs est exposée dans le *Corpus hippocratique*, qui rassemble une soixantaine de livres, dont quelques-uns sont attribués à Hippocrate lui-même, les autres à ses disciples de l'École de Cos, en Grèce. Celle-ci trouve des bases philosophiques chez les présocratiques : pour Empédocle, l'univers s'organise autour des quatre éléments (l'eau, la terre, le feu et l'air). Ainsi, Polybe, le gendre d'Hippocrate, distingue quatre humeurs : « Le corps de l'homme renferme du sang, du phlegme, de la bile jaune et de la bile noire. Voilà ce qui constitue la nature du corps ; voilà ce qui est cause de la maladie ou de la santé³. »

Les humeurs sont censées varier au gré des saisons, leur excès pouvant être à l'origine de maladies. Un aphorisme du *Corpus (Aphorismes, VI, 23)* précise que, « si la crainte et la tristesse se prolongent trop longtemps, cela tient de la bile noire » (qui se dit en grec *cholé melaina*, et qui donnera notre mot « mélancolie »). Six siècles plus tard, Galien de Pergame, médecin des empereurs romains, rappelle qu'« Hippocrate paraît avoir ramené avec raison sous deux chefs tous les symptômes propres à la mélancolie : la crainte et la tristesse. [...] La couleur de la bile noire, en obscurcissant, comme le font les ténèbres, le siège de l'intelligence, engendre la crainte⁴ ». Dans la culture gréco-romaine, les rapports entre la bile noire et la mélancolie sont donc sémantiques et causaux.

Comme la mélancolie, le mot « manie » vient du grec. Son sens médical, très différent de celui du langage courant, qui y voit un rituel obsessionnel, s'éclaire à la lumière de la racine étymologique. *Mania*, en

grec, signifie « agitation », « délire », « fureur ». Sous le stilet des médecins antiques, la manie qualifie donc un état de délire agité, sans fièvre.

Un autre mot grec, *thymos*, est destiné à un grand avenir dans le vocabulaire psychiatrique. Il qualifie l'âme, le cœur⁵, considéré comme le siège des désirs et des sentiments. Il a donné en français le mot « thymie », qui est synonyme d'humeur. Le préfixe *eu-* signifiant « bon », l'« euthymie » qualifie donc un état d'humeur stable, distinct des phases dépressives ou maniaques. En revanche, la « dysthymie » se caractérise par une humeur triste relativement constante, sans que cet état constitue toutefois un épisode dépressif constitué et complet. Enfin, la « cyclothymie » est utilisée pour qualifier, chez un même individu, un tempérament se distinguant par une humeur alternativement joyeuse puis triste ou morose.

En l'état actuel des connaissances, les historiens de la psychiatrie attribuent le plus souvent à Arétée de Cappadoce, médecin hellénophone du I^{er} siècle de notre ère, la première description du lien entre manie et mélancolie. Pour lui, la mélancolie semble être le commencement de la manie. L'observation de ce médecin d'Alexandrie est reprise par Avicenne (980-1037) dans son *Canon*. Avec la médecine hippocratique, la théorie des humeurs survit au Moyen Âge et à la Renaissance.

2. De la Renaissance à l'époque moderne. – C'est aux Temps modernes que ces conceptions évoluent. Trois universitaires britanniques y contribuent. Le premier est un ecclésiastique anglais d'Oxford, Robert Burton (1577-1640), qui rédige un volumineux ouvrage intitulé *The Anatomy of Melancholy*, augmenté de plusieurs éditions successives. À partir de sa vaste culture littéraire et philosophique de latiniste aguerri, il collige un nombre considérable de citations sur la mélancolie. Il en décrit les différentes formes en insistant tout particulièrement sur les mélancolies amoureuse et religieuse.

Toujours à Oxford, quelques décennies plus tard, le médecin Thomas Willis (1621-1675), considéré comme le père de l'anatomie cérébrale, classe la mélancolie et la manie parmi les maladies nerveuses. Enfin à l'université d'Édimbourg, William Cullen (1710-1790) reprend l'hypothèse d'Arétée de Cappadoce en faisant le lien entre manie et mélancolie, qu'il considère comme les conséquences d'anomalies du fonctionnement cérébral.

Au début du XIX^e siècle, l'École de médecine de Paris connaît une période florissante. Selon la thèse que Michel Foucault a développée dans *Naissance de la clinique* (1963), la rationalité de l'esprit des Lumières, s'infusant dans la démarche médico-scientifique, contribue au développement des différentes spécialités médicales. L'un des maîtres de l'École de Paris, Philippe Pinel (1745-1826), publie en 1800 son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*.

L'aliénation mentale était initialement considérée comme une entité unique dont la cause résiderait dans un trouble du raisonnement et du jugement. L'idée que les affects et les émotions puissent être à l'origine d'une maladie mentale ne semble pas aller de soi et tarde à s'imposer. À cette époque, le vocable « manie » recouvre des états pathologiques qui dépassent le cadre actuel des troubles bipolaires. De même, le terme « mélancolie » dépasse ce champ, excédant même celui de la médecine puisqu'il imprègne la culture littéraire, poétique et philosophique de l'Occident depuis plusieurs siècles. L'élève de Pinel, Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), propose d'abandonner ce terme polysémique au profit de ce qu'il appelle la « lypémanie », ou littéralement en grec, « folie triste ». Il observe que celle-ci semble plus fréquente à l'automne.

Deux autres médecins français posent des jalons décisifs dans l'évolution des idées sur les liens qui unissent manie et mélancolie. Ils s'opposent sur la paternité de la description de ce qu'ils considèrent tous

deux comme une unique et même maladie : Jean-Pierre Falret (1794-1870) l'appelle « la folie circulaire » et Jules Baillarger (1809-1890), « la folie à double forme ». En 1883, Antoine Ritti (1844-1920), l'un des élèves de Baillarger, publie le premier traité en français sur la maladie. Il l'intitule *Traité clinique de la folie à double forme, folie circulaire, délire à formes alternes*.

La psychiatrie comme spécialité médicale émerge dans le courant du XIX^e siècle, de part et d'autre du Rhin. Les échanges scientifiques entre la France et l'Allemagne sont alors des plus intenses. Ainsi, Emil Kraepelin (1856-1926), qui naquit à Neustrelitz la même année que Freud, publie plusieurs éditions de son *Compendium de psychiatrie*. Dans la sixième (1899) apparaît l'expression « maladie maniaco-dépressive » (littéralement « folie », en allemand *Irresein*). Comme Esquirol, il renonce au terme « mélancolie » et rend hommage à Falret et Baillarger, lesquels « nous ont familiarisés », écrit-il, avec cette maladie. Son traité sur la maladie maniaco-dépressive est aujourd'hui considéré comme la première description contemporaine de la pathologie, réunissant dans un même ensemble la maniaco-dépression, puis la dépression récurrente, la cyclothymie et la dysthymie.

Pendant la première moitié du XX^e siècle, c'est l'expression « psychose maniaco-dépressive » qui s'impose. Plusieurs psychiatres européens, dont Karl Leonhard (1904-1988) et Karl Kleist (1879-1960), proposent cependant de renoncer à cette appellation stigmatisante et suggèrent de la remplacer par « trouble bipolaire » (*zweipolig*), expression destinée à qualifier les oscillations maniaques et dépressives qui caractérisent la maladie. Tous les patients bipolaires, en effet, ne présentent pas de symptômes psychotiques, et le qualificatif « maniaco-dépressif » renvoyait à une image ancestrale de la psychiatrie que la conception contemporaine des soins et des thérapeutiques entend dépasser. Parallèlement, Carlo Perris (1928-2000) propose d'instaurer une dichotomie entre les troubles

bipolaires et les dépressions récurrentes n'oscillant que sur une seule polarité, et appelées pour cette raison troubles unipolaires.

3. L'acception contemporaine. – Ces propositions sont validées sur le plan international, en 1980, par l'Association américaine de psychiatrie (AAP) lors de la publication de la troisième version de son *Manuel diagnostique et statistique* (DSM-III). Dans une perspective néo-krapelinienne, la version révisée du DSM-III rassemble les troubles bipolaires et les troubles unipolaires au sein des « troubles de l'humeur ». En 1992, la dixième version de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) adopte également l'appellation de troubles bipolaires. En 2013, dans le DSM-5, l'AAP a supprimé le cadre des troubles de l'humeur et a séparé les troubles bipolaires des dépressions récurrentes, en arguant que l'origine de ces deux maladies était possiblement distincte. La position actuelle de l'AAP prend parti sur un débat ancien parmi les spécialistes de la maladie maniaco-dépressive. Le primat revient-il à la cyclicité du trouble, à son caractère récidivant ou à la polarité (une ou deux) des épisodes pathologiques ?

Ces vingt dernières années ont été marquées par l'émergence du concept de « spectre bipolaire » sous l'influence de psychiatres contemporains comme Jules Angst (Suisse) et Hagop Akiskal (États-Unis). La notion de spectre, comme suite ininterrompue de phénomènes, est souvent attribuée à Isaac Newton, qui en fit le fondement de la théorie des couleurs. Appliqué à la médecine, ce concept de spectre permet de rendre compte du *continuum* entre le normal et le pathologique.

Dans le champ des troubles bipolaires, le spectre a aussi l'avantage de pouvoir rassembler les différentes formes, plus ou moins marquées, de la maladie, dont certaines sont aux confins des variations naturelles de l'humeur... Aujourd'hui, de nombreuses voix s'élèvent pour dénoncer l'extension d'un spectre bipolaire trop élargi : la difficulté à distinguer les états d'humeur normale et pathologique risque d'induire des diagnostics par

excès et de conduire à l'instauration de mesures thérapeutiques inappropriées.

De manière consensuelle, depuis la publication du DSM-III révisé en 1987, on reconnaît aujourd'hui l'existence du trouble bipolaire de type 1 et de type 2, ce qui est conforme aux descriptions du XIX^e siècle et à la synthèse d'Emil Kraepelin. Le type 1 se caractérise par l'existence d'au moins un état d'excitation sévère maniaque et de possibles phases dépressives, alors que le type 2 ne comporte que des états d'excitation modérée, appelés hypomaniaques, et des épisodes dépressifs. Il y aurait une relative stabilité entre les deux troubles, avec seulement 15 % de formes de passage du type 2 vers le type 1, c'est-à-dire l'apparition au cours de l'évolution d'un trouble bipolaire 2 d'un état maniaque caractéristique et sévère. En revanche, une personne qui souffre d'un trouble bipolaire de type 1 peut aussi présenter des phases hypomaniaques s'intercalant entre des crises maniaques sévères.

Une place particulière est à accorder au trouble cyclothymique, qui associe l'alternance de phases d'excitations modérées hypomaniaques et d'états dépressifs mineurs au cours desquels le nombre de symptômes et leur intensité ne sont pas suffisants pour poser un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé. Forme atténuée des troubles bipolaires, la cyclothymie est aussi un tempérament.

III. – Les tempéraments affectifs

En français, « tempérament » et « caractère » sont volontiers considérés comme synonymes. Le sens médical remonte à l'Antiquité et trouve son origine dans l'œuvre de Galien, pour qui les quatre humeurs se manifestent par quatre tempéraments (sanguin, bilieux, mélancolique et pituiteux), lesquels prédisposent à certaines maladies. À la Renaissance, cette doctrine

s'enrichit de connotations philosophiques (néoplatoniciennes) et astrologiques. Le tempérament mélancolique serait sous l'influence de Saturne, la planète connue la plus éloignée de l'astre solaire, et donc la plus froide.

Reprise aux XIX^e et XX^e siècles, cette notion a évolué dans le contexte de la psychiatrie contemporaine à la faveur de la découverte de la biologie cérébrale et de la psychologie du développement. S'il n'existe pas de définition consensuelle, le concept de tempérament affectif se caractérise par l'existence de traits de caractère stables ayant des traductions émotionnelles et comportementales perceptibles tout au long de la vie.

Les tempéraments affectifs se situent aux frontières du normal et du pathologique. Présents chez des sujets qui ne présentent pas de trouble bipolaire, ils peuvent aussi être considérés comme des facteurs prédisposant à la maladie ou comme des formes très atténuées de celle-ci. Cinq tempéraments affectifs sont habituellement décrits : cyclothymique, hyperthymique, dépressif, anxieux et irritable.

Principales caractéristiques des cinq tempéraments affectifs

<i>Tempérament</i>	<i>Description</i>
Cyclothymique	Instabilité de l'humeur, variations de l'énergie, des capacités motrices et intellectuelles
Hyperthymique	Tendance à l'exubérance, à l'expansivité, au bavardage, sommeil habituellement court, caractère enjoué
Dépressif	Tendance à percevoir négativement son environnement, peur des changements, sensibilité et altruisme au premier plan
Anxieux	Crainte et anticipation négative de l'avenir, peur d'apprendre une mauvaise nouvelle
Irritable	Tendances impulsives, sujet bagarreur, ivresses fréquentes

Pour des auteurs comme Hagop S. Akiskal, les tempéraments affectifs sont intégrés au « spectre bipolaire ». Au côté des troubles bipolaires de type 1 et 2, les défenseurs de cette conception élargie de la maladie ajoutent le type 3, défini par la présence d'épisodes dépressifs caractérisés récurrents et de phases d'excitations modérées (hypomaniaques) induites par les médicaments (antidépresseurs notamment), le type 2 ½ associant un trouble dépressif récurrent et un tempérament cyclothymique et le type 4 rassemblant un trouble dépressif récurrent et un tempérament hyperthymique.

Le tempérament cyclothymique est sans doute le plus étudié sur le plan psychiatrique, car il peut être considéré à la fois comme un tempérament ou comme un trouble bipolaire atténué, ce qui est l'option retenue par le DSM-5 (2013). On le décèle plus fréquemment chez les apparentés de patients souffrant d'un trouble bipolaire (1 ou 2). Parallèlement, il peut être considéré comme un facteur prédisposant. Les enfants, les adolescents et les

adultes qui souffrent d'un épisode dépressif caractérisé courent plus de risques de développer ultérieurement une maladie bipolaire s'ils présentent un tempérament cyclothymique.

De manière plus générale, un tiers des personnes cyclothymiques développeraient un trouble bipolaire. Les tempéraments affectifs peuvent être considérés comme des marqueurs de vulnérabilité de la maladie. Lorsque le trouble bipolaire est déclaré, ils auraient également une influence sur sa présentation symptomatique et sur son évolution.

IV. – La survenue des troubles bipolaires

1. **Leur fréquence.** – L'épidémiologie est la science médicale qui étudie la fréquence des maladies. Deux indicateurs principaux sont utilisés : la prévalence, soit le pourcentage de sujets atteints par une pathologie, et l'incidence, soit le pourcentage de nouveaux cas par an. En Europe, en Amérique du Nord et en Asie, les chiffres portant sur les troubles bipolaires sont assez stables et concordants.

La prévalence du trouble bipolaire de type 1 est de 0,6 %, et de 0,4 % pour le trouble bipolaire de type 2. On ajoute généralement la catégorie des troubles bipolaires non spécifiés, qui englobent les sujets présentant des symptômes insuffisants pour poser un diagnostic d'épisode maniaque ou dépressif, mais qui peuvent s'intégrer dans le spectre bipolaire. La prévalence moyenne est alors de 2,4 %, soit 1,5 million de personnes en France. Cette prévalence serait plus élevée en Afrique du Nord et au Moyen-Orient. Cette variation dans les résultats des études peut probablement s'expliquer par des raisons méthodologiques, comme la qualité des outils (questionnaires, échelles) utilisés pour réaliser ces mesures, mais aussi par la difficulté que rencontrent les psychiatres, même

les plus expérimentés, à poser le diagnostic. Le taux d'erreur diagnostique est estimé à 50 % en moyenne...

2. Leurs caractéristiques. – Les troubles bipolaires se caractérisent par un taux extrêmement élevé de rechute : environ 90 %, le plus souvent dans les deux années qui suivent le premier épisode. Les rechutes sont dépressives dans 70 % des cas. La maladie bipolaire touche également les hommes et les femmes ; son sex-ratio est donc de 1. Mais les épisodes maniaques sont plus fréquents chez les hommes, qui souffrent plus souvent du trouble de type 1, alors que les phases dépressives touchent plus particulièrement les femmes, qui présentent plutôt des troubles bipolaires de type 2.

L'évolution de la maladie bipolaire est d'ailleurs plus souvent compliquée chez les femmes : avec des troubles psychiatriques (anxieux, addictifs) associés plus fréquents et plus de tentatives de suicide. L'influence des saisons sur les périodes de rechute est plus marquée chez les femmes que chez les hommes. Le trouble bipolaire peut aussi se déclarer dans la période qui suit l'accouchement, appelée le post-partum. Sept pour cent des patientes présentent leur premier épisode bipolaire au décours de l'accouchement. Dans 90 % des cas, il s'agirait d'une crise maniaque. Ce déclenchement de la maladie pendant le post-partum toucherait les femmes plutôt après leur premier accouchement. Cette forme de trouble bipolaire aurait une évolution plus favorable.

3. Leur âge de début. – Les études actuelles ont confirmé les observations centenaires de Kraepelin sur l'âge de début des troubles : au sortir de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Dans 65 % des cas, la maladie se déclare avant dix-huit ans, et pour 90 % des patients bipolaires cette pathologie a débuté avant l'âge de cinquante ans.

Plusieurs travaux de recherche se sont intéressés aux formes qui se déclarent avant l'âge de vingt et un ans, qui sont dénommées « troubles bipolaires à début précoce ». Dans ces cas-là, on retrouve plus

d'antécédents familiaux, un risque de complications psychiatriques plus élevé (addictions), une moins bonne réponse à certains traitements et une présentation des premiers épisodes moins typique qui peut parfois évoquer à tort un diagnostic de schizophrénie et entraîner la mise en place de traitements inappropriés. La durée entre l'émergence des premiers symptômes et le diagnostic de troubles bipolaires est estimée à huit ou neuf ans dans la plupart des études réalisées en Europe et aux États-Unis sur ce thème.

Un adage anglais quelque peu carabin, *no manic before pubic hair*, sous-entend que la maladie bipolaire ne pourrait se déclarer avant la puberté, dont l'âge avancerait, selon plusieurs études épidémiologiques réalisées aux États-Unis et en Europe. La tendance actuelle vise, de manière presque paradoxale, à favoriser un diagnostic et une prise en charge précoces, tout en évitant les surdiagnostics de troubles bipolaires.

Dans la majorité des cas, la maladie bipolaire se déclare à la fin de l'adolescence. Le premier épisode, surtout lorsqu'il est maniaque, peut être moins typique qu'à l'âge adulte et faire errer le diagnostic, notamment vers la schizophrénie. À cet âge, la crise maniaque comporte très souvent des hallucinations et des idées délirantes. À l'inverse, si le premier épisode est dépressif, l'humeur est plus irritable que véritablement triste, et les comportements agressifs ne sont pas inhabituels.

Quand le trouble bipolaire commence à l'adolescence, son devenir peut être émaillé par un risque plus élevé de rechute ; il est plus souvent associé à d'autres pathologies psychiatriques (troubles anxieux ou addictifs) et, dans près de 40 % des cas, il pourra évoluer vers une pathologie schizophrénique.

Avant la puberté, la survenue d'un trouble bipolaire est très rare. Kraepelin l'avait estimée il y a un siècle à 0,4 % des cas. À partir des années 1990, de nombreuses études ont été lancées pour explorer la survenue de la maladie chez l'enfant. Plus encore qu'à l'adolescence, les

symptômes semblent très différents : l'irritabilité, l'agressivité et les troubles du comportement occupent le devant de la scène. Le diagnostic de trouble bipolaire pédiatrique a connu une véritable explosion aux États-Unis, où son incidence a été multipliée en dix ans par quarante.

De nombreuses voix se sont élevées, y compris aux États-Unis, pour dénoncer ces probables diagnostics par excès. Il est vrai que dans ce pays, avoir un trouble figurant dans le manuel de l'Association américaine de psychiatrie ouvre l'accès aux soins et permet de bénéficier de mesures psycho-éducatives adaptées. Pour qualifier ces dérégulations émotionnelles de l'enfant, le DSM-5, publié en 2013, a créé une nouvelle catégorie diagnostique (le « trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur ») afin de tenter d'enrayer ce phénomène d'inflation diagnostique.

À l'autre extrême de la vie, lorsque la maladie bipolaire se déclare après l'âge de cinquante ans, le trouble est dit « à début tardif ». Dans ce cas, il comporte certaines caractéristiques : on retrouve moins d'antécédents dans la famille et les épisodes semblent durer moins longtemps. Pendant les crises, l'humeur associe souvent des éléments dépressifs et maniaques : elle est alors qualifiée de « mixte ». Après cinquante ans, il convient de rechercher des pathologies neurologiques qui peuvent se révéler par des épisodes maniaques ou dépressifs plus ou moins typiques. Le vieillissement de la population laisse probablement présager un grand avenir à l'étude des troubles bipolaires chez le sujet âgé : une maladie de tout temps et de tout âge...

Que sais-je sur le thème : bipolaire ou pas bipolaire ?

- Nous avons tous une humeur bipolaire.
- Seul 1 % de la population générale souffre d'un trouble bipolaire typique et 2 à 3 % d'une forme atténuée (spectre bipolaire), soit environ 1,5 million de personnes en France.
- Les concepts médicaux de manie et de mélancolie remontent à l'Antiquité, mais la description moderne de la maladie maniaco-dépressive remonte à la fin du XIX^e siècle.
- La dénomination de troubles bipolaires s'est imposée internationalement à la fin des années 1980.
- Les troubles débutent dans la majorité des cas au sortir de l'adolescence et au début de l'âge adulte, même si des formes très précoces et d'autres plus tardives sont décrites.
- Les femmes sont autant touchées que les hommes, mais elles présentent plus d'épisodes dépressifs et une évolution souvent moins favorable.

1. Jean Delay (1907-1987), de l'Académie française, est le psychiatre qui a découvert les neuroleptiques et contribué à la création de l'Association mondiale de psychiatrie.

2. E. Martin, *Voyage en terre bipolaire. Manie et dépression dans la culture américaine*, trad. C. Salgues, Paris, Rue d'Ulm, 2013.

3. Hippocrate/Polybe, *De natura hominis [Nature de l'homme]*, IV, trad. J. Jouanna, Berlin, Akademie-Verlag, 1975 p. 172.

4. Galien, *De locis affectis*, III, 10, trad. Ch. Daremberg, 1856.

5. Le plus ancien document médical connu à ce jour, le papyrus égyptien d'Ebers, daté du XVI^e siècle avant J.-C., comporte, dans son *Traité du cœur*, une description de quelques symptômes de la dépression.

CHAPITRE II

Comment se manifestent les troubles bipolaires ?

« Dans la mélancolie, le cerveau et les esprits animaux sont obscurcis par la fumée, la manie peut être comparée à un incendie destiné à les dissiper et à les illuminer. »

Thomas WILLIS

L'alternance cyclique de phases d'humeur pathologique constitue le cœur de la maladie bipolaire. La crise maniaque marque une rupture nette avec l'état habituel du sujet et peut être considérée comme un véritable incendie de forêt, alors qu'une phase d'hypomanie sera plutôt comparable à un simple feu de cheminée et l'épisode dépressif à un amas de cendres...

I. – L'épisode maniaque, l'hypomanie, les phases dépressives et l'humeur mixte

1. **L'épisode maniaque.** – Au sens psychiatrique, la manie renvoie, étymologiquement, à un « délire agité ». Spécifique du trouble bipolaire de type 1, elle est le trouble mental le plus anciennement décrit et touche

essentiellement trois sphères : l'humeur, les pensées (cognitions) et le comportement (moteur et général).

L'embrassement émotionnel est total. Le sujet se montre extrêmement réceptif à tous les stimuli de son environnement. L'humeur est d'une versatilité exceptionnelle, et l'emballement moteur, très impressionnant. Le sujet ne tient pas en place, il gesticule, s'agite de manière continue, jour et nuit, puisque l'insomnie est le plus souvent totale plusieurs jours de suite. Dans le DSM-5, l'augmentation pathologique de l'énergie et de l'activité motrice est aujourd'hui considérée comme le premier critère de manie, au côté de l'élévation extrême de l'humeur, et ce pendant au moins une semaine.

Le discours est si abondant qu'il évoque une véritable diarrhée verbale (appelée « logorrhée »), les propos pouvant devenir délirants et s'accorder, dans le registre de la mégalomanie, à l'humeur euphorique ou à l'humeur irritable et verser alors dans la persécution.

Dans les formes les plus graves, le patient peut aussi être victime d'hallucinations auditives. Dans près de la moitié des cas, ceux qui souffrent d'un trouble bipolaire de type 1 présentent des symptômes psychotiques (c'est-à-dire des idées délirantes ou des hallucinations) au cours des crises maniaques ou dépressives.

Dans la grande majorité des cas, la personne n'a pas du tout conscience du caractère extrêmement pathologique de son état maniaque, qui conduit le plus souvent pour protéger le patient à une hospitalisation sans consentement, au cours de laquelle le corps médical dispensera les soins nécessaires. L'hospitalisation a d'ailleurs été considérée comme un des critères diagnostiques.

Principaux symptômes possibles lors d'un épisode maniaque

<i>Caractéristiques de l'humeur</i>	<i>Pensées/cognitions possibles</i>	<i>Comportement moteur et général</i>
Euphorie	Mégalomanie	Hyperactivité motrice
Irritabilité	Accélération du cours de la pensée, coq-à-l'âne	Insomnie (souvent totale)
Tristesse	Persécution	Diarrhée verbale
Instabilité	Idées délirantes	Écrits interminables et incohérents
Expansivité	Hallucinations (le plus souvent auditives)	Extravagance, chants à tue-tête
		Désinhibition (nudité, hypersexualité)
		Dépenses inconsidérées
		Agressivité, violence

Les troubles du comportement s'accompagnent assez fréquemment d'une désinhibition instinctuelle importante et d'une perte des convenances sociales. Avant le développement des traitements médicamenteux efficaces, la crise maniaque durait deux à trois mois (parfois huit) et pouvait conduire au décès par déshydratation ou par accident.

Ce genre d'épisode survient généralement assez rapidement, en quelques jours, souvent après un événement stressant ou émotionnellement intense, ou encore dans le cadre d'un bouleversement des rythmes de vie. La consommation de toxiques (comme le cannabis ou la cocaïne) peut également provoquer un épisode maniaque. Le risque de récurrence est très élevé et peut atteindre 90 % si des mesures thérapeutiques adaptées ne sont pas mises en place.

Au cours d'une hospitalisation, les principaux symptômes régressent en quelques semaines, généralement trois ou quatre. En revanche, il faut souvent quelques mois de convalescence avant que le sujet ne retrouve un fonctionnement (intellectuel, relationnel, professionnel) totalement normal. Dans près de 50 % des cas, la crise maniaque sera suivie d'un épisode dépressif caractérisé, qui peut être considéré comme un contrecoup des dérèglements biologiques cérébraux induits par la manie.

Dans certains cas, le plus souvent masculins, le trouble bipolaire ne peut s'exprimer que par la manie, sans phases dépressives secondaires ou inaugurales.

Témoignage de Véronique Dufief : le vécu d'un épisode maniaque

La première bouffée délirante que j'ai subie et qui a été suivie de ma première hospitalisation a eu lieu alors que j'avais vingt-cinq ans. J'étais alors élève à l'École normale supérieure de Fontenay-Saint-Cloud. J'ai commencé par n'avoir plus goût à rien. La littérature qui jusqu'alors m'avait passionnée ne présentait plus aucun attrait pour moi. J'étais tellement lasse de fonctionner presque exclusivement sur le mode cérébral que j'ai imaginé un moment me réorienter pour devenir technicien forestier au service des Eaux et Forêts, avec la rêverie d'un retour idyllique à la nature... Mais quand j'ai réalisé que pour valider cette formation, il me faudrait à nouveau me plonger dans les livres, j'ai baissé les bras, terrassée par un découragement sans nom. Dans les années qui ont précédé la déclaration de la maladie, j'ai travaillé littéralement « comme une folle », douze à quatorze heures par jour, sept jours sur sept, pendant trois années consécutives, décrochant coup sur coup trois concours : concours d'entrée à l'ENS, CAPES, agrégation. Le surtravail est le seul moyen que j'avais trouvé à l'époque pour tenir en respect une angoisse qui vacillait par moments vers la sidération suicidaire.

J'ai fini par me retrouver face à moi-même, dégoûtée de tout. Je voulais jeter tous mes livres. J'ai commencé à errer dans Paris, me laissant conduire comme un brimborion par le mouvement de la ville : feux rouges, sens interdits qui devenaient des signes venus de l'au-delà pour diriger mon chemin. Je hantais les églises, j'y chantais parfois à pleine voix. Je suis même allée frapper à la porte d'ATD Quart-Monde, pour proposer de l'aide – ou pour en recevoir ? Je m'attardais à parler avec des SDF, comme si, vivant eux-mêmes dans la misère, ils pouvaient me révéler le secret de la mienne.

J'ai pris en route le pèlerinage de Chartres, toujours talonnée par la même détresse. Le prêtre qui m'a confessée était loin d'être armé pour me porter le moindre secours. Je suis revenue à la case départ de ma désespérance, plus seule que jamais. Tout se mélangeait dans ma tête : je me demandais avec anxiété ce que Dieu pouvait bien attendre de moi. Lors d'une veillée de prière charismatique, j'ai fait à haute voix une prière : « Seigneur, délivre-moi de mes carcans. » Le surlendemain, j'étais à l'hôpital. En effet, tout a commencé alors à se déliter. Le soir, je me suis mise à écrire, sans pouvoir plus m'arrêter. J'ai écrit jusqu'à l'aube, sur tous les supports possibles, cartes, feuilles volantes, Post-It, que je collais méticuleusement dans un cahier. Impossible d'enrayer ce flux mental qui charriait à tort et à travers des références le plus souvent religieuses, mêlées à mille et une scories hétéroclites dont le sens me paraissait pourtant lumineux, évident. Je survolais en esprit des espaces radieux, comme si, chaussée de bottes de sept lieues, je pouvais parcourir l'empyrée. J'avais le sentiment enivrant que tous les secrets du monde

m'apparaissaient dans une lumière accessible à moi seule. Tout coulait de source dans une clarté d'outre-monde. J'aurais pu vaticiner à l'envi.

Le lendemain, la directrice de l'École, qui connaissait bien ce genre de débordements affectant parfois les normaliens un peu trop brillants pour ne pas être catastrophiquement fragiles, m'a proposé d'aller voir un ami à elle qui saurait m'aider à comprendre ce qui m'arrivait. C'est ainsi que j'ai « échoué », car c'était pour moi un vrai naufrage, à l'hôpital Paul-Brousse de Villejuif, où le remarquable médecin qu'était le docteur Bompard, aujourd'hui décédé, sut me convaincre que j'avais besoin de me reposer et que le meilleur lieu pour ce faire était le service psychiatrique où il m'accueillait.

Je suis restée là trois mois, puis j'ai passé quatre mois encore dans une maison de repos. J'étais en mille morceaux, et il allait falloir pendant des années faire le minutieux travail archéologique de l'analyse pour reconstituer ce vase précieux mais désintégré : mon cœur et mon corps dévastés.

2. L'hypomanie. – Le terme « hypomanie » est attribué à un neuropsychiatre allemand, Emmanuel Mendel (1839-1907). Il qualifie les manies atténuées ou avortées. Pour reprendre la métaphore du feu et de la fumée, chère à Thomas Willis, l'hypomanie est un incendie plus circonscrit dans le temps (au moins quatre jours consécutifs, selon le DSM-5) et en intensité, même si l'on y retrouve la plupart des symptômes de la crise maniaque, à l'exception des idées délirantes et des hallucinations. Dans un tiers des cas, on peut trouver des symptômes dépressifs associés.

Le plus souvent, le sujet en état hypomaniaque se sent très bien, rempli d'énergie, il foisonne d'idées, son discours est abondant, son humeur joviale et quelque peu irritable. Le besoin de sommeil est réduit à trois à quatre heures par nuit. L'entourage perçoit un changement notable dans le comportement du sujet, qui contraste avec sa personnalité habituelle. Les patients repèrent moins d'une fois sur deux leurs épisodes hypomaniaques : ils identifient plus facilement l'augmentation de l'énergie que l'euphorie de l'humeur.

Même si la frontière entre la normalité (et plus encore avec le tempérament hyperthymique) et l'hypomanie est bien moins nette que dans

la crise maniaque, la phase d'hypomanie n'en demeure pas moins un état pathologique qui définit le trouble bipolaire de type 2, quand elle est associée à des épisodes dépressifs caractérisés. Si la maladie bipolaire respecte la parité entre les sexes, les femmes, plus sujettes à la dépression que les hommes, souffrent plus souvent d'un trouble de type 2, qui est tout aussi grave, tant le risque suicidaire est élevé, et dont sont importantes les conséquences des phases d'hypomanie sur la vie affective ou professionnelle ; les taux de divorces et de pertes d'emploi sont plus élevés que dans la population générale.

3. Les phases dépressives. – Dans les troubles bipolaires, les phases dépressives peuvent prendre plusieurs formes, même si les classifications actuelles (DSM ou CIM) ne décrivent qu'un unique ensemble de critères pour l'épisode dépressif caractérisé. Comme dans la manie, les symptômes vont affecter l'humeur, les pensées et le comportement.

La tristesse, le sentiment de vide, la perte de tout ressort intérieur donnent au sujet une impression d'inertie totale. Le pessimisme règne en maître sur l'intelligence. Les idées noires et les ruminations anxieuses sont fréquentes et peuvent faire le lit d'un projet suicidaire. Parfois, le sujet peut entrer dans un véritable délire mélancolique : il acquiert la conviction d'avoir ruiné toute sa famille, d'être coupable de forfaits abjects, voire, ce qui est plus rare aujourd'hui dans le contexte actuel de déchristianisation, d'être voué à un châtiment divin.

Déjà controversé d'un point de vue médical au XIX^e siècle en raison de sa grande résonance littéraire et philosophique, le terme « mélancolie » n'a pourtant pas totalement disparu de la clinique psychiatrique. Il qualifie une forme particulière de dépression, où prédominent certains symptômes : un désespoir immense et une souffrance psychique extrême (ou « douleur morale ») envahissent le sujet ; sa vie émotionnelle s'éteint totalement (c'est l'« anesthésie affective ») ; il se réveille très tôt, vers 4 heures du matin, avec des pensées très négatives, voire suicidaires.

Pour le DSM-5, la présence de ces symptômes constitue un épisode dépressif avec caractéristiques mélancoliques. Certains auteurs comme Frederick Goodwin et Kay Jamison, fidèles en cela à Emil Kraepelin, estiment que les dépressions mélancoliques à répétition s'intègrent pleinement à la maladie bipolaire, même en l'absence de crises maniaques ou d'hypomanies.

Sur le plan du comportement moteur, deux formes cliniques peuvent être distinguées. La première, classique, où prédomine, à l'inverse de la crise maniaque, un ralentissement moteur extrême qui peut aller jusqu'à une quasi-paralysie, appelée « catatonie » ou « stupeur ». La seconde est la dépression agitée ou anxieuse, où le sujet présente une instabilité motrice, comme s'il ne tenait pas en place en raison d'un sentiment douloureux difficilement descriptible.

Plus d'une fois sur deux, c'est par une phase dépressive que la maladie bipolaire se déclare. Dans ce cas, le diagnostic de trouble bipolaire de type 1 se pose aisément si une crise maniaque survient ultérieurement. Une fois sur deux, la crise maniaque est suivie d'une phase dépressive, où prédominent le ralentissement important de l'activité motrice et le sentiment d'anesthésie affective. Si le traitement est adapté, cette phase peut évoluer favorablement, mais des études ont montré qu'en dix ans un patient sur deux souffrant d'un trouble bipolaire de type 1 conserve de manière continue des symptômes dépressifs, souvent difficiles à éradiquer. On parle alors de syndrome « subdépressif chronique ».

S'il s'agit d'un trouble de type 2, le retard au diagnostic sera souvent plus important (jusqu'à parfois dix ans) ; la mauvaise, voire l'absence de perception du caractère pathologique des hypomanies par le sujet lui-même, est sans doute un des éléments explicatifs. L'entourage peut apporter alors une aide précieuse au médecin pour évoquer le diagnostic. Si le malade ne fait pas l'objet d'une prise en charge thérapeutique adaptée, son état de

santé peut s'aggraver. Le risque de tentative de suicide serait plus élevé chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire de type 2.

Devant toute phase dépressive, il convient de rechercher des indices de bipolarité, appelés aussi facteurs prédictifs, qui peuvent éveiller l'attention et orienter la réflexion diagnostique du psychiatre :

un début précoce, c'est-à-dire avant vingt-cinq ans ;

des antécédents familiaux de dépression et surtout de troubles bipolaires ;

l'existence d'un tempérament affectif sous-jacent ;

la survenue de la dépression dans le contexte du post-partum (c'est-à-dire dans les six mois qui suivent l'accouchement) ;

l'évolution des symptômes dépressifs au cours de la journée, allant du mal-être matinal à une amélioration le soir venu ;

un appétit accru et beaucoup de temps passé au lit (sans véritable sommeil profond et réparateur) ;

une réponse inhabituelle aux médicaments antidépresseurs, soit anormalement rapide ou, à l'inverse, partielle voire inexistante.

Témoignage de Véronique Dufief : le vécu d'une phase dépressive

Après la naissance de ma fille cadette, j'ai fait un baby-blues dramatique. La tristesse est venue insensiblement, mais a fini peu à peu par m'enserrer dans ses tenailles et me tétaniser. Je refusais catégoriquement d'aller voir le psychiatre qui m'avait suivie jusque-là et dont le prêchi-prêcha m'était devenu insupportable. En désespoir de cause, j'ai consulté le spécialiste le plus proche de chez moi, qui, ne me connaissant pas, a reconduit mon ordonnance, sans mesurer la détresse abyssale qui était en train de me submerger.

Tout était devenu atrocement lourd. Le poids du jour m'écrasait. Impossible d'aller faire les courses de la semaine : un exploit de titan devenu totalement hors de ma portée. À la fin, n'en pouvant plus, j'ai avalé tous les médicaments que j'avais à portée de main, bien sûre que je ne mettais pas ma vie en danger, mais que cette alarme violente me vaudrait les soins dont j'avais besoin et que je ne savais plus comment obtenir. Les pompiers venus à mon secours me diront de demander de l'aide, plus simplement, la prochaine fois. Pourquoi tout est donc si impossible quand on est terrassé par l'angoisse au point de ne plus être capable d'imaginer autre chose que des plans catastrophes et des scénarios de fin du monde ?

C'est ainsi que j'ai atterri à Sainte-Anne. Une encre noire remontée d'on ne sait quel drain avait envahi peu à peu et imbibé la moindre de mes pensées : impossible d'envisager la plus petite chose qui ne soit défigurée, disséquée, épinglée avec la cruauté d'un pessimisme sans remède en face duquel le brave Schopenhauer fait figure d'enfant de chœur. L'humour peut perdurer dans ce marasme, mais il est toujours sombre, acide, mordant, incisif.

Vers 8 ou 9 heures, un infirmier vient me réprimander si je tarde à m'extirper de cette somnolence matinale que j'essaie d'entretenir par mille et un artifices, pour reculer chaque jour, le plus tard possible, le moment où il me faut affronter la journée : l'atroce devoir de vivre et de traverser l'épaisseur nauséuse de l'angoisse qui ne relâche son étau qu'en fin d'après-midi, quand la perspective de sombrer à nouveau dans l'oubli du sommeil vient donner aux patients du service le seul répit de leur enfer quotidien.

C'est chaque jour le même jour, interminable. « Le soir, je me dis : à quand le matin ? Et le matin, je me dis : à quand le soir ? » Ce psaume décrit une souffrance immémoriale, le mal de vivre qui meurtrit les plus fragiles et les fait étouffer dans cet enfer psychique où l'on ne peut s'empêcher d'ajouter foi au sentiment fatal que ça n'aura donc jamais de fin. « Ça » : la nausée immonde d'être condamnée à vivre. De savoir qu'on n'aura jamais la force d'en finir avec le supplice, qu'il faut l'endurer, et que rien n'en desserre l'étau.

Rien ? Si. L'antidépresseur qu'on me prescrit alors fait son effet, selon l'usage, très rapidement : au bout de quinze jours. Quel répit ! Et que je suis heureuse de vivre

maintenant, plutôt qu'au XIX^e siècle, et de pouvoir bénéficier des tout récents progrès de la médecine, qui font vraiment merveille. Néanmoins, quoique ce changement me soulage, je suis déboussolée de voir une substance chimique produire une telle révolution, non seulement sur le cours de mes pensées qui ont déserté les steppes de la tristesse pour revenir sur des rives plus riannes, mais sur l'objet, le contenu même de mes pensées... *Exit* le pessimisme à tout crin ! *Exit* le négativisme ravageur qui écrase tout sans pitié sous son inexorable meule ! Pourtant, quel est donc cet hôte mystérieux qui peut pénétrer jusque dans le lieu le plus secret de ma conscience, jusque dans la perception que j'ai de moi-même ? Il y a de quoi se révolter d'une si insidieuse violation de domicile, même pratiquée avec les meilleures intentions du monde. Pendant longtemps, je resterai fâchée avec un Dieu qui permet que mon « âme » – ce que je perçois comme étant mon être le plus intime – soit sujette à des remaniements *chimiques* produits par un agent totalement extérieur.

4. **L'humeur mixte.** – Les épisodes de la maladie bipolaire occasionnent un dérèglement biologique des structures cérébrales (temporales internes et préfrontales) impliquées dans la production et la régulation des émotions. L'instabilité de l'humeur et la plupart des symptômes pendant les crises en sont la traduction. Pendant un épisode maniaque ou hypomaniaque, des symptômes dépressifs peuvent se manifester et, à l'inverse, des signes d'excitation motrice ou psychique peuvent être associés aux phases de dépression.

Les médecins du XIX^e siècle avaient déjà décrit ces formes cliniques particulières. Emil Kraepelin considère qu'il s'agit d'états mixtes (*Mischzustände*), qui regroupent les dépressions anxieuses, agitées et les manies avec inhibition motrice ou avec humeur triste (dysphorique). Ces états peuvent être considérés comme des phases de transition (d'un épisode pathologique à l'autre mais aussi au moment où l'humeur se stabilise de nouveau) ou encore comme des crises autonomes. Leur diagnostic, même pour des psychiatres aguerris, est loin d'être évident.

Les classifications internationales actuelles, le DSM-5 en particulier, ont préféré considérer que leur autonomisation manquait de validité scientifique

et proposent de distinguer les épisodes dépressifs avec caractéristiques mixtes de l'humeur si trois symptômes maniaques sont présents et les crises maniaques avec caractéristiques mixtes si trois symptômes dépressifs sont dénombrés. Certains ont émis l'hypothèse que l'existence d'un tempérament affectif de polarité inverse à l'épisode pouvait favoriser l'apparition de cette mixité de l'humeur : un tempérament dépressif sous-jacent à un épisode maniaque ou au contraire un tempérament hyperthymique associé à une phase dépressive.

Dans le cadre des crises de la maladie bipolaire, les caractéristiques seraient mixtes près d'une fois sur deux. La dépression mixte touche plus souvent les femmes. Son évolution est moins favorable, la durée d'hospitalisation étant plus longue, les symptômes psychotiques plus fréquents et le risque suicidaire et de rechute plus élevé. Il existe deux formes principales de dépression mixte : l'une où prédominent l'irritabilité et l'accélération des pensées et du discours, et l'autre l'instabilité comportementale, voire l'agitation motrice. Pour différencier la dépression mixte d'autres diagnostics psychiatriques (comme le trouble borderline par exemple), il est important de constater une rupture dans le comportement et les réactions habituels du sujet.

Lors des crises maniaques, la labilité émotionnelle est très fréquente. Il est courant qu'un patient en pleine phase maniaque nourrisse des idées tristes, pleure, et même qu'il tienne des propos suicidaires. La manie dite alors « dysphorique » serait plus fréquente à l'adolescence qu'à l'âge adulte, ce qui peut contribuer à l'errance diagnostique. Près d'une fois sur deux, des symptômes dépressifs peuvent aussi être présents lors d'une phase hypomaniaque. L'hypomanie mixte serait plus fréquente chez les femmes.

La présence de symptômes mixtes lors des crises de la maladie bipolaire rend le diagnostic plus délicat et la prise en charge thérapeutique plus complexe. Le dérèglement de l'humeur qui s'exprime lors de ces phases

pathologiques par une instabilité émotionnelle et comportementale est-il perceptible entre les épisodes ?

II. – Le fonctionnement entre les crises

Le concept d'euthymie, dont l'étymologie signifie « bonne humeur », peut être considéré comme un mythe psychologique si l'on entend par là une parfaite stabilité de l'humeur, laquelle, par définition, oscille constamment. Ce terme a longtemps été utilisé pour qualifier le retour à l'équilibre après la rémission d'un épisode de la maladie bipolaire. Mais la question de l'état clinique des patients entre les crises a été négligée pendant de nombreuses années. Assez récemment, des travaux ont cherché à évaluer si, oui ou non, les symptômes disparaissaient durant ces périodes que l'on qualifie d'« intercritiques ».

Dans presque la moitié des cas, des symptômes (dits « résiduels ») persistent à distance des crises, de manière infraliminaire ; sans parler pour autant de rechute, leur nombre et leur intensité étant insuffisants. Ces symptômes résiduels, dépressifs ou maniaques, se retrouvent plus volontiers après une crise maniaque au cours de laquelle le patient a eu des hallucinations et des idées délirantes, lorsque la durée de l'épisode a dépassé un mois, ou encore quand la personne bipolaire souffre aussi d'autres pathologies psychiatriques (comme les addictions ou les troubles anxieux).

Souvent associés à un retard de la mise en place d'un traitement stabilisateur adéquat, les symptômes résiduels constituent un mauvais indicateur pronostique. Le risque de rechutes augmente en moyenne de 25 % et la durée de l'intervalle entre deux crises est divisée par cinq... Enfin, ces symptômes résiduels ont un retentissement négatif sur la qualité

de vie des patients, la régularité des prises médicamenteuses et la réinsertion socioprofessionnelle.

Dans environ 15 % des cas, la maladie bipolaire peut se révéler très active. S'il existe plus de quatre épisodes pathologiques par an, le trouble bipolaire est dit « à cycles rapides ». Cette forme de la maladie touche plus souvent les femmes (dans deux tiers des cas). Décrite avant l'avènement des médicaments, elle peut toutefois être aggravée par la prescription des antidépresseurs ou par la consommation de substances toxiques psychoactives. Elle est également fréquente en cas de pathologies neurologiques, thyroïdiennes, ou encore de syndrome d'apnées du sommeil associé.

L'imagerie cérébrale a mis en évidence la persistance, en période intercritique et même en l'absence de tout symptôme, de l'hyperréactivité émotionnelle chez les patients, mais aussi chez leurs apparentés de premier degré (parents ou enfants) indemnes. À distance des épisodes et malgré les prises en charge thérapeutiques adaptées, les dérèglements intracérébraux demeurent comme la trace émotionnelle indélébile de la maladie dans la vie neuronale des personnes atteintes d'un trouble bipolaire.

La mémoire, l'attention, la concentration et d'autres fonctions cognitives, comme la vitesse avec laquelle une information est traitée, sont affectées lors de ces épisodes. Elles restent altérées dans près de 50 % des cas pendant la période intercritique. Ces troubles cognitifs seraient plus fréquents chez les patients qui souffrent d'un trouble bipolaire de type 1. Ils surviennent plus volontiers après un épisode avec symptômes psychotiques. Ces troubles cognitifs altèrent la qualité de vie, la régularité des prises du traitement et la réinsertion sociale et professionnelle.

Présents dès la première crise de la maladie bipolaire, ces déficits cognitifs pourraient également précéder le début du trouble. Ce caractère prodromique en fait des signes de choix à traquer chez les sujets à très haut risque de développer la maladie, en raison de leurs antécédents familiaux.

III. – Les limitations de la liberté individuelle et les mises en danger d'autrui

Lors des épisodes maniaques ou dépressifs, la maladie bipolaire peut altérer considérablement le comportement et le discernement. Souvent, le patient n'a pas conscience du caractère hautement pathologique de la crise ou bien il ne perçoit pas la nécessité des soins.

1. **Les hospitalisations sans consentement.** – En France, la loi du 5 juillet 2011 régit les modalités d'hospitalisation en psychiatrie, en l'absence du plein accord de la personne à soigner. À la demande du Conseil constitutionnel, ce dispositif juridique est venu réformer la loi Évin du 27 juin 1990 (qui elle-même avait succédé à celle de 1838), pour s'harmoniser avec les législations européennes et la loi Kouchner du 4 mars 2002 sur les droits du patient.

Les hospitalisations sans consentement sont plus fréquentes au début de la maladie et lors des épisodes très sévères (délirants notamment). Cette nouvelle loi de 2011 garantit l'information du patient sur ses droits et recours et exige le contrôle de l'ensemble de l'hospitalisation par le juge des libertés et de la détention.

Souvent difficilement vécues par les patients et leurs proches, ces mesures de soins sous contrainte sont nécessaires quand l'état psychique du sujet rend impossible d'obtenir son plein accord et que les soins relèvent de l'urgence. Le plus souvent, cette hospitalisation intervient à la demande d'un tiers (conjoint, enfants, parents ou proches) et est validée au vu des certificats médicaux successifs réalisés par les psychiatres. Dans les cas où la recherche d'un tiers s'est révélée infructueuse, le médecin peut recourir à une hospitalisation pour péril imminent.

Si l'état du patient s'accompagne de troubles du comportement pouvant porter atteinte à l'ordre public ou à la sécurité des personnes, l'hospitalisation peut être demandée par un représentant de l'État (le maire

ou le préfet). La loi de 2011 ouvre aussi la possibilité d'organiser des soins ambulatoires sans le consentement du patient. Il s'agit le plus souvent d'un programme d'accompagnement thérapeutique personnalisé, qui inclut des visites à domicile, la participation à des activités thérapeutiques à temps partiel ou des hospitalisations de jour.

2. Les mesures de protection juridique. – Il arrive, essentiellement lors des crises maniaques ou des phases d'hypomanie, que la personne commette des actes qui lui portent préjudice, par exemple en réalisant des dépenses inconsidérées. Le patient peut être facilement abusé par autrui et se laisser entraîner dans des acquisitions saugrenues, qui peuvent le placer dans de graves difficultés financières et administratives.

En France, la protection des biens et des personnes est régie par la loi du 5 mars 2007, qui a réformé le droit des majeurs protégés. Quand un médecin constate qu'en raison de son état de santé pathologique un patient s'est mis dans une situation pouvant mettre à mal sa sécurité matérielle, il peut saisir le procureur de la République qui, sur la foi d'un certificat circonstancié, peut prononcer une sauvegarde de justice valable un an, et renouvelable une fois. Cela permet au sujet d'annuler des actes, des décisions, des signatures qu'il aurait pu commettre ou engager au cours de la crise.

Si l'évolution de la maladie bipolaire le requiert, des mesures de protection plus structurées peuvent être prononcées par le juge au terme d'une procédure instaurée à la demande d'un proche de la personne à protéger, et après une expertise psychiatrique réalisée par un médecin agréé auprès des tribunaux. Une curatelle ou une tutelle peuvent être prononcées pour une durée maximale de cinq ans, reconductible indéfiniment si l'état de santé du sujet l'exige.

La loi de 2007 offre également la possibilité au patient de désigner une personne qui serait son représentant légal en cas d'aggravation de sa maladie occasionnant une perte d'autonomie. Ce mandat de protection

future peut être ratifié devant notaire, ou acté par la signature d'un sous-seing privé.

3. Les comportements dangereux pour autrui. – De nombreuses études ont été consacrées à l'étude des comportements violents chez les patients qui souffrent de schizophrénie. Les travaux concernant les troubles bipolaires sont beaucoup plus rares. Quelques-uns ont été réalisés en population générale, parmi des patients hospitalisés ou en suivi ambulatoire, et chez des personnes détenues en milieu pénitentiaire.

Alors qu'en population générale la fréquence des délits et des actes criminels est estimée entre 1 et 2 %, en cas de troubles bipolaires celle-ci augmenterait jusqu'à 10, voire 15 % selon les études. Toutefois, le risque est significatif essentiellement quand d'autres troubles sont associés à la maladie bipolaire, tels que les addictions, qui augmentent les conduites à risque, l'impulsivité, les comportements agressifs et les accidents.

Dans ce cas, on retrouve aussi des antécédents de violences ou de traumatismes dans l'enfance ou l'adolescence. Le chômage et l'isolement affectif ont également un poids considérable sur la dangerosité potentielle. Pour beaucoup d'auteurs, le trouble bipolaire en soi n'augmenterait que très peu, voire pas du tout, la dangerosité des personnes qui en sont atteintes, et serait limité à 2, voire 3 %, soit une fréquence très proche de celle de la population générale.

Lors des crises maniaques, le sujet est agité, son attention est très flottante, il est souvent désinhibé sur le plan instinctuel. Ces troubles du comportement peuvent être à l'origine d'attitudes hétéro-agressives ou provocatrices, limitées le plus souvent à la sphère verbale. Si le sujet est alcoolisé ou drogué, le risque augmente de le voir causer un accident sur la voie publique.

Les patientes en état maniaque sont malheureusement parfois victimes d'abus, voire d'agressions sexuelles ; les hommes, quant à eux, peuvent adopter des conduites exhibitionnistes ou des comportements qui

s'apparentent aux attentats à la pudeur. Mais les crises maniaques font des patients le plus souvent les victimes ou les auteurs involontaires d'actes délictueux, et les expertises psychiatriques atténuent, voire annulent leur responsabilité pénale si le diagnostic est connu ou correctement posé.

IV. – Le risque suicidaire

Hantise de tout psychiatre, la plus grande mise en danger induite par la maladie bipolaire concerne le patient lui-même...

La France est le pays d'Europe où le taux de mort par suicide est le plus élevé et celui où la prescription de lithium est la plus faible. Or les sels de lithium sont le seul traitement à avoir fait la preuve de leur efficacité dans la prévention du risque suicidaire.

Les personnes qui souffrent d'un trouble bipolaire sont particulièrement exposées à la mort par suicide : 20 fois plus que la population générale ; 40 % d'entre elles feront au cours de leur vie au moins une tentative de suicide et 10 % décéderont d'un suicide... 90 % des patients bipolaires font leur tentative de suicide pendant les phases dépressives, contre seulement 10 % lors des crises maniaques.

La détermination (appelée aussi « intentionnalité ») suicidaire est souvent très forte chez les patients bipolaires : au cours de la maladie, seules quatre tentatives suffisent pour aboutir au geste fatal, contre vingt-cinq dans la population générale. Quelles sont les raisons qui conduisent à un tel geste de désespoir ?

Sur ce point, les études ne concordent pas, mais il semble que les personnes souffrant d'un trouble bipolaire de type 2 soient plus exposées au risque de mort par suicide que les sujets présentant un trouble de type 1. Le différentiel vertigineux entre le vécu émotionnel des hypomanies et des dépressions joue-t-il un rôle particulier ? La douleur psychique extrême

(appelée aussi « morale ») constitue sans doute le moteur d'un geste autodestructeur où le patient pense trouver la seule issue à sa souffrance intérieure, indescriptible et intolérable.

Dans certains cas, heureusement fort rares, mais qui défraient la chronique des faits divers, il arrive qu'un patient souffrant d'un épisode dépressif (le plus souvent délirant) emporte ses proches dans son geste suicidaire, pensant par là les préserver de la souffrance aiguë à laquelle il les croit aussi condamnés. On parle alors de suicide « altruiste ».

Au cours de la maladie bipolaire, trois situations sont à haut risque suicidaire : le début, les phases dépressives sévères et les états de transition. Quand l'humeur mixte s'accompagne d'un retour de l'énergie motrice, elle peut favoriser les passages à l'acte.

Les antécédents familiaux de suicide, la gravité des tentatives antérieures, la précocité de la maladie bipolaire, la présence de cycles rapides (plus de quatre par an), l'existence de troubles anxieux ou addictifs associés, de traumatismes affectifs pendant l'enfance ou de facteurs de stress important récent sont autant d'éléments qui augmentent le risque suicidaire.

Dans la biographie familiale ou personnelle, une mort par suicide est l'un des indices qui peuvent orienter le psychiatre et l'inciter à explorer l'hypothèse d'une maladie bipolaire non diagnostiquée.

V. – Aux frontières des troubles bipolaires

Les maladies qui affectent le cerveau peuvent toucher une région précise (sous la forme d'une tumeur ou d'un accident vasculaire) ou altérer le fonctionnement de réseaux plus diffus de neurones impliqués dans certaines fonctions. Les premières maladies se situent plutôt dans le champ de la neurologie, les secondes, dans celui de la psychiatrie.

L'architecture cérébrale étant complexe, les pathologies qui se caractérisent par des dysfonctionnements de réseaux neuronaux peuvent comporter des lignes de démarcation assez poreuses, ce qui peut rendre les frontières entre deux maladies assez floues. La maladie bipolaire, qui atteint les réseaux impliqués dans la régulation des émotions, ne fait pas exception à la règle. Si les troubles mentaux doivent être distingués, force est de constater qu'ils sont le plus souvent associés les uns aux autres.

Il est nécessaire de parvenir à un diagnostic précis, car la prise en charge thérapeutique requiert des choix stratégiques spécifiques. Mais une telle démarche n'est pas toujours aisée : les symptômes peuvent être identiques et se chevaucher avec ceux d'une autre maladie. De plus, avec le temps, une pathologie peut se convertir en une autre. Trois troubles méritent d'être distingués de la maladie bipolaire.

1. **Le trouble *borderline*.** – Comme la maladie bipolaire, le trouble *borderline* trouve très probablement son origine dans une dérégulation des émotions. Toutefois, contrairement à celui-là, il ne s'exprime pas par phases cycliques de plusieurs jours ou de plusieurs semaines, mais plutôt par une tendance générale à l'impulsivité. Les idées noires et les velléités suicidaires ou autoagressives sont fugaces ; et il existe des ruptures brutales dans le vécu intérieur et le comportement, associées à une mauvaise estime de soi.

Maladie bipolaire et trouble *borderline* présentent toutefois de nombreuses similitudes : ils s'accompagnent souvent d'autres pathologies psychiatriques (addictions, troubles anxieux), leur mortalité suicidaire est d'environ 10 %. Dès lors, même pour des psychiatres spécialisés dans la prise en charge des troubles de l'humeur cette distinction diagnostique peut être très subtile, et ce, d'autant plus que les deux troubles sont associés dans près de 50 % des cas ! La frontière entre trouble bipolaire de type 2, trouble *borderline* et tempérament cyclothymique est souvent à reconsidérer au cours de l'évolution de la maladie.

Pour diagnostiquer un trouble *borderline*, on pourrait énumérer les caractéristiques suivantes :

il apparaît moins précocement que les troubles bipolaires ;
des facteurs déclenchants sont impliqués en plus grand nombre (traumatismes affectifs, vécus d'abandon...) ;
le sujet révèle une tendance de fond à l'impulsivité ;
dans 75 % des cas, le diagnostic porte sur des femmes ;
les gestes autoagressifs sont fréquents (scarifications, automutilations...) ;
la labilité de l'humeur, l'instabilité des relations interpersonnelles et des affects et une mauvaise image de soi doivent entrer en ligne de compte ;
le trouble a tendance à faiblir après cinquante ans.

En revanche, on peut suspecter un trouble bipolaire si :

il se déclare précocement (avant vingt et un ans) ;
dès la fin de l'enfance apparaissent des troubles cognitifs et des variations d'humeur plus objectivables ;
des phases bien délimitées et caractéristiques d'euphorie alternent avec des phases de dépression ;
des médicaments antidépresseurs induisent des phases d'excitation ;
la labilité des émotions et l'instabilité de l'humeur évoluent par phases, de manière cyclique ;
le trouble se manifeste tout au long de la vie.

La question fondamentale que pose la distinction entre ces deux entités est celle de leur possible origine commune malgré des manifestations et une évolution différentes. Seuls des travaux de recherche à venir permettront peut-être d'élucider cette énigme.

2. Les schizophrénies et le trouble schizo-affectif. Il n'en est pas de même pour les maladies schizophréniques, dont le cœur réside dans la désorganisation de la vie psychique, se traduisant par des troubles cognitifs qui peuvent secondairement se compliquer de phases pathologiques

bruyantes où idées délirantes et hallucinations (le plus souvent auditives) occupent le devant de la scène.

Sur le plan cérébral, des anomalies de connexions entre les deux hémisphères, un élargissement plus important des ventricules et une diminution du volume cérébral global sont venus légitimer la séparation entre les troubles bipolaires et les schizophrénies.

Dès la fin du XIX^e siècle, Emil Kraepelin avait opéré cette dichotomie entre les deux troubles, qu'il dénommait respectivement « maladie maniaco-dépressive » et « démence précoce ». Mais vingt ans plus tard, en 1919, il admit lui-même que la frontière entre ces deux maladies est bien difficile à tracer puisque certains symptômes se chevauchent.

Dès la première moitié du XX^e siècle, des auteurs allemands, français et américains décrivent une « psychose mixte », ou « schizophrénie dysthymique », aujourd'hui dénommée « trouble schizo-affectif », qui correspond à une entité clinique intermédiaire entre les deux maladies et qui rassemble des symptômes schizophréniques et bipolaires.

Aujourd'hui, on estime que les patients qui souffrent de schizophrénie présenteront dans 50 % des cas des épisodes dépressifs et des symptômes de la série maniaque au cours de leurs phases délirantes. Un sur deux commettra des tentatives de suicide et 15 % d'entre eux mourront des suites d'un geste autodestructeur. À l'inverse, au cours des crises de la maladie bipolaire, 50 % des patients présentent des idées délirantes et des hallucinations qui, dans la nomenclature internationale, sont qualifiées de « symptômes psychotiques ».

Le dernier élément troublant, non le moindre, est l'instabilité du diagnostic au cours du temps : dans 25 % des cas environ, l'évolution de la maladie fera rectifier le diagnostic dans le sens de la schizophrénie ou du trouble bipolaire. Ce constat est bilatéral.

Les études génétiques ont montré qu'il existe un grand nombre de gènes de vulnérabilité communs aux deux maladies, et qu'un petit nombre

seulement est spécifique à la schizophrénie et aux troubles bipolaires. Les anomalies du développement cérébral, si elles sont plus prononcées chez les patients qui développeront une schizophrénie ultérieurement, se retrouvent aussi en cas de maladie bipolaire.

De même, les études familiales ont montré que le risque de développer un trouble bipolaire est multiplié par quatre dans la fratrie d'un patient schizophrène par rapport à la population générale. Le risque de souffrir d'une schizophrénie chez les frères et sœurs d'une personne bipolaire est également plus élevé. Il existe donc une vulnérabilité génétique partagée entre les deux troubles.

L'évolution longtemps considérée comme moins favorable dans les schizophrénies est aujourd'hui jugée tout aussi sérieuse dans les troubles bipolaires. Même en cas de réponse favorable aux traitements, la maladie bipolaire peut se réactiver à la faveur d'un arrêt des médicaments, d'un facteur de stress ou d'un autre événement indésirable comme une privation de sommeil, une prise de toxiques ou un changement radical des rythmes de vie.

Si le cœur de ces deux maladies diffère, de même leur traitement de référence est distinct : le lithium pour la maladie bipolaire et les neuroleptiques (appelés aussi « antipsychotiques ») pour les schizophrénies.

3. Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). – Syndrome qui touche l'enfant au cours de son développement, le TDA/H porte dans sa dénomination sa cause première : le déficit de l'attention, auquel peuvent s'ajouter des troubles du comportement associant hyperactivité motrice et impulsivité. Le TDA/H a souvent des conséquences délétères sur les relations intrafamiliales et sur la vie scolaire. Il toucherait près de 15 % des adolescents qui souffrent d'un trouble bipolaire ; avec l'âge, cette proportion diminue. À l'âge adulte, ce taux tombe à 10 %.

En Europe, on considère que la crise maniaque reste très rare chez l'enfant. Cette conception n'est pas partagée aux États-Unis, notamment par les équipes de recherche qui suivent les descendants de patients bipolaires. Ils décrivent « des manies pédiatriques » qui se caractérisent par une instabilité de l'humeur chronique, une impulsivité et des troubles du comportement. La similitude avec le TDA/H est alors assez saisissante, ces mêmes équipes décelant des taux d'association entre les deux troubles qui oscillent entre 70 et 90 %...

Ces auteurs reconnaissent que tous ces cas de « manies pédiatriques » n'évoluent pas inéluctablement vers un trouble bipolaire à l'âge adulte. Le taux de conversion d'un TDA/H infantile en trouble bipolaire de l'adulte est estimé à 20 %. C'est pour ces raisons que la communauté scientifique européenne émet des réserves et ne valide pas de telles conceptions. L'Association américaine de psychiatrie en convient elle-même puisqu'elle a ajouté une nouvelle catégorie diagnostique dans le DSM-5 (le trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur) afin de moduler ce phénomène d'emballage diagnostique, assorti de prescriptions médicamenteuses parfois inadaptées.

Maladie bipolaire et TDA/H constituent deux troubles distincts et d'origine différente. Toutefois, comme pour les schizophrénies, ils présentent très probablement des facteurs génétiques de vulnérabilité communs. Les ascendants ou les descendants de premier degré d'enfants ayant présenté un TDA/H ont un risque deux fois supérieur, par rapport à la population générale, de développer un trouble bipolaire.

VI. – Les troubles psychiatriques associés

La maladie bipolaire est souvent associée à d'autres pathologies mentales qui compliquent son évolution et sa prise en charge thérapeutique.

On estime que 90 % des patients bipolaires présentent au cours de leur existence un autre trouble psychiatrique.

1. Les prises de toxiques et les addictions. – Il arrive fréquemment que les personnes souffrant de troubles bipolaires consomment des substances addictives qui provoquent des effets psychiques intenses. Avec le temps, ces prises de toxiques peuvent provoquer d'authentiques dépendances. Les addictions, couplées à la maladie bipolaire, enferment les patients dans un véritable cercle vicieux.

On estime à 40 % la proportion des patients bipolaires souffrant parallèlement d'une dépendance à un toxique. Aux États-Unis, l'alcool, le cannabis, les amphétamines et la cocaïne comptent parmi les toxiques les plus consommés. Le tabac est consommé deux à trois fois plus par les patients bipolaires que par la population générale. Ce tabagisme significatif est peut-être l'un des facteurs qui expliquent que leur espérance de vie soit réduite de plus de dix ans.

Dès la fin du XIX^e siècle, Emil Kraepelin avait observé que l'alcoolisme frappait plus d'un tiers des patients maniaco-dépressifs. La proportion actuelle demeure comparable, et on estime que l'addiction à l'alcool est trois à quatre fois supérieure chez les personnes qui souffrent d'un trouble bipolaire que dans la population générale. Au cours des crises maniaques, 25 % des patients augmentent leur consommation alcoolique et 15 % le font au cours des phases dépressives.

Or, plus on banalise le cannabis, plus sa consommation augmente, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes. Recherché pour ses effets relaxants et anxiolytiques, il aggrave la maladie bipolaire en favorisant les crises maniaques et l'hypomanie. Près d'un patient bipolaire sur cinq en consommerait régulièrement. Néanmoins, les conséquences délétères qu'il produit sur le trouble bipolaire seraient réversibles en cas de sevrage définitif.

La recherche de sensations fortes et la nostalgie du vécu intérieur des hypomanies, et même des crises maniaques, conduisent bon nombre de patients (environ 30 %) à consommer plus ou moins régulièrement de la cocaïne. À l'inverse, 15 % des personnes qui en prennent souffriraient d'un trouble bipolaire.

La très forte association entre les addictions et les troubles bipolaires soulève plusieurs questions. S'agit-il d'une automédication qui vise à soulager un malaise intérieur ? ou bien d'une tentative de retrouver un état émotionnel d'euphorie ou d'exaltation, un paradis perdu ? Malheureusement, la prise de ces substances augmente la fréquence des crises maniaques et dépressives ainsi que le nombre des hospitalisations. En outre, la plupart de ces produits toxiques diminuent l'efficacité des traitements médicamenteux.

2. Les troubles anxieux. – Les troubles anxieux, considérés comme des pathologies autonomes, rassemblent essentiellement le trouble panique (qui se caractérise par la récurrence de crises d'anxiété suraiguë), les phobies et l'état de stress post-traumatique (qui se traduit par la survenue de symptômes anxieux sévères au moins six mois après un traumatisme psychique violent).

On peut y adjoindre le trouble obsessionnel compulsif, qui se manifeste essentiellement par la récurrence d'idées obsédantes associées ou non à des comportements ritualisés extrêmement répétitifs et invalidants.

Plusieurs études ont montré que 25 à 40 % des patients bipolaires présentaient au cours de leur existence au moins l'un de ces troubles anxieux. Dans ce cas, l'évolution de la maladie bipolaire est plus défavorable, la qualité de vie des patients est altérée, le temps de récupération entre les crises est plus long et le risque suicidaire, plus important.

Enfin, même quand le trouble bipolaire est relativement bien stabilisé, les crises peu intenses et espacées, les symptômes anxieux sont fréquents,

sans qu'il soit possible de diagnostiquer clairement un trouble précis. Cette anxiété latente entrave beaucoup la vie personnelle et professionnelle. Elle obscurcit le vécu émotionnel des patients bipolaires.

3. Les troubles des conduites alimentaires. – L'anorexie mentale, la boulimie qui, par définition, s'accompagne de conduites compensatoires (comme les vomissements, visant à éviter toute prise de poids) et les crises d'hyperphagie diurnes ou nocturnes sont trois pathologies plus fréquentes chez les patients bipolaires qu'en population générale. Le risque est multiplié par un facteur allant de deux à dix selon les études et selon le trouble des conduites alimentaires concerné.

Ces troubles, associés à la maladie bipolaire, aggravent son évolution et augmentent le risque suicidaire. Au cours des épisodes maniaques et des phases dépressives, les crises d'hyperphagie sont plus fréquentes.

VII. – Les maladies somatiques associées

Selon un adage médical du XIX^e siècle, on ne peut, en ce qui concerne les maladies mentales, considérer le cerveau indépendamment du reste du corps. Les troubles bipolaires n'échappent pas à la règle.

1. La surmortalité et les pathologies cardiovasculaires. – Indépendamment du risque suicidaire, l'espérance de vie des patients bipolaires est réduite d'une dizaine d'années. Ce terrible constat a suscité depuis vingt ans de nombreux travaux de recherches cliniques.

En prenant du poids, les patients qui souffrent de troubles bipolaires s'exposent à plusieurs complications métaboliques et cardiovasculaires. Or, les deux tiers des patients bipolaires, estime-t-on, souffrent d'un surpoids (défini par un indice de masse corporelle¹, ou IMC, compris entre 25 et 30) ou d'une obésité (définie par un IMC supérieur à 30).

Le surpoids et l'obésité peuvent se compliquer par de perturbations biologiques : augmentation des taux de lipides (cholestérol, triglycérides) et de sucre dans le sang. L'association fréquente des addictions à l'alcool et au tabac aggrave le risque de pathologies cardiovasculaires, de diabète et de syndrome d'apnées du sommeil. Ainsi 10 à 25 % des patients bipolaires souffriraient d'un diabète et leur risque de développer une maladie cardiovasculaire (hypertension artérielle, coronaropathies) serait quatre à cinq fois plus élevé qu'en population générale et leur surmortalité de 35 % supérieure.

La survenue de ces complications cardiovasculaires et métaboliques est associée à une aggravation de la maladie bipolaire elle-même : les rechutes sont plus fréquentes, les durées d'hospitalisation s'allongent et la qualité de vie s'en trouve significativement altérée.

Même si ces anomalies ont été décrites avant l'ère thérapeutique, les répercussions de certains médicaments ne peuvent être écartées. Le dépistage et la prise en charge de ces pathologies physiques font partie intégrante du traitement global des personnes bipolaires. Une attention particulière est portée aujourd'hui à l'hygiène de vie des patients (alimentation équilibrée et lutte contre la sédentarité).

2. Les maladies thyroïdiennes. – Depuis le début du ^{xx} siècle, on a repéré qu'un dysfonctionnement de la glande thyroïde était parfois associé à la maladie maniaco-dépressive. Lorsqu'elle est au repos, en état d'hypothyroïdie, le sujet va présenter des symptômes assez proches de ceux de la dépression ; à l'inverse, si celle-ci fonctionne à l'excès et sécrète trop d'hormones thyroïdiennes, il est dans un grand état d'excitation, il dort moins et perd du poids.

Chez les patients bipolaires, le risque de développer une hypothyroïdie est multiplié par quatre ou cinq, chez les hommes comme chez les femmes, lesquelles sont, de manière générale, plus sujettes à cette affection endocrinienne. Les sels de lithium, qui restent le traitement de référence de

la maladie bipolaire au long cours, peuvent aggraver ce risque d'hypothyroïdie. En ce qui concerne l'hyperthyroïdie, l'association avec la maladie bipolaire (ou ses traitements) est moins nette, mais elle n'est pas exceptionnelle.

3. **Les pathologies neurologiques.** – Saint Augustin considérait le cerveau comme « le ciel de notre corps² ». On pourrait prolonger cette métaphore en affirmant que les maladies neurologiques et psychiatriques gravitent dans la constellation neuronale où des collusions sont possibles.

Des mécanismes pathologiques communs peuvent conduire à l'association entre deux maladies cérébrales. Ainsi, près d'une personne sur deux qui souffre d'un trouble bipolaire de type 2 présenterait régulièrement des migraines qui se caractérisent par des douleurs pulsatiles violentes ressenties dans une moitié du crâne, accompagnées parfois de manifestations visuelles, appelées « aura migraineuse ».

Dans d'autres cas, des pathologies neurologiques qui touchent les régions cérébrales impliquées dans la production et la régulation des émotions vont provoquer la survenue de symptômes ou de troubles bipolaires constitués. Ainsi, les symptômes bipolaires sont assez fréquents lors des épilepsies temporales et frontales ou au cours des scléroses en plaques qui affectent ces régions. Des cas de troubles bipolaires consécutifs à des accidents vasculaires, des tumeurs ou des accidents vasculaires cérébraux sont également décrits.

Que sais-je sur la manifestation des troubles bipolaires ?

- Les troubles bipolaires se caractérisent par la survenue cyclique de phases d'humeur pathologique, maniaques ou dépressives, qui marquent une rupture avec le fonctionnement habituel du sujet.
- La crise maniaque est un état d'agitation psychique et moteur très intense qui conduit le plus souvent à une hospitalisation.
- L'hypomanie correspond à une crise maniaque atténuée, et néanmoins pathologique.
- Les dépressions dans la maladie bipolaire peuvent être dominées par un ralentissement moteur sévère ou caractérisées par une instabilité émotionnelle et comportementale.
- Les symptômes maniaques et dépressifs peuvent s'associer au cours des crises de la maladie : on parle alors de caractéristiques mixtes.
- Entre les crises, des symptômes résiduels persistent une fois sur deux et altèrent la qualité de vie des patients.
- La mauvaise conscience du caractère pathologique, au début de la maladie et lors de certaines crises, peut conduire à ce que le patient soit hospitalisé et soigné sans son consentement.
- Au cours de l'évolution du trouble bipolaire, si l'autonomie du sujet est altérée, des mesures de protection (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) peuvent être prononcées par le juge des majeurs protégés.
- Le trouble bipolaire ne rend pas la personne bipolaire dangereuse pour autrui, sauf si la maladie se complique d'addictions à des substances toxiques.
- Les personnes bipolaires souffrent une fois sur deux d'addictions à des substances (alcool, tabac, cannabis, cocaïne).
- Dix pour cent des personnes bipolaires meurent par suicide.
- Leur espérance de vie est réduite d'une dizaine d'années par rapport à la population générale.
- Les troubles *borderline*, schizo-affectif et le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité se situent aux confins de la maladie bipolaire.
- Les troubles anxieux et les troubles des conduites alimentaires peuvent être associés à la maladie bipolaire.
- Des maladies somatiques (cardiovasculaires, endocriniennes ou neurologiques) peuvent aggraver l'évolution des troubles bipolaires.

1. L'IMC est calculé en divisant le poids (en kilogramme) par la taille (en mètre) au carré.
2. Saint Augustin, *La Genèse au sens littéral*, VII, XIII, 20, trad. P. Monat, Paris, Institut d'Études augustiniennes, 2004.

CHAPITRE III

Les troubles bipolaires : une maladie cérébrale ?

« Maître cerveau sur un homme perché
Tenait dans ses plis son mystère. »

Paul VALÉRY

Penser que notre vie émotionnelle, la perception que nous avons de nous-même, de notre environnement, notre manière de réagir, de parler, de réfléchir puissent être sous la dépendance de notre corps, fût-ce de notre cerveau, voilà qui est loin d'être une évidence... Les troubles bipolaires peuvent modifier, voire altérer, ces dimensions constitutives de notre être le plus intime. La question de leur origine, de leur(s) cause(s), semble dépasser le simple champ de la médecine, pour atteindre celui de la psychologie et même de la philosophie, tant notre liberté et notre perception sont concernées au premier chef. Dès lors, la question : « les troubles bipolaires sont-ils une maladie cérébrale ? » pourra apparaître pour certains comme une provocation !

Pourtant, parmi toutes les pathologies psychiatriques, la maladie bipolaire a depuis longtemps été considérée comme « le plus médical » des troubles psychiques. Les facteurs biologiques et surtout génétiques avaient

déjà été suspectés par les Anciens, qui observaient souvent des troubles similaires chez les apparentés des sujets atteints. On en trouve le témoignage dès le milieu du XVIII^e siècle, sous la plume de Charles-Antoine Lorry¹. Plus récemment, les premières comparaisons, réalisées avant la Seconde Guerre mondiale, entre les « vrais » jumeaux, issus d'un même ovocyte (appelés homozygotes) et les « faux » jumeaux, provenant de deux ovocytes (dénommés hétérozygotes), avaient montré que la maladie touchait plus les premiers. Les homozygotes qui partagent le même patrimoine génétique présentent tous les deux la maladie dans 40 à 70 % des cas, alors que les hétérozygotes, ne partageant que 50 % de leurs gènes, ne souffrent tous les deux du trouble que dans 5 à 15 % des cas.

Ce taux dit « de concordance » plus élevé chez les vrais jumeaux fait naturellement penser que des facteurs génétiques sont impliqués dans l'émergence de la maladie. *A contrario*, ces chiffres démontrent aussi que les gènes à eux seuls ne peuvent expliquer la survenue du trouble bipolaire, qui n'est donc pas une maladie strictement génétique, mais une pathologie qui possède plusieurs déterminants, dont des facteurs génétiques. Des études plus récentes sont venues corroborer ces publications historiques. Celles-ci montrent que si un parent souffre d'un trouble bipolaire, ses enfants présenteront la maladie dans 15 % des cas. Ce taux passe à 50 % si les deux parents sont atteints.

I. – Les facteurs génétiques

1. **La génétique et le fonctionnement cérébral.** Au cours des dernières décennies, la conception de patrimoine génétique a considérablement évolué. À côté de la génétique dite mendélienne², où le génome était perçu comme un programme informatique qui s'exprime automatiquement au cours de l'existence, a émergé la conception d'une génétique non

mendélienne. Qualifiée aussi de complexe, cette hérédité implique plusieurs gènes, le patrimoine génétique étant compris davantage comme une bibliothèque où l'on prendra tel ou tel livre que l'on commencera à lire à telle ou telle page. Cet ensemble d'informations génétiques va ou non s'exprimer, totalement ou partiellement, au gré des différents événements de la vie biologique et personnelle du sujet.

Cette évolution a conduit au développement de l'épigénétique, qui étudie les modifications de l'activité des gènes et de leur expression dans la synthèse des protéines. Cette science s'intéresse à la façon dont les gènes vont être utilisés par les cellules ou ne pas l'être. C'est aujourd'hui une voie de recherche très exploitée dans les pathologies cérébrales.

Ces travaux de génétique sont à situer dans le contexte plus général des études sur le cerveau qui ont permis de mieux appréhender le développement, le fonctionnement et les pathologies de cet organe, resté longtemps le plus énigmatique du corps humain. Le cerveau, fort de ses quelque 100 milliards de neurones interconnectés, fonctionne en réseaux aussi nombreux que complexes. Ceux-ci articulent le cortex et les structures dites « sous-corticales », la substance grise et la substance blanche. La frontière entre deux neurones est délimitée par un espace virtuel et fonctionnel : la synapse. Des molécules appelées neuromédiateurs sont libérées dans la fente synaptique lors du passage de l'influx nerveux. Cela entraîne une cascade d'événements qui vont avoir des répercussions importantes sur la vie cérébrale. Plusieurs neuromédiateurs jouent un rôle central dans la maladie bipolaire et dans les mécanismes d'action de ses traitements médicamenteux : la sérotonine, la noradrénaline, la dopamine, mais aussi le glutamate et le GABA (pour acide gamma-aminobutyrique).

2. Les études génétiques sur les troubles bipolaires. Les études génétiques s'intéressent particulièrement aux gènes impliqués dans la neurotransmission et dans le développement des régions cérébrales impliquées dans la production et la régulation des émotions. Les premières

du genre ont tenté d'identifier des gènes de vulnérabilité (dit « candidats ») parmi les patients. Aux prises avec la grande diversité d'expression des troubles bipolaires, des études se sont centrées sur les formes à début précoce (c'est-à-dire avant vingt et un ans), et ont montré que certains gènes étaient significativement retrouvés par rapport à la population générale : c'est le cas d'un gène (le SLC6A4) impliqué dans la transmission de la sérotonine dans la fente synaptique.

D'autres types d'études se sont ensuite développés. Des recherches ont été menées au sein de familles, en étudiant plus spécifiquement les régions génomiques les plus partagées par les sujets atteints. Il s'agit des analyses de liaison. Plusieurs des résultats obtenus par ce genre d'études n'ont pas été répliqués ou n'ont pas atteint le seuil de significativité statistique, notamment en raison de la grande variabilité d'expression des troubles bipolaires.

Enfin, grâce au décryptage complet du génome humain et au développement de techniques moléculaires sophistiquées, des milliers de variations génétiques (appelées polymorphismes et variantes alléliques) ont pu être étudiées en comparant les sujets souffrant d'un trouble bipolaire à des populations de témoins. Les résultats de ces études d'association sur l'ensemble du génome ont permis d'identifier notamment trois gènes (CACNA1C, ODZ4 et NCAN) de manière assez robuste. Être porteur de ces gènes, qui sont impliqués notamment dans la mise en place des neurones et l'architecture des réseaux cérébraux, augmente le risque de développer un trouble bipolaire de 10 à 20 %.

Ces études sur l'ensemble du génome ont montré que plusieurs de ces gènes de vulnérabilité étaient communs à la schizophrénie et à la maladie bipolaire. Ce constat conforte l'idée que la frontière entre les deux pathologies est assez poreuse : il existe des symptômes communs aux deux troubles et une forme intermédiaire entre les deux maladies, appelée le trouble « schizo-affectif ».

Des études d'association sur l'ensemble du génome se sont intéressées aux gènes impliqués dans la régulation du rythme veille/sommeil qui est très perturbé lors des crises maniaques et dépressives. Les rythmes circadiens sont régulés par plusieurs mécanismes : les habitudes sociales, la luminosité, les saisons, et biologiquement par l'action de l'horloge interne.

Celle-ci est logée dans une petite structure cérébrale, située non loin de l'hypothalamus. Ce noyau (dit supra-chiasmatic) envoie des informations à la glande pinéale qui, à partir de la sérotonine, sécrète la mélatonine, la neurohormone du sommeil. Selon plusieurs études, les polymorphismes des gènes circadiens pourraient être associés aux troubles bipolaires, en particulier ceux des gènes CLOCK, TIMELESS, ARNTL1, REV-EB alpha et PER3.

Dans la maladie bipolaire, les études génétiques ont sans doute soulevé davantage de questions nouvelles qu'elles n'ont apporté de réponses toutes faites. Elles invitent à considérer le développement du cerveau dans son ensemble et son fonctionnement général. Comme organe de la vie de relation, celui-ci intègre l'ensemble de ce que nous vivons, ressentons, percevons tout au long de l'existence. Son organisation et ses dysfonctionnements sont à resituer dans ce contexte. Les interactions entre le patrimoine génétique et l'environnement du sujet, au sens le plus large du terme, jouent un rôle déterminant dans l'expression des troubles bipolaires.

Les études actuellement en cours de développement tiennent compte de ces paramètres et associent différents axes de recherche (génétique, biologique, imagerie, évaluation de la vie émotionnelle et histoire du sujet) au sein de mêmes protocoles.

II. – Les possibles anomalies du développement cérébral

Le cerveau est l'organe du corps humain qui devient adulte le plus tardivement, vers l'âge de trente ans. Il commence son développement dès la vie intra-utérine à partir d'une couche embryonnaire, l'ectoderme, qui est à l'origine des systèmes nerveux et cutané. Le tube neural se constitue après des processus de prolifération, de migration et de différenciation des cellules neuronales. Au cours du troisième trimestre de la grossesse, le cerveau va peu à peu modeler ses sillons qui lui confèrent sa forme caractéristique. Ce sont les processus dits de « gyrification » et de « sulcation ».

La substance grise, qui constitue le cortex, c'est-à-dire l'écorce du cerveau, poursuit sa maturation entre l'âge de cinq et vingt ans. Elle rassemble les corps cellulaires et les arbres dendritiques des neurones. La substance blanche, située à la face interne du cerveau, est constituée essentiellement des axones, recouverts le plus souvent d'une gaine de myéline. Elle assure le câblage neuronal et la connexion entre les structures corticales et sous-corticales.

Les processus de maturation de la substance blanche se poursuivent jusqu'à l'âge de trente ans : ils consistent en un achèvement de la myélinisation des axones et un tri sélectif au sein de l'ensemble des synapses (appelé élagage synaptique). Il peut exister entre les structures cérébrales un réseau de connexions physiques (la connectivité anatomique) ou une connectivité fonctionnelle qui active simultanément, lors de tâches ou de stimulations, des aires cérébrales sans lien anatomique direct.

L'hypothèse neuro-développementale est un modèle explicatif qui a été élaboré pour comprendre l'apparition de plusieurs maladies cérébrales, comme les syndromes autistiques et surtout les schizophrénies. Sous l'influence de certains gènes, l'organisation des réseaux neuronaux va prédisposer le cerveau à développer telle ou telle maladie. Les interactions entre des facteurs déclenchants liés à l'environnement et ce terrain fragilisé

entraîneront la possible apparition de la pathologie. Cette hypothèse est également appliquée à la maladie bipolaire.

Des variants de plusieurs gènes impliqués dans le développement et l'organisation cérébrale ont été retrouvés de manière significative chez les patients souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire. De nombreux travaux ont porté sur les gènes BDR1, BDNF, TGFB, DISC1, NCAM1 ou encore PIK3C3. Tous ces gènes sont impliqués dans la migration, l'organisation et l'architecture neuronales à des stades assez précoces du développement.

Des études épigénétiques se sont également penchées sur les modifications d'expression génétique au cours des premières années de la vie. Des phénomènes biochimiques complexes (de méthylation du génome) différents ont été observés chez des jumeaux selon qu'ils étaient atteints ou non par la maladie bipolaire. Au-delà de ces éléments biologiques, des signes cliniques plaident aussi en faveur d'anomalies du développement cérébral chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire.

Comme la peau et les téguments sont issus de la même couche embryonnaire que le cerveau (l'ectoderme), des anomalies des lignes de la main sont liées à certaines pathologies cérébrales. Ainsi, chez les patients bipolaires, des dermatoglyphes (sillons de la main) sont effacés ou interrompus ; des troubles morphologiques mineurs peuvent également se faire jour (au niveau du palais, des sillons de la langue ou encore des écarts entre le premier et le deuxième doigt de la main et des orteils).

Comme dans les schizophrénies, mais de manière moins prononcée, un trouble bipolaire peut se traduire par des signes neurologiques discrets : un déficit de l'intégration sensorielle audiovisuelle et de la reconnaissance des objets par la palpation, ainsi que des difficultés dans la coordination motrice et au niveau de l'équilibre.

La mémoire, l'attention et la concentration sont les trois principales fonctions cognitives. Elles sont aujourd'hui très étudiées en neurologie et en

psychiatrie, au point d'être devenues une véritable spécialisation : la neuropsychologie. L'atteinte précoce des fonctions cognitives est l'un des reflets de l'existence d'anomalies cérébrales. Des chercheurs se sont notamment intéressés à l'évaluation cognitive d'enfants de moins de dix ans risquant de développer ultérieurement un trouble bipolaire en raison de leurs antécédents familiaux.

Plus de 20 % des sujets qui, à l'âge adulte, ont développé un trouble bipolaire présentaient dès l'enfance des anomalies cognitives précoces. Ils constituent un profil intermédiaire, en termes de proportion, entre les patients schizophrènes et la population générale. Certaines anomalies cognitives précoces (comme les atteintes de la mémoire de travail) seraient prédictives d'une évolution vers une maladie bipolaire.

Depuis une vingtaine d'années, l'essor de l'imagerie cérébrale, en apportant des éléments de compréhension supplémentaires, a éclairé d'un jour nouveau les anomalies précoces du développement cérébral. Des anomalies dans l'organisation des sillons cérébraux (index de gyrification) ont ainsi pu être mises en évidence chez des patients bipolaires comparés à des sujets témoins.

Le cerveau des sujets qui, au cours de leur vie, souffriront d'un trouble bipolaire possède sans doute, pour des raisons génétiques complexes, une architecture particulière qui le rend vulnérable. Cette organisation cérébrale a-t-elle une traduction en dehors de phases pathologiques, voire avant même le début de la maladie ?

III. – Les études d'imagerie cérébrale

1. **L'essor des techniques d'imagerie.** – La naissance de l'imagerie cérébrale s'est faite en plusieurs étapes. Les progrès de la physique avaient permis la découverte des atomes, des rayonnements X et de la radioactivité

naturelle. Puis le mariage de la physique et des mathématiques donna naissance à la physique quantique, qui permit de mieux rendre compte des phénomènes de l'infiniment petit. Ce fut le début de l'imagerie médicale, avec la radiologie puis le développement de la médecine nucléaire. Un autre mariage, plus récent encore, entre la physique et l'informatique, a associé des capteurs de particules plus sensibles à la puissance de calculs des ordinateurs. Ces progrès ont permis de révéler le détail des organes, en particulier du cerveau à l'intérieur de la boîte crânienne.

Au début des années 1990, l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) entraîne un essor considérable de l'imagerie cérébrale anatomique (jusque-là cantonnée à la tomodensitométrie, communément dénommée « scanner »). Désormais, on obtient avec une meilleure résolution une photographie de la substance grise, de la substance blanche et de l'ensemble des structures cérébrales. Une nouvelle étape est franchie avec la naissance de l'IRM fonctionnelle. Cette fois, la technique nous offre des images du cerveau en fonctionnement, grâce à une première étude qui montre comment le débit sanguin augmente dans les aires cérébrales occipitales lorsque le sujet est soumis à des stimulations visuelles.

2. Les études d'imagerie cérébrale sur les troubles bipolaires. – Des études de deux grands types peuvent désormais être menées dans le champ des troubles bipolaires : les études d'imagerie anatomique et celles, en plein essor, d'imagerie fonctionnelle.

Les études d'imagerie anatomique par IRM permettent d'étudier les structures et les volumes des aires cérébrales. Contrairement à ce qui se passe dans la schizophrénie, le volume cérébral global, au cours de la maladie bipolaire, ne diminue pas. Le cerveau renferme un système ventriculaire qui participe de la sécrétion du liquide céphalorachidien qui baigne le système nerveux central (rassemblant le cerveau et la moelle épinière). Il existe quatre ventricules : les ventricules latéraux (gauche et droit), le troisième et le quatrième ventricules. Comme dans la

schizophrénie, plusieurs études ont montré l'élargissement de ces ventricules dans les troubles bipolaires.

Le volume global de substance blanche est diminué chez les patients bipolaires et une étude réalisée au cours du premier épisode de la maladie a repéré des anomalies du signal (appelées « hypersignaux ») de l'IRM dans les régions périventriculaires. Ces hypersignaux sont aussi identifiables chez les apparentés sains (parents de premier degré). Des anomalies du volume de la substance grise existent également dans des régions qui sont centrales dans la production et la régulation des émotions.

Les aires temporales, préfrontales (au-dessus de nos orbites) et frontales sont le siège des réseaux qui produisent et régulent notre vie émotionnelle. Le système limbique³ rassemble plusieurs entités cérébrales : l'hippocampe (qui joue un rôle central dans la mémoire à long terme), l'amygdale (impliquée dans la production de la peur et de l'agressivité), le cortex cingulaire, le fornix et l'hypothalamus. Selon certaines études d'imagerie anatomique, le volume de la substance grise amygdalienne augmenterait chez les patients bipolaires adultes et diminuerait au niveau du cortex cingulaire.

Les études d'imagerie fonctionnelle permettent d'observer les réseaux impliqués dans la régulation des émotions. Pour cela, on suscite des réactions chez des sujets en leur présentant des photographies de visages exprimant la peur, la joie ou au contraire une neutralité émotionnelle. Mis en œuvre depuis une quinzaine d'années par plusieurs équipes à travers le monde, ces travaux ont permis de montrer, chez les patients bipolaires et le plus souvent chez les apparentés de premier degré (parents ou enfants) non atteints par la maladie, une hyperactivation du réseau impliqué dans la régulation automatique (production) des émotions et une mise au repos de réseau censé assurer la régulation volontaire (rétrocontrôle) de celles-ci.

Le réseau responsable de la régulation automatique des émotions relie l'amygdale, le cortex cingulaire antérieur et une partie du cortex préfrontal

(la ventro-latérale). Le circuit impliqué dans la régulation volontaire rassemble quant à lui le cortex cingulaire postérieur et deux autres parties du cortex préfrontal (la dorso-latérale et la dorso-médiane).

Une technique d'imagerie récente et très sophistiquée, dite du « tenseur de diffusion », permet d'étudier la trajectoire des molécules d'eau le long des gaines neuronales. Le calcul d'un index (appelé fraction d'anisotropie) de diffusion de l'eau donne un reflet de l'intégrité des faisceaux de substance blanche (particulièrement de la myéline qui entoure les neurones et assure la bonne conduction électrique). Dans certaines pathologies (œdème cérébral, sclérose en plaques), la gaine de myéline est altérée et le facteur d'anisotropie est alors diminué. Des études d'imagerie réalisées avec le tenseur de diffusion chez des patients bipolaires ont mis en évidence une diminution de ce facteur dans les régions cibles pour la régulation émotionnelle, à savoir dans les aires préfrontales et limbiques (hippocampe, gyrus cingulaire).

D'autres études précieuses pour la compréhension de la maladie ont utilisé cette même technique d'imagerie par le tenseur de diffusion pour se pencher sur un faisceau de substance blanche, en forme de crochet (le faisceau unciné), reliant ces régions capitales (amygdale, cortex cingulaire et préfrontal). Elles ont retrouvé un faisceau unciné anormalement augmenté de volume chez les patients bipolaires. On ne retrouve pas cette anomalie dans les autres pathologies psychiatriques. Elle pourrait être un marqueur biologique du trouble bipolaire, voire être rapprochée de son cœur symptomatique : la réactivité émotionnelle excessive.

IV. – L'hyperréactivité émotionnelle : le cœur de la maladie

Les émotions sont généralement définies comme des réactions affectives transitoires (souvent brèves) à des stimulations positives ou négatives qui émanent de notre environnement. L'abaissement du seuil de réactivité émotionnelle avait été identifié par l'un des plus grands psychiatres français du xx^e siècle, Henri Ey, comme le fondement des troubles bipolaires (désignés à cette époque sous l'expression « psychose maniaco-dépressive »). Selon lui, les crises de la maladie sont la conséquence de cet abaissement pathologique du seuil émotionnel qui constitue un élément essentiel du tempérament et du caractère.

Aujourd'hui, grâce aux études d'imagerie cérébrale, les réseaux neuronaux impliqués dans la régulation des émotions primaires (joie, tristesse, colère, peur, surprise, dégoût et mépris) ont pu être identifiés. Les hypothèses sur les liens entre la réactivité émotionnelle et les états d'humeur (plus stables dans le temps) ont pu être explorées chez les patients bipolaires.

L'intuition d'Henri Ey a été confortée par des travaux qui ont été réalisés chez des patients en période intercritique, quand l'humeur est jugée stable (ou euthymique). Dans ce cas, les patients bipolaires restent plus sensibles aux événements positifs que la population générale. De plus, des tests d'induction émotionnelle (utilisant des images à valence positive, négative ou neutre) montrent que les patients accordent une valeur plus agréable aux images neutres que les sujets témoins. En période de rémission, la réactivité émotionnelle constitue sans doute un marqueur de la maladie. Mais de quelles manières s'exprime-t-elle lors des crises ?

Pendant les états maniaques où l'humeur est euphorique ou irritable, la réactivité émotionnelle est extrême, quelle que soit la valence émotionnelle, positive ou négative, des stimuli. Lors des phases dépressives, deux sous-types de patients peuvent être distingués : ceux qui présentent une anesthésie intérieure et un grand ralentissement se traduisant par une hyporéactivité émotionnelle, et ceux qui, au contraire, souffrent d'une

dépression agitée se caractérisant par une grande instabilité comportementale et psychique, ce qui se traduit par une hyperréactivité émotionnelle. La colère, l'irritabilité, la panique et l'anxiété sont alors accrues.

Perceptible pendant les périodes de rémission et bruyant durant les épisodes de la maladie, l'abaissement du seuil de réactivité émotionnelle se situe au cœur des troubles bipolaires, et semble constituer ce que l'on nomme en médecine le *primum movens*⁴ (ou l'origine) de la maladie. Plusieurs questions restent toutefois en suspens. La réactivité émotionnelle ne serait-elle pas un résidu symptomatique des crises ? une séquelle des traitements médicamenteux ? Cet abaissement du seuil de réactivité est-il spécifique des troubles bipolaires ? Est-il présent chez les autres membres de la famille non atteints ou encore avant le déclenchement de la maladie ?

Des études tendent à montrer que l'hyperréactivité émotionnelle peut se retrouver chez les apparentés sains. Doit-elle pour cela être rapprochée directement de la vulnérabilité génétique ? D'autres travaux soutiennent l'hypothèse que l'existence de traumatismes affectifs dans l'enfance accentue la réactivité émotionnelle chez les patients bipolaires. La rencontre entre le patrimoine génétique et les événements de la vie, dénommée aussi l'« interaction gènes/environnement », constitue le modèle consensuel de compréhension de la survenue de la maladie chez des sujets prédisposés.

V. – Les antécédents traumatiques, les événements de vie et les facteurs déclenchants

La vie du cerveau ne saurait autoriser de dissociation entre son soubassement neuronal et biologique et sa réalité perceptive et intégrative. Ce postulat est une clé de compréhension du développement psychique et

de l'organisation cérébrale. Il permet d'appréhender bon nombre de pathologies neurologiques et psychiatriques, dont les troubles bipolaires. Ainsi, ces patients rapportent assez souvent des antécédents de traumatismes affectifs pendant l'enfance, une période très importante pour le développement psychique mais aussi pour la maturation du système nerveux central.

1. Les abus et les traumatismes. – Une association significative a été établie entre les abus émotionnels subis pendant l'enfance et la survenue à l'âge adulte d'un trouble bipolaire. Parmi les abus émotionnels, on compte les agressions verbales, les humiliations ou les comportements avilissants ou menaçants envers l'enfant. En outre, les traumatismes affectifs précoces aggravent l'évolution ultérieure de la maladie bipolaire : les troubles surviennent plus précocement, les symptômes sévères sont plus nombreux (les idées délirantes ou les hallucinations, par exemple), des prises de toxiques y sont associées, le risque suicidaire est plus élevé et l'instabilité émotionnelle est plus forte.

En complément de ces observations, des signes avant-coureurs, appelés « prodromes », précèdent, parfois de plusieurs années, le début de la maladie. Aujourd'hui, ils sont particulièrement recherchés chez les enfants qui, en raison de leurs antécédents familiaux, présentent un risque élevé de développer plus tard un trouble bipolaire. Chez eux, en effet, on relève parfois des symptômes comportementaux (hyperactivité, impulsivité), cognitifs (déficit de l'attention, de la concentration), des troubles du sommeil ou encore des abus de substances toxiques. Autant de situations qui peuvent perturber la vie psychique de l'enfant mais aussi les relations intrafamiliales et induire des occasions de tensions relationnelles possiblement traumatiques au sein de la cellule familiale.

Si le poids des facteurs génétiques est important et contribue à rendre certaines personnes plus vulnérables face à la maladie bipolaire, l'histoire affective de chacun, particulièrement pendant l'enfance et l'adolescence,

semble jouer un rôle déterminant dans la fragilisation des réseaux émotionnels.

2. Le stress et les événements de vie. – On estime que les facteurs environnementaux sont impliqués à hauteur de 20 à 40 % dans l'expression des troubles bipolaires. Une fois la maladie déclarée, l'exposition à des facteurs de stress et la survenue d'événements de vie traumatisants vont aussi avoir des répercussions significatives sur la fréquence, l'intensité des rechutes et la qualité des retours à l'équilibre (ou rémission). Ainsi, l'exposition à un facteur de stress augmenterait par cinq le risque de présenter une rechute (maniaque ou dépressive), et la survenue d'un événement traumatisant (divorce, perte d'un emploi, deuil) multiplierait par trois le temps nécessaire au rétablissement après un épisode dépressif ou maniaque.

La perturbation des routines (heures du lever et du coucher, celles des repas) et des rythmes sociaux favoriseraient plus particulièrement les rechutes maniaques. Ces observations corroborent les hypothèses sur les anomalies des rythmes circadiens et de la chronobiologie des patients bipolaires. Les événements de vie qui bouleversent les rythmes sociaux, les synchronisateurs (appelés *Zeitgebers*, littéralement « donneurs de temps »), vont provoquer des perturbations biologiques (diminution de la sécrétion de la mélatonine par la glande pinéale, augmentation de la libération de certaines hormones comme le cortisol). Ces anomalies biologiques ont des effets sur l'organisme et sur l'humeur. Elles pourront être à l'origine de rechutes.

La réactivité des patients bipolaires a également été étudiée en situation de stress. Il semble exister une grande variabilité interindividuelle. Contrairement à une hypothèse de départ (celle de la sensibilisation), la réactivité au stress ne semble pas diminuée à mesure que la maladie évolue. Elle pourrait n'avoir aucun lien avec la fréquence des rechutes. En

revanche, la structure de la personnalité et les traits de caractère jouent probablement un rôle dans l'évolution de la réactivité au stress.

La place des traumatismes affectifs face à la vulnérabilité génétique, tout comme les conséquences des facteurs de stress et des événements de vie dans le déclenchement des rechutes, illustrent assez clairement le modèle d'interaction gènes/environnement. La question de l'origine reste toutefois ouverte : face aux événements, la grande réactivité émotionnelle d'origine cérébrale des patients bipolaires est-elle la conséquence des traumatismes affectifs antérieurs ou l'expression de leur propre sensibilité ?

VI. – En guise de réponse

Même si l'origine cérébrale de la maladie bipolaire est aujourd'hui assez bien étayée sur le plan scientifique et ne relève plus de la seule intuition empirique, la pleine compréhension des mécanismes impliqués dans les troubles bipolaires exige encore de nombreux travaux de recherche. Sans doute lèveront-ils peu à peu le voile dont s'est couvert, il y a bien longtemps, maître cerveau sur son homme perché...

Ce tour d'horizon ne serait pas complet sans l'évocation d'une voie de recherche en cours de développement. La découverte d'anomalies dans les processus de réactions inflammatoires et dans le système immunitaire de patients bipolaires a conduit à explorer une nouvelle voie de recherche : celle des hypothèses immuno-inflammatoires.

Les globules blancs (dont les lymphocytes, les monocytes et les macrophages) jouent un rôle très important dans la réaction immunitaire de l'organisme face à un agent pathogène ou lors de certaines phases de maladies chroniques. Les macrophages sécrètent des substances, appelées cytokines, qui vont entraîner une cascade d'événements dans les cellules. Certaines favorisent la réaction inflammatoire ; d'autres l'atténuent. Des

équipes de chercheurs se sont notamment penchées sur une cytokine, l'interleukine-6, dont le taux augmente lors des épisodes maniaques. En cas d'affection, le foie et les tissus adipeux synthétisent la protéine C-réactive (CRP) qui joue un rôle dans le processus inflammatoire. Les phases de la maladie bipolaire s'accompagnent d'une légère augmentation de la CRP, surtout au cours des crises maniaques.

La maladie bipolaire est souvent associée à d'autres pathologies : cardiovasculaires, thyroïdiennes, métaboliques ou neurologiques. Ces anomalies inflammatoires et immunitaires sont-elles la preuve que plusieurs systèmes du corps humain sont la cible du processus pathologique ? Ou traduisent-elles des réactions de défense de l'organisme face à la maladie maniaco-dépressive ? La recherche en immuno-psychiatrie, qui vise à identifier des marqueurs biologiques précoces du trouble bipolaire, éclaircira peut-être à l'avenir ces points encore obscurs.

Que sais-je sur l'origine des troubles bipolaires ?

- Les troubles bipolaires ne sont pas une maladie génétique.
- Plusieurs facteurs (dont certains sont génétiques) sont impliqués dans son développement.
- Les anomalies de fonctionnement des réseaux cérébraux impliqués dans la régulation des émotions sont aujourd'hui assez bien identifiées par les études d'imagerie cérébrale.
- L'hyperréactivité émotionnelle est une manifestation du tempérament des patients bipolaires ; elle s'exprime lors des crises pathologiques.
- L'expression de la maladie résulte d'une interaction entre les facteurs de stress, les traumatismes affectifs et une vulnérabilité cérébrale préexistante.

1. Charles-Antoine Lorry, éminent médecin parisien appelé pour soigner Louis XV, publia en 1765 un ouvrage majeur : *De la mélancolie et des maladies mélancoliques (De melancholia et morbis melancholicis)*.

2. Ce qualificatif renvoie à Johann Gregor Mendel (1822-1884), botaniste qui a établi les premières lois de transmission des gènes d'une génération à l'autre. Il est considéré comme le père de la génétique moderne.
3. Baptisé ainsi par Thomas Willis pour qualifier ces structures cérébrales situées « en bordure » (sens étymologique des limbes) du tronc cérébral ; cette appellation fut reprise en France par Paul Broca au XIX^e siècle.
4. Utilisée métaphoriquement dans le langage médical pour qualifier le processus à l'origine d'une pathologie, cette locution latine renvoie à la « cause première », ou « premier moteur », qui, dans *La Métaphysique* d'Aristote, définit le principe incréé à l'origine de toute chose.

CHAPITRE IV

Comment soigne-t-on les troubles bipolaires ?

« Thérapeutiques biologiques et thérapeutiques psychologiques, loin de s'opposer, se complètent. »

Jean DELAY¹

Si la maladie est bipolaire, son traitement ne l'est pas moins puisqu'il s'appuie aujourd'hui sur deux pôles indissociables : le traitement biologique et la prise en charge et l'accompagnement psychologiques. Actuellement, une autre caractéristique fondamentale est la personnalisation des stratégies thérapeutiques, adaptées à chaque patient, à ses caractéristiques personnelles et à celles de son trouble.

I. – Les thérapeutiques biologiques

1. **Le lithium.** – Découvert il y a bientôt deux siècles (1817) par Johann August Arfwedson et Jöns Jacob Berzelius, le lithium est un métal alcalin qui a été pour la première fois utilisé en médecine au milieu du XIX^e siècle. À partir des années 1950, il est expérimenté dans le traitement de la maladie

maniaco-dépressive en Australie et en Europe, avant d'être introduit un peu plus tard aux États-Unis. À ce jour, il reste le traitement de référence pour les troubles bipolaires : il est actif sur la crise maniaque, sur la dépression bipolaire, et surtout il prévient les rechutes à long terme. De plus, il est le seul médicament à avoir prouvé son efficacité sur la réduction du risque suicidaire.

Ce cation ralentit les processus programmés de mort cellulaire, ses propriétés extraordinaires agissant sur la vitalité neuronale et la neurotransmission. Sa meilleure indication reste le trouble bipolaire de type 1, quand les crises maniaques prédominent et qu'il existe des antécédents familiaux de bonne réponse au lithium.

Le lithium doit être administré dans un cadre très surveillé : tous les trois à six mois, les patients se soumettent à une prise de sang destinée, notamment, à mesurer le taux de lithium plasmatique (appelé lithiémie) et les fonctions thyroïdienne et rénale. De fait, ce traitement possède des effets indésirables à court terme (digestifs), à moyen terme (éruptions cutanées) et à long terme (thyroïdiens et rénaux). En cas de surdosage, des signes d'intoxication neurologique peuvent apparaître. Sa prescription nécessite un suivi régulier par un médecin psychiatre.

2. Les traitements curatifs des crises. – La crise maniaque se traite dans la très grande majorité des cas en hospitalisation (en raison des fréquents troubles du comportement qui y sont associés). Le traitement médicamenteux vise à rétablir le sommeil et à apaiser l'agitation motrice et psychique. Il adjoint des sédatifs (neuroleptiques ou antipsychotiques, benzodiazépines) aux stabilisateurs de l'humeur (comme le lithium ou certains antiépileptiques aux propriétés positives sur l'humeur). Il faut en général deux à trois semaines pour que les symptômes les plus importants disparaissent.

L'hypomanie peut être prise en charge en consultations ambulatoires, surtout quand le patient et son entourage connaissent bien la maladie. Il

convient de s'assurer que celui-ci prend régulièrement ses médicaments habituels et de faire en sorte que son sommeil soit très vite rétabli, le plus souvent au moyen de neuroleptiques (ou antipsychotiques, comme la Risperidone®) et de benzodiazépines, qui évitent le risque de voir la crise se transformer en épisode maniaque complet.

Le traitement médicamenteux des dépressions bipolaires est plus délicat. En règle générale, les antidépresseurs risquent de favoriser les phases d'excitation. Ils doivent être prescrits avec une très grande réserve et uniquement sous la surveillance d'un psychiatre qui connaît bien la maladie bipolaire. Il est préférable de recourir à des médicaments qui possèdent des propriétés antidépressives et qui ne sont pas pour autant des antidépresseurs, comme certains antipsychotiques à petites doses (Quétiapine®, Olanzapine®, Aripiprazole®) ou le lithium à doses modérées.

Les anciens électrochocs, dont la technique a considérablement évolué durant les vingt dernières années, gardent un réel intérêt. Appelé désormais électroconvulsivothérapie (ECT), ce traitement est réalisé sous anesthésie générale brève avec un stimulateur produisant un courant électrique bref pulsé, qui vise à provoquer une crise convulsive, mais uniquement dans le cerveau, et ce, pendant une vingtaine de secondes. À raison de deux à trois stimulations par semaine, le traitement par ECT dure en général un mois. La dépression bipolaire, qui résiste au traitement médicamenteux habituel, constitue une indication de choix pour l'ECT, dont l'image, ternie par l'histoire, ne doit pas éclipser son extraordinaire efficacité dans le traitement des crises dépressives de la maladie bipolaire.

3. Le traitement préventif des rechutes. – La maladie bipolaire se caractérise par une forte tendance à la récurrence. L'enjeu du traitement préventif est crucial. Seule une minorité de patients bénéficient d'un unique médicament sur le long cours. Dans ce cas, il s'agit le plus souvent du lithium. Quand il n'est plus toléré, essentiellement lorsque avec le temps il

finit par causer une insuffisance rénale (malgré la surveillance et des doses revues à la baisse), ou lorsque la maladie n'est que partiellement contrôlée par le lithium, le médecin peut envisager de prescrire d'autres molécules stabilisatrices de l'humeur.

Si la maladie se caractérise par une prédominance de crises maniaques, et si le sujet n'est pas une femme en âge de procréer, un antiépileptique comme le Valproate de sodium® ou l'un de ses dérivés (Valpromide®, Divalproex®) peut être proposé. Ce médicament présente également un intérêt si le trouble bipolaire se caractérise par des cycles rapides (plus de quatre crises par an) ou qu'une pathologie neurologique ou une addiction alcoolique est associée à la maladie bipolaire.

Les conditions de prescription du Valproate® et de ses dérivés sont aujourd'hui restreintes en France. En effet, les mères sous Valproate® pendant leur grossesse risquaient de mettre au monde des enfants malformés ou aux facultés intellectuelles altérées.

En revanche, si le trouble bipolaire se caractérise par une prédominance de phases dépressives, un autre antiépileptique peut se révéler efficace (la Lamotrigine®). Sa tolérance est excellente, en dehors de manifestations allergiques cutanées devenues très rares depuis son instauration progressive. Son pouvoir sur la prévention des rechutes dépressives est avéré, et il serait même supérieur à celui du lithium, avec lequel il peut d'ailleurs être associé au long cours.

Aujourd'hui, la tendance est à l'association de deux ou trois stabilisateurs de l'humeur sur le long terme afin de prescrire des doses de lithium les plus faibles possibles et d'adapter la formule thérapeutique au profil évolutif du trouble bipolaire, en choisissant tel ou tel stabilisateur.

Des approches thérapeutiques biologiques complémentaires ne doivent pas être négligées pour optimiser certaines prises en charge, même si leur efficacité peine à être démontrée dans les études scientifiques. Ainsi, dans 25 % des cas, la survenue de la dépression bipolaire est influencée par les

saisons et la baisse de la luminosité pendant la période automno-hivernale. Dans ce cas, la lumineothérapie peut compléter le traitement médicamenteux. Des stratégies de stimulation magnétique, à ce jour, en France, uniquement pratiquées dans les services hospitalo-universitaires, comme la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) peuvent également être proposées aux patients, si les traitements plus conventionnels ne produisent que des résultats partiels.

Un suivi régulier tout au long de l'année permet aussi d'ajouter ponctuellement un traitement visant à améliorer le sommeil ou à diminuer l'anxiété. Ces symptômes peuvent survenir à la faveur d'événements de la vie professionnelle ou personnelle qui viennent réactiver subrepticement la maladie, pourtant bien contrôlée en apparence depuis plusieurs mois. La prévention des rechutes passe aussi obligatoirement par un cheminement d'acceptation psychologique qui prend plusieurs mois, voire, parfois, quelques années.

II. – Les prises en charge psychologiques

1. **La psychoéducation.** – Dans plusieurs maladies chroniques, la démarche d'éducation thérapeutique s'est développée en médecine depuis quelques années. Elle vise à mieux connaître la pathologie dont on souffre, les principes des traitements et les habitudes de vie à adopter pour la contrôler.

La maladie bipolaire se déclare souvent à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. À cet âge, comment accepter une maladie cérébrale qui va nécessiter un traitement pendant de nombreuses années ? La démarche d'éducation thérapeutique appliquée à la psychiatrie est dénommée « psychoéducation ». Dans le champ des troubles bipolaires, elle a été développée initialement en Espagne (à Barcelone) et s'est répandue

assez rapidement en Europe et en Amérique, tant elle a montré son efficacité dans la prévention des rechutes, la diminution des hospitalisations et l'amélioration du pronostic des troubles bipolaires.

Elle se pratique le plus souvent en groupe. En général, elle est animée par deux soignants (psychiatres, psychologues ou infirmiers), et récemment des pairs aidants (personnes qui souffrent de la maladie mais dont l'évolution est bien stabilisée) formés à l'éducation thérapeutique sont venus rejoindre les rangs des animateurs de ces séances. Les groupes sont composés de patients bipolaires, parfois accompagnés de leurs proches (conjoint, parents ou enfants). Selon les programmes, les thèmes principaux sont évoqués en quinze ou vingt séances hebdomadaires : connaissance des symptômes des crises maniaques, hypomaniaques et dépressives, signes avant-coureurs des rechutes, facteurs de risque, principes des traitements médicamenteux, conscience de la maladie et hygiène de vie, et intérêt des thérapies individuelles.

En effet, vivre avec un trouble bipolaire oblige souvent le sujet à ménager ses rythmes de vie (respecter un sommeil régulier, éviter les privations de sommeil et les nuits blanches en particulier). Beaucoup de toxiques sont proscrits, comme le cannabis qui aggrave le risque de crises maniaques et altère le pronostic évolutif, mais aussi la cocaïne. L'alcool aggrave les troubles du comportement au cours des crises, il rend l'humeur insidieusement plus dépressive et atténue l'efficacité des traitements médicamenteux.

La pratique régulière du sport et une alimentation équilibrée sont à privilégier. La psychoéducation peut être proposée après le premier épisode de la maladie. Et il est souvent utile de proposer des séances de consolidation du premier programme à distance.

2. Les thérapies cognitives et comportementales et la remédiation cognitive. – Développées depuis une trentaine d'années, les thérapies cognitives et comportementales (TCC) s'attachent à objectiver les liens qui

unissent les pensées (cognitions) et les émotions. Une analyse des comportements et des situations sensibles est également réalisée. Quand les patients bipolaires rejoignent les groupes de TCC, ils travaillent sur les schémas de pensée (comme le perfectionnisme et l'excès d'exigence envers soi) qui peuvent conditionner certaines manières d'être ou les conduire à ruminer des émotions négatives. Les TCC présentent une réelle valeur ajoutée dans la prévention des rechutes dépressives et dans la prise en charge des troubles anxieux associés à la maladie.

Même si les troubles de la mémoire et de la concentration au décours des crises maniaques et dépressives avaient déjà été identifiés par Emil Kraepelin, ils ont longtemps été négligés dans la prise en charge des troubles bipolaires. Actuellement, des programmes inspirés de techniques mises en place en rééducation neurologique sont proposés aux patients bipolaires. Les troubles de la mémoire et de la concentration apparaissent dès les premiers épisodes. Ces techniques dites de « remédiation cognitive » permettent de les corriger efficacement en une dizaine de séances individuelles ou de groupe.

3. Les thérapies centrées sur les rythmes sociaux et l'intérêt de la pleine conscience (*mindfulness*). – Les thérapies interpersonnelles centrées sur les rythmes sociaux constituent un prolongement de la démarche de psychoéducation focalisée sur l'hygiène de vie et le respect du rythme veille/sommeil. Elles peuvent se pratiquer en individuel ou en groupe et durent en général six mois. Le patient est invité à colliger quotidiennement dans un agenda son état d'humeur, ses horaires de lever, de coucher et ses interactions avec autrui. Ces thérapies sont particulièrement indiquées chez les sujets qui acceptent difficilement les contraintes liées au respect de leurs rythmes biologiques, souvent fragilisés dans les troubles bipolaires.

Inspirée de la méditation bouddhique, la pleine conscience (ou *mindfulness*) connaît aujourd'hui un essor notable dans le champ de la médecine et des neurosciences. En psychiatrie, des programmes ont été mis

en place à l'attention des patients souffrant de dépression et de troubles anxieux. Les patients bipolaires qui participent à ces groupes tirent un grand bénéfice à la pratiquer. Elle permet de ralentir le flux des associations mentales et des ruminations émotionnelles (positives ou négatives), auxquelles les patients bipolaires sont plus sujets que les autres. Des premiers travaux ont montré que la pratique de la pleine conscience améliorerait la gestion et le vécu émotionnel, réduisait le risque suicidaire et diminuait les troubles anxieux.

4. L'accompagnement des proches et la place de la psychanalyse. –

Au début de la maladie ou lors des rechutes ultérieures, il est très important que le patient soit accompagné de son entourage. Comment comprendre les symptômes ? Quels comportements appropriés adopter ? Autant de questions que se posent légitimement les proches. Il est souhaitable de pouvoir organiser périodiquement – avec l'accord de la personne concernée – des entretiens avec sa famille.

L'entourage perçoit souvent très vite les symptômes avant-coureurs des rechutes (surtout ceux de la série maniaque). Il peut se révéler d'un secours très précieux pour orienter rapidement le patient vers les soins adéquats. Mais les proches sont aussi rudement mis à l'épreuve. Si le psychiatre perçoit une souffrance et une demande d'aide, un accompagnement personnalisé peut être proposé au conjoint ou au parent concerné. Dans ce cas, cette personne peut être orientée vers un autre thérapeute qui soit un bon connaisseur de la maladie bipolaire.

L'entourage et les patients se demandent souvent si une psychothérapie, voire une psychanalyse, présente un quelconque intérêt. À distance des crises, quand la maladie bipolaire est bien contrôlée par les traitements biologiques, si l'histoire du sujet laisse entrevoir qu'un travail psychique peut contribuer à un meilleur équilibre intérieur et existentiel, il peut entamer une démarche analytique auprès d'un thérapeute qui respectera la

prise en charge médicale, par ailleurs nécessaire pour le patient sur le long terme.

Que sais-je sur les soins des troubles bipolaires ?

- Personnaliser le traitement consiste à prendre en compte, dans le choix des traitements et des thérapies, l'âge, le sexe, le nombre d'épisodes (maniaques, hypomaniaques, dépressifs), et la tolérance des médicaments déjà prescrits.
- Le traitement médicamenteux est indispensable pour contrôler la maladie bipolaire. Il est nécessaire sur le très long terme.
- Le lithium reste le médicament de référence, même s'il est le plus souvent prescrit en association avec d'autres molécules.
- Le traitement des crises doit être distingué de celui de la prévention des rechutes.
- Les prises en charge psychologiques jouent un rôle majeur dans l'amélioration du pronostic de la maladie et dans la qualité de vie des patients.
- Traitements biologiques et thérapies psychologiques doivent être associés pour lutter efficacement contre la maladie bipolaire.
- Il est souhaitable que, sur le long terme, le suivi soit assuré par un médecin spécialiste.

CHAPITRE V

Existe-t-il des liens entre créativité et troubles bipolaires ?

« Je suis le Ténébreux, – le Veuf, – l’Inconsolé,
Le prince d’Aquitaine à la Tour abolie :
Ma seule Étoile est morte, – et mon luth constellé
Porte le Soleil noir de la Mélancolie. »

Gérard de NERVAL

« Le lien légendaire entre la folie et l’art s’est trop souvent changé en
un raccourci romantique. »

Gérard GAROUSTE,

*L’Intranquille Autoportrait d’un fils,
d’un peintre, d’un fou*

Toutes les personnes qui souffrent d’un trouble bipolaire ne présentent pas des talents créatifs exceptionnels, comme tendrait à le faire croire le mythe aujourd’hui répandu de l’« artiste maudit » dont on doit l’invention à Verlaine¹. À l’inverse, tous les artistes ne sont pas maniaco-dépressifs. Pourquoi alors, depuis 2014, avoir choisi le 30 mars, date anniversaire de la naissance de Vincent Van Gogh, pour commémorer la journée mondiale des troubles bipolaires ? Les personnes maniaco-dépressives présenteraient-elles une propension à la créativité plus importante que leurs congénères ?

I. – Une idée vieille comme le monde confirmée par des études récentes ?

Le célèbre *Problème XXX*, attribué classiquement à Aristote mais dont l'auteur est plus probablement Théophraste (qui a écrit également *Sur la mélancolie*), développe le thème du génie et de la mélancolie : « Pourquoi les hommes qui se sont illustrés dans la philosophie, la politique, la poésie ou les arts sont-ils manifestement des gens chez lesquels prédomine la bile noire ? Ce fut le cas d'Empédocle, de Platon, de Socrate et de beaucoup de personnages célèbres. Et c'est encore celui de la plupart de ceux qui s'adonnent à la poésie. Car beaucoup de poètes souffrent de maladies qui viennent de ce tempérament. » Plus loin, l'auteur établit la liste des pathologies qui résultent de la bile noire : « hypochondrie, dépression, suicide, folie, accès d'euphorie² ». Cicéron, dans les *Tusculanes*, fait référence à deux reprises au *Problème XXX*. Dans le *De la divination*, il en généralise le propos : « Aristote dit que tous les hommes de génie sont mélancoliques³. »

Cette idée selon laquelle il existerait un lien entre le génie et la folie va avoir la vie longue, au point de devenir un « raccourci romantique », selon la formule de Gérard Garouste, traversant toute l'histoire de l'art en Occident. La première réserve face à ce dogme de la « mélancolie créatrice » est que la conception moderne de la maladie maniaco-dépressive ne remonte qu'au XIX^e siècle, même si des êtres humains ont souffert de cette pathologie très probablement depuis la nuit des temps. Appliquer un diagnostic contemporain de manière rétrospective relève de l'anachronisme scientifique.

La seconde réserve est que le nombre d'artistes ou de génies qui ont laissé leur nom dans l'histoire ne représente qu'une poignée d'hommes et de femmes au regard des millions de personnes bipolaires. Ainsi, n'en déplaise au pseudo-Aristote et à Cicéron, la question du génie artistique n'a

sans doute qu'un très lointain rapport avec la maladie maniaco-dépressive...

Depuis une cinquantaine d'années, plusieurs études se sont intéressées à la fréquence des troubles bipolaires parmi les écrivains et les artistes. Inévitablement, ces travaux sont menés sur de petits échantillons, mais ils semblent confirmer que cette maladie est plus fréquente chez les artistes que dans la population générale, surtout chez les poètes.

D'autres études, réalisées cette fois à plus grande échelle, se sont penchées sur la question de la créativité et des professions créatives – même si la question de la définition de ces deux notions reste problématique. Les troubles bipolaires seraient plus fréquents chez les personnes exerçant une profession créative. De plus, les apparentés non atteints par la maladie exerceraient plus fréquemment des professions de type artistique. Ces résultats ont suscité des études qui ont porté sur l'ensemble du génome. Récemment, des scientifiques ont ainsi conclu en un risque génétique partagé entre la créativité, les troubles bipolaires et les schizophrénies.

II. – Quelques artistes bipolaires célèbres

1. **Le cas emblématique de Vincent Van Gogh.** Les liens entre la santé de Van Gogh (1853-1890) et sa production artistique exceptionnelle ont été étudiés sous différents angles. Sur le plan médical, plusieurs hypothèses ont été avancées : le peintre aurait d'abord développé une dépendance à l'absinthe, consommée par beaucoup de ses contemporains dans le milieu artistique ; cette substance favorise la survenue de convulsions. La deuxième hypothèse, conséquence de la première, accrédirait la survenue d'une épilepsie partielle complexe. Elle se caractérise par des crises convulsives ne concernant qu'une partie du cortex, accompagnées de troubles de la conscience.

Les crises délirantes et suicidaires du peintre, qui ont prédominé à la fin de sa courte existence, évoquent une troisième hypothèse : celle d'un trouble bipolaire venu compliquer cette probable épilepsie induite par la consommation excessive d'absinthe. En faveur de ces hypothèses, il existe de nombreux antécédents d'épilepsies (même si l'on ne disposait pas à cette époque d'électroencéphalogramme enregistrant l'activité électrique du cerveau, lequel, aujourd'hui, permet souvent de confirmer le diagnostic) et troubles de l'humeur dans la famille de Vincent Van Gogh.

2. Les listes de célébrités bipolaires et les critères de Kay Jamison. –

Au côté du maître du postimpressionnisme, il existe une pléiade d'artistes supposés avoir souffert d'une maladie bipolaire. Kay Jamison a proposé une liste de critères pour asseoir cette hypothèse : l'existence d'antécédents familiaux de dépression, de maladie maniaco-dépressive ou de suicide, la notion d'hospitalisations, l'existence de témoignages écrits (autobiographiques ou rédigés par des proches ou, mieux, par des médecins), la notion de traitements reçus (lithium, électrochocs...), de tentatives de suicide ou encore de suicide abouti. Les cas de Robert Schumann, Virginia Woolf et Ernest Hemingway répondent à ces critères.

L'hypothèse d'un trouble bipolaire de type 1 est souvent moins difficile à avancer en raison du caractère souvent plus documenté des crises maniaques. Le trouble bipolaire de type 2 est plus problématique : évoquer une hypomanie de manière rétrospective est le plus souvent très délicat. Avancer un tel diagnostic pour les personnalités antérieures au XIX^e siècle nous semble très acrobatique, pour ne pas dire fantaisiste, tant sur le plan documentaire que scientifique.

3. L'exemple de Nerval (1808-1855). –

Gérard de Nerval, célèbre écrivain français de la première moitié du XIX^e siècle, a retenu l'attention d'un amoureux de la psychiatrie et la littérature, Jean Delay⁴, qui avance l'hypothèse très probable d'une maladie maniaco-dépressive chez le poète.

En 1841, Nerval a trente-trois ans. De février à novembre, il est hospitalisé pour une première crise maniaque délirante à la clinique de Picpus, à Paris, puis dans celle des docteurs Blanche (père et fils). Après sa sortie, il traverse une phase dépressive qu'il qualifie lui-même de « descente aux enfers ».

Orphelin de mère à l'âge de deux ans, Gérard Labrunie, dit « de Nerval » est élevé par son grand-oncle maternel jusqu'à l'âge de sept ans. Son père, le docteur Étienne Labrunie, chirurgien, demande alors sa retraite de la Grande Armée et veille désormais sur l'éducation du jeune Gérard, qu'il destine tout naturellement à la médecine. Obéissant, son fils s'inscrit à la faculté, mais bien vite son amour pour la poésie et la littérature prend le pas sur les injonctions paternelles. Dès lors, Gérard se consacre à l'écriture.

En 1840, il tombe amoureux d'une jeune actrice, Jenny Colon, qui l'éconduit. Ce traumatisme affectif a-t-il joué un rôle dans la survenue de sa première crise maniaque ? Gérard présente de graves troubles du comportement qui le conduisent au poste de police avant que son ami Théophile Gautier ne vienne le secourir pour le conduire en clinique. Pendant ses deux hospitalisations de 1841, Gérard est très agité, il écrit des lettres au ministère de l'Intérieur, certaines sont conservées et relatent les idées délirantes de grandeur qui l'habitent pendant cette crise : il signe « G. Nap. dell torre brunya », pour « *Gérard Napoléon de La Tour Brunie* »... Dans une lettre du 25 décembre 1842, il évoque la dépression profonde qui l'a frappé à partir de novembre 1841, après la crise maniaque : « L'hiver dernier a été pour moi déplorable, l'abattement m'ôtait les forces, l'ennui du peu que je faisais me gagnait de plus en plus et le sentiment de ne pouvoir exciter que de la pitié à la suite de ma terrible maladie m'ôtait même le plaisir de la société. »

Pendant sept ans, de 1842 à 1849, Gérard de Nerval connaît une période d'accalmie, sans crise. Il poursuit sa vie d'homme de lettres, et effectue de nombreux voyages. Mais fin octobre 1842, il découvre le haschisch au club

des Haschischins, fondé par le médecin Moreau de Tours, sur l'île Saint-Louis, à Paris. La drogue modifie ses états de conscience, à type de « rêve éveillé », appelés oniriques, qu'il rapproche de ceux de sa crise maniaque de l'année précédente. À partir de 1849, les récidives maniaques et dépressives de sa « terrible maladie » deviennent de plus en plus fréquentes, notamment sous l'effet de l'alcool. Elles nécessitent de nombreuses hospitalisations à la clinique du docteur Blanche, pour des durées plus ou moins longues.

Au cours d'une hospitalisation, le poète entreprend l'écriture d'*Aurélia, ou le Rêve et la Vie*. En décembre 1853, dans une lettre à son père, il expose le but qu'il s'est proposé d'atteindre dans *Aurélia* : « J'entreprends d'écrire et de constater toutes les impressions que m'a laiss[es] ma maladie. Ce ne sera pas une étude inutile pour l'observation et la science. » La première partie de cette œuvre poétique en prose retranscrit de manière romanesque la crise de 1841, et *Aurélia* peut être identifiée à l'actrice Jenny Colon (morte en 1842). Dans l'imaginaire de Gérard, elle est aussi une figure féminine et maternelle. La seconde partie, publiée à titre posthume, évoque les vécus délirants et oniriques des dernières années de sa vie.

Alors que l'année 1854 est émaillée de nombreuses rechutes maniaques et dépressives, le poète poursuit l'écriture d'*Aurélia*, mais ses proches sont frappés par ses idées fixes et fantasmagoriques. Son ami Edmond Texier écrit : « Presque toutes les fois que je voyais Gérard, il me parlait d'une maison de cette vieille et abominable rue de la Lanterne où, dans une grande cage accrochée au mur, croassait un corbeau. Ah ! ce corbeau ! Il ne lui sortait plus de la pensée. » Malgré l'instabilité de son état, en octobre 1854, le comité de la Société des gens de lettres, puis la tante de Gérard elle-même, M^{me} Labrunie, somment le docteur Blanche de le laisser quitter la clinique. Cette sortie contrainte se révèle malheureusement prématurée.

Le 26 janvier 1855, Gérard est retrouvé pendu, rue de la Vieille-Lanterne, avec dans la poche le feuillet qu'il avait couvert de sa fine écriture : c'était la dernière page d'*Aurélia*... Quelques semaines après son suicide, ses amis ont édité, dans la *Revue de Paris*, la seconde partie de ce récit. Une dernière phrase en italique, attribuée à Théophile Gautier, précise : « *Ici s'est brisée la plume du poète, la plume d'or du sentiment et de la fantaisie.* »

Comme le précise Jean Delay, « un artiste vu par un médecin, c'est toujours un peu Don Quichotte vu par Sancho Pança⁵ », on est frappé par la volonté du poète de retranscrire dans son œuvre ces moments tragiques de la maladie maniaco-dépressive dont il semble avoir effectivement souffert et qui l'ont emporté dans la mort. À cette époque, les contours de cette pathologie ne sont pas encore parfaitement établis et les moyens thérapeutiques, limités à l'internement, à la mise au vert et au soutien moral, autant de secours qui n'ont pas sauvé Gérard de Nerval du désespoir.

4. Maladie bipolaire et création artistique dans la vie de Gérard Garouste⁶. – Artiste contemporain, Gérard Garouste a révélé publiquement sa maladie bipolaire. Il propose une interprétation de celle-ci dans sa vie et son œuvre picturale.

La maladie de Gérard Garouste s'est déclarée après la naissance de son premier fils. Il avait vingt-cinq ans. Ce refuge dans un délire mystique a suscité une grande incompréhension de la part de son entourage. En raison de ses troubles du comportement pendant cette crise, il a été conduit par la police à l'hôpital psychiatrique. Il a été hospitalisé pendant un mois, et a reçu un traitement neuroleptique. Gérard Garouste dit avoir vécu cela « comme une véritable camisole chimique », mais qui a permis de « casser le délire ». Il a présenté plusieurs effets secondaires. Ensuite s'est installée une longue période d'alternance de phases d'excitation et de dépression qui a duré une dizaine d'années. Pendant les dépressions, il dit avoir passé des journées entières à dormir.

Le soutien de sa famille et de son entourage a été crucial ; de plus, grâce à la commande de décors de théâtre par trois amis, Gérard Garouste dit avoir retrouvé confiance en son propre travail. Dans la famille paternelle de l'artiste, une cousine germaine faisait des crises délirantes également ; elle avait un visage défiguré par l'angoisse et a fini ses jours dans un hôpital psychiatrique. Un de ses cousins germains, toujours du côté paternel, souffrait aussi régulièrement de dépression.

Gérard Garouste insiste sur la possibilité de se sortir des crises de la maladie (sauf « quand elles sont trop rapprochées ») et sur le rôle très important du soutien de son entourage, de l'aide des médecins, des médicaments et de la psychothérapie. Pour lui, la vie à la campagne, loin des stimulations excessives et du stress ambiant de la ville, semble avoir joué également un rôle très positif dans le retour à l'équilibre. Enfin, l'artiste précise avoir fait une thérapie avec trois psychanalystes successifs pendant vingt ans et être toujours suivi par un psychiatre.

Pendant les crises délirantes ou les phases de dépression, dans les deux cas, la production artistique est quasiment inexistante : « Je ne produis rien. » Durant les dépressions, l'artiste dit ne rien faire du tout et pendant les crises délirantes maniaques, avoir eu des idées fantastiques, mais vécues de manière trop forte, un peu comme « lors d'un shoot de cocaïne », où l'on pense être porteur d'un charisme extraordinaire. Selon Gérard Garouste, ce qu'il a pu peindre pendant la crise maniaque n'est pas transmissible d'un point de vue artistique : « C'est inintéressant, bête, mégalomane... » Une année, la Bibliothèque nationale de France lui avait passé la commande d'un tableau. Quelques semaines plus tard, il est entré dans une crise maniaque, et a peint une toile monumentale. Pour l'artiste, ce tableau manque de discernement, c'est une mauvaise toile. Acceptée par les commanditaires, elle est toujours exposée, malgré les multiples tentatives de Gérard Garouste après coup pour la faire détruire...

L'artiste décrit, à la sortie des crises délirantes, une sensation de lavage de cerveau qui laisse une expérience singulière. On serait plus conscient de ses propres faiblesses. Selon lui, c'est l'expérience qui peut enrichir avec le recul, et non la crise elle-même. C'est dans l'après-coup des phases de la maladie, entre les crises, que le processus de création peut reprendre. Gérard Garouste dit avoir pu parfois se sentir nourri par certains vécus délirants *a posteriori*. Enrichis par des sujets, des légendes, des contes de fées ou par des thématiques mythologiques, ces vécus intérieurs ont pu être réutilisés dans certaines œuvres. L'artiste pense que l'expérience de la maladie lui a sans doute donné une grande liberté par rapport à sa peinture.

À la question de sa sensibilité personnelle, Gérard Garouste répond qu'il n'a pas de référence par rapport à autrui, mais qu'il se sent émotif, hypersensible, ce qui selon lui ne présente pas forcément un intérêt sur le plan de la création artistique. Cependant l'artiste précise que cette « faiblesse » est peut-être une force si se développe, à partir de cette traversée de la maladie (« quand on a la chance de s'en sortir »), une éthique sociale voire politique. Gérard Garouste conclut sur une comparaison avec la sortie d'un drame, d'une guerre : avec de la distance, on relativise beaucoup de choses et petit à petit « on se sent plus fort ».

Garouste a traversé sa maladie bipolaire. Aujourd'hui grâce aux différentes prises en charge thérapeutiques, il se sent stabilisé. Comme Gérard de Nerval, à distance, il intègre à son art certains vécus et des impressions laissées par les épisodes de la maladie. Le talent descriptif du poète et la beauté des œuvres du peintre sont au service de la description de phénomènes pathologiques ; ils évoquent avec éclat les méandres des dérèglements intracérébraux de l'humeur, sans lever complètement le voile de mystère qui les enrobe. Les deux exemples de Gérard de Nerval et de Gérard Garouste illustrent à merveille le fait que la maladie bipolaire est davantage une clé de lecture de l'œuvre des artistes qui en souffrent ou en ont souffert, qu'un moyen de comprendre la maladie elle-même.

III. – La bipolarité prédispose-t-elle à la créativité ?

La vie émotionnelle des patients bipolaires (et souvent de leurs proches apparentés) est plus intense que celle de la population générale. Leurs réactions aux stimulations affectives sont plus fortes, ce qui les expose parfois à un risque de rechute. Sur le plan psychologique, d'autres caractéristiques ont été soulignées chez certains patients bipolaires. Ceux-ci présentent parfois des aptitudes créatives qu'ils déploient dans leur profession ou dans leurs loisirs.

Ce sous-groupe de patients bipolaires percevrait de manière plus saillante des liens entre des idées, des concepts apparemment assez disparates pour le commun des mortels. Dans ces mécanismes, des processus de levée d'inhibition cognitive seraient à l'œuvre. Cette flexibilité mentale, doublée souvent d'une capacité de mémoire supérieure à la moyenne, leur offrirait des potentialités créatrices plus développées, mises à profit parfois sur le plan professionnel, comme plusieurs études réalisées dans ce domaine l'ont montré.

Que sais-je sur le lien entre créativité et troubles bipolaires ?

- Le fait que certains artistes de génie aient souffert de troubles bipolaires ne donne pas d'éléments de compréhension sur la maladie elle-même.
- Il semble que les personnes qui souffrent d'un trouble bipolaire travaillent plus fréquemment dans des domaines où la créativité est sollicitée.
- Les personnes qui souffrent d'un trouble bipolaire présenteraient une plus grande capacité associative sur le plan cognitif, ce qui les prédisposerait à une plus grande créativité.

1. Verlaine, *Les Poètes maudits*, 1884.
2. Aristote, *Problème XXX*, 953a10-955a40, in *L'Homme de génie et la Mélancolie*, trad. J. Pigeaud, Paris, Payot & Rivages, « Petite Bibliothèque Rivages », 2006.
3. Cicéron, *De la divination*, trad. J. Kany-Turpin, Paris, Flammarion, « GF », 2004.
4. J. Delay, « L'Aurélia de Nerval (Autour d'Aurélia) », *Les Nouvelles littéraires*, 29 mai 1958, p. 1-6.
5. J. Delay, « Souvenirs sur André Gide », conférence du 21 septembre 1951, Paris, Bibliothèque littéraire Jacques Doucet, Fonds Jean Delay.
6. Texte rédigé à partir d'un entretien accordé à l'auteur par l'artiste en juillet 2015.

À l'attention des proches

par Danielle STEEL

« Sans l'espoir, le cœur se briserait. »

Proverbe écossais

Il est difficile de trouver les mots justes à adresser aux parents d'un enfant bipolaire, quel que soit son âge. Certes, ce sont des êtres exceptionnels, à tout âge. Doués, charmants, talentueux, brillants, drôles, adorables, affectueux, et en même temps impossibles, difficiles, ingérables. La vie de parents de ces êtres extraordinaires bascule entre l'espoir et le désespoir constamment ; nous devenons presque bipolaires avec eux. Nous faisons tout pour les comprendre, pour les aider, pour les soutenir et, à certains moments, nous sommes catastrophés ou désespérés. Et en plus, tout en suivant leurs hauts et leurs bas instantanés, nous avons souvent d'autres enfants à qui nous devons porter attention, un époux, un travail et une vie quotidienne à mener. Il faut presque être magicien pour porter tout cela...

Je me rends compte avec un recul de dix-sept ans que je n'ai jamais été la mère d'une personne bipolaire adulte, mais d'un enfant et d'un adolescent. Un adolescent « normal » est déjà difficile à vivre, à comprendre, et parfois à tolérer : un enfant bipolaire d'autant plus. Il faut énormément de force pour le vivre, de volonté, de courage, de patience, et on recommence à zéro tous les jours – et eux aussi.

Je me suis aperçue que mon fils Nicholas était différent dès l'âge de dix-huit mois, dans le bon et le mauvais sens (difficile mais aussi charmant et irrésistible). Il a commencé à marcher et à parler en même temps à huit mois. À un an, il faisait des phrases bien construites dans deux langues. À l'âge de quatre ans, j'étais sûre qu'il y avait un grave problème. À sept ans, les médecins le niaient, ils ne diagnostiquaient pas les enfants à cet âge-là. Et de longues années inquiétantes, angoissantes même, ont suivi jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de seize ans, où les médecins ont avoué enfin qu'il était en effet bipolaire. Ils lui ont donné les médicaments nécessaires (du lithium et d'autres). À partir de ce jour-là, il s'est épanoui, presque immédiatement de façon miraculeuse.

Comment le vivre, en tant que parent, et comment les aider ? Nous avons inventé tous les systèmes imaginables, certains ont très bien marché, d'autres pas du tout... Il faut TOUT essayer de toutes ses forces et avec toute sa créativité. Il y a des moments où l'on n'en peut plus... et le lendemain on recommence, et il y a un petit changement, un espoir, une lumière à l'horizon.

Nous n'avons pas gagné la guerre contre sa maladie, ni sauvé sa vie, mais nous avons mené la bataille de toute notre force, avec toute notre créativité, et notre amour pour lui, et il a fait de même à nos côtés. Malgré sa souffrance, il a mené une belle vie : des études, des amis, une carrière dans la musique, la réussite. Il a vécu une vie entière en dix-neuf courtes années. Et la plupart du temps, il était heureux. Mon plus grand réconfort finalement était de savoir que nous avions TOUT fait. Comme je l'accompagnais sur ce chemin difficile, j'étais énormément proche de lui, il le reconnaissait. Il était tout simplement extraordinaire.

Les médecins nous ont dit que si l'on pouvait le garder en vie jusqu'à trente ans, nous aurions toutes les chances qu'il survive bien au-delà. Nous ne sommes pas arrivés à cette destination tant espérée.

Je vous rappelle que tous les patients atteints d'un cancer n'en meurent pas, et que tous les passagers de voiture ne décèdent pas dans un accident de la route. Certains meurent, d'autres survivent. Il est tout à fait possible de mener une belle vie et de vivre tout en étant bipolaire, grâce à des soins appropriés, des médecins compétents, des traitements efficaces, des thérapies, avec du soutien et de l'amour. Nous ne savons jamais dans la vie qui va survivre et qui ne survivra pas – parfois à cause d'une idiotie, d'un accident qui ne devrait jamais arriver. Toute vie comporte des risques. Mais parce que mon fils n'a pas survécu à sa maladie, cela ne veut pas dire que votre enfant ne survivra pas, loin de là...

Il faut être courageux pour suivre ce chemin inattendu, mais quelque part c'est un chemin miraculeux. Je chéris chaque instant que j'ai passé avec mon fils, chaque mois, chaque année. Il était une véritable bénédiction dans nos vies. Il m'a appris plus sur l'amour que je n'en aurais appris et vécu autrement.

Longtemps après le départ de mon fils, j'ai découvert une citation qui me semble être presque un message de Nick. C'est tout à fait ce qu'il m'aurait dit, il était très sensible à mon égard. Il m'encourageait et s'inquiétait parfois pour moi, malgré son âge. D'ailleurs, il m'a beaucoup touché et amusé quand, à onze ans, il a écrit : « J'ai un lien très fort avec ma mère que je n'ai avec personne d'autre. Je ne sais pas pourquoi, mais on est comme ça. » Cette phrase, il l'a écrite dans son journal intime. Je l'ai encadrée et accrochée au mur de mon bureau. Cela me fait toujours sourire quand je la vois. Et voici cette citation, attribuée à A.A. Milne et prêtée à Winnie l'Ourson, qui me rappelle tellement Nick et qui vous servira peut-être aussi : « Si jamais il y avait un lendemain où nous ne soyons plus ensemble, il y a quelque chose dont tu dois te souvenir : tu es plus courageuse que tu ne le crois, plus forte qu'il ne te le semble et plus intelligente que tu ne le penses. Mais la chose la plus importante, c'est que, même si nous sommes séparés, je serai toujours avec toi. »

Soyez courageux, vous en êtes capables. Ne perdez jamais espoir. Vous découvrirez la force dont vous avez besoin. Que Dieu vous bénisse, et que votre chemin soit doux, avec de beaux moments, et une belle victoire.

Conclusion

« Ce qui m'a conduit à la psychiatrie, [...] c'est l'intuition profonde, inébranlable, qu'il y a là un immense achoppement pour l'espoir. »

Jean DELAY¹

Ce « Que sais-je ? » sur les troubles bipolaires s'achève sur l'histoire de Nick, un jeune homme créatif qui a présenté très tôt des signes avant-coureurs d'une maladie diagnostiquée à la fin de l'adolescence.

Aujourd'hui, notre connaissance des troubles bipolaires, qui touchent en France plus d'un million et demi de personnes, s'est approfondie. Les dysfonctionnements des régions cérébrales impliquées dans la production des émotions font le lit de l'hyperréactivité émotionnelle, à l'origine de la maladie. Les traumatismes affectifs, les prises de toxiques et les changements de rythmes de vie peuvent révéler cette fragilité et déclencher les crises.

Si le lithium reste le traitement de référence, de nombreuses stratégies médicamenteuses permettent aujourd'hui de traiter efficacement les crises maniaques, hypomaniaques et, plus difficilement, les phases dépressives. La prévention des rechutes passe par l'élaboration d'une prise en charge personnalisée, qui associe aux médicaments des thérapies psychologiques aujourd'hui très diversifiées.

Tous ces progrès de la science, de la médecine et de la psychologie n'ont pas atténué la sévérité de la maladie bipolaire. Mais plus que jamais, l'espoir de pouvoir vivre avec une humeur équilibrée, d'accomplir ses projets personnels, professionnels et existentiels, est aujourd'hui permis. Les témoignages de Véronique Dufief et de Gérard Garouste sont à cet égard fort éloquents.

Tous les deux insistent sur le soutien indéfectible de leurs proches. Comme l'a courageusement exprimé Danielle Steel dans cet essai, le combat d'une personne qui souffre d'un trouble bipolaire est partagé par son entourage immédiat. En tant que médecin, je suis souvent impressionné par la force de mes patients dans leur lutte contre la maladie et par le témoignage de leurs proches, qui requièrent aussi écoute et soutien.

Soigner et accompagner des personnes qui souffrent d'un trouble bipolaire est une leçon de vie que je reçois chaque jour de ces êtres qui, comme me l'a dit l'un de mes patients, « ont le cœur près des yeux ». Partager l'espoir d'améliorer leur vie et contribuer à poursuivre ce fantastique chemin du progrès des connaissances inauguré depuis quelques décennies, telle est aussi l'ambition de ce livre.

1. J. Delay, *Journal intime*, 11 juillet 1937, Paris, Bibliothèque littéraire Jacques Doucet, Fonds Jean Delay.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES DESTINÉS AUX ÉTUDIANTS ET AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

- Aubry J.-M., Ferrero F., Schaad N. (dir.), *Psychopharmacologie des troubles bipolaires*, Genève, Médecine & Hygiène, 2013.
- Bourgeois M.-L., Gay C., Henry C., Masson M. (dir.), *Les Troubles bipolaires*, Paris, Lavoisier Médecine Sciences, 2014.
- Fountoulakis K.L., *Bipolar Disorder. An Evidence-Based Guide to Manic Depression*, Berlin, Springer, 2015.
- Frank E., *Treating Bipolar Disorder. A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy*, New York, The Guildford Press, 2005.
- Goodwin F.K., Jamison K.R., *Manic-Depressive Illness Bipolar Disorders and Recurrent Depression*, Oxford et New York, Oxford University Press, 2007.
- Kapczinski F., Vieta E., Malgalhães P.V.S., Berk M. (éd.), *Neuroprogression and Staging in Bipolar Disorder*, Oxford et New York, Oxford University Press, 2015.
- Ketter T.A. (éd.), *Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders*, Arlington, American Psychiatric Publishing, 2010.

- Malhi G.S., Masson M., Bellivier F. (éd.), *The Practice and Science of Lithium Therapy*, Berlin, Springer, 2016.
- Miklowitz D.J., Gitlin M.J., *Clinician's guide to bipolar disorder. Integrating pharmacology and psychotherapy*, New York, The Guilford Press, 2014.
- Otto M.W., Reilly-Harrington N.A., Kogan J.N., Henin A., Knaus R.O., Sachs G.S., *Managing Bipolar Disorder. A Cognitive-Behavioral Approach*, Oxford et New York, Oxford University Press, 2009.
- Verdoux H. (dir.), *Les Thymorégulateurs*, Paris, Lavoisier Médecine Sciences, 2013.
- Vieta E., Torrent C., Martínez-Arán A., *Functional Remediation for Bipolar Disorder*, Cambridge, Cambridge University Press, 2014.
- Wirz-Justice A., Benedetti F., Terman M., *Chronotherapeutics for affective disorders. A clinician's guide for Affective Disorders*, Bâle, Karger, 2013.
- Yildiz A., Ruiz P., Nemeroff C., *The Bipolar Book : History, Neurobiology, and Treatment*, Oxford et New York, Oxford University Press, 2015.

ARTICLES SCIENTIFIQUES INTERNATIONAUX DE SYNTHÈSE

- Baldessarini R.J., Pompili M., Tondo L., « Suicide in bipolar disorder : Risk and management », *Central Nervous System Spectrums*, 11, 2006, p. 465-471.
- Bellivier F., Golmard J.-L., Rietschel M. *et alii*, « Age of onset in bipolar I affective disorder : Further evidence for three subgroups », *The American Journal of Psychiatry*, 160, 2003, p. 999-1001.

- Cipriani A., Hawton K., Stockton S., Geddes J.R., « Lithium in the prevention of suicide in mood disorders : Updated systematic review and meta-analysis », *The British Medical Journal*, 346, 2013, ff3646.
- Corryel W., Solomon D.A., Fiedorowicz J.G. *et alii*, « Anxiety and outcome in bipolar disorder », *The American Journal of Psychiatry*, 166, 2009, p. 1238-1243.
- Craddock N., Sklar P., « Genetics of bipolar disorder », *The Lancet*, 381, 2013, p. 1654-1662.
- Ellicott A., Hammen C., Gitlin M. *et alii*, « Life events and the course of bipolar disorder », *The American Journal of Psychiatry*, 17, 1990, p. 1194-1198.
- Etain B., Mathieu F., Henry C. *et alii*, « Preferential association between childhood emotional abuse in bipolar disorder », *Journal of Traumatic Stress*, 23, 2010, p. 867-876.
- Faglioni A., Roy Chengappa K.N., Soreca I., Chang J., « Bipolar disorder and the metabolic syndrome », *Central Nervous System Drugs*, 22, 2008, p. 655-669.
- Frye M.A., Salloum I.M., « Bipolar disorder and comorbid alcoholism : Prevalence rate and treatment considerations », *Bipolar Disorders*, 8, 2008, p. 677-685.
- Henry C., Van Den Bulke D., Bellivier F. *et alii*, « Affective lability and affect intensity as core dimensions of bipolar disorders during euthymic period », *Psychiatry Research*, 159, 2008, p. 1-6.
- Kyaga S., Landén M., Boman M. *et alii*, « Mental illness, suicide and creativity : 40-year prospective total population study », *The Journal of Psychiatric Research*, 47, 2013, p. 83-90.
- Malhi G.S., Tanious M., Das P., Berk M., « The science and practice of lithium therapy », *The Australian and New Zealand Journal of*

Psychiatry, 46, 2012, p. 192-211.

Phillips M.L., Swartz H.L., « A critical appraisal of neuroimaging studies of bipolar disorder : Toward a new conceptualization of underlying neural circuitry and a road map for future research », *The American Journal of Psychiatry*, 171/8, 2014, p. 829-843.

Power R.A., Steinberg S., Bjornsdottir G. *et alii*, « Polygenic risk scores for schizophrenia and bipolar predict creativity », *Nature Neuroscience*, 18, 2015, p. 953-956.

Yatham L.N., Kennedy S.H., Parikh S.V. *et alii*, « Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder : Update 2013 », *Bipolar Disorders*, 15, 2013, p. 1-44.

OUVRAGES DESTINÉS AU GRAND PUBLIC

Bindler L., Andlauer O., *Le Trouble bipolaire. 100 questions/réponses pour mieux comprendre le trouble bipolaire*, Paris, Ellipses, 2012.

Bourgeois M.-L., *Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires*, Paris, Odile Jacob, 2007..

Desseilles M., Perroud N., Grosjean B., *Manuel du bipolaire*, Paris, Eyrolles, 2017.

Giachetti R., *La Maladie bipolaire expliquée aux souffrants et aux proches*, Paris, Odile Jacob, 2012.

Guichard J.-P., *Vivre et comprendre les troubles bipolaires*, Paris, Ellipses, 2014.

Hardy-Baylé M.-C., Hardy P., *Maniaco-dépressif. Histoire de Pierre*, Paris, Odile Jacob, 2005.

Haustgen T., *Idées reçues sur les troubles bipolaires*, Paris, Le Cavalier Bleu, 2013.

Geoffroy P.-A., *Savoir pour guérir. Les troubles bipolaires*, Villers-lès-Nancy, Mona édition, 2016.

Sorbara F., Gindre C., *Mon humeur enfin stable*, Paris, Puf, 2012.

OUVRAGES DESTINÉS À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Beacco S., Gay C., *Mieux contrôler mon trouble bipolaire avec la mindfulness*, Paris, Dunod, 2016.

Bellivier F., Llorca P.-M., *Devenir expert de son trouble bipolaire*, Levallois-Perret, Éditions Tempo médical, 2016.

Gay C., Colombani M., *Manuel de psychoéducation. Troubles bipolaires*, Paris, Dunod, 2013.

Fieve R.R., *Comment bien vivre avec des troubles bipolaires*, Paris, Flammarion, 2011.

Mirabel-Sarron C., Leygnac-Solignac I., *Les Troubles bipolaires. De la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif*, Paris, Dunod, 2011.

Ramirez Basco M., *The Bipolar Workbook Tools for Controlling Your Mood Wings*, New York, The Guilford Press, 2015.

TÉMOIGNAGES DE PATIENTS

- Alvery M., Gabert H., *J'ai choisi la vie. Être bipolaire et s'en sortir*, Paris, Payot, 2013.
- Dufief V., *La Souffrance désarmée*, Paris, Salvator, 2013.
- Gay C., Générmont J.-A., *Vivre avec des hauts et des bas. Un psy et un patient racontent*, Paris, Hachette Littératures, 2002.
- Jamison K.R., *De l'exaltation à la dépression. Confession d'une psychiatre maniaco-dépressive*, Paris, Robert Laffont, « Réponses », 1997.
- Layma Y., *J'ai dû chevaucher la tempête*, Paris, La Martinière, 2012.
- Lenoël A., *Qui suis-je quand je ne suis pas moi ? Une bipolaire témoigne*, Paris, Odile Jacob, 2015.
- Maigne R., *Un monde idéal perdu*, Paris, Société des écrivains, 2015.
- Pérignon H., *Je suis bipolaire mais le bonheur ne me fait pas peur*, Paris, Hugo Doc, 2015.
- Rousseau L., *Vivre sereinement avec son trouble bipolaire*, Paris, Société des écrivains, 2014.
- Trudeau M., *Changing my mind*, New York, Harpercollins Publishers, 2010.

OUVRAGES À L'ATTENTION DE L'ENTOURAGE

- Gay C., *Vivre avec un maniaco-dépressif*, Paris, Hachette Littératures, 2008.
- Fast J.A., Preston J.D., *Loving Someone with Bipolar Disorder : Understanding & Helping Your Partner*, Oakland, New Harbinger Publications, 2012.

Miklowitz D.J., *The Bipolar Disorder Survival Guide What You and Your Family Need to Know*, New York, The Guilford Press, 2011.

Steel D., *Un rayon de lumière. L'histoire de Nick Traina, mon fils*, trad. V. Galangau, Paris, Presses de la Cité, 1999.

Vigan D. de, *Rien ne s'oppose à la nuit*, Paris, Lattès, 2011.

OUVRAGES HISTORIQUES

Delay J., *Les Dérèglements de l'humeur*, Paris, Puf, 1946.

Ey H., « Étude n° 25 Les psychoses maniaco-dépressives », *Les Études psychiatriques*, Paris, Desclée De Brouwer, 1954.

Kraepelin E., *La Folie maniaco-dépressive*, trad. 8^e éd. par M. Géraud [1913], Bordeaux, Mollat, 1997.

Masson M. (dir.), *24 Textes fondateurs de la psychiatrie introduits et commentés par la Société médico-psychologique*, Paris, Armand Colin, 2013.

Ritti A., *Traité clinique de la folie à double forme. Folie circulaire, délire à formes alternes*, Paris, Doin, 1883.

OUVRAGES SUR LES LIENS ENTRE CRÉATIVITÉ ET BIPOLARITÉ

Aristote, *L'Homme de génie et la Mélancolie*, trad. J. Pigeaud, Paris, Payot & Rivages, « Petite Bibliothèque Rivages », 2006.

- Boulon J.-M., *La Vie, l'œuvre et les maladies de Vincent Van Gogh*, Saint-Rémy-de-Provence, Jean-Marc Boulon Éditions, 2005.
- Caramagno T.C., *The Flight of the Mind Virginia Woolf's Art and Manic-Depressive Illness*, Berkeley, University of California Press, 1992.
- Delay F., *Dit Nerval*, Paris, Gallimard, 1999.
- Garouste G., Perrignon J., *L'Intranquille Autoportrait d'un fils, d'un peintre, d'un fou*, Paris, L'Iconoclaste, 2009.
- Hersant Y., *Mélancolies de l'Antiquité au XX^e siècle*, Paris, Robert Laffont, 2005.
- Jamison K.R., *Touched with Fire Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*, New York, Free Press, 1996.
- Klibansky R., Panofsky E., Saxl F., *Saturne et la mélancolie*, Paris, Gallimard, 1989.
- Murat L., *La Maison du docteur Blanche*, Paris, Lattès, 2001 ; rééd. revue et augmentée 2013.
- Nuss P., Sellier M., Bath J.-P., *Les Clairs-Obscurs de l'âme. Un voyage artistique au cœur de la bipolarité*, Montrouge, John Libbey Eurotext, 2006.
- Rogé J., *Le Syndrome de Nietzsche*, Paris, Odile Jacob, 1999.
- Stricker R., *Robert Schumann, le musicien et la folie*, Paris, Gallimard, 1984.
- Tosquelles F., *Le Vécu de la fin du monde. Le témoignage de Gérard de Nerval*, Grenoble, Jérôme Millon, 2012.
- Wittkower R. et M., *Les Enfants de Saturne. Psychologie et comportement des artistes de l'Antiquité à la Révolution française*, Paris, Macula, 2000.

OUVRAGES À ORIENTATION PSYCHOPATHOLOGIQUE OU SOCIOLOGIQUE

Leader D., *Bipolaire vraiment ?*, Paris, Albin Michel, 2014.

Martin E., *Voyage en terres bipolaires. Manie et dépression dans la culture américaine*, Paris, Rue d'Ulm, 2013.

LES ADRESSES UTILES POUR LES PATIENTS ET LES PROCHES

Argos 2001, 119, rue des Pyrénées, 75020 Paris ; www.argos2001.fr.

Clubhouse France, 43, rue du Télégraphe, 75020, Paris ;
www.clubhousefrance.org.

France Dépression, 4 bis rue Vigée-Lebrun, 75020, Paris ; www.france-depression.org.

Icebergs, 47, rue Delandine, 69002 Lyon ; www.icebergs.fr.

UNAFAM, 12, villa Compoint, 75017 Paris ; www.unafam.org.

POUR SOUTENIR LA RECHERCHE

Fondation P. Deniker, service hospitalo-universitaire, centre hospitalier Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 75020, Paris ;
www.fondationpierredeniker.org.

Fondation FondaMental, centre hospitalier A.-Chevenier, 40, rue de Mesly, 94000 Créteil ; www.fondation-fondamental.org.

POUR S'INFORMER SUR INTERNET

Bipotes : www.bipotes.leforum.eu

Les troubles bipolaires.com : www.troubles-bipolaires.com

Voir aussi : www.psycom.org

REMERCIEMENTS

Je suis très reconnaissant à Véronique Dufief d'avoir livré le témoignage de son vécu des crises maniaque et dépressive qu'elle a traversées et de m'avoir conseillé dans la rédaction de ce livre. Je remercie vivement Gérard Garouste d'avoir accepté de confier, lors d'un entretien retranscrit dans cet essai, le regard qu'il porte sur cette maladie dans sa vie et dans son œuvre. Je remercie très chaleureusement Danielle Steel d'avoir offert un message d'espoir à tous les proches de patients bipolaires. Enfin, je tiens à remercier de tout cœur Jacqueline Parant, instigatrice et relectrice de cet ouvrage.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction

CHAPITRE PREMIER - Sommes-nous tous bipolaires ?

I. – Humeur normale et humeur pathologique

II. – Histoire du concept : de la mélancolie et la manie aux troubles bipolaires

III. – Les tempéraments affectifs

IV. – La survenue des troubles bipolaires

CHAPITRE II - Comment se manifestent les troubles bipolaires ?

I. – L'épisode maniaque, l'hypomanie, les phases dépressives et l'humeur mixte

II. – Le fonctionnement entre les crises

III. – Les limitations de la liberté individuelle et les mises en danger d'autrui

IV. – Le risque suicidaire

V. – Aux frontières des troubles bipolaires

VI. – Les troubles psychiatriques associés

VII. – Les maladies somatiques associées

CHAPITRE III - Les troubles bipolaires : une maladie cérébrale ?

I. – Les facteurs génétiques

II. – Les possibles anomalies du développement cérébral

III. – Les études d'imagerie cérébrale

IV. – L'hyperréactivité émotionnelle : le cœur de la maladie

V. – Les antécédents traumatiques, les événements de vie et les facteurs déclenchants

VI. – En guise de réponse

CHAPITRE IV - Comment soigne-t-on les troubles bipolaires ?

I. – Les thérapeutiques biologiques

II. – Les prises en charge psychologiques

CHAPITRE V - Existe-t-il des liens entre créativité et troubles bipolaires ?

I. – Une idée vieille comme le monde confirmée par des études récentes ?

II. – Quelques artistes bipolaires célèbres

III. – La bipolarité prédispose-t-elle à la créativité ?

À l'attention des proches

Conclusion

Bibliographie

Remerciements



www.quesaisje.com

Table of Contents

[Start](#)