

Premier module : Connaître ma maladie

Qu'est-ce que le trouble de l'humeur bipolaire ?

■ Description

Un trouble de l'humeur bipolaire est caractérisé par une alternance entre des états maniaques et des états dépressifs, dans une proportion variable ; par exemple certaines personnes présentent davantage d'états dépressifs et peu d'états maniaques, d'autres en revanche alternent assez régulièrement des états maniaques et de temps en temps un état dépressif. Mais à partir du moment où un état maniaque a été observé chez quelqu'un qui était connu plutôt pour des états dépressifs, on parle de trouble de l'humeur bipolaire.

Il y a différents modes d'alternance. Après un état maniaque, il y a habituellement un état dépressif suivi d'un intervalle libre. Ces intervalles libres sont le plus souvent appelés « épisode intercritique », dans la mesure où les personnes ont souvent des symptômes résiduels (voir plus loin). La pathologie peut aussi commencer par un état de dépression sévère, suivi d'un virage maniaque, suivi d'un état intercritique. Ou encore, certains patients présentent des dépressions récurrentes entrecoupées, de temps à autre, d'un état hypomaniaque.

Il y a des cycles longs où les périodes intercritiques peuvent durer pendant plusieurs années. Mais il y a des cycles rapides où on peut observer jusqu'à 4 épisodes pathologiques dans l'année, ou plus. Certains patients évoluent vers une accélération de leur cycle.

De façon générale chez ces personnes on constate une labilité de l'humeur avec souvent une évolution en dents de scie, assez difficilement supportée par l'entourage qui subit les changements brusques de l'humeur. Les personnes elles-mêmes peuvent reconnaître une excessivité dans les variations de leur humeur, comme dans ce témoignage : « quand je n'ai pas le moral, je me sens au fond du trou, complètement anéanti, alors que quand j'ai la pêche, je deviens hyperactif, j'abattrais des montagnes et je me sens invincible ». Un autre témoignage fait connaître : « Je me sens encore « speed », hyperactive, mais je sais que je vais basculer après dans l'inverse où je n'aurai plus le moral. J'en ai marre de ne pas guérir, je suis épuisée ». On peut comprendre que les personnes préfèrent l'état d'excitation avec euphorie car la vie leur paraît à ce moment plus facile, et le découragement en raison du raccourcissement de l'intervalle entre un état dépressif et un état maniaque est redoutable.

■ Épidémiologie

À titre de comparaison, dans la population générale le trouble dépressif majeur est connu chez 5 % de la population. En revanche parmi les patients hospitalisés en service de Médecine, jusqu'à 15 % sont hospitalisés avec des manifestations dépressives majeures, soit comme motif principal de leur hospitalisation, soit comme pathologie associée. Quand on évalue la prévalence de la dépression chez les médecins généralistes environ 10 % des patients représentent un trouble dépressif majeur.

Le trouble bipolaire, certes moins fréquent, est en progression, on en distingue plusieurs formes. Le manuel de psychiatrie de Guelfi et Rouillon¹ (8) regroupe 2 formes principales du trouble de l'humeur bipolaire (TBP), répertoriées dans les classifications internationales du DSM V et la CIM 10. Ces 2 formes affectent entre 1 et 2 % de

1. Il est possible de consulter aussi : GUICHARD J-P : *Les troubles bipolaires* ; Collection Vivre et Comprendre, Ellipses, 2014 (9) et LÉBOYER M. *et al* : *Troubles bipolaires : pratiques, recherches et perspectives* ; John Libbey Eurotext, Collection pathologie science formation, Paris, 2005 (12).

la population mondiale. Transposée à la situation en France, dans l'hypothèse minimaliste de 1 %, 600 000 Français souffrent de ces 2 formes principales de la maladie bipolaire. Toujours avec Guelfi/Rouillon, la totalité des troubles bipolaires concerne entre 3,4 et 6,4 % de la population mondiale (environ 2 millions à 3,8 millions en France).

Concernant le sexe ratio, le TBP I est réparti de la même manière entre les hommes et les femmes ; dans le TBP II, il y a une légère prédominance féminine. L'âge de début s'étend de 17 à 40 ans ou plus, avec un âge moyen de 30 ans.

■ Différentes expression de la clinique du trouble

- Le **TBP I** est caractérisé par une alternance entre un état maniaque suivi immédiatement d'un état dépressif auquel succède un intervalle libre (M – D – I). Il existe aussi la forme qui commence par un état dépressif auquel succède immédiatement un état maniaque, suivi d'un intervalle libre (D – M – I).
- Le **TBP II** est caractérisé par des épisodes dépressifs récidivants auxquels succèdent de temps en temps des épisodes maniaques atténués, moins forts et/ou plus courts dans leur intensité, c'est-à-dire, des épisodes d'hypomanie. L'importance des épisodes d'hypomanie est probablement sous-évaluée.

Les autres formes du trouble de l'humeur bipolaire ne sont pas répertoriées dans les statistiques internationales.

- Le **TBP III** rassemble 2 formes. L'une est caractérisée par une dépression récurrente et des antécédents familiaux de manie ou de dépression. La deuxième forme est concernée par des « virages d'humeur », dans ce cas, un traitement antidépresseur induit un état hypomaniaque. Tous les patients ne réagissent pas ainsi après instauration d'un traitement antidépresseur, pour cette raison, on doit considérer ces patients à risque de développer plus tard un authentique trouble de l'humeur bipolaire. Dans le cas du TBP III, la recommandation est de pratiquer une monothérapie par un médicament ayant comme effet la régulation de l'humeur et d'éviter la prescription d'antidépresseurs, dans la mesure du possible.
- Le **TBP IV** se caractérise par la survenue d'un épisode dépressif majeur sur un tempérament de base hyper-thymique (hyperactivité, multiplicité des projets, grande sociabilité, faible besoin de

sommeil, optimisme). Ce trouble qui se situe aux confins de la bipolarité est d'apparition souvent tardive et survient dans un contexte de surmenage, de situations répétées de stress ou d'une succession d'événements pénibles de la vie. L'évolution n'est pas bien établie, mais le risque d'une « bipolarisation secondaire » peut justifier la prescription d'un médicament ayant comme effet la régulation de l'humeur.

Un autre tableau correspond au **tempérament cyclothymique** qui est représenté par une humeur en dents de scie, sans véritables décompensations ni dépressives majeures, ni maniaques, mais de tels tableaux correspondent à de l'hypomanie et à un épisode dit sub-dépressif. On classe dans la cyclothymie aussi des patients au tempérament hyper-thymique, c'est-à-dire toujours gais et débordant d'énergie. L'application de règles d'hygiène de vie contribue à une meilleure stabilisation de l'humeur. Un médicament ayant comme effet la régulation de l'humeur n'est pas toujours nécessaire.

Un autre trouble est le **trouble dysthymique**, manifesté par une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de dépression récurrente. Ces personnes sont souvent malheureuses, elles ne réussissent pas la maîtrise de leurs états émotionnels, et l'entourage subit leur réactivité et leur mauvaise humeur. On peut considérer ce trouble comme faisant partie du caractère d'une personne.

Il est difficile d'évaluer précisément les pourcentages de ces 4 derniers tableaux ; la dysthymie se confond un peu dans les statistiques des dépressions majeure et mineure : c'est une des raisons de la divergence importante entre différentes études épidémiologiques.

■ Favoriser l'alliance thérapeutique

La plupart des personnes qui souffrent d'un trouble bipolaire finissent par être prises en charge par un médecin pour recevoir un traitement, ne serait-ce que tardivement, or seulement la moitié des personnes atteintes d'un trouble dépressif majeur sont prises en charge par un médecin. Ceci tient au fait que les manifestations bipolaires sont beaucoup plus bruyantes dans leur expression maniaque que les manifestations dépressives pures. Souvent encore les personnes

dépressives pensent que « cela passera » ou qu'elles « doivent s'en sortir toutes seules en faisant des efforts ».

Un sérieux écueil est cependant la collaboration parfois difficile chez les personnes bipolaires qui ont tendance à arrêter leur traitement quand elles se sentent bien. De tels arrêts répétés sont probablement responsables de l'accélération des cycles.

Un critère diagnostique est la nécessité d'hospitalisation. Les personnes souffrant d'un TBP I seront hospitalisées en raison de l'importance des symptômes maniaques, dépressifs ou mixtes (associant des signes dépressifs à des signes maniaques). Les personnes souffrant d'un TBP II seront hospitalisées dans des périodes dépressives (en raison de leur sévérité) mais pas forcément dans des périodes maniques (parce que ces épisodes sont atténués). Les personnes souffrant d'un TBP III peuvent souvent bénéficier d'une prise en charge en ambulatoire.

Ce qui pose problème ce sont les formes atténuées qui laissent penser à d'autres diagnostics : les troubles anxieux, les pathologies névrotiques, les troubles avec l'usage d'une substance psycho-active (fréquents en pathologies associées), les troubles du caractère, les troubles psychotiques avec un retentissement sur l'humeur. La prédominance de telles formes retarde le diagnostic : en moyenne, il est posé au bout de 9,4 ans sur la vie entière, ce qui est très tard car plus on traite tôt par un traitement adapté, mieux la maladie sera contrôlée.

■ **Auto-questionnaire : Mon propre trouble bipolaire**

Diagnostic	Année	Évolution	Je me reconnais	Expérience différente
Le diagnostic a-t-il été posé par un médecin ?	En quelle année ma maladie a-t-elle commencé ? Ai-je connu d'autres décompensations ?	Quelle a été l'évolution de mon trouble bipolaire ?	Est-ce que je me reconnais dans la description du texte présent ?	Mon expérience est-elle différente ?
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'état maniaque

Les personnes ressentent un état émotionnel particulier qui leur donne un sentiment de puissance formidable. Elles en gardent la nostalgie où tout leur paraissait possible et facile. Parfois, elles cherchent à retrouver ce ressenti, par exemple en arrêtant les médicaments. Mais quand elles ont connu le débordement avec des hospitalisations parfois longues et sous contrainte, souvent elles redoutent de perdre de nouveau le contrôle de la gestion de leurs émotions et de leurs comportements. Dans ce cas, elles appliquent des règles de vie où elles limitent ce qui les excite ; de telles règles sont enseignées dans les programmes de psychoéducation.

Un état maniaque peut être la première manifestation d'un trouble de l'humeur bipolaire. Une telle pathologie peut s'installer en très peu de temps, de quelques jours à une semaine. Souvent les individus ne s'inquiètent pas de leurs comportements. Généralement, au début leur famille accueille favorablement la gaieté exprimée et l'énergie déployée. Un médecin fera le diagnostic d'état maniaque si les troubles sont présents depuis au moins une semaine, souvent plus. Les signes suivants sont typiques d'un état maniaque :

■ Une euphorie persistante

Les personnes se sentent gaies et légères, la vie leur paraît maintenant facile : elles sont enjouées, elles ont envie de chanter, de danser, de jouer et elles veulent entraîner les autres dans le même tourbillon. Cette gaieté est excessive : il s'agit d'une euphorie qui persiste ; elle surprend leur entourage qui les a souvent connues tristes et apathiques pendant les semaines ou les jours précédents.

■ Des colères répétitives

Cette euphorie est labile, c'est une exaltation de l'humeur qui peut virer du côté de la colère d'une minute à une autre chez les sujets

prédisposés. Par ailleurs, le trouble commence chez certains par une modification de leur caractère : ils feront des colères de façon répétitive, très difficilement supportées par les membres de leur famille.

■ Une augmentation de l'estime de soi

L'euphorie s'accompagne d'un sentiment d'être quelqu'un d'important : les personnes ne doutent plus de ce qu'elles disent ni de ce qu'elles font : elles ont la conviction d'être capables de beaucoup de choses. Leur estime d'elles-mêmes est augmentée et elles peuvent exprimer des idées de grandeur. De telles idées peuvent devenir délirantes : le désir de faire de grandes choses passe à l'illusion de réaliser leurs envies du moment. Les personnes cherchent à convaincre les autres du bien-fondé de leur vécu du moment. Certaines disent gagner beaucoup d'argent, pouvoir séduire beaucoup de personnes sur le plan sexuel, avoir le pouvoir de guérir les autres ou des animaux par imposition des mains ; certaines pensent que Dieu les investit d'un pouvoir particulier.

■ Une réduction du besoin de sommeil

La quantité de leur sommeil se réduit ; les personnes peuvent se sentir reposées après très peu de sommeil. Si quelqu'un les incite à se reposer davantage, elles se justifient : elles évoquent leur besoin d'activités, elles se définissent comme des « insomniaques de nature » ou bien elles disent simplement qu'elles ne ressentent plus le besoin de se reposer.

■ Une logorrhée

Les personnes parlent plus que d'habitude (logorrhée). Elles expriment le besoin de parler longuement de ce qu'elles font, de leur passé, des difficultés rencontrées en devenant intarissables ; elles incitent les autres à les écouter, et elles peuvent se fâcher si ceux-ci montrent qu'ils ne sont pas intéressés. Elles peuvent commencer une consultation en disant qu'elles veulent avoir beaucoup de temps pour que le médecin les écoute, ou encore elles se plaignent que le médecin ne leur consacre pas beaucoup de temps, pas souvent... etc. Mais ce besoin de s'exprimer disparaît lorsque l'état maniaque diminue en intensité et surtout s'il est suivi d'un état dépressif.

■ Une fuite des idées

La logorrhée est souvent associée à une fuite des idées : les personnes ne peuvent pas garder une idée ni se concentrer durablement sur un sujet ; elles parlent de mille et une choses à la fois car un sujet entraîne un autre. Les autres ont beaucoup de mal à suivre leur discours. Elles ont parfois le sentiment subjectif que leurs idées défilent sans pouvoir les contrôler, mais elles ne peuvent pas corriger ce comportement elles-mêmes.

■ Une distractibilité

Les personnes sont facilement distraites : leur attention peut être attirée par n'importe quel élément dans leur environnement, comme un passant dans la rue, une voiture, ou même un oiseau, un avion dans le ciel : elles détournent la tête et montrent ce qui retient maintenant leur attention, pour attirer leur interlocuteur dans cette observation. Pour cette raison aussi, elles ne mangent plus correctement, elles préfèrent grignoter : elles pensent qu'elles n'ont pas le temps de prendre un repas correct. En revanche, elles boivent davantage de liquides, ce qui est particulièrement gênant si la consommation d'alcool augmente.

■ Une augmentation importante de l'activité

Elles veulent agir pour agir, même sans réfléchir : elles ne peuvent plus se poser pour évaluer les tenants et les aboutissants avant de commencer une action. Toutes les actions possibles sont concernées : professionnelles, sociales, familiales, de loisir et ce, dans tous les lieux possibles, quand on est chez soi ou chez quelqu'un d'autre. Elles ont cependant un défaut de l'attention qui se traduit par une inconstance dans l'activité : elles peuvent commencer plusieurs actions dans une demi-journée mais n'en terminent aucune. Si on leur fait des remarques sur cette inconstance, elles se justifient, ne supportant pas qu'on les contredise ou leur mette des freins. Elles peuvent alors développer une agitation psychomotrice ou bien se mettre en colère.