

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Christine MIRABEL-SARRON

Isabelle LEYGNAC-SOLIGNAC

Les troubles bipolaires

De la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif

Préface de
Frédéric Rouillon

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements



d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

© Dunod, 2015

5 rue Laromiguière, 75005 Paris

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-071690-6

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Préface

SI LE STATUT nosologique de la bipolarité est toujours source de débats, le patient souffrant d'un trouble bipolaire est encore trop souvent diagnostiqué plusieurs années après le début de ses troubles, pâtissant ainsi d'un retard considérable dans la mise en route d'un traitement adapté et de nombreuses conséquences médicales et psychosociales aggravent encore la vie de ce patient.

Les professionnels de la santé, les patients et leurs proches trouveront dans ce livre une description claire des symptômes exprimés, de l'origine multifactorielle de la maladie et de ses traitements.

En effet, au-delà du traitement d'un épisode aigu, l'objectif de la prise en charge thérapeutique est de prévenir la survenue d'une rechute ou d'une récurrence et d'offrir au patient une qualité de vie optimale. Cette prise en charge s'amorce dès que les symptômes (maniaques, mixtes ou dépressifs) commencent à s'amender et se prolongent pendant des années, pour ne pas dire toute la vie. Elle doit être adaptée à la forme clinique du trouble bipolaire, à ses modalités évolutives, au caractère partiel ou total de la rémission obtenue au décours de la phase aiguë du traitement, mais aussi aux caractéristiques du patient (son âge, son niveau socio-éducatif, sa personnalité, sa demande de soin, etc.).

Si la pharmacothérapie est incontournable pour le trouble bipolaire, il est préconisé de lui associer une prise en charge psychothérapeutique comprenant une phase de psychoéducation et/ou des mesures d'assistance psychosociale.

Des questions essentielles sont abordées dans cet ouvrage de manière très claire : quels sont les médicaments essentiels à prescrire ? Quels sont les traitements disponibles pour les phases aiguës ? Quelles sont les idées reçues qui altèrent la compliance thérapeutique ? Quelles sont les aides psychologiques possibles ? Pour qui ? Dans quels buts ?

Les auteurs décrivent de manière précise et argumentée la démarche, les outils et les phases de la prise en charge cognitivo-comportementale des patients qui souffrent de troubles bipolaires, que ce soit pour les accès ou la prévention des récurrences.

Plusieurs études ont montré que l'aide apportée par les thérapies comportementales et cognitives permettait d'améliorer l'observance du traitement médicamenteux, de diminuer le taux de rechutes, d'augmenter l'estime de soi et la qualité des relations interpersonnelles, de réduire la fréquence des réhospitalisations, de favoriser la régularité des consultations en

installant une relation de confiance avec le soignant, de promouvoir des stratégies efficaces pour atténuer l'effet du stress, de contribuer à la résolution de problèmes intrafamiliaux par des conseils adaptés, et de conduire globalement à une déstigmatisation de cette pathologie. Il en résulte une amélioration indéniable de la qualité de vie et une augmentation significative de l'estime de soi.

Cette psychoéducation de la personne en TCC, développée spécifiquement pour la souffrance bipolaire depuis une dizaine d'années, est associée au traitement biologique.

Elle aborde des questions essentielles : comment évaluer l'humeur ? Comment reconnaître les symptômes de la maladie ? Quels sont les signes précurseurs des épisodes maniaques ou dépressifs ? Comment lutter contre l'inhibition comportementale de la dépression ? Comment réguler le rythme de vie (sommeil, alimentation, abus éventuels de substances, etc.) ? Comment repérer les pensées excessives ou dépressives ? Comment produire des pensées alternatives ? Comment identifier des schémas cognitifs dysfonctionnels et les discuter ? Comment diminuer ce perfectionnisme sous-jacent ? Comment gérer les stress environnementaux précipitant les accès ? Comment restaurer l'estime de soi ? Ces différentes questions sont traitées successivement tout au long de cet ouvrage et illustrées par de nombreux exemples cliniques.

Le livre de nos collègues les Docteurs Christine Mirabel-Sarron et Isabelle Leygnac-Solignac constitue une aide pratique considérable à l'intention des étudiants en cours de formation, des professionnels de santé, ou encore des familles dont un ou plusieurs membres souffrent de bipolarité, qu'elle s'intitule cyclothymie ou maniaco-dépression.

Frédéric Rouillon,
Professeur de psychiatrie,
Université Paris Descartes,
Hôpital Sainte-Anne,
Centre Inserm Psychiatrie et Neurosciences.

Table des matières

Préface	III
Introduction	1
Leçon 1 Qu'est-ce que le trouble bipolaire ?	4
Comprendre le trouble bipolaire	6
Comment Reconnaître l'épisode maniaque ?	7
Comment détecter l'épisode hypomaniaque ?	9
Comment reconnaître l'épisode dépressif ?	9
Quelles sont les particularités de la dépression bipolaire ?	9
Quels sont les indices de prédictibilité ?	10
Comment reconnaître l'état mixte ?	13
L'espace intercritique souvent appelé intervalle libre	13
Comment dépister le trouble bipolaire ?	14
Quels troubles associés peuvent désorienter le diagnostic ?	20
Avec quels autres troubles ne pas confondre le trouble bipolaire ?	27
Leçon 2 Quelle description du trouble de l'Antiquité à nos jours ?	30
Qui furent les grands architectes ?	32

Quel est le concept actuel du spectre bipolaire ?	38
Une autre dimension bien fréquente dans le trouble bipolaire : l'impulsivité	40
Quelles sont les origines du trouble ?	41
Quelle est la prévalence du trouble ?	49
Quelle évolution pour ce trouble ?	51
Leçon 3 Quels traitements pour le patient bipolaire ?	58
Le traitement de fond : les molécules thymorégulatrices	62
Le traitement des phases aiguës	74
Quelle place pour les électrochocs ?	80
La photothérapie a-t-elle une utilité ?	81
Leçon 4 Quelles approches psychologiques pour les patients bipolaires ?	84
Les psychothérapies classiques proposées	89
Psychothérapie psychoéducatrice ou psychoéducation	92
Psychothérapies comportementales et cognitives	97
Quelle thérapie pour quel patient ?	116
Quelle place pour l'éducation thérapeutique pour patients bipolaires ?	117
Les quatre étapes de l'ETP	119
Leçon 5 Comment poser une indication de TCC et initialiser le projet ?	122
Première étape : comment créer une bonne alliance thérapeutique ?	124
Deuxième étape : analyse fonctionnelle	126
Troisième étape : l'évaluation quantitative de l'humeur	131

	Quatrième étape : la construction du contrat thérapeutique et ses objectifs	134
Leçon 6	La phase de psychoéducation	140
	Rappelons la définition de la psychoéducation ?	142
	Quels objectifs pour les patients bipolaires ?	143
	Illustrations cliniques séance par séance	145
	Auto-questionnaire pour aider le patient à évaluer son humeur	169
Leçon 7	Les techniques comportementales	172
	Méthode comportementale pour la gestion des fluctuations dépressives ou hypomaniaques	176
	Techniques pour relever l'humeur dépressive	180
	Techniques pour diminuer l'humeur maniaque	182
	Technique de résolution de problème	186
	La reconnaissance des signes d'alerte	191
	Un renforcement positif permanent	195
Leçon 8	Apprentissage des techniques cognitives	198
	Les cognitions, leur relevé systématisé	200
	Identifier les distorsions cognitives ou biais de pensées	204
	Changements cognitifs dans la manie	216
	Le cas particulier des pensées suicidaires	226
	Identification des schémas cognitifs après identification des processus	233
Leçon 9	La gestion des facteurs précipitant les rechutes et les entretiens de consolidation	238
	Séance 18	240

Conséquences psychologiques engendrées par le trouble bipolaire	243
Les signes précurseurs de rechute	244
Séance 19	247
Séance 20	259
Leçon 10 Optimiser la prévention des rechutes dépressives et maniaques	266
effets de la psychoéducation sur la prévention des rechutes dans la littérature scientifique	268
La psychoéducation : programmes longs et programmes courts	268
Les entretiens de consolidation mensuels	279
Place de la démarche de pleine conscience (<i>Mindfulness Based Cognitive Therapie</i>) sur la prévention des rechutes thymiques	284
Conclusions et perspectives	291
Annexe 1 — Évaluation en 5 dimensions cotées de 0 à 20	295
Caractéristiques de l'épisode (sur 20)	296
Âge de début [premier épisode ou syndrome] (sur 20)	296
Évolution, troubles associés (sur 20)	297
Réponse au traitement (sur 20)	297
Histoire familiale (sur 20)	298
Annexe 2 — Synthèse des dix outils appris au cours de la psychoéducation TCC bipolaire	299
Thème de la séance 20 : revue des dix outils thérapeutiques principaux appris au cours de la démarche psychoéducative TCC	300
Bibliographie	314

Introduction

LE TROUBLE bipolaire, dont on trouve des descriptions depuis l'Antiquité, est une affection fréquente dans le monde entier. Ce trouble est passé à la postérité par le biais de grands personnages de l'histoire, hommes politiques (Napoléon Bonaparte, Winston Churchill), artistes (Robert Schumann, Ernest Hemingway, Virginia Woolf) ou encore professionnels de la santé comme Kay Redfield Jamison qui présentaient cette affection. Leur créativité et leur allant, mais aussi leurs « hauts » et leurs « bas », faisaient leur particularité.

Le trouble bipolaire est une perturbation de l'humeur récurrente le plus souvent chronique aux formes très variées et trompeuses, amenées à être définies par plusieurs types de bipolarités qui seront décrites dans la leçon 1.

Ces troubles se manifestent tout au long de la vie et sont généralement sources de conséquences psychologiques personnelles et socioprofessionnelles délétères.

L'ancienne dénomination de psychose maniaco-dépressive recouvre aujourd'hui la notion de trouble bipolaire de type I.

Ce trouble de l'humeur représente la sixième cause de handicap mondial. Sa prévalence sur un an est estimée à 1,7 % de la population générale (Rouillon, 2008), donnée indépendante de l'origine ethnoculturelle. Tous les pays sont donc concernés et aussi bien les hommes que les femmes. Cela peut paraître peu, mais rapporté à la population générale française, la bipolarité concernerait directement environ neuf cent mille personnes.

La majorité des troubles bipolaires se manifeste par la survenue d'épisodes maniaques et dépressifs, et de périodes intercritiques encore appelées « intervalles libres ». Cette succession de montées et de baisses de l'humeur, de « hauts » et de « bas », débute le plus souvent vers l'adolescence, soit entre 15 et 24 ans.

Malheureusement cette altération de l'humeur est encore diagnostiquée trop tardivement, après environ une dizaine d'années d'évolution, et ceci dans tous les pays au monde. Ses manifestations à bas bruit ou ses symptômes passant pour l'exacerbation d'un comportement normal, expliquent en grande partie ce retard diagnostique. Or, malheureusement, cette période pendant laquelle la maladie n'est pas traitée s'accompagne souvent d'une dégradation psychologique, affective et sociale, d'hospitalisations, de ruptures des parcours scolaires et professionnels, ainsi que d'une augmentation du taux de mortalité.

La question est essentielle, en termes de dépenses et de santé publiques, et aussi en termes d'amélioration de la qualité de vie de la population.

Se pose donc la question cruciale de l'amélioration du soin.

La prévention du trouble bipolaire passe par la prise en charge thérapeutique et par un meilleur dépistage des troubles. Ce repérage concerne bien sûr la forme la plus classique de la maladie dite de type I, mais aussi les formes atténuées du trouble qui, selon différentes sources, atteindraient 6 % à 12 % de la population générale française (soit environ sept millions de personnes).

Comment reconnaître le trouble ?

Beaucoup d'entre nous sont concernés par ces troubles de l'humeur, directement ou par le biais de membres de sa famille, de son entourage amical ou professionnel. Reconnaître au plus tôt le trouble garantit une évolution favorable, l'identification des premiers symptômes est donc primordiale.

Quelle que soit sa forme clinique, le traitement de choix est un médicament thymorégulateur prescrit en continu, comme par exemple, les sels de lithium ou d'autres nouvelles molécules régulatrices de l'humeur, que nous décrivons dans la leçon 3.

Pourquoi ajouter une phase de psychoéducation ?

Si pendant longtemps, le trouble bipolaire était considéré comme une maladie purement biologique, ne nécessitant qu'un traitement pharmacologique, on a commencé récemment à s'intéresser à l'approche psychologique de cette pathologie.

En effet, de nombreuses études ont montré que les facteurs psychosociaux et les événements de vie jouaient indéniablement un rôle fondamental dans le déclenchement des rechutes maniaques ou dépressives. Si pour certains patients, le traitement régulateur de l'humeur est miraculeux et fait disparaître toute la souffrance, il s'avère insuffisant dans environ 40 % des cas, d'où l'importance de développer des aides éducatives et psychothérapeutiques.

Parmi elles, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), dont l'efficacité est reconnue dans de nombreuses pathologies mentales, dont les dépressions récurrentes, à court, moyen et long terme, montre désormais son efficacité dans la prévention des rechutes des patients bipolaires.

Cet ouvrage a pour objectifs :

- de vous faire découvrir le vécu du patient bipolaire dans sa forme médicale académique (type I ou ancienne maladie maniaco-dépressive) et dans ses formes atténuées telles que la cyclothymie ;
- d'envisager l'ensemble des traitements proposés aujourd'hui ;

- de décrire chronologiquement toute la démarche de thérapie comportementale et cognitive (TCC) spécifique pour patients bipolaires étape par étape. Cette démarche structurée, dont nous vous donnerons de nombreux exemples, se déroule en thérapie individuelle ou en thérapie de groupe (leçons 4, 5 et 6) ; elle apprend au sujet le maniement d'une dizaine d'outils psychologiques issus des TCC dont l'utilisation permettra la prévention des rechutes dépressives et maniaques.

La TCC adaptée à la bipolarité dans tous ses états comporte toujours trois phases : une étape psychoéducatrice (leçon 7), une partie consacrée à la gestion des « hauts » et des « bas » (leçons 8 et 9) et une dernière partie consacrée à la consolidation et à la gestion des conséquences psychosociales du trouble (leçons 10 et 11).

L'ensemble de cette démarche vise à améliorer la qualité de vie du sujet et à diminuer la fréquence des « hauts » et des « bas ».

Leçon 1

**Qu'est-ce que
le trouble bipolaire ?**

SOMMAIRE

Comprendre le trouble bipolaire	6
Comment Reconnaître l'épisode maniaque ?	7
Comment détecter l'épisode hypomaniaque ?	9
Comment reconnaître l'épisode dépressif ?	9
Quelles sont les particularités de la dépression bipolaire ?	9
Quels sont les indices de prédictibilité ?	10
Comment reconnaître l'état mixte ?	13
L'espace intercritique souvent appelé intervalle libre	13
Comment dépister le trouble bipolaire ?	14
Les entretiens psychologiques	14
Les outils d'auto-évaluation	15
L'évaluation de l'intensité de l'humeur dépressive	18
Les échelles d'hétéro-évaluation	18
Quels troubles associés peuvent désorienter le diagnostic ?	20
Les troubles anxieux	20
Les phobies sociales	22
Les conduites addictives	22
Les troubles de la personnalité	24
Avec quels autres troubles ne pas confondre le trouble bipolaire ?	27

« Certes, il y a de bons et de mauvais moments,
mais notre humeur change plus souvent que notre fortune. »
Jules Renard

COMPRENDRE LE TROUBLE BIPOLAIRE



Objectifs de la leçon

- Reconnaître les différents épisodes, maniaque, hypomaniaque et dépressif.
- Reconnaître la spécificité de l'état mixte.
- Se familiariser avec les outils de dépistage.
- Distinguer le trouble bipolaire d'autres affections trompeuses.
- Cerner la place du trouble bipolaire au sein des classifications internationales.

Chez chacun d'entre nous, le propre de l'humeur est sa variabilité en fonction des circonstances de la vie. Des événements négatifs orientent tout naturellement l'humeur vers la tristesse, tandis que des événements heureux l'orientent normalement vers la gaieté. Ces variations n'excèdent cependant pas les limites d'une normalité thymique à l'intérieur de laquelle elles restent contenues.

Le franchissement de ces limites dans un sens expansif ou dépressif détermine le seuil de la pathologie. Nous allons donc parler de ce seuil et de ses différentes possibilités de débordements.

Le trouble bipolaire dans sa forme la plus typique (bipolarité dite de type I) est une affection chronique de l'humeur qui se manifeste par la succession à un rythme indéterminé d'états thymiques maniaques et/ou dépressifs. L'humeur hors normes est devenue comme indépendante du sujet qui n'en contrôle plus ni la survenue, ni les conséquences existentielles.

Mister Jones (1993)

L'acteur Richard Gere campe un personnage dont les épisodes maniaques et dépressifs successifs le conduisent à passer beaucoup de son temps en Hôpital Psychiatrique.

L'alternance de ces deux états maniaque et dépressif détermine la maladie maniaco-dépressive ou trouble bipolaire de type I qui, dans ses deux versants, peut associer des éléments délirants de toute-puissance mégalomaniaque pour l'un, et de ruine culpabilisée pour l'autre ; on parle alors de trouble bipolaire avec signes psychotiques.

Ainsi, les troubles bipolaires associent aux états dépressifs des états inverses d'expansivité de l'humeur. Cette humeur euphorique, accompagnée d'agitation et souvent de pensées « de

toute-puissance », porte le nom d'humeur maniaque qui n'a donc rien de commun avec son homonyme de la langue française désignant un comportement méticuleux, méthodique et précis.

Mosquito Coast (1996)

Dans ce film, le personnage Allie Fox, interprété par l'acteur Harrison Ford, montre les côtés mégalomaniacs et paranoïaques que peuvent parfois ressentir les patients bipolaires au cours de leurs fluctuations thymiques.

Ce trouble de l'humeur périodique, intermittent, variant dans sa forme et son intensité, est source d'importantes difficultés diagnostiques. Ces difficultés ont été objectivées par plusieurs études. Ainsi, Goldberg (2003) observe un délai moyen de dix ans entre l'apparition des premiers symptômes évocateurs de trouble bipolaire et l'instauration d'un traitement adapté suite au diagnostic. Cette période de dix années sans traitement adapté est confirmée par de très nombreuses études sur tous les continents.

Par ailleurs, Hirschfeld, en 2003, montre que 69 % des patients bipolaires avaient un premier diagnostic erroné. On avait évoqué chez ces patients une moyenne de 3,5 diagnostics différents et ils avaient vu en moyenne quatre médecins avant qu'un diagnostic correct ne leur soit proposé. Le trouble bipolaire était le plus souvent confondu avec un état dépressif caractérisé (60 % des cas), un trouble anxieux (26 %), une pathologie schizophrénique (18 %) ou une personnalité de type borderline (17 %).

Le cumul toujours possible de deux pathologies (par exemple, trouble bipolaire et trouble anxieux, trouble bipolaire et borderline) rend le diagnostic encore plus délicat.

Un des enjeux actuels est de dépister de manière plus précoce les troubles bipolaires afin de pouvoir instaurer un traitement efficace pour améliorer la qualité de vie personnelle et sociale de l'individu. C'est pourquoi, dans cette première leçon, nous vous proposons de reprendre les caractéristiques cliniques des épisodes aigus, maniaques, hypomaniaques, dépressifs et mixtes.

COMMENT RECONNAÎTRE L'ÉPISODE MANIAQUE ?

Il s'agit d'un état expansif, joyeux, enthousiaste ou irritable qui dure depuis une semaine au moins et dans lequel le sujet présente une hyperactivité inhabituelle, une multiplication des contacts sociaux. Peu à peu une euphorie s'installe, accompagnée d'idées de grandeur et de toute-puissance, avec une accélération de la pensée ; le sujet est distrait par la moindre stimulation, son attention est éparpillée et il est en proie à une insomnie sans fatigue ; son débit verbal est accéléré et logorrhéique.

Peuvent être ajoutés à ce tableau une hyperactivité locomotrice, parfois une augmentation de la consommation de substances telles que le tabac, l'alcool ou les drogues, une augmentation du nombre des achats dits « pathologiques » et plus rarement, l'apparition de conduites délictueuses.

Le patient se présente le plus souvent enjoué, jovial, volubile, familier, voire extravagant. Il est de contact facile et s'enthousiasme pour d'innombrables projets.

Au mieux l'humeur du maniaque est un état d'hyperesthésie affective avec une augmentation de l'amplitude des émotions, une hyperréactivité émotionnelle et une capacité exagérée mais syntone à ressentir des émotions. Il existe parallèlement une hypersensorialité : tous les sens sont affutés. La perception des stimulations externes est amplifiée, ce qui contribue à la déstabilisation de l'humeur.

Gérard Garouste

Dans son livre écrit avec Judith Perrignon, *L'intranquille. Autoportrait d'un fils, d'un peintre*, le peintre Gérard Garouste raconte sa vie de bipolaire et notamment une crise maniaque particulièrement aigüe restée si vive en sa mémoire :

« Un matin, je me suis enfui, [...], je suis parti sans rien, j'ai fait du stop, donné mon alliance au conducteur et pris le train...

En arrivant à Paris... je suis sorti de la gare... il y avait une longue queue aux taxis, j'ai opté pour une voiture de maître. J'ai donné au chauffeur l'adresse de mes parents... Tout en conduisant, il me regardait d'un air suspicieux dans le rétroviseur. J'ai ouvert mon portefeuille, j'en ai sorti ma carte d'identité et je l'ai jetée par la fenêtre...

À Alésia, il s'est arrêté. Il a dit qu'il ne pouvait m'emmener plus loin...

J'ai donc marché... jusqu'au pavillon de mes parents. Ils n'étaient pas chez eux au mois d'août, je savais où trouver la clé. Et aussi leur argent et les bijoux de ma mère. J'ai tout pris. Je suis reparti avec un coffret à la main et leur richesse à l'intérieur.

J'ai fait du stop. Comme personne ne s'arrêtait, je me suis mis face aux voitures...

J'ai marché. J'ai fini par attraper un taxi, je lui ai demandé de m'emmener au Ritz. Il m'y a déposé, j'ai sorti du coffret un billet de 500 francs, je le lui ai tendu sans attendre la monnaie.

Dans le hall, j'ai demandé une suite, le majordome m'a toisé du regard et fait comprendre que l'hôtel était complet. J'ai sorti 3 billets de 500 francs en disant : « vous allez bien me trouver ça », et j'ai finalement été conduit vers une petite suite avec chambre et bureau.

Je n'aimais pas la décoration. J'ai arraché les tentures et les rideaux. Au bout d'un quart d'heure, quelqu'un a frappé à ma porte, un employé prenant prétexte de mes bagages qui n'arrivaient pas, venait voir ce qui se passait. Je l'ai congédié et je suis parti à mon tour¹. »

En fait, il n'existe pas un tableau clinique unique des manies mais différentes formes selon l'intensité et les symptômes associés ; on en distingue ainsi plusieurs types : aiguës, délirantes, stuporeuses ou mixtes, et dont certaines formes revêtent un caractère d'urgence médicale pouvant mettre en jeu le pronostic vital pour déshydratation, dénutrition, etc.

1. Gérard Garouste, *L'intranquille. Autoportrait d'un fils, d'un peintre*, éd. L'Iconocraste, 2009.

COMMENT DÉTECTER L'ÉPISODE HYPOMANIAQUE ?

L'état hypomaniaque présente les mêmes caractéristiques que l'état maniaque mais ses manifestations cliniques sont plus discrètes et peu invalidantes, le plus souvent compatibles avec la conservation d'activités socioprofessionnelles.

COMMENT RECONNAÎTRE L'ÉPISODE DÉPRESSIF ?

Il est défini chez l'adulte par la présence, soit d'une humeur triste, soit de la perte d'intérêt ou de plaisir dans toutes les activités pendant au moins deux semaines.

Le ralentissement des gestes et de la pensée est quasi omniprésent. La pensée est négative, mono-idéique, centrée sur la tristesse et le désespoir, avec pour conséquences une perte de toutes les envies, une aboulie, une inaptitude à la concentration et une incapacité à prendre des décisions.

Les sentiments d'inutilité, de dévalorisation ou de culpabilité complètent ce tableau où des idées récurrentes de mort peuvent apparaître jusqu'à se concrétiser en une idéation suicidaire.

La vie sociale est accomplie à grand-peine, avec un découragement et une absence totale de désir.

Les altérations physiques sont constantes, polymorphes et souvent dominées par une immense fatigue. L'insomnie, classiquement définie par un réveil précoce, aggrave l'asthénie. Les conduites alimentaires sont perturbées et prennent le plus souvent la forme d'une inappétence quasi-totale avec amaigrissement ; les troubles de la libido sont quasi constants et des tableaux douloureux persistants sont assez fréquents (syndrome de « la langue brûlante »), d'une cystite sans germe, d'une lombalgie inexpliquée, de douleurs abdominales diffuses, de maux de tête répétés, etc.

QUELLES SONT LES PARTICULARITÉS DE LA DÉPRESSION BIPOLAIRE ?

L'intérêt porté aux épisodes dépressifs qui surviennent dans le cadre d'un trouble bipolaire est relativement récent. Les épisodes dépressifs représentent les 3/4 de la durée des épisodes qui surviennent dans le cadre d'un trouble bipolaire de type I et 90 % de la durée de ceux du trouble bipolaire de type II (Judd *et al.* 2003). Leur fréquence, leur durée,

la persistance d'états résiduels et subsyndromiques, ont des conséquences importantes sur le niveau de fonctionnement de l'individu, sur sa qualité de vie, sur son intégration socioprofessionnelle et son équilibre familial.

En effet, la bipolarité est malheureusement rarement recherchée lors d'un premier épisode dépressif.

Passer à côté du diagnostic du trouble bipolaire peut avoir des conséquences sérieuses et éventuellement fatales chez un patient atteint de l'affection. De plus, un faux diagnostic peut conduire à un traitement inapproprié et par conséquent contribuer à aggraver le pronostic médical et fonctionnel. La dépression est associée au risque suicidaire ainsi qu'aux comorbidités tant psychiatriques que somatiques. Les épisodes dépressifs ont un retentissement plus marqué que les épisodes hypo/maniaques sur la vie professionnelle, sociale et familiale de la personne. Le retard diagnostique conduit à différer la prescription de thymorégulateurs et d'antidépresseurs sans couverture thymorégulatrice qui favorise les virages hypo/maniaques, les cycles rapides, etc. Bien qu'il n'y ait pas de traits pathognomoniques de la dépression bipolaire par rapport à la dépression unipolaire, les données scientifiques suggèrent que certaines caractéristiques pourraient être des indicateurs de bipolarité chez les patients dépressifs. Celles-ci ont trait au tableau clinique de l'état dépressif, à l'évolution de l'épisode et de la maladie, à la réponse au traitement, à l'histoire familiale, aux affections comorbides ainsi qu'aux particularités démographiques et tempéramentales. Sur cette base, certains auteurs ont proposé des critères opérationnels de bipolarité, afin d'identifier les dépressions bipolaires. Des instruments de dépistage sont également utilisés, pour faciliter une reconnaissance précoce (Azorin 2011).

En conséquence, la recherche de signes de bipolarité devrait être systématique devant tout épisode dépressif caractérisé. Elle devrait répondre à un questionnaire précis afin de faciliter la démarche diagnostique. Parmi les antécédents personnels sont à rechercher : périodes d'euphorie et d'excitation, dépenses excessives, endettement, comportements originaux, problèmes avec la justice, consommation excessive d'alcool, conduites à risque ou inappropriées, accès de violence ou d'agressivité, changements répétés d'emploi, modification du caractère, virage de l'humeur lors d'une prescription préalable d'antidépresseurs, etc. ; chez la femme, troubles de l'humeur survenant à la suite d'un accouchement.

QUELS SONT LES INDICES DE PRÉDICTIONNABILITÉ ?

Concernant la sémiologie de l'épisode, certaines caractéristiques distingueraient les dépressions unipolaires et bipolaires. Sans être pour autant pathognomoniques, les signes cliniques suivants seraient plus spécifiquement décrits dans les dépressions bipolaires : début aigu de l'épisode ; caractéristiques atypiques (hyperphagie/prise de poids,

hypersomnie) ; ralentissement psychomoteur ; symptômes psychotiques : caractéristiques mélancoliques ; idées de culpabilité, d'inutilité et mésestime de soi ; idées suicidaires, épuisement émotionnel ; réduction de la concentration.

À l'inverse, l'existence d'une anorexie/perte de poids, d'une insomnie, d'un niveau d'activité maintenu, de tristesse, de plaintes cognitives et somatiques, devraient orienter le diagnostic vers une dépression unipolaire.

La présence d'une dépression mixte, définie par l'association à une dépression majeure d'au moins trois symptômes d'hypomanie pendant une semaine, bien que non pathognomonique du trouble bipolaire, semble deux fois plus fréquente dans les dépressions bipolaires que dans les dépressions unipolaires.

*Tableau comparatif
des dépressions unipolaire et bipolaire*

	Trouble unipolaire	Trouble bipolaire
Age de début	Plus tardif	Précoce
Fréquence des épisodes	+	+++
Début et fin de l'épisode	Progressif	Brutal
Sommeil	Diminué	Augmenté
Appétit	Diminué	Augmenté
Ralentissement	-	++

Sur le plan évolutif, la dépression bipolaire semble caractérisée par une durée plus brève des épisodes, le caractère récurrent des épisodes dépressifs, une saisonnalité des dépressions, un premier épisode apparaissant plus tôt que dans le trouble unipolaire et la tendance à l'épuisement de l'effet des antidépresseurs.

Les sujets souffrants de troubles bipolaires présenteraient aussi davantage de comorbidités, à la fois psychiatriques et somatiques. L'existence d'un tempérament comportant une composante hypomaniaque (tempérament hyperthymique, cyclothymique ou irritable) serait, en outre, plus fréquente. Enfin, les antécédents familiaux de troubles bipolaires sont également un argument majeur dans l'identification d'un risque de bipolarité. Enfin, dans la même perspective, Angst et ses collaborateurs¹ ont suggéré l'introduction dans le DSM-5 d'une spécification pour caractéristiques bipolaires en présence d'un épisode dépressif majeur.

1. « Bipolar disorders in DSM-5: strengths, problems and perspectives », *International Journal of Bipolar Disorders* 2013, 1:12.

Critères de spécification pour caractéristiques bipolaires en présence d'un épisode dépressif majeur

- A. Un épisode d'humeur élevée ou irritable, ou bien un épisode d'activité accrue.
- B. Au moins trois symptômes parmi ceux figurant dans le critère B de l'épisode maniaque dans le DSM-IV.
- C. Au moins une des trois conséquences suivantes :
 - Changement observable et sans équivoque du fonctionnement non-caractéristique du comportement usuel du sujet.
 - Altération marquée du fonctionnement social ou occupationnel observable par autrui.
 - Nécessité d'une hospitalisation ou d'un traitement ambulatoire.
- D. Absence de critère de durée minimale ou de critères d'exclusion.

J.M. Azorin, *L'Encéphale* (2011), « Dépressions bipolaires », Vol. 37, p.161-223, Supplément 3

Néanmoins, ce n'est pas parce que l'on présente des fluctuations de l'humeur que l'on est atteint de troubles bipolaires et autant d'éléments complexes ont conduit à l'établissement d'un index pronostic, l'« Index de bipolarité de Sachs » qui permet « d'estimer » le trouble. L'index de bipolarité est un système intégré d'évaluation du profil patient. Il évalue la bipolarité selon cinq dimensions :

- les caractéristiques de l'épisode ;
- l'âge de début ;
- l'évolution de la maladie ;
- la réponse au traitement ;
- l'histoire familiale.

La bipolarité est considérée comme une dimension continue dans cet index. Un score = 60 est hautement suggestif de bipolarité. À 100, la maladie est certaine, à 10 on peut s'interroger sur la réalité du trouble bipolaire.

De façon intéressante, un patient peut atteindre ce score seuil sans avoir d'histoire d'hypomanie ou de manie, avec par exemple le profil suivant :

- première dépression à 18 ans (20 points) ;
- dépression du post-partum (5 points) ;
- plus de trois épisodes dépressifs (5 points) ;
- agitation sous antidépresseurs (10 points) ;
- une sœur ayant un trouble bipolaire référencé (20 points).

Si vous voulez calculer l'index de votre patient, référez-vous à l'annexe n° 1, « Évaluation en 5 dimensions cotées de 0 à 20 pour un index de bipolarité variant de 0 à 100 ».

COMMENT RECONNAÎTRE L'ÉTAT MIXTE ?

L'état mixte se caractérise par l'intrication de symptômes maniaques et dépressifs. Il est difficile à distinguer de l'état maniaque où l'on retrouve une labilité de l'humeur. La justification de son individualisation repose sur le risque suicidaire élevé et le recours à des mesures thérapeutiques spécifiques.

Par définition, les épisodes mixtes se caractérisent par l'apparition simultanée d'une symptomatologie maniaque et dépressive en différentes combinaisons.

La forme la plus typique associe l'hyperactivité, l'agitation psychomotrice, l'insomnie, l'accélération de la pensée (tachypsychie) combinées à des pensées dépressives, une labilité émotionnelle et des idées de culpabilité souvent délirantes. Mais il existe bien d'autres possibilités d'association de symptômes.

D'après la classification américaine des maladies mentales (DSM-IV) le diagnostic d'état mixte comprend nécessairement le diagnostic de trouble bipolaire de type I (cf. annexe 2).

L'ESPACE INTERCRITIQUE SOUVENT APPELÉ INTERVALLE LIBRE

En période intercritique, soit entre les épisodes aigus dépressifs ou maniaques, les sujets sont *a priori* indemnes de tout symptôme thymique ; on parle alors d'euthymie. Cette période laisse éventuellement s'exprimer d'autres souffrances du sujet : perturbations anxieuses, traits de personnalité particuliers, etc.

Il y a encore une vingtaine d'années, on ne se préoccupait que des phases aiguës du trouble, parlant en période intercritique « d'intervalle libre », mais la nouveauté de ces dix dernières années réside dans l'intérêt porté à l'étude des troubles persistant entre les accès aigus.

L'association avec un autre trouble psychologique (comorbidité) psychiatrique est importante, même s'il est parfois difficile de distinguer une comorbidité vraie d'une conséquence des troubles. Elle concerne 60 % des patients bipolaires traités dont un tiers des sujets de type I (Colom *et al.*, 2006).

COMMENT DÉPISTER LE TROUBLE BIPOLAIRE ?

Certains auteurs se sont intéressés à la possibilité d'un dépistage du trouble bipolaire.

Les entretiens psychologiques

Ce dépistage s'effectue par l'intermédiaire d'entretiens psychologiques structurés qui identifient les symptômes, mais ils sont longs, sollicitent beaucoup trop de temps pour être réalisés à grande échelle et nécessitent, en outre, d'être réalisés par des médecins, psychologues ou chercheurs rompus à leur utilisation. Ces entretiens restent donc dans le domaine de la recherche médicale.

L'évaluateur externe aura préalablement établi le diagnostic clinique de bipolarité en repérant les critères diagnostics du trouble par l'intermédiaire d'un entretien clinique traditionnel auquel il pourra adjoindre une évaluation standardisée. En effet, deux classifications sont utilisées au niveau international : la Classification Internationale des Maladies proposée par l'OMS (CIM-10) et le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* développé par l'Association psychiatrique américaine. Le DSM-5 est publié et sera disponible en langue française probablement dans le courant de l'année 2015.

Alors que le DSM-IV procédait d'une classification catégorielle des souffrances psychiques, le DSM-5 a voulu procéder d'une manière plus dimensionnelle pour évaluer la sévérité et séparer les symptômes qui se présentent dans plusieurs troubles. Dans cet ouvrage, nous ferons appel aux deux formes de présentation du DSM afin de conserver de la clarté tout en tenant compte des nouveautés apportées par les dernières recherches. À partir de ces classifications, des questionnaires standardisés ont été élaborés, tels que le questionnaire *Composite International Diagnostic Interview - Short Form (CIDI-SF)*, recommandé par l'OMS, qui a été utilisé dans le « Baromètre santé » (évaluation quinquennale de la santé en population générale française). Mais il peut s'agir également du *M.I.N.I International Neuropsychiatric Interview*, DSM-IV (version française 5.0.0, 1998) dont on applique les seuils de significativité, et qui permet d'identifier la présence de troubles de l'axe I.

En pratique de consultation, la question du dépistage du trouble bipolaire au sein de la population de patients consultant pour dépression se pose. La *Food and Drug Administration (FDA)*, aux États-Unis, recommande avant toute prescription de médicaments antidépresseurs une recherche de bipolarité (Pelps *et al.*, 2006).

Il convient de suspecter le trouble bipolaire :

- dans les troubles dépressifs à début précoce (préadolescence) ;
- devant des épisodes dépressifs récurrents, au moins trois ;
- devant un diagnostic de trouble anxieux quelle qu'en soit sa forme ;

- devant un diagnostic de trouble addictif, avec dépendance ou non ;
- devant une irritabilité manifeste s'accompagnant d'une impulsivité ;
- devant des « hauts » et des « bas » renouvelés ;
- devant une hyperréactivité émotionnelle ;
- devant une histoire familiale de troubles bipolaires, chez les ascendants du premier degré ;
- devant des antécédents familiaux de dépressions ou de suicides.

C'est pourquoi d'autres outils de dépistage tentent d'être mis en forme, parmi eux, les auto-questionnaires remplis par le patient ou sa famille. Ce recours aux outils de dépistage doit permettre de faciliter la reconnaissance de l'existence d'un trouble bipolaire chez la personne qui en présente actuellement les symptômes, mais également lorsqu'aucun signe d'hypomanie n'est objectivable sur le moment. Toutefois, l'instrument de screening ne doit pas être utilisé en lieu et place de l'entretien clinique, mais en complément de celui-ci.

Les outils d'auto-évaluation

Le *Mood Disorder Questionnaire* ou MDQ a été développé par Hirschfeld *et al.* (2000). Son but est d'améliorer le dépistage du trouble bipolaire de type I et II.

Cet auto-questionnaire présente l'avantage d'être bref, disponible tant pour une population adulte que juvénile et d'avoir fait l'objet de nombreuses publications. Son pouvoir de détection est bon dans des échantillons adultes psychiatriques mais plus limité dans la population générale. Il comprend treize items balayant la symptomatologie maniaque. Les réponses proposées sont fermées et issues des critères diagnostics du DSM-IV et de l'expérience clinique. En complémentaire, deux questions additionnelles portent respectivement sur la co-occurrence éventuelle de ces symptômes au cours d'une même période de temps et sur le degré de perturbation du fonctionnement de l'individu imputable aux symptômes.

Un score positif en faveur de la présence d'un trouble bipolaire nécessite qu'au moins sept des items soient admis par le patient, qu'au moins certains de ces items co-apparaissent et que les symptômes donnent lieu à des perturbations psychosociales d'intensité au minimum modérée. Le MDQ est à ce jour traduit et validé en plusieurs langues, notamment en français, en italien, etc.

D'après Hirschfeld *et al.* (2000), cet outil a une bonne sensibilité (73 %) et une très bonne spécificité (90 %) sur les patients ambulatoires suivis en psychiatrie. Une autre équipe (Miller *et al.*, 2004) trouve des résultats plus nuancés en termes de performance. La sensibilité globale du MDQ est alors de 58 % ; avec de meilleurs résultats en ce qui concerne le trouble bipolaire de type I (70 %). Pour sa version en langue française, toute récente, les

qualités métrologiques du MDQ pour des patients suivis pour trouble de l'humeur montrent d'excellents résultats avec une sensibilité de 73 % et une spécificité de 90 % (Rouget *et al.*, 2005), résultats similaires à ceux de l'équipe de Hirschfeld.

Il est validé sur une population ambulatoire de patients suivis dans un centre Suisse francophone spécialisé dans les troubles de l'humeur.

En plus du MDQ, d'autres instruments ont été développés en vue d'améliorer le dépistage du trouble bipolaire chez l'adulte.

La « Checklist d'Hypomanie » (HCL-32) de Angst *et al.* (2005, traduction et validation française Hantouche *et al.*) sert à dépister l'hypomanie chez l'adulte. Il repose sur une vision dimensionnelle du spectre bipolaire, allant d'une élévation normale de l'humeur à l'hypomanie et à la manie.

Dans une première étude française, une version à 20 items (HCL-20) fut testée et permit de doubler le nombre de sujets bipolaires identifiés. Afin d'implémenter sur le plan international une version standardisée du HCL, une nouvelle version (HCL-32) fut proposée, qui comprend les items d'origine de même que des questions additionnelles permettant d'améliorer la reconnaissance de l'hypomanie chez des patients présentant un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. Il aide à poser le diagnostic de trouble bipolaire de type II.

Cette version du HCL se compose de 32 items en réponses oui/non, elle examine la durée des symptômes, les conséquences personnelles et sociales des symptômes d'hypomanie, et prend en considération l'état thymique actuel du patient (élevé ou bas) en tant que variable susceptible de biaiser ses réponses. Enfin, certains items abordent la question de l'*insight*, en d'autres termes, la reconnaissance ou déni par le patient de sa maladie.

Dans une population adulte de patients psychiatriques, un seuil diagnostique de 14 items ou plus aboutissait à la meilleure combinaison de sensibilité (80 %) et de spécificité (51 %) dans la distinction des sujets bipolaires de ceux souffrant de dépression majeure unipolaire. Par ailleurs, bien que ne permettant pas de distinguer les différents sous-types bipolaires I ou II entre eux, le HCL-32 semblait, comparativement au MDQ, mieux détecter les troubles bipolaires type II (Weber-Rouget, Aubry 2009).

■ La Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS)

Le *Bipolar Spectrum Diagnostic Scale* consiste en un texte sur une page relatant des expériences typiques de fluctuations de l'humeur. Il est demandé au patient de cocher chacune des phrases correspondant à sa propre expérience.

S'il estime qu'elle s'applique à son état. Le sujet doit également coter de façon globale le degré selon lequel l'histoire dans laquelle ces phrases s'insèrent, s'applique ou non à lui-même.

Un score = 13 indique la probabilité d'un diagnostic de bipolarité.

Sur une population psychiatrique adulte ambulatoire, la sensibilité et la spécificité du BSDS étaient de 0,73 et de 0,90, soit identiques à celles du MDQ dans l'étude originale de validation sur un échantillon comparable.

Pour le dépistage du trouble bipolaire dans l'enfance et l'adolescence, il existe plusieurs instruments, certains déjà traduits mais à notre connaissance pas encore validés en français. Six instruments sont prometteurs. On trouve le MDQ pour adolescent, utilisé dans ses versions complétées par l'adolescent (A-MDQ) ou par ses parents (P-MDQ). Deux autres instruments, le *Young Mania Rating Scale* (YMRS) et le *General Behavior Inventory*, eux aussi sous formes d'auto-passation (AGBI à 28 items) ou d'hétéro-passation en version abrégée à 10 items (PGBI-SF10) sur un échantillon de patients ambulatoires (N = 262) âgés de 5 à 17 ans, montrent que, comparés aux réponses à des entretiens diagnostiques semi-structurés, les instruments complétés par les parents discriminent les sujets bipolaires de ceux ne souffrant pas de cette affection et sont plus performants que dans leurs formes en auto-passation.

De manière générale, le questionnaire le plus efficace est le PGBI-SF10, suivi par le P-MDQ et le P-YMRS. Notons des performances différentes de certains instruments selon le groupe d'âge considéré (5-10 ans versus 11-17 ans). Si aucune différence significative n'apparaît entre le P-MDQ et le PGBI-SF10 quel que soit le groupe d'âge, ce dernier instrument est plus performant que les trois instruments en auto-passation, ainsi que le P-YMRS chez les 11 à 17 ans.

Chez les plus jeunes (5-10 ans), le PGBI-SF10 est également plus efficace que le P-YMRS. La supériorité de l'estimation des parents sur celle du jeune lui-même dans le dépistage de son trouble bipolaire se confirme dans l'étude spécifique du MDQ.

■ Le Child Bipolar Questionnaire (CBQ)

C'est un instrument de dépistage développé par une équipe américaine pour faciliter le recrutement des sujets dans des études sponsorisées par la Fondation de recherche sur le trouble bipolaire juvénile (*Juvenile Bipolar Research Foundation*), il a été conçu initialement sous forme d'un auto-questionnaire de 85 items à compléter par les parents.

Dans sa version finale recouvrant 65 symptômes ou comportements et traduit à ce jour en français, en espagnol, en polonais et en portugais (sans validation publiée à notre connaissance dans ces langues), cet instrument identifie correctement 76 % des enfants bipolaires (sensibilité) et exclut l'essentiel (spécificité de 97 %) des enfants n'en souffrant pas. Classant correctement la quasi-totalité des sujets libres de toute affection psychiatrique (97 %), il reconnaît aussi 67 % des patients souffrant de trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (ADHD) sans comorbidité bipolaire.

En ce qui concerne les sujets bipolaires avec ou sans ADHD comorbide, le CBQ reconnaît 77 % des sujets avec comorbidité d'ADHD et 68 % de ceux sans ADHD. Il convient enfin de mentionner les conditions d'administration simples de cet instrument (complété en une dizaine de minutes et même par Internet), ce qui parle en faveur de son usage aisé à des fins cliniques et de recherche.

On pourrait encore citer : le *Child Behavior Checklist* ou CBCL traduit et validé en langue française, ou encore le *Conners' Abbreviated Parent Questionnaire*, complété par les parents et développé pour examiner l'ADHD (hyperactivité avec déficit de l'attention) qui sert par transformation à identifier la bipolarité.

L'évaluation de l'intensité de l'humeur dépressive

L'*inventaire de dépression de Beck* (traduit par Pichot et Lampérière, 1964) comprend dans sa forme abrégée treize items (vingt et un dans la forme originale) de la constellation dépressive (Beck, 1961). Il est demandé au sujet d'entourer le numéro de la réponse choisie (plusieurs choix possibles).

À chaque item correspondent quatre phases décrivant quatre intensités croissantes d'un symptôme, noté de zéro à trois.

Au dépouillement, il n'est tenu compte que de la cote la plus forte dans une même série.

L'étendue de l'échelle va de zéro à trente-neuf. Plus la note est élevée, plus le sujet est déprimé.

Selon Beck et Beamesdorfer (1994), il n'existe pas de suspicion de dépression pour un score compris entre zéro et quatre.

Bien sûr, les limites de ces auto-questionnaires tiennent en grande partie à la qualité de conscience que l'individu a de ses troubles. En général, il est admis par la plupart des auteurs qu'un défaut de prise de conscience de la maladie est responsable d'une sous-évaluation aux échelles d'auto-évaluation (Ghaemi, 2005).

Selon certaines publications, le trouble bipolaire de type II serait plus concerné par ce défaut d'appréciation que le trouble bipolaire de type I (Pallanti, 1999), car l'épisode hypomaniaque est difficilement repéré comme pathologique par le sujet.

Les échelles d'hétéro-évaluation

Ces échelles, telles les MADRS ou celles de Max Hamilton pour la dépression et l'anxiété, sont remplies par un évaluateur externe préalablement formé ; pour tous compléments, se référer aux manuels de questionnaires et d'échelles de la psychopathologie quantitative.