

Le TROUBLE BIPOLAIRE

**PERSONNEL DE LA CLINIQUE
DES TROUBLES BIPOLAIRES**



camh

Centre for Addiction and Mental Health
Centre de toxicomanie et de santé mentale

le TROUBLE BIPOLAIRE

**PERSONNEL
DE LA CLINIQUE
DES TROUBLES BIPOLAIRES**



Centre for Addiction and Mental Health
Centre de toxicomanie et de santé mentale

**UN CENTRE COLLABORATEUR
DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ET DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

Le trouble bipolaire : Guide d'information

ISBN 0-88868-388-X

Code de produit : PM018

Imprimé au Canada
Copyright © 2000 Centre de toxicomanie et de santé mentale

Cet ouvrage ne peut être reproduit ou transmis, en partie ou en totalité, et sous quelque forme que ce soit, par voie électronique ou mécanique, y compris par photocopie ou enregistrement, ou par voie de stockage d'information ou de système de récupération, sans la permission écrite de l'éditeur – sauf pour une brève citation (d'un maximum de 200 mots) dans une revue spécialisée ou un ouvrage professionnel.

Pour tout renseignement sur d'autres ressources du Centre de toxicomanie et de santé mentale ou pour passer une commande, veuillez vous adresser au :

Service du marketing et des ventes
Centre de toxicomanie et de santé mentale
33, rue Russell
Toronto (Ontario) M5S 2S1
Canada

Tél. : 1 800 661-1111 ou 416 595-6059 à Toronto
Courriel : marketing@camh.net

Site Web : www.camh.net

Available in English under the title
Bipolar Disorder: An Information Guide

*Remarque : Les termes de genre masculin utilisés pour désigner des personnes englobent à la fois les femmes et les hommes.
L'usage exclusif du masculin ne vise qu'à alléger le texte.*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
1 Qu'est-ce que le trouble bipolaire ?	2
2 Portrait clinique du trouble bipolaire	3
3 Les symptômes du trouble bipolaire	5
4 Les causes du trouble bipolaire	11
5 Les principaux traitements contre le trouble bipolaire	12
6 Le rétablissement et la prévention des rechutes	21
7 L'aide aux familles	30
8 Le trouble bipolaire expliqué aux enfants	40
Ressources	44
Bibliographie	46
Glossaire	47

LES AUTEURS

Le trouble bipolaire est une affection souvent complexe dont le traitement nécessite le recours à des spécialistes aux connaissances et à l'expertise variées, qui adoptent une approche coopérative et multidisciplinaire. Le présent guide a donc été rédigé selon une démarche semblable ; nous l'avons délibérément attribué au « personnel de la Clinique des troubles bipolaires » pour souligner qu'il s'agit d'une œuvre collective. Pour mémoire, les personnes suivantes ont contribué à sa rédaction : Sagar Parikh, MD, FRCPC ; Carol Parker, M.Serv.Soc., TSA ; Robert Cooke, MD, FRCPC ; Stephanie Krüger, MD ; Roger McIntyre, MD, FRCPC ; Alice Kuszniir, ergothérapeute, M.Ed. ; Christina Bartha, M.Serv.Soc., TSA. Lynnette Ashton, Mary Damianakis, Deborah Mancini et Lisa Zetes-Zanatta y ont également participé.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à rendre hommage aux patients et à leurs familles qui, par leur franchise, nous ont beaucoup appris. Nous aimerions également exprimer notre reconnaissance à ceux qui ont bien voulu relire le manuscrit et nous faire part de leurs commentaires et suggestions.

Merci également à la Mood Disorders Association of Ontario and Toronto pour nous avoir aidés à dresser la liste des associations provinciales des troubles de l'humeur.

INTRODUCTION

Le présent guide est destiné aux personnes atteintes de trouble bipolaire, à leur famille et aux personnes désireuses de comprendre les aspects fondamentaux de cette maladie, de son traitement et de sa gestion. Il ne peut se substituer aux services d'un médecin ou d'un spécialiste de la santé mentale, mais il représente un bon point de départ à une discussion sur le trouble bipolaire. Le guide traite de nombreux aspects du trouble bipolaire et répond aux questions courantes que l'on se pose à son sujet. Soulignons que de nouveaux médicaments sont régulièrement mis sur le marché, et que certains n'étaient peut-être pas en vente au moment de la publication.

1 QU'EST-CE QUE LE TROUBLE BIPOLAIRE ?

POURQUOI LE TROUBLE BIPOLAIRE EST-IL CONSIDÉRÉ COMME UNE « MALADIE » ?

Dans la vie, il y a toujours des hauts et des bas. Il est normal de se sentir heureux, triste ou irrité. Le trouble bipolaire, que l'on appelle également maladie affective bipolaire, est un état pathologique ; les personnes qui en sont atteintes, souvent qualifiées de maniaco-dépressives, présentent des sautes d'humeur extrêmes, qui n'ont parfois rien à voir avec les événements qu'elles ont vécus. Ces sautes d'humeur se répercutent également sur la façon dont la personne pense, se comporte et agit.

Le trouble bipolaire est tout à fait involontaire, et ne résulte pas d'une personnalité « faible » ou instable. Il s'agit d'une affection médicale qui peut être traitée.

LE TROUBLE BIPOLAIRE EST-IL UNE MALADIE COURANTE ?

Vous ou un être qui vous est cher êtes peut-être atteint d'un trouble bipolaire. Vous sentez peut-être isolé face à cette maladie, mais vous n'êtes pas seul. En effet, environ un ou deux pour cent des adultes dans le monde en souffrent. Par ailleurs, le trouble bipolaire s'attaque tant aux hommes qu'aux femmes.

À QUEL MOMENT DE LA VIE SURVIENT LE TROUBLE BIPOLAIRE ?

Les signes avant-coureurs du trouble bipolaire sont décelés de plus en plus souvent pendant l'adolescence et au début de l'âge adulte. Cependant, plus la personne est jeune au moment où les symptômes commencent à se manifester, plus ces symptômes s'écartent du portrait habituel de la maladie. On peut les attribuer à tort à un sentiment de détresse ou de rébellion typique de l'adolescence, et c'est pourquoi il arrive que le diagnostic de trouble bipolaire ne soit posé qu'à l'âge adulte.

Chez certaines femmes, le trouble bipolaire apparaît pendant la grossesse ou peu de temps après l'accouchement. On constate des épisodes de manie, ou d'exaltation, après la grossesse dans environ 0,1 pour 100 des cas. La dépression est toutefois plus fréquente (voir les symptômes de la manie et de la dépression aux pages 5–9). Si vous ou une proche avez ressenti des symptômes de dépression après la grossesse et si ces symptômes sont graves ou durent plus de deux semaines, il est souhaitable de demander de l'aide.

2 PORTRAIT CLINIQUE DU TROUBLE BIPOLAIRE

LES ÉPISODES DU TROUBLE BIPOLAIRE

Le trouble bipolaire est un trouble épisodique (récurrent). Il comporte généralement trois états :

1. un état d'euphorie ou d'agitation, appelé « manie » ;
2. un état de dépression ;
3. un état de bien-être, pendant lequel la plupart des personnes atteintes de ce trouble se sentent normales et fonctionnent bien.

La personne atteinte peut présenter des symptômes unipolaires (soit maniaques, soit dépressifs), ou bien des symptômes mixtes (à la fois maniaques et dépressifs). L'état mixte est généralement associé à la phase maniaque de la maladie ; on l'appelle parfois « manie dysphorique ».

LES TYPES DE TROUBLE BIPOLAIRE

Certaines personnes présentent successivement des états maniaques, mixtes et déprimés, et des périodes où elles se sentent bien. Ces personnes sont atteintes d'un **trouble bipolaire de type I**. D'autres présentent une forme de manie moins grave appelée « hypomanie ». Les personnes qui traversent des périodes d'hypomanie et de dépression entrecoupées de périodes sans symptômes, mais sans manie franche, ont un **trouble bipolaire de type II**.

ORDRE ET FRÉQUENCE DES DIFFÉRENTS ÉTATS

En règle générale, les états maniaques ou hypomaniaques, mixtes et dépressifs ne surviennent pas dans un ordre précis, et leur fréquence est imprévisible. Chez bien des gens, plusieurs années séparent chaque épisode ; d'autres ont des épisodes plus fréquents. Une personne atteinte d'un trouble bipolaire subit environ une dizaine d'états dépressifs, maniaques, hypomaniaques ou mixtes pendant sa vie. Au fil des ans, les épisodes deviennent plus fréquents. Sans traitement, un état maniaque peut durer deux ou trois mois. Un état

dépressif non traité persiste généralement plus longtemps, c'est-à-dire pendant quatre à six mois.

CYCLE RAPIDE

Dans environ 20 pour 100 des cas, les patients éprouvent quatre épisodes ou plus par an (et parfois beaucoup plus), entre lesquels ils ne présentent pas de symptômes. Ce phénomène est appelé **cycle rapide** ; il s'agit d'un type de trouble bipolaire qui nécessite un traitement spécial. On en ignore la cause exacte. Parfois, il peut être déclenché par certains antidépresseurs, selon un mécanisme inconnu. Parfois, le patient revient à un cycle « normal » lorsqu'il cesse de prendre l'antidépresseur.

3 LES SYMPTÔMES DU TROUBLE BIPOLAIRE

MANIE

Il arrive qu'une personne semble anormalement et continuellement exaltée, irritable ou euphorique pendant au moins une semaine. Si ce changement d'humeur s'accompagne d'autres symptômes (voir plus bas), cette personne présente peut-être un état maniaque typique d'un trouble bipolaire. **Les personnes en état maniaque ne se sentent pas toutes heureuses ou euphoriques.** Elles peuvent être très irritables, ressentir une colère intense ou présenter un comportement perturbateur et agressif.

Les symptômes qu'éprouvent les personnes en état maniaque ne sont pas tous reliés à l'humeur. En effet, elles doivent éprouver au moins trois des symptômes suivants :

SENTIMENT EXAGÉRÉ D'ESTIME DE SOI OU IDÉES DE GRANDEUR

La personne se sent invincible ou omnipotente ; elle a l'impression de savoir comment le monde « fonctionne » ou comment le sauver. Elle pense parfois qu'on lui a donné une mission spéciale dans la vie (c.-à-d. qu'elle est un envoyé de Dieu ou que ce dernier lui a donné des pouvoirs surnaturels).

RÉDUCTION DU BESOIN DE SOMMEIL

La personne se sent reposée après quelques heures de sommeil. Parfois, elle ne dort pas du tout pendant des jours ou même des semaines.

LOGORRHÉE (DISCOURS TROP ABONDANT)

La personne parle très rapidement, trop fort et beaucoup plus que d'habitude. Elle raconte des blagues, répète des mots qui riment et se montre irritée quand on l'interrompt. Elle change de sujet constamment et il est impossible d'avoir une conversation avec elle.

FUITE DES IDÉES ET ACCÉLÉRATION DE LA PENSÉE

La personne perd facilement le fil de ses idées et a de la difficulté en société car elle est *très distraite*. Elle est parfois impatiente à l'égard de ceux qui ne peuvent suivre sa pensée et ses idées et projets changeants.

HYPERACTIVITÉ

La personne intensifie ses activités sociales au travail ou à l'école ou paraît très active et débordante d'énergie. Au début de l'épisode maniaque, elle demeure productive, mais à mesure que ses symptômes s'aggravent, elle devient de plus en plus fébrile et entreprend de nombreux projets qu'elle laisse ensuite tomber.

MANQUE DE JUGEMENT

La personne ne peut maîtriser ou planifier ses actes. Elle prend part à des activités inusitées et dangereuses sans se rendre compte de leurs conséquences (p. ex., emplettes extravagantes, mauvais choix professionnels, mauvaises décisions). Elle est plus excitée sexuellement, intensifie son activité sexuelle et choisit ses partenaires sexuels avec moins de prudence. Il peut en résulter une grossesse non désirée, la contraction d'une maladie transmise sexuellement, un sentiment de culpabilité et une perturbation de ses relations.

SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES

La personne peut délirer ou perdre contact avec la réalité. Elle peut avoir des hallucinations, généralement auditives.

HYPOMANIE

Les symptômes d'hypomanie sont moins graves que ceux de manie, mais ils peuvent quand même causer des problèmes. La personne peut se sentir heureuse et pleine d'énergie, sans se mettre dans des situations embarrassantes. L'hypomanie peut dégénérer en épisode maniaque ou en dépression grave ; elle doit donc être traitée.

ÉTAT MIXTE

Certains patients ne présentent pas toujours d'épisodes purement maniaques ou dépressifs, mais les deux types de symptômes à la fois. C'est ce que l'on appelle un « état mixte ». Par exemple, une personne en état mixte pense et parle très vite, est très anxieuse et a des pensées suicidaires. L'état mixte est très difficile à diagnostiquer, et il est très pénible pour la personne atteinte.

DÉPRESSION

La dépression revêt de nombreuses manifestations, et elle n'a souvent aucune cause apparente. Pour être considérés comme des signes de dépression, les symptômes doivent durer au moins deux semaines, se manifester la plupart des jours, et durer la plus grande partie des journées où ils se manifestent. Les symptômes de dépression chez les personnes atteintes de trouble bipolaire comprennent au moins cinq des suivants :

HUMEUR DÉPRIMÉE

Ce que ressentent les personnes déprimées s'écarte beaucoup de la simple tristesse. En effet, la plupart d'entre elles se disent incapables d'être tristes, et bon nombre ne peuvent pleurer. Le fait de retrouver la capacité de pleurer représente souvent un signe d'amélioration.

PERTE D'INTÉRÊT OU DE PLAISIR

À L'ÉGARD D'ACTIVITÉS NORMALEMENT APPRÉCIÉES

Une personne qui commence à se sentir déprimée ou qui est légèrement déprimée peut encore ressentir du plaisir, et peut apprécier des activités agréables. Ce n'est pas le cas si elle est gravement déprimée.

PERTE OU GAIN DE POIDS

Bien des gens déprimés perdent du poids, en partie à cause d'une perte d'appétit. Cependant, certains patients ont plus d'appétit, et ont envie de manger des aliments riches en glucides et en matières grasses, ce qui leur fait prendre du poids. En outre, le métabolisme peut s'accélérer ou ralentir, selon le type de dépression. Ce changement peut causer une perte ou un gain de poids.

PROBLÈMES DE SOMMEIL

La dépression cause souvent une perturbation du sommeil. Bon nombre de personnes déprimées souffrent d'insomnie : elles ont de la difficulté à s'endormir, se réveillent souvent pendant la nuit ou se lèvent très tôt le matin. Elles ne se sentent pas reposées et se réveillent épuisées. D'autres personnes dorment plus que de coutume, surtout pendant la journée ; elles sont atteintes d'hypersomnie.

APATHIE OU AGITATION

Souvent, les personnes déprimées se déplacent, parlent ou pensent plus lentement. Dans les cas graves, elles sont parfois incapables de bouger, de parler et de réagir à ce qui les entoure. Pour d'autres, c'est le contraire : elles sont très agitées et tourmentées par une intense fébrilité intérieure. Elles ne peuvent rester assises, elles font les cent pas et se tordent les mains. Leur agitation peut également se manifester d'autres façons. Ces personnes ressentent souvent une anxiété intense.

PERTE D'ÉNERGIE

Les personnes déprimées ont de la difficulté à vaquer à leurs travaux quotidiens. Il leur faut plus de temps pour remplir leurs tâches personnelles ou professionnelles parce qu'elles manquent d'énergie et de motivation.

DÉVALORISATION ET CULPABILITÉ

Les personnes déprimées manquent parfois de confiance en elles. Elles sont incapables de s'affirmer et éprouvent un profond sentiment de dévalorisation. Souvent, elles sont obsédées par des événements de leur passé. Elles ne peuvent s'arrêter de penser qu'elles ont déçu leur entourage ou regrettent d'avoir dit certaines choses ; elles se sentent très coupables. Dans les cas graves, cette culpabilité peut causer du délire ; par exemple, la personne est persuadée d'avoir péché et de devoir être punie pour ses écarts de conduite. Elle peut penser que Dieu la punit pour les erreurs qu'elle a commises.

INCAPACITÉ DE SE CONCENTRER OU DE PRENDRE DES DÉCISIONS

Ces symptômes peuvent être d'une gravité telle que la personne ne peut se concentrer sur les tâches les plus simples, ni prendre de décisions à leur sujet.

PENSÉES SUICIDAIRES

Les personnes déprimées pensent souvent que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, ou qu'il vaudrait mieux qu'elles soient mortes. Elles risquent alors de donner suite à ces pensées et, en effet, elles tentent souvent de se suicider.

SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES

La personne peut croire à tort qu'elle est pauvre, qu'elle est punie pour ses péchés, ou encore qu'elle est atteinte d'une maladie mortelle comme le cancer. Elle peut également entendre des voix (hallucinations auditives) ou voir des choses qui n'existent pas (hallucinations visuelles).

La dépression se manifeste souvent par :

- une anxiété intense
- des inquiétudes au sujet de choses insignifiantes
- des symptômes physiques, notamment de la douleur
- divers symptômes physiques entraînant une consultation répétée du médecin de famille

AUTRES SYMPTÔMES D'UN ÉPISODE BIPOLAIRE

Certains patients atteints de trouble bipolaire peuvent éprouver des problèmes moteurs pendant leurs épisodes. Ces problèmes touchent jusqu'à 25 pour 100 des patients déprimés et jusqu'à 28 pour 100 des patients qui traversent un épisode mixte ou maniaque. Ces problèmes moteurs sont appelés « **symptômes catatoniques** ». Ces symptômes varient et peuvent comprendre une agitation extrême, ou au contraire, un ralentissement des mouvements. Parfois, le patient fait des mouvements ou adopte des postures inusités. Il est soit impossible à ralentir, soit impassible au point de refuser d'ouvrir la bouche pour manger, boire ou parler. Sa santé physique est alors gravement menacée. Dans la plupart des cas, un traitement permet d'éliminer les symptômes catatoniques.

Ces symptômes posent un risque de faux diagnostic, car ils sont associés surtout à la schizophrénie plutôt qu'au trouble bipolaire.

LA COMORBIDITÉ ET SON IMPORTANCE

Un « trouble comorbide » est une maladie ou un état pathologique qui se produit parallèlement à un autre. Le trouble bipolaire peut s'accompagner d'un trouble comorbide, qui se déclenche avant ou au même moment. Les experts ignorent pourquoi certains troubles accompagnent souvent le trouble bipolaire, alors que d'autres ne se produisent jamais. La gravité du trouble comorbide peut évoluer au fil des ans, et ses symptômes peuvent également varier en fonction de l'évolution du trouble bipolaire.

Par exemple, l'un des troubles comorbides les plus courants est **l'abus de drogues ou d'alcool**. Certaines personnes qui ont un problème d'alcool peuvent boire excessivement pendant les épisodes maniaques, ou encore essaient de prendre des drogues, parce qu'elles

sont impulsives et qu'elles ont une sensation de liberté. Parfois, elles boivent ou prennent des drogues pendant les états dépressifs également, pour soulager leurs symptômes de dépression. Ces personnes n'abusent pas nécessairement de l'alcool ou des drogues pendant les périodes où elles se sentent bien.

Autres troubles psychiatriques qui accompagnent souvent le trouble bipolaire

- trouble panique
- trouble obsessionnel compulsif
- trouble d'alimentation excessive
- abus de drogue ou d'alcool

Il est important de diagnostiquer la comorbidité dans le trouble bipolaire. Les états comorbides peuvent obscurcir le tableau clinique et compliquer le traitement du trouble bipolaire. En outre, leur gravité est souvent telle qu'ils nécessitent aussi un traitement.

4 LES CAUSES DU TROUBLE BIPOLAIRE

Plusieurs facteurs contribuent à causer le trouble bipolaire ; et son mécanisme précis nous échappe. Cependant, il existe un solide élément de preuve que des facteurs biologiques – y compris génétiques – jouent un rôle important. Cela ne signifie pas pour autant qu'une personne doit hériter des gènes : les gènes en question pourraient être modifiés au moment de la conception.

Les gènes régissent la formation des cellules et de leur contenu. Les scientifiques sont d'avis que des changements génétiques peuvent causer la production de protéines défectueuses dans les cellules cérébrales. Ces protéines peuvent alors causer le trouble bipolaire. De nos jours, les chercheurs étudient différentes protéines qui pourraient intervenir dans cette maladie :

- les protéines qui entrent dans la production de substances chimiques appelées neurotransmetteurs dans le cerveau ;
- les protéines qui utilisent des neurotransmetteurs pour donner des ordres aux cellules ;
- les gènes eux-mêmes.

Ce dont on est sûr, c'est qu'un excès de stress ou les problèmes familiaux ne peuvent pas causer cette maladie, mais peuvent « déclencher » un épisode chez les personnes qui sont déjà atteintes. Le trouble bipolaire n'est pas non plus un simple déséquilibre des neurotransmetteurs comme la sérotonine ou la dopamine. Pourtant, une poussée de la maladie peut se répercuter sur ces neurotransmetteurs.

QU'EST-CE QUI PEUT DÉCLENCHER UN ÉPISODE BIPOLAIRE ?

Si tous les épisodes ne peuvent être attribués à un facteur déclencheur, beaucoup peuvent cependant l'être. Les déclencheurs sont des situations qui peuvent provoquer un état maniaque ou dépressif chez une personne qui a déjà traversé un épisode bipolaire. Un stress intense ou une période d'insomnie en sont des exemples. Certains déclencheurs sont chimiques ; ils comprennent des antidépresseurs qui fonctionnent « trop bien » et provoquent des états maniaques, des médicaments courants comme les stéroïdes (par exemple, la prednisone employée dans le traitement de l'asthme ou de l'arthrite), et les drogues illicites telles la cocaïne et les amphétamines.

5 LES PRINCIPAUX TRAITEMENTS CONTRE LE TROUBLE BIPOLAIRE

Les traitements du trouble bipolaire peuvent être biologiques (médicaments) ou psychosociaux (psychothérapie, réadaptation). Souvent, deux types de traitement sont nécessaires, mais habituellement, il faut commencer par un traitement biologique pour maîtriser les symptômes.

TRAITEMENTS BIOLOGIQUES

Comme le trouble bipolaire est un problème de santé physique, les principaux traitements sont d'ordre biologique. Ils se composent surtout de médicaments, mais également de traitements tels l'électroconvulsivothérapie et la photothérapie.

MÉDICAMENTS

Deux grandes catégories de médicaments sont employées contre le trouble bipolaire : les psychorégulateurs et les médicaments d'appoint.

Psychorégulateurs

Les psychorégulateurs sont des médicaments qui atténuent les sautes d'humeur anormales. Ils peuvent également prévenir les problèmes d'humeur. Le premier et le plus étudié de ces médicaments est le lithium, un sel naturel que l'on utilise depuis 50 ans. Le lithium est toujours employé couramment dans le traitement du trouble bipolaire. La carbamazépine, un médicament utilisé d'abord comme anticonvulsif chez les épileptiques, est prescrite de temps à autre. On a découvert ses propriétés psychorégulatrices dans les années 1970. L'acide valproïque (et ses dérivés tels que le valproate de sodium et le divalproex sodique) est un autre anticonvulsif que l'on a commencé à utiliser couramment dans les années 1990 comme psychorégulateur. Il est populaire car de nombreux médecins jugent qu'il permet de soigner un plus vaste éventail de sautes d'humeur que le lithium, tout en ayant moins d'effets secondaires.

Cependant, les nouveaux traitements ne sont pas nécessairement meilleurs que les autres en raison de leur seule nouveauté. Pour certains patients, le lithium demeure le traitement le plus efficace.

Médicaments d'appoint

Les médicaments d'appoint servent à traiter des symptômes précis, comme la dépression, les problèmes de sommeil, l'anxiété et les symptômes psychotiques. Ils comprennent les antidépresseurs, les anxiolytiques et les antipsychotiques, ou « neuroleptiques ». Souvent, ces médicaments ne sont prescrits que pour une courte durée, contrairement aux psychorégulateurs.

Antidépresseurs

Les antidépresseurs sont des médicaments que l'on employait au départ pour traiter la dépression ; on leur a découvert plus récemment des propriétés utiles au traitement des troubles anxieux. Le premier antidépresseur a été découvert par hasard. Ainsi, les patients atteints de tuberculose dans les années 1950 étaient souvent traités avec de l'iproniazide, dont on a constaté l'effet stimulant. Des recherches ont mené par la suite à la création des antidépresseurs tricycliques comme l'imipramine (Tofranil^{MD}) et l'amitriptyline (Elavil^{MD}). La fluoxétine (Prozac^{MD}), le premier des « nouveaux » antidépresseurs, a été mis sur le marché dans les années 1980. À l'heure actuelle, on compte plus de 40 antidépresseurs qui font partie d'une variété de catégories de médicaments.

On croit que les antidépresseurs agissent en influant sur la concentration de neurotransmetteurs dans le cerveau, et notamment de sérotonine, de noradrénaline et de dopamine. On peut prescrire des antidépresseurs aux personnes atteintes de trouble bipolaire pendant les épisodes dépressifs, mais il faut faire preuve de prudence car ils peuvent déclencher un état maniaque et même une fluctuation fréquente de l'humeur (cycle rapide).

Anxiolytiques (médicaments contre l'anxiété)

L'anxiété est un symptôme courant du trouble bipolaire. Les troubles du sommeil sont également très fréquents pendant les épisodes intenses. Les benzodiazépines, une famille de médicaments (dont le plus connu est le Valium^{MD}) ayant un effet sédatif léger, sont souvent prescrites, notamment le lorazépam (Ativan^{MD}) et le clonazépam (Rivotril^{MD}). Le patient peut en prendre pendant une courte période sans s'y accoutumer. Le clonazépam est particulièrement utile pour traiter l'excès d'énergie et l'insomnie typiques de l'hypomanie. Pour les problèmes d'anxiété plus graves, comme les crises de panique, un type de psychothérapie appelée thérapie cognitivo-comportementale peut se révéler très salubre. Elle est peut-être même essentielle, car les antidépresseurs qui servent parfois à traiter les troubles anxieux peuvent causer des épisodes maniaques.

Antipsychotiques

Les médicaments antipsychotiques sont utilisés couramment dans le traitement du trouble bipolaire. Ils ont un effet sédatif prononcé, ce qui aide à maîtriser les symptômes maniaques et à traiter les symptômes psychotiques. Ces symptômes peuvent comprendre un délire de grandeur ou de persécution et des hallucinations. Les antipsychotiques traditionnels, comme l'halopéridol et la loxapine, peuvent également prévenir les épisodes maniaques, mais leur consommation pendant une longue période peut occasionner des effets secondaires graves comme la dyskinésie tardive, un trouble moteur.

Les antipsychotiques récents se révèlent également utiles dans le traitement du trouble bipolaire. Ils comprennent l'olanzapine (Zyprexa^{MD}), la rispéridone (Risperdal^{MD}), la quétiapine (Seroquel^{MD}) et la clozapine (Clozaril^{MD}). L'action de ces nouveaux médicaments s'apparente peut-être à celle des psychorégulateurs. Les recherches se poursuivent en vue de déterminer s'ils peuvent traiter non seulement la manie, mais également la dépression, et prévenir de nouveaux épisodes. Ces nouveaux médicaments comportent moins d'effets secondaires que les antipsychotiques traditionnels.

NOUVEAUX TRAITEMENTS CONTRE LE TROUBLE BIPOLAIRE, Y COMPRIS LES MÉDECINES « PARALLÈLES »

Parmi les nouveaux médicaments employés contre le trouble bipolaire, bon nombre avaient été conçus comme anticonvulsifs, pour traiter l'épilepsie. La plupart d'entre eux font actuellement l'objet d'essais cliniques sur des patients bipolaires. La carbamazépine et l'acide valproïque, deux psychorégulateurs, ont été adoptés de cette façon.

Plus récemment, la lamotrigine (Lamictal^{MD}), un nouvel anticonvulsif, s'est révélée efficace dans le traitement de la dépression bipolaire et utile pour les cycles rapides, et pourrait devenir un traitement très répandu. La gabapentine (Neuroatim^{MD}) et le topiramate (Topamax^{MD}) sont de nouveaux anticonvulsifs qui ont une certaine utilité dans le traitement du trouble bipolaire. Cependant, aucune étude importante n'a encore été publiée à leur sujet.

Il est utile de demander à son médecin des renseignements sur les nouveaux traitements contre le trouble bipolaire. Dans certains centres médicaux universitaires, il est également possible de participer aux essais cliniques de nouveaux traitements.

Les remèdes « naturels » pourraient également se révéler d'une certaine utilité. Ils comprennent l'huile de poisson et l'inositol, un type de sucre. Cependant, dans les magasins d'aliments naturels, la qualité de ces produits est inégale. On ne peut les recommander car ils n'ont pas été formulés avec précision. En outre, peu de recherches ont été menées à leur sujet. Le millepertuis a fait l'objet d'études approfondies dans le contexte de la dépression unipolaire (sans manie). Cependant, son efficacité contre le trouble bipolaire n'a pas été établie.

ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE (ÉLECTROCHOC)

L'électroconvulsivothérapie (ECT), appelée autrefois les « électrochocs », représente peut-être le traitement le plus controversé et le moins bien compris des traitements psychiatriques, notamment en raison du portrait sensationnaliste et trompeur qu'on en a fait dans les médias. En réalité, il s'agit d'un traitement sûr et très efficace pour les états dépressifs et maniaques du trouble bipolaire. Il est utilisé parfois comme traitement d'entretien à long terme pour éviter les rechutes.

Procédure

L'ECT consiste à administrer un bref stimulus électrique à la surface du cerveau, par l'entremise du cuir chevelu. Ce stimulus produit une convulsion de type épileptique, qui dure généralement de 15 secondes à deux minutes.

Une équipe composée d'un psychiatre, d'un anesthésiste et d'une ou de plusieurs infirmières est présente lors du traitement. Le patient reçoit une injection d'anesthésique qui l'endort brièvement pour la durée du traitement. On lui administre également un relaxant musculaire par voie intraveineuse pour réduire l'intensité des spasmes musculaires qui accompagnent les convulsions et l'empêcher ainsi de se blesser. Le patient reçoit de l'oxygène, et on surveille son rythme cardiaque et sa tension artérielle. Bien que l'anesthésie ne dure que quelques minutes, le patient éprouve de la somnolence après le traitement, et se repose ou dort pendant une heure environ.

Généralement, le traitement est effectué trois fois par semaine pendant trois ou quatre semaines, pour un total de huit à 12 traitements. S'il s'agit d'un traitement d'entretien à long terme, on peut espacer les séances, par exemple, une fois par mois. Le traitement se poursuit tant que le patient et le médecin le jugent nécessaire. L'ECT est généralement administrée aux patients hospitalisés, mais les patients externes peuvent également recevoir ce traitement.

Effets secondaires

Après l'ECT, les patients peuvent avoir mal à la tête ou à la mâchoire. Un analgésique léger comme l'acétaminophène (Tylenol^{MD}) suffit dans ce cas. Il se produit généralement une perte de mémoire des événements récents ou des problèmes de concentration (par exemple, les patients oublient ce qu'ils ont mangé au repas de la veille), mais ces symptômes s'estompent quelques semaines après la série de traitements. Certains patients signalent de légers problèmes de mémoire longtemps après le traitement, mais ils sont sans doute attribuables à leur dépression.

L'ECT peut être administrée de façon bilatérale (le courant électrique étant appliqué des deux côtés du cerveau) ou unilatérale (du côté droit du cerveau). Bien que l'ECT bilatérale provoque une perturbation plus grave de la mémoire que l'ECT unilatérale, elle est relativement plus efficace ; cette technique est donc habituellement privilégiée.

L'électroconvulsivothérapie dans le traitement du trouble bipolaire

L'ECT est le traitement le plus efficace et probablement le plus rapide contre la dépression grave ; elle se révèle particulièrement utile chez les patients très agités ou suicidaires ou ceux qui éprouvent des symptômes psychotiques ou catatoniques. Certains patients reçoivent ce traitement au début d'un épisode en raison de l'urgence de leur situation ou des symptômes particuliers qu'ils ressentent, tandis que d'autres préfèrent y recourir uniquement si divers médicaments se sont révélés inefficaces. L'ECT permet également de traiter la manie grave.

Même si elle parvient très efficacement à mettre fin aux épisodes de dépression et de manie, l'ECT ne procure des effets bénéfiques que pendant quelques semaines ou quelques mois. Les patients doivent donc généralement commencer ou continuer à prendre des psychorégulateurs ou d'autres médicaments après le traitement. Un traitement d'entretien peut être administré lorsque les médicaments n'ont pas permis d'éviter une rechute ou ne sont pas tolérés en raison de leurs effets secondaires.

STIMULATION MAGNÉTIQUE TRANSCRÂNIENNE

Mentionnons enfin la stimulation magnétique transcrânienne (SMT). Il s'agit d'un traitement qui consiste à soumettre le cerveau à des impulsions magnétiques. Des essais sont en cours, mais l'efficacité de ce traitement n'a pas encore été démontrée.

TRAITEMENTS PSYCHOSOCIAUX

Les traitements psychosociaux comprennent la psychoéducation, la psychothérapie, les groupes de soutien et la réadaptation.

PSYCHOÉDUCATION

La psychoéducation désigne l'éducation au sujet des maladies psychiatriques. Tous les nouveaux patients devraient recevoir une psychoéducation. Il pourrait également leur être utile d'en recevoir de temps à autre tout au long de leur maladie. La psychoéducation consiste à enseigner les causes de la maladie, comment la traiter, comment la gérer dans une certaine mesure et comment prévenir de nouveaux épisodes.

PSYCHOTHÉRAPIE

Le terme « psychothérapie » est un terme général que l'on emploie pour décrire une forme de traitement fondée sur des échanges avec un thérapeute. Elle vise à soulager le patient en lui permettant de discuter et d'exprimer ses émotions, en l'aidant à changer les attitudes, les comportements et les habitudes qui pourraient lui être néfastes et en lui montrant comment faire face aux problèmes de la vie de façon plus opportune et plus constructive.

Pour que la psychothérapie soit fructueuse, un rapport de confiance doit s'établir entre le patient et le thérapeute. Des médecins, travailleurs sociaux, psychologues et autres professionnels de la santé mentale reçoivent de la formation sur différents modèles de psychothérapie. On peut les consulter dans les hôpitaux, les cliniques et les cabinets privés.

Il existe de nombreux modèles de psychothérapie, que l'on divise en deux catégories générales, la **psychothérapie structurée à court terme** et la **psychothérapie à long terme**. La thérapie à court terme porte sur un aspect précis. Le thérapeute dirige activement son déroulement. Le traitement nécessite en moyenne de 10 à 20 séances. Dans la thérapie à long terme, le thérapeute joue un rôle moins actif, et le traitement, qui nécessite habituellement un an ou plus, est moins structuré. Il vise à aider le patient à trouver lui-même les réponses qu'il cherche.

La psychothérapie revêt une grande utilité. Toutefois, dans le contexte du trouble bipolaire, elle n'est qu'un complément aux médicaments et ne peut s'y substituer. Tous les patients devraient recevoir un traitement de soutien qui comprend non seulement des médicaments pour soulager leurs symptômes, mais aussi une thérapie pour les aider à

faire face aux problèmes avec lesquels ils doivent composer en tant que personnes atteintes de trouble bipolaire. La thérapie de soutien comporte essentiellement des conseils pratiques et du soutien affectif.

Thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale est un exemple de psychothérapie structurée à court terme qui se révèle efficace dans le traitement de nombreux autres troubles. Elle s'appuie sur le principe selon lequel les croyances ou pensées profondes influent sur l'opinion que l'on a de soi-même et sur sa vision du monde, de même que sur l'humeur et le comportement. Par exemple, une personne déprimée qui est convaincue qu'aucun traitement ne lui sera utile ne prendra peut-être pas la peine de consulter quelqu'un. Ce faisant, cette personne se sentira probablement encore plus mal. La thérapie cognitivo-comportementale consiste à identifier et à changer ce mode de pensée et à améliorer l'humeur et le fonctionnement. Elle est actuellement à l'essai auprès de personnes atteintes du trouble bipolaire. Les résultats enregistrés jusqu'à maintenant sont prometteurs ; cette thérapie serait efficace pour prévenir les épisodes et pour traiter la dépression.

Thérapie psychodynamique

La thérapie psychodynamique est un exemple de psychothérapie non structurée à long terme. Elle soulage la détresse que ressent la personne en l'aidant à comprendre les motifs sous-jacents à son comportement. Ce traitement n'est pas conçu spécialement pour le trouble bipolaire pour lequel il peut cependant se révéler très utile. En apprenant à se connaître, les patients sont mieux en mesure de composer avec leur maladie.

Thérapie de groupe

Traditionnellement, la thérapie de groupe combine avec succès le soutien et la psychoéducation. La thérapie cognitive peut également être menée en groupe ; cependant, elle n'a pas été mise à l'essai auprès de patients bipolaires.

Thérapie familiale et conjugale

Enfin, la thérapie familiale et conjugale peut se révéler très utile pour composer avec des problèmes qui existaient déjà avant la maladie et qui se sont exacerbés, ou pour faire face à des questions soulevées par suite de la maladie. Cependant, la thérapie doit avoir lieu au bon moment. Pendant un épisode aigu, la famille ou le conjoint ne devrait recevoir que du soutien et de l'information. Il faut attendre que le patient se stabilise avant d'entreprendre une thérapie familiale ou conjugale structurée.

GROUPES D'ENTRAIDE ET DE SOUTIEN

Les groupes d'entraide et de soutien peuvent revêtir beaucoup d'importance dans le traitement. Un ensemble de personnes atteintes de trouble bipolaire pourront s'accepter et se comprendre, et faire part de leurs difficultés quotidiennes dans un contexte où elles se sentiront en sécurité et où elles pourront obtenir du soutien. Pour cette raison, les membres du groupe tissent habituellement des liens étroits. Les personnes qui ont reçu leur diagnostic récemment peuvent tirer profit de l'expérience d'autres personnes qui ont appris à utiliser des stratégies d'adaptation pour gérer leur maladie. Ces groupes sont généralement constitués par l'entremise des sections locales de la Mood Disorders Association (voir la page 44 pour plus de renseignements).

TRAITEMENTS SPÉCIAUX

HOSPITALISATION

Il peut être nécessaire d'hospitaliser les patients atteints de trouble bipolaire lors d'épisodes dépressifs ou maniaques graves.

Il faut recourir à l'hospitalisation si les symptômes sont incontrôlables et exposent le patient à des risques graves en raison, par exemple, d'un comportement agressif, de la prise de risques, de la négligence de ses besoins personnels ou de tendances suicidaires.

Admissions volontaires et involontaires

En règle générale, les patients sont hospitalisés volontairement. Cela signifie qu'ils sont libres de quitter l'hôpital en tout temps s'ils le désirent. Cependant, en Ontario, comme dans la plupart des autres territoires, la loi permet également à un médecin (qui n'a pas à être un psychiatre) de faire hospitaliser un patient contre son gré. Cela peut arriver si le médecin juge que le patient risque de se blesser ou de blesser quelqu'un d'autre à cause de sa maladie. Si le patient n'a pas consulté de médecin, sa famille peut également demander à un juge de paix de le soumettre à une évaluation psychiatrique, et doit déposer des preuves convaincantes selon lesquelles la maladie dont souffre le patient représente un danger pour lui ou pour son entourage.

Des dispositions légales protègent les droits des patients admis involontairement à l'hôpital. Par exemple, un conseiller en matière de droits lui rendra visite pour s'assurer qu'il a

l'occasion d'interjeter appel de son hospitalisation involontaire auprès d'un comité indépendant composé d'avocats, de médecins et de profanes, s'il le désire.

Traitement en milieu hospitalier

Le séjour à l'hôpital peut durer quelques jours, quelques semaines ou, rarement, plusieurs mois. Pendant les premières journées de leur séjour, on demande généralement aux patients de demeurer dans l'aile psychiatrique (ils sont tenus de le faire s'ils ont été admis involontairement). À mesure qu'ils se rétablissent, ils peuvent être autorisés à fréquenter d'autres parties de l'hôpital ou à se promener dehors. Plus tard, ils recevront des laissez-passer pour aller passer la nuit ou le week-end à la maison.

Les patients participent à une variété de programmes éducatifs et thérapeutiques de groupe, pendant la journée et le soir, ainsi qu'à des séances individuelles avec du personnel médical, infirmier et autre. Leurs médicaments ou leurs doses peuvent être modifiés, et la famille peut être interrogée par du personnel médical, des travailleurs sociaux ou d'autres personnes.

La planification des congés commence immédiatement après l'admission à l'hôpital. Les patients doivent s'attendre à quitter l'hôpital dès que des dispositions de suivi raisonnables auront été prises et que leurs symptômes se seront atténués suffisamment pour leur permettre de fonctionner en toute sécurité et de prendre soin d'eux-mêmes à la maison. Il n'est pas nécessairement avantageux pour le patient de demeurer à l'hôpital lorsque son état s'est amélioré. Cela pourrait au contraire donner lieu à des problèmes, en affaiblissant les liens entre le patient, sa famille et son réseau social, et même en réduisant son autonomie.

6 LE RÉTABLISSEMENT ET LA PRÉVENTION DES RECHUTES

Le traitement du trouble bipolaire a pour but d'aider les patients à se rétablir, par les moyens suivants :

- Traiter les symptômes jusqu'à ce qu'ils ne causent plus de détresse ou de problèmes ;
- Améliorer le fonctionnement des patients au travail et en société ;
- Réduire le risque de rechute.

DÉLAI DE RÉTABLISSEMENT

Après un épisode maniaque, hypomaniaque, mixte ou dépressif, certaines personnes se rétablissent rapidement. Pour d'autres, le rétablissement est un processus graduel. Souvent, il faut quelques mois avant que la personne puisse fonctionner comme avant, même après que les symptômes du dernier épisode ont disparu. Le délai de rétablissement suscite souvent de l'impatience chez les personnes atteintes de trouble bipolaire. Les fournisseurs de soins de santé doivent donc expliquer l'étape du rétablissement aux patients, à leur famille et à leur employeur.

Une personne qui se casse la jambe reprend progressivement ses activités normales à mesure qu'elle se rétablit. La même démarche est recommandée après un épisode bipolaire ; elle permet peu à peu à la personne d'assumer des responsabilités et de retrouver sa confiance en elle. Certaines personnes reprennent toutes leurs activités, et même plus, dès la fin de leur épisode ; elles cherchent peut-être à se convaincre, et à persuader leur entourage, qu'elles se sont complètement rétablies. Cette « fuite vers la santé » est souvent épuisante et néfaste. La lenteur du rétablissement déplaît aux personnes exigeantes, qui se sentent alors démotivées.

Le rétablissement est un processus de longue haleine. Après un épisode bipolaire, la personne se sent souvent fragile, vulnérable et à risque de subir un nouvel épisode. **Il est normal de se sentir ainsi pendant le rétablissement.** Il faut du temps avant de retrouver

sa confiance et de reprendre ses activités normales. Un travailleur social, un ergothérapeute ou une infirmière peut aider la personne à établir une stratégie de rétablissement, qui peut comprendre du bénévolat, des loisirs, des cours et des activités professionnelles, compte tenu de ses capacités.

UNE PERSONNE RÉTABLIE EST-ELLE « GUÉRIE » ?

Malheureusement, le trouble bipolaire demeure incurable. Cependant, comme les problèmes physiques tels que l'hypertension et le diabète, cette maladie peut être gérée et maîtrisée efficacement grâce à un mode de vie sain et à des traitements.

LE RÔLE DES MÉDICAMENTS DANS LE RÉTABLISSEMENT

Les médicaments représentent la pierre angulaire du traitement du trouble bipolaire, car ils sont nécessaires pour que le patient retrouve son bien-être. Plusieurs médicaments sont couramment prescrits pour le trouble bipolaire. Une certaine surveillance et des discussions avec vos médecins seront nécessaires pour trouver la dose qui vous convient. Les médicaments ont pour rôle d'éliminer vos symptômes et de prévenir leur récurrence.

PENDANT COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL PRENDRE DES MÉDICAMENTS ?

Le trouble bipolaire présente une forte récurrence. Sans traitement, la plupart des personnes atteintes auront une rechute environ deux ans plus tard. Les médicaments font plus que traiter les symptômes, ils les empêchent de revenir. En effet, une personne est beaucoup plus susceptible de demeurer en bonne santé si elle continue de prendre ses médicaments que si elle arrête de les prendre. Le traitement d'entretien à long terme repose sur le type de maladie. Pour certains, il peut suffire de prendre des médicaments pendant un ou deux ans. Cette stratégie ne convient qu'aux personnes qui n'ont eu qu'un seul épisode léger n'ayant pas causé trop de problèmes. Un traitement plus long est recommandé pour la plupart des gens. Souvent, il est préférable de maintenir le traitement en permanence.

SI L'ON SE SENT BIEN PENDANT LONGTEMPS, SERAIT-CE QUE L'ON N'A PLUS BESOIN DE MÉDICAMENTS ?

Non, il est possible que la maladie soit en rémission, ou que le médicament prévienne efficacement les symptômes. Si elle interrompt alors son traitement, la personne court un risque élevé de rechute, c'est-à-dire plus de 80 pour 100 en deux ans. Même après de nombreuses années de stabilité, une rechute peut survenir.

LES MÉDICAMENTS PEUVENT-ILS CRÉER UNE ACCOUTUMANCE ? CHANGENT-ILS LA PERSONNALITÉ ?

Non ; on ne peut acquérir une accoutumance à l'égard des principaux médicaments contre le trouble bipolaire, les psychorégulateurs, les antidépresseurs et les antipsychotiques. Rien n'indique pour l'instant que ces médicaments ont un effet sur la personnalité. Cependant, il faut faire preuve de prudence en cas d'usage prolongé d'anxiolytiques, telles les benzodiazépines.

LES EFFETS SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS FINISSENT-ILS PAR DISPARAÎTRE ?

Bon nombre d'effets secondaires s'estompent progressivement. D'autres peuvent être soulagés avec l'aide du médecin, qui surveillera non seulement ces effets, mais également la dose de médicament administrée. Dans certains cas, la concentration du médicament dans le sang et le fonctionnement des organes seront contrôlés ; le risque de complications à long terme est donc faible, et bien inférieur au risque que présente le trouble bipolaire non traité.

CONSEILS POUR PRÉVENIR LES RECHUTES ET FAVORISER LE BIEN-ÊTRE

Bon nombre de personnes atteintes de trouble bipolaire, mais pas toutes, peuvent tirer profit de counseling, de psychothérapie ou des services d'un ergothérapeute, d'un travailleur social ou d'une infirmière. Ces intervenants peuvent les aider à adopter des

stratégies pour réduire leurs symptômes, composer avec le stress quotidien et réduire le risque de récurrence. Les fournisseurs de soins de santé devraient recommander un traitement personnalisé.

1. Renseignez-vous à fond sur votre maladie. Demandez à votre fournisseur de soins de vous renseigner sur la maladie et son traitement. De nombreuses ressources sont à votre disposition, qu'il s'agisse de publications écrites, de vidéos, de groupes de soutien ou d'Internet. La qualité des renseignements varie selon la source ; demandez à votre fournisseur de vous diriger vers de bonnes sources.

2. Adoptez un mode de vie sain. Ne prenez ni alcool ni drogues, car elles augmentent le risque de rechute. Adoptez un régime alimentaire sain. Des recherches ont également démontré que faire de l'exercice régulièrement peut améliorer l'humeur. Adoptez aussi de bonnes habitudes de sommeil, surtout en voyage, en vacances ou lorsque vous devez travailler pendant de longues heures. Essayez d'aller au lit à la même heure tous les soirs. Évitez les activités stimulantes peu avant l'heure du coucher. Payez vos factures, faites votre travail ou terminez vos tâches importantes en début de soirée ou, de préférence, pendant la journée.

3. Le stress est inévitable ; trouvez donc de nouvelles stratégies pour vous y adapter. Bien des gens ne recourent qu'à une seule stratégie d'adaptation. Avec votre équipe de traitement, trouvez des stratégies qui vous aideront à mieux faire face au stress quotidien.

4. Évitez de vous isoler. Certaines personnes atteintes de trouble bipolaire ont tendance à passer trop de temps seules, et se sentent ainsi encore plus déprimées, démotivées et tristes. Un bon réseau social peut se révéler d'une aide précieuse. Il peut vous protéger contre les situations stressantes.

5. Essayez de parvenir à un équilibre dans votre vie. N'oubliez pas qu'il faut faire preuve de modération. Consacrez du temps à votre travail, à votre famille, à vos amis et à des activités de loisir. Un mode de vie plus équilibré et plus satisfaisant pourrait vous aider à faire face au stress et à réduire le risque de rechute.

6. Soyez attentif à vos symptômes. Bien des personnes atteintes de trouble bipolaire présentent des symptômes caractéristiques, qui reviennent à chaque épisode. Ainsi, certains apprennent à reconnaître les signes avant-coureurs d'une rechute. Par exemple, ils ont

l'impression d'avoir besoin de moins de sommeil, ils sont irritables ou ils pensent n'avoir plus besoin de médicaments. En surveillant ces signes et en consultant des fournisseurs de soins, on peut prévenir un épisode. Souvent, il est utile de tenir un journal dans lequel on décrit son humeur. La plupart des gens éprouvent toutes sortes d'émotions ; toutes les sautes d'humeur ne sont pas attribuables au trouble bipolaire.

7. Obtenez le soutien de votre famille et de vos amis. Au tout début d'un épisode, on ne se rend pas toujours compte de ce qui se passe. Si vos amis ou votre famille peuvent reconnaître les symptômes du trouble bipolaire, ils pourront vous aider à obtenir un traitement si nécessaire.

ASPECTS PRATIQUES DU RÉTABLISSEMENT

Un épisode de dépression ou de manie bouleverse généralement la routine quotidienne de même que la vie professionnelle, scolaire et familiale. Certaines personnes ont l'impression que rien ne sera jamais plus comme avant, et qu'elles ne pourront reprendre les activités qu'elles ont dû interrompre. Il est tout à fait naturel d'éprouver ces sentiments. Cependant, une fois que les médicaments ont stabilisé leur état, la plupart des personnes atteintes de trouble bipolaire peuvent retourner à leurs responsabilités et activités habituelles.

Pour que cette transition soit fructueuse, il est essentiel de fixer des objectifs et des priorités appropriés. Parlez de vos idées et de vos préoccupations à votre psychiatre. Le fait d'accepter trop ou trop peu de responsabilités pourrait se répercuter sur votre rétablissement. Il est parfois recommandé de discuter avec d'autres professionnels, comme un ergothérapeute, un travailleur social ou un psychologue. Les membres de votre famille voudront sans doute connaître vos projets et vos préoccupations. Ils peuvent vous apporter un soutien et vous faire part de leurs observations pendant que vous reprenez vos activités. Le but consiste pour vous à adopter un rythme qui vous convient parfaitement, que vous repreniez vos études ou le travail ou que vous assumiez à nouveau des responsabilités familiales ou sociales.

ÉTUDES

Si vous prévoyez reprendre vos études, parlez-en à votre psychiatre ou professionnel de santé mentale (p. ex., ergothérapeute ou travailleur social). Certaines personnes jugent

bon de commencer par des études à temps partiel. Les problèmes de concentration et de mémoire sont fréquents. Cherchez à améliorer ou à adapter vos techniques d'étude. Étudiez pendant de plus brèves périodes et évitez les endroits bruyants ou très fréquentés. En effet, il est courant d'avoir de la difficulté à éviter les distractions visuelles et auditives.

Il pourrait être utile de faire part de certaines de vos difficultés à votre enseignant ou professeur. De nombreuses écoles et la plupart des collèges et universités offrent des services aux élèves et étudiants qui ont des besoins particuliers. Un conseiller vous y demandera les motifs de votre absence. Ce renseignement l'aidera à collaborer avec vos enseignants ou professeurs. Il pourra également vous suggérer des changements à apporter à votre charge de cours et à vos responsabilités. Il est parfois utile de l'autoriser à discuter avec vos fournisseurs de soins.

TRAVAIL

Retourner au travail pourrait également comporter des difficultés semblables et nécessiter une planification attentive. Il importe de discuter de vos projets à cet égard avec votre psychiatre et peut-être aussi avec un ergothérapeute, qui vous donnera des conseils et du soutien sur votre retour au travail.

Il est fortement recommandé de reprendre vos responsabilités de façon progressive, en commençant à travailler à temps partiel ou avec une charge de travail réduite. Votre fournisseur de soins de santé peut recommander d'adapter vos tâches et votre horaire pour faciliter cette transition. Parmi les adaptations les plus courantes, relevons des pauses plus fréquentes, des congés pour se rendre à ses rendez-vous et une modification des tâches non essentielles.

Dans certains cas, il pourrait être utile de renseigner votre employeur et vos collègues de travail sur les signes caractéristiques des sautes d'humeur. Cependant, certaines personnes préfèrent ne pas discuter de leur maladie avec leur employeur. Pour cette raison, elles ne peuvent réclamer d'adaptations, mais cela ne veut pas dire pour autant que leur transition vers le monde du travail échouera. Dans ce cas, il est particulièrement important de pouvoir discuter de ses problèmes et de ses préoccupations avec quelqu'un après le travail. Quoi qu'il en soit, il est toujours préférable de prévoir un plan et du soutien personnalisés.

RESPONSABILITÉS FAMILIALES ET SOCIALES

Il serait peut-être également préférable de reprendre progressivement les tâches familiales

et communautaires. Il s'agit de trouver les responsabilités et les activités les mieux adaptées à votre situation. L'examen des priorités et l'élaboration d'un plan de reprise des activités normales pourraient être nécessaires. Voyez ce que vous êtes capable de faire et planifiez en conséquence.

Vous n'êtes peut-être pas en mesure actuellement de vous livrer à toutes vos anciennes activités. Cette situation peut être frustrante. Fixez des objectifs quotidiens et prenez note de vos réalisations. Souvent, il est utile de réfléchir sur vos attentes et de les adapter au besoin. Au début, vous devrez peut-être confier des tâches ménagères et d'autres responsabilités quotidiennes aux membres de votre famille. Vous reprendrez progressivement vos activités à mesure que vous vous rétablirez.

RECONNAÎTRE LES CHANGEMENTS D'HUMEUR ET Y RÉAGIR

Il est important d'apprendre à reconnaître les changements d'humeur, même les plus légers, et à y réagir, lorsque vous retournez aux études ou au travail ou que vous reprenez vos activités familiales et sociales. Trouvez des moyens de mieux vous concentrer et de travailler plus efficacement. Réduire les facteurs de stress dans votre milieu pourrait aussi se révéler utile.

DÉPRESSION

Les signes typiques d'une dépression imminente sont les suivants :

- difficulté à se concentrer sur les tâches et à les achever
- perte d'énergie et de confiance en soi
- sensibilité accrue aux remarques de son entourage
- inquiétudes accrues
- remise en cause de l'utilité des activités quotidiennes
- difficulté à prendre des décisions sur des questions simples
- modifications du sommeil et de l'appétit

Lorsque vous êtes déprimé, suivez ces conseils :

- Soyez à l'affût des signes avant-coureurs et demandez à votre médecin s'il serait souhaitable de modifier vos médicaments ou de recevoir un autre traitement ;

- Demandez à des membres de votre famille, à des amis ou à des collègues de travail de vous apporter un soutien et évaluez de façon réaliste ce que vous ressentez ;
- Concentrez-vous sur des tâches simples et concrètes, et remettez à plus tard les tâches difficiles et complexes, si possible ;
- Attendez avant de prendre des décisions importantes ;
- Consacrez moins de temps aux activités publiques ou sociales exigeantes ;
- Faites plus d'activités qui vous plaisent pendant la journée ;
- Fixez des objectifs pour composer avec ces changements d'humeur ; par exemple, veillez à participer à des activités agréables avec des personnes qui vous apportent un soutien.

HYPOMANIE

Les signes typiques d'une hypomanie imminente sont les suivants :

- besoin de moins de sommeil
- plus d'énergie et de confiance en soi (avec prise en charge fréquente de multiples tâches)
- difficulté à se calmer suffisamment pour travailler
- émotions ou désaccords intenses (plus qu'à l'habitude)
- décisions plus impulsives qu'à l'habitude

Lorsque vous traversez un épisode hypomaniaque, suivez ces conseils :

- Soyez à l'affût des signes avant-coureurs et demandez à votre médecin s'il serait souhaitable de modifier vos médicaments ou de recevoir un autre traitement ;
- Cherchez à rendre votre milieu moins stimulant ;
- Efforcez-vous de dormir et de vous détendre suffisamment ;
- Cherchez à vous prémunir contre votre impulsivité : rangez vos cartes de crédit, évitez certaines fréquentations ;
- Envisagez de remettre à plus tard les décisions importantes et d'annuler les réunions cruciales ;
- Planifiez votre journée et allégez votre horaire ;
- Fixez des objectifs pour composer avec ces changements d'humeur après le travail ; par exemple, essayez de dépenser votre trop-plein d'énergie en toute sécurité en vous livrant à des passe-temps, en faisant de l'exercice, etc.

CONCENTRATION

Que vous vous sentiez déprimé ou hypomaniaque, vous avez peut-être de la difficulté à vous concentrer. Vous devriez alors :

- en parler à votre médecin ;
- vous dire que vous vous rétablirez ;
- vous efforcer de fixer des objectifs et de faire des projets ;
- fixer des objectifs dont l'échéance est souple ;
- rendre votre environnement moins stimulant ;
- déterminer les périodes de la journée où vous vous sentez le mieux.

QUE SE PASSE-T-IL LORSQU'UN PROCHE EST ATTEINT DE TROUBLE BIPOLAIRE ?

Lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie chronique, qu'elle soit physique comme le diabète ou mentale comme le trouble bipolaire, tous les membres de sa famille en subissent les conséquences, et souffrent eux aussi. Quand un parent ou un conjoint a une maladie mentale, il faut composer avec de nouveaux facteurs de stress. La population en général est mieux renseignée et sensibilisée qu'auparavant au sujet des maladies mentales qui demeurent, malgré tout, un sujet quelque peu tabou. Craignant les préjugés, vous et votre famille préférerez peut-être faire face à la maladie mentale dans l'isolement. Le trouble bipolaire influe sur l'humeur et le comportement de la personne atteinte. De temps à autre, il lui est plus difficile de gérer sa maladie, et de collaborer avec vous pour résoudre les problèmes qui se présentent.

En tant que membre de la famille, vous trouverez sans doute très pénibles les épisodes maniaques et dépressifs de la maladie. Si votre proche ne présente que des sautes d'humeur légères, vous pourrez sans doute composer avec elles sans trop de problèmes. Cependant, les sautes d'humeur intenses sont très difficiles à traverser.

DÉPRESSION

On ne peut rester indifférent lorsqu'un être cher est aux prises avec la dépression. On ressent une foule d'émotions : tristesse, inquiétude, peur, impuissance, anxiété, culpabilité et même colère. Tous les épisodes dépressifs sont dérangeants, mais c'est sans doute le premier épisode qui vous perturbera le plus. Vous ne comprendrez peut-être pas ce qui arrive à la personne, et pourquoi elle ne se rétablit pas d'elle-même. En tant que membre de sa famille, vous devez vous renseigner sur la dépression. Sinon, vous finirez peut-être par croire que votre proche est paresseux, ou bien vous lui donnerez des conseils qu'il ne suivra pas, et vous vous sentirez alors frustré et irrité. Si ce proche aborde la question du suicide, il va sans dire que vous serez très inquiet.

COMMENT COMPOSER AVEC UNE PERSONNE DÉPRIMÉE

Souvent, les membres de la famille ne savent pas quoi dire à une personne déprimée. Ils craignent de lui poser trop de questions et de la bouleverser sans le vouloir. Pourtant, ils ne veulent pas qu'elle ait l'impression qu'ils ne s'intéressent pas à elle ou cherchent à l'éviter.

Essayez de donner du soutien à votre proche et de faire preuve de compréhension à son égard. Soyez très patient. Il suffit de reconnaître que la dépression est une maladie pour l'aider un peu à se sentir moins coupable de ne pas fonctionner normalement.

CONSEILS POUR COMMUNIQUER AVEC UNE PERSONNE DÉPRIMÉE

1. Parlez d'une voix douce et calme.

2. Concentrez-vous sur un seul sujet à la fois. Votre proche a peut-être de la difficulté à se concentrer.

3. Soyez patient et attendez. Votre proche pourrait mettre du temps à répondre ; il appréciera votre capacité à écouter. Les personnes déprimées parlent beaucoup de ce qu'elles ressentent ; par contre, elles ne sont pas nécessairement disposées à discuter de la façon de résoudre leurs problèmes. Épaulez la personne en lui accordant votre attention et en lui faisant savoir, sans exprimer de point de vue, que vous l'écoutez. Vous n'avez pas à lui proposer de solutions.

Si la personne est irritable, il vous faudra peut-être procéder plus lentement, réduire vos attentes et adopter une approche très conviviale. Le meilleur moyen d'entreprendre un dialogue consiste à parler de sujets neutres comme le temps qu'il fait ou ce que vous préparez pour le repas. Faites savoir de temps à autre à la personne que vous l'écoutez, ou développez un peu ses réponses. Il serait probablement peine perdue pour le moment d'aborder des questions ou des choix importants. Envisagez d'en parler plus tard.

4. Évitez de questionner la personne sur ce qui la déprime. Ne lui dites pas qu'elle est responsable de ses émotions et qu'elle devrait essayer de se reprendre en main. Les personnes modérément déprimées prendront peut-être note de vos conseils, mais seront incapables d'y donner suite. Si vous ne cessez de les interroger ou de les blâmer, vous ne ferez qu'intensifier leurs sentiments de culpabilité, de solitude et d'isolement. Souvent, les

personnes déprimées ignorent ce qui a déclenché leur dépression ou quoi faire pour s'en sortir.

5. N'en faites pas trop. Si votre proche est atteint d'une dépression grave ou chronique, il est normal qu'il soit épuisant pour vous de lui tenir compagnie. Il est souvent préférable d'avoir des contacts brefs et fréquents avec une personne gravement déprimée. Si votre proche est hospitalisé, les membres de la famille peuvent lui rendre visite à tour de rôle.

MANIE

Le comportement d'une personne qui traverse un épisode maniaque suscite des émotions intenses au sein de son entourage, et surtout chez les membres de sa famille. Vous vous sentez peut-être frustré ou irrité, ou vous ressentez peut-être même de la colère ou de la haine. L'intensité de vos émotions repose sur la gravité de l'épisode. Par exemple, il est particulièrement effrayant d'avoir l'impression que votre proche n'est plus du tout lui-même. Par exemple, une femme timide et responsable peut devenir extravertie et hypersexualisée ; un homme doux et gentil peut devenir autoritaire et cruel.

Par ailleurs, la personne en état maniaque pense généralement qu'elle seule a raison et que tous les autres ont tort. Cet aspect de la manie est éprouvant pour sa famille et son entourage. Il peut arriver qu'elle ne soit pas responsable de ce qu'elle dit ou fasse ; vous devez donc peut-être lui venir en aide. En outre, elle peut devenir très sensible aux faiblesses des autres, et se comporter de façon à les mettre dans l'embarras. La personne gravement maniaque s'emporte facilement. On a déjà comparé la fréquentation d'une personne ayant une manie grave, à la traversée d'un champ de mines ; on ne sait jamais quand une explosion va se produire. Le plus difficile, c'est que la personne ne se rend pas nécessairement compte de son comportement.

Si votre conjoint ou partenaire est dans un état maniaque, vous traverserez peut-être des moments très difficiles, car c'est vous qui souffrirez le plus de sa colère. Vous deviendrez peut-être un intermédiaire entre lui et le reste de son entourage, qui pourrait exiger que son comportement soit maîtrisé. Si votre conjoint ou partenaire fait beaucoup d'achats, vous serez peut-être poursuivi par des créanciers. Certaines personnes maniaques ont également des aventures extraconjugales, dont elles se vantent parfois. Dans ce cas, vous pourriez vous sentir humilié et trahi.

Vous éloigner de votre conjoint ou partenaire et envisager le divorce pourraient vous sembler le seul moyen d'échapper à une situation intolérable. Évitez toutefois de prendre une telle décision pendant que la personne est gravement malade. La situation changera probablement lorsqu'elle se sera rétablie.

COMMENT COMPOSER AVEC UNE PERSONNE EN ÉTAT MANIAQUE

Au début d'un épisode maniaque, la personne peut se sentir très heureuse, pleine d'énergie et extravertie. Il est alors facile de partager sa bonne humeur. **Demeurez réaliste et ne vous laissez pas entraîner.** La personne en état maniaque a besoin d'attention et de conflit. Essayez de l'éloigner des situations stimulantes ; évitez par exemple les longues discussions et les soirées.

Seule une faible proportion des personnes atteintes du trouble bipolaire éprouvent une manie grave, qui peut les rendre hostiles et méfiantes. Elles peuvent même s'emporter verbalement ou physiquement. Évitez de discuter avec une personne qui est dans cet état. Vous pourriez aggraver sa colère, et elle pourrait même s'en prendre à vous.

Généralement, les personnes en état maniaque ne se rendent pas compte des risques que leur comportement pose pour elles-mêmes ou leur entourage. Elles peuvent lancer des entreprises commerciales périlleuses, trop dépenser, conduire dangereusement, etc. Vous devrez peut-être intervenir. Le meilleur moyen de prévenir ce genre de comportement est d'en discuter lorsque la personne se sent bien. Pendant une période où son humeur est stable, fixez avec elle des règles et des mesures de précaution. Par exemple, envisagez de lui retirer ses cartes de crédit, la possibilité de faire des opérations bancaires et ses clés de voiture. L'hospitalisation d'une personne en état maniaque peut lui sauver la vie.

CONSEILS POUR COMMUNIQUER AVEC UNE PERSONNE QUI TRAVERSE UN ÉPISODE MANIAQUE

1. Réduisez les stimulations. Les personnes en état maniaque sont souvent trop stimulées. Accueillez moins de visiteurs en même temps, ou réduisez le niveau de bruit et d'activité à la maison.

2. Ayez des conversations brèves avec la personne.

3. Ne traitez que des questions d'intérêt immédiat. N'essayez pas de raisonner avec la personne ni de discuter.

4. Évitez de parler d'émotions.

5. Essayez de ne pas être autoritaire, mais soyez ferme, concret et réaliste.

6. Ne faites pas systématiquement tout ce que la personne vous demande.

7. Ne vous laissez pas emporter par l'euphorie ou les attentes irréalistes de la personne.

8. N'essayez pas de convaincre la personne que ses projets sont irréalistes. Assurez-vous qu'elle est bien en sécurité (p. ex., prenez-lui ses clés de voiture ou ses cartes de crédit).

FAIRE TRAITER UN MEMBRE DE SA FAMILLE

Un partenaire ou un parent qui souffre d'une dépression modérée acceptera probablement de recevoir un traitement médical sans trop d'insistance de votre part. Par contre, une personne gravement déprimée et suicidaire pourrait refuser tout traitement, car elle est désespérée et a l'impression qu'elle ne vaut pas grand-chose. Dans ce cas, vous ou quelqu'un en qui elle a confiance devriez l'inciter à consulter un médecin, même si elle n'en a pas envie. Si votre proche n'a pas de médecin, conduisez-le au service d'urgence de l'hôpital le plus proche.

Vous constaterez peut-être que votre proche devient hypomaniaque, c'est-à-dire qu'il semble avoir plus d'énergie que d'habitude, dormir moins et parler beaucoup. Dans ce cas, encouragez-le à consulter immédiatement un médecin. Il pourra ainsi recevoir des médicaments pour se calmer et stabiliser son humeur. Chez certaines personnes, l'hypomanie mène à la manie. Si elles reçoivent un traitement pendant leur hypomanie, elles éviteront peut-être un épisode maniaque. Par contre, si votre proche est dans un état maniaque, il refusera peut-être de consulter un médecin car il ne se sent pas malade. Il est très difficile pour la famille de composer avec un proche qui refuse d'être traité pour son état maniaque et qui ne peut être légalement hospitalisé. En Amérique du Nord, la plupart

des territoires ont adopté des lois sur la santé mentale qui font en sorte qu'il est difficile d'hospitaliser des gens contre leur gré, sauf lorsqu'ils menacent de se blesser ou de faire du mal à d'autres personnes, ou qu'ils sont incapables de subvenir à leurs besoins.

La plupart des malades acceptent d'aller à l'hôpital ou de consulter leur médecin. Si la personne refuse, vous pouvez demander à un médecin de faire une visite à domicile et d'autoriser son hospitalisation. Si c'est impossible, vous pouvez recourir à un juge de paix, qui rendra une ordonnance d'évaluation psychiatrique autorisant la police à conduire votre proche à l'hôpital.

Il faut parfois faire appel à la police pour emmener la personne à l'hôpital, mais les membres de la famille peuvent hésiter à le faire. Ils se sentent souvent très coupables d'avoir appelé la police, même pour protéger la vie de la personne. **N'oubliez pas que la personne qui menace de se suicider lance en fait un appel à l'aide. Il faut la prendre au sérieux.** L'envie de se suicider représente souvent un état émotif temporaire. Une personne dans cet état doit être protégée. De même, une personne dans un état maniaque peut poser des gestes dangereux aux conséquences graves ; il est donc préférable de la traiter à l'hôpital.

OBSERVATION DU TRAITEMENT

Certaines personnes sont très soulagées lorsqu'elles reçoivent un diagnostic et un traitement qui stabilise leur humeur. D'autres cependant traverseront une période difficile. Il peut être traumatisant de se rendre compte que l'on a une maladie qu'il faudra gérer pour le reste de sa vie. Certaines personnes subissent plusieurs épisodes maniaques ou dépressifs avant d'accepter vraiment l'aide de médecins et de thérapeutes. En outre, une manie légère peut sembler attrayante car elle procure souvent des sentiments de bonheur et de confiance en soi, plus d'énergie et plus de créativité. Elle peut pousser la personne à cesser de prendre ses médicaments.

En tant que membre de la famille, vous pourriez avoir de la difficulté à vivre ce processus. Vous essaieriez peut-être à plusieurs reprises de convaincre votre proche de prendre ses médicaments ou de consulter son médecin, ce qui pourrait aboutir à des disputes et à des épreuves de force. Vous êtes très proche de la personne qui souffre du trouble bipolaire, et pourtant, vous avez l'impression qu'elle ne veut pas de vos conseils. Dans ce cas, il est parfois plus efficace de demander à une autre personne de confiance d'en parler à votre proche.

SOINS AUX FAMILLES

Lorsqu'une personne a une maladie grave, il est tout naturel que les membres de sa famille soient inquiets et angoissés. Ils passent du temps à rassurer ou à aider leur proche et, ce faisant, renoncent à d'autres activités. Ne sachant comment l'entourage réagira à la maladie, ils éviteront peut-être d'inviter des amis à la maison. Petit à petit, ils perdent donc contact avec leur cercle d'amis. Certains abandonneront leurs activités normales pour prendre soin de la personne déprimée ou en état maniaque. Ils mettront souvent beaucoup de temps avant de se rendre compte à quel point ils sont épuisés mentalement et physiquement. Ce stress peut causer des problèmes de sommeil, une sensation d'épuisement ou de l'irritabilité.

Reconnaissez ces signes de stress et veillez à votre propre santé physique et mentale.

Pour ce faire, déterminez quelles sont vos limites, et consacrez du temps à des activités personnelles. Essayez de vous constituer un cercle d'amis et de parents qui sauront vous apporter un soutien. Pensez à qui vous pourrez vous confier. Certaines personnes ont de la difficulté à comprendre les maladies mentales ; soyez donc sélectif et ne vous confiez qu'aux personnes qui sont en mesure de vous soutenir.

Envisagez de faire vous-même appel à du soutien professionnel. Vous pourriez vous joindre à un organisme d'entraide ou à un programme de soutien familial ; renseignez-vous auprès d'un hôpital local ou d'une clinique communautaire de santé mentale. Ayez des activités qui n'impliquent pas la famille ou la participation du malade. Acceptez que parfois, cette situation vous inspirera des sentiments négatifs. C'est normal ; il n'y a pas de quoi se sentir coupable.

SE PRÉPARER À UNE RECHUTE OU À UNE CRISE

Les membres de la famille évitent souvent de parler au malade de la possibilité d'une rechute ou d'une crise. Ils craignent qu'il suffise d'en parler pour en provoquer une, ou ils tiennent simplement à ne pas alarmer leur proche. On pense toujours également que la dernière crise n'était qu'un incident isolé qui ne se reproduira plus. Or, le meilleur moyen de faire face à une crise ou à l'éviter consiste à savoir quoi faire quand elle se produit. Il est bon de mettre l'accent sur le bien-être de la personne malade, mais si l'on détermine les choses à faire en cas de rechute, tout le monde se sentira plus en sécurité.

Lorsque votre parent ou partenaire se sent bien, prévoyez les mesures à prendre en cas de rechute :

- Irez-vous tous les deux chez le médecin pour discuter de son état et de la façon de faire face à une crise éventuelle ?
- Votre proche vous a-t-il donné l'autorisation de communiquer avec son médecin s'il tombe malade ?
- Votre proche a-t-il consenti à ce que vous le conduisiez à l'hôpital ? Dans l'affirmative, quel hôpital a-t-il choisi ?
- Si votre proche devient incapable de se prononcer sur le traitement, accepte-t-il de s'en remettre à vous ?

Il serait peut-être bon de prendre note des mesures que vous et votre partenaire ou parent avez convenues, pour veiller à ce qu'elles soient suivies. Vous pouvez également éviter une crise en ayant de bons rapports avec le médecin traitant et en dressant un plan d'urgence au préalable.

CONSEILS POUR AIDER VOTRE PARTENAIRE OU PARENT ET FAVORISER SON RÉTABLISSEMENT

1. Informez-vous le plus possible sur le trouble bipolaire : ses causes, ses signes avant-coureurs, ses symptômes et son traitement. Vous serez mieux en mesure de comprendre et de soutenir votre proche pendant son rétablissement. Reconnaissez et acceptez vos propres sentiments. Par exemple, le fait que votre proche soit atteint d'une maladie mentale vous attriste ou vous met en colère, d'autant plus que vous en ressentez les contrecoups. Vous êtes peut-être même angoissé face à l'avenir ; vous ne savez pas si vous pourrez vous en sortir. Si vous êtes le père ou la mère du malade, vous ressentez peut-être de la culpabilité ; vous croyez avoir en quelque sorte causé le trouble bipolaire, même si les médecins vous ont dit qu'il n'en était rien. Il est tout aussi normal de trouver très éprouvant qu'un être cher se comporte d'une façon incompréhensible. Les tâches supplémentaires que vous devez prendre en charge vous semblent peut-être un fardeau.

Il est tout naturel d'avoir des sentiments contradictoires lorsqu'un être cher est atteint de trouble bipolaire. Si vous en prenez conscience, il vous sera plus facile de maîtriser ces émotions et d'aider votre proche à entreprendre son rétablissement.

2. Encouragez votre proche à suivre le traitement prescrit par son médecin. Si les médicaments ne semblent pas améliorer son état ou causent des effets secondaires pénibles, invitez-le à en parler à son médecin ou à en consulter un autre. Il pourrait être très utile d'accompagner votre proche chez le médecin pour lui faire part de vos observations.

3. Apprenez quels sont les signes avant-coureurs du suicide. La personne peut se trouver dans un état de désespoir de plus en plus profond, commencer à régler ses affaires et discuter de ce qui se passera quand elle ne sera plus là. Prenez les menaces de suicide très au sérieux et demandez immédiatement de l'aide. Si le risque est imminent, composez le 911. Aidez votre proche à se rendre compte que les pensées suicidaires sont un symptôme de la maladie. Répétez à quel point il vous tient à cœur.

4. Lorsque votre proche se sent bien, prévoyez comment éviter les crises. Avec lui, déterminez quoi faire en cas d'épisode bipolaire, et notamment s'il présente un comportement suicidaire, et pour éviter les conséquences du comportement maniaque telles que les dépenses excessives ou la conduite automobile dangereuse.

5. Ne négligez pas vos propres besoins :

- Prenez soin de vous ;
- Maintenez un réseau de soutien ;
- Évitez de vous isoler ;
- Soyez sensible au stress que le trouble bipolaire cause au sein de votre famille ;
- Partagez si possible les tâches avec d'autres proches ;
- Ne laissez pas la maladie monopoliser la vie familiale.

6. Aidez votre proche à se rétablir après un épisode, en sachant qu'il s'agit d'un processus lent et progressif. Votre proche doit se rétablir à son propre rythme. N'attendez pas trop de lui, mais n'essayez pas non plus de le surprotéger. N'oubliez pas que pour revenir à la normale, il devra avant tout stabiliser son humeur. Essayez de faire des choses avec votre proche, et non seulement pour lui. Ainsi, il reprendra progressivement confiance en lui.

7. Le trouble bipolaire est une maladie, pas un problème de personnalité. Une fois votre proche rétabli, traitez-le normalement, tout en étant à l'affût des signes de rechute. Si vous décelez des signes avant-coureurs, faites-les lui remarquer de façon délicate et recommandez-lui d'en parler à son médecin.

8. Apprenez, avec votre proche, comment distinguer une bonne journée d'un épisode hypomaniaque et une mauvaise journée d'un épisode dépressif. Comme tout le monde, les personnes atteintes de trouble bipolaire ont de bonnes et de mauvaises journées, et cela n'a rien à voir avec leur maladie.

8 LE TROUBLE BIPOLAIRE EXPLIQUÉ AUX ENFANTS

Il est parfois difficile et délicat d'expliquer aux enfants ce que sont les maladies mentales en général et le trouble bipolaire en particulier. Pour protéger leurs enfants, le père ou la mère malade et son conjoint préfèrent parfois ne rien dire et poursuivre leurs activités familiales comme si de rien n'était. Cette stratégie pourrait marcher dans l'immédiat, mais un jour ou l'autre, les enfants remarqueront un changement de comportement qui les plongera dans la confusion et l'inquiétude.

Les enfants sont des êtres sensibles qui ont beaucoup d'intuition. Ils ont tôt fait de détecter un changement chez un membre de leur famille, particulièrement leur père ou leur mère. L'atmosphère familiale n'est peut être pas propice aux confidences à ce sujet ; dans ce cas, les enfants tirent leurs propres conclusions et font souvent fausse route. Les plus jeunes, d'âge préscolaire ou du palier élémentaire, ont souvent l'impression d'être le centre du monde. S'il se produit quelque chose de pénible ou de désagréable, ils croiront souvent en être la cause. Par exemple, un enfant qui casse un objet précieux remarque le lendemain matin que sa mère a l'air déprimée. Il suppose qu'il a causé cette dépression en brisant l'objet.

Il faut expliquer les maladies aux enfants, en leur donnant tous les renseignements qu'ils sont susceptibles de comprendre compte tenu de leur âge. Par exemple, les tout-petits et les enfants d'âge préscolaire comprennent des phrases simples et courtes. Il faut leur donner des renseignements concrets, dépourvus de termes trop techniques.

« Maman est malade et se sent triste — c'est comme quand tu as un rhume, et que tu ne te sens pas bien. »

« Quand papa est malade, il est fatigué et fâché parfois. Bientôt, il ira mieux. »

Il est préférable d'expliquer la maladie en termes simples et en dédramatisant la situation. L'enfant se sentira mieux si on lui propose ensuite une activité spéciale qu'il aime particulièrement.

Les enfants d'âge scolaire peuvent assimiler plus d'information que les plus jeunes. Cependant, il faut éviter de leur donner trop de détails sur les médicaments et les thérapies.

« Tu sais, parfois, tu te sens très joyeux ou très triste ? Eh bien, papa a une maladie qui fait qu'il se sent parfois encore plus joyeux ou plus triste, pendant très longtemps. Alors il peut dire ou faire des choses blessantes. Il ne sait pas toujours quand ça va arriver, mais il prend des médicaments pour se sentir mieux. »

Les adolescents peuvent généralement assimiler beaucoup plus de renseignements. Ils ont souvent besoin de parler de ce qu'ils pensent et ressentent. Ils se soucient beaucoup de ce que les autres, et surtout leurs camarades, pensent d'eux et de leur famille. Ils pourraient poser des questions sur l'hérédité, se demander avec quelle franchise ils devraient discuter de la situation, et s'inquiéter au sujet des préjugés concernant les maladies mentales. En les renseignant à ce sujet, vous pouvez les encourager à discuter de leurs préoccupations.

Il est recommandé de suivre les trois conseils suivants :

DITES AUX ENFANTS QUE L'ÊTRE CHER A UNE MALADIE APPELÉE « TROUBLE BIPOLAIRE ».

C'est donc cette maladie qui cause le comportement. Le trouble bipolaire provoque deux sensations différentes. Il peut s'agir d'une dépression ou d'une tristesse profonde, parfois sans raison ; la personne pleure beaucoup, dort toute la journée et a de la difficulté à manger ou à parler avec son entourage. D'autres fois, par contre, la personne peut être bruyante et joyeuse, mais elle est irritable et, dès que quelque chose ne va pas, elle risque de se mettre en colère.

LES ENFANTS ONT BESOIN DE SAVOIR QU'ILS NE SONT PAS LA CAUSE DE LA MALADIE.

Il faut rassurer les enfants en leur disant que ce n'est pas de leur faute si leur père, leur mère ou un autre membre de leur famille est triste, irrité ou heureux, et donc que leur comportement n'est pas à l'origine des émotions du malade. Les enfants envisagent les

choses de façon objective. Si leur père ou leur mère est triste ou en colère, ils peuvent avoir l'impression d'être responsables, et se sentent coupables. C'est pourquoi il faut leur expliquer que le trouble bipolaire est une maladie, comme la varicelle ou un mauvais rhume.

DITES AUX ENFANTS QUE CE N'EST PAS À EUX

DE RÉTABLIR LE MALADE.

Les enfants doivent savoir que les adultes de la famille et d'autres personnes, comme les médecins, viennent en aide au malade, et que ce sont les adultes qui s'occupent d'une personne atteinte d'un trouble de l'humeur. Le parent en santé et les autres adultes de confiance doivent tenter de protéger l'enfant contre les symptômes dépressifs et maniaques du malade. En effet, il est très pénible pour les enfants de voir leurs parents souffrir et il leur est difficile de faire face à l'irritabilité de l'état maniaque. L'enfant peut échapper à sa confusion en parlant de ses observations et de son expérience à une personne qui comprend la situation.

Bien des enfants sont effrayés par les changements qu'ils constatent chez leur père ou leur mère malade, et ils aimeraient pouvoir passer du temps avec lui ou elle comme avant. Il est bon pour eux de participer à des activités en dehors de chez eux qui leur permettent d'établir des rapports sains avec d'autres personnes. Avec le temps, le malade qui se rétablit peut reprendre progressivement ses activités familiales et renouer avec ses enfants.

Le père et la mère devraient discuter avec l'enfant de la façon de présenter la maladie aux personnes qui ne font pas partie de la famille. À cet égard, le soutien des amis est important. Cependant, le trouble bipolaire n'est pas toujours facile à décrire, et certaines familles redoutent les préjugés associés aux maladies mentales. Chaque famille doit donc décider de la franchise avec laquelle elle présentera la situation.

Enfin, certains parents atteints de trouble bipolaire sont incapables de tolérer le bruit et les jeux endiablés de leurs enfants, même s'il s'agit là d'activités quotidiennes normales. Il est alors souhaitable de prendre des mesures spéciales pour isoler le père ou la mère malade des situations qui pourraient le rendre irritable et revêche. De temps à autre, les enfants pourraient aller jouer dehors, ou bien le malade pourrait se reposer dans une pièce calme pendant quelque temps.

Une fois rétabli, le père ou la mère peut expliquer son comportement aux enfants en termes simples. Il peut également prévoir des activités spéciales avec ses enfants, pour renouer avec eux et les rassurer en leur montrant qu'il est à nouveau à leur disposition et qu'il s'intéresse à eux.

RESSOURCES

ASSOCIATIONS DES TROUBLES DE L'HUMEUR

Les associations des troubles de l'humeur sont des organismes d'entraide à but non lucratif voués à l'amélioration de la qualité de vie des personnes ayant des troubles de l'humeur, de leur famille et de leurs amis. Elles offrent du soutien mutuel, de l'information et de l'éducation. La plupart des sections locales offrent également :

- des groupes d'entraide qui se réunissent régulièrement et des groupes de soutien à l'intention des familles ;
- des renseignements et du soutien téléphoniques ;
- des réunions d'information dirigées par des experts ;
- un bulletin d'information ;
- un centre de ressources et une bibliothèque.

ASSOCIATIONS PROVINCIALES

Les associations provinciales suivantes vous aideront à localiser la section locale la plus proche de chez vous :

Mood Disorders Association of British Columbia
201 – 2730, promenade Commercial
Vancouver, BC V5N 5P4
(604) 873-0103

Depression and Manic Depression Association of Alberta
B.P. 64064
1528, 107^e Avenue
Edmonton, AB T5K 2J5
1 888 757-7077

Mood Disorders Association of Manitoba
4 – 1000, avenue Notre Dame
Winnipeg, MB R3E 0N3
(204) 786-0987

Mood Disorders Association of Ontario & Toronto
222 – 40, boulevard Orchard View
Toronto, ON M4R 1B9
(416) 486-8046

AMI Québec
(Alliance pour les malades mentaux)
150 – 5253, boulevard Décarie
Montréal, QC H3W 3C3
(514) 486-1448

Association des dépressifs et des maniaco-dépressifs du Québec
801, rue Sherbrooke Est
Montréal, QC H2L 1K7
(514) 529-7552

AUX ÉTATS-UNIS

Les organismes suivants ont des sections locales ; ils peuvent vous aider à les localiser et vous donner des renseignements :

National Depressive and Manic Depressive Association
501 – 730 N. Franklin Street
Chicago, IL 60610-3526
1 800 82-NDMDA (1 800 826-3632)

National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)
1015 – 200 N. Glebe Road
Arlington, VA 22203-3754
1 800 950-NAMI (1 800 950-6264)

BIBLIOGRAPHIE

- Berger, Diane et Lisa. *We Heard the Angels of Madness: A Guide to Coping with Manic Depression*, William Morrow Publications, New York, 1992.
- Copeland, Mary Ellen. *Living without Depression and Manic Depression: A Workbook for Maintaining Mood Stability*, New Harbinger Publications, Oakland (Californie), 1994
- Copeland, Mary Ellen. *The Depression Workbook: A Guide for Living with Depression and Manic Depression*, New Harbinger Publications, Oakland (Californie), 1992.
- Healy, David. *Psychiatric Drugs Explained* (2^e éd.), Mosby, Inc., St. Louis (Missouri), 1997.
- Redfield Jamison, Kay. *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*, Alfred A. Knopf, New York, 1995.

GLOSSAIRE

- AGITATION** — Sensation intense de fébrilité intérieure qui s'accompagne souvent d'anxiété. Le patient a peine à demeurer assis, fait les cent pas et se tord les mains.
- ANTIDÉPRESSEUR** — Médicament employé pour atténuer les symptômes de la dépression.
- ANTIDÉPRESSEUR TRICYCLIQUE** — Type de médicament utilisé traditionnellement pour traiter la dépression et d'autres troubles.
- ANTIPSYCHOTIQUE** — Autrefois appelé « neuroleptique », ce médicament permet de maîtriser rapidement les symptômes de manie et de traiter les symptômes psychotiques. Les antipsychotiques peuvent également prévenir de nouveaux épisodes maniaques.
- ANXIÉTÉ** — Inquiétude, peur et incertitude excessives et difficiles à maîtriser. Il s'agit d'un symptôme courant du trouble bipolaire.
- ANXIOLYTIQUE** — Médicament d'appoint employé pour traiter l'anxiété. Les anxiolytiques comprennent les benzodiazépines, comme le lorazépam (Ativan^{MD}) et le clonazépam (Rivotril^{MD}) et certains antidépresseurs.
- BENZODIAZÉPINES** — Catégorie d'anxiolytiques de composition chimique semblable. Le diazépam (Valium^{MD}) et le lorazépam (Ativan^{MD}) sont des benzodiazépines courantes.
- CYCLE** — Période s'écoulant entre le début d'un épisode et le début de l'épisode subséquent.
- CYCLE RAPIDE** — Une personne atteinte de trouble bipolaire est en cycle rapide si elle éprouve plus de quatre épisodes par année. Seulement 20 pour 100 des patients sont dans cette situation.

DÉCLENCHEUR — Situation qui cause un épisode maniaque ou dépressif chez une personne qui a déjà éprouvé un épisode de trouble bipolaire. Le stress, l'insomnie, les stéroïdes et les drogues illicites comptent parmi les déclencheurs du trouble bipolaire.

DÉLIRE — Croyance fautive que ne partagent pas les personnes de la même culture ; par exemple, une personne peut croire qu'une force extérieure contrôle ses pensées. Il existe plusieurs types de délire, comme le délire paranoïde (accompagné de méfiance) et le délire de grandeur (accompagné d'un sentiment d'importance exagéré).

DÉPRESSION — Épisode caractérisé par une perte d'énergie, un sentiment d'inutilité et une perte d'intérêt à l'égard des choses qui procurent normalement du plaisir (cuisine, sexualité, travail, amis, loisirs). Certains patients pensent souvent à la mort ou au suicide. Un diagnostic de dépression est posé lorsque le patient a éprouvé au moins cinq symptômes d'un ensemble de symptômes, pendant au moins deux semaines.

DÉPRESSION UNIPOLAIRE — Un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs qui ne sont pas accompagnés de symptômes maniaques ou hypomaniaques.

DOPAMINE — Neurotransmetteur, ou encore substance chimique cérébrale, dont l'action serait altérée chez les personnes atteintes de maladie mentale. L'un des moyens de traiter la dépression consiste à accroître la disponibilité de dopamine. Bloquer la dopamine aide à traiter la psychose.

DYSKINÉSIE TARDIVE — Trouble cérébral qui se caractérise par des mouvements involontaires du visage et de la mâchoire. La dyskinesie tardive peut être un effet secondaire de l'usage prolongé d'antipsychotiques traditionnels.

EFFETS SECONDAIRES — Effets d'un médicament qui s'ajoutent à ses effets désirés. En règle générale, les effets secondaires sont indésirables ; ils comprennent la nausée, des maux de tête, de la constipation et des problèmes sexuels.

ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE (ECT) — Traitement administré en cas de dépression ou de manie grave. Il consiste à faire passer un courant électrique contrôlé entre deux disques métalliques appliqués sur le cuir chevelu.

ÉPISODE — Période de maladie. On relève des épisodes dépressifs, hypomaniaques, maniaques ou mixtes.

ÉPISODE MIXTE — Épisode pendant lequel le patient présente des symptômes maniaques et dépressifs, qui se manifestent soit simultanément, soit en alternance rapide.

FACTEURS DE STRESS — Situations qui causent du stress.

GROUPE DE SOUTIEN — Groupe de personnes qui ont des intérêts ou une situation en commun, comme un diagnostic de trouble bipolaire, et qui se réunissent régulièrement pour échanger leurs idées, leurs sentiments et des renseignements sur les ressources communautaires.

HALLUCINATION — Expérience sensorielle imaginaire. Le patient voit, entend, goûte, sent ou ressent une chose qui n'existe pas.

HYPERSOMNIE — Sommeil excessif, surtout pendant la journée. L'hypersomnie peut être un symptôme du trouble bipolaire.

HYPOMANIE — État caractérisé par un sentiment d'euphorie et d'hyperactivité, moins extrême que la manie.

IMAO — Inhibiteurs de la monoamine oxydase ; catégorie d'antidépresseurs qui agit en atténuant les effets de la monoamine oxydase, un enzyme. Ce faisant, la concentration de neurotransmetteurs augmente, ce qui soulage beaucoup la dépression. Cependant, ces médicaments comportent de nombreux effets secondaires et nécessitent un régime alimentaire spécial.

INHIBITEURS SPÉCIFIQUES DU RECAPTAGE DE LA SÉROTONINE — Catégorie de médicaments employés dans le traitement de la dépression et des troubles connexes. Ils inhibent le recaptage de la sérotonine (un neurotransmetteur). Depuis la fin des années 1980, ils ont transformé le traitement de la dépression car ils sont très efficaces et causent moins d'effets secondaires que les anciens antidépresseurs.

INSOMNIE — Problème de sommeil qui fait en sorte que la personne est incapable de s'endormir, ou se réveille trop tôt le matin ou à plusieurs reprises pendant la nuit. L'insomnie peut être un symptôme du trouble bipolaire.

MALADIE AFFECTIVE BIPOLAIRE — Voir « trouble bipolaire ».

MANIE — État caractérisé par un sentiment inhabituel d'euphorie, de l'irritabilité, de l'hyperactivité, de la volubilité, des pensées qui défilent, un sentiment exagéré d'estime de soi, une absence d'introspection, un manque de jugement, de l'impulsivité et le désir de faire des dépenses extravagantes.

MÉDECINES « PARALLÈLES » — Dans le contexte du trouble bipolaire, elles comprennent les remèdes « naturels » comme l'huile de poisson et l'inositol (un genre de sucre). Peu de recherches ont été menées sur ces produits.

MÉDICAMENT D'APPOINT — Médicament qui complète le médicament principal prescrit.

NEUROLEPTIQUES — Voir « antipsychotiques ».

NEUROTRANSMETTEURS — Substances chimiques qui acheminent des signaux entre les neurones (cellules nerveuses) du cerveau. Ils comprennent la noradrénaline, la sérotonine, la dopamine et l'acétylcholine.

OBSERVATION — Pleine participation du patient au traitement prescrit par son médecin, par exemple, prendre ses médicaments en suivant les directives et assister à des séances de thérapie.

PHOTOTHÉRAPIE — Traitement qui consiste à exposer le patient à une forme particulière de lumière, de 30 minutes à une heure par jour, pendant plusieurs semaines. On utilise généralement un appareil lumineux spécial. Ce traitement est utile contre la dépression saisonnière et d'autres types de dépression.

PSYCHOÉDUCATION — Processus qui permet aux patients de reconnaître leur maladie mentale et de la gérer.

PSYCHORÉGULATEURS — Médicaments tels que le lithium qui contribuent à atténuer les sautes d'humeur anormales. Ils peuvent également aider à prévenir d'autres épisodes.

PSYCHOSE — Terme employé autrefois pour désigner tout trouble mental. Il ne s'utilise maintenant que pour désigner les troubles qui perturbent la personnalité et entraînent une perte de contact avec la réalité.

PSYCHOTHÉRAPIE — Terme général employé pour décrire une forme de traitement axée sur des discussions avec un thérapeute. Pendant la psychothérapie, le patient exprime ses émotions et en discute, afin d'atténuer sa détresse. L'objectif consiste à aider le patient à changer ses attitudes, son comportement et ses habitudes, et à trouver de meilleurs moyens de s'adapter à sa situation.

RECHUTE — Retour des symptômes d'une maladie après que le patient a réagi favorablement au traitement, mais avant que les symptômes aient complètement disparu.

REMÈDES « NATURELS » — Voir « médecines parallèles ».

RÉTABLISSEMENT — Période pendant laquelle une personne revient à la normale après un épisode de maladie. Elle se sent souvent fragile et vulnérable, et a l'impression d'être au bord d'un nouvel épisode.

STIMULATION MAGNÉTIQUE TRANSCRÂNIENNE (SMT) — Traitement qui consiste à soumettre le cerveau à des impulsions magnétiques. Des essais sont en cours, mais on n'a pas encore démontré son efficacité dans le traitement du trouble bipolaire.

SYMPTÔMES CATATONIQUES — Les patients catatoniques ont des problèmes de mouvement ; ils sont très agités, bougent au ralenti, ou encore font des mouvements ou adoptent des postures bizarres.

THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE — Thérapie dans le cadre de laquelle les patients apprennent à reconnaître leurs modes de pensée négatifs ou perturbateurs. Les patients tentent alors de modifier les comportements qui découlent de ces pensées. On a commencé à mettre cette thérapie à l'essai dans le traitement du trouble bipolaire ; les premiers résultats sont prometteurs.

THÉRAPIE DE GROUPE — Thérapie à laquelle participent un certain nombre de patients en même temps. Elle permet de donner du soutien et de la psychoéducation aux patients.

TRAITEMENT D'ENTRETIEN — Traitement conçu pour prévenir un nouvel épisode (dépressif, maniaque, hypomaniaque).

TROUBLE BIPOLAIRE — Trouble connu également sous le nom de maladie affective bipolaire, qui se caractérise par des sautes d'humeur variant entre la dépression et la manie.

TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE I — Trouble bipolaire comportant des épisodes maniaques ou mixtes.

TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE II — Trouble bipolaire comportant seulement des états hypomaniaques et dépressifs.

TROUBLE COMORBIDE — Problème médical qui accompagne un autre trouble ou se produit simultanément ; par exemple, l'abus de drogues ou d'alcool, le trouble panique, le trouble obsessionnel compulsif ou l'alimentation excessive peut se produire en même temps que le trouble bipolaire.

TROUBLE DE L'HUMEUR — Maladie qui se caractérise par une perturbation de l'humeur. Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur.

TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF — Les patients atteints de ce trouble ont des pensées intrusives (obsessions) ou l'envie irrésistible de poser de façon répétée les mêmes actes. Le fait de poser ces actes ou de se livrer à ces comportements peut réduire l'anxiété.

TROUBLE PANIQUE — Trouble caractérisé par de graves attaques d'anxiété, de terreur ou de peur.



Centre for Addiction and Mental Health
Centre de toxicomanie et de santé mentale

**UN CENTRE COLLABORATEUR
DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ET DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

Pour obtenir des renseignements sur d'autres ressources du Centre de toxicomanie et de santé mentale ou pour passer une commande, veuillez vous adresser au :

Service du marketing et des ventes
Centre de toxicomanie et de santé mentale
33, rue Russell
Toronto (Ontario) M5S 2S1
Canada
Tél. : 1 800 661-1111
ou 416 595-6059 à Toronto
Courriel : marketing@camh.net

Site Web : www.camh.net

Le TROUBLE BIPOLAIRE

GUIDE D'INFORMATION

ISBN 0-88868-388-X



9 780888 683885