Trouble bipolaire

Le trouble bipolaire est marquée par la transition entre la dépression et la manie.

CIM-10	F31
CIM-9	296.0, 296.1, 296.4, 296.5, 296.6, 296.7, 296.8
OMIM	125480 309200
DiseasesDB	7812
MedlinePlus	001528
eMedicine	med/229
MeSH	D001714

Le **trouble bipolaire** (ou **trouble maniaco-dépressif**[1]; anciennement classifié sous les termes de **psychose maniaco-dépressive**[1] (PMD) ou **maladie maniaco-dépressive** (MMD)) est un diagnostic psychiatrique décrivant une catégorie de troubles de l'humeur définie par la fluctuation anormale de l'humeur, oscillant de périodes d'excitation marquée (manie) à des périodes de mélancolie (dépression). Les individus faisant l'expérience d'épisodes de manie font également l'expérience de symptômes, d'un état mixte ou d'épisodes dépressifs durant lesquels l'excitation et la dépression sont ressenties en même temps[2]. Ces événements sont souvent entrecoupés par des périodes de stabilité ; mais, chez certains individus, la dépression et l'excitation peuvent rapidement alterner. Un état maniaque très intense peut conduire à des symptômes psychotiques tels que les délires et les hallucinations.

Les facteurs génétiques contribuent substantiellement au développement du trouble bipolaire, et les facteurs environnementaux sont également impliqués. Les troubles bipolaires sont souvent soignés à l'aide de traitements médicamenteux. La psychothérapie joue également un rôle pour aider à la stabilité du patient. Dans de sévères cas, une rétention de sûreté peut être appliquée. Ces cas incluent généralement de sévères épisodes maniaques impliquant un comportement dangereux du patient ou des épisodes dépressifs impliquant des idées suicidaires. Il existe des problèmes externes tels que la stigmatisation, les stéréotypes et préjugés à l'encontre des individus atteints de trouble bipolaire[3]. Les individus atteints de trouble bipolaire montrent des symptômes psychotiques qui peuvent être confondus avec ceux de la schizophrénie, un trouble mental grave[4].

Les troubles bipolaires peuvent donner lieu à la reconnaissance du handicap : il est alors question de handicap psychique[5].

Signes et symptômes

L'humeur est une réaction affective fondamentale se manifestant sur trois plans. Tout d'abord, elle donne une coloration agréable ou désagréable aux événements que nous vivons ; ensuite elle influence notre façon de ressentir, penser et agir ; enfin, l'humeur influence le niveau d'énergie de notre organisme. L'humeur de chacun dépend de multiples facteurs, autant « internes » qu'« externes » : les événements vécus et les ambiances psychiques et inter-relationnelles liées à l'histoire personnelle. L'humeur dite « normale » fluctue donc vers le haut ou vers le bas, mais ces variations restent limitées en durée et en intensité ; elles constituent généralement une réponse à des événements particuliers et n'empêchent pas l'individu de fonctionner.

Lorsque les fluctuations d'humeur dépassent en intensité ou en durée celles de l'humeur normale et qu'elles entraînent des altérations du fonctionnement ou une souffrance, on parle de troubles de l'humeur. Le trouble bipolaire est un trouble mental qui touche la régulation et l'équilibre de l'humeur. Les individus qui en souffrent sont sujets à des fluctuations d'humeur excessives, voire extrêmes, sans qu'il y ait forcément un événement extérieur déclenchant. Elles réagissent souvent de façon disproportionnée à cet événement, s'il y en a.

Les individus bipolaires connaissent des périodes où leur humeur est excessivement « haute » : il est question d'hypomanie (hypo- signifie « moins que » ou « sous ») si l'élévation de l'humeur est relativement modérée et d'un « état maniaque » si elle est très importante[6]. Mais les individus présentant un trouble bipolaire peuvent également connaître des périodes durant lesquelles leur humeur est particulièrement basse - il est alors question d'« état dépressif » modéré ou sévère. Tous les individus bipolaires ne présentent pas de période dépressive, mais c'est surtout la présence dans leur histoire d'une période où l'humeur est « anormalement haute » qui doit faire évoquer le diagnostic. Néanmoins, les périodes d'humeur haute et d'humeur basse alternent le plus souvent, entrecoupées de périodes d'humeur normale. Le terme "bipolaire" renvoie à la manie et à la dépression, qui sont les deux extrêmes (pôles) entre lesquels l'humeur oscille. L'oscillation spectaculaire de l'humeur est parfois appelée épisode ou accès thymique. La fréquence, l'intensité et la durée des épisodes thymiques varient d'un individu à un autre. En l'absence de traitement ou de soins appropriés, la fréquence des oscillations et la gravité de cette maladie chronique peuvent augmenter.

Le trouble bipolaire est le trouble psychiatrique avec le plus haut risque de suicide à long terme - de l'ordre de 15 % sur la vie entière, soit trente à soixante fois plus que la population générale[7]. Ce risque fait avant tout suite à la présence d'épisodes dépressifs mixtes ou à la fréquence élevée de comorbidité dangereuse, comme les troubles anxieux ou les abus d'alcool[8].

Épisodes dépressifs

Les signes et symptômes de la phase du trouble bipolaire comprennent des sentiments persistants de tristesse, d'anxiété, de culpabilité, de colère, d'isolement ou de désespoir ; des troubles du sommeil et de l'appétit; de la fatigue et des pertes d'intérêts dans les activités ; problèmes de concentration ; solitude, haine envers soi, apathie ou indifférence; dépersonnalisation ; perte d'intérêt dans les activités sexuelles ; timidité ou anxiété; agressivité, souffrance chronique (avec ou sans cause apparente) ; manque de motivation ; et idées suicidaires morbides[9]. Dans de sévères cas, l'individu peut devenir psychotique. Ces symptômes incluent délires ou, moins communément, hallucinations, souvent déplaisants[10]. Un épisode dépressif majeur peut persévérer au-delà de six mois s'il reste non-traité[11].

Épisodes maniaques

Chez les patients souffrant du trouble bipolaire 1, l'hypomanie est suivie par la manie, c'est-à-dire un état dans lequel l'individu perd le contact avec la réalité. Des délires, comme chez les individus schizophrènes, sont diagnostiqués et peuvent être de différents types (par exemple sur le thème du complot ou sur un thème mystique). En phase de manie, l'individu peut faire des gestes dangereux pour lui et pour les autres comme notamment sauter d'une voiture en marche, frapper quelqu'un (cela a été le cas de la psychiatre Kay Redfield Jamison par exemple[12]). C'est alors un cas d'urgence psychiatrique. L'individu doit être hospitalisé. Cela se fait souvent en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).

L'hospitalisation, et l'administration de forts neuroleptiques (exemple : Loxapac) met fin en quelques jours à quelques semaines à la manie. Après un temps intermédiaire, l'individu pourra connaître alors un état dépressif (non systématique et dépendant du type de bipolarité ; cet accès dépressif est parfois même déclenché par un mauvais dosage des neuroleptiques, et ne se produira peut-être pas l'épisode suivant avec un autre médecin et/ou un autre traitement) qui peut durer plusieurs mois.

Épisodes hypomaniaques

Lors d'une phase d'hypomanie, les idées s'accélèrent, l'individu ne ressent plus la fatigue ni l'envie de dormir, celui-ci a tendance à être euphorique, à avoir davantage d'idées, fait des projets, parfois très ambitieux voire irréalistes. Ces phases peuvent varier entre plusieurs heures, et quelques jours consécutifs. Dans certains cas, le sujet a peut avoir des pensées mégalomaniaques, et une désinhibition sociale et parfois sexuelle.

Symptômes associés

Un des aspects dramatiques de ce trouble mental est que, lors de la phase maniaque, l'individu peut se discréditer gravement sur le plan social et professionnel. Une fois la phase de manie passée, lorsqu'il se rend compte de la manière dont il agit, l'individu est souvent accablé ; cela s'ajoute à son sentiment de dépression.

Cependant, les troubles peuvent se manifester par de graves troubles du jugement, ainsi altéré ; des biais cognitifs (ou artefacts cognitifs) peuvent se faire jour, notamment un sentiment de persécution associé à un sentiment de "toute-puissance".

Dans ces moments, il est important que l'individu atteint de trouble bipolaire ne reste pas seul. Le désespoir peut être intense, le risque de suicide est très fort, l'individu se dévalorise et se juge nul, inutile, éprouve un immense sentiment de honte.

Diagnostic

Le trouble bipolaire peut s'exprimer différemment et ne pas être reconnu d'emblée. Cette situation est malheureusement la plus fréquente. Certaines données épidémiologiques illustrent cette réalité : 9 ans d'évolution avant que le diagnostic n'ait été posé correctement et qu'un traitement spécifique n'ait été mis en place, intervention de 4 à 5 médecins différents.

La recherche de périodes d'exaltation est un bon moyen pour établir le diagnostic ; mais il n'est pas toujours évident pour le patient de comprendre que les périodes où il se sentait particulièrement bien ont la même origine que les périodes où il se sentait mal. Devant la fréquence des troubles bipolaires et l'importance de l'enjeu pronostique, la recherche de signes de bipolarité devrait être systématique devant tout épisode dépressif. Elle devrait répondre à une codification afin de faciliter la démarche diagnostique :

La prise en compte des antécédents familiaux ne se limitent pas simplement à rechercher des troubles de l'humeur chez les ascendants et collatéraux. L'existence ou non d'un alcoolisme, de troubles du comportement, d'une originalité, de suicides ou de tentatives de suicides, de troubles anxieux, de troubles des conduites alimentaires, de troubles obsessionnels doivent être recherchés. Parmi les antécédents personnels, les manifestations pouvant témoigner d'un trouble de l'humeur pourront orienter le diagnostic vers un trouble bipolaire : période d'euphorie et d'excitation, de dépenses excessives, comportements originaux, problèmes avec la justice, alcoolisme, conduite à risque ou excessive, crises de violence ou d'agressivité, la notion d'une cassure par rapport à l'état antérieur, d'un changement, d'une modification du caractère, la notion d'un virage de l'humeur lors d'une prescription préalable d'antidépresseurs…

Un âge de début des symptômes précoce, au moment de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, est aussi un indice à prendre en compte, le trouble unipolaire (dépression) ayant un début plus tardif. Chez la femme, des troubles de l'humeur survenant dans les suites de l'accouchement et avant le retour de couches seront très en faveur d'une bipolarité. Un tempérament de base de type hyperthymique caractérisé par une hyperactivité, une hypersyntonie, des projets multiples, une sociabilité excessive peuvent orienter le diagnostic. D'autres traits de personnalité sont fréquemment retrouvés chez les patients bipolaires : hypersensibilité, dépendance affective, recherche de sensations fortes… Certaines études ont de même souligné une corrélation entre trouble bipolaire et créativité, bien que cette relation reste incertaine et peu expliquée[13,14,15].

La symptomatologie dépressive évoquant une bipolarité peut présenter une ou plusieurs particularités : symptômes psychotiques, altération du rythme circadien avec inhibition psychomotrice majeure le matin et atténuation en fin de journée, symptômes de dépression atypique : hypersomnie, hyperphagie, inhibition psychomotrice pouvant aller jusqu'à un blocage de la pensée, labilité de l'humeur. Il est également recommandé de réaliser un entretien avec un membre de la famille et d'inciter le patient à faire des auto-évaluations (*life chart*…)[16]. D'autres symptômes n'ont pas de spécificité propre mais sont fréquemment observés : irritabilité, agressivité, réaction de colère, sensibilité excessive, émoussement affectif pouvant aller jusqu'à une incapacité à pleurer et ou à exprimer des affects négatifs. Les différences qui existent entre une dépression unipolaire et bipolaire peuvent être regroupées dans le tableau classé à droite de la section[17].

Il existe différents pièges diagnostiques dont les limites avec le trouble bipolaire sont parfois difficiles à tracer ; les troubles unipolaires, la schizophrénie (et notamment les troubles schizo-dysthymiques), les bouffées délirantes aiguës et les psychoses puerpérales, la personnalité limite, les troubles organiques (notamment la démence, l'épilepsie ou les médicaments « maniacogènes »), les addictions, les troubles pédopsychiatriques (notamment l'hyperactivité), et enfin les troubles anxieux.

Classification

Les classifications officielles du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) et de la Classification internationale des maladies (CIM 10) distinguent trois types de trouble bipolaire[6,18] :

- **Trouble bipolaire de type I** : caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes et des épisodes dépressifs d'intensité variable (le diagnostic peut être posé même en l'absence de trouble dépressif). Une cause organique, iatrogénique ou toxique ne permet pas de retenir ce diagnostic.
- **Trouble bipolaire de type II** : défini par l'existence d'un ou plusieurs épisodes hypomaniaques et un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs.
- **Cyclothymie** : qui débute souvent à l'adolescence, de nombreuses périodes dépressives modérées ou d'hypomanie, de quelques jours à quelques semaines, sont diagnostiquées. Isolé par Kahlbaum, en 1882, le trouble cyclothymique constitue une forme atténuée de trouble bipolaire.

Klerman, en 1981, distingue six catégories de troubles bipolaires : les bipolaires I et II, tels qu'ils sont définis classiquement, les bipolaires III chez lesquels les états maniaques ou hypomaniaques ont été induits par des traitements médicamenteux, les bipolaires IV qui correspondent au trouble cyclothymique, les bipolaires V qui présentent des antécédents familiaux de troubles bipolaires et les bipolaires VI qui se caractérisent par des récurrences maniaques. Vingt ans après, Akiskal et Pinto individualisent huit formes différentes :

- Trouble bipolaire 1/2 : trouble schizo-bipolaire
- Trouble bipolaire I : maladie maniaco-dépressive
- Trouble bipolaire I 1/2 : dépression avec hypomanie prolongée
- Trouble bipolaire II : dépression associée à des phases hypomaniaques spontanées discrètes
- Trouble bipolaire II 1/2 : dépression sur fond de tempérament cyclothymique
- Trouble bipolaire III : dépression avec hypomanie induite par les antidépresseurs ou un autre traitement
- Trouble bipolaire III 1/2 : oscillations marquées de l'humeur associées à un contexte addictif ou un abus d'alcool
- Trouble bipolaire IV : dépression sur fond de tempérament hyperthymique

Il est à signaler que certains spécialistes (dont le P[r] Sami-Paul Tawil) expriment que les différentes sortes de trouble bipolaires ne forment qu'une seule maladie maniaco-dépressive, d'autant plus que le patient peut « changer » de forme de Trouble Bipolaire.

Le spectre des troubles bipolaires s'est récemment élargi en intégrant les tempéraments cyclothymiques et hyperthymiques, les troubles saisonniers et les formes évolutives brèves. Les différentes catégories de troubles qui appartiennent au spectre bipolaire ne justifient pas les mêmes mesures thérapeutiques et ne présentent pas les mêmes critères de gravité.

La cinquième version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) devrait inclure les bipolaires I et II, tels qu'ils sont définis actuellement, les BP II 1/2 qui seraient représentés par les troubles cyclothymiques, les bipolaires III qui intégreraient les états maniaques ou hypomaniaques induits par des traitements et les bipolaires IV qui correspondraient aux hyperthymies. Ces dernières classifications montrent bien la tendance à l'extension du concept de troubles bipolaires, qui regroupe sous le terme de spectre bipolaire différentes entités : troubles, personnalités et tempéraments.

Est aussi considéré comme trouble bipolaire le Syndrome de Kleine-Levin, maladie rare qui affecte principalement les adolescents et les jeunes adultes. Forme atypique du trouble bipolaire, elle est caractérisée par des cycles d'hypersomnie importants, jusqu'à vingt heures de sommeil par jour, marqués par des troubles du comportement, de boulimie, d'irritabilité, de désorientation, d'hallucinations, de bouffées délirantes, d'hypersexualité (désinhibition), d'un manque total d'énergie, d'absence émotionnelle et d'un repli sur soi. On note également souvent une hypersensibilité au bruit et à la lumière. Dans de nombreux cas, les crises durent de quelques jours à quelques semaines et s'estompent avec le temps pour disparaître complètement vers la trentaine.

Pronostic

Évolution

En règle générale, la cyclicité tend à s'aggraver avec le temps avec l'apparition de cycles courts. La cyclicité rapide est associée avec un âge de début précoce, un trouble anxieux concomitant, l'abus de substances, des antécédents de tentatives de suicide, l'utilisation d'antidépresseurs et un antécédent familial de cycle rapide. Il est question de trouble bipolaire à cycles rapides quand il y a plus de quatre épisodes maniaques et/ou dépressifs durant au moins deux semaines par an. Les cycles rapides sont particulièrement associés avec le trouble panique et les antécédents familiaux de trouble panique.

La nature des épisodes se modifie avec un mélange de symptômes maniaques et dépressifs : il est alors question d'épisodes mixtes ; l'humeur moyenne tend à devenir de plus en plus dépressive et le patient présentera de moins en moins d'épisodes maniaques. Il est noté avec l'évolution une diminution des capacités cognitives. Cette évolution peut être atténuée par un traitement adapté instauré le plus précocement possible.

Bipolarité et créativité

La maladie bipolaire et la créativité ont des liens très proches. À titre d'exemple, Karin et Hagop Akiskal ont mené en 1992[19] une étude sur vingt écrivains, poètes, peintres et sculpteurs européens. Deux tiers d'entre eux étaient cyclothymiques ou traversaient des phases d'hypomanie, et la moitié avait eu au moins une dépression grave. Des études américaines[Lesquelles ?] ont également montré que le suicide fait plus de victimes chez les scientifiques, artistes et autres personnalités que dans la population moyenne. Les évènements de la vie sont très importants dans le développement des troubles bipolaires. Il est avéré que l'existence des créateurs est souvent mouvementée, rythmée par des souffrances notamment dans l'enfance, des voyages et l'instabilité. Beaucoup ont eu des parents manifestant des troubles de l'humeur et connu la dépendance des drogues. Nombre d'artistes et de personnages célèbres ont marqué l'histoire non seulement par leur génie créateur mais aussi par l'expression parallèle d'une marginalité psychique parfois déroutante, et souvent dramatique, les conduisant parfois vers le suicide.

Ainsi, nombre d'artistes, de savants, de chefs d'entreprise ou d'hommes politiques présentent des troubles de l'humeur plus ou moins importants.

La pensée, lors des épisodes maniaques ou hypomaniaques, s'exprime par des associations d'idées, parfois fortuites et dissolues mais souvent originales, certes peu adaptées aux normes d'un travail social mais convenant à la création[20]. Cependant, si la richesse des images mentales peut paraitre féconde pour un travail créatif, l'incapacité à organiser la pensée rend le plus souvent inopérante et stérile la phase maniaque sur le plan artistique.

Causes

À l'heure actuelle, on ne connaît toujours pas avec certitude les causes du trouble bipolaire, le modèle biopsychosocial s'applique à ce trouble mettant en avant la notion de vulnérabilité qui s'exprime tant au plan de la génétique qu'à celui de la personnalité, l'environnement jouant le plus souvent un rôle de détonateur.

Génétique

Il apparaît clairement que des facteurs biologiques sont impliqués car on connaît l'existence d'anomalies dans la production et la transmission de substances chimiques cérébrales appelées neurotransmetteurs, ainsi que des anomalies hormonales, notamment du cortisol également impliqué dans le stress. Ces anomalies sont elles-mêmes en lien avec des facteurs génétiques, ce qui explique la prédisposition familiale. C'est donc l'interaction de facteurs biologiques et environnementaux qui explique le mieux l'apparition d'un trouble bipolaire[21].

L'existence d'une vulnérabilité génétique vis-à-vis du trouble bipolaire est établie depuis longtemps[Quand ?][22]. Le risque de présenter un trouble bipolaire si un des parents de premier degré est atteint est de 10 % par rapport à la prévalence de 1 à 2 % dans la population générale[23].

Psychologie

Le rôle des facteurs psychologiques et environnementaux dans le déclenchement de la maladie et des accès a longtemps été minimisé, cette pathologie étant considérée comme endogène. Les facteurs environnementaux fragilisants sont de mieux en mieux identifiés. Les études génétiques de liaison permettent d'identifier les régions chromosomiques porteuses des gènes probablement impliqués dans cette maladie, en particulier les régions 13q31 et 22q12.

Les autres facteurs de risque peuvent concerner des événements précoces de vie, comme le deuil d'un parent, une carence affective ou des agressions sexuelles dans l'enfance. Les études longitudinales montrent qu'avant le déclenchement de la maladie, il existe des déficits cognitifs localisés, touchant notamment la fonction visuospatiale. Ces déficits cognitifs renvoient probablement à des anomalies neuro-développementales en rapport avec les facteurs de risque génétiques. Les études de neuro-imagerie fonctionnelle montrent des dysfonctions lors de l'exécution de tâches cognitives touchant notamment le circuit fronto-striatal.

Au cours de la vie, il existe d'autres facteurs précipitants tels que : les événements pénibles de vie (difficultés conjugales, problème professionnel ou financier…) et les périodes de stress répétées (surmenage professionnel, manque de sommeil, non-respect des rythmes biologiques propres). Il a également été démontré qu'un niveau d'expression émotionnelle élevé dans les familles (emportements ou cris pour des événements mineurs) était un facteur précipitant de la maladie[réf. nécessaire].

À l'inverse, un environnement familial ou social niant la réalité de troubles ou stigmatisant toute variation de l'humeur aura pour conséquence un déni de la maladie qui ne peut qu'entraîner un retard dans la prise en charge et une exposition accrue aux risques de la bipolarité.

Sur un plan théorique, une succession causale peut être décrite : les événements de vie sont à l'origine de dérèglement des rythmes sociaux, générateurs de perturbations des rythmes biologiques, qui entraînent elles-mêmes les récurrences dépressives et maniaques. Dans la conceptualisation de l'évolution des accès thymiques du trouble bipolaire selon le modèle cognitivo-comportemental[24], on envisage les épisodes de décompensation de l'humeur comme le début d'un cercle vicieux qui provient des modifications des pensées et des émotions générées par le changement d'humeur et qui vont entraîner des changements des comportements ; ces altérations ne vont pas tarder à dégrader le fonctionnement habituel de l'individu et à générer des problèmes psychosociaux qui eux-mêmes vont créer du stress et des conséquences sur le sommeil (entre autres) participant ainsi à intensifier en boucles les symptômes déjà présents ou précipitant un nouvel accès ultérieur.

Il est établi que les perturbations des rythmes sociaux, conséquences d'événements plus ou moins sévères, favorisent le risque de récidives de troubles thymiques. Les données de la littérature concernent essentiellement le sommeil. Elles portent sur la privation de sommeil et l'induction de manie[25], sur les manies induites par des voyages Ouest-Est[26], sur les manies induites par des perturbations des rythmes sociaux[27]. La privation de sommeil est réputée pour avoir des propriétés antidépressives et peut donc provoquer une rechute car les bipolaires privés d'une nuit de sommeil sont en effet sujets à des décompensations maniaques[28]. Le « déphasage » qui peut exister entre les rythmes sociaux et les rythmes biologiques constitue aussi une cause de récidive.

L'influence des événements de vie tendrait à décroître en fonction du nombre de récidives car la succession d'épisodes provoque une sensibilisation, c'est-à-dire une vulnérabilité biologique croissante vis-à-vis des événements déclenchants ou précipitants[23].

Il existe aussi certainement un dysfonctionnement neuronal ainsi qu'une perte de neurones dans l'hippocampe des patients souffrant de troubles bipolaires. Ainsi, une étude en spectroscopie protonique par IRM a montré que la concentration en N-acétyl aspartate, un acide aminé présent normalement dans l'hippocampe, est diminué chez les patients souffrant de troubles bipolaires et s'aggrave avec l'ancienneté du trouble. D'autres anomalies sont retrouvées, en particulier au niveau de la partie antérieure du gyrus cingulaire où il existe un dysfonctionnement dans la régulation des neurones glutamaergiques. Il existe par ailleurs des anomalies

morphologiques, notamment du cervelet, retrouvées chez les patients bipolaires ayant fait plusieurs épisodes de trouble de l'humeur. Ainsi, l'étude de Mills et col[29] compare, le volume du cervelet chez des patients bipolaires après un épisode et après plusieurs épisodes de la maladie en IRM et montre que celui-ci est plus petit chez les patients ayant fait plusieurs épisodes. De même, un élargissement ventriculaire est retrouvé chez les patients ayant fait plusieurs épisodes maniaques.

Il semble exister une cause génétique commune avec la schizophrénie[30], les parents et les proches d'individus ayant une schizophrénie ont un risque plus élevé de trouble bipolaire et vice-versa, montre la recherche, ce qui fait poser la question par certains de la réalité de la distinction entre les deux syndromes[31]. À noter que le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et la classification internationale des maladies (CIM), sont actuellement en processus de révision (la publication du DSM-V étant attendue pour 2012), ils considèrent que la conception binaire de ces deux maladies devrait être abandonnée dans les prochaines éditions.

Traitements

Médicaments

Les médicaments appelés stabilisateurs de l'humeur sont utilisés principalement pour réguler l'humeur et prévenir les rechutes. Les thymorégulateurs de l'humeur ayant démontré leur efficacité sont notamment les sels de lithium, les anticonvulsivants (anti-épileptiques) tels que le valproate (médicament Depakote : divalproate de sodium), la carbamazepine (médicament Tegrétol) et la lamotrigine. Leurs mécanismes d'action semblent opérer différemment. Leur indication principale est leur effet anti-manie puis de prévention des rechutes.

Aujourd'hui[Quand ?], on tend à utiliser moins fréquemment le lithium, en raison des contraintes de ce médicament (nécessité de faire un bilan sanguin et des prises de sang pour ajuster la dose, et de surveiller le taux de lithium dans le sang, la dose efficace étant très proche de la dose toxique). Peut-être en partie sous la pression des firmes pharmaceutiques, les psychiatres en France tendent de plus en plus souvent aujourd'hui à prescrire des anti-psychotiques, qui font office de thymorégulateurs. Cela peut être l'olanzapine (médicament Zyprexa mis sur le marché en France en 1996[32], l'aripiprazole (médicament Abilify mis sur le marché en 2004[33]) ou encore la Quétiapine (médicament Seroquel mise sur le marché en 2011[34]). La pression des firmes s'explique par le fait que ces médicaments, sous brevet, coûtent plus de 100 euros la boîte de 28 comprimés, tandis que le lithium, passé dans le domaine public, coûte très peu cher[35]. Toutefois, ces anti-psychotiques sont réellement efficaces en prévention du trouble bipolaire.

Plusieurs régulateurs d'humeur peuvent être prescrits simultanément, jamais en première intention. Ils se dosent tous dans le sang et un contrôle sanguin est nécessaire. Selon chaque molécule et du fait des effets secondaires, d'autres constantes biologiques peuvent être surveillées. Par exemple, l'aripiprazole et l'olanzapine favorisent une prise de poids, l'olanzapine, cependant, favorise le diabète, tandis que la quietapine favorise les deux. De nombreux procès sont en cours à ce sujet aux Etats-unis, avec la preuve apportée par les parties civiles que le fabriquant a sciemment caché ces informations [36] [37] [38][39][40][41] . Le lithium peut affecter la thyroïde.

Un certain nombre de principes thérapeutiques sont à respecter[42] :

- prescrire un thymorégulateur quelle que soit la phase de la maladie et utiliser en première intention un produit dont l'efficacité a été bien démontrée avec les posologies les plus faibles possibles ;
- privilégier une monothérapie ainsi qu'une prise quotidienne unique, afin d'optimiser la compliance, et réévaluer le choix du thymorégulateur en cas de mauvais suivi ;
- proscrire les antidépresseurs dans les états mixtes et limiter l'usage des antidépresseurs tricycliques dans les troubles bipolaires ;
- utiliser une stratégie thérapeutique en plusieurs phases afin d'adapter le traitement à l'état du patient et maintenir le traitement prophylactique le plus longtemps possible.

Actuellement, le principe communément admis est que tout patient bipolaire doit bénéficier d'un traitement thymorégulateur. Pour le traitement pharmacologique des dépressions bipolaires, la prescription d'antidépresseurs en monothérapie aggrave incontestablement le pronostic du trouble bipolaire en induisant des virages maniaques, des épisodes mixtes, des cycles rapides, et en favorisant la résistance au traitement; certaines études montrent que les antidépresseurs peuvent, même en présence de thymorégulateurs, amener à une

aggravation des cycles de l'humeur[43]. Il demeure toutefois un certain flou à ce sujet, les avis scientifiques restant partagés [44].

Un tiers des patients bipolaires présentent des virages maniaques ou hypomaniaques sous antidépresseurs. L'objectif du traitement antidépresseur est la rémission de l'épisode dépressif, mais présente toujours ce risque d'induire un virage maniaque. Ce risque est plus faible si le patient est déjà sous thymorégulateur. L'option idéale en première intention pour la dépression bipolaire serait de prescrire ou d'adapter la posologie d'un stabilisateur d'humeur, mais en pratique lorsqu'ils sont utilisés seuls, les thymorégulateurs n'ont pas toujours une efficacité suffisante[7]. Ils peuvent être brefs et résolutifs (BP-II, BP-III), mais ils peuvent aussi devenir incontrôlables (BP-I). En pratique, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont plus prescrits dans ce contexte car ils ont moins de risque d'induire des virages de l'humeur. Malgré tout, eux aussi sont suspectés de déstabiliser les patients lors d'un usage à long terme ; mais là aussi les avis scientifiques sont partagés et probablement sous l'influence plus ou moins directe des laboratoires, selon qu'ils produisent plutôt des antidépresseurs ou des antipsychotiques atypiques[45]. Les recommandations américaines conseillent d'arrêter le traitement antidépresseur dans les six mois qui suivent la rémission de l'épisode dépressif, afin de diminuer le risque.

Les recommandations du NICE[46] concernant le traitement des épisodes mixtes sont les mêmes que pour les épisodes maniaques sans préférence pour un traitement particulier. Il est par contre bien stipulé qu'il ne faut pas prescrire d'antidépresseur et que ces états nécessitent une surveillance étroite du fait du risque suicidaire.

Compte tenu de tous ces facteurs de risques : une vigilance et une surveillance clinique minutieuse sont indispensables et ce n'est malheureusement pas encore l'habitude en France. Une dépression bipolaire n'est pas une dépression unipolaire, ni une dépression nerveuse comme les autres. Les antidépresseurs dans la dépression bipolaire ne sont généralement justifiés qu'en cas de dépressions d'intensité sévère et toujours en association avec un thymorégulateur. Pour plus d'éléments concernant les antidépresseurs[47], et plus globalement les traitements du trouble bipolaire, l'étude américaine STEP-BD fait référence[48]. Il convient donc en premier lieu d'optimiser le traitement thymorégulateur en réalisant des dosages sanguins et en ajustant au mieux les taux thérapeutiques vers les limites supérieures préconisées, à condition que cela n'induise pas d'effets indésirables. Le recours si nécessaire, dans un deuxième temps, à un second traitement thymorégulateur visera à retrouver la normothymie tout en protégeant le patient contre un risque de déstabilisation de l'humeur.

Les neuroleptiques sont utilisés dans le traitement de la phase aiguë ou dans un épisode mixte. L'objectif principal est d'obtenir le contrôle rapide des symptômes (impulsivité, agitation, agressivité, etc.) de manière à éviter que le sujet ne se mette en danger, et à ce qu'il retrouve rapidement un fonctionnement psychosocial de bonne qualité.

Psychosocial

Parallèlement aux traitements psychotropes, il peut être proposé de nouvelles approches de traitements psychothérapiques : mesures psycho-éducatives ; thérapies interpersonnelles basées sur les rythmes sociaux (IPSRT) ; ainsi que les thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies centrées sur la famille. Ces thérapies permettent de limiter l'impact fonctionnel de la maladie, car même si la maladie peut être bien contrôlée par les traitements médicamenteux, il est difficile de supprimer l'ensemble de ses effets tant les bouleversements dans la sphère sociale, familiale, professionnelle et psychologique sont importants.

Les thérapies psychanalytiques n'ont pas apporté la preuve méthodologique de leur efficacité dans le trouble bipolaire ni dans la dépression comme pour l'ensemble du domaine de leur conception. La régulation du sujet pensant par la conscience de celui-ci ne pouvant se conserver qu'à la condition que le même sujet ne soit pas supprimé par cette opération discursive de pronomination[49].

Les mesures psychoéducatives font partie avec les thérapies cognitivo-comportementales, des traitements psychologiques les mieux documentés et pour lesquels il existe un niveau de preuve d'efficacité élevé. Les bénéfices de cette approche complémentaire sont multiples : reconnaissance précoce des symptômes qui annoncent une récidive, amélioration de la qualité de l'observance, meilleure gestion de la vie sociale, professionnelle et affective, contrôle des facteurs déclenchants et précipitants, respect des règles d'hygiène de vie… Sont objectivés également une diminution du nombre de récidives et de rechutes, une diminution de la durée d'hospitalisation, un meilleur équilibre de la vie familiale, une amélioration de la qualité de vie[50]. Le

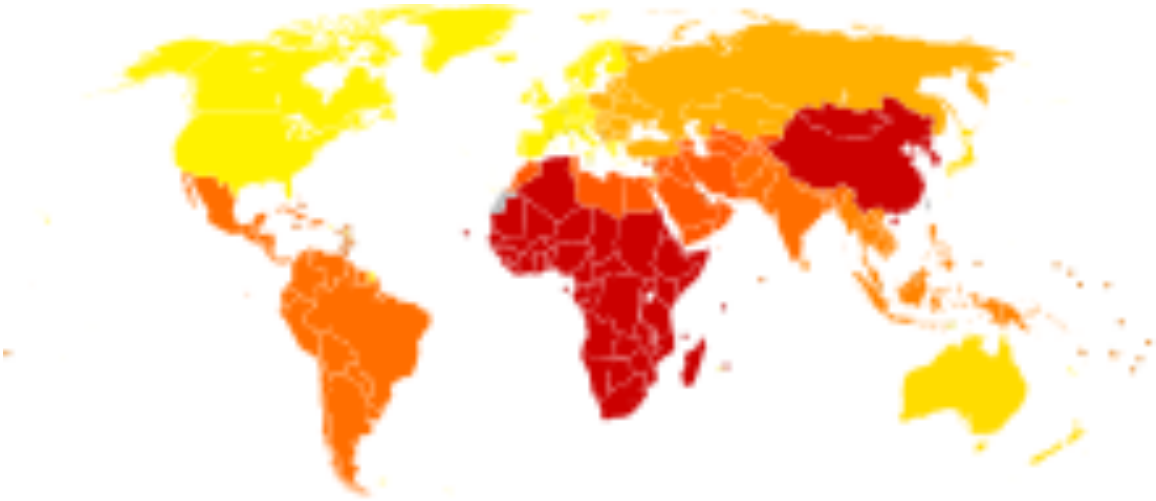
traitement préventif, par exemple dans le cadre de la psycho-éducation, a pour objectifs d'évaluer les rythmes sociaux du sujet, de limiter les répercussions des événements, de limiter les situations d'excitation en limitant les stimulations et de rétablir une stabilité des rythmes sociaux. Ces techniques psychothérapiques doivent être mises en œuvre dès l'identification des événements perturbateurs, afin de prévenir les altérations des rythmes sociaux ou du sommeil[51].

L'accompagnement est aussi très important, les proches sont souvent désemparés devant un individu bipolaire. Mais leur présence est un facteur de la réussite de l'amélioration de l'état physique et psychologique du malade[52].

Psycho-éducation

La psycho-éducation est un outil thérapeutique complémentaire de la prise en charge médicamenteuse des patients souffrant de troubles bipolaires. Les patients ayant participé à un groupe de psycho-éducation présentent moins de rechutes et moins d'hospitalisations, une meilleure connaissance de la maladie, une meilleure adhésion au traitement médicamenteux, une meilleure qualité de vie. À Paris, des séances de psycho-éducation sont proposées à l'hôpital Sainte-Anne. L'hôpital Albert Chenevier de Créteil en propose aussi. L'association Argos 2001 organise des conférences assurées par des médecins ou des psychologues, elles se déroulent le 4e jeudi du mois à 20 heures, au FIAP, 30 rue Cabanis, 75014 Paris. Elles sont ouvertes à tous, patients et proches, sans inscription au préalable. À Liège, en Belgique, de telles séances existent à Cointe, à l'hôpital psychiatrique, "Le Petit Bourgogne".

Épidémiologie



Espérance de vie corrigée de l'incapacité pour les troubles bipolaires sur 100 000 habitants en 2002

- Aucune donnée
- Moins de 180
- 180–186
- 186–190
- 190–195
- 195–200
- 200–205
- 205–210
- 210–215
- 215–220
- 220–225
- 225–230
- 230–235

Selon les auteurs[Lesquels ?], le trouble bipolaire a une prévalence de 2 à 8 % de la population.

Aux États-Unis, la prévalence chez le jeune de moins de 20 ans aurait été multipliée par 40 entre 1994 et 2003 et par un peu moins de 2 durant la même période chez l'adulte[53]. Les raisons de cette augmentation ne sont pas claires. Il est possible que ce diagnostic soit porté parfois en excès[54], les critères n'étant pas rigoureusement respectés.

Le trouble bipolaire touche autant les hommes que les femmes, quels que soient leur origine socio-culturelle ou leurs niveaux socio-économiques. Cependant, il y aurait plus d'épisodes dépressifs chez la femme et plus de manies unipolaires chez l'homme[55]. L'association avec un autre trouble psychologique (comorbidité) psychiatrique est importante, elle concerne 60 % des patients bipolaires traités dont un tiers des sujets de type I (Colom *et* al.2006).

Les troubles anxieux occupent une place privilégiée, plus de 50 % des patients présentent au moins un trouble anxieux associé[56]. Le trouble anxieux généralisé (TAG) vient au second rang. L'association entre trouble bipolaire et TAG est évaluée de 6 % à 32 % selon les études (Gorwood, 2004). Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) se situe en troisième position. Pour certains, il ne concernerait que 10 % des patients bipolaires (Akiskal, Placidi et Marremmani, 1998).

La fréquence des phobies sociales est plus difficile à apprécier. Les prévalences avancées par les études vont de 9 % à 16 %. La fréquence des conduites addictives chez les sujets souffrant de troubles bipolaires est 6,6 fois supérieure à celle d'un sujet dans la population générale (Rouillon, 1997). C'est de loin l'abus d'alcool qui arrive en tête avec une prévalence de 42 %, les femmes étant particulièrement concernées ; celle de la consommation de cannabis s'élève à 16 %[57].

Les troubles de la personnalité sont associés à environ 30 % des sujets bipolaires (Colom, 2006). Dans une étude de Shiavone et al. (2004), les troubles de la personnalité le plus souvent associés au trouble bipolaire sont : personnalité borderline (41 %), personnalité narcissique (20,5 %), personnalité dépendante (12,8 %), personnalité histrionique (10,3 %).

Comorbidité

Le diagnostic et le traitement précoces du trouble bipolaire permettent d'éviter les troubles qui lui sont souvent associés, il est alors question de troubles comorbides ou de comorbidité. Elle est importante et doit être prise en compte au même titre que le trouble bipolaire. Elle concerne essentiellement :

- Syndrome d'abus d'alcool, également fréquent, retrouvé surtout dans les phases dépressives. Une étude récente estime ce risque à 30 % pour les femmes et 50 % pour les hommes souffrant de trouble bipolaire[réf. nécessaire]. Comme le syndrome d'abus/dépendance à l'alcool est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, le fait d'être bipolaire, multiplie par 7,5 le risque pour une femme d'avoir un diagnostic d'abus/dépendance à l'alcool pour seulement un facteur multiplicatif de 2,75 pour les hommes. Il est utile de rappeler que devant tout alcoolisme, il faut chercher un trouble bipolaire et ce, surtout chez les femmes.

- Troubles anxieux et en particulier le trouble panique (20 % dans l'étude ECA) : la prévalence sur la vie entière des troubles anxieux est d'environ un patient bipolaire sur deux. Ils sont en particulier associés avec un jeune âge de début, une plus forte tendance à faire des tentatives de suicide.

De fréquents autres troubles surviennent en même temps que le trouble bipolaire (comorbidité) : agoraphobie, claustrophobie, symptômes maniaques en même temps que des symptômes dépressifs états mixtes, angoisses et anxiété, consommation excessive d'alcool et de cannabis. Une inadaptation des traitements est également constatée par l'emploi inadapté des neuroleptiques et surtout des antidépresseurs, absence de thymorégulateur ou prescription de médicaments incompatibles. Le refus du traitement ou son observance irrégulière est aussi une dérive très fréquente, encouragée par la nostalgie des phases de (hypo)manie. Les individus ayant subi plusieurs cycles de la maladie restent hypersensibles et voient leur seuil de déclenchement du trouble abaissé (théorie du *kindling*). Une stricte hygiène de vie est recommandée. Il existe aussi des comorbidités somatiques comme le

surpoids et l'obésité, la contamination par VIH, le diabète et les affections endocriniennes, ainsi que les maladies cardiovasculaires.

Le surpoids (déterminé par l'indice de masse corporelle, IMC supérieur à 25) touche 58 % des patients bipolaires[réf. nécessaire]. Différentes possibilités ont été évoquées : l'implication des médicaments thymorégulateurs et plus particulièrement les antipsychotiques. La prise de poids est à surveiller lors de long traitement, car ce facteur peut suffire à lui seul à décider le patient d'arrêter le traitement, ou encore provoquer une mauvaise observation du traitement. En effet, le surpoids est à lui tout seul une source de problème. En plus de problèmes liés à la dégradation de l'image de soi, il peut entraîner des risques notamment tels que : diabète non insulino-requérant, affection cardio-vasculaire, rhumatismale, hypertriglycéridémie. De nombreuses études menées depuis 1990 montrent une prévalence quatre fois supérieure chez les individus souffrant de troubles bipolaires en comparaison à la population générale, de contracter le virus du sida. Ceci semblerait s'expliquer par la désinhibition face au danger dans les phases maniaques et hypomaniaques, et/ou la consommation de drogues et d'alcool. Pour les références complètes, voir : Prise de risque du Sida.

Certaines études[Lesquelles ?] conduites chez les patients bipolaires hospitalisés estiment la prévalence du diabète de type II chez les patients souffrant de troubles bipolaires à près de 10 %, alors qu'elle n'est que de 3 % à 4 % dans la population générale. Les maladies cardio-vasculaires sont elles aussi plus fréquentes chez les bipolaires et cela peut être mis en relation avec le risque relativement plus grand chez ces patients de développer diabète et surpoids, de présenter un trouble anxieux ou de mal respecter les règles d'hygiène de vie (consommation d'alcool notamment).

La comorbidité psychiatrique modifie l'expression et le cours évolutif du trouble bipolaire.

Mortalité

Le trouble bipolaire est la pathologie psychiatrique associée au plus fort risque de décès par suicide. Le risque suicidaire est trente fois supérieur à celui de la population générale et 15 à 19 % des patients atteints de cette maladie « réussissent » leur suicide[58]. Les chiffres concernant la cyclothymie ne sont pas connus. À cette mortalité par suicide, vient s'ajouter la mortalité liée à de nombreux autres facteurs : comorbidités somatiques, alcoolisme, mauvaise hygiène de vie, diabète, affections iatrogènes. Du fait des addictions diverses et des troubles du comportement, il semble qu'un individu bipolaire non-traitée ait en moyenne une espérance de vie inférieure de vingt ans à l'espérance de vie de la population générale[réf. nécessaire].

Populations spécifiques

Durant l'enfance

Emil Kraepelin note, dans les années 1920, que les épisodes de manie sont rares avant la puberté[59]. D'une manière générale, le trouble bipolaire chez l'enfant n'a pas été reconnue durant la première moitié du 20e siècle. Les chances de reconnaître ce trouble chez l'enfant ont diminué tandis que le critère du DSM s'installe durant la fin du 20e siècle[59,60].

Lorsque l'âge adulte est atteint, le trouble bipolaire se caractérise par des épisodes cachés de dépression et de manie sans symptomatologie précise, chez les enfants et adolescents des changements rapides d'humeur ou des symptômes chroniques sont tout à fait normaux[61]. D'un autre côté, le trouble bipolaire pédiatrique se développe habituellement, à la place de la manie euphorique, par des excès de colère, d'irritabilité et de psychose, ce qui est moins commun chez les adultes[59,61].

Le diagnostic du trouble bipolaire chez l'enfant est controversé[61]. Cependant, le fait que les symptômes typiques aient des conséquences négatives chez les mineurs qui en souffrent n'est pas actuellement en débat[59]. Le débat principal se centre sur les différents symptômes du trouble bipolaire diagnostiqué chez l'enfant et du trouble bipolaire diagnostiqué chez l'adulte[59], ainsi que sur la question concernant le critère diagnostique - si celui de l'adulte peut être appliqué chez l'enfant[61]. Selon le diagnostic chez l'enfant, certains experts recommandent de suivre les critères du DSM[61]. D'autres pensent que ces critères ne séparent pas correctement le trouble bipolaire de l'enfant des autres troubles comme le trouble du déficit de l'attention[61]. D'autres encore expliquent que ce qui différencie le trouble bipolaire chez l'enfant est l'irritabilité[61]. L'AACAP encourage la première stratégie[59,61].

Les traitements impliquent les médicaments et la psychothérapie[61]. Une prescription de médicaments implique habituellement des stabilisateurs de l'humeur et des antipsychotiques atypiques[61].

Durant la vieillesse

Il existe peu d'informations concernant le trouble bipolaire durant la vieillesse. Il semblerait devenir moins répandu avec l'âge mais il existe néanmoins un pourcentage. Il n'existe aucune différence de trouble bipolaire survenant à un jeune âge et à un âge avancé[62]. Durant la vieillesse, le traitement contre le trouble bipolaire peut se compliquer par la présence d'une démence ou par les effets secondaires de médicaments soignant une condition autre que le trouble bipolaire[63].

Historique

Le trouble bipolaire est une affection psychique connue de longue date et déjà décrite dans l'Antiquité. Au deuxième siècle avant J.C., Arétée de Cappadoce fut le premier à utiliser le mot "manie" pour décrire les patients « qui rient, qui chantent, dansent nuit et jour, qui se montrent en public et marchent la tête couronnée de fleurs, comme s'ils revenaient vainqueurs de quelques jeux ». Il avait remarqué que, par la suite, ces gens changeaient d'humeur pour devenir « languissants, tristes, taciturnes ». Les relations entre la créativité, la mélancolie ou les périodes d'hypomanie (état d'enthousiasme) sont connues depuis cette époque. Aristote, le premier, se posait la question du lien entre le génie (la créativité) et la manie (la folie).

Cependant, c'est Théophile Bonet qui fit le lien entre les deux humeurs extrêmes en 1686 et forgea l'expression latine *manico-melancolicus*. L'alternance manie-dépression est également rapportée par Th. Willis (1622-1675). Jules Baillarger, en 1854, décrit la folie à double forme qui se caractérise par « *deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation* ». Simultanément Jean-Pierre Falret (1794-1870) publie un article consacré à la folie circulaire. Kraepelin élabore, en 1915, un système de classification de la manie et de la dépression fondé sur les symptômes. Il distingue 18 types évolutifs de folie maniaco-dépressive, dont les formes unipolaires et bipolaires, sans les opposer pour autant. Ultérieurement, Kleist et Leonard subdivisent les formes unipolaires (dépressives) et formes bipolaires. Cette conception dichotomique du trouble est rejointe par Perris, Angst et Winokur.

Société et culture

Stigmatisation

Il existe de grands problèmes de stigmatisation sociale, de stéréotypes et préjudices pour les individus diagnostiqués de trouble bipolaire[3].

Références culturelles

Kay Redfield Jamison, psychologue et professeure à la Johns Hopkins University School of Medicine, parle du trouble bipolaire dans son autobiographie intitulée *An Unquiet Mind* (1995)[64]. Dans son ouvrage, *Touched with Fire* (1993), elle se penche sur une connexion entre le trouble bipolaire et la création artistique[65]

De nombreux films ont exposés des personnages au caractère parfois similaire au diagnostic du trouble bipolaire et ont été sujets de discussions parmi les psychiatres et cinéphiles. Un exemple notable inclut le film *Mr. Jones* (1993), dans lequel Mr. Jones (Richard Gere) alterne entre épisodes de manie et phases dépressives, passant ainsi son temps dans un hôpital psychiatrique[66]. Dans *Mosquito Coast* (1986), Allie Fox (Harrison Ford) expose entre autres certains traits de mégalomanie et de paranoïa[67]. Dans le film *Ma vie en cinémascope*, Pascale Bussières montre des épisodes de dépression majeure et de psychose. Elle remplit les critères diagnostiques du trouble bipolaire. Dans le film *The Informant!*, le personnage principal, Mark Whitacre, travaillant comme informateur pour le FBI, s'avère finalement être bipolaire. Dans le film *L'Extravagant Mr. Deeds*, Gary Cooper est soupçonné d'être atteint de psychose maniaco-dépressive lors d'un procès.

Dans la série de télévision australienne intitulée *Stingers*, le détective Luke Harris (Gary Sweet) souffre de trouble bipolaire et sa paranoïa interfère dans son travail. Pour se mettre dans la peau du personnage, Sweet rend visite à un psychiatre expert en maladies maniaco-dépressives. Il explique qu'il a quitté la session convaincu de souffrir de cette maladie.

Dans la série américaine *Homeland*, c'est le personnage principal Carrie Mathison interprété par Claire Danes qui est atteint de trouble bipolaire. La maladie est traitée comme élément essentiel dans la conduite du récit et sa dramatisation.

Dans l'épisode 10 de la saison 2 de la série *Dr House*, *Problèmes de communication*, un patient est atteint de trouble bipolaire. Dans la série *Six Feet Under*, le personnage de Billy Chenowith est bipolaire et fréquemment sujet à des troubles psychiques et à un comportement excessif. Dans la série *Urgences* (E.R.), la mère d'Abby Lochart est bipolaire et fait de nombreuses apparitions dans les différents stades de la maladie. Dans l'épisode 15 de la saison 2 de la série *En analyse* (*In Treatment*), Paul Weston évoque la bipolarité de sa défunte mère et l'impact que cela a pu avoir sur la relation de ses parents jusqu'à leur séparation.

Notes et références

1. ↑ [a et b] [PDF] Maladie maniaco-dépressive ou troubles bipolaires [archive], Janvier 2004. Consulté le 11 septembre 2011
2. ↑ **(en)** Basco Monica Ramirez, *The Bipolar Workbook: Tools for Controlling Your Mood Swings*, The Guilford Press, 2006 (ISBN 1593851626)
3. ↑ [a et b] **(en)** Stigma and Bipolar Disorder [archive], NIMH, 21 février 2009. Consulté le 8 novembre 2010
4. ↑ **(en)** What are the symptoms of bipolar disorder? [archive], NIMH, 15 avril 2009. Consulté le 9 novembre 2010
5. ↑ *Comprendre le handicap psychique, éléments théoriques et analyses de cas*, Sébastien Muller, Éditions Champ Social, oct. 2011.
6. ↑ [a et b] Association Américaine de Psychiatrie, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)*
7. ↑ [a et b] Christine Mirabel-Sarron, Isabelle Leygnac-Solignac, *Les troubles bipolaires : de la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif - Comprendre, traiter, prévenir les rechutes*, Dunod, 2009.
8. ↑ François Ferrero, Jean-Michel Aubry, *Traitements psychologiques des troubles bipolaires*, Elsevier Masson, 2009.
9. ↑ Le trouble bipolaire : Symptômes [archive] sur *CAMH*. Consulté le 12 septembre 2011
10. ↑ *Association Américaine de Psychiatrie 2000a*
11. ↑ *Association Américaine de Psychiatrie 2000a*
12. ↑ Kay Redfield Jamison, *De l'exaltation à la dépression. Confession d'une psychiatre maniaco-dépressive*, Paris, Robert Laffont, 1997, p. 126.
13. ↑ **(en)** Santosa et al. *Enhanced creativity in bipolar disorder patients: A controlled study*. J Affect Disord. 23 novembre 2006 ; PMID 17126406 [archive].
14. ↑ **(en)** Rihmer et al. *Creativity and mental illness*. Psychiatr Hung. 2006;21(4):288-94. PMID 17170470 [archive].
15. ↑ **(en)** Nowakowska et al. *Temperamental commonalities and differences in euthymic mood disorder patients, creative controls, and healthy controls*. J Affect Disord. 2005 Mar;85(1-2):207-15. PMID 15780691 [archive].
16. ↑ **(en)**O'Dowd A. *NICE issues new guidance to improve the treatment of bipolar disorder* BMJ 2006, Jul 29 ; 333 (7561) : 220.
17. ↑ Docteur Christian Gay, En savoir plus sur les troubles bipolaires [archive].
18. ↑ *Classification internationale des maladies (CIM 10)*
19. ↑ **(en)** K. et H. Akiskal, *Cyclothymic, Hyperthymic and Repressive Temperaments*, *APA Rev. Psychiatry*, 1992.
20. ↑ D[r] Frédéric Kochman, D[r] Jean-Albert Meynard, *Les troubles bipolaires. Livret à l'usage des patients et de leur famille*, Sanofi-Synthélabo, 2003.
21. ↑ Le trouble bipolaire : Le connaître pour mieux le reconnaître, D[r] Laurence Jeunieaux, Psychiatre (Hôpital Vincent Van Gogh, Belgique), mai 2008.
22. ↑ **(en)**JONES I, KENT L, CRADDOCK N. *Genetics of affective disorders. In : McGuffin P, Owen M, Gottesman II, eds. Psychiatric genetics and genomics*. Oxford : Oxford University Press, 2002 : 211-45.
23. ↑ [a et b] . Les troubles bipolaires et autres troubles de l'humeur, C. Gay, L'Encéphale, [vol. 34 - n° S4 - p. 130-137] septembre 2008.
24. ↑ Monica Ramirez Basco, Le trouble bipolaire - Manuel d'exercices pour une meilleure qualité de vie. Socrate Éditions Promarex 2008.
25. ↑ **(en)** Wehr T.A., Sachs D.A., Rosenthal N.E. *Sleep réduction as a final commun pathway in the genesis of mania* Am J Psychiatry 1987 ; 144 : 210-214.
26. ↑ **(en)** Jauhar P., Weller M.P.L. *Psyhiatric morbidity and time zone changes : a study of patients from Heathrow Airport* Br J Psychiatry 1982 ; 140 : 231-235.
27. ↑ **(en)** Malkoff-Schwartz S., Frank E., Anderson B., et al. *Stressful life events and social rythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes : a preliminary investigation* Arch Gen Psychiatry 1998 ; 55 : 702-707.

28. ↑ **(en)**WEHR TA. *Improvement of depression and triggering of mania by sleep deprivation*. JAMA 1992 ; 267 (4) : 548-51.
29. ↑ Mills, 2005
30. ↑ **(en)** Lichtenstein P, Yip BH, Björk C et als. *Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish nuclear families: a population-based study* [archive], Lancet, 2009;373:234-239.
31. ↑ **(en)** Owen MJ, Craddock N, *Diagnosis of functional psychoses: time to face the future* [archive], Lancet, 2009,373:190-191.
32. ↑ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/zyprexa_30112011_avis_ct9128.pdf [archive]
33. ↑ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct031711.pdf [archive]
34. ↑ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/xeroquel_-_ct-9399.pdf [archive]
35. ↑ Martine Perez, « Troubles bipolaires : le lithium reste le traitement de base [archive] » sur *Le Figaro*, 28 décembre 2009
36. ↑ Wilson, Duff : *AstraZeneca Pays Millions to Settle Seroquel Cases [archive]* (2009-10-29). Consulté le 2010-03-09.
37. ↑ Matthew Perrone : *Questions loom over drug given to sleepless vets [archive]* (August 30, 2010). Consulté le November 28, 2010.
38. ↑ Ann Knef : *Seroquel suit claims 'so much' is poured into marketing and away from research [archive]*, *The Madison St. Clair Record* (2007-08-02).
39. ↑ Phil Milford : *AstraZeneca May Link Seroquel, Diabetes, Doctor Says [archive]*, *Bloomberg.com*, Bloomberg L.P. (2009-03-11).
40. ↑ http://www.fiercepharma.com/story/astrazeneca-wins-bellwether-seroquel-case/2010-03-19 [archive]
41. ↑ *AstraZeneca pays out million dollar damages [archive]*, *The Local* (2010-08-09).
42. ↑ Quintin, 2005 ; Limousin, 2006
43. ↑ http://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2011/12/Antidepressants%20in%20bipolar%20disorder.PDF [archive]
44. ↑ http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12963673 [archive]
45. ↑ http://anp.sagepub.com/content/46/4/298.full [archive]
46. ↑ **(en)**O'Dowd A. *NICE issues new guidance to improve the treatment of bipolar disorder* BMJ 2006, Jul 29 ; 333 (7561) : 220.
47. ↑ http://anp.sagepub.com/content/46/4/298.full [archive]
48. ↑ http://www.nimh.nih.gov/trials/practical/step-bd/index.shtml [archive]
49. ↑ Selon le séminaire de 1975, l'adjonction du préfixe « psy » à « analyse » pour constituer le mot « psychanalyse » constitue une modification de la relation analysant - analysé, voire la disparition de ce sujet, in La théorie comme fiction, Maud Mannoni, Paris, Point Seuil, 1979 ; et complément [archive].
50. ↑ Place des mesures psycho-éducatives dans la prise en charge des troubles bipolaires C. Gay, H. Cuche - L'encéphale - vol. 32 - nº 4 - C2 - août 2006.
51. ↑ Environnement social et rythmes sociaux, C. Gay, L'Encéphale, Volume 35, numéro S2, janvier 2009
52. ↑ Troubles bipolaires : pratiques, recherches et perspectives ouvrage collectif dir : M.LEBOYER 2005. Traitement pharmacologique des dépressions bipolaires J. Thuile, C.Even, J.D. Guelfi.
53. ↑ **(en)** Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M, *National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth* [archive], Arch Gen Psychiatry, 2007;64:1032-1039.
54. ↑ **(en)** Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D, *Is bipolar disorder overdiagnosed?* [archive], J Clin Psychiatry, 2008:e1-e6;pii:ej07m03888.
55. ↑ Les troubles bipolaires : de la cyclotymie au syndrome maniaco-dépressif, Christine Mirabel-Sarron, Isabelle Leygnac-Solignac, Dunod, EAN13 : 9782100519156, 2009.
56. ↑ Henry, 2003 ; Perlis 2005
57. ↑ Mc Elroy et al. 2005
58. ↑ Sami-Paul Tawl, *Le miroir de Janus*, p. 75.
59. ↑ [a, b, c, d, e et f] **(en)** McClellan J, Kowatch R, Findling RL, *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder*, vol. 46, janvier 2007, 107–25 p.
60. ↑ **(en)** *Manic-depressive psychosis in childhood*, vol. 1, 1960, 53–72 p.
61. ↑ [a, b, c, d, e, f, g, h, i et j] **(en)** Leibenluft E, Rich BA, *Pediatric bipolar disorder*, vol. 4, 2008, 163–87 p.
62. ↑ **(en)** Depp CA, Jeste DV, *Bipolar disorder in older adults: a critical review*, vol. 6, octobre 2004, 343–67 p.
63. ↑ **(en)** Trinh NH, Forester B, *Bipolar Disorder in the Elderly: Differential Diagnosis and Treatment*, vol. 24, 2007 [détail de l'édition] [lire en ligne [archive]]
64. ↑ **(en)** Jamison Kay Redfield, *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*, New York, Knopf., 1995 (ISBN 0-330-34651-2)
65. ↑ **(en)** Jamison Kay Redfield, *Touched With Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*, New York, The Free Press: Macmillian, Inc., 1996 (ISBN 0-684-83183-X)
66. ↑ **(en)** Robinson DJ, *Reel Psychiatry:Movie Portrayals of Psychiatric Conditions*, Port Huron, Michigan, Rapid Psychler Press, 2003, 78–81 p. (ISBN 1-894328-07-8)
67. ↑ **(en)** Robinson (*Reel Psychiatry:Movie Portrayals of Psychiatric Conditions*), p. 84–85

Annexes

Bibliographie

- Karl Abraham, *Manie et mélancolie. Sur les troubles bipolaires*, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2010, (ISBN 978-2-228-90592-3).
- Chritian Gay (sous la direction), Numéro du 15 mars 2005 « Troubles bipolaires de l'humeur » de la Revue du Praticien.
- Christian Gay, Jean-Alain Genermont. *Vivre avec des hauts et des bas*. Hachette 2002, J'ai Lu 2004.
- Christian Gay, *Vivre avec un maniaco-dépressif*, Hachette littérature 2008.
- *De l'exaltation à la dépression*, de Kay Redfield Jamison, Robert Laffont, (ISBN 2-221-09930-3).
- *Maniaco-dépressif. L'Histoire de Pierre*, de Marie-Christine Hardy-Baylé et Patrick Hardy, Odile Jacob, 1996.
- Maud Mannoni, *La théorie comme fiction*, Paris, Point Seuil, 1979.
- Christine Mirabel-Sarron, Isabelle Leygnac-Solignac, *Les troubles bipolaires : de la cyclotymie au syndrome maniaco-dépressif - Comprendre, traiter, prévenir les rechutes-* Dunod 2009.
- Monica Ramirez Basco, *Le trouble bipolaire - Manuel d'exercices pour une meilleure qualité de vie*. Socrate Éditions Promarex 2008.
- Jamison Redfield, *Confession d'une psychiatre maniaco-dépressive*, 2003 (version française).
- Michel Rochet, *Ces hauts et ces bas qui perturbent notre vie*, Chiron, 2002.
- *Un rayon de lumière : L'histoire de Nick Traina, mon fils*, de Danielle Steel, 1998.
- Sami Paul Tawil, *Le Miroir de Janus*, Pocket, 2002.
- Étienne Varda, *Maudite Folle*, Les Intouchables, 2009.
- Édouard Zarifian, *La Force de guérir*, Odile Jacob, 2001.
- Jean Albou, *Un fou dans l'art*, éd. de la Martinière, 2010.

Bibliographie complémentaire

Cette section doit être **recyclée**. Une réorganisation et une clarification du contenu sont nécessaires. Discutez des points à améliorer en page de discussion.

- **(en)** James B. Potash, Peter P. Zandi, Virginia L. Willour, Tsuo-Hung Lan, [...], *Suggestive Linkage to Chromosomal Regions 13q31 and 22q12 in Families With Psychotic Bipolar Disorder*, Am J Psychiatry, avril 2003, 680-686 p. [lire en ligne]
- **(en)** Preben Bo Mortensen, C. B. Pedersen, M. Melbye, O. Mors et H. Ewald, *Individual and Familial Risk Factors for Bipolar Affective Disorders in Denmark*, Arch Gen Psychiatry, décembre 2003
- **(en)** Jessica L. Garno, Joseph F. Goldberg, Paul Michael Ramirez et Barry A. Ritzler, *Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder*, Br. J. Psychiatry, Février 2005, 121-125 p. [lire en ligne]
- **(en)** Jari Tiihonen, Jari Haukka, Markus Henriksson, Mary Cannon et Tuula Kieseppä [...], *Premorbid Intellectual Functioning in Bipolar Disorder and Schizophrenia: Results From a Cohort Study of Male Conscripts*, Am J Psychiatry, octobre 2005, 1904-1910 p..
- **(en)** Hilary P. Blumberg, Andrés Martin, Joan Kaufman et Hoi-Chung Leung [...], *Frontostriatal Abnormalities in Adolescents With Bipolar Disorder: Preliminary Observations From Functional MRI*, Am J Psychiatry, Juillet 2003, 345-1347 p.
- **(en)** Raymond F. Deicken, Mary P. Pegues, Susan Anzalone, Robert Feiwell, et Brian Soher. *Lower Concentration of Hippocampal N-Acetylaspartate in Familial Bipolar I Disorder*. Am J Psychiatry, mai 2003 ; 160: 873 - 882.
- **(en)** Tsung-Ung W. Woo, John P. Walsh, et Francine M. Benes. *Density of Glutamic Acid Decarboxylase 67 Messenger RNA–Containing Neurons That Express the N-Methyl-D-Aspartate Receptor Subunit NR2A in the Anterior Cingulate Cortex in Schizophrenia and Bipolar Disorder*. Arch Gen Psychiatry, juillet 2004 ; 61: 649 - 657.
- **(en)** Neil P. Mills, Melissa P. DelBello, Caleb M. Adler, et Stephen M. Strakowski. *MRI Analysis of Cerebellar Vermal Abnormalities in Bipolar Disorder*. Am J Psychiatry, août 2005 ; 162: 1530 - 1533.
- **(en)** Stephen M. Strakowski, Melissa P. DelBello, Molly E. Zimmerman, Glen E. Getz, Neil P. Mills, Jennifer Ret, Paula Shear, et Caleb M. Adler. *Ventricular and Periventricular Structural Volumes in First- Versus Multiple-Episode Bipolar Disorder*. Am J Psychiatry, novembre 2002 ; 159: 1841 - 1847.

- **(en)** Simona Noaghiul et Joseph R. Hibbeln. *Cross-National Comparisons of Seafood Consumption and Rates of Bipolar Disorders*. Am J Psychiatry, décembre 2003 ; 160: 2222 - 2227.
- **(en)** Mark A. Frye, Lori L. Altshuler, Susan L. McElroy, Trisha Suppes, Paul E. Keck, Kirk Denicoff, Willem A. Nolen, Ralph Kupka, Gabriele S. Leverich, Chad Pollio, Heinz Grunze, Jorge Walden, et Robert M. Post. *Gender Différences in Prevalence, Risk, and Clinical Correlates of Alcoholism Comorbidity in Bipolar Disorder*. Am J Psychiatry, mai 2003 ; 160: 883 - 889.
- **(en)** YW Chen et SC Dilsaver. *Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey*. Am J Psychiatry, février 1995 ; 152: 280 - 282.
- **(en)** Naomi M. Simon, Michael W. Otto, Stephen R. Wisniewski, Mark Fossey, Kemal Sagduyu, Ellen Frank, Gary S. Sachs, Andrew A. Nierenberg, Michael E. Thase, Mark H. Pollack *for the STEP-BD Investigators*. *Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder Patients: Data From the First 500 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD)*. Am J Psychiatry, décembre 2004 ; 161: 2222 - 2229.
- **(en)** Dean F. MacKinnon, Peter P. Zandi, Elliot Gershon, John I. Nurnberger, Jr, Theodore Reich, et J. Raymond DePaulo. *Rapid Switching of Mood in Families With Multiple Cases of Bipolar Disorder*. Arch Gen Psychiatry, septembre 2003 ; 60: 921 - 928.
- **(en)** Dean F. MacKinnon, Peter P. Zandi, Elliot S. Gershon, John I. Nurnberger, Jr., et J. Raymond DePaulo, Jr. *Association of Rapid Mood Switching With Panic Disorder and Familial Panic Risk in Familial Bipolar Disorder*, Am J Psychiatry, septembre 2003 ; 160: 1696 - 1698.