

## CHAPITRE 1

---

# La découverte de la maladie

---

### 1. Une humeur instable

Ce trouble s'installe souvent de façon progressive : certains jours, les individus remarquent qu'ils se sentent très dynamiques et entreprenants ; ils se sentent gais, ils parlent beaucoup et rien ne leur fait peur. Mais cet état peut changer de manière abrupte : ils perdent ce dynamisme, ils n'ont pas le moral, ils n'arrivent pas à sortir de leur lit, ils n'ont envie de rien. Un tel dynamisme peut durer pendant plusieurs jours, voire une semaine ou deux ; puis, insensiblement, a lieu un basculement en sens inverse, et cet état peut également durer pendant plusieurs jours voire une semaine ou deux. Les individus ne comprennent pas pourquoi cela leur arrive : souvent ils ne voient pas d'élément extérieur dans leur vie qui aurait pu déclencher de telles humeurs et surtout pas leur persistance dans le temps. Ils finissent par se raisonner qu'un tel ressenti fait partie de leur caractère en se persuadant qu'ils ne peuvent pas changer. Ils s'habituent au fait de vivre avec une humeur en dents de scie, une humeur avec des hauts et des bas. Les personnes de leur entourage commencent à s'interroger sur leurs changements brusques d'humeur car elles ne savent jamais dans quel état elles vont les trouver quand elles les rencontrent : elles les perçoivent maintenant difficiles à vivre.

Le fait que les individus ne se questionnent pas sur la réalité d'un trouble susceptible de répondre à un traitement montre que le

diagnostic est fait tardivement : après 9,4 années d'évolution en moyenne, selon des statistiques publiées en 2010. Pourtant les individus ont une connaissance relative de leurs difficultés. Quand on les interroge sur leurs fluctuations de l'humeur en leur demandant depuis quand ils les ont remarquées, un bon nombre répond : « depuis toujours, depuis que je suis tout jeune ». Mais dans la mesure où ils s'y sont habitués, ils ne posent pas la question à leur médecin généraliste, car il faut surmonter un certain nombre de résistances avant de rencontrer un psychiatre qui pourrait faire le diagnostic. Un tel diagnostic nécessite toutefois plusieurs entretiens ; et il est plus aisé au bout d'un certain temps d'observation.

Dans d'autres cas le diagnostic est plus facile si la maladie commence par un état maniaque : ces personnes nécessitent une hospitalisation dans la majorité des cas. Mais le diagnostic d'un trouble de l'humeur bipolaire sera posé seulement dans le cas d'une évolution typique d'une forme de la maladie : après l'état maniaque suit une dépression puis un état intercritique (autrefois appelé intervalle libre). Ce diagnostic sera confirmé si l'individu a un deuxième épisode maniaque.

Un trouble de l'humeur bipolaire peut commencer par un état dépressif majeur, mais il n'est pas toujours facile de trouver des signes de bipolarité chez ces malades. De tels symptômes se confirmeront par la suite, et ce, en particulier si l'humeur tarde à se stabiliser et si apparaissent d'authentiques fluctuations de l'humeur.

L'établissement du diagnostic n'est pas facile car la pathologie est rarement franche au début. Les médecins peuvent envisager d'autres diagnostics, par exemple les troubles anxieux, les pathologies névrotiques, les troubles du caractère, les troubles psychotiques avec un retentissement sur l'humeur. L'abus d'alcool et de drogues est fréquent en tant que comportements associés. Le jeu d'argent, d'autres formes de jeu peuvent y être associés, ainsi que les addictions sexuelles ; la stimulation et l'excitation ressenties pendant de tels comportements peuvent faire le lit d'un trouble de l'humeur. Dans les troubles du comportement alimentaire, la boulimie avec vomissement peut également préparer le terrain pour le développement d'un trouble de l'humeur bipolaire. En effet, les boulimiques ressentent un bouleversement avec basculement entre plusieurs états émotionnels ; et, dans le cas de vomissements après les crises de boulimie, il y a une libération d'endorphines qui leur procure un état de bien-être quoique de courte durée.

Le diagnostic sera donc annoncé au malade au bout d'un certain temps d'évolution en prenant appui sur le constat des symptômes et de leur évolution dans le temps.

---

## **2. Trouble de l'humeur bipolaire ou psychose maniaco-dépressive ?**

Émile Kraepelin, célèbre psychiatre munichois, avait observé que cette maladie est caractérisée par des décompensations périodiques maniaques, dépressives et par des intervalles libres. Il lui a donné le nom de psychose maniaco-dépressive à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, en la séparant d'une autre psychose à laquelle il donnait le nom de « *dementia praecox* (démence précoce) ». Cette autre psychose a reçu le nom de schizophrénie par le suisse Eugen Bleuler, en 1911.

Dans la pensée de Kraepelin, la maladie n'avait cependant pas un concept unique. Elle est caractérisée par des décompensations périodiques : certains connaissaient une évolution par une alternance d'un état maniaque, d'un état dépressif puis d'un intervalle libre. D'autres en revanche montraient des décompensations dites « unipolaires », avec pour certains, seulement des états maniaques suivis d'intervalles libres ; et un nombre important de patients était concerné par des décompensations unipolaires dépressives suivies, elles aussi, d'un intervalle libre. Ces dépressions étaient appelées « dépressions endogènes » ou « mélancolies ».

Le terme de psychose pour cette maladie périodique s'explique de manière historique, car la nosographie psychiatrique a commencé au XIX<sup>e</sup> siècle : il fallait apporter une classification sémiologique à des tableaux très différents. Une analyse plus fine a été faite à la fin du XX<sup>e</sup> siècle. La majorité des décompensations ne correspond pas à un diagnostic de psychose ; une minorité de malades montre seulement des signes psychotiques de perte de la réalité au cours de certaines décompensations. Le choix a été fait de parler maintenant de trouble de l'humeur bipolaire : il s'agit d'une appellation neutre qui a l'avantage que les personnes concernées ne se considèrent pas comme des psychotiques. Les dépressions unipolaires, bien que caractérisées par une rythmicité, sont désormais rangées dans une autre catégorie diagnostique, les dépressions récurrentes.

La pathologie est caractérisée par une alternance entre des états maniaques et des états dépressifs, dans une proportion variable ; il y a un consensus pour reconnaître qu'il s'agit d'une maladie récidivante au long cours. Certaines personnes présentent davantage d'états dépressifs et peu d'états maniaques, d'autres en revanche alternent assez régulièrement des états maniaques, et de temps en temps survient un état dépressif. Mais à partir du moment où un état maniaque a été observé chez quelqu'un qui était connu plutôt pour des états dépressifs, on parle maintenant de trouble de l'humeur bipolaire.

---

### 3. Différentes formes du trouble de l'humeur bipolaire

Il y a un consensus international pour reconnaître deux formes principales du trouble qui totalisent entre 1 et 2 % de la population générale, ce qui indique qu'entre 600 000 et 1 200 000 Français en sont affectés. Deux classifications internationales sont utilisées dans le monde entier : la cinquième édition du DSM, le DSM V (Diagnostic and Statistic Manual V) de l'Association des Psychiatres Américains (APA) et la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies 10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'âge moyen du début du trouble se situe aux alentours de 30 ans, mais la maladie commence de plus en plus jeune. Certains enfants ou adolescents peuvent présenter un état maniaque et évoluer par la suite dans le sens d'un trouble bipolaire. Un tel trouble peut être une forme d'évolution d'une bouffée délirante aiguë (appelée schizophrénie aiguë à l'étranger) ; et certaines jeunes mères qui auront eu une psychose délirante dans les suites d'un accouchement (une psychose puerpérale) se stabiliseront sous la forme d'un trouble bipolaire de l'humeur. La maladie peut aussi commencer tardivement, après 50 ans (une manie sénile) ; dans ce cas, un diagnostic différentiel avec un affaiblissement intellectuel débutant est à établir.

- **Deux formes typiques**

La première forme, appelée trouble de l'humeur de type I (TBP I) est caractérisée par une alternance entre un état maniaque suivi immédiatement d'un état dépressif auquel succède un intervalle libre (M – D – I). Il en existe une variante qui commence par un état dépressif auquel succède immédiatement un état maniaque, suivi

d'un intervalle libre (D – M – I). Cette forme du trouble (TBP I) affecte les hommes et les femmes de manière équitable.

La deuxième forme, appelée trouble de l'humeur bipolaire (TBP II) est caractérisée par des épisodes dépressifs récidivants auxquels succède de temps en temps un épisode maniaque atténué, moins fort et/ou plus court dans son intensité, c'est-à-dire un épisode d'hypomanie. L'importance des épisodes d'hypomanie est probablement sous-évaluée, dans la mesure où ces personnes ne consultent pas toujours : elles préfèrent cet état d'euphorie et de dynamisme, et ce d'autant plus s'il succède à un état dépressif. Davantage de femmes sont concernées par cette forme du trouble.

- ***Plusieurs formes de bipolarité atténuée***

Ces deux formes principales nécessitent régulièrement des hospitalisations en raison de la sévérité des manifestations dépressives et maniaques. Mais il existe d'autres pathologies de l'humeur caractérisées par une instabilité de l'humeur dans des proportions variables. Ces formes peuvent être décrites, mais dans la mesure où un consensus international n'a pas été trouvé, elles ne sont pas relevées dans les classifications internationales. La totalité de tous les troubles de l'humeur bipolaires est estimée entre 3,4 et 6,4 % de la population mondiale, ce qui signifie qu'entre 2 et 3,8 millions de Français en sont affectés. Il est possible de distinguer ces formes d'un trouble de l'humeur atténué selon plusieurs critères :

Certains patients feront un « **virage maniaque** » sous traitement antidépresseur : ils deviennent excités, perdent le sommeil, parlent beaucoup ; ce changement a souvent lieu du jour au lendemain, les manifestations dépressives disparaissent, puis de jour en jour, se développent davantage de manifestations maniaques. Le traitement antidépresseur doit être arrêté dans ce cas. Seulement une minorité de patients développe un virage maniaque sous traitement antidépresseur, mais chez eux existe une vulnérabilité qui les rend susceptibles de réagir de la même manière si un médecin leur prescrit de nouveau un antidépresseur.

D'autres patients sont concernés par une **dépression récurrente**, mais dans leur famille il y a des personnes qui ont déjà présenté des manifestations maniaques et/ou dépressives. Dans la mesure où il existe une vulnérabilité familiale, il y a un risque de développer un trouble de l'humeur bipolaire. Dans les deux cas, ceux qui feront un virage

maniaque et ceux qui auront à un moment un épisode maniaque sur dépression récurrente, il y a un risque d'évolution ultérieure vers un TBP II. Il est recommandé d'éviter de leur prescrire un antidépresseur dans la mesure du possible et de les stabiliser par un médicament à effet régulateur de l'humeur.

Certaines personnes sont caractérisées par un **tempérament de base hyper-thymique** : elles sont d'une nature gaie et optimiste, ce qui leur inspire un dynamisme important en les poussant à une activité permanente. Les autres les appellent hyperactives : elles élaborent une multiplicité de projets et elles sont capables de les mener à bout. Elles sont souvent extraverties, ce qui les rend très sociables : elles aiment être vues par les autres, elles aiment leur parler et elles parlent vite, elles ont un faible besoin de sommeil. Certaines professions attirent de telles personnalités : la vie politique, le showbiz, le journalisme, le commerce... Pendant longtemps de telles personnalités ne montrent pas de troubles psychiques – certaines n'en montrent jamais – mais si elles s'effondrent dans le sens d'un épisode dépressif majeur, celui-ci sera compris à la lumière de leur fonctionnement antérieur qui a pu signifier une défense contre une dépression fondamentale, une vulnérabilité cachée. Ce trouble se situe aux confins de la bipolarité. Le premier épisode dépressif survient souvent tardivement à l'occasion d'un surmenage, dans des situations répétées de stress ou une succession d'événements pénibles de la vie. Il y a, là aussi, un risque d'évoluer vers un TBP II dans le cas de la répétition d'épisodes dépressifs, ce qui peut justifier la prescription d'un médicament régulateur de l'humeur.

Les **troubles cyclothymiques** montrent une succession de périodes d'hypomanie et de dépression légère. Les personnes ne ressentent pas de tels troubles en permanence ; mais une période cyclothymique est caractérisée par des fluctuations de l'humeur pendant un certain temps : deux ans ou plus ; ensuite leur humeur se stabilise. Ces personnes évitent un état dépressif majeur et une décompensation maniaque : ce qui explique qu'elles se sentent rarement concernées par la maladie. Certaines ont un tempérament hyper-thymique de base, puis elles entrent dans une humeur alternée pendant une certaine période. Le **tempérament cyclothymique** en est une variante qui montre la vulnérabilité de l'humeur, tout en évitant une pathologie majeure. Il est marqué par une alternance entre un besoin accru de sommeil qui succède à une réduction de ce même besoin, par

une tendance à l'introversion qui succède à une recherche désinhibée de contacts avec les autres, par des pleurs inexplicables alternant avec des plaisanteries et des facéties excessives. L'application de règles d'hygiène de vie contribue à une meilleure stabilisation de leur humeur : de telles personnes doivent apprendre à se coucher à des heures régulières et à limiter leurs heures d'activités, à pratiquer un usage très modéré d'alcool, en s'imposant des temps réguliers de détente et de repos. Un régulateur de l'humeur n'est pas toujours nécessaire. On doit insister sur le fait que ces règles d'hygiène de vie sont recommandées à toutes les personnes au diagnostic avéré de trouble de l'humeur bipolaire.

Le **trouble dysthymique** montre une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de dépression récurrente. Ces personnes sont habituellement de mauvaise humeur ; elles peuvent se plaindre des comportements de leur entourage, elles se sentent malheureuses tout en accusant les autres, elles ont du mal à mettre leur propre fonctionnement en cause. Elles maîtrisent mal leurs états émotionnels et l'entourage subit leur réactivité et leur mauvaise humeur. On peut considérer ce trouble comme faisant partie du caractère d'une personne.

---

#### **4. Le ressenti des personnes en état maniaque**

Un état maniaque peut être la première manifestation d'un trouble de l'humeur bipolaire. Une telle pathologie peut s'installer en très peu de temps, de quelques jours à une semaine ; si les personnes sont déjà diagnostiquées bipolaires, le même temps très court prédomine. Souvent les individus ne s'inquiètent pas de leurs comportements. Au début généralement, leur famille accueille favorablement la gaieté exprimée et l'énergie déployée. Un médecin fera un diagnostic d'état maniaque si les troubles sont présents depuis au moins une semaine, sinon plus. Les personnes ressentent un certain nombre de manifestations qui deviennent des signes cliniques pour le médecin.

- ***Une euphorie persistante***

Les personnes se sentent gaies et légères, la vie leur paraît maintenant facile : elles sont enjouées, elles ont envie de chanter, de danser, de

jouer et elles veulent entraîner les autres dans le même tourbillon. Cette gaieté est excessive: il s'agit d'une euphorie qui persiste; elle surprend leur entourage qui les a souvent connues tristes et apathiques pendant les semaines ou les jours précédents.

- ***Des colères répétitives***

Cette euphorie est cependant labile, c'est une exaltation de l'humeur qui peut virer du côté de la colère d'une minute à une autre chez les sujets prédisposés. Par ailleurs, le trouble commence chez certains par une modification de leur caractère: ils feront des colères de façon répétitive, très difficilement supportées par les membres de leur famille.

- ***Une augmentation de l'estime de soi***

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

- ***Une réduction du besoin de sommeil***

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

- ***Une logorrhée***

Les personnes parlent plus que d'habitude, ceci est appelé logorrhée. Elles expriment le besoin de parler longuement de ce qu'elles