

présence de symptômes « résiduels »* et/ou de troubles cognitifs*. Il faut souligner qu'un mauvais insight est généralement responsable d'un défaut d'observance* médicamenteuse, aggravant le pronostic.

Le manque d'insight a donné lieu à des interprétations différentes (mais nullement incompatibles) selon les approches : il correspondrait ainsi à une défense psychologique (dénier d'une réalité traumatisante) pour les tenants de la psychanalyse, une « distorsion cognitive » (usage inapproprié d'une stratégie d'adaptation de type « évitant-échappant ») pour les cognitivistes, un dysfonctionnement cérébral (impliquant les lobes préfrontaux) au regard de la neuropsychologie.

Plusieurs types de thérapies (qui peuvent être complémentaires) sont donc susceptibles de contribuer à l'amélioration de l'insight des patients bipolaires : les psychothérapies d'inspiration analytique, les TCC*, la TIPARS*, la remédiation* cognitive, la psychoéducation*.

- **Intercritique(s) (période/symptômes –), voir cognitifs (troubles –), intervalle(s) libre(s), rémission, résiduels (symptômes)**

- **Intervalle(s) libre(s)**

Dès ses premières descriptions, la maladie maniaco-dépressive* a été caractérisée par une évolution comportant des « intervalles libres » entre ses épisodes (« folie circulaire » de J.P. Falret*, 1854 ; « folie intermittente » de J. Magnan, 1890), autrement dit des phases de rémission* ou périodes intercritiques, censées s'accompagner d'un retour à une humeur normale (normothymie ou euthymie) et être exemptes de toute symptomatologie (asymptomatiques).

Ce concept classique d'intervalle libre, toujours présent dans les classifications actuelles (en anglais, *free interval*), semble avoir été assez rapidement, sinon remis en cause, à tout le moins nuancé, par J. Baillarger d'abord, observant les rémissions souvent « partielles » de la « folie à double forme » (1854), puis E. Kraepelin, remarquant que des « accès extrêmement légers, à peine ébauchés, sont extraordinairement fréquents pendant les temps intermédiaires » de la « folie maniaque-dépressive » (1899-1913).

Par la suite, ces « temps intermédiaires » resteront, néanmoins, considérés comme « libres », ne suscitant que peut d'intérêt pour les divers auteurs, qui se consacreront surtout à l'étude des épisodes aigus de la maladie.

Plus récemment, des évaluations portant sur le fonctionnement et la qualité de vie des sujets bipolaires ont mis en évidence, chez nombre d'entre eux, l'existence d'une véritable souffrance « intercritique » – fréquemment liée à la présence de symptômes dits résiduels* et de troubles cognitifs* – ayant un impact défavorable sur le pronostic de leur pathologie.

■ Irritabilité

Bien que privilégiant l'euphorie* pour caractériser l'humeur des maniaques, E. Kraepelin (1913) n'en avait pas moins observé chez eux une « grande irritabilité », de même que des « explosions de colère », autrement dit une forme d'exaltation agressive.

Se livrant à une étude sur la tonalité des affects dans la manie*, F.F. Goodwin et K.R. Jamison (1990) souligneront que l'irritabilité (en anglais, *irritability*) se rencontrerait plus fréquemment que l'euphorie.

L'humeur de l'épisode (hypo) maniaque a été décrite plus récemment par le DSM-5 (2013) (dans la continuité du DSM-IV) comme : « élevée, expansive ou *irritable*, de façon anormale et persistante ». L'observation clinique, quant à elle, permet de constater qu'une euphorie prédominante peut rapidement laisser la place à de l'irritabilité (ou de la colère), notamment lorsque le sujet se trouve frustré ou contrarié.

L'irritabilité n'est pas citée en tant que critère habituel de l'épisode dépressif* par le DSM-5, qui précise, toutefois, qu'elle peut « éventuellement » se rencontrer chez l'enfant et l'adolescent.

Des dépressions irritables et « hostiles » ont été décrites comme appartenant au registre des états dépressifs mixtes* (F. Benazzi et H. Akiskal, 2005).

Le tempérament « irritable » caractérisé, notamment, par une humeur colérique au long cours, fait partie des tempéraments* affectifs susceptibles de faire le lit de la bipolarité.

Enfin, une « irritabilité marquée ou colère » représente l'un des symptômes du « trouble dysphorique prémenstruel », qui se retrouve, avec une fréquence accrue, chez les femmes souffrant de TBP.

En termes d'impact, l'irritabilité (ou la colère), qu'elle soit permanente ou récurrente, ne manque pas de générer des difficultés relationnelles, voire de graves conflits interpersonnels, dont les conséquences sont généralement dommageables sur le plan affectif, social, professionnel, et par là susceptibles de contribuer à des récives*.

K

▪ **Kindling**

Le phénomène de Kindling (littéralement : petit bois) ou d'« embrasement » représente un modèle d'explication de la vulnérabilité acquise au cours de la vie (*life time*) dans la maladie bipolaire, qui a été proposé par le chercheur américain Robert Post dans les années 1980-1990.

Comme les crises convulsives, provoquées chez l'animal par des stimulations électriques cérébrales d'intensité décroissante, en raison d'une sensibilisation (en anglais, *sensitization*) progressive (abaissement du seuil de réactivité), les épisodes successifs du trouble bipolaire se trouveraient déclenchés par des stress* de moins en moins intenses.

Si l'on retrouve généralement des stressseurs majeurs à l'origine de l'éclosion des tout premiers accès de la maladie bipolaire, l'augmentation de la vulnérabilité au stress, à la faveur de la répétition des épisodes (réputés avoir des effets « neurotoxiques » sur le cerveau, notamment limbique*), ferait que des événements de vie de plus en plus mineurs joueraient comme facteurs précipitants des récurrences ultérieures. Le poids des facteurs environnementaux tendrait ainsi à diminuer avec le temps, comme si la maladie gagnait en autonomie. D'où la survenue d'épisodes de plus en plus « spontanés » et l'accélération de la fréquence des cycles au fil de l'évolution de la pathologie.

Bien que l'hypothèse du Kindling ne semble pas pouvoir s'appliquer au parcours de tous les patients bipolaires et se trouve contestée par certaines études, elle incite à instaurer le plus précocement possible un traitement préventif des récidives* thymiques par thymorégulateurs*.

À noter que ceux-ci, et en particulier les anticonvulsivants*, auraient, selon les tenants de cette hypothèse, des propriétés « anti-Kindling », empêchant l'hypersensibilisation progressive.

- **Kraepelin (Emil), voir maniaco-dépressive (psychose –), mixtes (états –), tempéraments affectifs**

▪ Labilité (émotionnelle ; de l'humeur)

On peut considérer que la **labilité** (du lat, *labi*, « glisser ») **émotionnelle** (en anglais, *emotional lability*) représente, avec l'hyperréactivité émotionnelle, l'une des deux dimensions affectives de base du TBP. Bien que de nature différente, elles sont intimement liées, celle-ci favorisant celle-là.

Cette « labilité » est caractérisée par une variabilité importante des émotions sur des périodes très courtes, c'est-à-dire des émotions instables, changeantes et versatiles.

Elle se manifeste, en particulier, lors des épisodes maniaques et, notamment, ceux pourvus de caractères mixtes, les émotions positives (joie, enthousiasme) et négatives (tristesse, colère) pouvant alors se succéder brutalement, sans transition. Elle semble en rapport étroit avec l'hypersyntonie qui amène le sujet à entrer en symbiose avec son environnement et à réagir à ses sollicitations de manière excessive (ambiance, attitudes d'autrui...).

On peut également l'observer au cours des épisodes dépressifs* (ayant valeur d'indicateur* de bipolarité) (H. Akiskal, 1995) et en période inter-critique, où elle serait plus fréquemment associée à l'évolution du TBP de type II (F. Benazzi, 2004) et corrélée à la présence de comorbidités* anxieuses et/ou addictives.

La **labilité de l'humeur** (en anglais, *mood lability*) fait partie des caractéristiques diagnostiques de l'épisode maniaque (DSM-5, 2013) et consiste en des « changements rapides d'humeur sur de brèves périodes de temps », avec une alternance entre euphorie*, tristesse* et irritabilité*.

Emil Kraepelin, cent ans auparavant, la considérait déjà comme un « caractère essentiel de l'humeur des maniaques... sujette à des oscillations fréquentes et subites » (*La folie maniaque-dépressive*, 1913).

Elle se rencontre également dans les états mixtes*, où les symptômes maniaques et dépressifs peuvent « alterner rapidement d'un jour à l'autre, voire d'une heure à l'autre » (CIM10, 1993).

Au cours d'une dépression majeure, on pourra parler de labilité de l'humeur si, par exemple, une amélioration thymique, soudaine et spectaculaire, se produit suite à un événement agréable.

En phase intercritique du TBP, une instabilité de l'humeur (pouvant, éventuellement, résulter de l'existence d'un tempérament cyclothymique) constituerait un facteur prédictif de récurrence*.

On notera qu'une labilité thymique peut également s'observer dans le trouble de la personnalité borderline, avec des périodes de colère, de panique ou de désespoir – de quelques heures à quelques jours –, celles-ci ayant la particularité d'être souvent déclenchées par des stress interpersonnels.

■ Libido

Dans l'hypomanie* ou la manie*, la libido (latin, *libido*, « désir ») (anglais, *libido*), c'est-à-dire le désir sexuel, est très fréquemment augmenté. Ce qui peut conduire à manifester davantage d'intérêt pour le sexe, se montrer plus sensible à l'érotisme, porter des tenues vestimentaires provocantes, faire des rêves à thèmes sexuels, se sentir obsédé par la sexualité, consulter des sites pornographiques sur Internet...

L'activité sexuelle elle-même se trouvera généralement accrue (hypersexualité), donnant parfois lieu à une multiplication des aventures sans aucune prise en compte de leurs éventuelles conséquences dommageables (rapports non protégés, grossesse non désirée, risque de MST ; perte d'emploi, rupture conjugale...). En accès maniaque franc, le sujet pourra même se livrer à du harcèlement sexuel, de l'exhibitionnisme, voire de véritables agressions sexuelles.

Chez l'enfant, l'apparition soudaine de préoccupations sexuelles inappropriées pour son âge peut représenter l'un des symptômes d'un épisode d'hypomanie.

À l'inverse, en période dépressive, est observée une réduction, voire la disparition du désir sexuel, conséquence, pour une large part, de l'anhédonie*. Les rapports sexuels se font donc plus rares, d'autant que la fatigue, la perte d'énergie* et la tristesse* associées ne les favorisent guère.

Les traitements psychotropes sont, dans certains cas, susceptibles d'engendrer une baisse de la libido, ainsi que divers dysfonctionnements sexuels (éjaculation précoce ou retardée, anorgasmie...), qu'il est nécessaire d'aborder avec son médecin.

■ **Limnique (système –)**

Ce terme introduit par l'anatomiste français Paul Broca en 1878, décrivant le « grand lobe limbique » (du latin, *limbus*, « bord »), a été repris par le neurobiologiste américain Paul MacLean en 1952, sous le nom de « système limbique » (en anglais, *limbic system*), pour désigner le substrat neuroanatomique des émotions.

Ce système qui joue un rôle important, à la fois dans la signification affective attribuée aux stimuli de l'environnement (expérience subjective des émotions) et la production des réponses émotionnelles, est composé de plusieurs structures cérébrales, dont notamment : l'amygdale (siège de la mémoire émotionnelle), l'hippocampe (lieu de la mémoire contextuelle et autobiographique), l'hypothalamus et le cortex cingulaire.

Les diverses données issues des études en imagerie cérébrale, anatomique et fonctionnelle (IRMf), ont mis en évidence des anomalies du système limbique dans les troubles bipolaires, laissant supposer que ceux-ci sont sous-tendus par un dysfonctionnement de la régulation des émotions (modèle neurofonctionnel, M.L. Philipps, 2008). Les anomalies observées sont de nature structurelle et fonctionnelle : augmentation du volume et hyperactivation de l'amygdale et du cortex cingulaire antérieur subgénéral (situé en dessous du genou du corps calleux), avec un accroissement de la sensibilité aux stimulations émotionnelles, contrastant avec une réduction volumique et d'activité du cortex cingulaire antérieur dorsal et du cortex préfrontal dorsolatéral, tous deux impliqués dans le contrôle cognitif des émotions ; d'où la génération de réponses émotionnelles inadaptées (hyperréactivité émotionnelle).