

Ce guide pratique sur le trouble bipolaire est avant tout un recueil d'informations utiles sur cette affection qui touche près de cinq personnes sur cent. Il est destiné aux patients et à leurs proches désireux d'en savoir plus sur la reconnaissance, les causes et les approches thérapeutiques des troubles bipolaires. Loin d'être exhaustif, ce guide résume les connaissances actuelles sur ce sujet.

Il est aussi un outil de communication entre les patients, leurs proches et le médecin. « Parlons-en ! » dans l'espoir d'atténuer l'incompréhension et l'absence de communication relatives aux troubles bipolaires.

L'information est utile, mais elle devient plus efficace et vivante quant elle est accompagnée du partage d'expériences et de choses vécues. Cette brochure contient des témoignages authentiques de personnes bipolaires. Ces récits, plus que la théorie, expriment les difficultés rencontrées au quotidien, mais aussi l'incroyable capacité de toujours retrouver l'espoir d'une vie meilleure.



Le trouble bipolaire **Parlons-en!**

Daniel Souery
Sabine Martens



« L'intensité est un concept très important pour moi parce qu'il est positif. Dans les situations extrêmes, on vit des choses intenses, très intenses. Et, à la limite, quand on n'est pas dans ces extrêmes, la réalité paraît fort grise. Je n'aime pas cette grisaille. Le côté positif de cette maladie, c'est son intensité. Le tout est de gérer la fatigue. »

« Si aujourd'hui je vous dis : « Je suis heureuse, très heureuse », c'est vrai. Et peu importe s'il y a une heure ou deux, je me sentais un peu triste et dépressive. Tenez : ce matin, je ressentais du bonheur tout en percevant un arrière-fond dépressif. Je me sens un peu stressée, angoissée, triste... De quoi ai-je envie, qu'est-ce que j'appréhende... ? Quelles sont mes relations avec mes proches ? Telle personne m'a dit telle chose... Ça m'a touchée, ça a réveillé quelque chose en moi... » Avec le temps, j'ai appris à mettre des mots sur tout ça ou, pour le dire autrement, à être capable de reconnaître rapidement mon état émotionnel et mon humeur. Ça m'aide beaucoup. »



Table des matières

4	Avant-propos
6	Introduction
8	Comment reconnaître le trouble bipolaire ?
9	Quelles sont les variations de l'humeur dans le trouble bipolaire ?
10	Comment les phases hautes se présentent-elles ?
15	Comment les phases basses se présentent-elles ?
19	Quelles sont les différentes formes du trouble bipolaire ?
21	Qui peut développer un trouble bipolaire ?
22	Comment le trouble bipolaire évolue-t-il ?
25	Quelles sont les causes du trouble bipolaire ?
28	Quels sont les traitements du trouble bipolaire ?
28	Les traitements médicamenteux
34	Les traitements relationnels : les psychothérapies
36	L'hygiène de vie
39	La psychoéducation
41	Comment gérer le trouble bipolaire au quotidien ?
	Les courbes de l'humeur
48	Adresses utiles
50	Références

A

vant-propos

Mieux on est informé, mieux on est armé !

Le trouble bipolaire, ou mania-co-dépression, touche de nombreuses personnes dans le monde, et ce, généralement dès leur jeune âge. Environ 1% des gens sont atteints de cette maladie sous sa forme la plus typique (nommée type I). Parmi ces personnes, beaucoup ont déjà parcouru un long chemin avant qu'un diagnostic clair ne soit posé.

Le diagnostic du trouble bipolaire déclenche chez les patients et dans leur entourage un processus de compréhension et d'acceptation. L'information concernant la maladie et son traitement constitue par conséquent un soutien et une aide importants. Mieux on est informé, mieux on est armé !

L'accès à une information claire et correcte représente une évidente nécessité. Même s'ils jouent un rôle important à cet égard, les soignants ne parviennent pas toujours à donner le bon renseignement au bon moment ; c'est du moins ce qui ressort de certains témoignages. Les sites internet et les livres peuvent fournir une aide considé-

nable, mais il n'est pas toujours facile de s'y retrouver. Les groupes d'entraide, pour leur part, aident à rassembler et à diffuser une connaissance actualisée sur le trouble bipolaire et son traitement. Ils constituent également un forum où l'on peut partager son expérience, échanger des conseils pratiques et se convaincre qu'au moins, on n'est pas tout seul.

Cette brochure offre un aperçu complet de tout ce qui concerne le trouble bipolaire : symptômes, évolution, causes. Elle envisage les différents traitements. L'impact de la maladie sur l'entourage et le rôle possible de celui-ci sont également abordés. Mais ce qui fait l'intérêt particulier de cette brochure, ce sont les exercices interactifs qu'elle propose pour permettre aux patients d'exploiter dans leur situation individuelle les connaissances acquises. Quant aux témoignages de personnes affectées, beaucoup s'y reconnaîtront...

*Dr Sabien Wyckaert
UPC – KULeuven
Campus Kortenberg*

Un recueil d'informations utiles

La reconnaissance et le diagnostic des troubles bipolaires sont de véritables enjeux, ainsi qu'en atteste le délai de 5 à 10 ans qui s'écoule entre le moment où les premiers symptômes apparaissent et la mise en place du traitement. Le plus souvent, la personne qui souffre d'un trouble bipolaire aura vu plusieurs médecins avant que le problème ne soit reconnu.

Les récits de nos patients nous apprennent aussi combien ils sont seuls face à la maladie. L'incompréhension et l'absence de communication empêchent la famille et les proches de jouer un rôle actif dans l'aide et le soutien aux personnes bipolaires.

C'est souvent le hasard qui permet aux membres de la famille de comprendre ce qui leur arrive. Ensuite il faudra s'informer ; essayer de glaner ça et là des informations utiles sur la maladie, sur les traitements. Le médecin n'a pas toujours le temps d'en parler ou ne souhaite pas communiquer avec la famille. Alors, il reste les bouquins, qu'il

faut dénicher, ou internet qui, bien souvent, propose une multitude de sites difficiles à sélectionner. Quand on a un peu plus de chance, il y a les groupes d'entraide ou les associations de patients et de famille.

Ce guide pratique sur le trouble bipolaire est avant tout un recueil d'informations utiles. Il est destiné aux patients et à leurs proches désireux d'en savoir plus sur la reconnaissance, les causes et les approches thérapeutiques des troubles bipolaires.

*Dr Daniel Souery
Clinique des Troubles de l'Humeur
Hôpital Erasme, ULB*

Remerciements : nous tenons à remercier les personnes qui ont contribué par leurs témoignages à la rédaction de cette brochure : Michel de Smet, Marguerite, Alain, Nastascia Cool, Marline, Eric, Marie-Chantal, Pascale Fransolet et l'association Le Funambule.

Introduction

Le trouble bipolaire, ou maniaco-dépression, est une affection connue de très longue date. Dans l'Antiquité déjà, les médecins grecs décrivaient chez certaines personnes l'alternance de périodes d'exaltation ou d'euphorie et de périodes de tristesse profonde, de ralentissement et de désespoir.

Actuellement, ce trouble est identifié comme faisant partie des troubles de l'humeur. Il bénéficie dès lors d'approches thérapeutiques spécifiques, qui laissent présager une bien meilleure évolution qu'il y a quelques décennies encore.

Question essentielle : qu'est-ce que l'humeur ?

L'humeur est une disposition affective fondamentale qui se manifeste à trois niveaux. Tout d'abord, elle donne une coloration agréable ou désagréable aux événements que nous vivons ; ensuite, elle influence notre façon de ressentir, de penser et d'agir ; enfin, l'humeur influence le niveau d'énergie de notre organisme.

L'humeur de tout un chacun dépend de multiples facteurs, tant « internes » qu'« externes » : la biochimie cérébrale, les événements vécus, les ambiances, la lumière, l'histoire personnelle, les variations hormonales, le sommeil...



« Fin 93, j'ai eu ma première dépression. **J'ai vécu toute seule avec ça sans que personne n'en sache rien**, même pas mon nouveau compagnon, que je connaissais depuis six mois. Dans la famille, on n'avait pas cette « culture psy ». J'ai tenu le coup pendant des mois avant de finalement frapper à la porte d'un psychologue, parce que je n'en pouvais plus. »

Comme ces facteurs sont multiples, l'humeur dite « normale » fluctue naturellement, soit vers le haut (la personne est alors enthousiaste, énergique...), soit vers le bas (on dit que la personne a « le cafard » ou « un coup de blues »...).

Mais ces fluctuations d'humeur restent normalement limitées en durée et en intensité. Elles constituent le plus souvent une réponse à des événements particuliers et n'empêchent pas la personne qui les présente de fonctionner normalement.

Qu'est-ce qu'un trouble de l'humeur ?

Lorsque les fluctuations d'humeur dépassent en intensité ou en durée celles de l'humeur normale et qu'elles entraînent des perturbations du fonctionnement ou une souffrance, on parle d'un trouble de l'humeur. On distingue principalement deux catégories de troubles de l'humeur :

1. Les troubles dépressifs

Une personne qui souffre d'un trouble dépressif connaît des fluctuations d'humeur trop importantes « vers le bas ». Au vu des événements extérieurs, elle est anormalement triste, pessimiste, fatiguée, découragée, inquiète...

2. Les troubles bipolaires

Une personne qui souffre d'un trouble bipolaire connaît des fluctuations d'humeur trop importantes « vers le haut » et, le plus souvent aussi, « vers le bas ». C'est ce que nous allons expliquer plus en détail au long de cette brochure.

Comment reconnaître le trouble bipolaire

Le trouble bipolaire est une maladie qui touche la régulation et l'équilibre de l'humeur. Les personnes qui en souffrent sont sujettes à des variations d'humeur excessives, voire extrêmes, sans qu'il y ait eu d'évènement extérieur déclenchant ou réagissent de façon disproportionnée à cet évènement.

Les personnes bipolaires connaissent des périodes où leur humeur est excessivement « haute » : on parle d'état hypomane si l'élévation de l'humeur est relativement modérée et d'« état maniaque » si elle est très importante.

Mais les personnes qui présentent un trouble bipolaire peuvent également connaître des périodes où leur humeur est particulièrement basse : on parle alors d'« état dépressif » modéré ou sévère. Toutes les personnes bipolaires ne font pas nécessairement de dépression : c'est la présence, dans leur histoire, d'au moins une période d'humeur 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 au cours desquelles l'humeur est normale, comme le montre le schéma suivant.

Quelles sont les variations d'humeur dans le trouble bipolaire ?

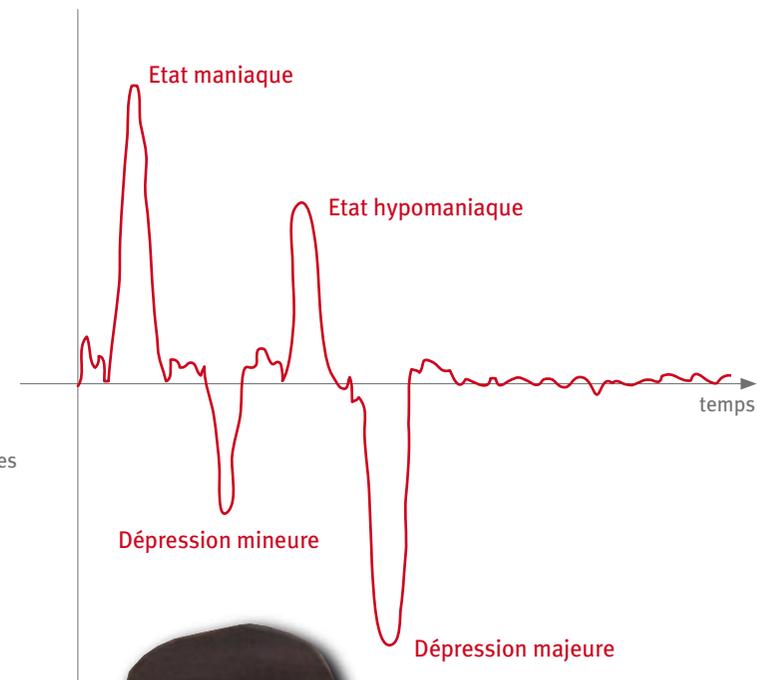
Humeur haute

Energie
Projets
Rapidité
Impatience
Communicabilité
Optimisme
Plaisir...
Mais aussi :
Irritabilité
Impulsivité
Colère
...

Humeur normale

Humeur basse

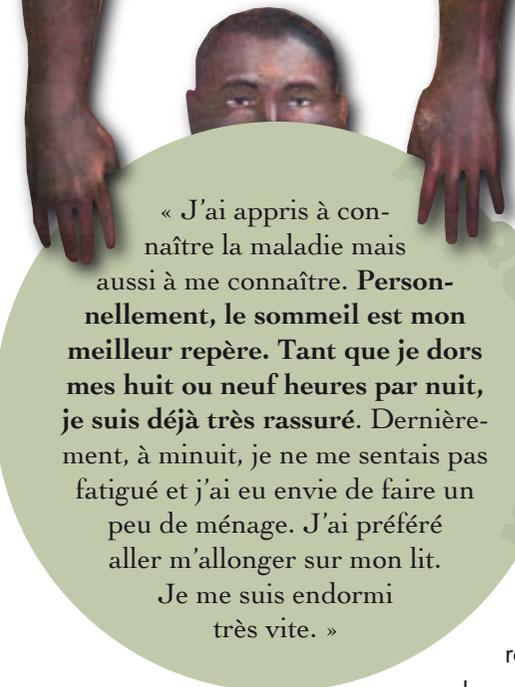
Pensées pessimistes
Idées noires
Fatigue
Lenteur
Perte de plaisir
Anxiété
Culpabilité
Tristesse
...



« Pendant mes périodes stables, je m'imaginai mes périodes hautes et mes périodes basses comme **un bouchon de liège flottant sur l'eau au gré des vagues**. C'est comme cela que je vois mes périodes d'exaltation et de dépression. »

AU QUOTIDIEN

Comment les phases hautes se présentent-elles ?



« J'ai appris à connaître la maladie mais aussi à me connaître. **Personnellement, le sommeil est mon meilleur repère. Tant que je dors mes huit ou neuf heures par nuit, je suis déjà très rassuré.** Dernièrement, à minuit, je ne me sentais pas fatigué et j'ai eu envie de faire un peu de ménage. J'ai préféré aller m'allonger sur mon lit. Je me suis endormi très vite. »

Les phases hautes débutent souvent par un sentiment accru de plaisir et d'énergie, une créativité inhabituelle, une trop grande facilité dans les contacts sociaux. Mais cette situation évolue rapidement vers un état d'euphorie ou d'irritabilité sévère. Les personnes en phase haute ont beaucoup de difficultés à reconnaître dans ces moments-là que leur vécu est une manifestation de leur trouble et ont tendance à rejeter les remarques de l'entourage.

Les phases hautes peuvent survenir graduellement ou très rapidement. Mais même lorsqu'elles surviennent de façon très rapide, il est exceptionnel qu'aucun signe ne les annonce. Ces signes, qu'on appelle « signes précurseurs », sont individuels et stables dans le temps. Ce seront donc ces mêmes signes qui réapparaîtront au début de chaque phase haute ; leur identification permet donc de prévenir la rechute.

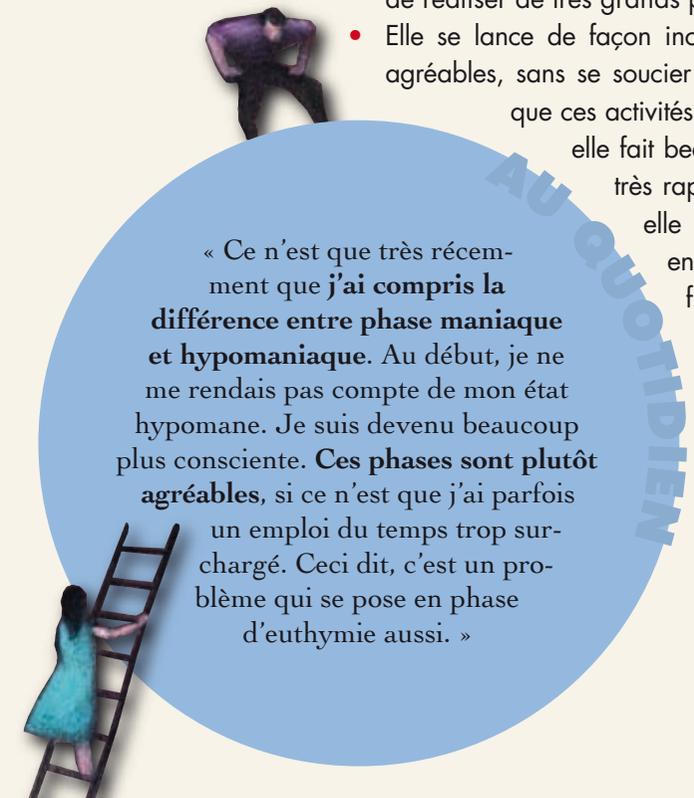
Exemples de signes précurseurs possibles d'une phase haute

- Dormir moins sans se sentir fatigué
- Conduire plus vite
- Parler plus vite
- Acheter plus
- Accomplir des tâches ménagères à des heures inhabituelles
- Faire des projets inattendus
- Chercher querelle
- Sortir de façon inhabituelle
- Modifier son habillement ou son maquillage
- Téléphoner plus
- Accroître fortement ses activités
- Autres : _____

Lorsque la phase hypomane ou maniaque est installée, la personne bipolaire présente classiquement les signes et symptômes suivants :

- Elle est particulièrement énergique.
- Elle se sent particulièrement euphorique ou irritable.
- Elle est très active.
- Elle a besoin de peu de sommeil, malgré ses nombreuses activités.
- Elle parle tellement et si vite que les autres ont peine à la suivre.
- Elle communique beaucoup : elle parle sans arrêt, écrit de multiples lettres, téléphone sans cesse, envoie de multiples e-mails...
- Elle pense à toute vitesse.
- Elle se surestime.
- Elle est si facilement distraite que son attention passe d'une chose à l'autre en quelques minutes ou en quelques secondes.
- Elle se sent très forte, puissante, invulnérable, capable de réaliser de très grands projets.
- Elle se lance de façon inconsidérée dans des activités agréables, sans se soucier des conséquences négatives que ces activités peuvent avoir, par exemple :

elle fait beaucoup d'achats, elle conduit très rapidement, elle sort beaucoup, elle consomme des drogues, elle engage des investissements financiers, elle part inopinément en vacances, elle a des relations sexuelles avec des inconnus...



« Ce n'est que très récemment que j'ai compris la différence entre phase maniaque et hypomaniaque. Au début, je ne me rendais pas compte de mon état hypomane. Je suis devenu beaucoup plus consciente. **Ces phases sont plutôt agréables**, si ce n'est que j'ai parfois un emploi du temps trop surchargé. Ceci dit, c'est un problème qui se pose en phase d'euthymie aussi. »

L'état hypomane



L'état hypomane est une forme atténuée de l'état maniaque. Au cours d'une telle phase, la personne se sent généralement en meilleure forme que d'habitude et elle peut aussi être beaucoup plus créative et productive. Par la suite, elle se souviendra avec plaisir de ces épisodes et cherchera parfois à les revivre, par exemple en consommant de l'alcool ou en arrêtant son traitement médicamenteux. Néanmoins, l'hypomanie ne peut se maintenir indéfiniment : elle est souvent suivie d'une escalade dans l'état maniaque ou d'un virage vers la dépression. Il est également à noter que certaines hypomanies sont surtout caractérisées par l'impatience, l'irritabilité, la permanence de conflits et la présence de moments d'anxiété. Le plus souvent, l'état hypomane ne nécessite toutefois pas une intervention médicale.

« Je ressens une hyper-grande confiance en moi, j'ai énormément d'énergie. Je dors beaucoup moins, je suis hyperactive, je fais plein de choses. En 2004, je me suis lancé comme indépendant, j'ai obtenu deux prêts différents, j'ai fait des business plans... J'étais capable de tout, je n'avais pas de limites. J'ai acheté une maison et j'ai entamé des travaux à l'intérieur. Financièrement, ça ne pouvait pas suivre. Puis, à un moment, je retombe et je passe dans l'extrême inverse. »

L'état maniaque

L'état maniaque est incompatible avec l'activité sociale : l'inadéquation du comportement est évidente pour tous. De plus, il met en danger la personne et son entourage : il s'agit donc d'une urgence médicale, nécessitant le plus souvent une hospitalisation. Dans des cas particulièrement graves d'état maniaque, la personne bipolaire peut présenter ce qu'on appelle des « symptômes psychotiques », c'est-à-dire des hallucinations

(elle voit ou entend des choses qui n'existent pas) ou des délires (elle est convaincue de choses qui n'existent pas). Le plus souvent, le délire est de type mégalomane avec des idées de grandeur excessives et une nette augmentation de l'estime de soi.

Le vécu de l'état maniaque est souvent agréable pour la personne, qui se sent invulnérable, toute puissante, capable de tout réaliser... dans ce cas, on parlera de « manie euphorique ». Mais il existe également des « manies dysphoriques » : la personne se sent surtout irritable, incomprise, persécutée par son entourage, très anxieuse face à ce qui lui arrive.

L'état mixte



Enfin, l'état maniaque peut se présenter sous la forme d'un « état mixte ». Dans l'état mixte, on retrouve les caractéristiques d'un état maniaque et d'un état dépressif grave ; la personne qui le vit se sent presque simultanément pleine d'énergie et de projets, culpabilisée, incomprise, désespérée...

L'état mixte est particulièrement difficile à vivre et les risques suicidaires sont très importants au cours de ces épisodes.

« Je me suis retrouvée à Paris puis, à Orléans. Je savais que Jeanne d'Arc était passée par là et je me prenais un peu pour elle, je ne peux pas le nier aujourd'hui. En phase maniaque, je perds facilement le contact avec la réalité. Mais les crises maniaques ne sont pas toujours celles que l'on croit. A Bruxelles, j'ai vécu des moments très agréables. Mais à Paris, j'étais exaltée, oui, mais pas euphorique. J'avais l'impression que les gens me regardaient bizarrement, j'avais un peu peur. A un moment, je me suis sentie si mal que j'ai failli me jeter dans la Seine. La manie douce du début s'était transformée en manie dure, douloureuse et angoissante. »

Profil personnel de manie ou d'hypomanie

> Cochez sur la liste (1) les symptômes que vous présentez en phase maniaque ou hypomaniaque

> Complétez si vous présentez d'autres symptômes

- J'ai des difficultés à me concentrer
- Je pense que les gens complotent contre moi
- J'ai une pensée très créatrice
- Je pense plus rapidement
- Je vois ou j'entends des choses que les autres ne voient pas ou n'entendent pas
- Mes pensées passent « du coq à l'âne »
- J'ai des projets grandioses
- Je me sens euphorique
- Je me sens plein(e) d'énergie
- Je me sens tout(e) puissant(e), invulnérable
- Je suis irritable
- J'ai l'impression que le monde tourne au ralenti
- Je dors peu
- Je me lance dans de nombreuses activités
- Je m'investis de façon démesurée dans une activité
- Je suis impulsif(ve)
- Je m'habille ou me maquille de façon extravagante
- Je fais des achats inconsidérés
- Je parle sans arrêt
- Je ris sans raison apparente
- Ma sexualité augmente
- Je perçois les couleurs et les bruits avec plus d'intensité
- Autres : _____



« Je ne me définis pas comme un maniaco-dépressif. Ce serait comme dire : " Bonjour, je m'appelle untel et j'habite telle commune. " Je ne veux pas que ce soit une marque de fabrique, je ne peux pas accepter cela. Mais je peux accepter les petits changements. »

Comment les phases basses se présentent-elles ?

Bien que les phases hautes soient plus spectaculaires, les personnes bipolaires passent souvent beaucoup de temps en phase dépressive. Leur vécu par rapport à ces phases est particulièrement douloureux.

Comme c'est le cas pour les phases maniaques, les phases dépressives peuvent survenir graduellement ou très rapidement. Mais lorsqu'elles surviennent de façon très rapide, il est exceptionnel qu'aucun signe ne les annonce. Nous retrouvons donc ici aussi des signes précurseurs, qui sont individuels et stables dans le temps. Ce sont ces mêmes signes qui réapparaîtront au début de chaque phase dépressive ; leur identification doit donc permettre d'agir rapidement sur la rechute dépressive et d'en limiter ainsi la durée, la gravité et les conséquences.

Exemples de signes précurseurs possibles lors d'une phase basse

- Dormir plus et se sentir néanmoins plus fatigué
- Se réveiller brusquement très tôt le matin
- Parler moins
- Éviter les contacts
- Se préoccuper de façon excessive de situations courantes
- Penser à la mort
- Être irritable
- Ne pas supporter le bruit
- Avoir des difficultés à s'endormir
- Être excessivement émotif
- N'avoir envie de rien
- Négliger de façon inhabituelle son apparence
- Consommer de l'alcool
- Autres : _____

Lorsque la phase dépressive est installée, la personne bipolaire présente classiquement les symptômes suivants :

- Elle se sent triste, pessimiste, elle « voit les choses en noir ».
- Elle n'éprouve plus d'intérêt ou de plaisir pour les choses qui l'intéressaient ou lui plaisaient antérieurement.
- Elle a des troubles du sommeil : soit elle a des difficultés à dormir, soit elle dort trop.
- Elle a des troubles de l'appétit : elle mange moins ou, au contraire, plus.
- Elle a des difficultés à se concentrer.
- Elle a des difficultés à prendre des décisions.
- Elle est ralentie dans ses activités, ou bien tellement anxieuse qu'elle ne tient pas en place.
- Elle n'a plus d'espoir, elle se sent coupable ou sans valeur.
- Elle pense au suicide ou à la mort.

L'humeur dépressive, c'est à dire la tristesse et le pessimisme, ainsi que la perte d'intérêt et de plaisir, sont les symptômes de base de l'état dépressif. Les autres symptômes sont souvent présents, mais pas de façon constante.

On parle d'état dépressif majeur lorsqu'un ensemble de signes et symptômes sont présents de manière durable (plusieurs semaines) et qu'ils entraînent une souffrance importante ainsi que des perturbations dans le fonctionnement habituel.

La mélancolie est une forme particulièrement sévère de dépression majeure : elle se caractérise par des symptômes dépressifs prononcés, notamment le ralentissement et les troubles du sommeil. Dans des cas particulièrement graves, des symptômes psychotiques peuvent se manifester : hallucinations (la personne voit ou entend des choses

« Dans ces moments-là, les larmes n'arrêtent plus de couler et la souffrance, malheureusement, est quasiment intolérable. Heureusement, je n'étais pas seul. Des associations m'ont aidé : Télé Accueil, SOS Suicide... Je n'oublie pas mes psychiatres, bien sûr. »

qui n'existent pas, par exemple des voix qui l'insultent...) ou délire (la personne croit fermement en des choses qui n'existent pas, par exemple, elle est persuadée d'être coupable de méfaits, elle est convaincue à tort d'être ruinée).

Le risque suicidaire est élevé dans les phases dépressives : très souvent en effet, la personne déprimée pense que la mort est la seule issue à sa situation.



« On ne voit plus de solutions, on se dit que la seule solution serait la mort pour arrêter la souffrance qu'on a au fond de soi, arrêter de se sentir mal tous les jours, de se réveiller avec des idées noires et sans voir d'issues à sa vie. On se dit qu'on ne va pas s'en sortir, qu'on ne vaut rien... Je n'arrivais même plus à me laver le matin, à prendre soin de moi, à cuisiner... je n'arrive plus à être un être humain. Je me comporte en quelque sorte comme un animal qu'on nourrit, qu'on lave ou presque. C'est à ce moment-là que les idées arrivent. »

Profil personnel de dépression

> Cochez sur la liste (1) les symptômes que vous présentez en phase dépressive

> Complétez si vous présentez d'autres symptômes

- J'ai des difficultés à me concentrer
- J'ai des difficultés à me décider
- Je pense que les autres se moquent de moi
- Je pense plus lentement
- Je pense à la mort ou au suicide
- Je pense de façon exagérée à mes difficultés financières
- Je vois ou j'entends des choses que les autres ne voient pas ou n'entendent pas
- Je me sens inutile, incapable et sans valeur
- Je n'éprouve plus de plaisir
- Je me sens exagérément coupable
- Je me sens trop triste
- Je me sens vide affectivement
- Je me sens trop anxieux(se)
- Je me sens trop fatigué(e), comme sans énergie
- Je me sens facilement irrité(e)
- Je n'éprouve plus d'intérêt pour mes activités
- Je me sens désespéré(e)
- J'ai moins de désir sexuel
- Je dors mal
- J'évite les contacts
- J'entre en conflit sans raison valable
- Je mange moins
- Autres : _____



« J'avais l'impression que je ne retrouverais plus jamais l'espoir. Intellectuellement, j'étais très diminuée. Je ne parvenais pas à mettre des mots sur ce que je vivais. L'entourage me disait : " Fais un effort, ça va s'arranger, il y a des choses plus importantes dans la vie. " Je peux comprendre, ils étaient déçus. »

AU QUOTIDIEN

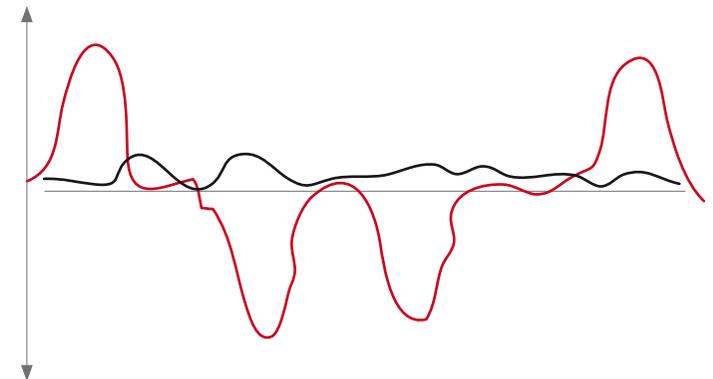
Quelles sont les différentes formes du trouble bipolaire ?

Actuellement, trois formes de trouble bipolaire sont reconnues. Chacune des formes décrites ci-dessous entraîne des particularités de prise en charge, notamment au niveau médicamenteux.

Le trouble bipolaire I

Présence d'un état maniaque franc, ou d'un état mixte, dans l'histoire d'une personne qui présente des épisodes réguliers de dépression majeure.

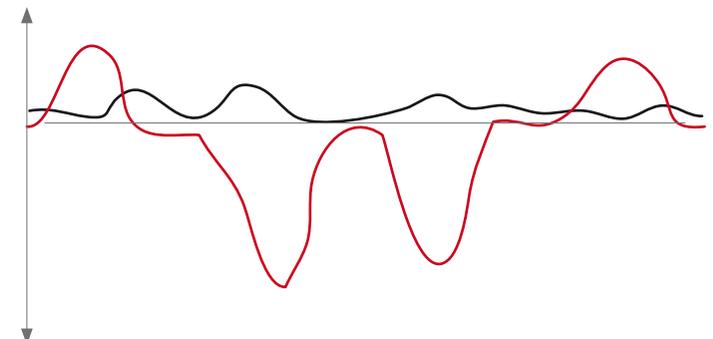
- Fluctuations de l'humeur normale
- Trouble bipolaire I



Le trouble bipolaire II

Présence, dans l'histoire de la personne, d'états hypomanes et d'épisodes réguliers de dépression majeure.

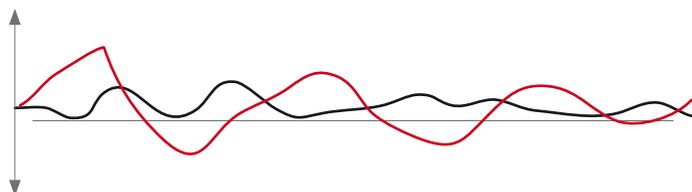
- Fluctuations de l'humeur normale
- Trouble bipolaire II



La cyclothymie

Présence dans l'histoire de la personne de nombreux épisodes de dépression modérée et d'hypomanie, qui durent de quelques jours à quelques semaines et sont entrecoupés de courtes périodes de stabilité d'humeur. La cyclothymie a comme particularité d'apparaître très tôt, en général à l'adolescence.

- Fluctuations de l'humeur normale
- Cyclothymie



Qui peut développer un trouble bipolaire ?

Le trouble bipolaire sous sa forme type I touche près de 2% de la population, sans distinction de sexe, d'origine géographique ni de niveau social ou culturel. Mais si on considère toutes les formes possibles du trouble bipolaire, certaines études mettent en évidence le fait que 5 à 6 personnes sur 100 en seraient atteintes (2) (3).

Toute personne est susceptible de développer un trouble bipolaire, mais la probabilité de voir apparaître la maladie sera d'autant plus importante que l'on retrouvera dans sa famille d'autres personnes souffrant de ce trouble.

L'affection apparaît généralement entre 15 et 19 ans, avec un autre pic de vulnérabilité qui se situe entre 20 et 24 ans. La maladie débute donc majoritairement avant 30 ans et concerne l'adolescent et l'adulte jeune. Néanmoins, dans certains cas, les premiers accès apparaissent soit vers 40 ans, soit plus tôt, dans l'enfance.

« A l'annonce du diagnostic, j'étais contente parce que je savais enfin ce que j'avais, pourquoi je ne dormais pas ou difficilement depuis des mois. **Je savais que j'allais être soignée, que j'allais être prise en main**, que j'allais comprendre le pourquoi de mes réactions... il y avait une maladie, ce n'était pas ma faute. »

Comment le trouble bipolaire évolue-t-il ?

L'évolution du trouble bipolaire sera différente en fonction des individus, des traitements, du mode de vie et de l'entourage.



Il est toutefois essentiel de comprendre qu'il s'agit d'un trouble d'évolution chronique : dès lors que les premiers états dépressifs, hypomanes ou maniaques se sont manifestés, ils peuvent réapparaître même après plusieurs années d'humeur normale. D'où l'importance d'un traitement continu, d'une vigilance particulière et d'un suivi médical régulier, même quand tout semble aller bien.

Evolution
« naturelle »
sans traitement

S'il n'y a pas de traitement, ou si le traitement est insuffisant ou mal adapté, les épisodes d'humeur haute et basse vont se reproduire régulièrement et la période d'humeur normale entre ces épisodes va progressivement devenir plus courte.

Dans les troubles bipolaires, les épisodes maniaques et dépressifs durent de 3 à 6 mois sans traitement. La fréquence des cycles est variable d'une personne à l'autre : telle personne va par exemple présenter un épisode de manie ou de dépression qui dure 3 à 4 mois, puis pendant plusieurs années, connaître une humeur normale avant de traverser un nouvel épisode d'hy-

pomanie, de manie ou de dépression. Telle autre va présenter des rechutes beaucoup plus fréquentes, pouvant aller jusqu'à une forme de la maladie particulièrement difficile à vivre, que l'on nomme « cycles rapides ». Une personne souffrant de cycles rapides présente au moins quatre épisodes maniaques, hypomaniaques, mixtes ou dépressifs par an.

Cycles classiques



Cycles rapides



A mesure que les épisodes dépressifs et maniaques se répètent, ils deviennent plus difficiles à traiter. Les risques encourus par la personne au cours de tels épisodes sont très importants : le risque est à la fois social (perte d'emploi, dépenses d'argent inconsidérées...), relationnel (ruptures, conflits interpersonnels...), mais aussi physique (risque de suicide, d'accident, de blessures...).

Entre ces épisodes, la personne qui n'a pas été correctement traitée peut garder certains symptômes qu'on appelle « résiduels » : retrait social, désorganisation, irritabilité, manque

d'intérêt pour les activités quotidiennes ou nouvelles. Bien que moins intenses que lors des phases maniaques et dépressives, de tels symptômes continuent à perturber la vie relationnelle et l'adaptation sociale des personnes qui en souffrent.

Bénéfices des approches thérapeutiques

Si le trouble bipolaire est correctement traité, son pronostic est beaucoup plus favorable.

Le traitement de base est le traitement médicamenteux, principalement les stabilisateurs de l'humeur dont nous parlerons plus loin.

Mais considérons déjà ce résultat : 50% des patients bipolaires traités par un stabilisateur de l'humeur, tel que le lithium, ne font

aucune rechute sur une période de 18 ans d'observation, 40%

continuent à faire des rechutes mais

moins graves ou moins fréquentes, et seuls 10% des patients ne répondent pas à ce traitement, mais peuvent

bien entendu répondre à d'autres médicaments stabilisateurs (4). D'autres éléments

interviennent également dans la stabilisation de l'humeur : les traitements

relationnels ou psychothérapies, la connaissance de la maladie et

de ses traitements, le respect de certaines règles d'hygiène de vie et le soutien de l'entourage.

Tous ces éléments conjugués devraient donc permettre à la

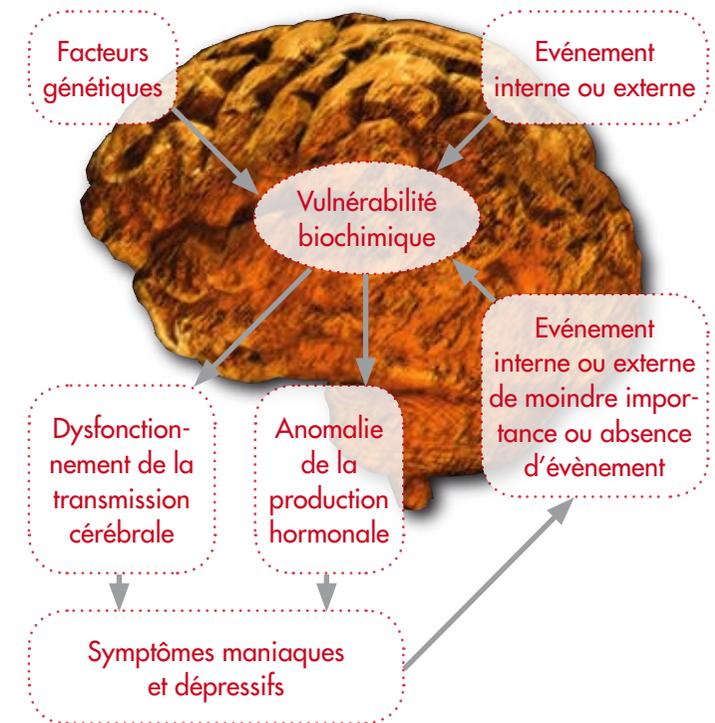
personne bipolaire d'éviter les rechutes et de conserver une

qualité de vie appréciable.

« La solitude, chez moi, est un facteur très aggravant. Si, au plus profond de la dépression, une personne adéquate, je ne parle pas d'un quidam qui viendrait se moquer ou faire des réflexions... **si cette personne peut faire en sorte que je sorte de chez moi, alors c'est bon.** Le problème, c'est la solitude. Je ne crois pas aux médicaments seuls, à la psychothérapie seule, à l'introspection seule. Dans la pratique, il faut être accompagné. »

Quelles sont les causes du trouble bipolaire ?

Quelques pistes...



A l'heure actuelle, on ne connaît pas avec certitude les causes des troubles bipolaires, mais il apparaît clairement que des facteurs biologiques sont impliqués.

Ceux-ci résulteraient d'anomalies dans la production et la transmission de substances chimiques produites par certaines cellules du cerveau : on nomme ces substances « neurotransmetteurs ». Les plus connues dans le domaine de la régulation de l'humeur sont la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. On constate également dans le trouble bipolaire une anomalie dans la production de certaines hormones, notamment le cortisol, également impliqué dans le stress et l'anxiété.

Ces anomalies seraient liées à des facteurs génétiques. Bien qu'à l'heure actuelle, on n'ait pas encore identifié de façon formelle des gènes associés au trouble bipolaire, on observe néanmoins que la maladie est plus fréquente chez les personnes qui ont des antécédents familiaux, c'est-à-dire des membres de leur famille qui ont souffert ou souffrent de ce trouble.

L'altération génétique serait à l'origine d'une vulnérabilité, c'est-à-dire d'une possibilité plus importante de développer la maladie. On observe que, dans une majorité de cas, cette vulnérabilité se révèle à la suite d'un événement ou d'une histoire de vie bouleversants pour la personne : on parle alors de « stress initial » ou de « facteur déclenchant ».

« J'ai toujours été extrêmement sensible. Maintenant, ça ne veut rien dire... Je me suis toujours demandé si les événements de la vie avaient créé cette maladie ou si elle était là dès le départ, je n'ai pas de réponse à cette question. »



C'est donc l'interaction de facteurs biologiques et environnementaux qui explique le mieux l'apparition d'un trouble bipolaire.

Lorsque la première crise aura eu lieu, le trouble bipolaire aura tendance à suivre une évolution autonome : les cycles pourront réapparaître spontanément, sans qu'aucun événement, ni interne ni externe, ne les provoque. Dans un grand nombre de cas, cependant, leur réapparition sera favorisée par certaines situations,

même si elles sont d'intensité plus faible ou de nature différente que la situation initiale. Parmi ces situations, on relève surtout les situations de stress, les événements de vie, qu'ils soient heureux ou malheureux, les modifications du rythme de vie, les maladies, la prise d'alcool ou de drogues.



« Avant toutes mes thérapies, je me disais toujours que j'avais eu une enfance heureuse. Puis, au fur et à mesure, j'ai réfléchi. On avait bien reçu tout ce dont on avait besoin. **Mais une chose n'était pas permise : épanouir sa personnalité.** Il y avait peu de place pour la spontanéité. Mais je ne pense pas que j'ai eu des symptômes quand j'étais enfant. A 26 ans, j'ai perdu ma femme. Cette perte a sans doute été un déclencheur. »

Quels sont les traitements du trouble bipolaire ?

Les traitements médicamenteux

Le traitement est complexe et comporte deux phases :

- la phase aiguë : traitement d'un épisode maniaque, dépressif ou mixte.
- la phase de prévention (ou de maintenance) : prévention de nouveaux épisodes (maniaques, hypomanes, dépressifs ou mixtes).

Il existe différentes options thérapeutiques :

- Les médicaments, indispensables lors des phases aiguës et pour la prévention des récurrences.
- L'éducation et l'information, essentielles afin d'aider les patients et leur famille à connaître la maladie et à diminuer les risques de complications.
- Les psychothérapies, parmi lesquelles les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, mais surtout les thérapies comportementales et systémiques semblent être les plus indiquées pour les personnes souffrant de troubles bipolaires. D'autres thérapies, comme la thérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux, sont en train de se développer, en particulier aux Etats-Unis (5).

Médicaments utilisés dans les troubles bipolaires (stabilisateurs de l'humeur, antidépresseurs, antipsychotiques, benzodiazépines)

Les stabilisateurs de l'humeur
(synonymes : thymorégulateurs, traitements prophylactiques)

Les médicaments stabilisateurs de l'humeur ont pour propriété principale de prévenir les risques d'apparition d'épisodes aigus de manie ou de dépression. Par ailleurs, ils présentent aussi un effet antimaniaque. Ces médicaments n'induisent pas ou n'engendrent pas d'épisodes maniaques ou dépressifs.

Le lithium (Maniprex®, Camcolit®, Priadel®), le valproate (Depakine®) et la carbamazépine (Tegretol®) possèdent ces propriétés. Le lithium est utilisé depuis plus de 30 ans dans les troubles bipolaires, le valproate et la carbamazépine ont, à l'origine, été développés en tant qu'anti-convulsivants dans le traitement de l'épilepsie.

Le lithium est particulièrement efficace pour le traitement des états maniaques « classiques-euphoriques ». La carbamazépine et surtout le valproate sont préférables en cas d'états mixtes ou de cycles rapides. Un traitement par lithium peut affecter la fonction rénale et thyroïdienne et nécessite un examen sanguin régulier. Un traitement à base de valproate ou de carbamazépine nécessite un contrôle régulier de la fonction hépatique et de la formule sanguine (hématologie). La lamotrigine (Lambipol®, Lamictal®) est aussi un anti-épileptique possédant des propriétés thymorégulatrices, particulièrement efficace dans la prévention des rechutes et des récurrences dépressives.

On sait depuis peu de temps qu'une prévention des rechutes peut aussi être obtenue par l'olanzapine (Zyprexa®), un médicament qui fait partie de la famille des antipsychotiques atypiques.

Les antidépresseurs

Les antidépresseurs traitent les symptômes dépressifs. Dans les troubles bipolaires, en particulier le trouble bipolaire I, les antidépresseurs doivent être utilisés avec un stabilisateur de l'humeur. La prise d'un antidépresseur seul risque d'induire un virage maniaque. Les antidépresseurs ont surtout été utilisés dans le trouble dépressif unipolaire. Dans certaines formes particulièrement sévères de dépression bipolaire avec symptômes psychotiques, mélancoliques ou en présence d'un risque suicidaire élevé, l'électroconvulsivothérapie est indiquée.



Les anti-
psychotiques
(synonyme :
neuroleptiques)

Généralement, les antipsychotiques sont utilisés afin de réduire les symptômes psychotiques (délires, hallucinations) qui surviennent parfois lors d'épisodes dépressifs, maniaques ou mixtes sévères.

Dans les troubles bipolaires, les antipsychotiques sont également utilisés ; même en l'absence de symptômes psychotiques, pour leurs propriétés sédatives, qui permettent de contrôler l'anxiété et l'agitation.

Il semble, selon des études récentes, que certains antipsychotiques aient aussi une efficacité antimaniaque et thymorégulatrice (en particulier certains nouveaux antipsychotiques dits « atypiques »). Les antipsychotiques sont donc souvent associés à un traitement thymorégulateur.

« Quand on m'a annoncé mon diagnostic, j'étais plutôt soulagé. J'ai moins apprécié l'idée que je devrais prendre un médicament à vie, c'est quelque chose qui ne passe pas chez moi. Je me pose beaucoup de questions sur les médications, je ne sais pas si elles sont tellement efficaces. A une certaine période, je ne me sentais pas du tout maniaque-dépressif. Et j'ai arrêté de prendre du lithium pendant trois ans, sous contrôle médical. »

Il existe 2 catégories d'antipsychotiques : les anciens (aussi appelés typiques ou conventionnels) et les nouveaux (atypiques). Les seconds ont l'avantage de présenter un meilleur profil de tolérance avec moins d'effets secondaires : l'olanzapine (Zyprexa®), la risperidone (Risperdal®), la clozapine (Leponex®), l'aripiprazole (Abilify®) et la quétiapine (Seroquel®).



Les
benzodiazepines

Utiles dans le traitement de l'insomnie et de l'anxiété.

L'hospitalisation

L'hospitalisation est fréquente pour le trouble bipolaire I. En raison des conséquences dévastatrices de l'état maniaque et du manque de conscience morbide, certains patients sont hospitalisés afin d'optimiser le traitement et de réduire les conséquences négatives du trouble. L'état dépressif sévère peut aussi nécessiter une hospitalisation.

« Depuis que je prends ce nouveau médicament, c'est le jour et la nuit. J'étais très souvent allongé au lit. Aujourd'hui, je fais plein de choses. Bien sûr, je fais encore régulièrement des siestes mais franchement, ça va déjà beaucoup mieux. Mais le médicament ne fait pas tout, je vais devoir continuer à travailler. »

Feuille de suivi (I)

Période du _____ au _____

Médicament

Matin Midi Soir Nuit

Nom + dosage par comprimé ou millilitre

Forme
Nombre

Stabilisateurs de l'humeur

Antidépresseurs

Neuroleptiques / antipsychotiques

Anxiolytiques

Médicaments du sommeil

Médicaments somatiques

Autres :

Feuille de suivi (II)

Période du _____ au _____

Mes effets secondaires pendant cette période

Dates et résultats des derniers dosages

Date de la prochaine :

• consultation chez le psychiatre :

• consultation chez le psychologue :

• consultation chez le médecin traitant :

• prise de sang :

• autres :

Pendant cette période, mon humeur a été :

Haute non un peu beaucoupNormale non un peu beaucoupBasse non un peu beaucoupFluctuante non un peu beaucoupDes éléments susceptibles d'influencer
mon état d'humeur se sont-ils produits ? non oui

Les traitements relationnels : les psychothérapies

La psychothérapie est une technique de soins non médicamenteuse, qui crée les conditions d'une interrogation sur soi grâce à la présence d'une personne qualifiée, le psychothérapeute.

Grâce à cette interrogation sur elle-même, la personne pourra accéder à sa dimension psychologique. Il existe de multiples formes de psychothérapies. Celles qui sont le plus souvent recommandées pour les personnes bipolaires sont la thérapie d'inspiration analytique, la thérapie cognitive et la thérapie systémique familiale.



« Ma psychothérapie m'a permis de trouver en moi les ressources pour m'en sortir. Ma thérapeute était profondément optimiste. Tout ce que je disais paraissait normal même si c'était en pleine période agressive, irritable, un peu parano. De par son naturel, ce que je vivais restait acceptable chez elle. Ca m'a aidé dans mes relations avec mon entourage. »

Les buts d'une psychothérapie

- Le but de toute psychothérapie, quelle qu'elle soit, est de permettre à la personne de connaître un mieux-être :
 - > en lui permettant de dépasser des symptômes difficiles à vivre
 - > en augmentant la connaissance qu'elle a d'elle-même
 - > en lui permettant de découvrir et d'expérimenter de nouvelles façons d'être ou de nouvelles façons d'agir.
- Certaines psychothérapies se concentrent sur ce qui gêne immédiatement, que ce soit un symptôme comme l'angoisse, la peur d'entrer en contact avec les autres ou une manière particulière de penser lorsque l'on est déprimé.
- Dans d'autres cas, la psychothérapie recherche l'origine psychologique de symptômes comme la tristesse, l'auto-dévalorisation ou l'angoisse, de façon bien sûr à permettre à la personne qui les éprouve de les dépasser. Elle fait alors appel aux souvenirs de la personne ainsi qu'au sens que ceux-ci prennent dans l'édification de son histoire.

Pourquoi faire une psychothérapie lorsqu'on souffre d'un trouble bipolaire ?

La personne qui présente un trouble bipolaire vit une situation de souffrance psychologique importante, que ce soit pendant les crises ou entre celles-ci.

Mais lorsqu'elle est en phase maniaque ou en phase dépressive majeure, elle aura des difficultés à entreprendre ou à poursuivre un travail psychothérapeutique. Par contre, ce travail est réalisable entre les périodes de crise, ainsi que dans les périodes de dépression mineures.



La psychothérapie doit permettre à la personne bipolaire d'acquiescer une meilleure qualité de vie et une meilleure stabilisation de son humeur grâce notamment aux éléments suivants :

- Elle aide la personne à se restructurer après une crise
- Elle aide la personne à gérer les conséquences de sa maladie
- Elle aide la personne à donner un sens à ce qui lui arrive
- Elle aide la personne à mieux communiquer avec son entourage
- Elle aide la personne à mieux gérer ses stress passés et présents
- Elle diminue le sentiment de solitude et d'incompréhension
- Elle diminue l'incertitude de la personne face à elle-même
 - Elle aide la personne à dépasser les sentiments de culpabilité ou de honte liés à la maladie

« Le travail thérapeutique a été pour moi long et difficile. J'ai beaucoup pleuré. J'ai aussi perdu beaucoup de temps à ressasser toujours les mêmes histoires, **Mais j'ai aussi eu beaucoup de courage pour changer les choses qui devaient être changées.** J'ai appris le verbe accepter. J'ai aussi appris à reconnaître mes limites. Ce travail m'a permis aussi d'accomplir le deuil du travail, justement. »

L'hygiène de vie

Dans le trouble bipolaire, les rechutes maniaques, hypomaniaques et/ou dépressives peuvent se produire de façon tout à fait spontanée. Elles sont néanmoins particulièrement favorisées par plusieurs facteurs extérieurs, à savoir un mode de vie irrégulier, une consommation d'alcool ou de drogues, des situations de stress émotionnel.

Quelles sont les éléments propres à favoriser une stabilisation de l'humeur ?

Une vie régulière et, surtout, des heures de sommeil régulières et suffisantes

Il est essentiel qu'une personne bipolaire ait un rythme de vie, d'activité et surtout de sommeil régulier. Des symptômes maniaques ou dépressifs peuvent apparaître très rapidement après quelques nuits de mauvaise qualité, que celles-ci résultent d'une

modification des activités de la journée, de préoccupations diverses ou d'éléments extérieurs tels que le bruit, la chaleur, etc. Les personnes bipolaires devront donc éviter à tout prix le travail à horaire irrégulier ou à pauses. Elles devront être particulièrement attentives au risque de rechute lors de certaines circonstances : sorties tardives, voyages, périodes d'examen, etc.

L'abstinence d'alcool et de drogue

L'alcool et les drogues sont des substances dites « psychoactives ». Elles agissent sur les cellules cérébrales, notamment sur celles de la régulation de l'humeur, et déstabilisent celle-ci.

Dès lors, les personnes bipolaires doivent se fixer une ligne de conduite très claire en ce qui concerne la consommation de substances :

1. Réduire au maximum la consommation d'alcool, voire, pour certains, s'en abstenir complètement.

Afin de parvenir à réduire cette consommation, on peut donner les conseils suivants :

- Ne pas boire seul
- Ne pas boire à jeun
- Ne pas prendre l'habitude de consommer régulièrement de l'alcool au travail ou en famille
- Consommer de l'alcool uniquement lors de certaines occasions sociales. Dans ces occasions, ne pas boire plus d'un verre par heure et pas plus de trois verres au total
- Fuir les personnes ou les situations qui poussent à boire.

2. S'abstenir impérativement de toute consommation de drogues.



Si une personne décide d'arrêter une consommation régulière d'alcool ou de drogue importante ou de longue date, il est essentiel qu'elle se fasse aider médicalement.

Une gestion adéquate des situations de stress

Les personnes bipolaires sont extrêmement sensibles aux facteurs de stress émotionnels, qui précipitent dès lors les rechutes maniaques ou dépressives. Ces facteurs de stress peuvent être des événements douloureux ou même heureux : promotion, perte d'emploi, mariage, rupture, conflit, départ d'un enfant, accident, maladie, gain financier imprévu... De telles situations déclenchent bien entendu des émotions importantes. Mais les facteurs de stress peuvent aussi être plus discrets, insidieux, chroniques ; il s'agit par exemple d'un surmenage, d'une mauvaise ambiance au travail, de problèmes de communication, de problèmes financiers, etc.

Une personne bipolaire doit donc apprendre à gérer au mieux ses situations de stress.

Les éléments à prendre en considération dans la gestion du stress sont :

1. L'état physique de la personne
2. Le soutien qu'elle reçoit de son entourage
3. La perception qu'elle a de la situation vécue

La personne parviendra à gérer son stress grâce à différentes méthodes :

1. En dormant plus
2. En faisant de la relaxation
3. En ayant des activités physiques
4. En ayant des loisirs
5. En faisant du sport

« En plus de la peinture et de la sculpture, je fais un **maximum d'exercice physique** : aquagym, badminton, et de temps en temps, du yoga. Si je n'ai rien à faire, je me sens mal. J'ai pris conscience de ça. A la limite, c'est plus difficile de structurer ses journées quand on ne travaille pas que quand on travaille. D'un autre côté, quand on ne travaille pas, on peut s'arranger pour ne plus subir aucun stress. »

Elle peut aussi avoir recours à des approches plus complexes, comme la résolution des problèmes, la réorganisation de son temps ou de sa communication avec les autres. Enfin, il faut savoir qu'une expression adéquate des émotions est un élément central de la gestion du stress émotionnel.



La psychoéducation

« C'était très intéressant. Mon mari n'avait pas envie d'aller chez un psy, parce qu'il estimait qu'il n'avait pas de problèmes. Donc, là, **il a pu entendre dire par d'autres des choses qu'il sentait lui-même**. Comme c'était une formation très structurée, il a pu apprendre en détail les symptômes, les mesures à prendre, les types de médicaments... »

Autre point clé dans la gestion du trouble bipolaire : la connaissance que la personne et son entourage peuvent avoir de la maladie elle-même.

Cette connaissance peut s'acquérir de différentes façons : lectures, consultation de sites Internet, échanges avec les soignants...

Depuis quelques années, des activités de psychoéducation se développent afin de permettre à la personne bipolaire ainsi qu'à son entourage de mieux connaître et, dès lors, de mieux gérer les différents aspects de la maladie.

Cette démarche psychoéducative constitue un processus structuré comprenant des informations scientifiques, des échanges d'impressions et d'expériences, des exercices et des situations d'apprentissage. Elle inclut un ou plusieurs soignants qui s'adressent soit à la personne bipolaire seule ou accompagnée de sa famille, soit à des groupes composés de plusieurs personnes bipolaires ou de membres de leur entourage.

Au cours des séances de psychoéducation, les points suivants sont généralement abordés :

- Nature de la maladie
- Causes de la maladie, incluant : facteurs prédisposants, facteurs déclenchants, facteurs de perpétuation et de protection
- Symptômes
- Traitements médicamenteux
- Traitements psychothérapeutiques et psychosociaux
- Prévention des rechutes
- Importance des attitudes familiales
- Conseils pratiques pour mieux vivre avec la maladie
- Services d'aide existants



Comment gérer le trouble bipolaire au quotidien ? Les courbes de l'humeur



« Gérer mon stress, pour moi, c'est éviter de me mettre la pression. Si j'ai une activité dans ma journée, j'éviterai, par exemple, de la mettre tôt le matin. Pourquoi ? Pour éviter simplement le stress de me dire le soir : et si je ne m'endors pas ? Et si je passe une nuit trop courte ? Et si je suis fatigué demain et que je n'arrive pas exercer mon activité convenablement ? **Gérer mon stress, c'est aussi choisir des activités qui ne m'angoissent pas** ou qui ne sont pas trop difficiles. Qui sont aussi en accord avec moi, qui me réjouissent et surtout, auxquelles je donne du sens. »

Pour soigner efficacement un trouble bipolaire, il est essentiel de comprendre le profil des symptômes présents. Or, quand la personne va consulter son médecin, elle se souvient parfois difficilement de tous les symptômes qu'elle a manifestés au cours des derniers mois ou des dernières semaines, en particulier si elle est en crise.

Mais si elle prend l'habitude de noter régulièrement l'état de son humeur, les informations transmises au médecin seront plus fiables et l'aideront d'autant mieux à adapter le traitement.

Les diagrammes de l'humeur proposés dans cette brochure offrent à la personne bipolaire un moyen simple de surveiller l'évolution du trouble. Ils lui permettent de recueillir et de transmet-

tre des informations importantes, comme son état d'humeur au jour le jour, la prise ou non du traitement, la présence ou l'absence d'évènements stressants... La transcription de ces informations sur un diagramme produit un simple graphique, sur lequel apparaissent des observations qu'il serait difficile d'identifier autrement. Dès lors, un « diagramme de l'humeur » accompagné d'une « feuille de suivi » permet au médecin et à la personne bipolaire de consigner et de prendre en compte tous les éléments propres à la stabilisation ou aux rechutes.

Vous trouverez ci-dessous un exemple de « diagramme de l'humeur » rempli pour un mois à titre d'exemple. Vous trouverez ensuite deux diagrammes vierges en vue d'un usage régulier.

NOM : Etienne Marie MOIS : Janvier ANNEE : 2004

Jours		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Symptômes psychotiques : idées bizarres, hallucinations		0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0 = aucune 1 = légère 2 = modérée 3 = grave																																
M	Symptômes sévères : Incapable de réaliser ses activités	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
A	altération grave																															
I	Symptômes modérés : Incapable de réaliser ses activités	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
A	altération modérée																															
Q	Symptômes bénins : Capable de réaliser ses activités	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
U	altération mineure																															
NORMAL		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
D	Symptômes bénins : Capable de réaliser ses activités	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
E	altération mineure																															
P	Symptômes modérés : Incapable de réaliser ses activités	X	X	X	X	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
R	altération modérée																															
S	Symptômes sévères : Incapable de réaliser ses activités	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
S	altération grave																															

Anxiété	0 = aucune	2	2	2	1	1	1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/									
Irritabilité	1 = légère	3	3	3	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	1	1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/									
	2 = modérée																																						
	3 = grave																																						
Nombre d'heures de sommeil		1	1	1	2	5	0	6	8	7	8	8	4	5	5	4	4	6	5	3	6	6	9	8	8	8	9	7	8	8	8	9	7	8					
Consommation d'alcool ou de drogue		X	X	X	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/								
Suspension partielle ou totale du traitement																																							
Présence d'un ou plusieurs facteurs de stress		X	/	/	/	/	/	/	X	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	X	X	/	/					
Poids au 28 ^e jour												7																											
												0																											
Période des règles		X	X	X	X	X	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						

- Légende :
- * Inscrivez le chiffre de gravité correspondant pour les rubriques « Symptômes psychotiques », « Anxiété » et « Irritabilité »
 - * Inscrivez le nombre d'heures pendant lesquelles vous estimez avoir dormi dans la rubrique « Nombre d'heures de sommeil »
 - * Inscrivez votre poids en Kg dans la rubrique « Poids au 28^e jour »
 - * Inscrivez un « X » sur les jours correspondant à vos règles dans la rubrique « Période des règles »
 - * Pour les autres rubriques : inscrivez un « X » lorsque l'affirmation de départ est vraie, et un « / » lorsque celle-ci est fautive.
 - * Entourez en rouge les éléments significatifs : symptômes, heures de sommeil inhabituelles, jours avec facteurs de stress, période des règles, jours avec consommation de substances ou oubli de la prise de traitement
 - * Reliez d'un trait tous les « X » concernant votre état d'humeur
 - * Entourez en rouge, au niveau des dates, les jours où vous avez présenté des symptômes

A

Adresses utiles

Similes asbl

Similes est une association qui s'attache à promouvoir la qualité de vie des malades mentaux et de leurs familles. Il y a certainement une section Similes près de chez vous.

Pour tout renseignement :

Fédération des Associations
Similes Francophones asbl
Rue Malibran 49
1050 Bruxelles
federation@similes.org
www.similes.org

Similes Bruxelles asbl (Région Bruxelles)
Rue Malibran 49
1050 Bruxelles
T 02 511 06 19
bruxelles@similes.org

Similes Wallonie asbl
(Coordination des sections wallonnes)
Rue Lairesse 15
4020 Liège
T. 04 344 45 45
wallonie@similes.org

Mise à jour des adresses et mise en ligne le 5 mars 2016 par

Le Funambule asbl

Le Funambule est un groupe d'entraide pour personnes vivant un trouble bipolaire et leurs proches.

Place Philippe Werrie 25/6
1090 Bruxelles
T. 0492 56 79 31
info@funambuleinfo.be
www.funambuleinfo.be

Le Balancier

Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège (ISoSL), site Petit Bourgogne

Le Balancier est un projet destiné aux personnes atteintes de troubles bipolaires en cours d'hospitalisation et à leurs proches.

Rue Professeur Mahaim 84
4000 Liège
T. 04 254 78 56
h.bertrand@isosl.be
www.isosl.be

Centre de Prévention du Suicide

T. 0800 32 123 : une écoute téléphonique 24h/24, dans l'anonymat (appel gratuit)

Secrétariat :
Avenue Winston Churchill 108
1180 Bruxelles
T. 02 650 08 69
cps@preventionsuicide.be
www.preventionsuicide.be

Références

Clophon

- (1) Les profils personnels sont adaptés du programme de profils personnels de Bauer et Mc Bride.
- (2) Pini S., de Queiroz V., Pagnin D., Pezawas L., Angst J., Cassano GB., Wittchen HU. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. Eur Neuropsychopharmacol. 2005 Aug;15(4) : 425-34.
- (3) Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. Journal of Affective Disorder 1998; 50 : 143-151.
- (4) Maj M. The effect of lithium in bipolar disorder: a review of recent research evidence. Bipolar Disord. 2003 Jun ; 5(3) :180-8
- (5) Scott J. and Todd G. Is there a role for psychotherapy in bipolar disorders. Clinical Approaches in Bipolar Disorders Vol 1, Number 1, September 2002, 22-30.

Autres lectures conseillées :

Troubles bipolaires : pratiques, recherches et perspectives. Collectif coordonné par le professeur Marion Leboyer, 2005 chez John Libbey Eurotext. Collection Pathologie Science Formation.

Kay Redfield Jamison. De l'exaltation à la dépression. Robert Laffont.

Texte

Dr Daniel Souery

Psy Pluriel,

Centre Européen de Psychologie Médicale -
Bruxelles

Sabine Martens

Infirmière Clinicienne en Psychoéducation
Hôpital Erasme, ULB

Textes « Au quotidien »

Le Funambule asbl, Bruxelles

Révision version néerlandophone

Dr Sabien Wyckaert

UPC KU Leuven, Campus Kortenberg

Rédaction, traduction, concept et mise en pages
Flor, Gent

Illustrations

Tim Teebken

Cette brochure a été réalisée avec l'aide de l'asbl Le Funambule. Elle a été éditée et diffusée en avril 2007. Elle a bénéficié du soutien financier d'Eli Lilly Benelux.