

Département d'urgences et post-urgences psychiatriques

Responsable de l'Unité :
Pr P. Courtet

Le trouble bipolaire

Guide à l'usage des patients et des familles



CHU de Montpellier
Hôpital Lapeyronie
Pôle Urgences
371 avenue du Doyen G. Giraud
34295 Montpellier cedex 5

www.chu-montpellier.fr

Le trouble bipolaire (également connu sous le nom de maladie maniaco-dépressive) est un trouble biologique sévère affectant de 1 à 8% de la population générale. Bien que variant d'un point de vue de ses symptômes et de sa sévérité, le trouble bipolaire a presque toujours un retentissement important sur ceux qui en sont atteints comme sur les membres de leur famille, leur partenaire et leurs amis.

Si vous ou quelqu'un de votre entourage avez reçu le diagnostic de trouble bipolaire, vous devez vous poser beaucoup de questions concernant la nature de la maladie, ses causes et les traitements disponibles. Ce guide a pour objectif de répondre à certaines des questions les plus fréquemment posées à ce sujet.

SOMMAIRE

Qu'est-ce que le trouble bipolaire ? 3

Comment soigne t-on le trouble bipolaire ? 15

La grossesse 37

Ce guide a été réalisé par les Drs F. Jollant et M. Abbar.

En collaboration avec le Pr Ph. Courtet et les Drs S. Guillaume et G. Collin.

Qu'est-ce que le
trouble bipolaire ?

QU'EST-CE QUE LE TROUBLE BIPOLAIRE ?

En tant qu'être humain, nous faisons tous l'expérience d'une variété d'humeurs : bonheur, tristesse, colère pour en nommer quelques-unes. Ces changements d'humeur sont des réactions normales de la vie quotidienne et nous pouvons souvent identifier les événements qui en sont la cause. Cependant, lorsque nous vivons d'*importantes variations* d'humeur ou des humeurs extrêmes hors de proportion avec les événements qui les ont produits, et que cela *nous empêche de fonctionner normalement*, ces changements sont souvent le résultat d'un **trouble de l'humeur**.

Les troubles de l'humeur sont une catégorie de maladies psychiatriques affectant notre capacité à vivre des états d'humeur normale.

Il existe deux groupes principaux de troubles de l'humeur : **les troubles dépressifs unipolaires** dans lesquels les changements anormaux de l'humeur se font toujours dans le sens d'un abaissement, et **les troubles bipolaires** dont nous parlerons ici et qui impliquent des épisodes d'intense exaltation de l'humeur alternant avec des épisodes d'abaissement anormal de celle-ci.

Tous les troubles de l'humeur sont causés par des modifications de la chimie du cerveau. Ils ne sont pas dus à la personne qui en souffre. Ils ne sont pas non plus le résultat d'une personnalité faible ou instable.

Les troubles de l'humeur sont des maladies pour lesquelles il existe des traitements spécifiques efficaces.

COMMENT FAIRE LE DIAGNOSTIC ?

Bien que le trouble bipolaire soit clairement une maladie biologique, il n'existe pas à ce jour de test de laboratoire ou d'autres procédures qu'un médecin puisse utiliser pour faire un diagnostic définitif.

C'est à partir d'un ensemble de symptômes survenant simultanément que le médecin va pouvoir diagnostiquer la maladie. Pour établir un diagnostic précis, ce dernier a besoin d'établir **l'histoire exacte des symptômes**, ceux que la personne présente mais également tous les symptômes qu'elle a pu vivre dans le passé.

QUELS SONT LES SYMPTÔMES DU TROUBLE BIPOLAIRE ?

Le trouble bipolaire est une maladie dans laquelle les changements d'humeur ont lieu par **cycles**. Tout au long de la maladie, la personne présente des périodes d'humeur élevée, des périodes d'humeur abaissée et des périodes pendant lesquelles l'humeur est normale. Il existe **quatre types différents d'épisode** ayant lieu ou pouvant avoir lieu dans la maladie bipolaire :

• **L'épisode maniaque**

La manie débute souvent par un sentiment agréable d'énergie augmentée, de créativité et d'aisance sociale.

Cependant, ces impressions progressent rapidement vers une euphorie excessive (humeur extrêmement élevée) ou vers une importante irritabilité. Les sujets souffrant de manie manquent typiquement d'insight (regard critique sur soi), nient tout problème et se mettent en colère contre ceux qui leur font des réflexions.

L'épisode maniaque

Correspond à une période nettement délimité durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante, d'une durée d'au moins une semaine (ou moins si les troubles ont justifié une hospitalisation) et pendant laquelle au moins trois (quatre si l'humeur est irritable) des symptômes suivants sont présents et ont un impact important sur le fonctionnement de la personne :

- ⊙ Augmentation de l'estime de soi ou sentiment exagéré de pouvoir, de grandeur ou d'importance
- ⊙ Réduction du besoin de sommeil bien qu'il existe une grande dépense d'énergie
- ⊙ Plus grande communicabilité que d'habitude ou besoin de parler constamment
- ⊙ Fuite des idées avec discours rapide que personne ne peut suivre
- ⊙ Distractibilité importante : l'attention passe rapidement d'un sujet à l'autre en quelques minutes
- ⊙ Augmentation de l'activité dirigée vers un but (social, professionnel, sexuel,...) voire agitation psychomotrice
- ⊙ Implication dans des activités plaisantes mais possiblement imprudentes sans se soucier des possibles conséquences néfastes (par exemple dépenser trop d'argent, avoir une activité sexuelle à risque ou réaliser des investissements non réfléchis).

Dans certains cas, la personne peut également présenter **des symptômes psychotiques** tels qu'un **délire** (croire fermement des choses qui ne sont pas vraies) ou des **hallucinations** (entendre ou voir des choses qui n'existent pas).

• L'épisode hypomaniaque

L'hypomanie est une forme de manie avec des symptômes similaires mais *moins intenses* et causant *moins de retentissement*.

Durant un épisode hypomaniaque, la personne présente une humeur élevée, se sent mieux que d'habitude et est plus productive.

Ces épisodes peuvent être si agréables que certains patients cherchent à les retrouver en arrêtant leur traitement. Cependant, l'hypomanie peut rarement être maintenue indéfiniment et elle est souvent suivie d'une escalade vers la manie ou d'une chute vers la dépression.

• L'épisode dépressif majeur

Tout comme pour la manie, la dépression survient souvent rapidement dans le trouble bipolaire.

L'épisode dépressif majeur

Les symptômes suivants sont présents depuis au moins deux semaines et ont un impact important sur le fonctionnement de la personne :

- ⊙ Sentiment de tristesse, de cafard *et/ou*
- ⊙ Perte d'intérêt pour les choses que l'on apprécie habituellement

Et au moins 4 des symptômes suivants :

- ⊙ Difficultés pour dormir ou au contraire trop dormir
- ⊙ Perte d'appétit (+/- perte de poids) ou manger trop (+/- gain de poids)
- ⊙ Problèmes pour se concentrer ou prendre des décisions
- ⊙ Sensation d'être ralenti ou au contraire avoir du mal à rester en place
- ⊙ Sentiment d'être sans valeur ou coupable ou avoir une très faible estime de soi.
- ⊙ Penser à la mort ou au suicide

Les dépressions sévères peuvent également être associées à des *hallucinations* ou un *délire*.

• L'épisode mixte

Les épisodes probablement les plus troublants sont ceux incluant *à la fois* des symptômes de manie et de dépression, symptômes ayant lieu en même temps ou alternant rapidement durant la journée. Les personnes sont excitables ou agitées comme dans la manie mais se sentent aussi irritables et déprimées. Ils sont souvent difficiles à diagnostiquer.

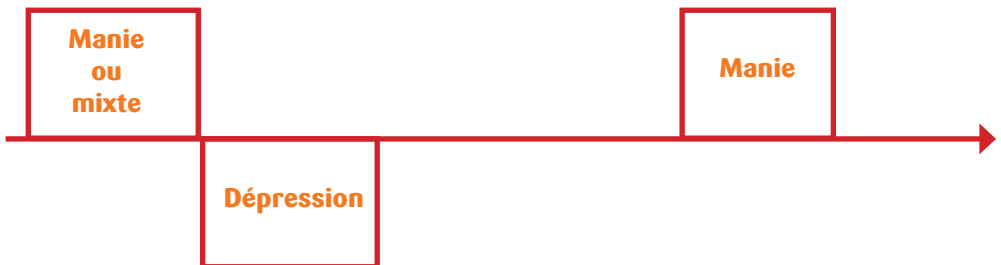
Du fait de la combinaison d'une énergie élevée et de dépression, les épisodes mixtes présentent le plus grand risque de suicide.

Chez une personne donnée, un type d'épisode commence souvent par le même type de symptômes appelés **prodromes** par exemple une réduction du temps de sommeil ou une fatigue. Il est important de connaître ses propres prodromes afin de prendre en charge au plus vite l'épisode avant que le tableau soit complet.

QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES FORMES DE TROUBLE BIPOLAIRE ?

Une terminologie particulière est utilisée pour décrire **les formes communes de trouble bipolaire selon le type d'épisodes** :

- Dans **le trouble bipolaire de type I**, le patient souffre d'*épisodes maniaques ou mixtes* et le plus souvent d'*épisodes dépressifs*. Si quelqu'un présente pour la première fois un épisode maniaque, la maladie est malgré tout considérée comme bipolaire bien qu'aucune dépression n'ait eu lieu jusqu'alors. Il est en effet hautement probable que des épisodes futurs de dépression auront lieu de même que des épisodes maniaques à moins qu'un traitement efficace ne soit reçu.



- Dans **le trouble bipolaire de type II**, le patient souffre d'**épisodes hypomaniaques** et **dépressifs sans aucun épisode maniaque ou mixte**. Il s'agit de la forme la plus fréquente.

Cette forme est souvent difficile à reconnaître car l'hypomanie peut sembler normale si la personne est très productive et évite d'être impliquée dans des problèmes sérieux. Les personnes avec un trouble bipolaire ne recherchent pas d'aide pour les hypomanies mais seulement pour les dépressions.

Malheureusement, si un thymorégulateur n'est pas prescrit avec un antidépresseur dans le cadre d'un trouble bipolaire II non reconnu, l'antidépresseur seul peut être responsable d'une exaltation de l'humeur ou rendre les cycles plus fréquents.



QUAND DÉBUTE LE TROUBLE BIPOLAIRE ?

Le trouble bipolaire débute habituellement à **l'adolescence** ou chez **l'adulte jeune** bien qu'il puisse également commencer dans l'enfance ou au contraire après 40 ou 50 ans.

Quand un épisode maniaque a lieu pour la première fois après 50 ans, la cause est avant tout à rechercher parmi les problèmes imitant le trouble bipolaire, comme une maladie neurologique ou les effets de drogues, d'alcool ou de certains médicaments.

COMMENT ÉVOLUE LE TROUBLE BIPOLAIRE ?

Le trouble bipolaire a une forte propension à la **récidive**.

Après 10 ans, plus de 95% des personnes ont vécu un nouvel épisode.

Le trouble bipolaire varie dans le type et la fréquence des épisodes.

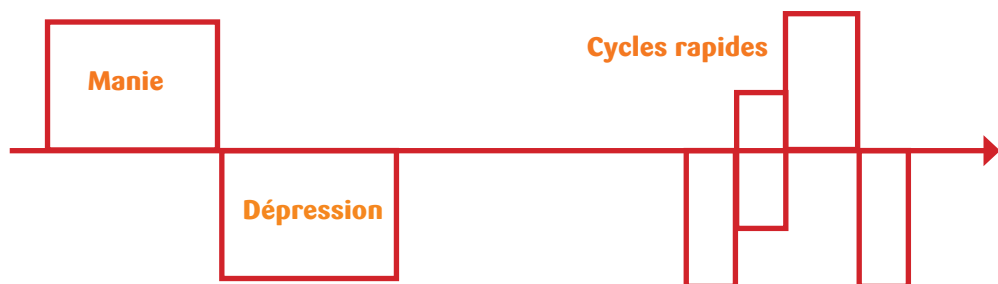
Certaines personnes ont un nombre équivalent d'épisodes maniaques et dépressifs, d'autres ont plus couramment l'un ou l'autre des types d'épisode. La moyenne est de 4 épisodes durant les 10 premières années de la maladie.

Les hommes débutent le plus souvent avec un épisode maniaque, les femmes avec un épisode dépressif. Bien qu'un grand nombre d'années puisse s'écouler entre le premier épisode et les épisodes suivants, les personnes non traitées ont en fin de compte un pronostic plus sombre. Parfois, les épisodes suivent un rythme *saisonnier* (par exemple devenir hypomane l'été et déprimé l'hiver).

Les épisodes peuvent durer quelques jours, quelques mois et parfois même quelques années. En moyenne, sans traitement, les épisodes maniaques ou hypomaniaques durent quelques mois alors que les dépressions durent souvent autour de six mois.

Certaines personnes guérissent complètement entre les épisodes et peuvent vivre plusieurs années sans aucun symptôme alors que d'autres continuent à avoir une dépression de faible intensité mais gênante ou de légères oscillations de l'humeur.

Un petit nombre de personnes présente des cycles très fréquents voire continuels durant l'année (ce qui est nommé *trouble bipolaire à cycles rapides*). Ici, le patient souffre d'*au moins 4 épisodes sur une période d'un an* pouvant combiner épisodes maniaques, hypomaniaques, mixtes ou dépressifs. Cette forme est présente chez 5 à 15 % des patients ayant un trouble bipolaire. Elle est souvent liée à l'utilisation d'un *antidépresseur sans thymorégulateur*, ce qui peut augmenter la fréquence des cycles. Pour des raisons inconnues, cette forme de trouble bipolaire semble plus fréquente chez les femmes.



EXISTE T-IL DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES POUVANT ÊTRE CONFONDUS OU COEXISTER AVEC LE TROUBLE BIPOLAIRE ?

Le trouble bipolaire peut être confondu avec d'autres troubles incluant le **trouble dépressif récurrent** (unipolaire), une variété de **troubles anxieux** et de **troubles psychotiques** (comme la schizophrénie et le trouble schizo-affectif). Ceci est dû au fait que l'anxiété et les symptômes psychotiques ont souvent lieu durant le cours du trouble bipolaire. Les personnes avec un trouble bipolaire souffrent par ailleurs fréquemment de troubles psychiatriques dits comorbides (c'est à dire qu'ils sont présents en plus du trouble bipolaire). Les plus fréquents sont les **abus de substances**, le **trouble obsessionnel compulsif** et le **trouble panique**. N'hésitez pas à demander à votre médecin comment il est arrivé au diagnostic si vous avez des doutes.

POURQUOI EST-IL IMPORTANT DE DIAGNOSTIQUER ET DE TRAITER LE TROUBLE BIPOLAIRE LE PLUS TÔT POSSIBLE ?

En moyenne, les gens présentant un trouble bipolaire voient 3 à 4 médecins et passent plus de 8 ans à chercher une prise en charge avant de recevoir un diagnostic correct. Un diagnostic précoce et un traitement approprié permettent de réduire le risque des événements suivants :

• Le suicide

Le risque est élevé dans les années initiales de la maladie. Presque un individu sur dix avec un trouble bipolaire mourra de suicide ce qui en fait l'une des maladies psychiatriques les plus létales.

• L'abus d'alcool et d'autres substances

Plus de 50 % des personnes avec un trouble bipolaire présentent un abus d'alcool et de drogues durant leur maladie. Tandis que certains utilisent ces substances comme une tentative d'automédication des symptômes de la maladie (en particulier dans la dépression), d'autres augmentent leur tendance à consommer (en particulier dans la manie). L'abus d'alcool et de substances augmente le risque de déclenchement d'épisodes de l'humeur et aggrave ces épisodes. En outre, l'abus d'alcool et de substances au

- **Des problèmes conjugaux et professionnels**

Les épisodes ont le plus souvent des conséquences graves dans le domaine du travail et des relations conjugales, familiales et amicales. Un traitement rapide améliore les perspectives de relations sociales stables et d'un travail productif.

- **Des problèmes de réponse au traitement** chez certaines personnes. Il apparaît que les épisodes deviennent plus fréquents et plus difficiles à traiter avec le temps.

- **Un traitement incorrect, inapproprié ou insuffisant**

Une personne avec un mauvais diagnostic comme une dépression seule au lieu d'un trouble bipolaire peut recevoir de manière incorrecte des antidépresseurs sans thymorégulateur associé. Ceci peut déclencher un épisode maniaque ou mixte (*virage de l'humeur*), déclencher une évolution de type *cycles rapides* et aggraver le pronostic de la maladie.

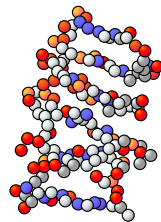
QUELLE EST LA CAUSE DU TROUBLE BIPOLAIRE ?

Il n'existe pas de cause prouvée du trouble bipolaire mais la recherche suggère qu'il est le résultat d'anomalies dans la manière dont **certaines cellules du cerveau** fonctionnent ou communiquent.

Quelle que soit la nature précise du problème biochimique sous-jacent, le trouble bipolaire rend les personnes qui en souffrent **plus vulnérables aux stress émotionnels et physiques**. Comme résultat, les expériences difficiles de la vie, l'usage de substances, le manque de sommeil ou d'autres stress peuvent déclencher des épisodes de la maladie même si ces stress ne vont pas véritablement la cause du trouble.

Cette théorie d'une **vulnérabilité innée** (voir ci-dessous) **interagissant avec l'environnement** est similaire aux théories proposées pour d'autres troubles médicaux. Par exemple, dans les maladies cardiaques, une personne peut hériter d'une tendance à avoir un taux de cholestérol élevé ou une pression artérielle élevée, ce qui peut causer des difficultés croissantes d'oxygénation de son cœur. Durant un stress, comme un effort physique ou une émotion, cette personne peut brutalement développer une douleur de la poitrine ou avoir une crise cardiaque si son oxygénation devient trop basse.

Le traitement dans ce cas est de prendre un médicament pour abaisser le cholestérol ou la pression artérielle (c'est à dire traiter la maladie sous-jacente) et dans le même temps changer de style de vie (par exemple : exercice physique, régime, réduction du stress, qui peuvent enclencher des épisodes aigus). De la même manière, dans le trouble bipolaire, nous utilisons des thymorégulateurs pour traiter la maladie biologique sous-jacente et dans le même temps nous recommandons des changements de style de vie (par exemple réduire le stress, avoir de bonnes habitudes de sommeil, éviter l'abus de substance) de manière à réduire les risques de rechute.



HÉRITE T-ON DU TROUBLE BIPOLAIRE ?

Le trouble bipolaire tend à être **familial**. Les chercheurs ont identifié un certain nombre de **gènes** qui pourraient être liés à ce trouble et à l'origine de différents problèmes biochimiques.

Il est clair toutefois que la maladie n'est pas causée par un seul gène (comme dans l'hémophilie par exemple) mais par une combinaison complexe de gènes qui *augmente le risque de déclencher la maladie* (c'est-à-dire rend plus vulnérable).

Comme dans les autres troubles complexes et innés, le trouble bipolaire n'apparaît que chez **une partie des individus à risque génétique**. Par exemple, si une personne a un trouble bipolaire et son conjoint ne l'a pas, il existe seulement un risque de 1 sur 7 que leurs enfants le développe. Ce risque peut être plus élevé si vous avez un plus grand nombre de parents ayant un trouble bipolaire ou un trouble dépressif unipolaire.



Comment soigne t-on
le trouble bipolaire ?

COMMENT SOIGNE-T-ON LE TROUBLE BIPOLAIRE ?

Types de traitements :

- **Les médicaments** sont nécessaires pour presque tous les patients durant les phases aiguës et préventives.
- **L'électroconvulsivothérapie** est parfois indiquée.
- **L'hospitalisation** est parfois nécessaire, notamment durant un épisode sévère.
- **L'éducation** est cruciale en permettant d'aider les patients et leurs familles à gérer le trouble bipolaire et à prévenir ses complications.
- **L'hygiène de vie.**
- **La psychothérapie** aide les patients et leur famille à gérer les pensées, les sentiments ou les comportements perturbants et ceci de manière constructive.

Etapes du traitement :

- **Phase aiguë**
le traitement tend à mettre fin à l'épisode actuel maniaque, hypomaniaque, dépressif ou mixte.
- **Phase de prévention et de maintenance**
le traitement est poursuivi au long cours de manière à prévenir les épisodes futurs.

LES MÉDICAMENTS

C'est le traitement de choix à la fois des phases aiguës et de maintenance. Différents types de médicaments sont utilisés pour contrôler les symptômes du trouble bipolaire et éviter les rechutes.

Votre médecin peut aussi être amené à prescrire ponctuellement d'autres médicaments contre l'insomnie, l'anxiété ou l'agitation. Alors que nous ne savons pas précisément comment ces médicaments fonctionnent, nous savons que tous agissent sur des molécules du cerveau appelées neurotransmetteurs et impliqués dans le fonctionnement des cellules nerveuses.



LES RÉGULATEURS DE L'HUMEUR

Un médicament est considéré comme un régulateur de l'humeur s'il présente trois propriétés :

- 1) soigner un épisode aigu maniaque ou dépressif.
- 2) prévenir les rechutes.
- 3) ne pas aggraver la dépression ou la manie et ne pas aboutir à une accélération des cycles.

Le **lithium**, certains **anticonvulsivants**, **certains antipsychotiques** répondent en partie à cette définition. **L'électroconvulsivothérapie** (E.C.T.) dont nous discuterons plus tard, est aussi considérée comme un traitement stabilisant l'humeur.

• Le lithium (Téralithe®, Neurolithium®)

Il est le premier thymorégulateur connu. C'est un élément naturel comme le sodium. Le lithium a montré ses effets comportementaux pour la première fois dans les années 50 et est utilisé comme régulateur de l'humeur depuis plus de 30 ans.

Le dosage des taux sanguins de lithium (lithiémie) peut réduire les effets secondaires et permet de vérifier que le patient reçoit une dose adéquate permettant de produire la meilleure réponse. La lithiémie doit être comprise entre 0,7 et 1 meq/litre (les normes peuvent un peu varier selon les laboratoires).

Les effets secondaires les plus fréquents sont la prise de poids, des tremblements et une diurèse élevée (fait d'uriner plus souvent). Le lithium peut avoir des conséquences sur la glande thyroïde et les reins de telle manière que des tests sanguins réguliers sont nécessaires pour être sûr que ceux-ci fonctionnent correctement.

- **L'acide valproïque (Dépakine®), le valpromide (Dépamide®) et l'association des deux (Dépakote®)**

L'acide valproïque a été utilisé pendant des années comme anticonvulsivant c'est à dire pour traiter les crises d'épilepsie. Son action thymorégulatrice a été confirmée par des études scientifiques. Les effets secondaires les plus communs sont la sédation, la prise de poids, les tremblements et les problèmes gastro-intestinaux. Le dosage des taux sanguins peut parfois aider à limiter les effets secondaires. L'acide valproïque peut causer une légère atteinte du foie et peut affecter la production d'un type de cellules sanguines appelées plaquettes. Bien que très rare, il est important de réaliser des tests des fonctions hépatiques et de doser les plaquettes régulièrement.

- **La carbamazépine (Tégrétol®)**

La carbamazépine est originellement un anticonvulsivant. Bien que moins d'études cliniques aient été réalisées, elle semble avoir un profil similaire à l'acide valproïque. La carbamazépine cause couramment une sédation et des effets secondaires gastro-intestinaux. Du fait d'un risque rare d'atteinte de la moelle osseuse et d'une atteinte hépatique, des tests sanguins réguliers sont également nécessaires durant le traitement. Parce que la carbamazépine a des interactions compliquées avec d'autres médicaments, il est important de la surveiller lorsqu'elle est combinée à d'autres traitements. La carbamazépine peut être remplacée par **l'oxcarbamazépine (Trileptal®)**, molécule soeur qui présente moins de problème de ce genre mais n'a pas l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans l'indication Trouble Bipolaire.

- A noter parmi les nouveaux anticonvulsivants la **lamotrigine (Lamictal®)** efficace essentiellement sur le traitement et la prévention des épisodes dépressifs survenant lors d'un trouble bipolaire. La lamotrigine n'a pas l'AMM en France dans cette indication.

Le principal effet secondaire de ce médicament est le risque d'éruptions cutanées parfois graves et imposant l'arrêt du traitement. Ces effets indésirables surviennent surtout lors des 2 premiers mois de traitement et sont favorisés par des doses initiales élevées, une augmentation des doses trop rapide ou l'association à l'acide valproïque. L'instauration du traitement se fait donc par paliers progressifs assortis d'une surveillance médicale.

- **Les antipsychotiques : L'olanzapine (Zyprexa®), la rispéridone (Risperdal®), l'aripiprazole (Abilify®), la clozapine (Léponex®)**

Ces médicaments ont d'abord été utilisés pour lutter contre les symptômes psychotiques (délires et hallucinations). Plusieurs travaux de recherche montrent que les nouveaux antipsychotiques ont aussi des propriétés régulatrices de l'humeur et peuvent aider à contrôler la dépression et la manie.

Ces médicaments peuvent ainsi être utilisés seuls comme régulateurs.

Ils sont également souvent ajoutés aux thymorégulateurs pour améliorer la réponse des patients même chez ceux qui n'ont jamais eu de symptôme psychotique.

Les effets secondaires communs de ces médicaments sont la somnolence, la prise de poids ou une rigidité musculaire. Bien que très efficace, la clozapine n'est pas un traitement de première intention car elle peut causer de rares mais sérieux troubles hématologiques et donc nécessite une surveillance sanguine hebdomadaire puis mensuelle.

Par ailleurs, elle n'a pas l'AMM dans cette indication en France.

LES ANTIDÉPRESSEURS

Les antidépresseurs traitent les symptômes de la dépression mais ne sont pas un traitement de première ligne dans la dépression bipolaire.

Dans le trouble bipolaire, en cas d'épisode dépressif, **les antidépresseurs doivent toujours être associés à un thymorégulateur.**

S'ils sont utilisés seuls et sans thymorégulateur, un antidépresseur peut entraîner chez une personne ayant un trouble bipolaire un accès maniaque.

Plusieurs types d'antidépresseurs sont disponibles avec des mécanismes d'action et des effets secondaires différents.

La plus grande partie des recherches concernant les antidépresseurs ont été faites chez des gens présentant une dépression unipolaire, c'est à dire chez des gens qui n'ont jamais eu d'épisode maniaque.

Dans la dépression unipolaire, les différents médicaments disponibles sont d'efficacité équivalente. Il y a eu très peu de recherches sur l'utilisation des antidépresseurs dans le trouble bipolaire.

Les principales classes d'antidépresseurs sont :

- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine : **la fluoxétine (Prozac®), la fluvoxamine (Floxyfral®), la paroxétine (Déroxat®), le citalopram (Séropram® et Séroplex®) et la sertraline (Zoloft®).**
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline : **la venlafaxine (Effexor®), le milnacipran (Ixel®), la duloxétine (Cymbalta®).**
- Les tricycliques : **la clomipramine (Anafranil®), l'amitriptyline (Laroxyl®)...** Ils sont susceptibles de causer des effets secondaires (hypotension, bouche sèche, constipation, glaucome par fermeture de l'angle ou rétention urinaire chez les sujets prédisposés...) et de déclencher des épisodes maniaques ou d'entraîner des cycles rapides.
- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) non sélectifs : **le moclobémide (Moclamine®).**
- Autres : **La mirtazapine (Norset®), la miansérine (Athymil®), la tianeptine (Stablon®)**

- **Les antipsychotiques (ou neuroleptiques)**, en dehors de leur action régulatrice de l'humeur (voir plus haut) sont utilisés pour contrôler les **symptômes psychotiques** comme les délires ou les hallucinations qui ont parfois lieu dans les dépressions ou les épisodes maniaques sévères. Les neuroleptiques peuvent aussi être utilisés comme **sédatifs**, en particulier durant les premières étapes du traitement, contre l'insomnie, l'anxiété et l'agitation.

Il existe deux types de neuroleptiques : les anciens (souvent appelés «**typiques**» ou conventionnels) et les nouveaux (ou «**atypiques**»).

Un des problèmes sérieux concernant les anciens neuroleptiques est le risque d'un trouble moteur permanent appelé dyskinésie tardive, risque bien plus faible pour les neuroleptiques atypiques.

C'est pourquoi ces derniers sont actuellement utilisés en première intention quand un neuroleptique est nécessaire.

Il s'agit de : **la clozapine (Léponex®)**, **l'olanzapine (Zyprexa®)**, **la rispéridone (Risperdal®)**, **l'aripiprazole (Abilify®)**.

Parmi les neuroleptiques conventionnels, nous noterons **l'halopéridol (Haldol®)**, **la cyamémazine (Tercian®)** ou **la lévomépromazine (Nozinan®)**. Ces médicaments ne sont pas prescrits en première intention.

- **Les benzodiazépines.** Il s'agit d'une famille de médicaments très utilisés en raison de leurs propriétés anxiolytiques (contre l'anxiété), *sédatives et hypnotiques* (et aussi anticonvulsivantes). Les molécules les plus prescrites sont le **diazepam (Valium®)**, le **clorazepate dipotassique (Tranxène®)**, le **bromazepam (Lexomil®)**, **l'alprazolam (Xanax®)**, le **clonazepam (Rivotril®)** et le **lorazepam (Temesta®)**.

Ces médicaments causent peu d'effets secondaires (sommolence, allergie...) mais doivent être prescrits dans la mesure du possible sur des durées de temps limitées (classiquement moins de 12 semaines) en raison du *risque de dépendance*. Ils doivent être utilisés avec précaution ou évités chez les patients qui ont une histoire de dépendance aux drogues ou à l'alcool. Bien que les benzodiazépines comme les neuroleptiques puissent causer une somnolence, la quantité de médicament peut être généralement abaissée dès que la personne s'améliore. Malgré tout, certaines personnes ont besoin de continuer à prendre un sédatif pour une période plus longue de manière à contrôler certains symptômes comme l'insomnie ou l'anxiété.

PHASE AIGÜE

ÉPISODE MANIAQUE OU MIXTE

Pour choisir le meilleur traitement, votre médecin prendra en considération l'historique de votre traitement (si l'un a déjà marché pour vous dans le passé), le sous-type de trouble bipolaire que vous présentez (par exemple si vous avez une forme à cycles rapides), votre humeur actuelle (euphorique ou mixte) et les effets secondaires particuliers.

Il n'est pas inhabituel **d'associer** les thymorégulateurs pour une meilleure réponse. Si l'association n'est pas pleinement efficace, il est parfois possible d'en associer un troisième.

Une hospitalisation est le plus souvent nécessaire durant cette phase (voir ci-dessous).

ÉPISODE DÉPRESSIF

Le traitement de première ligne des dépressions bipolaires sont les régulateurs de l'humeur.

Toutefois, un antidépresseur est parfois nécessaire pour des dépressions sévères. Il est important d'éviter de donner des antidépresseurs seuls dans les troubles bipolaires parce qu'ils peuvent déclencher une augmentation dans les cycles ou entraîner un «virage» c'est à dire un changement d'une dépression vers une hypomanie ou une manie. Pour cette raison, **les antidépresseurs doivent toujours être donnés en association avec un thymorégulateur** dans le trouble bipolaire.

Si la dépression persiste malgré l'utilisation d'un antidépresseur avec un thymorégulateur, l'adjonction de lithium (s'il n'est déjà utilisé) ou le changement de régulateur de l'humeur peut aider.

Ici aussi, une hospitalisation est parfois nécessaire.

EN COMBIEN DE TEMPS AGISSENT LES MÉDICAMENTS ?

Cela peut prendre **quelques semaines** avant qu'une bonne réponse n'apparaisse.

Bien que le premier traitement essayé marche pour certains patients, il est courant qu'un patient essaye deux ou trois traitements avant de trouver celui qui est pleinement efficace et ne lui cause pas d'effet secondaire. En attendant l'effet, il est parfois utile de prendre un traitement symptomatique pour améliorer les troubles du sommeil ou l'anxiété.

LES STRATÉGIES POUR LIMITER LES EFFETS SECONDAIRES

Tous les médicaments sont susceptibles d'entraîner des effets secondaires. Il existe aussi de sérieuses mais rares complications médicales. De même que différentes personnes peuvent avoir des réponses différentes à des traitements différents, le type d'effets secondaires développés peut varier grandement entre les personnes et certaines personnes peuvent ne pas avoir d'effet secondaire du tout. Ainsi, si quelqu'un a des problèmes d'effet secondaire avec un médicament, cela ne signifie pas que cette même personne développera d'autres troubles avec d'autres médicaments.

Certaines stratégies peuvent aider à prévenir ou à minimiser les effets secondaires. Par exemple, le médecin peut démarrer à une dose basse et ajuster le traitement à des doses plus élevées de manière lente.

Bien que cela nécessite d'attendre plus longtemps pour voir l'efficacité du traitement sur les symptômes, cela réduit les risques de développer des effets secondaires. Dans le cas du lithium ou de l'acide valproïque, le dosage sanguin est très important pour s'assurer que le patient reçoit assez de médicament pour l'aider, mais pas plus que nécessaire.

Si des effets secondaires apparaissent, les doses peuvent être fréquemment ajustées pour faire disparaître ces derniers ou d'autres médicaments peuvent être ajoutés.

Il est important de discuter de ces problèmes ou de tout autre problème que vous pouvez rencontrer avec votre médecin de manière à ce qu'il puisse les prendre en compte dans votre traitement.

L'ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE (ECT)

L'ECT est souvent une mesure vitale dans les dépressions sévères et la manie mais elle a une image négative. L'ECT est un traitement de première intention quand le sujet est très suicidaire, sévèrement malade et ne peut pas attendre que les médicaments soient efficaces (par exemple la personne ne mangeant plus ou ne buvant plus), s'il y a une histoire d'essais infructueux de plusieurs médicaments, si les conditions médicales ou une grossesse rendent un traitement médicamenteux dangereux ou si une psychose sévère est présente. L'ECT consiste à provoquer une crise d'épilepsie sous anesthésie générale, donc complètement indolore, dans des conditions strictes de surveillance médicale. Les patients bénéficient typiquement d'environ 10 séances sur quelques semaines. Les effets secondaires les plus fréquents sont les troubles de mémoire mais ces troubles disparaissent après le traitement.

L'HOSPITALISATION

Les patients avec un trouble bipolaire de type I sont le plus souvent hospitalisés à un moment de leur maladie parce que l'accès maniaque affecte l'évaluation de leur propre état et leur jugement. Les personnes ayant une manie sont souvent hospitalisées contre leur volonté (Hospitalisation à la demande d'un Tiers (HDT)), plus rarement Hospitalisation d'Office (HO), ce qui peut être très éprouvant pour les patients comme pour leurs proches. Cependant, la plupart des personnes maniaques sont reconnaissantes après-coup des soins reçus même si à ce moment là cela a été donné contre leur volonté. L'hospitalisation devrait être considérée lors des circonstances suivantes quand :

- la sécurité est en jeu du fait du risque d'impulsions suicidaires, homicides ou agressives, ou d'actes réalisés,
- une détresse sévère ou un dysfonctionnement nécessite un soutien et des soins permanents dans la journée (ce qui est difficile voire impossible pour une famille pendant une longue période de temps),
- il y a un abus de substances en cours, de manière à prévenir l'accès aux drogues,
- le patient présente un état médical instable,
- une observation permanente des réactions du patient aux médicaments est nécessaire.

PHASE DE PRÉVENTION ET DE MAINTENANCE

Les **régulateurs de l'humeur** sont la pierre angulaire de la prévention des rechutes et du traitement de maintenance au long cours.

Chez un tiers des personnes avec un trouble bipolaire, la réponse au traitement au long cours sera totale c'est-à-dire qu'il n'y aura plus de rechute. Les autres présenteront une importante réduction dans la fréquence et la sévérité des épisodes durant le traitement de maintenance.

Il est important de ne pas se décourager quand des rechutes ont lieu et de reconnaître que le succès du traitement peut seulement être évalué *à long terme* en prenant en compte la fréquence et la sévérité des épisodes. Prenez bien soin de rapporter à votre médecin les changements d'humeur, immédiatement, car l'ajustement de vos médicaments dès les premiers signes d'alerte peut souvent restaurer une humeur normale et décapiter un épisode avant son installation complète. Ces ajustements médicamenteux devraient être vus comme une routine dans le traitement (de la même manière que les doses d'insuline sont changées de temps en temps dans le diabète). Beaucoup de patients qui souffrent d'un trouble bipolaire répondent mieux à une *association* de médicaments. Souvent, la meilleure réponse est réalisée avec un ou plusieurs régulateurs additionnés, de temps en temps, d'un autre médicament.

Prendre un traitement correctement et de la manière dont il a été prescrit (ce qui s'appelle **l'adhésion thérapeutique**) pendant longtemps est difficile, que vous soyez traité pour un problème médical (comme une hypertension artérielle ou un diabète) ou pour un trouble bipolaire. Les personnes avec un trouble bipolaire sont souvent tentées d'arrêter de prendre leur médicament durant la phase de maintenance pour plusieurs raisons. Ne ressentant plus de symptômes, ils pensent qu'ils n'ont plus besoin de médicaments. Ils peuvent également trouver que les effets secondaires sont trop durs à supporter. Ils peuvent regretter la légère euphorie qu'ils ont vécue durant l'épisode hypomaniaque.

Cependant, la recherche montre très clairement qu'arrêter un traitement de maintenance aboutit presque toujours à une rechute, souvent dans les semaines ou les mois suivant l'arrêt.

Dans le cas du lithium, le taux de suicide augmente de manière importante après cessation du traitement. Il existe des preuves montrant que l'arrêt brutal du lithium peut progressivement conduire à un plus grand risque de rechute.

Donc, si vous devez interrompre votre traitement, cela doit être fait de manière progressive sous supervision médicale rapprochée.

Quand un patient a seulement eu un épisode maniaque, il doit être évoqué la possibilité de diminuer le traitement après un an. Cependant, si cet épisode unique a lieu chez quelqu'un ayant une famille présentant une histoire de trouble bipolaire ou si cet épisode est particulièrement sévère, un traitement de maintenance à plus long cours doit être envisagé. Si quelqu'un a eu deux ou plusieurs épisodes maniaques ou dépressifs, les experts recommandent fortement de prendre un traitement préventif à vie.

Le seul moment où il faut envisager l'arrêt d'un traitement préventif qui marche bien c'est :

- lorsqu'un problème médical ou d'importants effets secondaires compromettent son usage en toute sécurité,
- lorsqu'une femme désire avoir un enfant.

Même ces conditions ne sont pas des raisons absolues d'arrêt et des traitements de remplacement peuvent être trouvés. Vous devez discuter chacune de ces situations avec votre médecin.

EDUCATION : APPRENDRE À VIVRE AVEC UN TROUBLE BIPOLAIRE

Une autre part importante du traitement est l'éducation. Plus vous et vos proches connaîtrez le trouble bipolaire et sa prise en charge, mieux vous y ferez face.

Y'A T'IL QUELQUE CHOSE QUE JE PUISSE FAIRE ? ABSOLUMENT !

- **Devenez un expert de la maladie**

Puisque le trouble bipolaire vous accompagnera durant toute votre vie, il est essentiel que vous et vos proches connaissiez tout de cette maladie et de son traitement. Lisez des livres, assistez à des conférences, discutez avec votre médecin ou votre thérapeute et réfléchissez au fait de rejoindre et vous impliquer dans une association de patients afin de toujours rester au courant des derniers progrès médicaux mais aussi d'apprendre avec les autres comment bien vivre sa maladie. Etre un patient informé est le plus sûr moyen d'y parvenir.

- **Obtenez le soutien de vos proches.**

Cependant, souvenez-vous qu'il n'est pas toujours facile de vivre avec quelqu'un qui a des variations de l'humeur.

Si vous et vos proches apprenez le mieux possible ce qu'est un trouble bipolaire, vous serez bien plus à même de réduire les inévitables difficultés relationnelles que ce trouble peut causer. Même la famille la plus calme aura parfois besoin d'une aide externe pour résoudre les stress d'un proche présentant des symptômes. Demandez conseils à votre médecin ou thérapeute. Une thérapie familiale ou un groupe de support peuvent également être très utiles.

- **Apprenez à reconnaître les petits signes d'appel d'un nouvel épisode (prodromes).**

Ces signes précoces diffèrent d'une personne à l'autre et ne sont pas les mêmes pour un épisode maniaque ou dépressif. Mieux vous saurez repérer ces signes d'appel, plus vite se mettra en place la prise en charge.

De légers changements d'humeur, de sommeil, d'énergie, d'estime de soi, d'intérêt sexuel, de concentration, de volonté de s'investir dans de nouveaux projets, des pensées de mort ou au contraire un optimisme soudain, même des modifications d'habillement et de soins peuvent être des avertissements précoces d'une rechute imminente. Faites particulièrement attention aux modifications du sommeil car c'est un indice fréquent de début d'un trouble. N'hésitez pas à demander à votre famille de surveiller ces signes précoces qui peuvent vous échapper.

• Envisager de participer à une étude clinique.

Même si de nombreux progrès ont été réalisés dans la connaissance et le traitement du trouble bipolaire, beaucoup reste à faire. Pour avancer, la recherche repose sur la mise en place d'études cliniques. Il s'agit d'évaluer un grand nombre de personnes sur, par exemple, les symptômes ou l'histoire de leur maladie, leurs antécédents familiaux... Souvent, ces études portent sur l'évaluation de nouveaux traitements. Les patients reçoivent au préalable une information claire et détaillée. Ils donnent alors leur consentement libre et éclairé et peuvent à tout moment quitter l'étude sans modification de leur prise en charge.

«Faites avancer la recherche !»

ET SI VOUS AVEZ ENVIE D'INTERROMPRE LE TRAITEMENT ?

Il est normal de temps en temps d'avoir des doutes ou de se sentir gêné par rapport au traitement. Si vous avez l'impression qu'un traitement ne marche pas ou est la cause d'effets secondaires indésirables, parlez-en à votre médecin.

N'ajustez pas et n'arrêtez pas votre traitement médicamenteux tout seul.

N'ayez pas peur de demander à votre médecin d'organiser un second avis médical si les choses ne vont pas bien.



A QUELLE FRÉQUENCE DOIS-JE VOIR MON DOCTEUR ?

Durant les accès aigus, dépressifs ou maniaques, la plupart des patients voient leur médecin au moins une fois par semaine afin de contrôler l'évolution des symptômes, les doses de médicaments et les effets secondaires. Au fur et à mesure de votre amélioration, les contacts sont moins fréquents. Une fois la récupération complète, vous voyez votre médecin pour un bref bilan selon un rythme de plusieurs mois.

Ne tenez pas compte des rendez-vous médicaux ou de dosages sanguins et appelez votre médecin rapidement si vous avez :

- Des envies de suicide ou des sentiments violents,
- Des modifications de votre humeur, de votre sommeil ou d'énergie,
- Des changements dans les effets secondaires de vos médicaments,
- Un besoin d'utiliser un traitement sans ordonnance par exemple contre la douleur,
- Une maladie générale ou besoin d'une intervention chirurgicale, de soins dentaires ou d'une modification d'un autre traitement que vous prenez habituellement,
- Si votre entourage vous le conseille.

COMMENT PUIS-JE CONTRÔLER LES PROGRÈS DE MA PROPRE PRISE EN CHARGE ?

Tenir à jour un **journal** est un bon moyen d'aider votre docteur, vous-même et vos proches à gérer votre maladie. Ceci consiste en un relevé de vos sensations quotidiennes, vos activités, l'état de votre sommeil, vos traitements et leurs éventuels effets secondaires, et les événements importants de votre vie. Le plus souvent, quelques mots suffisent. Beaucoup de gens aiment utiliser un **diagramme de l'humeur** s'étendant du «plus déprimé» au «plus maniaque» que vous ayez connu, le «normal» se trouvant au milieu. Noter les modifications du sommeil, les stress de la vie et ainsi de suite peut vous aider à identifier les signes d'appel d'une dépression ou d'une manie et les types de déclencheurs qui vous concernent.

QUE PEUVENT FAIRE VOTRE FAMILLE ET VOS AMIS POUR VOUS AIDER ?

Si vous êtes un membre de la famille ou l'ami d'une personne souffrant d'un trouble bipolaire :

- Informez-vous sur la maladie, ses origines et son traitement.
- Discutez régulièrement avec le médecin du patient.
- Apprenez à reconnaître les signes d'appel d'une dépression ou d'une manie, signes propres à la personne. Evoquez avec le patient, pendant qu'il ou elle est bien, ce que vous devez faire en cas de rechute.
- Encouragez le patient à suivre son traitement, à voir son médecin, à éviter l'alcool et les drogues. S'il ne va pas bien ou a de sévères effets secondaires, encouragez-le à prendre un second avis médical mais en aucun cas à interrompre le traitement.
- S'il rechute et considère alors vos préoccupations comme une ingérence, souvenez-vous que ce n'est pas un rejet de vous-même mais un symptôme de sa maladie.
- Connaissez les signes d'appel du suicide et prenez chaque menace au sérieux. Si la personne met un terme à ses affaires, parle de suicide, discute fréquemment des moyens de mettre fin à ses jours ou montre des sentiments grandissants de désespoir, faites appel au médecin du patient, un membre de la famille ou des amis.

Le respect de la vie privée est secondaire devant le risque de suicide. Appelez le 15 si la situation devient critique.

- Avec une personne prédisposée aux épisodes maniaques, profitez des périodes d'humeur normale pour organiser à l'avance des plans afin d'éviter des problèmes lors des épisodes futurs de la maladie. Discutez du moment auquel prendre des mesures de sécurité, telles que retirer les cartes de crédit, les accords de découvert bancaire, les clés de voiture et aller à l'hôpital.

- Partagez la responsabilité de prendre soin du patient avec d'autres proches. Cela vous aidera à réduire les effets stressants que la maladie provoque chez les soignants et préviendra lassitude et amertume.
- Quand les patients récupèrent d'un épisode, donnez-leur le temps de retrouver la vie à leur propre rythme. Évitez les attentes excessives. Essayez de faire des choses *avec* eux et non à leur place de manière à ce qu'ils retrouvent leur confiance en eux. Traitez-les normalement mais soyez toujours vigilants aux symptômes. S'il y a rechute de la maladie, vous pourriez les noter avant la personne. Signalez-lui ceux-ci de manière prudente et suggérez-lui d'en parler à son médecin.
- Autant vous que le patient avez à apprendre la différence entre un bon jour et une hypomanie, et entre un mauvais jour et une dépression. Les personnes ayant un trouble bipolaire ont comme les autres de bons et de mauvais jours. L'expérience et la conscience du trouble vous permettront de faire la différence.
- Profitez de l'aide fournie par les groupes de soutien (voir coordonnées plus loin).

Vous pouvez également réduire les petites variations d'humeur et les stress qui conduisent parfois à de plus sévères épisodes en faisant attention à ce qui suit. Ces conseils permettent aussi d'améliorer votre santé physique ce qui est important en général, mais particulièrement pour les patients bipolaires qui tendent à être en moins bonne santé physique que la population générale.

• **Maintenez des rythmes de sommeil réguliers**

Couchez-vous et levez-vous à peu près à la même heure chaque jour. Un sommeil irrégulier semble pouvoir causer des modifications chimiques dans votre corps susceptibles de déclencher des troubles de l'humeur. S'il vous faut faire un long voyage entraînant un décalage horaire, prenez conseil auprès de votre médecin. Si vous vous couchez tard un soir, pensez à vous coucher à l'heure le lendemain.

• **Ayez des activités régulières.**

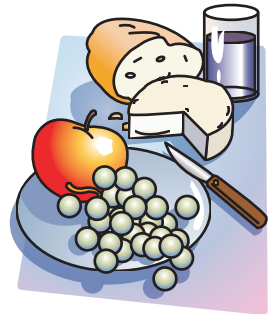
Ne restez pas inactif ce qui augmente le risque de dépression. Toutefois, ne vous surmenez pas.

• **Ayez une activité physique régulière.**

Ceci a montré un effet antidépresseur.

• **Mangez de manière équilibrée et à heure régulière.**

Ceci est important pour votre santé physique. Mangez de tout en quantité raisonnable. Éviter la consommation excessive de graisses et de sucres rapides qui sont des facteurs de risques cardio-vasculaire et de surpoids. Évitez de trop consommer de sel qui augmente les risques d'hypertension artérielle. En outre, favorisez la consommation de poissons, notamment les poissons gras riches en acides gras essentiels de type Oméga-3 (thon, saumon, sardines... ainsi que les crustacés) qui semblent posséder des propriétés antidépresseuses. Les repas réguliers permettent en outre de réguler les rythmes de votre vie. Ils sont aussi importants sur le plan social, vous permettant d'échanger avec votre entourage.



- **Ne faites pas un usage excessif d'alcool ou de drogues.**

Ces derniers peuvent en effet déclencher un trouble de l'humeur et modifier l'efficacité des médicaments. Il se peut que vous trouviez tentant de traiter vos problèmes d'humeur ou de sommeil par de l'alcool ou des drogues.

Ceci rend les choses pratiquement toujours pires. Si vous avez un problème avec des substances psychoactives, parlez-en à votre médecin. Soyez très prudent sur la consommation quotidienne d'alcool, de caféine ou de médicaments sans ordonnance pour par exemple les allergies ou la douleur. Même de petites quantités peuvent interférer avec le sommeil, l'humeur ou votre traitement médicamenteux.

- **Essayez de réduire les stress professionnels.**

Bien entendu, vous voulez donner le meilleur de vous à votre travail. Cependant, gardez à l'esprit qu'éviter les rechutes est plus important et vous permettra à long terme d'augmenter votre productivité générale. Essayer de conserver des horaires vous permettant de dormir à des heures convenables. Si vos symptômes modifient vos capacités de travail, discutez avec votre docteur de l'opportunité de poursuivre ou de prendre un arrêt de travail. Le choix de parler ou pas de votre maladie à votre employeur ou à vos collègues ne dépend que de vous. Si vous êtes incapable de travailler, un membre de votre famille peut dire à votre employeur que vous ne vous sentez pas bien, que vous êtes soigné par un médecin et que vous serez de retour dès que possible.



LA PSYCHOTHÉRAPIE

La psychothérapie dans le trouble bipolaire aide la personne à gérer les problèmes de la vie, à faire face aux changements de l'image de soi ou des projets d'avenir, et à comprendre les effets de la maladie sur les relations importantes. Elle est un complément au traitement et ne remplace pas les médicaments.

Quand elle est utilisée en phase aiguë, la psychothérapie est plus adaptée aux dépressions qu'aux manies. Il est en effet difficile pour un patient maniaque d'écouter le psychothérapeute.

Les psychothérapies au long cours peuvent aider à prévenir les manies et les dépressions en réduisant les stress qui déclenchent les accès et en augmentant l'adhésion au traitement.

Les types de psychothérapie particulièrement utiles durant une dépression aiguë et durant les rémissions sont :

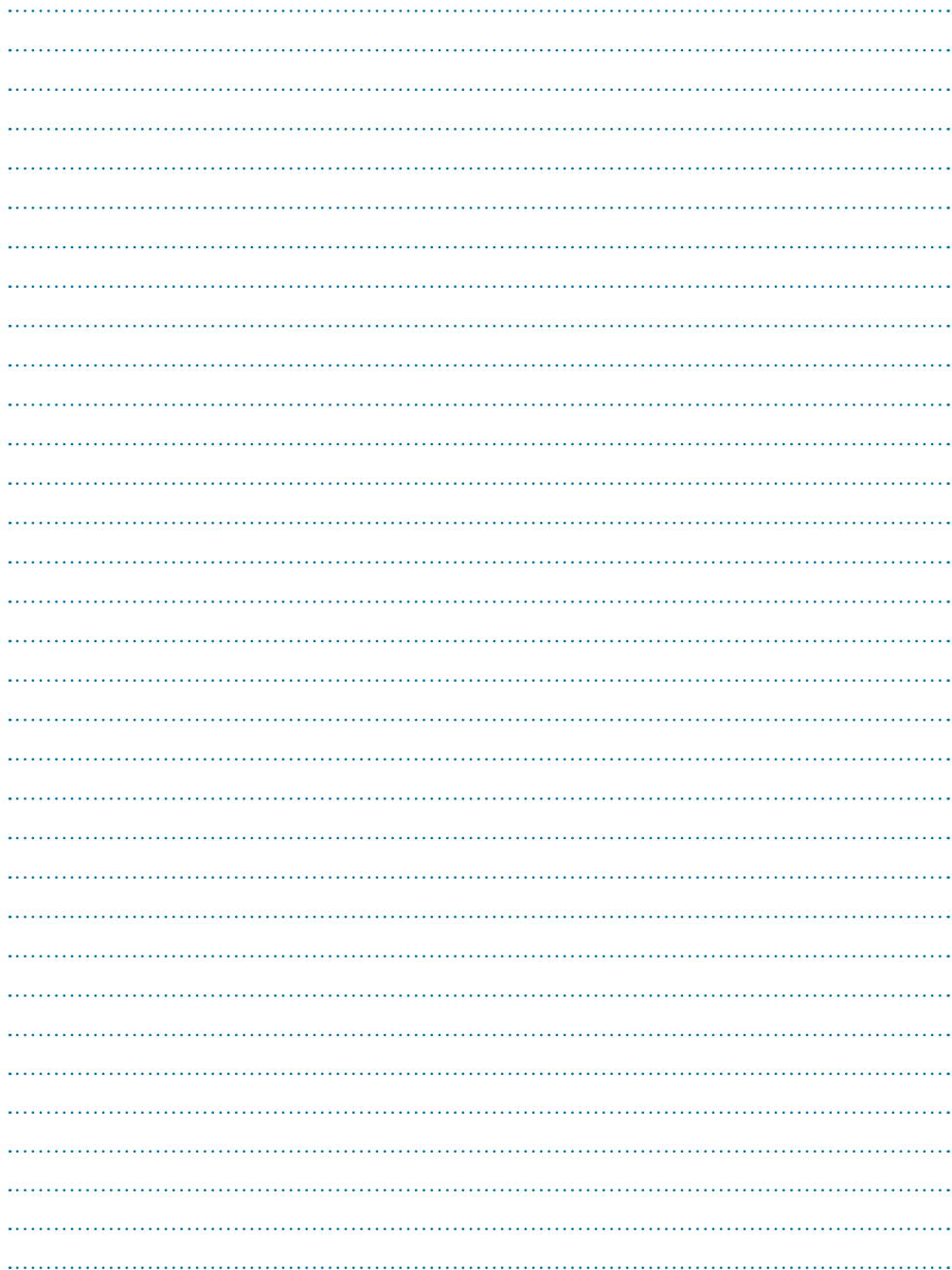
- **La thérapie comportementale** se concentre sur les comportements pouvant augmenter ou diminuer les stress, et sur les moyens d'augmenter les expériences agréables qui peuvent aider à améliorer les symptômes dépressifs.
- **La thérapie cognitive** cherche à identifier et à changer les pensées pessimistes et les croyances pouvant amener à la dépression. Elle est souvent associée à la thérapie comportementale (on parle de thérapie cognitivo-comportementale ou TCC).
- **La thérapie interpersonnelle** vise à réduire les tensions qu'un trouble de l'humeur peut créer au sein des relations sociales. Elle vise aussi l'amélioration des **rythmes sociaux**.
- D'autres types de psychothérapies existent, moins bien étudiées dans le trouble bipolaire ou peu utilisées en France.

La psychothérapie peut être *individuelle* (seulement vous et le thérapeute), de *groupe* (avec des gens ayant des problèmes similaires) ou *familiale*. Le thérapeute peut être votre médecin ou une autre personne, tel qu'un infirmier ou un psychologue qui travaille en partenariat avec votre médecin.

Pour tirer le plus profit de votre psychothérapie :

- Respectez vos rendez-vous.
- Soyez honnête et ouvert avec le psychothérapeute.
- Faites le travail thérapeutique qui vous est demandé hors consultation.
- Renseignez le thérapeute sur l'efficacité du traitement.

Souvenez-vous que la psychothérapie fonctionne habituellement de manière plus progressive que les médicaments et qu'elle peut nécessiter plus de deux mois avant de montrer sa pleine efficacité. Cependant, ses effets peuvent être durables. Comme pour les médicaments, les personnes réagissent différemment aux psychothérapies.



La grossesse

LA GROSSESSE

La question d'avoir un enfant se pose bien évidemment un jour aux jeunes femmes. Il est nécessaire de savoir un certain nombre de choses sur la grossesse lorsqu'on souffre d'un trouble bipolaire :

- Comme pour toute grossesse, il est important que **le désir d'enfant soit partagé** entre les 2 futurs parents. Ceci est important pour l'enfant à venir. C'est également important pour assurer une grossesse en toute sérénité notamment chez une femme souffrant d'un trouble bipolaire c'est-à-dire plus sensible encore à la qualité de l'environnement.

- Contrairement à une idée répandue, il a été clairement mis en évidence que **la grossesse ne protège pas des variations de l'humeur**, dépression ou manie. L'arrêt de tout traitement régulateur de l'humeur expose donc à une rechute durant la grossesse dans plus de 80% des cas.

- ⊙ Or, les épisodes thymiques durant la grossesse **compliquent le bon déroulement de la grossesse** et représente une charge supplémentaire sur les épaules de la mère et de son entourage.

Ils augmentent de fait les risques de complications obstétricales.



⊙ En outre, il est clairement établi que le **développement émotionnel et comportemental de l'enfant**, in utero et dans les premières années de vie, est très influencé par l'état émotionnel de la mère.

Ainsi, il est capital d'obtenir *une stabilisation satisfaisante de l'humeur avant et pendant la grossesse*.

- La difficulté vient du fait que certains traitements augmentent **le risque de malformations fœtales**.

Ce risque est surtout lié à une prise durant les 2 mois qui suivent la conception. C'est le cas des dérivés de l'acide valproïque, de la carbamazépine et du lithium. Les antipsychotiques et la lamotrigine n'ont pas montré de risque particulier sur le développement fœtal à ce jour. Dans tous les cas, gardez en tête que toute grossesse expose à un risque malformatif, de l'ordre de 1 à 3% en population générale.

ALORS, QUE FAIRE ?

Deux cas se présentent :

- Idéalement, il est nécessaire de **préparer la grossesse** lorsqu'on souffre d'un trouble bipolaire. Parlez-en à votre médecin bien avant ! Il s'agira de trouver un traitement thymorégulateur qui ne présente pas de risque pour le développement fœtal et qui stabilise l'humeur de la mère. La conception pourra ensuite se faire dans des conditions optimales. Il sera toujours possible à partir du second trimestre de reprendre le traitement thymorégulateur initial si celui-ci est plus satisfaisant. Notez que le lithium nécessite une surveillance plus rapprochée de la lithiémie.
- Vous pensez **être enceinte** alors que vous prenez un traitement thymorégulateur. Ne vous affolez pas. Parlez-en rapidement à votre médecin. Il sera d'abord important de confirmer la grossesse et d'évaluer le terme. La décision dépendra du traitement que vous recevez et de l'avancée de la grossesse. Une surveillance rapprochée sans arrêt du traitement pourra vous être proposée. Ayez à l'esprit que l'arrêt brutal du traitement expose la mère et l'enfant à des problèmes sérieux à court et long terme.

En dehors des traitements thymorégulateurs, plusieurs types de traitements sont possibles durant la grossesse.

- Si vous êtes déprimée, une *psychothérapie* à visée antidépressive peut vous être proposée. Ce type de thérapie n'est toutefois pas efficace dans les formes sévères de dépression.
- Un *antidépresseur* peut être prescrit si nécessaire (à l'exception de la paroxétine, Déroxat®). Un antidépresseur plus ancien peut être préféré par le médecin en raison du recul que nous avons.

- Les *benzodiazépines* ne présentent pas de risque évident mais nécessitent d'être diminués et arrêtés au cours du 3^{ème} trimestre pour éviter les manifestations de sevrage chez l'enfant après l'accouchement.
 - Si vous traversez un épisode thymique sévère, une alternative efficace et à faible risque est *l'électroconvulsivothérapie*.
- Il est important de savoir que les convulsions ne sont pas transmises à l'enfant.

Après l'accouchement (post-partum)

- Le risque de rechute persiste.
- Il sera important de différencier une rechute dépressive du «baby blues» normal qui s'améliore spontanément en quelques jours.
- Tous les médicaments passent dans le lait maternel. Il est souvent préférable de privilégier le lait artificiel.
- Faites vous aider par votre entourage. Les perturbations des rythmes sont normales et importantes durant les premiers mois de l'enfant Or, vous y êtes sensibles du fait de votre trouble bipolaire.



COORDONNÉES UTILES

- **Service de Post Urgences Psychiatriques**

CHU de Montpellier
Hôpital Lapeyronie

Accueil 24h/24, 7j/7

Secrétariat : 04 67 33 85 81
Rendez-vous : 04 67 33 82 89
Salle de soins : 04 67 33 85 84
Urgences psychiatriques : 04 67 33 22 93

- **ARGOS 2001**

Association nationale d'aide aux personnes atteintes de troubles bipolaires et à leur entourage.
Conférences, groupes de paroles.

Antenne Gard-Hérault
08 71 21 57 00
argos2001.gard@orange.fr
argos2001.herault@orange.fr
<http://argos.2001.free.fr>

- **JANUS 34**

Association d'aide aux personnes atteintes de troubles bipolaires et à leur entourage.
Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM).

1445 route de Mende
34090 Montpellier
04 67 04 87 68
contact@gemjanus34.org
<http://www.gemjanus34.org>

