

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2012

N°.....

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : PSYCHIATRIE

Par

Adrien ERNOUL

Né le 4 Août 1983 à Saumur (Maine-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le : 22 octobre 2012

***DE LA PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE AU SPECTRE BIPOLAIRE :
CONSIDERATION CRITIQUE A PROPOS DE L'ELARGISSEMENT DE LA
BIPOLARITE***

Président : Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE

Directeur : Monsieur le Docteur Alain MOUSELER

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. BAUFRETON
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. GUY

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSTIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ARNAUD Jean-Pierre	Chirurgie générale
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
	AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM	BASLÉ Michel	Cytologie et histologie
	BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
	BOYER Jean	Gastroentérologie ; hépatologie
	CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUBAS Frédéric	Neurologie
	DUBIN Jacques	Oto-rhino-laryngologie
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention

MM	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
	LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
	MILEA Dan	Ophthalmologie
Mme	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
M.	PARÉ François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	RACINEUX Jean-Louis	Pneumologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie

	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénéréologie
MM	VERNY Christophe	Neurologie
	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion
<u>MAÎTRES DE CONFÉRENCES</u>		
M.	ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes	BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
	BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M.	BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme	BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM	BOUYE Philippe	Physiologie
	CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
	CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme	CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM	CRONIER Patrick	Anatomie
	CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme	DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
	EVEILLARD Matthieu	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
	GALLOIS Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
M.	LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes	LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
	LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
	MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	MESLIER Nicole	Physiologie
MM	MOUILLIE Jean-Marc	<i>Philosophie</i>
	NICOLAS Guillaume	Neurologie
	PAPON Xavier	Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER Isabelle	Pédiatrie
	PENCHAUD Anne-Laurence	<i>Sociologie</i>
M.	PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme	PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M.	PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes	ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
	SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
MM	SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
	TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Alain MOUSELER

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER

Monsieur le Docteur Alain MOUSELER

Monsieur le Professeur Yves ROQUELAURE

Monsieur le Docteur Alain MOUSELER

Je vous remercie sincèrement pour votre implication et votre bienveillance. Chacun de vos conseils m'ont été très précieux. Vous m'avez orienté avec pertinence dans la réalisation de ce travail grâce à votre savoir d'une grande richesse que je tiens en admiration.

Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER

Je vous remercie pour la qualité et la clarté de votre enseignement mais aussi pour votre bonne humeur qui anime votre manière d'accueillir et de vous entretenir avec les internes.

Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE

Je vous remercie de m'avoir accueilli dans votre service et de nous avoir enseigné la psychiatrie sous un angle de lecture ouvert et diversifié. Vos connaissances dans les domaines de l'Art et la littérature accroissent l'intérêt de vos interventions.

Monsieur le Professeur Yves ROQUELAURE

Je vous remercie pour votre enseignement et de m'avoir accueilli dans votre service d'addictologie.
Je garderai en estime chacun de nos échanges.

A ma compagne Charlotte.

A ma fille Capucine.

A mes parents, mes sœurs, ma grand-mère, ma famille et ma belle-famille.

A mes amis, notamment Suliac, les « Adriens », Aurelia, Aurelien, Camille, Cédric, Christine, Cosmin, Elise, Julien, Marie, Mathieu, Nicolas, Patricia, Pauline, Pierre, Pierre-Louis.

A mon futur patron, Monsieur le Docteur Gilles Dubois De Prisque.

A Mme Château, bibliothécaire au CESAME. Je tiens aussi à remercier les chefs de service et équipes soignantes qui m'ont accueilli au cours de mes différents stages, les enseignants du DES de psychiatrie à Angers et des différents DU auxquels j'ai participé sur Lyon et Paris avec une attention particulière pour le Professeur Michel Marie-Cardine.

PLAN

INTRODUCTION (P.9)

**HISTORIQUE DES TRAJECTOIRES NOSOGRAPHIQUES DE LA MANIACO-
DEPRESSION ET DE LA BIPOLARITE (P.15)**

**AUTONOMIE ET LIMITES DE LA BIPOLARITE. ENTRE PROXIMITE ET
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL (P.31)**

DISCUSSION (P.182)

CONCLUSION (P.207)

REFERENCES (P.211)

TABLES DES MATIERES (P.228)

INTRODUCTION

1 LA BIPOLARITE : DES HAUTS, DES BAS... ET DES DEBATS !

A l'entrée de la Salpêtrière, les deux statues représentant Jean-Pierre FALRET et Jules BAILLARGER se font face et se regardent en chien de faïence¹. Les deux aliénistes se disputent-t-ils toujours, à travers leurs deux sculptures, la paternité scientifique de l'actuel trouble bipolaire ? Débattent-t'ils encore au sujet de l'appellation la plus appropriée : « *folie circulaire* » pour l'un, « *à double forme* » pour l'autre ? De la « *folie circulaire* » au trouble bipolaire, en passant par la psychose maniaco-dépressive, la maladie bipolaire n'a effectivement pas manqué d'engendrer de nombreux débats passionnés et continue de perpétrer de multiples interrogations dans les domaines de son étiologie, de sa clinique, de sa thérapeutique ou encore de sa nosographie.

Ce sera à propos de l'élargissement de la bipolarité que nous axerons la thématique de notre travail. Depuis les années 1980, les critères diagnostiques se sont étendus, de nombreux auteurs défendent une conception élargie de la bipolarité et considèrent un spectre bipolaire élargi censé être plus proche de la réalité clinique². Nous défendons l'idée qu'une considération critique s'impose à propos de cet élargissement.

2 ENTRE UN SOUS OU UN SUR-DIAGNOSTIC DE LA BIPOLARITE

2.1 Vers un élargissement du concept de bipolarité ?

2.1.1 Conséquences de la bipolarité

Du fait de sa gravité, la maladie maniaco-dépressive mérite une réelle attention. Les conséquences dramatiques de la maladie s'imposent comme un argument de choc pour un meilleur dépistage.

2.1.1.1 *Un problème majeur de santé publique*

Le trouble bipolaire constitue un problème majeur de santé publique. L'école de santé publique d'Harvard et la banque mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé, dans une

¹ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

² BOURGEOIS ML. VERDOUX H. HENRY-DESMOTES-MAINARD C. Clinique des troubles bipolaires de l'humeur (le spectre bipolaire). In : LEMPERIERE T. Les troubles bipolaires. Paris : Masson, 1996.

vaste étude évaluant l'impact sanitaire des différentes maladies, observent cinq troubles psychiatriques parmi les dix maladies entraînant la plus forte morbi-mortalité. En utilisant un indicateur chiffrant le nombre d'années de vie perdues, décès prématuré et/ou vécues avec un handicap, la bipolarité se place en sixième position en nombre de DALYs (*Disability Adjusted Life Years*), les troubles dépressifs unipolaires étant seconds, juste après les maladies cardiovasculaires dans les pays développés. Si les troubles mentaux totalisent 17 % des DALYs, le trouble bipolaire en représente 1 % à lui seul¹. Les soins, les hospitalisations et les arrêts de travail occasionnés induisent un coût économique considérable².

2.1.1.2 Une surmortalité

Une surmortalité suicidaire est bien présente. Entre 25 et 50 % des sujets bipolaires ont fait ou feront une tentative de suicide³ alors qu'entre 10⁴ et 19 %⁵ d'entre eux décèdent par suicide. Indépendamment, une surmortalité de nature multifactorielle s'ajoute à celle liée au suicide. De multiples comorbidités somatiques, addictives et iatrogènes, en association à une mauvaise hygiène de vie, expliquent la diminution de l'espérance de vie des sujets bipolaires⁶.

2.1.1.3 Complications psychosociales

Dans son type I, le trouble bipolaire débute généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, entre 17 et 27 ans, soit à un âge précoce de la vie⁷. Les épisodes présentent une durée moyenne de 4 à 13 mois et surviennent à un rythme de 0,6 par an, soit, environ un épisode thymique tous les deux ans⁷. Le taux de guérison de la maladie n'atteindrait que 15 %⁴. Il en résulte un dysfonctionnement psychosocial et familial marqué chez deux tiers des patients⁷.

¹ MURRAY CJL. LOPEZ AD. The global burden of disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge : Harvard University Press, 1996.

² ROUILLON F. Un enjeu de santé publique. In : LEBOYER M. Troubles bipolaires : pratiques, recherches et perspectives. Paris : John Libbey Eurotext, 2005.

³ JAMISON K. Night falls fast : understanding suicide. New-York : Knopf, 1999.

⁴ ANGST J. SELLARO R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological Psychiatry* 2000 ; 48 : 445-57.

⁵ GOODWIN FK. JAMISON KR. Manic depressive illness. New-York : Oxford University Press, 1990.

⁶ OSBY U. BRANDT L. CORREIA N. EKBOM A. SPAREN P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Archive of General Psychiatry* 2001 ; 58 : 844-50.

⁷ SUPPES T. LEVERICH GS. KECK PE. The Stanley Foundation bipolar treatment outcome network : demographic and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders* 2001 ; 67 : 227-33.

Selon la *National Depression and Manic Depressive Association*, seuls 37 % des patients bipolaires en âge de travailler auraient un emploi aux Etats-Unis. Sur le plan familial, ce trouble est considéré comme une cause de difficultés significatives chez 90 % des membres de la famille d'un patient bipolaire. En outre, il est vécu comme un facteur de stigmatisation pour les proches. Enfin, il entraîne des conflits conjugaux qui aboutissent à des séparations ou des divorces pour quatre patients sur cinq¹.

2.1.1.4 Conséquences médico-légales

Que ce soit lors des phases dépressives ou maniaques, la bipolarité ne manque pas de figurer des conséquences à incidences médico-légales en matière civile et pénale. Sur un autre versant, le bipolaire représente une « *victime idéale* ». En phase dépressive, il est aisément manipulable ; en phase maniaque, il est à la fois suggestible, désinhibé, en perte de repères et des limites, nourrissant dès lors une grande vulnérabilité^{2,3}.

2.1.2 La gravité du trouble impose une meilleure identification

Devant la gravité potentielle de la bipolarité, de plus en plus d'arguments plaident en faveur d'une meilleure identification du trouble afin d'amorcer une thérapeutique adaptée. Il convient ainsi de le dépister le plus précocement possible, d'éviter les errances diagnostiques et donc thérapeutiques, pouvant occasionner des retentissements délétères. Tous les auteurs et cliniciens conviennent qu'une prise en charge précoce, associée à un traitement adapté, permet de réduire la durée, la sévérité des épisodes et leur récurrence⁴.

2.1.3 Un sous-diagnostic de bipolarité ?

Mieux repérer pour réduire les complications de la maladie donc. Or, la difficulté pour diagnostiquer la bipolarité est réelle. A partir d'une large population, l'étude de LISH avance qu'un bipolaire sur deux a consulté au moins trois professionnels de santé avant de recevoir

¹ SUPPES T. LEVERICH GS. KECK PE. The Stanley Foundation bipolar treatment outcome network : demographic and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders* 2001 ; 67 : 227-33.

² CORDIER B. Troubles bipolaires : une incidence médico-légale sous-estimée. *La Revue du Praticien* 2005 ; 55/5 : 510-1.

³ SENON JL. MANZANERA C. PAPET N. Aspects médico-légaux des troubles bipolaires. *L'Encéphale* 2006 ; 32/2 : 547-52.

⁴ ROUILLON F. Un enjeu de santé publique. In : LEBOYER M. *Troubles bipolaires : pratiques, recherches et perspectives*. Paris : John Libbey Eurotext, 2005.

un diagnostic approprié¹. De plus, celui-ci n'est posé qu'après dix ans d'évolution chez un tiers des patients².

Cette difficulté diagnostique s'explique par plusieurs points. Le trouble bipolaire correspond à une maladie phasique dont la forme varie dans le temps, nécessitant un recul sur le parcours du patient et l'évolution de sa symptomatologie. Ensuite, de nombreuses comorbidités masquent souvent le diagnostic tel un « *arbre qui cache la forêt* »³. Enfin, il s'agit d'une clinique aussi riche qu'hétérogène pouvant épouser la forme de « *masques trompeurs* »³.

Le trouble bipolaire est-il alors sous-diagnostiqué ? La psychiatrie contemporaine, sous l'éclairage de multiples auteurs, s'accordent sur une réponse affirmative⁴. Ainsi, on assiste au cours de ces dernières années à une éclosion de multiples recommandations afin de mieux diagnostiquer le trouble bipolaire à partir d'indices autres que l'alternance des classiques phases maniaques et mélancoliques et ce, à des âges de plus en plus précoces. En conséquence, le concept de psychose maniaco-dépressive s'est étendu vers celui du concept actuel de spectre bipolaire incluant des formes atténuées, précoces et masquées de bipolarité. Une conception élargie du trouble bipolaire rendrait alors compte d'un certain nombre de comportements anormaux, dommageables pour la personne ou pour autrui et qui resteraient incompréhensibles en l'absence de reconnaissance de l'origine et de la nature bipolaire de ces déviations comportementales et caractérielles. Cette méconnaissance fait perdre au sujet atteint le bénéfice d'une thérapeutique⁵.

Ainsi, pour ANGST, qui se base sur une étude longitudinale sur trente ans, concernant une cohorte à Zurich, la prévalence du spectre bipolaire atteint 24 %⁶ alors que les classifications internationales actuelles ne la situent qu'à hauteur de 1% de la population

¹ LISH JD. DIME-MEENAN S. WHYBROW PC. *et al.* The National Depressive and Manic-Depressive Association (NDMDA) survey of bipolar members. *Journal of Affective Disorders* 1994 ; 31 : 281-94.

² GOLDBERG JF. ERNST CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002 ; 63/11 : 985-91.

³ GORWOOD P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. *L'Encéphale* 2004 ; 30/2 : 182-93.

⁴ HANTOUCHE E. *Troubles bipolaires : rumeurs et réalités*. Paris : Medi-Text, 2008.

⁵ BOURGEOIS ML. *Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires*. Paris : Odile Jacob, 2007.

⁶ ANGST J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders* 1998 ; 50 : 143-51.

générale pour le type I et à seulement 0,5 % pour le type 2¹. Cet écart est saisissant, illustrant les difficultés nosographiques exposées par la bipolarité.

2.2 Vers une inflation excessive de bipolarité ?

2.2.1 Un sur-diagnostic ?

La totalité des publications s'interrogeant sur une éventuelle inflation excessive de la bipolarité paraît bien mince en comparaison aux nombreux travaux qui soutiennent l'inverse. Néanmoins, en pratique, plusieurs faits questionnent sur une extension potentiellement trop large du trouble bipolaire. De nombreux psychiatres s'indignent aujourd'hui en lançant une interrogation, sous forme d'un *leitmotiv* contemporain bien connu : « *Qui n'est pas bipolaire aujourd'hui ?* ». Question qui trouve son écho dans le titre du chapitre « *Tous bipolaires !* » d'un récent ouvrage de CORCOS², ou, dans un registre différent, dans celui d'un ouvrage de FIEVE de 1975, pionnier du lithium aux Etats-Unis, « *Nous sommes tous des maniaco-dépressifs* »³. D'autres sont nostalgiques du concept plus restrictif de psychose maniaco-dépressive. Un bon nombre de pédopsychiatres en France se demandent si le trouble bipolaire chez leurs jeunes patients constitue un mythe ou une réalité. Certains praticiens accusent une éventuelle pression de l'industrie pharmaceutique. D'autres avancent que le diagnostic de bipolarité serait porté en excès afin de rassurer le patient et le clinicien grâce à une étiquette diagnostique. A ces bruits murmurés au cœur des établissements de soins, il nous a aussi paru fréquent de rencontrer des patients, se proclamant bipolaires ou bien diagnostiqués comme tel, mais qui ne manifestaient aucunement les critères d'un trouble bipolaire caractérisé. Ce constat en pratique quotidienne s'est imposé comme la principale motivation en amont du choix de cette thématique et de la réalisation de ce travail.

2.2.2 Les risques d'un sur-diagnostic

Si le sous-diagnostic de bipolarité comporte bien évident des risques pour les patients, il faut ajouter qu'un sur-diagnostic n'est pas sans danger ! Un psychiatre considérant un patient bipolaire par erreur s'expose à une mauvaise compréhension des difficultés psychiques de celui-ci. Un diagnostic mal approprié de bipolarité induit la méconnaissance du véritable trouble mental affectant le sujet. Une lecture, sous un angle exclusivement thymique des

¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson, 2004.

² CORCOS M. L'homme selon le DSM. Le nouvel ordre psychiatrique. Paris : Albin Michel, 2011.

³ FIEVE R. Nous sommes tous des maniaco-dépressifs. Paris : Flammarion, 1980.

troubles mentaux, est à même d'enfermer le sujet dans une psychopathologie ne lui correspondant pas. Il convient aussi de rappeler que les thymorégulateurs, comme tout psychotrope, comportent des effets secondaires. Du côté du patient, un consultant recevant par erreur ce diagnostic, tendra plus facilement à vivre passivement ses difficultés psychiques, qu'il attribuera à une maladie requérant un traitement médical, plutôt que de s'engager dans un travail sur soi impliquant l'introspection. Enfin, la recherche se fixant comme objectif de mieux comprendre cette pathologie sur les plans étiologique, clinique et thérapeutique, s'expose au risque de travailler sur des faux positifs et en conséquence, de mener des travaux sur une catégorie vague, hétérogène et diluée, perdant sa spécificité et son unicité.

3 OBJECTIFS DE NOTRE TRAVAIL ET METHODOLOGIE

L'élargissement de la bipolarité impose alors un débat. Les extensions du concept, validées, et celles proposées par certains auteurs, sont-elles légitimes ? Favorisent-elles une meilleure identification du trouble bipolaire ? Ou bien, risquent-elles d'entraîner une inflation du diagnostic aux conséquences délétères ?

Afin de nous positionner dans la continuité de nos interrogations, nous avons réalisé une revue de la littérature systématique sur les moteurs de recherche *science directe* et *cairn info* avec les mots clés « *trouble bipolaire* » et « *spectre bipolaire* », à laquelle s'ajoute une revue des principaux articles et ouvrages portant sur la maladie, inscrits dans le courant de la psychiatrie moderne. Le résultat de ces lectures sera confronté aux écrits d'auteurs classiques (KRAEPELIN, EY), de psychanalystes (ABRAHAM, FREUD, KLEIN, RACAMIER, BERGERET) et de phénoménologues (BINSWANGER, TELLENBACH, TATOSSIAN) afin de prendre soin d'axer nos réflexions à partir de la clinique et de la psychopathologie.

Notre plan se déclinera sur quatre parties. Dans un premier temps, nous établirons une revue de l'historique des trajectoires nosographiques de la manico-dépression et de la bipolarité. Ensuite, le corps de notre thèse approchera l'autonomie et les limites de la bipolarité dans les champs de la normalité, de la psychose, de la dépression, de la personnalité, de l'anxiété, de l'impulsivité et de l'organicité. Avant de conclure, nous proposerons une discussion sur les facteurs de notre époque contemporaine tendant à élargir les critères de bipolarité ; nous ouvrirons une parenthèse sur le concept de bipolarité chez l'enfant ; enfin, nous proposerons de dégager le sens spécifique de la manie, pierre angulaire de la bipolarité.

HISTORIQUE DES TRAJECTOIRES NOSOGRAPHIQUES DE LA MANIACO- DEPRESSION ET DE LA BIPOLARITE

Au début étaient la bile noire et l'acédie, puis la médecine et la psychiatrie ont décrit la classique psychose maniaco-dépressive, alternant des accès mélancoliques et maniaques. L'histoire de la bipolarité ne peut donc se concevoir sans un détour à travers la mélancolie et la manie. Viendront ensuite les concepts de trouble puis de spectre bipolaire.

1 LA PREHISTOIRE DE LA BIPOLARITE

1.1 L'Antiquité

1.1.1 Les premiers écrits

Les fluctuations de l'humeur sont connues de tout temps¹. Les premières références de la maniaco-dépression remontent à la plus haute Antiquité grecque à travers la mythologie et les épopées homériques : la fureur et le suicide d'*Ajax*, la colère d'*Achille* ou encore la mélancolie de *Bellérophon*. Parallèlement, la religion, les réflexions philosophiques d'ARISTOTE ou encore la médecine Hippocratique, constituent les premières approches².

Les premières observations de cette époque constatent, à travers des termes encore flous et obscurs, des fluctuations de l'humeur à travers la mélancolie et la manie sans qu'une véritable nosographie ne soit élaborée. Ainsi, un bon nombre d'aliénés ou insensés étaient considérés, sans réelle limitation, comme atteints de mélancolie, affection triste des humeurs³ alors que la manie, provenant étymologiquement des *Ménades*, compagnes orgiaques de *Dionysos*⁴, a représenté en Grèce la folie. Ces termes ne cesseront d'être employés, d'HIPPOCRATE jusqu'à notre époque, dans des sens bien différents⁵.

¹ ESQUIROL JE. De la lypémanie ou mélancolie. Reuil-Malmaison : Sandoz, 1976.

² BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

³ EY H. Etude N°21 : manie. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

⁴ CHARTIER JP. Bipolarité et PMD. Ses rapports avec la philosophie et la psychanalyse. Le Journal des Psychologues 2009/10 ; 273 : 20-3.

⁵ EY H. Etude N°22 : mélancolie. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

1.1.2 Les auteurs antiques : d'Hippocrate à Evrage le Pontique

Les premiers écrits de la médecine grecque, décrivant la symptomatologie maniaque et mélancolique, naissent cinq siècles avant J.C. sur l'île de Cos, émanant d'HIPPOCRATE¹. Selon la théorie des humeurs, la « *melancholia* » signifie « *bile noire* », l'une des quatre humeurs qui composent le corps humain¹ avec pour siège l'hypocondre². Néanmoins, la Collection Hippocratique reste assez pauvre sur la mélancolie et la manie².

L'œuvre d'ARETEE DE CAPADOCE propose des descriptions de la manie et de la mélancolie avec quelques aphorismes sur leur transformation de l'une en l'autre : « *La mélancolie est un commencement ou une espèce de demi manie* », « *Les mélancoliques deviennent maniaques plutôt par les progrès que par l'intensité du mal* »².

ARISTOTE fut le premier à faire le lien entre folie et génie et plus particulièrement entre mélancolie et créativité dans son œuvre « *L'Homme de génie et la mélancolie* »³. Pour le philosophe antique, le mélancolique est celui, qui mieux qu'un autre, peut s'élever aux plus hautes pensées. Mais si la bile noire se refroidit, elle se transforme en poison noir, expression que reprendra *Charles Baudelaire* qui semblait en savoir long sur la mélancolie, dès ses premières tentatives poétiques et comme en témoignent ses lettres à *Ancelle* ou à son éditeur *Poulet-Malassis*⁴.

GALIEN signalait également que lorsque l'agitation se calmait, les malades devenaient taciturnes et timides alors qu'Alexandre DE TRALLES avait, semble-t-il, plus justement discerné l'intermittence des accès de mélancolie et de manie⁵. Enfin, *Evrage le Pontique*, à la fin du IV^{ème} siècle avant J.C., met en garde les moines contre l'acédie, causée par la tristesse, qui les frappe de dégoût pour leur vie⁶.

¹ SCHEPENS P. Les troubles bipolaires : de la polémique à la clinique. La Revue de la Médecine Générale 2011 ; 282 : 140-5.

² ARETEE DE CAPADOCE in EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

³ ARISTOTE. L'Homme de génie et la mélancolie. Paris : Rivage, 1989.

⁴ BRENOT P. Bipolarité et créativité. Le Bouscat : L'Esprit du Temps, 2008.

⁵ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

⁶ PRINCET P. Historique des classifications : de la folie circulaire aux troubles bipolaires. Psy Cause 2009 ; 53 : 11-6.

1.1.3 Conclusion

L'histoire des tentatives de catégorisation des troubles mentaux et de la bipolarité actuelle remonte à l'Antiquité, période au cours de laquelle furent posées les fondations de la pensée médicale occidentale. Mais ces premières nosographies étaient plus souvent une collection de réflexions et d'observations qu'une articulation conceptuelle et les troubles mentaux n'y tenaient qu'une place modeste¹.

1.2 Du Moyen âge au siècle des Lumières

Les conceptions antiques traversent le Moyen-âge et la Renaissance, oubliées par les uns, comme dans les classifications de FERNEL et PLATTER, reprises telles quelles par d'autres².

1.2.1 La mélancolie sous différents éclairages³

Au XIII^{ème} siècle, le péché d'acédie gagne le monde laïc. Il s'identifie souvent à la paresse. Acédia comporte une phase passive évoquant la pesanteur de la tristesse ou l'attente, qui s'oppose à une phase active de fureur sous l'effet d'une vision suscitée par le démon. Aux XIV^{ème} et XV^{ème} siècles, les médecins, reprenant la théorie des humeurs, font de la mélancolie une maladie. Ils préconisent des régimes de santé pour la soigner. La rate, siège de la bile noire, renvoie au *spleen*.

Les XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles verront la mélancolie se définir selon les courants artistiques, philosophiques ou médicaux. Pour les artistes, le thème de la mélancolie suggère des idées de solitude et de méditation comme l'illustre l'image du mélancolique de « *Saint Jean-Baptiste dans le désert* » de Jérôme Bosch: assis, la tête appuyée sur la main, dans une attitude de méditation sur la mort. La mélancolie bourgeoise du XVII^{ème} siècle devient un mal de vivre général, une sentimentalité. Son décor est la nature dont la solitude permet au sujet de se détourner du monde et de prendre conscience de lui-même. Puis, elle basculera du champ de la nature vers celui de la maladie dans l'œuvre du Pasteur Robert Burton décrivant une « *Anatomie de la Mélancolie* ».

¹ KALADJIAN A. AZORIN JM. ADIDA M. FAKRA E. DA FONSECA D. PRINGUEY D. Troubles affectifs : évolution des modèles nosographiques. L'Encéphale 2010 ; 36/6 : 178-82.

² CERARD J. Entre le naturel et le démoniaque : la folie à la renaissance. In : POSTEL J. QUETEL C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Paris : Dunod, 1994.

³ PRINCET P. Historique des classifications : de la folie circulaire aux troubles bipolaires. Psy Cause 2009 ; 53 : 11-6.

1.2.2 Mélancolie et manie : une seule et unique maladie ?

L'alternance manie-dépression n'est véritablement rapportée qu'en 1676 par un médecin anglais nommé Thomas WILLIS¹. Celui-ci a décrit cette alternance chez un même patient. Dans son « *De anima brutorum* », il soulignait l'importance des transformations entre la manie en mélancolie en pointant une unité symptomatique les reliant, révélatrices d'une seule et même affection à double face : « *La mélancolie qui dure très longtemps se transforme fréquemment en stupidité, quelque fois même en manie [...] Après la mélancolie, il faut traiter la manie, qui a tant de rapports avec elle que ces deux maladies se succèdent souvent et que la première se transforme souvent en la seconde et réciproquement [...] Souvent, on voit ces deux affections, comme la flamme et la fumée, s'exclure, se remplacer mutuellement* »². Théophile BONNET reprendra ce lien entre les deux humeurs extrêmes³.

L'idée d'une relation étroite entre manie et mélancolie sera de nouveau exposée au cours du siècle des Lumières. A l'article « *Manie* » du « *Dictionnaire universel de médecine* », DIDEROT écrit en 1746 : « *Il est absolument nécessaire de réduire la mélancolie et la manie à une seule espèce de maladie [...] Elles ont l'une et l'autre la même origine et la même cause [...] et elles ne diffèrent que par leur degré, par leur période ; en sorte que la mélancolie peut être regardée à juste titre comme le commencement de la manie ; et la manie comme l'accroissement, l'effet accidentel, ou même le dernier degré de la mélancolie* »⁴. Son contemporain, le médecin MORGANI rapproche également les deux états : « *Vous verrez même fréquemment des médecins ne pas savoir s'ils doivent appeler mélancolique ou maniaque, le même malade chez lequel il y aura eu de temps en temps des alternatives de taciturnité et de crainte, de loquacité et d'audace* »⁵. La mélancolie rentre clairement dans le domaine de la déraison et de la folie. Elle devient une maladie de l'esprit requérant soins et internement au sein des institutions comme l'asile ou l'hospice⁶.

¹ GAY C. Les troubles bipolaires et autres troubles de l'humeur. L'Encéphale 2008 ; 34/4 : 130-7.

² WILLIS T. In : EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 430.

³ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

⁴ DIDEROT D. In : GALLARDA T. LHORET-LOY C. CANCEIL O. Les sous types de maniaco-depression. Séminaire de psychiatrie biologique, hôpital Saint Anne 1996 ; 26 : 237-68.

⁵ MORGANI JB. In : RITTI A. Traité de la folie à double forme. Paris : Douin, 1883.

⁶ PRINCET P. Historique des classifications : de la folie circulaire aux troubles bipolaires. Psy Cause 2009 ; 53 : 11-6.

1.2.3 Conclusion

C'est ainsi, qu'après des trajectoires variées, mélancolie et manie rentrent dans le champ de la médecine. Leur lien est mis à jour sous forme d'alternance laissant deviner une seule et unique affection.

2 L'APPORT DES ALIENISTES DU XIX^{ème} SIECLE

2.1 Le XIX^{ème} siècle en France : un bouillonnement nosologique

2.1.1 Philippe Pinel

Parmi les auteurs français, PINEL (1745-1826), dans son « *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* », a naturellement admis et observé, en conformité avec les observations des siècles précédents, la mutation de la manie en mélancolie et réciproquement¹. Néanmoins, bien que PINEL reste un précurseur soulignant l'alternance et l'importance des troubles thymiques dans la nosographie psychiatrique², il ne posera pas, à proprement parler, les fondements cliniques des troubles bipolaires puisque sa catégorisation des pathologies mentales repose sur la base de la symptomatologie délirante. Il définira ainsi un délire général touchant plusieurs fonctions de l'entendement et qui s'accompagne parfois d'excitation. Il nomme « *manie* » cet ensemble. La mélancolie est par contre un délire partiel qui n'atteint pas toutes les facultés mentales du sujet³. Mais, il s'agissait encore pour cet auteur de deux maladies mentales distinctes impliquant des rapports de juxtaposition ou d'association sans appartenir à une seule et unique pathologie¹.

2.1.2 Jean-Etienne Esquirol

Son élève, ESQUIROL (1772-1840), réalise de très belle descriptions illustrées de planches gravées et expressives de patients en phase mélancolique et maniaque⁴. En dehors de de l'idiotie et de la démence, l'auteur distingue un délire total et un délire partiel. Le délire général se nomme manie et le délire partiel s'appelle monomanie. Dès 1820, il oppose une « *monomanie* » caractérisée par des éléments expansifs à une « *lypémanie* » ou

¹ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

² MEYNARD JA. De Kraepelin à Kraepelin. In : GERARD A. Etats mixtes. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2008.

³ HENRY C. Clinique des troubles bipolaires. Suresnes : Lilly, 2005.

⁴ ESQUIROL JE. De la manie. Maladies Mentales. Tome second. Paris : J.-B. Baillière, 1838.

« *monomanie* » triste, tout en remarquant une alternance possible : « *Les maniaques tombent dans une mélancolie profonde* »¹. Il s'agit pour le moment d'une vision uniciste de l'aliénation mentale. Pour ESQUIROL, il n'y a qu'une seule et unique folie qui se décline sous différentes formes cliniques.

2.1.3 La folie à double forme de Jules Baillarger et la folie circulaire de Jean-Pierre Falret

Par la suite, l'idée reprend de lier mélancolie et manie. Cette conception élargie répond à l'identification des maladies sur leur seule étiologie, comme la paralysie générale de BAYLE de 1822, la confusion mentale de DELASIAUVE de 1851, les désordres mentaux conséquences de l'alcoolisme ou de l'épilepsie².

Les chantiers nosologiques se poursuivent avec BAILLARGER (1809-1890), élève d'ESQUIROL, qui décrit, en 1843, une forme de pathologie thymique : la mélancolie stuporeuse, dans laquelle prédomine le ralentissement psychomoteur et intellectuel. La mélancolie perd alors son statut de délire partiel pour devenir un tableau touchant l'ensemble des facultés mentales avec une « *dépression* » des facultés intellectuelles et morales. En 1854, il conçoit la « *folie à double forme* » qui se caractérise par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation³.

Simultanément, Jean-Pierre FALRET (1794-1870) publie un article inaugural sur la « *folie circulaire* » où apparaît la notion d'intervalle libre. La « *folie circulaire* » se caractérise ainsi par l'alternance régulière de phases maniaques et dépressives : l'évolution au long cours devient le critère fondamental de la maladie. Voilà donc les premières descriptions françaises de l'alternance manies-dépressions au sein d'une même pathologie³.

2.14 De Jules Falret à Valentin Magnan : les premières formes atténuées

Le bouillonnement dans le chaudron français est loin de s'éteindre. Il est encore plus prolifique dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle. Jules FALRET (1824-1902), prolongeant l'œuvre de son père, emploie pour la première fois en France le terme d'état mixte en 1861

¹ ESQUIROL JE. In : HENRY C. Clinique des troubles bipolaires. Suresnes : Lilly, 2005.

² MEYNARD JA. De Kraepelin à Kraepelin. In : GERARD A. Etats mixtes. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2008.

³ HENRY C. Clinique des troubles bipolaires. Suresnes : Lilly, 2005.

pour décrire des tableaux dans lesquelles prédominent des idées tristes au cours d'un état d'excitation. MAGNAN introduira le concept de « *folie intermittente* » en 1890¹.

Aussi, apparaissent une considération pour des formes atténuées de maniaque-dépression. Dès 1862, MARCE évoque l'association « *dépression-hypomanie* » ancêtre du trouble bipolaire de type II. SEGLAS et SOLLIER annoncent les notions de dysthymie et de cyclothymie à travers les concepts de « *mélancolie atténuée* » et de « *neurasthénie circulaire* »².

2.2 Le XIX^{ème} siècle en Allemagne et la « folie maniaque-dépressive » d'Emil Kraepelin

2.2.1 De l'autre côté du Rhin²

La fin du XIX^{ème} siècle de l'autre côté du Rhin est tout aussi enthousiaste et tout aussi effervescente avec la naissance de la psychiatrie clinique. Alors qu'en France, émergent les formes atténuées, l'Allemagne s'oriente dans la même direction. HECKER approchait le concept de cyclothymie en 1877, MENDEL, dès 1881, pointait l'idée de l'existence d'une manie atténuée alors que KAHLBAUM identifiait un an plus tard, la dysthymie et l'hyperthymie.

2.2.2 Emil Kraepelin : la naissance du concept moderne de bipolarité

GRIESINGER considérait les psychoses, de même que les démences, comme des aspects d'une seule et unique maladie selon la théorie unitaire des psychoses. KRAEPELIN (1856-1926) différenciera clairement la psychose maniaque-dépressive au début du XX^{ème} siècle³.

C'est effectivement à Emil KRAEPELIN que nous devons l'essentiel de la terminologie actuelle de la bipolarité, ou du moins, celle qui a prévalu jusqu'à l'aube des années 80⁴. Entre 1899 et 1913, KRAEPELIN rassemble diverses formes de troubles affectifs en une seule et unique entité : la maladie maniaque-dépressive. Dès 1915, il propose les critères diagnostics de la « *folie maniaque-dépressive* », ultérieurement rebaptisée psychose maniaque-

¹ MEYNARD JA. De Kraepelin à Kraepelin. In : GERARD A. Etats mixtes. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2008.

² AZORIN JM. Des troubles psychotiques aux troubles bipolaires. L'Encéphale 2008 ; 4 : 127-9.

³ AKISKAL HS. L'émergence des troubles bipolaires. L'information Psychiatrique 2005. 81/10 : 857-61.

⁴ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

dépressive¹. Ils reposent sur des critères symptomatiques, évolutifs (récurrence, évolution périodique, bipolarité), étiologiques (maladie endogène relativement autonome à toute influence extérieure) et surtout évolutifs (récurrence, évolution périodique et bipolarité). Il reprend l'idée de l'alternance d'accès entrecoupés de phases de lucidité au cours desquelles le fonctionnement du patient retrouve une norme relative².

Ainsi, KRAEPELIN avait parfaitement distingué les états maniaques « *dont les signes essentiels sont la fuite des idées, l'humeur gaie et le besoin impérieux d'activité* »³, les états mélancoliques ou dépressifs « *caractérisés par la tristesse ou l'angoisse et par la difficulté à penser et à agir* »⁴ et même les états mixtes « *dans lesquels les manifestations maniaques et mélancoliques s'associent entre elles [...] qu'on ne peut pas ranger sans violer la logique ni dans l'une ni dans l'autre catégorie* »⁵. Le mérite de KRAEPELIN est d'avoir analysé la maladie plus profondément que ne l'avaient fait ses prédécesseurs et contemporains. Il insiste sur les formes de transitions et les intrications des crises maniaques, mélancoliques et mixtes pour démontrer l'identité profonde de ces troubles. Il propose une conception des états mixtes avec une grande précision et pertinence. Ainsi, dans sa description originale de la « *folie maniaco-dépressive* », les huit états fondamentaux comportent six états mixtes. Aussi, KRAEPELIN est considéré comme l'un des premiers aliénistes prônant une vision large de la psychose maniaco-dépressive de par son inclusion des dépressions récurrentes et de son intérêt pour la question du tempérament⁶.

Dès lors, l'unité clinique de la psychose était constituée reposant sur une sémiologie rigoureuse et précise. Ainsi pour BOURGEOIS, c'est à partir de KRAEPELIN « *qu'il faut commencer l'apprentissage du trouble bipolaire* »⁷.

2.3 Conclusion

Ainsi, les symptômes de manie et de dépression sont clairement exprimés depuis plus d'un siècle, symptômes même que nous redécouvrons dans le DSM (*Diagnostic and*

¹ SCHEPENS P. Les troubles bipolaires : de la polémique à la clinique. La Revue de la Médecine Générale 2011 ; 282 : 140-5.

² PRINCET P. Historique des classifications : de la folie circulaire aux troubles bipolaires. Psy Cause 2009 ; 53 : 11-6.

³ KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008. P. 53.

⁴ KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008. P. 71.

⁵ KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008. P. 91.

⁶ AKISKAL HS. L'émergence des troubles bipolaires. L'information Psychiatrique 2005. 81/10 : 857-61.

⁷ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007. P.10.

Statistical Manual of Mental Disorders) III de 1980 et le DSM IV de 1994¹ ! Aussi, les formes atténuées sont approchées ou devinées et questionnent sur leur rapport avec la véritable psychose maniaco-dépressive. Néanmoins, l'observation empirique des faits se dégagent de systèmes théoriques explicatifs². Si KRAEPELIN portait une attention aux facteurs héréditaires, tempéramentaux, environnementaux, ainsi qu'aux données épidémiologiques de l'époque, la question de l'étiopathogénie de la maladie maniaco-dépressive n'était que peu abordée. Ainsi, en 1911, Karl ABRAHAM écrivait que les causes de la « *folie circulaire* » restaient encore inconnues avec des réflexions étiopathogéniques encore peu consistantes³.

3 LE XX^{ème} SIECLE : DE LA PSYCHOSE MANIACODEPRESSIVE AU SPECTRE BIPOLAIRE

3.1 La première moitié du XX^{ème} : une période oubliée ?

A la suite des riches descriptions du XIX^{ème} siècle, viendra le temps de l'accueil de l'homme maniaco-dépressif, dans sa compréhension et sa resubjectivation. Eclaircir son énigme, tel était le défi lancé par FREUD dès 1915 dans « *Deuil et mélancolie* »⁴. L'ensemble de l'œuvre d'Henry EY illustre parfaitement cette période. Le psychiatre français reprend les théories phénoménologiques et psychanalytiques contemporaines de son époque ou le précédant. Son travail est animé de réflexions psychodynamiques, phénoménologiques mais aussi humanistes, philosophiques et anthropologiques. Le sens et l'articulation des symptômes ne cessent d'être questionnés afin de délivrer une psychopathologie d'une extraordinaire richesse qui n'a que pour seule égale sa finesse⁵.

A la lecture des travaux contemporains, il est fréquent de trouver des références aux aliénistes voire même à HIPPOCRATE. Ainsi, HAUGSTEN décrit la correspondance entre les symptômes de la « *folie circulaire* », telle que la décrivait Jean-Pierre FALRET en 1854, et les symptômes diagnostiques de la classification internationale actuelle de *l'American*

¹ MEYNARD JA. De Kraepelin à Kraepelin. In : GERARD A. Etats mixtes. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2008.

² EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

³ ABRAHAM K. Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. In : Œuvres complètes, tome I. Paris : Payot, 1965.

⁴ FREUD S. Deuil et mélancolie. Paris : Payot et Rivages, 2011.

⁵ BELZEAUX P. Le trésor clinique à portée de main. Du désir d'archives de la bibliothèque personnelle d'Henri Ey à la publication en réseau des bibliothèques psychiatriques de France. Congrès de Neurologie et de Psychiatrie de Langue Française, Biarritz, Juin 1999.

Psychiatric Association de 1994¹. A l'inverse, il y'a peu de références aux auteurs classiques du XX^{ème} siècle que ce soit EY, FREUD, ABRAHAM, KLEIN et les psychanalystes, BINSWANGER, MINKOWSKI, TELLENBACH et les phénoménologues. Afin d'illustrer ce saut, BELZEAUX reprend PICHOT : « *La folie circulaire renaît dans le trouble bipolaire* »². La précision actuelle procède dès lors d'un dispositif de listes statistiques d'éléments autonomes et non plus de l'effort d'écriture d'une existence ou d'un style. Un bel exemple de ce contraste réside dans l'appréciation de la fuite des idées du maniaque. Pour EY, elle doit être considérée comme « *une forme d'existence tumultueuse* ». S'inspirant de la phénoménologie de BINSWANGER, il écrit : « *Encore une fois, toutes les analyses structurales de BINSWANGER montrent que la « fuite des idées », la tachypsychie du maniaque n'est pas un phénomène isolé ou basal de la manie, mais constitue un aspect fondamental de la déstructuration de la conscience maniaque anormalement ouverte aux significations et à l'intentionnalité de l'optimisme vécu comme une véritable danse avec le réel* »³. Cette même fuite des idées n'est devenue qu'un item classé au deuxième rang parmi d'autres⁴.

Nous pensons alors, qu'un retour à une psychopathologie traditionnelle, aux théories psychanalytiques et phénoménologiques, apportera une complémentarité aux orientations de la psychiatrie moderne.

3.2 La seconde moitié du XXème siècle : psychose, trouble puis spectre bipolaire

3.2.1 Psychose bipolaire et unipolaire

Revenons maintenant à la trajectoire nosographique de la maladie bipolaire. KLEIST, dans les années 1930 en Allemagne, remet en cause la conception unitaire de la psychose maniaco-dépressive. Il emploie le terme de psychose bipolaire en 1953⁵. En 1957, son élève, LEONHARD, subdivise clairement la psychose affective autour du critère de polarité avec

¹ HAUGSTEN T. Aspect historique des troubles bipolaires dans la psychiatrie française. *L'Encéphale* 1995 ; 6 : 13-20.

² PICHOT P. In : BELZEAUX P. Le trésor clinique à portée de main. Du désir d'archives de la bibliothèque personnelle d'Henri Ey à la publication en réseau des bibliothèques psychiatriques de France. Congrès de Neurologie et de Psychiatrie de Langue Française, Biarritz, Juin 1999.

³ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : *Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 510.

⁴ BELZEAUX P. Le trésor clinique à portée de main. Du désir d'archives de la bibliothèque personnelle d'Henri Ey à la publication en réseau des bibliothèques psychiatriques de France. Congrès de Neurologie et de Psychiatrie de Langue Française, Biarritz, Juin 1999.

⁵ AZORIN JM. Des troubles psychotiques aux troubles bipolaires. *L'Encéphale* 2008 ; 4 : 127-9.

deux entités distinctes : les psychoses monopolaires à tempérament subdépressif et les psychoses bipolaires à tempérament cyclothymique sur la base de la présence, ou de l'absence, d'états maniaques dans le cours évolutif de la maladie¹. La manie occupe alors une place centrale dans le concept bipolaire et la mélancolie devient une forme de dépression d'une intense sévérité².

3.2.2 La naissance du trouble bipolaire

Le système de classification opposant névrose et psychose tombe en désuétude. Parallèlement, la psychose maniaco-dépressive devient une maladie ou un trouble avant de devenir un spectre et c'est ainsi que le terme trouble bipolaire entre dans le langage commun en 1980 avec son apparition dans la troisième version du DSM².

Le DSM III officialise la dichotomie débutée par Kleist, en proposant de partager les troubles affectifs en deux catégories : bipolaire et unipolaire. Ces deux entités seront dénommées respectivement trouble bipolaire et dépression récurrente dans les versions suivantes du DSM³. Ce premier mouvement a eu pour effet de limiter le nombre de patients bipolaires puisqu'en étaient exclues toutes formes de dépressions, même mélancoliques, sans antécédent d'épisode maniaque franc. A notre connaissance, il s'agit du dernier mouvement ayant pour effet une restriction des critères diagnostics de bipolarité.

3.2.3 L'élargissement du concept de bipolarité

3.2.3.1 Hypomanie, cyclothymie et assouplissement du diagnostic de manie

Nous avons cité plus haut quelques auteurs du XIX^{ème} siècle qui avaient deviné des formes mineures de troubles bipolaires. Ces considérations seront reprises et officialisées à la fin du siècle suivant. En 1976, DUNNER réintroduit le terme d'hypomanie, prémisse du trouble bipolaire type II, validée dans la version révisée du DSM III⁴. De plus, il se pose actuellement la question de la durée nécessaire pour définir un épisode : quatre jours sont recommandés pour le DSM IV alors qu'AKISKAL recommande de se tenir à une durée de

¹ PRINCET P. Historique des classifications : de la folie circulaire aux troubles bipolaires. *Psy Cause* 2009 ; 53 : 11-6.

² ARCE ROSS G. Manie, mélancolie et facteurs blancs. Paris : Beauchesne, 2009.

³ KALADJIAN A. AZORIN JM. ADIDA M. FAKRA E. DA FONSECA D. PRINGUEY D. Troubles affectifs : évolution des modèles nosographiques. *L'Encéphale* 2010 ; 36/6 : 178-82.

⁴ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

deux jours¹. Viendra ensuite l'officialisation de la cyclothymie². Parallèlement, le critère diagnostique d'une hospitalisation pour définir un état maniaque, n'est plus nécessaire².

3.2.3.2 La naissance du spectre bipolaire et les voies d'extensions actuelles de la bipolarité

Dans la continuité de cet élargissement, KLERMAN introduit la notion de spectre bipolaire en 1980. Ce concept désigne l'ensemble des troubles comprenant une variation des troubles de l'humeur et a été repris par la classification définie par PINTO et AKISKAL en 1987³. Un courant d'auteurs anglo-saxons, mené par KLERMAN, AKISKAL et ANGST, prône une conception élargie des troubles bipolaires. Ils estiment que la notion de spectre bipolaire est une conception plus proche de la réalité clinique, reflétant fidèlement la grande variabilité symptomatologique de la maladie⁴.

L'extension de la bipolarité s'oriente alors dans plusieurs directions. Un nouvel assouplissement de la manie est proposé incluant l'hyperactivité comme symptôme et excluant la durée de l'épisode comme critère⁵ auquel s'ajoute l'inclusion de l'hypomanie, de la cyclothymie et la question des tempéraments. Cet élargissement questionne la frontière avec les troubles de la personnalité voire la normalité. D'autre part, sous l'impulsion des résultats de POPE et LIPINSKI aux Etats-Unis, auteurs qui insistent sur la fréquence des symptômes schizophréniques au cours de la psychose maniaco-dépressive, l'idée d'un *continuum* schizophrénie-trouble bipolaire est ouverte⁶. Certains troubles dits psychotiques, notamment le trouble schizo-affectif, mériteraient d'être intégrés au spectre bipolaire selon différents auteurs⁷. Aussi, la bipolarité pourrait s'étendre dans les champs du trouble du contrôle des impulsions (TCI), des conduites pseudo-psychopathiques, de la boulimie, des troubles anxieux, du trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité (TDAH) et des

¹ AKISKAL HS. BOURGEOIS ML. ANGST J. POST R. MOLLER H. HIRSCHFELD R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders* 2000 ; 59/1 : 5-30.

² KALADJIAN A. AZORIN JM. ADIDA M. FAKRA E. DA FONSECA D. PRINGUEY D. Troubles affectifs : évolution des modèles nosographiques. *L'Encéphale* 2010 ; 36/6 : 178-82.

³ MILLET B. DEROUET J. La notion de spectre bipolaire a-t-elle la même incidence en ville qu'à l'hôpital ? *Annales Médico Psychologiques* 2007 ; 165 : 580-2.

⁴ BOURGEOIS ML. VERDOUX H. HENRY-DESMOTES-MAINARD C. Clinique des troubles bipolaires de l'humeur (le spectre bipolaire). In : LEMPERIERE T. *Les troubles bipolaires*. Paris : Masson, 1996.

⁵ ANGST J. GAMMA A. BENAZZI F. *et al.* Toward a re-definition of subthreshold bipolarity : epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders* 2003 ; 73 : 133-46.

⁶ BOURGEOIS ML. *Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires*. Paris : Odile Jacob, 2007.

⁷ AKISKAL HS. PINTO O. The evolving bipolar spectrum : prototypes I, II, III and IV. *Psychiatrics Clinics of North America* 1979 ; 2 : 419-39.

addictions¹. Enfin, la distinction dépression uni ou bipolaire paraît de plus en plus vague et de plus en plus de critères viendraient signifier le caractère bipolaire d'un accès dépressif².

3.2.4 L'état actuel et le positionnement des classifications

3.2.4.1 DSM IV et CIM X

La définition actuelle des troubles bipolaires fait référence à deux systèmes de classification partiellement superposables, le DSM IV et la CIM (Classification Internationales des Maladies) X au sein de la catégorie des troubles de l'humeur³. Le trouble bipolaire se définit par la présence ou l'antécédent d'épisodes maniaques, hypomaniaques ou mixtes accompagnés habituellement de la présence ou d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs ou caractérisés⁴. Le tableau suivant résume le positionnement des systèmes de classification :

Le trouble bipolaire du DSM IV et de la CIM X	Bipolaire de type I : manie ou épisode mixte Bipolaire de type II : hypomanie avec EDM (épisode dépressif majeur) Cyclothymie : hypomanie avec épisode dépressif ne remplissant pas les critères d'épisode dépressif majeur Trouble bipolaire non spécifié
---	---

Tableau I : Le trouble bipolaire du DSM IV⁵ et de la CIM X⁶.

Il est à noter que le trouble bipolaire non spécifié accorde une grande liberté au clinicien laissant entendre la possibilité d'inclure dans la bipolarité, des formes tronquées ou atténuées, donc, en faveur d'un élargissement.

¹ LIPSKI H. BAYLE F. Troubles bipolaires et comorbidité psychiatrique. *Revue du Praticien* 2005 ; 55 : 501-6.

² AKISKAL HS. PINTO O. The bipolar spectrum : footnotes to Kraepelin on the interface of hypomania, temperament and depression. In : MARNEROS A. ANGST J. 100 years after manic depressive insanity. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers, 2000 : 37-62.

³ GAY C. Les troubles bipolaires et autres troubles de l'humeur. *L'Encéphale* 2008 ; 34/4 : 130-7.

⁴ AZORIN JM. Qu'est-ce que le trouble bipolaire ? *L'Encéphale* 2006 ; 32/4/2 : 489-96.

⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR. Paris : Masson, 2002.

⁶ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. CIM-10/ICD-10. Paris : Masson, 1992.

3.2.4.2 Le spectre bipolaire élargi selon Klerman et Akiskal

Les différents spectres élargis du trouble bipolaire, issus des travaux de KLERMAN¹ et d'AKISKAL², sont répertoriés dans le tableau ci-dessous :

Le spectre large de KLERMAN	<p>Bipolaire de type I : EDM et manie</p> <p>Bipolaire de type II : EDM et hypomanie</p> <p>Bipolaire de type III : EDM et hypomanie pharmacologique</p> <p>Bipolaire de type IV : Cyclothymie</p> <p>Bipolaire de type V : Antécédents familiaux de troubles bipolaires et symptômes personnels non « significatifs »</p> <p>Bipolaire de type VI : Manie unipolaire et manies secondaires</p>
Le spectre large d'AKISKAL et PINTO	<p>Bipolaire de type I : EDM et manie</p> <p>Bipolaire type ½ : Trouble schizo-affectif</p> <p>Bipolaire type I ½ : hypomanie chronique</p> <p>Bipolaire de type II : EDM et hypomanie</p> <p>Bipolaire type II ½ : EDM et tempérament cyclothymique</p> <p>Bipolaire de type III : EDM et hypomanie suite à l'antidépresseur</p> <p>Bipolaire de type III ½ : EDM et instabilité de l'humeur induite par les addictions ou les abus de substances</p> <p>Bipolaire de type IV : EDM et tempérament hyperthymique</p>

Tableau II : Le spectre large de bipolarité selon KLERMAN et AKISKAL^{1,2}.

3.2.4.3 Stade actuel de l'élaboration du DSM V

Au stade actuel de l'élaboration du DSM V, la bipolarité semble clairement continuer son expansion sous l'impulsion du spectre bipolaire élargi des auteurs anglo-saxons. Trois nouvelles catégories de troubles pourraient émerger. Deux sont en lien avec le tempérament : la dépression sur fond de tempérament cyclothymique et hyperthymique. La troisième

¹ KLERMAN GL. The spectrum of mania. *Comprehensive Psychiatry* 1981 ; 22 : 11-20.

² AKISKAL HS. PINTO O. The evolving bipolar spectrum : prototypes I, II, III and IV. *Psychiatrics Clinics of North America* 1979 ; 2 : 419-39.

correspond à l'officialisation de l'état maniaque ou hypomaniaque induit par les antidépresseurs.

Spectre DSM V	Bipolaire type I et type II identiques au DSM IV
	Bipolaire type II ½ : EDM et tempérament cyclothymique
	Bipolaire type III : Manie ou hypomanie induite par les antidépresseurs
	Bipolaire type IV : EDM et tempérament hyperthymique

Tableau III : DSM V et trouble bipolaire^{1,2}

4 CONCLUSION

Notre périple à travers l'histoire s'achève. De la « folie maniaco-dépressive » au spectre bipolaire, la définition de la maladie bipolaire a subi de nombreuses inflexions. Depuis une trentaine d'années, les troubles bipolaires ont fait une entrée fracassante dans le champ de la nosographie³. Le mouvement actuel implique le passage d'une conception restrictive de la psychose maniaco-dépressive à celle élargie du spectre bipolaire⁴. Le concept bipolaire est donc devenu de plus en plus vaste, hétérogène et étendu au fil du temps et ce mouvement continuera probablement son épanouissement dans la prochaine version du DSM et décennies futures². Les sous types comme le type II, le type III, la cyclothymie et la considération d'un spectre bipolaire élargi, nous éloignent des tableaux classiques de manie et de mélancolie et des planches des ouvrages d'ESQUIROL qui illustraient une atteinte profonde et sévère du sujet, lisible sur son visage. Aussi, le système des classifications actuelles et les angles de lecture de la psychiatrie contemporaine, empruntent une plume bien différente de celle des auteurs classiques de la première moitié du XX^{ème} siècle.

Finalement, la diversification des formes cliniques a progressivement induit une augmentation épidémique de la prévalence des troubles bipolaires, passant de 0,1 % pour le trouble bipolaire de type I du DSM III en 1980, à plus de 20 % pour l'ensemble du spectre

¹ ALLILAIRE JF. Tous bipolaires ? Les journées de l'AFTA, Paris, novembre 2009.

² SCHEPENS P. Les troubles bipolaires : de la polémique à la clinique. La Revue de la Médecine Générale 2011 ; 282 : 140-5.

³ BOURGEOIS ML. Aspects nosologiques des troubles bipolaires maniaco-dépressifs. Considérations critiques. Annales Médico-Psychologiques 2009 ; 167/10 : 803-9.

⁴ AZORIN JM. Qu'est-ce que le trouble bipolaire ? L'Encéphale 2006 ; 32/4/2 : 489-96.

bipolaire aujourd'hui¹. S'agit-il d'un véritable progrès de la clinique dans l'appréhension de la maladie bipolaire ? Ou bien, s'agit-il au contraire d'une dérive nosographique ou d'une « *dernière manie* » selon la formule ironique d'HEALEY (« *the latest mania* »)¹ ? Voilà bien des questions auxquelles nous tenterons de répondre. Dans tous les cas, l'extension de la bipolarité envahit la plupart des champs et des entités de la pathologie mentale² ce qui nous invitera à étudier l'autonomie et les limites de la maniaco-dépression.

¹ HEALEY D. The latest mania : selling bipolar disorder. Public Library of Science Medicine 2006 ; 3/4 : e185.

² BOURGEOIS ML. Aspects nosologiques des troubles bipolaires maniaco-dépressifs. Considérations critiques. Annales Médico-Psychologiques 2009 ; 167/10 : 803-9.

AUTONOMIE ET LIMITES DE LA BIPOLARITE. ENTRE PROXIMITE ET DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1 AUTONOMIE ET LIMITES DE LA BIPOLARITE : ENTRE EVIDENCES ET DIFFICULTES

1.1 Enjeux et position du problème

Une critique de l'assouplissement des critères de bipolarité ne peut épargner la question de l'autonomie et des limites de la maniaque-dépression ou de la bipolarité. Les caractéristiques du spectre bipolaire nous montrent que plus le spectre s'élargit, moins les différentes formes syndromiques s'apparentent au type I ou à l'ancienne et classique psychose maniaque-dépressive, le diagnostic devient de plus en plus difficile et le rapport avec d'autres pathologies mentales, de plus en plus étroit¹.

1.2 Diagnostic de bipolarité évident

1.2.1 Particularités clinique du cas typique

Certaines situations cliniques ne posent aucune difficulté particulière et restent indépendantes des affinités du clinicien pour le concept de psychose maniaque-dépressive ou pour celui de spectre bipolaire élargi. Le cas typique évident comprend certaines spécificités :

- un antécédent d'épisode maniaque, clairement identifié, ayant nécessité une hospitalisation ;
- un parcours de vie marqué par une cyclicité avec polarité de l'humeur, alternant entre phases maniaques et dépressives de type mélancolique suivies d'une rémission clinique quasiment complète ;
- tous les symptômes sont congruents vis-à-vis de la polarité de l'humeur ;
- il n'existe aucun trouble d'allure psychotique discordant, délirant ou hallucinatoire ;
- le sujet ne présente aucune comorbidité venant parasiter l'examen clinique et poser la question d'un autre trouble mental pouvant mieux expliquer les difficultés du patient ;

¹ GORWOOD P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. L'Encéphale 2004 ; 30/2 : 182-93.

- la sévérité des épisodes handicape ou modifie le fonctionnement du sujet de manière évidente dans les domaines personnels, familiaux, professionnels et sociaux. Cette notion témoigne d'une souffrance personnelle écartant toute idée de normalité ;
- les caractéristiques prémorbides sont évocatrices : le tempérament affectif est de nature dépressive, hyperthymique, cyclothymique ou irritable ;
- les données familiales retrouvent des cas de bipolarité ou de troubles de l'humeur avec une histoire de suicides¹.

1.2.2 Le cas historique de la psychose intermittente de Charles VI

Le cas historique de la psychose intermittente de *Charles VI* (1368-1422) illustre ces propos. L'histoire de ce roi s'intègre dans le « *mythe du roi fou* ». La folie divine provient d'une punition ou d'une manifestation du dessein divin. Touchant l'élite de la société, elle ne peut que refléter le désordre de celle-ci ou l'entraîner à sa suite².

L'histoire clinique de ce roi de France est évocatrice, composée d'une alternance de plus d'une quarantaine d'épisodes de fureur maniaque et de mélancolie stuporeuse entrecoupés d'intervalles lucides. Une agrégation familiale est probable à la lecture de nombreux cas familiaux thymiques concernant, en particulier, *Henri VI de Lancastre*. Le tempérament de *Charles VI* pourrait être qualifié d'hyperthymique. Le personnage était en effet considéré comme ouvert, chaleureux, sympathique, à l'aise dans les contacts. Ainsi, le peuple le surnommait « *Charles le Bien-Aimé* » et notre homme s'épanouissait à travers un bon nombre d'activités multiples impliquant les femmes, les tournois, la chasse, la guerre ou encore l'exercice. Court-dormeur, *Charles VI* profitait de la nuit pour donner des audiences. Les décompensations de sa maladie seront une source d'actes hétéroagressifs, d'idées suicidaires, de décisions politiques peu adaptées comme en témoigne le « *honteux traité de Troyes* » de 1420 selon l'expression de son fils *Henri V*. La folie de *Charles VI* coïncide avec une période noire de l'histoire de France³.

1.3 La question des délimitations

Le scénario précédent ne constitue pas la majorité des cas. De la « *folie maniaco-dépressive* » au trouble bipolaire, la question des délimitations a toujours été posée et non pas

¹ CHIARONI P. Aspects cliniques et diagnostic des troubles bipolaires. *La Revue du Praticien* 2005 ; 55/5 : 493-500.

² DEL FRANCO GM. Le mythe du roi fou. A propos du roi Charles VI. *Psynergie* 1998 ; 34 : 22-4.

³ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

sans difficultés¹. La question des diagnostics différentiels de la psychose maniaco-dépressive a constamment perpétué un bon nombre d'interrogations et de débats passionnés et EY avait parfaitement reconnu les difficultés des auteurs classiques pour délimiter la psychose périodique². KRAEPELIN à travers le chapitre « *Délimitation* », de l'ouvrage « *La folie maniaco-dépressive* », emploie toute sa rigueur afin de situer la cadre nosographique de la maniaco-dépression. Il nous alerte déjà, dans la partie « *Diagnostic* », sur l'alternance possible d'états d'excitation et de dysphorie triste au cours de l'évolution de plusieurs autres entités morbides³. A travers le troisième chapitre intitulé « *Autonomie et limites de la psychose périodique maniaco-dépressive* » de l'« *Etude N°25* » sur « *Les psychoses périodiques maniaco-dépressives* » des « *Etudes psychiatriques* », en 1953, EY distingue avec pertinence, plusieurs difficultés, partiellement déclinées ci-dessous, auxquelles se heurtent le diagnostic et le concept même de psychose périodique maniaco-dépressive².

1.3.1 Episode inaugural et cas qui ne paraissent pas récidivants

« *Le vieux problème* » nous dit EY, est « *de savoir s'il y a lieu de distinguer les mélancolies ou les manies « simples » des « accès maniaco-dépressifs », des psychoses périodiques.* »⁴, « *Toute crise de type maniaco-dépressive est-elle récidivante ?* »⁵ et en conséquence, doit-elle être obligatoirement « *intégrée dans la bipolarité ?* »⁴. De son expérience personnelle, et en reprenant les données épidémiologiques plutôt hétérogènes de son époque, EY constate qu'environ la moitié des crises inaugurales forment un contingent récidivant de type maniaco-dépressif. Pour les autres, il s'agissait soit d'un épisode isolé, soit d'une évolution autre que maniaco-dépressive².

Pour la psychiatrie moderne, seul l'état maniaque peut justifier à lui seul le diagnostic de trouble bipolaire. Cela est-il juste pour autant ? Il est vrai que les données statistiques contemporaines estiment à 90% la probabilité de récurrence pour un patient présentant un épisode maniaque⁶. Existerait-il une minorité de crises maniaques répondant à un phénomène mental autre que bipolaire ? Mais à ce jour, l'enjeu principal est de pouvoir

¹ BELIARD S. Autour du trouble bipolaire : questions diagnostiques et options thérapeutiques en unités pour malades difficiles. *L'information psychiatrique* 2003 ; 79/9 : 817-27.

² EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : *Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

³ KRAEPELIN E. *La folie maniaco-dépressive*. Bordeaux : Mollat, 2008.

⁴ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : *Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 447.

⁵ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : *Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 446.

⁶ HENRY C. De l'épisode initial aux récurrences. 10^{ème} Congrès de l'Encéphale, Paris, Janvier 2012.

préciser à quelle nosographie appartient un épisode dépressif, en dehors d'antécédents maniaques ou hypomaniaques, « *vieux problème* » finalement tout à fait contemporain.

1.3.2 Formes atypiques de bipolarité et oscillations thymiques autres que bipolaires

Selon EY, que ce soit au cours de la clinique d'un accès aigu ou de l'évolution de la bipolarité : « *Il existe toute une série de formes « marginales », « atypiques », etc..., qui sont comme autant de ponts jetés entre cette « entité » et les autres.* »¹ réalisant « *de profondes et multiples anastomoses* » avec la schizophrénie, la paranoïa, les névroses, l'épilepsie et de multiples pathologies².

A ces formes atypiques de bipolarité, à cette clinique hétérogène, s'ajoutent des signes d'allure bipolaire au cours de nombreuses affections. Par exemple, une périodicité s'exprime à travers la schizophrénie, l'hystérie et l'épilepsie³. La considération suivante de BOREL illustre de manière encore plus nette cette complexité : « *Hors la psychose maniaque-dépressive, les états dépressifs s'observent couramment à titre symptomatique, comme les états d'excitation, soit au début, soit au cours de toute affection mentale* »⁴. La périodicité est donc loin d'être l'apanage de la psychose maniaco-dépressive.

Dans cette continuité, nous citerons RACAMIER, qui, dans son article « *De l'angoisse à la manie* », s'interroge à partir d'états d'euphorie morbide émanant de ressorts anxieux dans le cadre de diverses étiologies : « *Pensons à l'hyperactivité bourdonnante de ces anxieux [...] à la jovialité de parade, à l'hyperactivité débordante de ces grands désespérés que sont certains abandonniques, certains tuberculeux pulmonaires qui d'une façon ou d'une autre, se conduisent littéralement à la mort avec le sourire de ceux qui n'attendent plus rien de personne. Pensons d'ailleurs à la classique euphorie des phthisiques agonisants, qu'on a sans doute non sans raison l'habitude d'attribuer à une méconnaissance active, c'est-à-dire, une dénégation de la mort prochaine [...]. Ainsi, en est-il de l'alcoolomane, à qui la mégalomanie ébrieuse ne sert qu'à éponger une misère intérieure* »⁵. Le psychanalyste rajoute : « *Nous étions partis d'une forme nosologique, l'une des mieux étiquetées que nous ayons en*

¹ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 450.

² EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 451.

³ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

⁴ BOREL J. Précis de diagnostic psychiatrique. Bordeaux : Delmas, 1939. P. 47.

⁵ RACAMIER PC. De l'angoisse à la manie. In : De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques. Paris : Payot, 1979. P. 188.

psychiatrie, la manie, et voilà que bien d'autres formes [...] sont venues se présenter à nous »¹.

1.3.3 Les formes réactionnelles ou symptomatiques, chroniques et d'« involution »

« *Les formes réactionnelles ou symptomatiques entrent t'elles dans la psychose maniaco-dépressive ?* »². Pour Ey, « *un autre pont doit être jeté entre les psychoses endogènes et réactionnelles* »³, la réalité et la perméabilité de la délimitation avec les processus étiologiques organiques questionnent³. Aussi, l'auteur s'interroge sur l'appartenance nosographique des formes hypomaniaques chroniques, constitutionnelles, hyperthymiques⁴ et maniaco-dépressives dites d'« *involution* »⁴.

1.3.4 La question des comorbidités

Les études épidémiologiques actuelles soulignent un lien et des intrications, sous forme de comorbidités, entre les troubles bipolaires et de multiples syndromes psychiatriques alimentant les tenants d'une expansion de la bipolarité. Le trouble bipolaire présente effectivement un taux de comorbidité atteignant les 65 %⁵. Parmi les comorbidités les plus fréquentes, nous retrouvons les troubles anxio-névrotiques, certaines personnalité pathologiques, l'abus de substances et les addictions, le TDAH ou encore les troubles des conduites alimentaires⁶.

Comment ce rapport doit-il être considéré ? Comme une simple association, un rapprochement étiologique avec une vulnérabilité commune, des composantes psychopathologiques et évolutives partagées, une erreur ou un artéfact diagnostique du fait d'une proximité symptomatique nourrissant une confusion ? L'expression de certains de ces troubles comorbides risque aussi de masquer le trouble bipolaire. Dans tous les cas, la question de la réelle valeur de cette association doit être prise en compte afin d'enrichir la

¹ RACAMIER PC. De l'angoisse à la manie. In : De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques. Paris : Payot, 1979. P. 190.

² EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 455.

³ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

⁴ EY H. Etude N°21 : manie. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

⁵ McELROY S, ALTSHULER L, SUPPES T et al. Psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. American Journal of Psychiatry 2001 ; 158 : 420-6.

⁶ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

réflexion autour des délimitations et de l'autonomie de la psychose maniaco-dépressive et du spectre bipolaire.

1.4 Conclusion

Ainsi, les interrogations autour de la place de la maniaco-dépression, de son autonomie et de ses limites ne sont pas nouvelles, que ce soit dans une optique de restriction ou d'élargissement. L'autonomie de l'affection se trouve donc compromise toutes les fois que l'observation clinique nous offre des accès uniques, des formes chroniques, des crises paraissant rattachables à un processus étiologique dont elles ne seraient que l'expression syndromique, des formes atypiques, des manifestations atténuées, des accès chez la personne âgée ou lorsque se mêlent des comorbidités psychiatriques ou organiques. L'élargissement actuel de la bipolarité renforce la nécessité de considérer les limites et l'autonomie de la maladie. Il émerge ainsi de multiples diagnostics différentiels avec les formes du spectre bipolaire élargi qui questionnent les rapports et les frontières de la maniaco-dépression. Nous les citerons dans le tableau suivant en fonction des caractéristiques cliniques des accès et de l'évolution du trouble avant de les étudier dans les chapitres suivants :

Trouble bipolaire	Diagnostics différentiels
Trouble thymique avec caractéristiques psychotiques	Psychose aiguë ou chronique Déficience intellectuelle, démence Trouble psycho-organique
Elation thymique ou état mixte.	Tempérament hyperthymique Personnalité pathologique Trouble anxieux Trouble déficit de l'attention et hyperactivité de l'adulte Déficience intellectuelle, démence Trouble psycho-organique Euphorie répondant aux critères de la normalité
Syndrome dépressif	Dépression unipolaire ou non bipolaire

d'origine bipolaire	Trouble psycho-organique
Périodicité, fluctuations thymiques	Psychose chronique, trouble schizo-affectif Trouble de la personnalité Trouble du contrôle des impulsions Troubles anxieux Trouble psycho-organique Oscillations thymiques répondant aux critères de la normalité

Tableau IV : caractéristiques de la bipolarité et diagnostics différentiels¹.

2 DE LA NORMALITE A LA BIPOLARITE

Lorsque EY parlait de l'homme maniaco-dépressif, « *homme antinomique par excellence* »², il concédait que cette personne n'était pas si éloignée du sujet normal. Devant la prise en considération de formes dites atténuées de bipolarité, l'écart s'est progressivement raccourci avec les hauts et les bas répondant à la normalité. De la normalité à la bipolarité sera notre premier champ d'étude des délimitations et de l'autonomie de la maniaco-dépression et qui nous rappellera certaines spécificités morbides de la bipolarité.

2.1 A partir de la définition de l'humeur et des affects

2.1.1 Définition de l'humeur selon Delay

Le trouble bipolaire étant répertorié dans la rubrique des troubles de l'humeur, il convient alors de définir l'humeur et ce qu'il est signifié par pathologie de l'humeur afin de bien saisir ce qui différencie la maladie maniaco-dépressive de la normalité. Or, « *C'est une notion facile à entendre mais difficile à définir* »³. Voici les premiers mots de l'ouvrage de référence de DELAY, sur « *Les dérèglements de l'humeur* » de 1946. DELAY propose de définir ce terme comme une « *disposition affective et fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité*

¹ CHIARONI P. Aspects cliniques et diagnostic des troubles bipolaires. La Revue Du Praticien 2005 ; 55/5 : 493-500.

² EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

³ DELAY J. Les dérèglements de l'humeur. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009. P. 1.

agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur »¹.

2.1.2 Définition des affects : la place de l'humeur dans les états d'âme

Dans la continuité de cette définition nous proposons de préciser les notions d'affect, de sentiment, d'émotion en comparaison à celle de l'humeur, trop souvent confondues en clinique quotidienne.

2.1.2.1 Affects²

Les affects représentent un aspect général qui regroupe tous les phénomènes de l'affectivité comprenant les nuances du plaisir et celle de la douleur. Ils s'expriment sous formes de sentiments, émotions et d'humeur tout en intégrant les motivations et les pulsions.

2.1.2.2 Sentiments et émotions, en comparaison à l'humeur

Les sentiments et émotions comportent une forme temporelle de changement pourvue d'un début, d'un déroulement et d'une terminaison. Il s'agit d'une réaction aiguë et transitoire provoquée par un *stimulus* spécifique et caractérisée par une réponse cognitive physiologique et comportementale. L'émotion, du latin *ex-movere*, signifie d'ailleurs mouvement vers l'extérieur. Il s'agit d'affects plus superficiels que l'humeur, plusieurs peuvent coexister de façon concomitante³.

L'humeur, en revanche, implique une stabilité relative s'imposant comme un état, un fond global unique, profond et durable³. Rappelons que les manies pouvaient durer spontanément plusieurs semaines ou plusieurs mois avant l'avènement des psychotropes⁴. La tristesse mélancolique ne comporte aucun mouvement à la différence d'une émotion ou d'un sentiment triste qui varie et reste transitoire. Il existe par ailleurs une interaction entre ces concepts : une certaine humeur peut faciliter l'apparition d'un état émotionnel alors qu'une

¹ DELAY J. Les dérèglements de l'humeur. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009. P. 1.

² EY H. BERNARD P. BRISSET C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2011.

³ EKMAN P. DAVIDSON RJ. The nature of emotion : Fundamental questions. New-York : Oxford University Press, 1994.

⁴ BOURGEOIS D. Le mythe de la fête. *Psynergie* 1998 ; 28-36.

émotion peut se prolonger sous la forme d'une humeur. Cette dernière conditionne également notre tempérament ainsi que notre personnalité¹.

2.1.3 Conclusion

L'humeur, le sentiment et l'émotion doivent donc être distingués. Une vie chargée de mouvements affectifs n'implique donc pas nécessairement la présence d'accès thymiques. Les troubles de l'humeur ne doivent donc pas être confondus avec les troubles de l'affectivité. Ce pourquoi, le critère de durée reste d'une importance capitale dans le diagnostic des épisodes thymiques. Vouloir réduire l'hypomanie à une durée de deux jours, comme le proposent AKISKAL ou ANGST, risque d'induire une confusion entre un accès émotionnel se rapprochant de la normalité et un accès thymique relevant d'une pathologie de l'humeur.

2.2 A partir des variations de l'humeur

2.2.1 Les variations quantitatives de l'humeur

2.2.1.1 Des « cyclothymes » et des « schizothymes »

Toujours en se référant à DELAY, l'auteur oppose les « *cyclothymes* », pour lesquels l'humeur est mobile, alternant entre le pôle de la tristesse et celui de la joie, au grès des *stimuli* de l'environnement, aux « *schizothymes* », apathiques, manifestant au contraire une atonie affective dans une indifférence par rapport au milieu ambiant. Pour DELAY, l'exagération de la cycloïde conduit à la cyclophrénie, type prémorbide de la cyclothymie, alors que l'accentuation d'une schizothymie préfigure la schizophrénie hébéphrénique². Nous pourrions rajouter que les replis autistiques, les émoussements affectifs des psychoses chroniques à symptomatologie déficitaire prédominante ou encore les personnalités schizoïdes se rapprochent de la description des « *schizothymes* » de Delay.

DELAY nous dit : « *La base de la vie affective est faite d'une échelle d'humeurs comme la base de la vie représentative d'une échelle de consciences* »³. Sur cette table des mesures, pourrait être construite une physiologie de l'humeur, régulée par un « *thymostat* »⁴,

¹ EKMAN P. DAVIDSON RJ. The nature of emotion : Fundamental questions. New-York : Oxford University Press, 1994.

² DELAY J. Les dérèglements de l'humeur. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

³ DELAY J. Les dérèglements de l'humeur. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009. P. 1.

⁴ DE BEAUREPAIRE R. Y'a-t-il un thymostat dans le cerveau ? L'Information Psychiatrique 2005 : 81/10 : 883-9.

pour reprendre le néologisme de DE BEAUREPAIRE , analogue au système réticulé du tronc cérébral régulant la vigilance. Nous serions alors tenter, d'un point de vue quantitatif, de situer le normal entre l'athymie ou l'hypothymie et une bipolarité pathologique. L'individu normal manifesterait ainsi des modulations affectives modérées et contenues. La joie maniaque est ainsi non canalisée à la différence d'une joie clairement identifiée, d'une excitation passionnelle ou encore d'une haine bien motivée¹.

2.2.1.2 Les variations de l'humeur sont nécessaires pour le sujet normal

Nous convenons bien de la gravité d'un excès de vibration thymique comme dans la bipolarité. Un angle de lecture phylogénétique rejoint nos considérations. Les variations thymiques brutales sont dangereuses pour un individu. Il risque de manifester un inconfort, de perdre ses repères, le contrôle de lui-même, de présenter un comportement peu compatible avec les exigences sociales et de la réalité².

Néanmoins, une absence de modulation est loin de représenter un critère de santé mentale. L'hypothymie au sens de DELAY, dans les registres de la « *schyzothymie* » et de l'hébéphrénie, conduit au désintérêt de l'environnement, au repli sur soi pouvant être source d'une souffrance psychique. Rappelons que les schizoïdes traversent effectivement leur existence comme des personnages mystérieux, solitaires, n'éprouvant que peu d'états d'âme dans une indifférence totale qui, de « *L'étranger* » d'Albert Camus aux héros somnambuliques de *Modiano*, n'ont cessé de fasciner les écrivains. L'humeur des schizoïdes paraît régulière, plate et monotone, sans vibrato, sans enthousiasme ni colère à l'exception d'évènements particuliers. Cette insensibilité de façade peut masquer une certaine souffrance. Le schizoïde manifeste une incapacité aux échanges et à la réciprocité dans leurs relations interpersonnelles et s'exclut de la société. Une douleur, voire une humeur dépressive, s'impose parfois à la suite de la prise de conscience de leur singularité, de leur isolement consécutif à leur froideur affective qui discordent avec leurs aspirations conformistes. Un état de tension peut être consécutif à l'obligation de contacts sociaux ou bien à une impression d'intrusion lorsque l'espace vital de ces personnalités se trouve envahi par un tiers inopportun³.

¹ JEANNEAU A. La cyclothymie. Etude psychanalytique. Paris : Payot, 1980.

² DE BEAUREPAIRE R. Y'a-t-il un thymostat dans le cerveau ? L'Information Psychiatrique 2005 : 81/10 : 883-9.

³ DEBRAY Q. NOLLET D. Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

2.2.1.3 Conclusion

Il est alors nécessaire de voir la labilité affective et thymique comme un trait normal, constituant un moyen d'adaptation et de réponse adéquate aux changements de la vie quotidienne¹. L'humeur de tout à chacun peut, et se doit donc de varier. Le sujet rencontre des hauts et des bas en fonction des événements liés à son environnement et de critères endogènes. Ainsi, le sujet normal traverse des affects universels, joie, tristesse, plaisir, colère, retrouvés dans les états maniaques et dépressifs, sans qu'ils ne puissent correspondre obligatoirement à un état pathologique caractérisé².

Néanmoins, JEANNEAU nous rappelle que « *L'humeur tire sa qualité d'une histoire plus lourdement chargée de sens qu'un simple degré de tonus* »³ pour en appeler à une causalité exclusivement biologique ou quantitative. D'autre part, la distinction théorique « *cyclothyme-schizothyme* » se heurte à une limite car nous verrons que même les psychoses déficitaires présentent des variations thymiques. Il a été longtemps considéré que les schizophrènes ne pouvaient manifester de vibration affective, cela a été largement remis en cause. Nous pouvons citer le souvenir angoissant présenté par certains malades au décours d'un accès catatonique⁴. De même, en revenant à la personnalité du schizoïde, nous observons bien la possibilité d'une décompensation dépressive. A l'opposé de cette souffrance, le schizoïde est sujet à des périodes de rêveries, à des processus imaginaires empruntant les chemins de l'exaltation mais qui ne seront que très peu communiqué à l'entourage⁵. Ainsi, la labilité de l'humeur est une composante normale, qui peut basculer dans le champ pathologique de la bipolarité mais aussi dans un bon nombre d'entités psychopathologiques¹.

2.2.2 Les variations de l'humeur sur un plan qualitatif

Sous un angle qualitatif, les variations non pathologiques des affects se doivent de respecter une certaine cohérence sur la base d'un ressenti harmonieux, adapté au contexte, à l'inverse des décompensations maniaco-dépressives. A titre d'exemple, les manies de deuil ne manquent pas d'alerter le clinicien quant à leur étrangeté par rapport à une situation

¹ HUYN C. PICHE G. COHEN D. Traits tempéramentaux et affectifs chez les adolescents et jeune adulte sans psychopathologie. Perspectives Psy 2010 ; 2/49 : 158-167.

² DE BEAUREPAIRE R. Y'a-t-il un thymostat dans le cerveau ? L'Information Psychiatrique 2005 : 81/10 : 883-9.

³ JEANNEAU A. La cyclothymie. Etude psychanalytique. Paris : Payot, 1980. P. 60.

⁴ MORIN G. Les axes de la personnalité. Psychologie Médicale 1992 ; 24/2 : 174-6.

⁵ DEBRAY Q. NOLLET D. Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

normalement dépressogène et l'état mixte signe un processus pathologique relevant de la bipolarité, comprenant une concomitance paradoxale de symptômes de la lignée dépressive et maniaque évanouis dans l'incohérence.

Or, tout individu manifeste occasionnellement, au cours de son existence, des états marqués par une mixité des affects *a minima* : les larmes peuvent accompagner un sentiment positif et donc appartenir aussi au bonheur, à l'inverse, un sourire fugace peut suivre l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Ce type de discordance minime suit un évènement à forte charge émotionnelle et/ou de nature ambivalente. A titre d'exemple, il est ainsi admis que les fêtes de Noël évoquent une coloration joyeuse et magique. Pourtant elles peuvent renvoyer à la nostalgie de l'âge d'or de l'enfance, au manque d'êtres chers qui n'y participeront plus pour cause de séparation ou de décès. De nombreuses autres situations similaires existent comme les départs à la retraite, les anniversaires *etc...* situations chargées d'ambiguïté. Le sujet peut être plongé dans une dysharmonie de ses affects par rapport à un évènement donné, par exemple, avoir le « *vin triste* » à l'occasion d'une fête¹.

2.3 La spécificité du maniaco dépressif se comprend au-delà de l'humeur

2.3.1 Toute manie n'est pas euphorique

Sous l'unique lecture des aspects quantitatifs et qualitatifs de l'humeur, tracer la limite entre le normal et la bipolarité, expose le clinicien à quelques difficultés. La différence entre le sujet normal et le malade bipolaire demande une analyse dépassant la sphère de l'humeur car la maniaco-dépression n'inclut pas seulement une composante thymique. Nous rejoignons GUIRAUD et EY qui insistent sur la trop grande importance donnée à cette composante et plus spécialement à l'euphorie pour analyser la manie². Il est bien connu que toute manie n'est pas euphorique, l'affect pouvant être de nature méprisante, coléreuse ou médisante³. Les auteurs classiques et les cliniciens expérimentés considèrent d'ailleurs les manies totalement euphoriques comme rares. Il existe toujours, au moins de façon transitoire, un ou plusieurs symptômes du registre dépressif au cours d'un épisode maniaque⁴. Aussi les véritables états mixtes comprenant tous les symptômes requis pour un diagnostic catégoriel de dépression et

¹ BOURGEOIS D. Le mythe de la fête. *Psynergie* 1998 ; 28-36.

² EY H. Etude N°21 : manie. In : *Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

³ TATOSSIAN A. *La phénoménologie des psychoses*. Puteaux : Le Cercle Herméneutique, 2002.

⁴ BOURGEOIS ML. La dépression bipolaire. Aspects cliniques et thérapeutiques. *Annales Médico-Psychologiques* 2001 ; 159 : 251-60.

de manie ne concernent que 10 %, au plus, des épisodes maniaco-dépressifs¹. Au sein de cet entre-deux, le discours du maniaque révèle pratiquement toujours des thèmes tristes et des passages dépressifs même au cours d'une ambiance exaltée festive.

2.3.2 Analyse sémiologique de Kraepelin²

KRAEPELIN proposait de distinguer de nombreux paramètres psychiques et physiques, autres que thymiques, pour l'étude sémiologique de la « *folie maniaco-dépressive* ». L'appréhension, l'attention, la conscience, la mémoire, le ressenti sensoriel, le rythme de la pensée, l'efficacité intellectuelle, les productions délirantes, la motivation, ainsi que des signes pathologiques physiques concernant le sommeil, l'alimentation, le métabolisme, la respiration, la circulation et la fonction neurosensorielle constituent autant de thèmes sémiologiques, altérés, exagérés ou modifiés lors des crises maniaques et dépressives. Nous devinons aisément que la maladie bipolaire implique le sujet dans sa globalité, dans sa « *façon d'être* ».

2.3.3 Axe phénoménologique

Ainsi, la clinique phénoménologique prend tout son sens. Ce courant de pensée s'attache à la compréhension en profondeur du phénomène maniaco-dépressif, c'est-à-dire non pas à l'unique analyse des symptômes mais aussi aux modalités globales de l'être. L'accès mélancolique ou maniaque implique non seulement une anomalie thymique mais également un trouble du temps vécu ainsi qu'une « *dissonance atmosphérique* » du malade dans sa confrontation avec autrui et l'environnement. « *Une suspension du temps vécu* », pour reprendre MINKOWSKI, retentit sur le monde des valeurs et de son appréciation³. Vivre dans le présent sans recul et sans prévision, appauvrit jusqu'à les dissoudre les perspectives éthiques⁴.

2.3.3.1 L'accès mélancolique

Le mélancolique, en introversion, n'entre plus en résonance. Le monde général, l'autrui deviennent sans intérêt voire étrangers. Nous insisterons sur la déstructuration

¹ BOURGEOIS ML. La dépression bipolaire. Aspects cliniques et thérapeutiques. Annales Médico-Psychologiques 2001 ; 159 : 251-60.

² KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008.

³ TATOSSIAN A. La phénoménologie des psychoses. Puteaux : Le Cercle Herméneutique, 2002.

⁴ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

temporelle, si caractéristique et si bruyante, chez les malades mélancoliques. Sur la toile de *Dali*, « *Persistance de la mémoire* », les montres molles, arrêtées aux environs de six heures, pourraient illustrer cette déstructuration du temps, associées aux idées morbides que symboliseraient les insectes, le coquillage ainsi que le paysage vide et aérien¹.

Le temps vécu devient effectivement vide et stagnation, lenteur et pesanteur au sein du tableau mélancolique. Il se retrouve fixé dans une temporalité déstructurée qui a perdu son élan vers l'avenir pour être toujours ramenée vers le passé. Ainsi, le mélancolique vit dans un présent inauthentique avec un blocage de la décision et de l'action. Le passé correspond pour lui à un poids soutenu par la faute, le regret, vécu avec une étonnante disproportion incompréhensible de culpabilité. La progression vers l'avenir ne peut s'opérer devant cette faute ineffaçable. Les rétentions ne peuvent plus glisser vers les protentions des objets, mouvement nécessaire pour toute existence psychique. Devant une perte du possible, une impuissance de vivre la mort s'impose comme un désir ambivalent, une alternative de libération. Rivé sur la fatalité de son passé, le temps devient une perspective de mort. La mélancolie se distingue de la simple dépression. La mélancolie comprend la peur, le remord, la déception à partir d'une catastrophe psychique se produisant au niveau de la structure formelle du champ de la conscience².

2.3.3.2 *L'accès maniaque*

2.3.3.2.1 Extase du Moi-sujet³

A l'inverse, le maniaque exprime un déchainement endiablé de désirs effrénés ou orgiaques. Il s'agit d'une véritable extase du Moi-sujet affranchi du Moi-objet. La limite n'existe plus, le Moi expérimente une extension ne se laissant plus déterminer par les règles d'interaction. Le maniaque vit dans un monde indifférencié, faussement riche, plutôt appauvri. Il ne comporte pas d'autrui véritable, l'excitation se déploie dans une solitude totale et pathétique.

2.3.3.2.2 Déstructuration temporelle et perte de l'apprésentation

Le présent est qualifié d'inauthentique, il est ponctuel et constamment devancé. L'avenir se trouve déjà intégrée et même réalisée dans la décision. L'incapacité de se modérer

¹ SCHWENK B. Psychiatrie et Art. Toulouse : Privat, 1999.

² BINSWANGER L. Mélancolie et manie. Paris : Presses Universitaires de France, 1981.

³ PRINGUEY D. La fête maniaque. Le Journal - Psychiatrie Privée. 12 : 6-10.

et de s'accorder aux exigences du présent, caractérise la conscience morbide du maniaque¹. Il ne peut plus se référer aux éléments spatiaux temporels fonctionnant dans l'actuel, le momentané et l'instantané^{2,3}.

Il apparaît une perte de toute considération du « *socius* »⁴. JASPERS parle d'une perte des « *tendances déterminantes* » conduisant au caractère désordonné du comportement maniaque³. Le cas « *Elsa Strauss* » témoigne cette perte de repères. Entrant dans une église, dans laquelle était célébré un office religieux, la malade s'en alla vers l'organiste alors qu'il jouait, elle lui demanda des leçons après l'avoir félicité, ensuite, elle se mêla à des jeunes gens jouant au football et s'attira leurs moqueries et décida de se plaindre...⁴. Se référant aux étapes husserliennes de la constitution de l'expérience d'autrui, BINSWANGER parle d'un défaut de l'appréhension comme *alter ego* de l'objet dans la manie en butte à de seules présences isolées sans liaison entre elles et sans qu'elles puissent s'inscrire dans la continuité de la biographie interne du sujet. L'autre n'est donc pas considéré comme un *alter ego* participant d'un contexte commun et soumis de ce fait aux mêmes coordonnées mondaines⁴.

2.3.3.2.3 Une nouvelle donne psychobiologique

Aussi, le maniaque semble également s'échapper, le temps de la crise, d'une norme psychobiologique. Dispersé dans une agitation manifeste, il ne ressent plus la fatigue. Il éprouve une hyperacuité sensorielle avec une exaltation des sens. La saveur des aliments devient plus riche et plus subtile, les vins et l'alcool paraissent délicieux, les formes et les couleurs plus nettes et plus intenses, l'audition perçoit le moindre son, la moindre dissonance, « *La manie, c'est le sacre du printemps où tout bourgeonne, où la nature explose, où les parfums et les couleurs et les sons se répondent et se confondent* »⁵.

¹ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

² PRINGUEY D. La fête maniaque. Le Journal - Psychiatrie Privée. 12 : 6-10.

³ LAMBOTTE MC. De l'état dépressif à l'état de triomphe du moi. L'Evolution Psychiatrique 2003 ; 68 : 381-96.

⁴ BINSWANGER L. Mélancolie et manie. Paris : Presses Universitaires de France, 1981.

⁵ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007. P. 30.

2.3.3.3 L'Après crise¹

Enfin après guérison de la crise, il est fréquent que le sujet, à travers un souvenir plus ou moins flou, qualifie sa propre crise comme incompréhensible et sans rapport avec sa personnalité. Retenons que si la tristesse et la joie sont ressenties par l'homme normal, elles restent intégrées à la biographie personnelle, l'interaction avec l'environnement persiste alors que le présent, le passé et le futur continuent de s'inscrire dans une lignée temporelle cohérente.

2.3.3.4 L'intercrise²

Les périodes d'intervalles libres ont longtemps été considérées comme asymptomatiques. Le malade retrouve-t-il une lucidité, une thymie parfaitement équilibrée, sans qu'aucun signe de sa personnalité, de son appréhension du monde et de l'environnement ne s'imposent comme un indice de la pathologie sous-jacente ? Cela constituerait donc un rapprochement évident avec l'homme normal. Pourtant, la normalité de l'intercrise est largement remise en cause.

2.4 Conclusion

L'analyse sémiologique rigoureuse de KRAEPELIN et une lecture phénoménologique de la mélancolie et de la manie nous apportent une franche distinction avec les variations affectives relevant de la normalité. D'après EY : « *Les crises de mélancolie et de manie constituent une mobilisation ou une immobilisation de la dynamique de l'être en fonction de son élan et de son « moral »* » signant une véritable « *désintégration temporelle éthique* », morbidité spécifique des accès maniaco-dépressifs³. Ainsi, les troubles maniaco-dépressifs ne sont pas uniquement thymiques mais correspondent à une véritable « *façon d'être* » globale du sujet dans une relation particulière avec soi-même et avec le monde⁴. Les formes atténuées de bipolarité, les tempéraments affectifs et les périodes intercritiques de bipolarité, sont autant de formes qui amincissent le rapport entre la maladie maniaco-dépressive et la normalité. Elles seront étudiées ultérieurement et progressivement au cours de ce travail.

¹ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007. P. 30.

² HENRY C. DESAGE A. Aux confins de la bipolarité. L'Encéphale 2006 ; 32/2 : 526-30.

³ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 469.

⁴ KAPSAMBELIS V. Les troubles de l'humeur et la psychanalyse. Une revue des textes fondateurs. Le Journal des Psychologues 2009/2010 ; 273 : 32-5.

3 DE LA PSYCHOSE A LA BIPOLARITE

3.1 Enjeux de la question

La bipolarité était donc appelée psychose maniaco-dépressive par le passé. Alors que le trouble bipolaire appartient désormais à la rubrique des troubles de l'humeur, paradoxalement au cours de ces dernières décennies, de nombreux auteurs tiennent à élargir le spectre bipolaire du côté des troubles psychotiques. L'appartenance des troubles schizo-affectifs aux troubles bipolaires est régulièrement évoquée¹. Ainsi, pour certains, le trouble schizo-affectif, catégorisé actuellement dans les troubles psychotiques, mériterait d'être considéré comme une sous-catégorie de trouble bipolaire avec l'appellation de trouble bipolaire ½ selon la classification d'AKISKAL². Des auteurs anciens tendaient à rapprocher la paranoïa à la psychose maniaco-dépressive³ alors que certains travaux actuels prennent parti d'y intégrer la psychose puerpérale⁴ et la paranoïa sensitive⁵. Avec la découverte du lithium, l'intérêt thérapeutique s'ajoute à l'intérêt nosographique ou théorique⁶. Nous tenterons de spécifier ce qui relève de la psychose dans la maniaco-dépression et de considérer la qualité de l'extension de la bipolarité vers les troubles psychotiques.

3.2 Qu'y a-t-il de psychotique dans la psychose maniaco-dépressive ?

3.2.1 Une question complexe

Afin de déterminer le sens de la bipolarité mais aussi ses similitudes et dissemblances avec les différentes formes de psychoses, tenter de dégager ce qui relève de la psychose dans la bipolarité, constitue un premier objectif. La partie ne s'annonce pas aisée et sans doute, existe-t-il différentes voies d'abord afin de répondre à notre question. Ce qui relève du psychotique en psychopathologie reste en effet problématique, difficulté aussi vieille que le mot psychose lui-même. Les troubles bipolaires héritiers de la classique psychose maniaco-

¹ VERDOUX H. MURY M. BOURGEOIS ML. Intérêt de la dichotomie nosographique trouble schizo-affectif bipolaire avec caractéristiques psychotiques. *Annales de Psychiatrie* 1995 ; 10/1 : 19-25.

² AKISKAL HS. PINTO O. The evolving bipolar spectrum : prototypes I, II, III and IV. *Psychiatrics Clinics of North America* 1979 ; 2 : 419-39.

³ CHABOT M. HUSAIN O. REEVES N. La maladie bipolaire au Rorschach et au TAT : diversité ou homogénéité ? *Psychologie Clinique et Projective* 2003 ; 1/9 : 255-83.

⁴ HENRY C. DESAGE A. Aux confins de la bipolarité. *L'Encéphale* 2006 ; 32/2 : 526-30.

⁵ BOURBON N. KACHA F. Paranoïa sensitive et bipolarité : à propos de cinquante cas. *Dixième Congrès de l'Encéphale*, Paris, Janvier 2012, PO 061.

⁶ AZORIN JM. Des troubles psychotiques aux troubles bipolaires. *L'Encéphale* 2008 ; 4 : 127-9.

dépressive représentent un domaine idéal pour explorer la question de la psychose au sein des troubles mentaux¹.

Le terme de psychose est attribué à Ernst VON FEUCHTERSLEBEN en 1845, doyen de la faculté de Vienne en 1848. Dérivant du grec *psyché*, désignant l'esprit, et *osis*, désignant une condition malade ou anormale, le terme psychose désignait alors une maladie de l'âme, synonyme de folie, de psychopathie, de vésanie, d'aliénation mentale au cœur d'une nosographie encore archaïque. La psychiatrie devient dès lors la discipline devant assumer son étude et sa prise en charge. Le terme qu'il lui est opposé, névrose, prend naissance avec CULLEN pour désigner, de manière toujours aussi vague, les maladies des nerfs¹. Depuis, ces notions ont été éclairées par de nombreuses définitions au cours des époques sous l'impulsion de diverses écoles. Le DSM IV souligne, dans le chapitre « *schizophrénie et autres troubles psychotiques* », que le terme psychotique n'a jamais pu recevoir une définition universellement acceptable². En conséquence, le concept de psychose reste peu exploitable pour les classifications internationales qui se fondent sur l'objectif et le consensuel.

3.2.2 Tentative de réponse à partir de la psychanalyse

3.2.2.1 Le complexe étiopathogénique de la psychose à la lumière de la psychanalyse

Pour la psychanalyse, la psychose fait référence à la structure psychotique. La lignée de cette structure prend son départ au niveau des frustrations très précoces, les plus primitives ainsi que des inductions pulsionnelles particulièrement toxiques sans pare-excitation suffisante. Le Moi psychotique s'organise en amont de la « *divided line* » d'ABRAHAM, aux stades oraux et lors de la première phase du stade anal, ne permettant pas l'intégration de la triangulation Œdipienne à la différence des névroses, mouvement nommé ainsi « *d'Antœdipe* » par RACAMIER³.

Par ailleurs, de nombreux auteurs de la psychiatrie classique, et ce depuis le début du XX^{ème} siècle, considèrent de probables phénomènes précoces perturbant le développement lors des premières années de vie conduisant à la psychose. JASPERS et SCHNEIDER, dans la tradition de KRAEPELIN, faisaient des psychoses des maladies psychiatriques graves constitutionnelles ou endogènes impliquant des frustrations précoces lors de la petite enfance

¹ BOURGEOIS ML. Qu'y a-t-il de psychotique dans la psychose maniacodépressive ? L'Information Psychiatrique 2005 ; 81/10 : 875-82.

² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR. Paris : Masson, 2002.

³ BERGERET J. La personnalité normale et pathologique. Paris : Dunod, 1996.

mais impliquant également une probable composante biologique ou génétique¹. De même, les études épidémiologiques actuelles confirment la présence d'originalités dans la nature des attachements précoces et de l'organisation familiale chez les patients bipolaires. Des évènements précoces se déclinent sur plusieurs points :

- antécédents de maltraitance physique et émotionnelle, carences affectives ou moindre attention de la part des parents ou bien à l'inverse, attitude surprotectrice ;
- moins bonne interaction parents-enfants : moindre chaleur maternelle et relation paternelle plus tendue et plus hostile ;
- présence d'une mère dominatrice et d'un père absent sur le plan émotionnel ou physique ;
- absence de relations intimes extrafamiliales².

3.2.2.2 L'origine de la maniaco-dépression selon Abraham, Klein et Freud

3.2.2.2.1 Abraham : la première relation du sujet

A partir d'une longue monographie publiée en 1911, « *Giovanni Segantini. Essai psychanalytique* », ABRAHAM pointe l'importance de la première relation du sujet dans l'étiopathogénie de la maniaco-dépression³. *Giovanni Segantini*, peintre Italien de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, est connu pour sa passion des paysages alpins et le symbolisme de ses tableaux. Il perdit sa mère à l'âge de 5 ans et devint orphelin. La terre, la nature et le paysage alpestre, thèmes de ses œuvres, représentaient sa propre mère sous la forme d'une nostalgie et d'un souvenir idéalisé selon ABRAHAM⁴. Pour le psychanalyste, la ferveur de l'artiste à « *boire des yeux* » le spectacle de la nature renvoie à l'oralité maniaque avec la volonté de tout voir, tout embrasser, tout vivre mais aussi à la notion d'incorporation cannibalique³.

¹ BOURGEOIS ML. Qu'y a-t-il de psychotique dans la psychose maniacodépressive ? L'Information Psychiatrique 2005 ; 81/10 : 875-82.

² HAMDANI N. GORWOOD P. Les hypothèses étiopathogéniques des troubles bipolaires. L'Encéphale 2006 ; 32/2 : 519-25.

³ ABRAHAM K. BARANDE I. Giovanni Segantini. Essai psychanalytique. In : ABRAHAM K. Psychanalyse et culture. Paris : Payot, 1968.

⁴ KAPSAMBELIS V. Les troubles de l'humeur et la psychanalyse. Une revue des textes fondateurs. Le Journal des Psychologues 2009/2010 : 273 : 32-5.

Le complexe original du maniaco-dépressif correspond au fantasme de destruction par « *dévoration de l'objet d'amour* »¹. L'échec de l'ambivalence, ne permettant pas la synthèse de sentiments contraires par rapport à l'objet, entraîne une oscillation entre satisfaction et déception de l'objet et peut se traduire, sur le plan clinique, par une bipolarité de l'humeur. Ainsi, en revenant à *Segantini*, l'objet maternel comporte aussi une composante négative, objet insatisfaisant du fait du décès, pouvant participer à l'émergence d'une haine et d'une violence alternant avec l'idéalisation¹. Cette relation n'apparaît pas consécutive à une triangulation œdipienne mais bien à une problématique en amont. La maladie bipolaire se fonde alors sur une catastrophe originaire dont le sujet ne cesse d'appréhender la répétition et dont il ne cesse de se défendre.

3.2.2.2 Klein : l'élaboration pathologique de la position dépressive primitive²

KLEIN, élève d'ABRAHAM, isole deux situations évolutives : la « *position schizo-paranoïde* », qui domine les quatre premiers mois de la vie, et la « *position dépressive* », qui se dégage progressivement de la précédente autour du sevrage pour s'élaborer jusqu'à la fin de la première année. Pour KLEIN, dès la naissance, le nourrisson exprime des pulsions agressives libidinales dont l'élaboration nécessite un clivage de l'objet entre un « *bon* », qui est introjecté, et un « *mauvais* », qui reçoit les attaques et les projections du Moi. Cette situation « *schizo-paranoïde* » cède graduellement la place à la position dépressive qui se caractérise par la perception de l'objet comme « *total* » par la convergence des pulsions sur le même objet.

Cette atténuation a pour conséquence une angoisse dite dépressive par crainte de perdre l'objet à la suite des attaques. Face à cette angoisse, apparaît la mise en place de mécanismes de défense comme l'élévation maniaque, la réparation de l'objet et l'inhibition de l'agressivité. L'élaboration pathologique de la position dépressive du nourrisson conduit à l'impossibilité de rétablir les bons objets, c'est-à-dire une image réparatrice des parents.

¹ ABRAHAM K. Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. In : Œuvres complètes, tome I (1965). Paris : Payot, 1965.

² KLEIN M. Contribution à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs. In : Essais de psychanalyse. Paris : Payot, 1934.

3.2.2.2.3 Freud : la psychonévrose narcissique

FREUD, à travers son essai « *Deuil et mélancolie* », insiste sur la perte de l'estime de soi du mélancolique. Comme tout dépressif, le mélancolique a perdu un « *objet d'amour* » mais la particularité du mélancolique réside dans la perte de son Moi¹.

3.2.2.2.3.1 A partir de la sémiologie différentielle entre deuil et mélancolie

Il dresse une hypothèse à partir d'une différence sémiologique entre le deuil et la mélancolie. Le mélancolique présente, en dehors d'une symptomatologie dépressive marquée, une « *inhibition énigmatique* » avec une « *autodépréciation morbide* »¹. Le mélancolique a perdu l'estime de soi caractérisée par une autocritique, des autoreproches, une expansivité agaçante dans la plainte, pouvant épouser des caractéristiques délirantes dans leur forme extrême. Il emploie le terme de « *délire de petitesse* »¹. L'endeuillé entame un travail de deuil conforme à l'épreuve de réalité traversée. Il soustrait sa libido de ses attachements à l'objet afin que le Moi redevienne de nouveau libre après un certain temps alors que le mélancolique se caractérise par une étrange inhibition¹.

FREUD pose une hypothèse afin de résoudre cette énigme. Le mélancolique a lui aussi perdu un objet d'amour mais au lieu de retirer son investissement de l'objet, pour le diriger progressivement vers d'autres, il s'engage dans un processus de perte de l'amour pour son Moi. Le malade perd en quelque sorte son propre Moi : « *L'analogie avec le deuil nous poussait à conclure que le mélancolique avait subi une perte d'objet ; mais il résulte de ses déclarations qu'il a subi une perte de son moi* »², « *La libido libérée n'a pas été reportée sur un autre objet, mais elle s'est retirée dans le moi [...] l'ombre de l'objet est ainsi tombée sur le moi* »³. Pour FREUD, l'investissement de l'objet perdu s'est retiré dans le Moi de la personne de sorte que c'est le Moi qui se trouve à la place de l'objet perdu. Dès lors, les autoaccusations sont de véritables accusations : le Moi subit un clivage, une partie s'adresse à une autre, devenue l'objet perdu, en lui présentant les plaintes et les reproches que le Moi aurait voulu porter à l'objet pour son infidélité ou son indignité. Freud met cette « *partie du Moi qui accuse* », en parallèle avec l' « *instance critique* », la « *conscience morale* » propre à

¹ FREUD S. Deuil et mélancolie. Paris : Payot et Rivages, 2011.

² FREUD S. Deuil et mélancolie. Paris : Payot et Rivages, 2011. P. 52-53.

³ FREUD S. Deuil et mélancolie. Paris : Payot et Rivages, 2011. P.56.

chaque individu et que FREUD identifiera par la suite en « *Idéal du Moi* » puis en « *Surmoi* » dans le cadre de sa seconde théorie topique de l'appareil psychique¹.

3.2.2.2.3.2 Psychonévrose narcissique

FREUD examine aussi les conditions économiques rendant possible une telle issue de la perte d'objet dans la mélancolie qui ouvrent sur la problématique du narcissisme : « *Il doit exister d'un côté une forte fixation à l'objet d'amour, et de l'autre, en contradiction avec ce qui précède, une faible résistance de l'investissement d'objet* »². Cette contradiction semble exiger, selon une remarque judicieuse de RANK, que le choix d'objet se soit produit sur une base narcissique, de sorte que l'investissement d'objet, si des difficultés s'élèvent contre lui, puisse régresser au narcissisme³.

L'origine de cette trajectoire pour FREUD est donc à rechercher dans le narcissisme, le sujet ayant subi une défaillance se traduisant à travers une image narcissique insuffisamment valorisée³. Cette théorie se rapproche de la théorie Kleinienne à travers l'absence ou la défaillance d'un bon objet⁴. Il existe alors une nostalgie du premier objet, un investissement narcissique à l'objet d'amour avec une fixation et une identification totale du mélancolique à la différence, par exemple, de l'identification hystérique qui implique que le Moi adopte une partie seulement de l'objet, un trait de caractère ou une particularité⁵. Dans sa nosographie, FREUD sépare ainsi les psychonévroses de transfert, névrose obsessionnelle et hystérique, qui se distinguent des psychonévroses narcissiques par leur capacité à développer un transfert⁶. En fonction des instances psychiques, la nosographie freudienne se résume ainsi : « *La névrose de transfert correspond au conflit entre le moi et le ça, la névrose narcissique au conflit entre le moi et le surmoi, la psychose au conflit entre moi et monde extérieur* »⁷.

¹ KAPSAMBELIS V. Les troubles de l'humeur et la psychanalyse. Une revue des textes fondateurs. Le Journal des Psychologues 2009/2010 ; 273 : 32-5.

² FREUD S. Deuil et mélancolie. Paris : Payot et Rivages, 2011. P. 56.

³ FREUD S. Deuil et mélancolie. Paris : Payot et Rivages, 2011.

⁴ LAMBOTTE MC. De l'état dépressif à l'état de triomphe du moi. L'Evolution Psychiatrique 2003 ; 68 : 381-96.

⁵ REICH A. Early identification as archaic elements in the superego. Journal of the American Psychoanalytic Association 1954 ; 2 : 218-38.

⁶ FREUD S. Pour introduire le narcissisme. Paris : Payot, 2012.

⁷ FREUD S. Névrose et psychose. In : Névrose, psychose et perversion. Paris : Presses Universitaires de France, 2010. P. 286.

3.2.2.3 Conclusion

Dans l'histoire du sujet à travers ses premières relations d'objet, la psychanalyse place des failles du narcissisme en amont de la problématique maniaco-dépressive. Une fixation progénitale, en deçà de la « *divided line* », de nature orale-cannibalique ou sadique-orale, figure une relation d'objet non négociable. Du fait de cette faille narcissique, incapable de compromis pulsionnels, le sujet maniaco-dépressif manifeste une fragilité devant tout sentiment de perte, condamné à incorporer ses objets en s'exposant ainsi à la déstructuration de lui-même plutôt qu'au renoncement par le deuil. La mélancolie implique alors le poids écrasant de « *l'ombre de l'objet* » perdu. La perte d'objet devient la perte du Moi d'où les signes de culpabilité, d'autoaccusation et idées suicidaires perçues dans le tableau clinique mélancolique. Apparaît ensuite la manie, défense pour échapper à l'angoisse¹.

3.2.3 Tentative de réponse à partir de la sémiologie

3.2.3.1 La psychose sur le versant sémiologique²

Pour la psychiatrie moderne, à travers les classifications internationales actuelles, le terme continue à être utilisé comme terme descriptif commode mais ne comporte plus aucune référence aux théories psychodynamiques et aux mécanismes psychopathologiques.

Un trouble psychotique correspond, sur le plan sémiologique, à la présence d'une bizarrerie, d'une incohérence dans le discours, d'une discordance, d'un processus délirant, hallucinatoire ou d'un comportement manifestement anormal tel un accès catatonique. En d'autres termes, les troubles psychotiques s'imposent comme une perte des limites du Moi et une altération marquée de l'appréhension de la réalité. Pour beaucoup de cliniciens, la psychose fait également référence à un processus mental sévère renvoyant à une profonde gravité. Les définitions du DSM III et de la CIM IX se focalisaient d'ailleurs sur la sévérité de l'atteinte fonctionnelle : un trouble mental était qualifié de psychotique s'il en résultait une altération interférant, de façon marquée, avec la capacité à répondre aux exigences ordinaires de la vie. Nous rajouterons le concept de conscience du trouble qui généralement est absent ou altéré dans les psychoses. Ces considérations nous renvoient à ce que l'on entend par le terme de « *folie* » employé dans le langage courant et dans les écrits des aliénistes.

¹ FREUD S. Deuil et mélancolie. Paris : Payot et Rivages, 2011.

² BOURGEOIS ML. Qu'y a-t-il de psychotique dans la psychose maniacodépressive ? L'Information Psychiatrique 2005 ; 81/10 : 875-82.

Néanmoins, les symptômes dits psychotiques ne sont pas spécifiques en psychopathologie pouvant se retrouver dans bon nombre d'affection mentale voire chez un nombre non négligeable de sujets non psychiatriques.

3.2.3.2 Les troubles psychotiques au cours de la bipolarité

3.2.3.2.1 Symptômes psychotiques classiques

Les symptômes psychotiques sont fréquemment présents dans les accès aigus du trouble bipolaire¹. La gravité, l'altération du fonctionnement renvoient à la « *folie maniaco-dépressive* ». Des symptômes psychotiques se retrouvent dans certains épisodes thymiques nommés alors manie, état mixte ou dépression avec caractéristiques psychotiques¹. Environ 20 à 50 % des patients, en état bipolaire aigu, présentent des symptômes psychotiques selon les résultats de POPE et LIPINSKI² et les idées délirantes ne sont pas constamment congruentes à l'humeur. Tous les types de symptômes psychotiques peuvent s'observer dans les épisodes bipolaires que ce soit les symptômes de premier rang de SCHNEIDER, dits positifs, ou de BLEULER, dits déficitaires et négatifs³. Par ailleurs, il est maintenant admis, depuis plusieurs décennies, qu'un accès catatonique peut émailler l'évolution de la bipolarité et n'est donc pas l'apanage des schizophrénies. Les premières descriptions de la « *folie musculaire* » de KAHLBAUM, en 1874, soulignant déjà des liens possibles avec une composante affective. En dehors d'un contexte iatrogène ou organique (20 %), telle la classique myelinolyse centropontine, ou schizophrénique (40 %), la catatonie peut se rencontrer en période d'état mixte, maniaque ou dépressif (40 %)⁴. Enfin, les antipsychotiques présentent une indication, tant pour les troubles bipolaires que pour les troubles psychotiques¹.

BOURGEOIS, ou encore CARLSON et GOODWIN, proposent des stades de manie parallèles au développement de l'épisode, le malade passant d'une agréable euphorie à une activité psychomotrice désorganisée empreinte de signes psychotiques¹.

¹ BOURGEOIS ML. Qu'y a-t-il de psychotique dans la psychose maniacodépressive ? L'Information Psychiatrique 2005 ; 81/10 : 875-82.

² POPE HG. LIPINSKI JF. Diagnosis in schizophrenia and manico-depressive illness. Archive of General Psychiatry 1978 ; 35 : 811-28.

³ GOODWIN FK. JAMISON KR. Manic depressive illness. Oxford : University Press, 1990.

⁴ LEMPERIERE T. Le syndrome catatonique. Psynergie 1999 ; 30-6.

Stades	Humeur	Cognition	Comportement
1	Labilité des affects avec prédominance de l'euphorie Irritabilité si contrariété Pleine conscience d'une joie de vivre	Expansivité, grandiosité, confiance en soi accrue, accélération des idées, pensée cohérente parfois tangentielle Pleine conscience d'une énergie inhabituelle	Hyperactivité psychomotrice Tachy-logorrhée, dépenses inconsidérées, désinhibition
2	Dysphorie croissante (dépression, hostilité, colère)	Fuite des idées, désorganisation cognitives, idées délirantes Conscience du caractère pathologique mais perte du contrôle de l'agitation	Accélération psychomotrice intense Agressivité
3 et 4	Dysphorie nette (panique, désespoir)	Relâchement et incohérence des associations, idées délirantes bizarres, hallucinations, désorientation spatio-temporelle, idées de références	Activité psychomotrice frénétique et bizarre Signes végétatifs

Tableau V : stades de la manie¹.

3.2.3.2.2 Appréhension troublée de la réalité

La fuite des idées de la manie, la dissonance atmosphérique et le trouble du temps vécu pourraient aussi être intégrés au champ sémiologique de la psychose au même titre que les phénomènes dissociatifs, délirants ou hallucinatoires¹. En ce sens, les auteurs classiques insistent sur l'intégration des accès maniaco-dépressifs dans le champ de la psychose. TELLENBACH emploie le terme de « *psychose mélancolique* »². Concernant la manie, « *on répète souvent que la manie n'est pas un délire...* » mais même dans les manies les plus simples, « *un délire naissant* » existe pour EY avec « *une certaine distorsion de la réalité* » et « *des constructions fugaces et floues* »³. RACAMIER souligne lui aussi l'aspect

¹ BOURGEOIS ML. Qu'y a-t-il de psychotique dans la psychose maniaco-dépressive ? L'Information Psychiatrique 2005 ; 81/10 : 875-82.

² TELLENBACH H. La mélancolie. Paris : Presse Universitaire de France, 1998.

³ EY H. Etude N°21 : manie. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 62.

fondamentalement délirant de l'euphorie maniaque¹. L'appréhension de la réalité constitue peut-être en dernier ressort le meilleur indice pour évaluer une dimension psychotique².

3.2.3.3. Conclusion

La notion de spectre bipolaire et de spectre bipolaire élargi témoigne de la perte d'intérêt pour les symptômes psychotiques au profit des aspects de dysfonction, de désinhibition, d'impulsivité, d'instabilité aussi bien de l'humeur que de la cognition, de la psychomotricité, de la vie instinctive et émotionnelle. Or, nous ne devons pas oublier que les symptômes psychotiques, congruents ou non à l'humeur, sont assez fréquemment observés dans la manie et que les mécanismes étiopathogéniques de la maniaco-dépression renvoient à la lignée psychotique selon la psychanalyse. Aussi, plusieurs études ont retrouvé une fréquence non négligeable de symptômes maniaques associés à des symptômes schizophréniques rendant difficile le diagnostic de ces épisodes « *schizomaniaques* »³.

3.3 Similitudes entre la bipolarité et les psychoses : vers un continuum ou une discontinuité ?

Tout clinicien aura à l'esprit la leçon de la psychiatrie classique française qui tenait à séparer les entités psychotiques chroniques en cinq grandes classes^{4,5} : la psychose maniaco-dépressive, la schizophrénie, la paranoïa, la psychose hallucinatoire chronique ainsi que la paraphrénie. La psychose maniaco-dépressive revêt une charge affective au premier plan avec un délire congruent à l'humeur, alternant des phases thymiques et des intervalles lucides. La schizophrénie s'épanouit à travers la triade dissociation, délire paranoïde non systématisé et repli autistique avec une évolution nettement plus défavorable que la bipolarité. Les délires chroniques systématisés représentent les différentes formes de paranoïa. La paraphrénie se reconnaît à sa forme fabulatoire et paralogique en contraste avec une conservation parfois saisissante de l'adaptation à la réalité quotidienne. Enfin, la psychose hallucinatoire chronique engage au premier plan un processus hallucinatoire. Pourtant cette distinction est loin d'être aussi simple en pratique du fait de multiples formes intermédiaires ou de transition avec la

¹ RACAMIER PC. De l'angoisse à la manie. In : De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques. Paris : Payot, 1979.

² BOURGEOIS ML. VERDOUX H. HENRY C. DEMOTES-MAINARD C. Manies dysphoriques et états mixtes. L'Encéphale 1995 ; 5 : 47-52.

³ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

⁴ EY H. BERNARD P. BRISSET C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2011.

⁵ LEMPERIERE T. FELINE A. Abrégés de psychiatrie de l'adulte. Paris : Masson, 1977.

bipolarité : « Les relations que soutiennent entre elles les crises de type maniaco-dépressif et les organisations délirantes sont aussi bien connues »¹ résume Ey.

3.3.1 Entre schizophrénie et bipolarité : l'énigme du trouble schizo-affectif

3.3.1.1 La dichotomie Kraepelinienne entre la « démence précoce » et la psychose maniaco-dépressive

Au tournant du XX^{ème} siècle, KRAEPELIN statue sur la dichotomie des grandes psychoses opposant une distinction théorique claire entre la « *démence précoce* » et la « *folie maniaco-dépressive* » en restant fidèle à son analyse sémiologique, évolutive et étiopathogénique. Depuis, la psychiatrie du XX^{ème} et du XXI^{ème} siècle se base sur le modèle de la dichotomie Kraepelinienne². On convient que les éléments délirants de la bipolarité sont classiquement congruents à l'humeur, que les troubles cognitifs sont plus élevés dans la schizophrénie, que la conscience de la maladie ou *insight* est meilleure chez les patients bipolaires, que les rémissions complètes sont extrêmement rares pour la schizophrénie plus sujette aux évolutions terminales déficitaire. Enfin, une forte prédisposition héréditaire de nature thymique caractérise les antécédents du bipolaire³. Néanmoins, les doutes sur la réalité de cette distinction n'ont jamais cessé².

3.3.1.2 Les anastomoses entre la psychose maniaco-dépressive et la schizophrénie

Si la question d'une continuité ou d'une discontinuité entre la schizophrénie et le trouble bipolaire anime les débats de la psychiatrie actuelle, elle est approchée depuis la fin du XIX^{ème} siècle, dès que les individualisations commençaient à se dégager entre la « *folie à double forme* » et la description clinique de la « *démence précoce* » de MOREL en 1860, rompant avec l'idée d'une seule et unique folie à plusieurs formes de PINEL. De nombreux cas cliniques intermédiaires, entre ces deux citadelles nosographiques, remettent en question cette dichotomie².

¹ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 452.

² MEYNARD JA. Le continuum schizophrénie-troubles bipolaires et le trouble schizo-affectif. L'Information Psychiatrique 2005 ; 81/10 : 891-6.

³ LOO H. Editorial. Encéphale 2009 ; 35/5 : 140-1.

3.3.1.2.1 Des symptômes partagés

Sur le plan sémiologique, KRAEPELIN lui-même insistait sur le fait qu'aucun symptôme n'était spécifique d'aucune pathologie. Un symptôme typique de la « *démence précoce* » peut donc se retrouver au sein de la psychose maniaco-dépressive et vice versa. BLEULER introduit le terme de schizophrénie en 1911 et expose que des symptômes thymiques peuvent s'observer au cours du processus pathologique de cette entité¹. Les auteurs contemporains ne peuvent que s'accorder sur ce point : « *Nous avons tous observé l'apparition d'une symptomatologie de type maniaque et l'émergence de troubles de l'humeur chez les patients traités depuis plusieurs années pour une pathologie considérée comme « typiquement hébéphrénique » !* » rajoute SECHTER².

3.3.1.2.2 Des formes évolutives partagées

KRAEPELIN prônait l'étude du caractère évolutif : « *Nous sommes tout à fait incapables de dire, en voyant un accès maniaque ou mélancolique, s'il restera isolé au cours de la vie ou s'il se répètera plusieurs fois ou même très fréquemment ; seul le suivi ultérieur du cas, qui devra le cas échéant être poursuivi pendant 30 ans et plus, pourra élucider cette question* », « *L'importance des signes externes de la maladie doit reculer derrière les points de vue qui ressortent de l'apparition, de l'évolution et de la terminaison* »³. Ainsi, pour le psychiatre allemand, la clinique de l'instant ne pouvait qu'apporter des résultats modestes sur la prédiction d'une récurrence ou non d'une crise maniaco-dépressive : « *Des circonstances accessoires, l'existence d'une constitution dépressive ou maniaque, la survenue à un âge très précoce, l'existence d'accès fréquents chez les parents ou dans la fratrie, peuvent à la rigueur étayer un peu plus la probabilité du retour* »³.

Mais encore une fois, KRAEPELIN notait déjà, pour près de 30 % des « *déments précoces* », un pronostic favorable, constat qui nuance d'emblée le bel édifice de sa distinction¹. En 1921, dans une grande sagesse, il écrit : « *Il devient de plus en plus clair que les distinctions entre les deux maladies ne sont pas satisfaisantes, et le doute s'installe sur le fait que le positionnement du problème serait incorrect* »³. De même, EY s'accordait sur ce

¹ MEYNARD JA. Le continuum schizophrénie-troubles bipolaires et le trouble schizo-affectif. L'Information Psychiatrique 2005 ; 81/10 : 891-6.

² SECHTER D. HAFFEN E. LOO H. La phtisie galopante n'existe plus, la psychose maniaco-dépressive n'existe peut-être plus. Qu'en est-il de la schizophrénie ? L'Encéphale 2007 ; 33/6 : 880-3.

³ KRAEPELIN E. In : MEYNARD JA. Le continuum schizophrénie-troubles bipolaires et le trouble schizo-affectif. L'Information Psychiatrique 2005 ; 81/10 : 891-6.

point observant au cours des « *démences précoces* » des formes rémittentes ayant beaucoup d'analogies symptomatiques avec les crises maniaco-dépressives ainsi que des schizophrénies à évolution intermittente présentant des crises « *schizomaniaques* » de meilleur pronostic que la « *démence précoce vraie* »¹. Dans son manuel, il explique qu'une schizophrénie peut démarrer par des états d'excitation maniaque ou des crises de mélancolie plus ou moins atypiques et qu'une bouffée délirante aiguë peut inaugurer un processus maniaco-dépressif².

Aussi, l'évolution d'une psychose maniaco-dépressive peut être marquée par une « *détérioration mentale* » plus ou moins extrême pouvant aboutir à une « *démence vésanique* »¹. A l'inverse, les manies chroniques existent et certaines manies avec idées délirantes ne disposent pas d'une guérison complète au décours de l'épisode aigu. Ainsi, il n'est pas rare d'observer la persistance de croyances délirantes, ou subdélirantes, chez un bipolaire et ces manifestations peuvent ainsi se confondre avec une autre forme de délire chronique³.

3.3.1.2.3 La question des formes marginales

EY emploie les termes de « *formes marginales* », « *formes de transition* » entre psychose schizophrénique et maniaco-dépressive et cite BUMKE, auteur de l'école Allemande : « *Entre le cycle maniaco-dépressif et le cycle schizophrénique il y a un large domaine mixte de psychose intermédiaire* »⁴. Pour conclure : « *Toutes ces formes chroniques de manie et de mélancolie que nous venons de rappeler aggravent les difficultés que rencontre la définition du groupe maniaco-dépressif en jetant un pont naturel, une fois de plus, entre les crises et les formes d'organisation chroniques psychotiques et névrotiques* » écrit EY⁵.

3.3.1.3 La naissance du trouble schizo-affectif

Tour à tour, les auteurs emploieront une multitude de termes, concepts et formules, afin de qualifier ces états intermédiaires chevauchant les deux psychoses. Au début du XX^{ème}

¹ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

² EY H. BERNARD P. BRISSET C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2011.

³ HARDY-BAYLE MC. Le diagnostic en psychiatrie. Paris : Armand Colin, 2005.

⁴ BUMKE O. In : EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

⁵ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 454.

siècle, WERNICKE parle de perplexité entre les deux entités, JASPERS évoque une continuité par une hiérarchie des symptômes : l'atteinte de la couche supérieure signant les maladies affectives et l'atteinte de la couche profonde signant les démences précoces. BLEULER parlera de « *cas aberrants de schizophrénie* » avant qu'une formule bien choisie n'émane de la plume de GAUPP et MAUZ : « *les psychoses intermédiaires* ». Dans ce contexte agité, KASANIN propose en 1933 le terme de « *schizo-affectif* » qui superpose des symptômes affectifs et schizophréniques¹.

Le trouble schizo-affectif et les états intermédiaires représentent-ils un sous type de la schizophrénie ou du trouble bipolaire ? Témoignent-ils de l'existence d'une troisième psychose autonome, d'un chevauchement entre la schizophrénie et la bipolarité, ou bien, ressortent-ils d'un *continuum* entre les deux psychoses ?

3.3.1.4 Le trouble schizo-affectif : entre bipolarité et schizophrénie

Initialement, la conception nord-américaine de BLEULER et SCHNEIDER, opposée à la conception française de REGIS, DELAY et EY, étendait le diagnostic de schizophrénie à toute personne présentant une symptomatologie délirante, quelques soient les symptômes thymiques associés. Les symptômes de premiers rangs décrits par SCHNEIDER étaient considérés comme pathognomoniques de la schizophrénie, ce pourquoi, la schizophrénie était trois fois plus souvent diagnostiquée aux Etats-Unis qu'en Angleterre selon la fameuse étude Londres-New-York de COOPER de 1972². Le trouble schizo-affectif était alors considéré comme une forme de schizophrénie à bon pronostic. La psychose maniaco-dépressive restait valable pour une catégorie minimale de patients du fait de caractères restrictifs quant à son diagnostic. En conclusion, le clinicien tendait à respecter la règle hiérarchique de JASPERS selon laquelle, en présence d'éléments psychotiques (délire, hallucination, dissociation) et d'éléments affectifs (élévation ou fléchissement thymique), les premiers étaient décisifs pour le diagnostic³.

Dans les années 1970, un glissement s'opère du trouble schizo-affectif vers les troubles thymiques. CLAYTON souligne la rareté de l'évolution du trouble schizo-affectif vers la schizophrénie et situe l'histoire familiale dans un registre plutôt affectif. La révolution

¹ AZORIN JM. Des troubles psychotiques aux troubles bipolaires. L'Encéphale 2008 ; 4 : 127-9.

² BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

³ MEYNARD JA. Le continuum schizophrénie-troubles bipolaires et le trouble schizo-affectif. L'Information Psychiatrique 2005 ; 81/10 : 891-6.

continue avec les publications de POPE et LIPINSKI de 1978 qui décrivent des symptômes de premier rang de SCHNEIDER dans les phases aiguës des psychoses maniaco-dépressives. ANGST puis ROSENTHAL, en 1980, tiendront à inclure les troubles schizo-affectifs dans les troubles thymiques. Bien que la bipolarité tende à s'étendre dans le champ de la psychose, les interrogations persistent toujours au début du XXI^{ème} siècle¹.

Retenons que les données actuelles épidémiologiques, génétiques, neurobiologiques et de l'imagerie fonctionnelle, ou encore les recommandations thérapeutiques supportent alternativement l'idée de la dichotomie et du *continuum* et n'apportent que peu d'arguments pour un rapprochement du trouble schizo-affectif soit vers la schizophrénie, soit vers la bipolarité². Entité indépendante autour d'une troisième psychose ou effet grossissant d'un *continuum* entre les deux psychoses princeps, le concept de trouble schizo-affectif, apparemment simple dans son intitulé, s'avère d'une complexité croissante au cours de son étude. Comme le précise MENAGER : « *Un siècle de débat n'a pas permis de déterminer la place à donner aux troubles dits schizo-affectifs* »³.

3.3.2 Maniaco-dépression et paranoïa

Le parallèle entre bipolarité et paranoïa a suscité moins de passions. Pourtant, l'interrogation autour d'un éventuel lien entre mélancolie et paranoïa s'élabore dès 1820 dans les écrits d'ESQUIROL décrivant les mélancoliques comme des êtres soupçonneux⁴. SPECHT et NITSCHKE ont fait remarquer qu'un grand nombre de quérulents représentaient en réalité des individus affectés par la manie du fait de leur humeur assurée et enjouée⁵. KANZER évoque la présence de phénomènes paranoïaques dans la phase maniaque précoce⁴ alors que DEUTSCH constate que la composante paranoïaque se retrouve dans tous les cas de psychose maniaco-dépressive. Selon l'auteur, la maniaco-dépression pourrait même déboucher sur une stabilisation dans la paranoïa⁶.

¹ MEYNARD JA. Le continuum schizophrénie-troubles bipolaires et le trouble schizo-affectif. L'Information Psychiatrique 2005 ; 81/10 : 891-6.

² AZORIN JM. KALADJIAN A. Le concept de schizophrénie affective. L'Encéphale 2009 ; 35/5 : 151-4.

³ MENAGER G. In : CHABOT M. La maladie bipolaire au Rorschach et au TAT : diversité ou homogénéité ? Psychologie clinique et projective 2003 ; 1/9 : 255-83.

⁴ CHABOT M. HUSAIN O. REEVES N. La maladie bipolaire au Rorschach et au TAT : diversité ou homogénéité ? Psychologie Clinique et Projective 2003 ; 1/9 : 255-83.

⁵ KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008.

⁶ DEUTSCH H. The psychology of manic-depressive states with particular reference to chronic hypomania in Neurosis and character types. New-York : International University Press, 1965.

3.3.3 Conclusion

Les similitudes et anastomoses entre le trouble bipolaire et la psychose sont donc extrêmement riches et variées à tel point que la véritable catégorisation du trouble schizo-affectif reste une énigme. Aussi, ces anastomoses peuvent être source de confusion. Nous exposerons quelques réflexions nosographiques autour des bonheurs pathologiques psychotiques, de la persécution et des accès psychotiques aigus, potentiellement inducteurs de méprise et de raccourcis.

3.4 Manie et psychose chronique : à partir d'une réflexion nosographique autour du bonheur pathologique

3.4.1. « Ils savent seulement qu'ils ont connu un bonheur extraordinaire pendant cette crise de délire »

« Ils disent qu'ils ne savent pas où ils sont allés, avec leur corps ou sans leur corps, s'ils étaient éveillés ou s'ils dormaient ; ils ne se souviennent ni de ce qu'ils ont entendu, ni de ce qu'ils ont vu, ni de ce qu'ils ont dit, ni de ce qu'ils ont fait : tout leur apparaît comme dans un nuage, comme dans un rêve ; ils savent seulement qu'ils ont connu un bonheur extraordinaire pendant cette crise de délire. Ils se désolent alors d'avoir retrouvé le sens commun et n'aspirent qu'à retomber à tout jamais dans cet égarement »¹. A travers l'« Eloge de la folie », ERASME comprend que l'insensé, ou tout homme affecté d'une profonde altération mentale, peut être traversé par une puissante sensation de bien-être au caractère morbide évident alors que « ceux qui recherchent la sagesse vivent très loin du bonheur »². De même, Caelius AURELIANUS, décrivait cinq siècles avant J.C. des délires de grandeur : « Celui-ci se croit Dieu, un autre se prend pour un grand orateur ou pour un acteur tragique ; tel autre enfin, tenant à la main une badine, se figure qu'il porte un sceptre royal »³, Alexandre DE TRALLES décrivait une femme qui croyait porter le monde sur son doigt⁴, le « Président Schreber » s'imaginait être la « femme de Dieu »⁵. BROUSSAIS avait choisi l'expression de « Délire de bonheur » pour qualifier certains états psychotiques⁴. Des

¹ ERASME D. Eloge de la folie. Paris : Union Latine d'Éditions, 1967. P. 181.

² ERASME. Eloge de la folie. Paris : Union Latine d'Éditions, 1967. P. 77.

³ AURELIANUS C. In : SAUVAGNAT F. Réflexions sur le statut de la mythomanie délirante. L'Évolution Psychiatrique 2003 ; 68 : 73-96.

⁴ SAUVAGNAT F. Réflexions sur le statut de la mythomanie délirante. L'Évolution Psychiatrique 2003 ; 68 : 73-96.

⁵ FREUD S. Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (*Dementia paranoïdes*) décrit sous une forme autobiographique (Le Président Schreber). In : Cinq psychanalyses. Paris : Presses Universitaires de France, 2010.

idées de richesse de grandeur et de puissance étaient aussi notées dans l'évolution de la paralysie générale de BAYLE¹ et l'aliéniste considérait le délire ambitieux comme pathognomonique de la paralysie générale². Il convient aussi de ne pas tomber dans un raccourci trop hâtif qui serait de considérer les formes de bonheur pathologique psychotique comme l'apanage de la manie.

3.4.2 Le bonheur pathologique

3.4.2.1 Des affects expansifs morbides

Les affects expansifs expriment une jubilation qui s'attache à la satisfaction des besoins vitaux et des complexes pulsionnels³. Leur tonalité affective est celle de la joie, du plaisir, de l'espoir et du bonheur et s'exprime par un sentiment profond et intime de bien être, de plénitude et d'agrément de soi-même, de la personne physique et psychique. Elle se déploie sur le plan psychomoteurs : gestes vifs et amples, mimique expansive, rire, parler haut accompagnent l'éprouvé via ces caractéristiques physiques³.

La joie est dite pathologique dans plusieurs circonstances. Lorsqu'elle se manifeste de manière inadaptée, dysharmonique par rapport à son objet avec différents degrés dans son intensité et sa qualité qui oriente le diagnostic la sous tendant : « *C'est le cas du malade qui s'esclaffe, battant des mains à la nouvelle de l'incendie de sa récolte ou de celui qui donne une dispendieuse fête de famille parce qu'il vient de gagner une casserole à la loterie de la foire* »⁴. D'autres signes orientent vers le caractère morbide de la joie : lorsque la contrainte est intolérable ou complètement oubliée⁵, lorsque le contexte se rapproche à celui d'une fête paradoxalement solitaire ou décontextualisée de l'ambiance environnementale témoignant du repli du sujet sur lui-même, évoquant le plaisir solitaire du toxicomane⁶, lorsque la joie signe un état de régression³ et enfin lorsque l'euphorie éprouvée émane d'un état organique, comme dans certaines formes d'épilepsie ou de troubles pseudo-bulbaires⁶.

¹ SAUVAGNAT F. Réflexions sur le statut de la mythomanie délirante. L'Evolution Psychiatrique 2003 ; 68 : 73-96.

² EY H. Etude N°19 : Mégalomanie. In : Etudes Psychiatriques : aspects sémiologiques. Paris : Desclée de Brouwer, 1950.

³ EY H. BERNARD P. BRISSET C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2011.

⁴ GAYARL L. Sémiologie clinique en psychiatrie. Rueil-Malmaison : Sandoz, 1974. P. 16.

⁵ GAYARL L. Sémiologie clinique en psychiatrie. Rueil-Malmaison : Sandoz, 1974.

⁶ BOURGEOIS D. Le mythe de la fête. Psynergie 1998 ; 34 : 28-36.

Si le psychiatre se trouve régulièrement confrontée à cette euphorie morbide, pouvant émaner de processus pathologiques multiples, les écrits sur le bonheur pathologique restent peu nombreux probablement du fait qu'une association entre hyperthymie et souffrance psychique constitue un paradoxe¹. Les premières références sur le bonheur pathologique émanent timidement de PINEL puis d'ESQUIROL : « *Comme les passions, tantôt la monomanie se manifeste par la joie, le contentement, la gaîté, l'exaltation, l'audace et l'emportement ; tantôt elle est concentrée, triste silencieuse, timide et craintive ; mais toujours exclusive et opiniâtre* »².

3.4.2.2 Le bonheur maniaque

La joie du maniaque s'accompagne d'excitation psychique et motrice inépuisable. L'exaltation maniaque, dans sa forme classique, est généralement empreinte d'euphorie et de fantaisies mégalomaniaques concernant la personne et sa situation³. Entre parenthèse, il est remarquable de constater une proportion non négligeable de patients qui refusent de se conformer au traitement prophylactique thymorégulateur afin de ne pas renoncer à ces moments intenses de fête interne, de vécu de toute puissance et de plaisir⁴. Il apparaît une composante ludique au cours de certaines manies. Dans les états hypomaniaques, l'ironie est fréquente et souvent de qualité ; dans la manie, l'ironie est directe, peu contrôlée associée à une causticité, l'art d'appuyer lourdement où cela fait mal⁵.

Lorsqu'il étudie la mégalomanie, dans l'« *Etude n° 19* », EY précise que les idées de grandeur s'accompagnent souvent, mais pas toujours, de sentiments euphoriques et que l'irritabilité, des accès de tristesse et d'anxiété peuvent faire immersion dans le tableau³, point que nous avons abordé plus haut. La joie maniaque est marquée par une grande réactivité et une instabilité émotionnelle très spéciale, pathétique, superbe, expansive, ombrageuse, bienveillante, tendre, arrogante tour à tour et en peu de temps mais toujours hyperactive. L'humeur peut donc par moment virer ou flirter sur un versant dépressif. Ainsi l'euphorie alterne souvent avec des phénomènes coléreux lorsqu'elle se trouve contrariée expliquant

¹ BENEZECH M. BIEDER J. Du bonheur pathologique : sur les états hallucinatoires et délirants agréables ou joyeux. *Annales Médico-Psychologiques* 2011 ; 169 : 209-14.

² ESQUIROL JE. In : BENEZECH M. BIEDER J. Du bonheur pathologique : sur les états hallucinatoires et délirants agréables ou joyeux. *Annales Médico-Psychologiques* 2011 ; 169 : 209-14.

³ EY H. Etude N°19 : Mégalomanie. In : *Etudes Psychiatriques : aspects sémiologiques*. Paris : Desclée de Brouwer, 1950.

⁴ BOURGEOIS D. Le mythe de la fête. *Psynergie* 1998 ; 34 : 28-36.

⁵ BIEDER J. L'ironie morbide. *Annales Médico-Psychologiques* 2006 ; 164/9 : 764-8.

certaines actes agressifs, le maniaque ayant perdu la notion de limite tel un débordement instinctif sans frein¹.

Comme pour toute euphorie morbide, un processus pathologique témoignant d'un dérèglement puissant du psychisme et d'une souffrance réelle, sous-tend l'exaltation. Le « *triomphe* » apparent ne correspond qu'à une « *défense* » inscrite dans le complexe maniaco-dépressif². Dans la manie, le « *devoir-se-réjouir* » n'est autre qu'un « *ne-pas-pouvoir-se-réjouir* » pour la phénoménologie³. Chacune des sollicitations de l'environnement attire l'attention du maniaque sans qu'il ne puisse la maintenir. Une dispersion apragmatique s'ensuit¹. Pour EY, la manie signe une régression vers les formes archaïques et primaires du plaisir infantile sans obstacle ni motif¹. En écho, DELAY compare la manie à « *l'espièglerie* », « *l'anarchie motrice* » et « *la puissance aveugle* » de l'enfant⁴. La composante pathologique de cette joie pathologique se retrouve au final en amont et dans les conséquences ou complications bien connues de la manie.

3.4.2.3 Euphorie et psychose

Une composante thymique et mégalomaniaque étendue dans l'expansion et l'excitation, se retrouve fréquemment au cours d'épisodes psychotiques. Elle émane des tendances affectives intriquées aux thèmes ou mécanismes du processus délirant⁵. Certaines thématiques, mysticisme, possession, érotisme, filiation, érotomanie, délires passionnels, s'associent volontiers à la joie. Ces expériences correspondent à une désorganisation de la conscience aux cours de laquelle, les phantasmes érotiques ou mégalomaniaques trouvent leur compte « *comme dans le rêve* »⁵. L'euphorie morbide, au cours des délires chroniques, a été spécialement étudiée par GUIRAUD. Elle s'extériorise en idées de grandeur sociale, de protection divine, de richesse, jusqu'à conférer une note hypomaniaque à l'activité. Le malade se sent plein de courage et de confiance, son allure est décidée et digne, les hallucinations expriment les tendances euphoriques⁶.

¹ EY H. Etude N°19 : Mégalomanie. In : Etudes Psychiatriques : aspects sémiologiques. Paris : Desclée de Brouwer, 1950.

² LAMBOTTE MC. De l'état dépressif à l'état de triomphe du moi. L'Evolution Psychiatrique 2003 ; 68 : 381-96.

³ TATOSSIAN A. La phénoménologie des psychoses. Puteaux : Le Cercle Herméneutique, 2002.

⁴ DELAY J. Les dérèglements de l'humeur. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

⁵ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

⁶ BENEZECH M. BIEDER J. Du bonheur pathologique : sur les états hallucinatoires et délirants agréables ou joyeux. Annales Médico-Psychologiques 2011 ; 169 : 209-14.

Concernant les mécanismes, des sensations hallucinatoires agréables appellent naturellement les idées optimistes. Un bon nombre de phénomènes hallucinatoires font éprouver au sujet une jouissance physique et un plaisir telles des hallucinations acoustiques et verbales se présentant comme chant « *solennel, magnifique* » composé de « *magnifiques mélodies [...] pleinement harmonieuses* »¹. DE CLERAMBAULT insiste sur le caractère initialement neutre de l'automatisme mental mais cite un délire hallucinatoire plaisant chez un homme cultivé : « *Ces voix me parlent de vous, monsieur le docteur, elles me font votre éloge. Elles me sont agréables et me tiennent compagnie* »². Le même auteur dresse aussi plusieurs remarques sur l'automatisme de vieilles filles isolées habitées par des idées érotiques et orgueilleuses et qui se montrent « *heureuses, flattées d'être interrogées et traitées familièrement* »².

La mégalomanie peut s'étendre dans les domaines physiques (forme athlétique, beauté...), mentaux (intelligence démesurée, création fantastique...) et sociaux (richesse, succès...). Elle engendre un sentiment de supériorité, de grandeur, de richesse, de toute-puissance³ incitant le malade à sortir du cadre des limites.

Par ailleurs, une autre subtilité concerne l'état mélancolique. Il peut en découler une mégalomanie inversée, épanouie dans la monstruosité. En attestent les idées délirantes autour de la durée éternelle de l'être⁴.

3.4.3 Les affects expansifs dans les psychoses chroniques : éléments de diagnostic différentiel

Nous proposerons maintenant d'approfondir les éléments de diagnostic différentiel entre les différentes joies ou exaltations morbides émanant de processus psychotiques par rapport à l'expansion du sujet maniaque.

3.4.3.1 Schizophrénie

Dans le parcours de vie du schizophrène, il arrive qu'une euphorie pathologique s'exprime soit sous forme d'accès pseudo-maniaques, soit au cours d'épisodes paranoïdes,

¹ EY H. Traité des hallucinations. Paris : Masson, 1973.

² DE CLERAMBAULT G. In : BENEZECH M. BIEDER J. Du bonheur pathologique : sur les états hallucinatoires et délirants agréables ou joyeux. Annales Médico-Psychologiques 2011 ; 169 : 209-14.

³ BENEZECH M. BIEDER J. Du bonheur pathologique : sur les états hallucinatoires et délirants agréables ou joyeux. Annales Médico-Psychologiques 2011 ; 169 : 209-14.

⁴ EY H. Etude N°19 : Mégalomanie. In : Etudes Psychiatriques : aspects sémiologiques. Paris : Desclée de Brouwer, 1950.

soit d'une manière permanente dans les formes expansives de l'hébétéphrénie. Il s'agit davantage d'une agitation motrice et idéique que d'une euphorie de l'humeur. Il manque l'élan, la plénitude de la manie et l'hyperactivité est plus mécanique que ludique¹. Une discordance entre l'expression hyperthymique et sa motivation alléguée, un caractère froid et mécanique, l'absence de syntonie, un accrochage ambivalent à l'ambiance, un humour grinçant, orientent vers une dissociation affective nous éloignant du tableau bipolaire¹. Ainsi, lorsqu'un schizophrène est interrogé sur le fond de sa pensée immédiatement après un rire immotivé, il lui est souvent impossible d'en restituer un contenu patent et parfois, le malade peut évoquer des éléments de tristesse². Enfin, le délire paranoïde étant non systématisé, la mégalomanie suit une trajectoire sans limite et peu organisée³.

3.4.3.2 Psychose paranoïaque

Nous avons signalé plus haut des éléments cliniques partagés par le maniaco-dépressif et le paranoïaque. Dans la paranoïa, le clinicien retrouve fréquemment une excitation lors des moments féconds délirants, une note mégalomaniaque, parfois hyperthymique, en lien avec des idées de grandeur. Parfois, des épisodes maniaques rythment le parcours des psychoses passionnelles⁴. Est-ce la raison pour laquelle SPECHT tentait, de manière probablement excessive, de fondre toutes les formes de paranoïa dans la manie chronique⁵ ?

3.4.3.2.1 Clinique différentielle à partir du syllogisme de Foville

Cette attitude, rencontrée chez les délirants persécutés, correspond habituellement au sentiment de mégalomanie euphorique dont parlait FOVILLE et qu'il exprimait par le syllogisme : « *Il faut que je sois un grand homme pour que l'on cherche tellement à me nuire* »⁶. FOVILLE, dans son « *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs* », considère que pour que soit portée atteinte à ces sujets avec une telle ténacité, ils doivent porter ombrage à quelques personnages puissants et ont droit, eux-mêmes, à une

¹ LEMPERIERE T. FELINE A. GUTMANN A. ADES J. PILATE C. Psychiatrie de l'adulte. Paris : Masson, 1996.

² BOURGEOIS D. Le mythe de la fête. *Psynergie* 1998 ; 28-36.

³ EY H. Etude N°19 : Mégalomanie. In : *Etudes Psychiatriques : aspects sémiologiques*. Paris : Desclée de Brouwer, 1950.

⁴ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : *Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

⁵ KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008.

⁶ FOVILLE A. In : EY H. Etude N°19 : Mégalomanie. In : *Etudes Psychiatriques : aspects sémiologiques*. Paris : Desclée de Brouwer, 1950.

richesse et une puissance dont ils ont été dépouillés frauduleusement¹. Cette séquence place donc les modifications de la thymie comme conséquence du délire.

Néanmoins, l'enchaînement peut se constituer différemment. SERIEUX décrivait bien des persécutés devenus mégalomanes mais aussi des ambitieux devenus persécutés et d'autres malades chez qui ambition et persécution étaient contemporaines¹. Les idées de grandeurs interviennent parfois simultanément, ou en avance, par rapport à la persécution. Ainsi, un délire systématisé ambitieux peut parfaitement précéder la persécution : l'ambition inappropriée entraîne des railleries et se trouve freinée par les principes de réalité. Un sentiment de persécution apparaît donc en conséquence². Ainsi dans le délire ambitieux de BALL, les idées de grandeur ne paraissent pas constituer la résultante de tout un système mais en constituent la substance fondamentale². Parfois, il existe une euphorie intuitive dérivant du sentiment de persécution : « *Les malades se sentent protégés, puissants, les explications viennent ensuite* »³. Le syllogisme de FOVILLE ne s'applique donc pas à toute paranoïa et ne peut s'imposer comme le seul élément différentiel.

3.4.3.2.2 Clinique différentielle à partir du style du maniaque et du paranoïaque

L'animation du maniaque et du paranoïaque diffère sur plusieurs points conférant des éléments cliniques différentiels plus pertinents. Précisément, l'exaltation localisée sur un thème ou une idée précise, est caractéristique des états passionnels. Le sujet s'échauffe, s'anime sur certains points : idéalistes passionnés, apôtres sociaux ou religieux, théoriciens et inventeurs délirants, égoïstes, passionnés de l'intégrité de leurs biens, dominateurs d'une susceptibilité ombrageuse¹. La thymie est en quelque sorte suspendue au délire. C'est ce qu'expose l'érotomane à travers le stade d'espoir source de rêveries ambitieuses qui alterne avec la sombre coloration et la colère des phases de dépit et de rancune lorsque la réalité se confronte à la thématique délirante⁴.

Fidel à son délire, logique, systématisé, le paranoïaque se présente armé de pied cap devant toute tentative de discussion et reste peu accessible au traitement. Il s'agit d'une puissance logique raisonnée et réfléchie pour laquelle il apporte toute sa force et son

¹ SAUVAGNAT F. Réflexions sur le statut de la mythomanie délirante. L'Evolution Psychiatrique 2003 ; 68 : 73-96.

² BALL B. Du délire de persécution ou maladie de Lasègue. Paris : Asselin et Houzeau, 1890.

³ GUIRAUD P. In : In : BENEZECH M. BIEDER J. Du bonheur pathologique : sur les états hallucinatoires et délirants agréables ou joyeux. Annales Médico-Psychologiques 2011 ; 169 : 209-14.

⁴ EY H. BERNARD P. BRISSET C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2011.

intelligence. Pour le maniaque, en période de revendication, l'excitation se manifeste dans l'ensemble du mode de vie et pas seulement dans les situations de contentions juridiques. L'euphorie, l'engouement, l'exubérance, la tendance à jouer des tours humoristiques contrastent avec la sectorisation, l'amertume et la haine démesurée observée fréquemment dans le délire de quérulence¹. Enfin, les oscillations de la thymie, de la pensée et de la volonté chez les bipolaires, ou bien l'hyperactivité apragmatique avec distractibilité d'une manie franche, favorisent le renoncement au combat alors que le quérulant est animé par la passion et l'obstination².

De même, la composante ludique est rare dans la paranoïa. Si le persécuté se trouve dans une situation comique, ce sera malgré lui. S'il choisira de s'employer à l'ironie, se sera dans un face à face agressif avec le médecin. Le délirant paranoïaque prend tout au pied de la lettre, ne pratique et ne comprend l'humour. Rire ou plaisanter serait se désarmer en temps de guerre. Là où la curiosité du maniaque pourrait être stimulée, le paranoïaque se méfie lorsqu'il entend des rires³.

3.4.3.3 *Psychose hallucinatoire chronique*⁴

La psychose hallucinatoire se structure progressivement, avec de possibles idées de grandeur et mégalomaniaques, autour de la composante hallucinatoire par le biais de rationalisations, d'interprétations ou d'explications secondaires. Nous mettrons en avant l'originalité de la psychose hallucinatoire par la prépondérance des mécanismes hallucinatoires.

3.4.3.4 *Paraphrénie*

Les paraphrénies se distinguent par la richesse de leurs productions délirantes. La paraphrénie confabulante, ou délire d'imagination, comprennent des idées de grandeur relativement stables qui gravitent autour d'un thème central souvent de filiation avec une relative systématisation. Parfois une exaltation manifeste compose une paraphrénie expansive

¹ CAXEITA M. RIVET B. La clinique différentielle des troubles délirants chroniques. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale 2001 ; 50/5 : 44-54.

² KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008.

³ BIEDER J. L'ironie morbide. Annales Médico-Psychologiques 2006 ; 164/9 : 764-8.

⁴ LEMPERIERE T. FELINE A. GUTMANN A. ADES J. PILATE C. Psychiatrie de l'adulte. Paris : Masson, 1996.

avec exaltation psychique¹. Enfin, les paraphrénies fantastiques exposent une luxuriance et une énormité qui se perdent dans un discours décousu : « *Il a vécu mille vies humaines, animales, végétales, il est l'ombilic de l'histoire universelle, il connaît tout des prophètes puisque tous vivent en lui, la mort ne le concerne pas...* »² avec un enrichissement permanent du délire¹. Mais alors que le maniaque ne peut se contenir d'aucune limite, le paraphrène parvient à juxtaposer son délire à la réalité, sa pensée paralogique à la pensée normale, prenant une certaine distance à l'égard de la fiction³.

3.5 Bipolarité et psychose : réflexion autour de la sensibilité

KANZER souligne les liens intimes entre le deuil du déprimé, l'élation du maniaque et les fantaisies destructrices du paranoïaque⁴. L'angoisse de persécution semble tenir une place relativement constante dans le fonctionnement mental des sujets bipolaires. Ainsi, CHABOT nomme une « *hyper susceptibilité maniaco-dépressive* », étroitement intriquée à une vulnérabilité persécutrice. Néanmoins, cette composante n'apparaît pas aussi structurée par rapport à celle répondant à une véritable organisation paranoïaque⁴.

Le délire sensitif questionne parfaitement le passage intrigant entre dépression et psychose, mélancolie et délire de persécution⁴. La question d'une persécution pose la question du diagnostic différentiel entre une mélancolie, et une paranoïa sensitive. Il faut noter que l'entité Kretschmerienne de 1927, a toujours suscité des querelles d'écoles quant à sa catégorisation nosographique. La paranoïa sensitive partage, avec la mélancolie délirante, l'association d'un délire de persécution interprétatif et d'une thymie basse, la paranoïa sensitive étant sujette aux véritables décompensations dépressives avec une tendance à la rumination solitaire autour des faiblesses⁵. En ce sens, BOURBON tend à la rattacher à la bipolarité⁶. Or, une distinction peut s'opérer. Dans la mélancolie, les idées délirantes de persécution ne modifient pas le fond morbide vécu avec résignation, soumission et passivité

¹ BORENTAIN S. GASMAN I. DELCUL A. La paraphrénie peut-elle être une modalité évolutive de la maladie maniaco-dépressive ? *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2001 ; 1/51 : 26-9.

² LEMPERIERE T. FELINE A. GUTMANN A. ADES J. PILATE C. *Psychiatrie de l'adulte*. Paris : Masson, 1996. P. 283.

³ LEMPERIERE T. FELINE A. GUTMANN A. ADES J. PILATE C. *Psychiatrie de l'adulte*. Paris : Masson, 1996.

⁴ CHABOT M. HUSAIN O. REEVES N. La maladie bipolaire au Rorschach et au TAT : diversité ou homogénéité ? *Psychologie Clinique et Projective* 2003 ; 1/9 : 255-83.

⁵ CAXEITA M. RIVET B. La clinique différentielle des troubles délirants chroniques. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale* 2001 ; 50/5 : 44-54.

⁶ BOURBON N. KACHA F. Paranoïa sensitive et bipolarité : à propos de cinquante cas. *Dixième Congrès de l'Encéphale*, Paris, Janvier 2012, PO 61.

dans la mesure où elles s'intègrent au complexe délirant de culpabilité, de ruine et d'indignité. La persécution étant donc secondaire à la relation délirante maintenue avec la mort, le sujet se trouve soumis devant le délire avec de nombreuses auto-accusations. Le délire est négativiste confirmant ce que le mélancolique ressent au plus profond de lui-même¹.

A l'inverse, le paranoïaque tente de se défendre de la persécution de l'autre. Le sensitif n'accepte pas ces conditions, d'être humilié ou considéré comme diminué et recherche, dans son interlocuteur, un témoin, un consolateur ou un allié pour partager sa douleur, sa haine et sa fragilité vis-à-vis de la « *cruauté du monde* »². Il s'ensuit une mise en situation de victime avec des accusations sur autrui pouvant s'épanouir sur une hétéro-agressivité. Ici, le délire est positiviste. Il défend l'aspect narcissique et imaginaire du sujet contre l'agression venant du réel. Le paranoïaque exprime une jouissance dans la persécution alimentant une position délirante d'amour propre tendant à évoluer vers la mégalomanie. Ainsi, douleur morale et inhibition sont absentes avec une différence fondamentale dans la relation à la mort^{1,2}.

3.6 La question des accès aigus

3.6.1 Un enchevêtrement de symptômes

Les états psychotiques aigus, bouffées délirantes aiguës des auteurs classiques français, trouble psychotique bref ou schizophréniforme du DSM IV, rendent bien compte de l'enchevêtrement des signes thymiques et des signes psychotiques sans que la prédominance de l'une ou de l'autre composante ne soit un indicateur solide d'une possible échéance vers la bipolarité ou vers la schizophrénie³.

L'intoxication à la mescaline décrite par DELAY illustre bien cette association et nous rappelle l'importance d'éliminer une cause organique. Sous l'emprise de ce toxique, les modifications de l'humeur, à type d'exaltation, d'effondrement ou de mixité sont les premières à apparaître. Secondairement, par « *atteinte plus profonde du psychisme* », émergent d'éventuels phénomènes psychosensoriels avec une perte des limites du Moi corporel, expérience que rapporte également un bon nombre de schizophrènes atteints

¹ ARCE ROSS G. Manie, mélancolie et facteurs blancs. Paris : Beauchesne, 2009.

² CAXEITA M. RIVET B. La clinique différentielle des troubles délirants chroniques. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale 2001 ; 50/5 : 44-54.

³ SECHTER D. HAFFEN E. LOO H. La phtisie galopante n'existe plus, la psychose maniaco-dépressive n'existe peut-être plus. Qu'en est-il de la schizophrénie ? L'Encéphale 2007 ; 33/6 : 880-3.

d'hallucinations cénesthésiques et auditives. Enfin, une dissociation de la personnalité peut s'installer pour parachever le tableau¹.

3.6.2 La question des accès aigus, psychotiques ou bipolaires ?

3.6.2.1 Manie ou état mixte délirants et trouble psychotique aigu

Un point important doit être considéré, celui de ne pas confondre un état affectif maniaque ou mixte délirant avec un trouble psychotique aigu.

3.6.2.1.1 Manie délirante

Au cours des épisodes psychotiques aigus, le sujet vit parfois avec extase son épopée délirante ou hallucinatoire². OTHEMAN, dans une récente étude, signale la logorrhée et l'angoisse comme signes les plus discriminants pour orienter respectivement, soit vers une manie pour le premier, soit vers un trouble psychotique pour le second, la congruence de l'humeur pouvant s'observer dans les deux états³. Cette importance accordée à la logorrhée nous invite à rappeler qu'elle s'inscrit typiquement dans la classique fuite des idées. Plus qu'un simple symptôme, pour BINSWANGER, cette incontinence idéique exprime la perspective du monde du maniaque, fait de bondissements, de jaillissements, de sauts et de tourbillon. « *L'homme aux pensées fuyantes* » accuse une compression elliptique, sur un *tempo* rapide et discontinu, accumulant dans le désordre de nombreuses idées sous-tendues par une tachypsychie éparpillée et par un raisonnement par assonance. Toutes les difficultés logiques sont ainsi abolies. Volatile et toute puissante, la logorrhée est le propre de la « *grande gueule* » et cette pensée peut être poétique, érotique, novatrice ou transgressive⁴.

D'autre part, les idées de grandeur au cours des bouffées délirantes, mêlées à de nombreux thèmes, associées à une mégalomanie funambulesque, restent incertaines ou enchevêtrées dans des péripéties presque inexprimables⁵ moins systématisées que dans la manie délirante. Aussi, la séquence des symptômes peut être d'une aide relativement

¹ DELAY J. GERARD HP. L'intoxication mescalinique expérimentale (1948). *L'Encéphale* 2007 ; 33/2 : 455-79.

² LEMPERIERE T. FELINE A. GUTMANN A. ADES J. PILATE C. *Psychiatrie de l'adulte*. Paris : Masson, 1996.

³ OTHEMAN Y. YAHIA A. MEHSSANI J. MOUHADI K. GARTOUM M. BICHRA MZ. Accès psychotiques aigu et accès maniaques : éléments différentiels. Dixième Congrès de l'Encéphale, Paris, Janvier 2012, PO 063.

⁴ BINSWANGER L. *Mélancolie et manie*. Paris : Presses Universitaires de France, 1981.

⁵ EY H. Etude N°19 : Mégalomanie. In : *Etudes Psychiatriques : aspects sémiologiques*. Paris : Desclée de Brouwer, 1950.

précieuse. En règle générale, dans le trouble bipolaire, le délire et les hallucinations suivent, et ne précèdent pas, l'exaltation de l'humeur¹.

3.6.2.1.2 Etat mixte délirant

3.6.2.1.2.1 Les états mixtes selon Kraepelin²

KRAEPELIN, dans sa description originale de la « *folie maniaque dépressive* », décrivait huit états fondamentaux. Entre la manie typique pure, comprenant une fuite des idées, une humeur élevée ainsi qu'une hyperactivité, et la dépression classique, impliquant la tristesse, l'inhibition et l'indécision, s'imposent six états mixtes. Il compte parmi ces derniers :

- la manie improductive : pauvreté idéique, humeur joyeuse sans fuite des idées
- la manie inhibée : fuite des idées, humeur joyeuse, inhibition psychomotrice, proche de la stupeur maniaque
- la stupeur maniaque avec dysphorie joyeuse : le patient ne répond pas, sourit sans raison, allongé et silencieux, pouvant soudainement devenir violent et insultant
- la manie dépressive ou anxieuse : dysphorie dépressive, fuite des idées, excitation, agitation, anxiété
- la dépression agitée : idéation très pauvre, agitation vive, grand besoin de communiquer et logorrhée monotone
- la dépression avec accélération des pensées ou fuite des idées

Pour KRAEPELIN, les états mixtes se situeraient principalement lors des périodes de transition et seraient la conséquence de la disparition des symptômes d'un état et l'apparition progressive et décalée dans le temps des signes de polarité de l'accès thymique inverse.

3.6.2.1.2.2 Une notion complexe³

Si le DSM IV exige, pour porter le diagnostic d'état mixte, la présence simultanée des critères d'un épisode dépressif majeur et d'un épisode maniaque, il est intéressant de noter qu'à l'heure actuelle, les états thymiques ne sont plus définis selon des dimensions mais selon une catégorisation. La validité du diagnostic pour l'état mixte pose alors question, d'autant

¹ GORWOOD P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. L'Encéphale 2004 ; 30/2 : 182-93.

² KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008.

³ HENRY C. M'BAILARA K. Concept clinique des états mixtes et diagnostics différentiels. In GERARD A. Etats mixtes. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2008.

plus, que le DSM IV et la CIM X ne s'accordent ni sur la durée ni sur la co-occurrence des troubles. Le DSM retient une durée de deux semaines contre une seule pour la CIM. La CIM X accepte l'alternance rapide de l'humeur sur un espace de quelques heures. A partir de cette définition, il est très difficile de faire la distinction entre la labilité émotionnelle d'un état maniaque et un authentique état mixte. Il n'est donc pas étonnant de retrouver une prévalence des états mixtes comprise entre 5 et 70 % en fonction des études. Ainsi, la mixité reste source d'interrogations et d'une appréhension délicate en attendant peut-être que la conception catégorielle des classifications internationales ne fasse justice à la richesse des tableaux cliniques dimensionnels décrits par KRAEPELIN et rencontrés en pratique.

3.6.2.1.2.3 Similitudes et différences avec la bouffée délirante aigüe

En France, pour GERARD, un diagnostic souvent évoqué à tort au cours d'un épisode mixte délirant, est celui de bouffée délirante aigüe, situation conditionnant potentiellement le sous-diagnostic de bipolarité¹. EY décrit la bouffée délirante comme « *Une éclosion soudaine d'un délire transitoire généralement polymorphe dans ses thèmes et ses expressions* »² « *L'humeur est constamment altérée. A l'activité délirante d'apparition subite correspondent en effet des états affectifs violents. Tantôt le sujet est expansif et exalté comme un maniaque. Tantôt au contraire, il est en proie à une forte angoisse qui s'apparente plus ou moins à l'expérience mélancolique [...] Le délire solidaire de ces mouvements d'euphorie ou d'angoisse, suit leurs fluctuations [...] Si bien que le malade se présente tantôt comme un excité, tantôt comme un déprimé, le plus souvent les deux à la fois, vivant alors un véritable état mixte. Cette alternance ou ce mélange d'excitation ou d'inhibition est si caractéristique des bouffées délirantes polymorphes que beaucoup d'auteurs les ont rangées dans les états maniaco-dépressifs et qu'en clinique quotidienne il est parfois difficile de faire le diagnostic de bouffée délirante ou d'une crise maniaco-dépressive* »³. Cette description est tout à fait évocatrice de l'ambiguïté existant entre les notions de bouffées délirantes et d'états mixtes. Nous aurions voulu décrire les états mixtes avec caractéristiques psychotiques que nous n'aurions pas mieux fait et certainement avec une prose moins éloquente, répond GERARD¹. Il est vrai que l'explosion de la thymie entre les deux pôles affectifs, peut se confondre avec une dissociation, que la pauvreté idéo-motrice de la manie improductive ou inhibée ressemble à une symptomatologie déficitaire, et enfin, la stupeur maniaque dispose de similitudes avec

¹ GERARD A. Préface. In Etats mixtes. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2008.

² EY H. BERNARD P. BRISSET C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2011. P. 224.

³ EY H. BERNARD P. BRISSET C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2011. P. 226.

la catatonie. De plus, il faut garder à l'esprit la forte charge d'anxiété exprimée au cours d'un état mixte pouvant orienter naïvement vers une angoisse psychotique ou un trouble anxieux¹.

Comme élément différentiel, KRAEPELIN indiquait que le délire du maniaque était en étroite relation avec l'environnement tandis que le délire schizophrénique viendrait plus de « *l'intérieur* ». Les théories de Vienne œuvrent en ce sens : l'instabilité thymique des états mixtes favorise l'émergence de représentations opposées et changeantes qui participent à l'incompréhension de l'entourage, qui, en retour, renvoie des affects renforçant la propension à délirer².

3.6.2.2 *La question du devenir des bouffées délirantes aiguës et épisodes psychotiques aigus*

3.6.2.2.1 Une possible entrée dans la bipolarité sous-estimée ?

La question de l'évolution reste délicate. La notion de bouffée délirante ne signifie pas autre chose nous dit EY³. L'épisode peut rester unique, se répéter plusieurs fois et être entrecoupé de phases asymptomatiques ou bien, la trajectoire peut se finaliser vers une psychose chronique ou un trouble bipolaire. Un premier épisode délirant aigu ou psychotique bref représente toujours une épreuve à l'issue incertaine. Lors des premiers diagnostics, les erreurs entre schizophrénie et trouble bipolaire sont fréquentes en la faveur de la première pour de nombreux auteurs⁴. Il semble que la distinction entre psychose et bipolarité soit particulièrement difficile quand les troubles apparaissent à l'adolescence, ou chez le jeune adulte, et ce d'autant plus s'il existe une consommation de toxiques⁴.

3.6.2.2.2 Eléments permettant d'approcher le devenir

Un trouble psychotique aigu avec une participation thymique importante oriente plus vers une bipolarité qu'une schizophrénie mais ne s'avère pas décisif pour autant⁵. Quelques données sur le fonctionnement prémorbide permettent d'orienter la question du devenir mais

¹ GERARD A. Préface. In Etats mixtes. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2008.

² AZORIN JM, AKISKAL H, HANTOUCHE E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood congruent psychotic distinction in mania : validation in a French National Study of 1090 patients. Journal of Affective Disorders 2006 ; 96 : 215-23.

³ EY H, BERNARD P, BRISSET C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2011.

⁴ METZGER JY, DRAGOI A. Devenir des psychoses délirantes aiguës. Confrontations Psychiatriques 2002 ; 43 : 131-60.

⁵ CARLSON GA, BROMET EJ, SIEVERS SB. Phenomenology and outcome of youth and adult onset subjects with psychotic mania. American Journal of Psychiatry 2000 ; 157 : 213-9.

aucun trait ou signe n'est pathognomonique. La recherche de critères de bon pronostic d'évolution, oriente modestement vers une évolution bipolaire¹.

Ces éléments sont le sexe féminin, une personnalité prémorbide adaptée, un environnement favorable, un fonctionnement social et professionnel antérieur satisfaisant, des facteurs déclenchant manifestes, un début aigu et tardif, une brièveté de la durée de l'épisode, une symptomatologie polymorphe marquée par un délire non systématisé avec une richesse imaginative, des troubles de la conscience importants voire une confusion, la présence de symptômes thymiques, l'absence d'émoussement affectif, l'absence de signes autistiques et de signes négatifs, un automatisme mental peu important, de bonnes capacités d'abstraction, une pensée organisée, non stéréotypée, une dramatisation théâtrale, un bon niveau d'*insight*, un traitement antipsychotique précoce avec une bonne observance et une bonne réponse à la thérapeutique, un bon fonctionnement entre les épisodes avec des symptômes résiduels minimes, l'absence de dysfonctionnement cognitif, d'anomalies structurelles cérébrales et d'anomalies neurologiques, des antécédents personnels névropathiques surtout hystériques, des antécédents familiaux de troubles de l'humeur et non de schizophrénie^{2,3,4}.

3.6.2.3 La psychose puerpérale à la limite du diagnostic ?

Décrite pour la première fois par MARCE, la psychose puerpérale a longtemps été considérée comme une entité au sein des bouffées délirantes aiguës. Pour beaucoup de contemporains, elle se trouve à la limite du diagnostic de bipolarité et certains auteurs préconisent une mise systématique sous thymorégulateur⁵.

Par le passé, EY soulignait que les groupes de famille à composante maniaco-dépressive héréditaire offraient les relations les plus significatives avec les accidents psychotiques puerpéraux³. La littérature anglo-saxonne a mis en évidence une fréquence élevée de rechutes de nature thymique, dans un contexte ou non de *post-partum*⁶ et que 70 à

¹ METZGER JY. DRAGOI A. Devenir des psychoses délirantes aiguës. *Confrontations Psychiatriques* 2002 ; 43 : 131-60.

² DE BEAUREPAIRE R. Eléments permettant de différencier un trouble de l'humeur d'une schizophrénie devant un état délirant chez un adolescent ou un adulte jeune. *La revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 1998 ; 26 : 13-5.

³ EY H. BERNARD P. BRISSET C. *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson, 2011.

⁴ WAINTRAUB L. Clinique et orientations thérapeutiques in GUELFY JD. ROUILLON F. *Manuel de psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2007.

⁵ GORWOOD P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. *L'Encéphale* 2004 ; 30/2 : 182-93.

⁶ HENRY C. DESAGE A. Aux confins de la bipolarité. *L'Encéphale* 2006 ; 32/2 : 526-30.

80 % de ces épisodes puerpéraux sont, en réalité, des troubles thymiques entrant le plus souvent dans un contexte de trouble bipolaire¹. L'avis actuel de la communauté médicale, relativement consensuel, s'est rallié à l'opinion anglaise pour reconnaître que les psychoses du *post-partum* font partie du spectre bipolaire². Il est vrai que le stress ressenti au cours de cette période de la vie, ajouté aux perturbations du rythme du sommeil³, favorise la décompensation d'une bipolarité sous-jacente.

L'intégration de la psychose puerpérale au spectre bipolaire constitue-t-elle un raccourci ? Les données épidémiologiques françaises incitent à la prudence : le devenir est hétérogène avec une absence ou présence possible de récurrences ultérieures et seules 11 à 15 % des psychoses puerpérales évoluent vers une affection chronique bipolaire ou schizophrénique⁴. Ces données pourraient coïncider avec les multiples facteurs en amont des troubles psychiques puerpéraux. Ces derniers supposent un carrefour de processus étiopathogéniques divers et variés, impliqués par l'accouchement et cette période de vie si particulière. Apparaissent en effet des modifications biologiques, KIELHOLZ, en 1965, qualifiait les troubles psychiques de la grossesse et du *post-partum* de « troubles endocriniens »⁵. L'arrivée d'un enfant, événement à la fois désiré et redouté, entraîne un ressenti émotionnel intense alors que la personnalité accuse de multiples aménagements en lien avec le « devenir mère »⁶. Pour DEUTSCH, la grossesse et le *post-partum*, représentent bien une étape modifiant toutes les conditions et perspectives de vie de la femme⁶. Enfin, s'ajoute probablement un facteur culturel puisqu'il semble que les femmes des sociétés traditionnelles se trouvent beaucoup moins confrontées aux épisodes psychotiques puerpéraux⁶.

Ainsi, la situation de la femme, en regard de la grossesse et de l'accouchement, doit être considérée et étudiée comme un véritable point de rencontre entre le biologique, le psychisme et l'événement. Il convient alors de se pencher sur la valeur du passé de la femme, sa position actuelle (conjugale, sociale, économique), sa relation avec son enfant et les perspectives ouvertes devant elle par la maternité⁶.

¹ VERDOUX H. BOURGEOIS ML. Nosographie et épidémiologie des psychoses puerpérales. Annales Médico-Psychologiques 1991 ; 149 : 202-7.

² CAZAS O. Les troubles psychiques au cours de la puerpéralité. L'Information Psychiatrique 2004. 80/8 : 627-33.

³ HENRY C. De l'épisode initial aux récurrences. 10^{ème} Congrès de l'Encéphale, Paris, Janvier 2012.

⁴ FAURE K. LEGRAS M. CHOCARD AS. DUVERGER P. Troubles psychiques de la grossesse et du *post-partum*. La Revue du Praticien 2008 ; 58 : 1-8.

⁵ TELLENBACH H. La mélancolie. Paris : Presse Universitaire de France, 1998.

⁶ EY H. BERNARD P. BRISSET C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2011.

3.7 Conclusion

Les psychoses et la bipolarité, notamment dans sa forme classique ou son type I, partagent des symptômes et des accès aigus communs. Il existe toute une gamme de formes intermédiaires entre psychose et bipolarité qui posent la question d'un *continuum* si bien qu'il est actuellement impossible, en fonction de nos connaissances actuelles, d'affirmer si la catégorie des troubles de l'humeur rendrait mieux compte de la place du trouble schizo-affectif. L'extension du spectre bipolaire aux troubles psychotiques ne doit pas nous faire oublier que les psychoses aiguës ou chroniques impliquent des perturbations affectives majeures. Des épisodes dépressifs, des états proches de la manie, se retrouvent dans la schizophrénie ou la paranoïa, soit au moment de l'entrée dans la maladie, soit au cours de son évolution. Le DSM IV nous rappelle ainsi que pour porter le diagnostic de trouble bipolaire de type I, la symptomatologie du patient ne doit pas être mieux expliquée par un trouble psychotique ou schizophrénique. Si bien qu'un épisode d'allure maniaque, dans une minorité de cas, ne signe pas une bipolarité. Au final, cette si fréquente association, entre symptômes psychotiques et thymiques, expose à une appréhension délicate orientant le clinicien soit vers une compréhension des troubles psychotiques comme une complication évolutive d'un trouble de l'humeur soit vers un trouble délirant persistant avec fluctuation thymique.

La question des bonheurs pathologiques, émanant de processus psychotiques, illustre une possible confusion entre manie et excitation thymique autre que bipolaire. La paranoïa semble à ce jour quelque peu oubliée, démantelée dans les classifications internationales. Pour conséquence, un faible nombre de publications récentes lui sont consacrées au profit d'un « *tout dopamine* »¹, au risque d'un retour au concept de psychose unique¹. Perdant de sa superbe dans les écrits récents, elle peut être confondue avec une maladie maniaco-dépressive du fait de ses composantes passionnelles, mégalomaniaques et sensibles. Concernant les accès aigus, si les états mixtes délirants peuvent être sous diagnostiqués au profit d'un trouble psychotique aigu, si les bouffées délirantes aiguës peuvent évoluer vers une bipolarité, la prudence incite à tenir compte de l'évolution afin de caractériser pleinement la valeur nosographique de ces accès. De même, considérer la psychose puerpérale comme un trouble relevant uniquement du spectre bipolaire, constitue probablement un raccourci.

¹ LEMOINE P, AMAR A. Les syndromes oubliés (classification actuelle) ou le mythe de la tour de Babel en psychiatrie. *Psynergie* 1999 : 2-3.

4 DE LA DEPRESSION A LA BIPOLARITE

4.1 Enjeux de la question

Après avoir prêté attention à la psychose et au bonheur morbide, s'impose une réflexion autour de la tristesse pathologique. Si certains sont adeptes du concept de psychose unique, si un antipsychotique atypique peut tout à fait être indiqué en cas de schizophrénie ou de bipolarité, ces positions ne peuvent se calquer sur la question de la dichotomie dépression bipolaire-dépression non bipolaire. En effet, les antidépresseurs risquent de ne pas induire de réponse thérapeutique pour un épisode dépressif bipolaire. Au contraire, des effets délétères tels qu'une inversion de l'humeur, à type de switch ou de virage maniaque, s'observent dans 30 à 70 % des cas pour les tricycliques et dans près de 10 % des cas pour les inhibiteurs spécifique de la recapture de la sérotonine (ISRS)¹. De nombreuses études avertissent de l'augmentation des récurrences thymiques, de l'accélération des cycles et d'une augmentation de la suicidalité². Aussi, 35 à 65 % des bipolaires débutent leur maladie par un épisode dépressif. D'autre part, un patient bipolaire se trouve plus souvent en phase dépressive qu'en phase hypomaniaque ou maniaque, d'autant plus, s'il s'agit d'un trouble bipolaire de type II tout en sachant que les phases dépressives incitent davantage à consulter que les phases d'élévation³.

EY et KRAEPELIN se demandaient s'il était possible de détacher les récurrences dépressives de la psychose maniacodépressive^{4,5}. Les années 1960 ont été marquées par une distinction entre les troubles unipolaires et les troubles bipolaires. Néanmoins, notre époque assiste à une remise en question de cette dichotomie en soulignant l'existence d'une fréquence non négligeable d'états pseudo-unipolaires. De nombreux auteurs pointent un faux diagnostic d'unipolarité dépressive : 27,9 % pour ANGST, 45 % pour GOLDBERG, voire 50 % pour HIRSFELD et AKISKAL alors que pour KIEJNA, l'unipolarité dépressive n'est confirmée que pour 32,9 % des patients suivis pour troubles dépressifs récurrents⁶. Ces chiffres nous

¹ BOURGEOIS ML. La dépression bipolaire. Aspects cliniques et thérapeutiques. Annales Médico-Psychologiques 2001 ; 159 : 251-60.

² COURTET P. SAMALIN L. OLIE E. Les antidépresseurs dans le trouble bipolaire. L'Encéphale 2011 ; 37/3 : 196-202.

³ AZORIN JM. Dépression majeure : quels sont les indicateurs de bipolarité ? L'Encéphale 2011 ; 37/3 : 163-8.

⁴ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

⁵ KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008.

⁶ TOUATI I. MECHRI A. GASSAB L. BACHA M. GAHA L. Tempéraments affectifs prébipolaires dans les dépressions récurrentes : vers un dépistage de « fausse unipolarité » Annales Médico-Psychologiques 2009 : 167 : 787-91.

apparaissent étonnamment élevés et leur réalité abonderait dans le sens d'une colonisation de la dépression par le spectre bipolaire.

La principale difficulté se pose lorsque l'entrée dans la maladie bipolaire se caractérise par un épisode dépressif ou bien si certains épisodes maniaques ou hypomaniaques sont oubliés ou banalisés par le patient. Le trouble bipolaire ne peut être reconnu qu'après plusieurs années d'évolution, lorsque l'alternance d'épisodes dépressifs caractérise l'évolution initiale. La recherche d'épisodes hypomaniaques, via l'interrogatoire, reste effectivement parasitée par le degré d'*insight* du patient, ses capacités mnésiques et surtout par l'idée qu'il se fait de la norme¹.

4.2 Intérêt de la dichotomie classique dépression exogène-dépression endogène ?

Les auteurs classiques avaient pour principe de séparer les accès dépressifs de caractère exogène ou endogène, sous forme d'une dichotomie fondamentale dans la clinique de l'époque. L'idée était de différencier les dépressions de nature réactionnelle ou névrotique, des dépressions renvoyant à la maniaco-dépression.

4.2.1 Dichotomie dépression exogène-endogène selon Kraepelin et Ey

Nous proposons à travers le tableau suivant, les principaux points cliniques différentiels selon les travaux de EY et de KRAEPELIN^{2,3} :

¹ CORRUBLE E. Personnalité et vulnérabilité aux dépressions sévères. L'Encéphale 2009 ; 7 : 282-5.

² EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954

³ KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008.

	Dépression exogène	Dépression endogène
Antécédents	Troubles de la personnalité	Antécédents personnels ou familiaux de troubles bipolaires
Circonstances d'apparition	Contexte névrotico- réactionnel : continuité de l'épisode avec une certaine fragilité de la personne inscrite dans son caractère Dépression dite névrotique si les conflits intrapsychiques ou le dysfonctionnement de la personnalité prédominent Dépression dite réactionnelle si les facteurs déclenchant ou évènements de vie se trouvent au premier plan	Absence ou absence de facteurs déclenchant En cas de facteur déclenchant présent : absence de relation compréhensible suffisante entre les circonstances de la vie du sujet et la transformation de sa personnalité au cours de l'accès dépressif
Contexte	Demande d'aide Réactivité de l'humeur aux circonstances L'évolution du tableau dépend de la cause en amont de la crise	Avec une absence de réactivité de l'humeur aux circonstances de l'environnement Evolution du tableau indépendante du facteur causal
Sémiologie	Caractère peu marqué du ralentissement et des signes somatiques Insomnie d'endormissement Aggravation vespérale	Floride Réveil matinal précoce Ralentissement psychomoteur Aggravation matinale des troubles
Intensité	Moins sévère	Tableau mélancolique Risque suicidaire élevé
Evolution	Possibles récurrences Bonne réponse à la psychothérapie	Autonomie et récurrence Psychose maniaco-dépressive (uni ou bipolaire) Bonne réponse à la chimiothérapie

Tableau VI : critères de dépression exogène ou endogène selon EY et KRAEPELIN^{1,2}

¹ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

² KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008.

4.2.2 Quelques réserves autour de cette ancienne catégorisation

Néanmoins, une majorité d'auteurs, KRAEPELIN et EY eux-mêmes, émettaient une réserve quant à cette dichotomie catégorielle en pointant une réalité clinique dans laquelle la distinction n'est pas toujours aussi claire^{1,2}. Nous citerons KRAEPELIN : « *On m'a plusieurs fois présenté des malades dont l'abattement profond, le laconisme et la tension anxieuse évoquaient une dépression circulaire ; mais rétrospectivement, je me suis aperçu qu'il s'agissait de dépressions motivées par des infractions graves et des procès.* » « *Les dépressions assez légères de la folie maniaco-dépressive [...] peuvent parfaitement imiter les dysphories motivées de la vie saine* »¹. Pour EY, il existe toute une gamme de formes intermédiaires entre ces deux pôles¹. DELAY souligne que les symptômes peuvent être exactement les mêmes entre une mélancolie endogène et une « *mélancolie réactionnelle* » qu'il nomme encore « *mélancolie intellectuelle* »². Aussi, cette description n'a jamais été validée par les études épidémiologiques modernes³ et a été abandonnée par le DSM III⁴. Ainsi, cette dichotomisation n'est pas retenue comme prédictive de l'évolution d'un accès dépressif vers la bipolarité.

4.2.3 La nature endogène d'une dépression demande-t-elle une analyse plus profonde ?

4.2.3.1 Axe phénoménologique

TELLENBACH attachait une importance considérable à la mélancolie au sens de « *psychose mélancolique* ». Parler de mélancolie réactionnelle est un tort pour l'auteur. Si un événement précède la décompensation thymique, TELLENBACH affirme que la menace qu'il engage, n'induit pas à elle seule la décompensation. Celle-ci ne peut être saisissable qu'à travers la structure de la personnalité concernée : « *Qu'une mélancolie présente un stade antérieur « réactionnel » ne signifie donc pas que celui-ci l'ait engendrée, qu'elle soit ainsi un produit de la réaction* » ce pourquoi « *il n'y a pas de mélancolie réactionnelle* »⁵. La réponse mélancolique n'est pas une simple réaction dépressive exagérée : une résonance affective précède bien la mélancolie mais le *dasein* du malade a été abordé sur un thème vital et central et ne peut comporter de réponses qu'à travers le tout-ou-rien. Parfois, lorsque la

¹ KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008. P. 189.

² DELAY J. BUISSON JF. HENNE M. Hystérie et kleptomanie. L'Encéphale 2011 ; 37/4/3 : 63-74.

³ CORRUBLE E. Personnalité et vulnérabilité aux dépressions sévères. L'Encéphale 2009 ; 7 : 282-5.

⁴ MALEVAL JC. Une bulle de la dépression ? Première partie : l'invention de la maladie dépressive. Médecine 2009 ; 5/5 : 25-30.

⁵ TELLENBACH H. La mélancolie. Paris : Presse Universitaire de France, 1998. P. 260.

nouvelle tragique est démentie, le tableau clinique ne s'efface pas pour autant et alors qu'un événement apparemment triste peut précéder une manie d'une évidente gaieté, un choc émotionnel de nature joyeuse peut entraîner une mélancolie¹. En d'autres termes, la marque décisive de la nature endogène de la dépression correspond au fait que le sujet devient étranger à soi-même. S'il y a bien parfois un motif apparent, l'homme malade s'y accroche. Dans le cadre réactionnel, le manque ou la perte impliquent une continuité pour le sujet et dans ce cas, le motif accroche l'homme. Pour TELLENBACH, une mélancolie peut être situationnelle mais pas réactionnelle².

EY rappelle aussi que les accès maniaques ou dépressifs ne dépendent pas entièrement de l'événement de vie, que ce soit dans une continuité avec une réaction exagérée, ou bien dans son contraire, avec une réaction paradoxale telle qu'une manie de deuil³. L'auteur tenait à enrichir cette dichotomie à travers quelques considérations. Dans la névrose, la tristesse et l'anxiété sont vécues de manière douloureuse mais aussi comme une forme d'existence. Dans ce cas, il y a un enracinement de la dépression, d'où sa constance comme mode d'organisation de l'existence du névrosé, c'est-à-dire, comme système de valeurs et de réactions propres à son système de défenses. A l'inverse, la véritable crise dépressive endogène implique une submersion par la structure négative mélancolique. Domine alors une efflorescence de l'imaginaire dans l'actualité de la situation vécue, un enchaînement passif et fatal du ressenti incoercible de la conscience mélancolique. En fin de compte, persiste une autonomie, au moins relative, du vécu mélancolique à l'égard des circonstances de la vie, dans la continuité du processus endogène émanant d'une déstructuration temporelle éthique. Par contre, le névrosé déprimé n'est pas stoppé dans son mouvement et reste capable de construire le présent¹.

4.2.3.2 Approche psychanalytique

Pour ABRAHAM : « *Le motif de la maladie actuelle n'a pu être pathogène que dans la mesure où il a été vécu, saisi et valorisé par l'inconscient du malade comme une répétition de l'événement traumatique initial* »⁴. Si une perte d'objet précède une dépression mélancolique, c'est qu'elle renvoie à une perte ancienne cachée au sujet.

¹ BINSWANGER L. Mélancolie et manie. Paris : Presses Universitaires de France, 1981.

² TELLENBACH H. La mélancolie. Paris : Presse Universitaire de France, 1998.

³ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

⁴ ABRAHAM K. Développement de la libido. Paris : Payot, 1977. P. 281.

FREUD explique aussi que la mélancolie ne peut correspondre à une simple réaction à une perte. Devant une dépression ou une mélancolie, il y a bien un objet perdu, mais celui-ci suit une trajectoire bien particulière au cours du processus mélancolique¹. Dans les deux cas, il y a au départ une ignorance de la valeur réelle de la perte. En revanche, dans le deuil normal, il s'opère un travail psychique visant à rendre consciente cette perte. Ce travail engage la conscientisation d'un grand nombre d'éléments constitutifs de l'objet (images, impressions, souvenirs *etc...*) de manière à réinsérer celui-ci au sein d'un contexte de représentations signifiantes. Sur le plan clinique, il apparaît une douleur psychique transitoire, normale par rapport à l'expérience avec un surinvestissement de tout ce qui se rattachait à l'objet. Une fois que l'énergie utilisée pour mener ce travail est épuisée, le travail de deuil est réalisé, l'examen de réalité aboutit et ainsi, la souffrance de la perte est dépassée. Il existe bien des deuils compliqués mais qui s'inscrivent toujours dans un travail de deuil avec des fixations ou bien une perte psychique qui traîne dans le temps. A l'inverse, la mélancolie émane d'un barrage entre l'inconscient et le préconscient². L'objet est sauvegardé introjecté dans le Moi. La perte de l'objet devient une perte du Moi et l'ambivalence des sentiments portés à l'objet conduit alors à un déplacement des sentiments hostiles sur le Moi : « *L'ombre de l'objet tomba ainsi sur le moi qui put alors être jugé par une instance particulière comme un objet, comme l'objet abandonné. De cette façon la perte de l'objet s'était transformée en une perte du moi et le conflit entre le moi et la personne aimée en une scission entre la critique du moi et le moi modifié par identification* »³. Le travail de deuil devient dès lors impossible. S'impose, par conséquence, un effondrement massif teinté d'autoreproches et d'un sentiment de petitesse⁴. Ainsi, dans la maniaco-dépression, si une tonalité thymique accompagne le sujet, fréquemment le motif est peu connu, les changements d'humeur interviennent dans leur expérience vécue sans qu'il puisse les comprendre ni les maîtriser⁵.

4.3 Dépression uni ou bipolaire à la lumière des travaux épidémiologiques récents

4.3.1 Caractéristiques de dépression uni ou bipolaire

Lors d'un accès dépressif sans antécédent de manie ou d'hypomanie, différents critères permettent d'alerter sur une potentielle bipolarité. Le tableau suivant reprend les

¹ FREUD S. Deuil et mélancolie. Paris : Payot et Rivages, 2011.

² ARCE ROSS G. Manie, mélancolie et facteurs blancs. Paris : Beauchesne, 2009.

³ FREUD S. Métapsychologie. Paris : Gallimard, 1967. P. 158.

⁴ FREUD S. Deuil et mélancolie. Paris : Payot et Rivages, 2011.

⁵ LAMBOTTE MC. De l'état dépressif à l'état de triomphe du moi. L'Evolution Psychiatrique 2003 ; 68 : 381-96.

données de récentes revues de la littérature^{1,2,3}. Le lecteur ne manquera pas de constater des similitudes et quelques divergences avec la dichotomie endogène et réactionnelle, sur lesquelles nous reviendrons.

Variables		Dépression unipolaire	Dépression bipolaire
Antécédents et contexte d'apparition	Antécédents	Absence d'histoire familiale de bipolarité	Histoire familiale de bipolarité Abus de substances
	Contexte d'apparition	Premier épisode après 25 ans	Premier épisode avant 25 ans Début dans le postpartum Début aigu de l'épisode Récurrence de l'épisode (plus de trois épisodes) Saisonnalité Tempérament affectif marqué
Particularités cliniques	Signes somatiques	Insomnie initiale Anorexie, perte de poids Niveau d'activité maintenue Plaintes somatiques et cognitives plus fréquentes	Hypersomnie Hyperphagie avec prise de poids Ralentissement psychomoteur Impression de « membres en plomb »
	Composante anxieuse	Plus faible	Anxiété plus importante Tension interne
	Symptômes évoquant une mélancolie	Absents	Idées de culpabilité Inutilité et mésestime de soi Idées suicidaires Emoussement émotionnel Réduction de la concentration Ralentissement psychomoteur Symptômes psychotiques
	Symptômes maniaques	Absents	Dépression mixte (au moins trois symptômes d'hypomanie pendant une semaine) Activité normale ou accrue Irritabilité Tachypsychie Distractibilité Hyperactivité

¹ AOUIZERATE B. Troubles bipolaires : les grandes controverses. Dixième congrès de l'Encéphale, Paris, Janvier 2012.

² AZORIN JM. Dépression majeure : quels sont les indicateurs de bipolarité ? L'Encéphale 2011 ; 37/3 : 163-8.

³ BOURGEOIS ML. La dépression bipolaire. Aspects cliniques et thérapeutiques. Annales Médico-Psychologiques 2001 ; 159/4 : 251-60.

	Labilité de l'humeur Fluctuation, variabilité	Faible labilité	Symptomatologie plus intense le matin Labilité de l'humeur Dépression agitée
	Autres		Attitude plus hautaine
Sévérité et durée	Sévérité	Moins sévère	Intensité dépressive plus élevée Suicidalité plus fréquente
	Durée	Moins longue	Plus longue
Particularités de la prise en charge	Coopération	Plus forte	Moins forte
	Traitements	Efficacité des antidépresseurs	Hypomanie pharmacologique induite par un antidépresseur Manie, hypomanie sous antidépresseurs TB I : aucune efficacité des antidépresseurs, efficacité des thymorégulateurs TB II : efficacité des ISRS

Tableau VII : critères de dépression uni ou bipolaire^{1, 2, 3}

A noter qu'une donnée peut paraître contradictoire concernant l'activité. Alors que le ralentissement peut témoigner d'un symptôme d'allure mélancolique, et donc, être rattaché à une origine bipolaire, un excès d'activité peut témoigner d'une mixité de l'humeur, et donc, être aussi en faveur d'une composante bipolaire sous-jacente au syndrome dépressif.

4.3.2 Valeur prédictive des indices de bipolarité selon Akiskal

AKISKAL propose une valeur prédictive pour différents signes cliniques. Il considère la labilité thymique et l'hypomanie pharmacologique comme les indices les plus pertinents voire pathognomoniques⁴. Puis, par ordre décroissant, nous retrouvons une histoire familiale

¹ AOUIZERATE B. Troubles bipolaires : les grandes controverses. Dixième congrès de l'Encéphale, Paris, Janvier 2012.

² AZORIN JM. Dépression majeure : quels sont les indicateurs de bipolarité ? L'Encéphale 2011 ; 37/3 : 163-8.

³ BOURGEOIS ML. La dépression bipolaire. Aspects cliniques et thérapeutiques. Annales Médico-Psychologiques 2001 ; 159/4 : 251-60.

⁴ BOURGEOIS ML. VERDOUX H. HENRY-DESMOTES-MAINARD C. Clinique des troubles bipolaires de l'humeur (le spectre bipolaire). In : LEMPERIERE T. Les troubles bipolaires. Paris : Masson, 1996.

de bipolarité, un début en *post-partum*, l'hypersomnie, le ralentissement et enfin, des signes d'allure psychotique¹.

Facteurs prédictifs	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Valeur prédictive (%)
Hypomanie pharmacologique	32	100	100
Histoire familiale de bipolarité	56	98	94
Dépression avec hypersomnie et ralentissement	59	88	83
Dépression psychotique	42	85	74
Début en postpartum	58	84	88

Tableau VIII : Dépression et facteurs prédictifs de bipolarité selon AKISKAL²

4.3.3 Vers une approche probabiliste ?

En dehors de l'hypomanie pharmacologique, pour AKISKAL aucun signe n'est pathognomonique d'une dépression bipolaire. En ce sens, l'approche actuelle qui se dégage de la psychopathologie, correspond à une lecture probabiliste du diagnostic de dépression bipolaire. En ce sens, SACHS propose un index de bipolarité évaluant la pureté de la dimension bipolaire³, de même, MITCHELL dresse un tableau permettant de spéculer sur l'étiologie bipolaire ou non d'un syndrome dépressif chez un sujet présentant un épisode dépressif majeur sans antécédent d'épisode hypomaniaque ou maniaque⁴.

¹ BOURGEOIS ML. La dépression bipolaire. Aspects cliniques et thérapeutiques. Annales Médico-Psychologiques 2001 ; 159/4 : 251-60.

² AKISKAL HS. Le spectre bipolaire : acquisitions et perspectives cliniques. L'Encéphale, 1995 ; 6 : 3-11.

³ SACHS GS. Strategies for improving treatment of bipolar disorder : integration of measurement and management. Acta Psychiatry Scandinavica 2004 ; 100 : 7-17.

⁴ MITCHELL PB. GOODWIN GM. JOHNSON GF. *et al.* Diagnostic guidelines for bipolar depression : a probabilistic approach. Journal of Bipolar Disorder 2008 ; 10 : 163-78.

	La probabilité d'un diagnostic de dépression unipolaire doit être envisagée si ≥ 4 des caractéristiques suivantes sont présentes	La probabilité d'un diagnostic de dépression bipolaire doit être envisagée si ≥ 5 des caractéristiques suivantes sont présentes
Antécédents et contexte d'apparition	Absence d'histoire familiale de trouble bipolaire Début tardif du premier épisode dépressif (> 25 ans)	Début précoce du premier épisode dépressif (< 25 ans) Multiples épisodes dépressifs antérieurs (≥ 5) Episode actuel de longue durée (> 6 mois) Histoire familiale de trouble bipolaire
Clinique	Insomnie initial, sommeil réduit Perte d'appétit et/ou de poids Activité normale ou accrue Plaintes somatiques	Hypersomnie et/ou somnolence diurne Hyperphagie et/ou prise de poids Autres symptômes atypiques (exemple : sensation de membres en plomb) Ralentissement psychomoteur Caractéristiques psychotiques et/ou culpabilité pathologique Labilité de l'humeur et/ou symptômes maniaques

Tableau IX : Facteurs prédictifs de dépression uni ou bipolaire selon MITCHELL¹

4.4 Quelques réserves à propos de cette nouvelle catégorisation

Quelques points méritent notre attention. Censés témoigner assez fidèlement d'une cause bipolaire à la lecture des données précédemment exposées, certains symptômes peuvent survenir, en notre sens, d'une étiologie autre que maniaco-dépressive.

¹ MITCHELL PB. GOODDWIN GM. JOHNSON GF. *et al.* Diagnostic guidelines for bipolar depression : a probabilistic approach. Journal of Bipolar Disorder 2008 ; 10 : 163-78.

4.4.1 La validité des virages sous antidépresseurs et du trouble bipolaire de type III

4.4.1.1 Antidépresseurs dans le trouble bipolaire : quels risques ?¹

Les antidépresseurs, pierre angulaire du traitement de la dépression, souffrent de controverses depuis trente ans quant à leur utilisation dans le trouble bipolaire. « *Peu de domaines dans la psychiatrie sont entourés d'autant d'incertitudes, qui persistent !* » nous dit COURTET. A la lumière de certaines études, les résultats à propos de leur efficacité et de leur risque sont contradictoires : la réponse clinique aux antidépresseurs dans la dépression bipolaire est éparse en regard de celles disponibles pour la dépression récurrente. Surtout, il apparaît un écart entre les recommandations et la pratique quotidienne : couramment prescrits chez les patients bipolaires, la moitié des patients bipolaires reçoivent un traitement antidépresseur alors qu'aucun ne possède d'indication dans le trouble en dehors de l'association fluoxétine-olanzapine aux Etats-Unis.

4.4.1.2 Virage pharmacoinduit ou secondaire à une autre cause ?

Les études retrouvent une proportion élevée de virage sous *placebo*¹. Cette considération nous amène à deux interrogations lorsqu'il est évoqué un virage secondaire à l'instauration d'un traitement antidépresseur.

4.4.1.2.1 L'antidépresseur est-il responsable du virage ?

Premièrement, l'antidépresseur est-il le responsable du virage ? Le problème auquel nous faisons face est celui de l'erreur de logique dans l'interprétation du devenir sous traitement. Ainsi, lorsqu'un phénomène suit l'instauration d'un traitement, il n'est pas obligatoirement précipité par la thérapeutique, ce pourquoi le groupe de travail de L'*International Society of Bipolar Disorder* propose de remplacer la terminologie de virage sous traitement par « *treatment emergent affective switch* », en Français, « *virage émergent sous traitement* »¹. Les virages maniaques ne sont donc pas nécessairement des phénomènes induits par le traitement selon un lien de causalité. De plus, il a été observé des manies secondaires au décours de l'interruption brutale d'un antidépresseur². La manie est-elle

¹ COURTET P. SAMALIN L. OLIE E. Les antidépresseurs dans le trouble bipolaire. L'Encéphale 2011 ; 37/3 : 196-202.

² GOLDSTEIN T. FRYE M. DENIKOFF F. *et al.* Antidepressant discontinuation-related mania : critical prospective observation and theoretical implications in bipolar disorder. Journal of Clinical Psychiatry 1999 ; 60 : 536-7.

secondaire au stress occasionné par le sevrage ou bien un antidépresseur peut-il dans certains cas être un produit protecteur de phase maniaque ?

A notre connaissance, il paraît difficile en clinique quotidienne de considérer le traitement comme la cause certaine et unique de l'inversion de l'humeur. Un demi-siècle avant l'utilisation des thymoanaleptiques, KRAEPELIN observait bien des transitions maniaques spontanées d'épisodes dépressifs¹. Selon la revue de COURTET, nous ne disposons à l'heure actuelle d'aucune donnée solide et univoque, issue d'étude de grande taille contre *placebo*, permettant de considérer que les antidépresseurs sont plus à risque de virage de l'humeur ni même qu'ils sont efficaces dans la dépression bipolaire² ! Des travaux de recherche supplémentaires seraient nécessaires pour définir quels patients souffrant de dépression bipolaire pourraient bénéficier d'un traitement par antidépresseur à court terme, voire au long cours sans courir un risque de virage maniaque².

4.4.1.2.2 Virage témoignant d'une bipolarité ou d'un autre phénomène ?

Dans l'éventualité où le traitement ne serait pas la cause du virage, la deuxième question porte sur le mécanisme inducteur de la manie ou de l'hypomanie : l'inversion thymique est-elle synonyme de bipolarité ?

4.4.1.2.2.1 Des élations normales de l'humeur au décours d'un accès dépressif ?

En dehors d'un état maniaque, des signes épanouis dans l'élation ou la mixité de l'humeur peuvent émerger sans signer pour autant une maniaco-dépression. Dans le quotidien, nous observons régulièrement des patients dépressifs exprimant, après quelques jours ou semaines de prise en charge, non seulement une disparition nette de la symptomatologie dépressive mais un état teinté d'un bien-être assez bruyant, une envie prononcée de s'investir ou de reprendre des projets délaissés.

FREUD mentionne l'apparition d'un sentiment de triomphe dès lors qu'un sujet éprouve un brusque désinvestissement ou bien lorsqu'il se libère d'une préoccupation constante et vitale. Il prend les exemples de rébellion narcissique bien connus, tels les longues luttes couronnées de succès ou les soucis chroniques subitement résolus. Ces situations s'accompagnent d'une exaltation, parfois d'un débordement de joie quelque peu désordonné

¹ KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008.

² COURTET P. SAMALIN L. OLIE E. Les antidépresseurs dans le trouble bipolaire. L'Encéphale 2011 ; 37/3 : 196-202.

et d'une recrudescence d'activité qui tranche avec l'état précédent après récupération de la quantité d'énergie rendue disponible à la suite du désinvestissement¹. D'autre part, le Moi peut exprimer une rébellion morale périodique à l'encontre des contraintes trop excessives du Surmoi et la trop grande inaccessibilité de son idéal, phénomène qui donnerait peut être sens aux fêtes collectives officielles. Les Saturnales des romains étaient l'occasion de se libérer en un temps déterminé des trop grandes restrictions pulsionnelles que leur demande le maintien de l'organisation sociale autrement dit le maintien de la civilisation². D'autres dépressifs s'échappent de leurs difficultés à travers le déni. Certains se réfugient derrière l'humour, mécanisme de défense dit élaboré et d'autres s'expriment par la colère et l'hostilité en superficie de leur souffrance.

Ces *scénari* de désinvestissement, de rébellion, de révoltes contre la tristesse conduisent à des revirements ou des dilatations de l'humeur, parfois ambiguës avec une part de mixité. S'agirait-il alors de virages « *légitimes* », relevant de la normalité ou du moins de mécanismes psychopathologiques autres que bipolaire ?

4.4.1.2.2 Virage sous antidépresseurs : effet secondaire du traitement ou révélation de bipolarité ?

Aussi, il faut rappeler les effets secondaires psychiques observés en début de traitement sous antidépresseurs : la dysphorie, l'irritabilité, l'agitation³, qui, mêlés à une thymie basse, entraînent une mixité de l'humeur. Cette conséquence semble plus iatrogène que réellement révélatrice d'un trouble bipolaire⁴. Le constat est le même pour l'effet dit « *paradoxal* » des benzodiazépines, couramment prescrits en parallèle d'un thymoanaleptique, ressemblant à celui induit par l'éthanol, caractérisé par la désinhibition, la facilitation de l'action et des passages à l'acte surtout à posologie faible non sédatif et chez les sujets impulsifs⁵. Ainsi, les symptômes hypomaniaques ou maniaques ne doivent pas être confondus avec les effets secondaires des antidépresseurs et des benzodiazépines.

¹ FREUD S. Deuil et mélancolie. Paris : Payot et Rivages, 2011.

² FREUD S. Psychologie collective et analyse du Moi. In : Essais de psychanalyse. Paris : Payot, 1921.

³ ANSSEAU M. PITCHOT W. Les antidépresseurs. In : GUELFY JD. ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2008.

⁴ COURTET P. SAMALIN L. OLIE E. Les antidépresseurs dans le trouble bipolaire. L'Encéphale 2011 ; 37/3 : 196-202.

⁵ BOURIN M. Les hypnotiques et les anxiolytiques. In : GUELFY JD. ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2008.

Enfin, en présence d'un véritable virage hypomaniaque ou maniaque sous antidépresseur, ce phénomène doit-il être compris comme un effet secondaire, comme les classiques manies ou hypomanies sous corticoïdes, ou bien comme un véritable révélateur de bipolarité^{1,2} ?

4.4.1.3 Conclusion

Les inversions de l'humeur, nommées virages sous antidépresseur, doivent donc questionner sur la réalité d'une induction pharmacologique et sur la révélation ou non d'un trouble bipolaire. Néanmoins, nos réflexions ne remettent pas en cause les recommandations thérapeutiques dans la dépression bipolaire. Le traitement thymorégulateur et à privilégier et si un antidépresseur est introduit, d'autant plus dans le cadre d'un type I, il convient d'éviter les tricycliques et la venlafaxine et de l'associer à un thymorégulateur³.

4.4.2 Saisonnalité : relation entre trouble affectif saisonnier et trouble bipolaire

La saisonnalité figure ainsi parmi les indices de bipolarité d'un épisode dépressif. De plus, le trouble affectif saisonnier devrait être inclus dans le spectre de la bipolarité pour certains auteurs⁴.

4.4.2.1 Saisonnalité, bipolarité et trouble affectif saisonnier

Depuis l'Antiquité, on évoque un lien entre l'humeur et les saisons. Dès le second siècle après J.C., ARETEE DE CAPADOCE rapportait déjà une plus grande fréquence de la mélancolie à l'automne. Au XIX^{ème} siècle, PINEL décrivait les manies intermittentes rythmées par les saisons. ESQUIROL observait l'influence particulière des climats sur la production de la mélancolie. KRAEPELIN ne manquera pas de constater ce lien entre les saisons et la psychose maniaco-dépressive⁵. Au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle,

¹ CARLSON GA. BROMET EJ. SIEVERS SB. Phenomenology and outcome of youth and adult onset subjects with psychotic mania. *American Journal of Psychiatry* 2000 ; 157 : 213-9.

² GOURION D. Troubles bipolaires : a-t-on besoin d'un type II ? Les journées du Congrès Français de Psychiatrie, Nantes, Juin 2012.

³ COURTET P. SAMALIN L. OLIE E. Les antidépresseurs dans le trouble bipolaire. *L'Encéphale* 2011 ; 37/3 : 196-202.

⁴ LEMOINE P. Dépressions saisonnières ; *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 1995. Psychiatrie, 37-110-A-11.

⁵ CHARLES E. GARAND L. DARTHOUT N. PAULIN S. CLEMENT JP. Relation entre trouble affectif saisonnier et trouble bipolaire. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2003 ; 63/7 : 45-9.

GOODWIN et JAMISON objectivent deux pics d'épisodes dépressifs : en mars avril et en septembre-novembre ainsi qu'un pic d'épisodes maniaques durant les mois d'été¹.

Parallèlement, le trouble affectif saisonnier a été défini par ROSENTHAL dans les années 1980². Sa prévalence oscille entre 1 et 3 % sous nos latitudes ce qui représente environ 15 % des troubles affectifs récurrents³.

4.4.2.2 Similitudes entre la bipolarité et le trouble affectif saisonnier

Le trouble affectif saisonnier correspond à un sous-groupe de syndrome dépressif, caractérisé par une symptomatologie dépressive apparaissant et disparaissant spontanément selon une rythmicité saisonnière, en dehors de tout facteur déclenchant d'ordre psychosocial². Certains symptômes dépressifs sont particulièrement caractéristiques : le ralentissement est plus marqué sur le plan psychique que sur le plan physique et le sujet manifeste des symptômes atypiques : hypersomnie, hyperphagie avec appétence particulière pour les hydrates de carbone responsables d'une prise de poids modérée. Aussi, les dépressifs saisonniers évoluent selon une certaine bipolarité : tristes et ralentis l'hiver, ils se trouvent plutôt exaltés et actifs l'été⁴.

4.4.2.3 Divergences⁴

Sur le plan épidémiologique seuls 8 % des dépressifs saisonniers répondent aux critères de troubles bipolaires. Du côté de la sémiologie, Les accès dépressifs du trouble affectif saisonnier présentent une aggravation vespérale des troubles. Sa cyclicité implique bien une euphorie contrastant avec l'état dépressif hivernal mais pouvant correspondre à un rebond printanier ou estival de l'humeur « *légitime* » après plusieurs mois de léthargie. La sévérité entre ce syndrome et la dépression bipolaire diverge totalement puisque les idéations suicidaires sont peu fréquentes et les passages à l'acte sont rares.

L'aspect évolutif est bien différent. Le trouble affectif saisonnier implique une régularité des récurrences dépressives alors que la psychose maniaco-dépressive présente des récurrences beaucoup moins régulières et variables d'un sujet à l'autre. Du côté thérapeutique,

¹ GOODWIN FK. JAMISON KR. Manic-Depressive illness. New-York : Oxford University Press, 1990.

² ROSENTHAL NE. SACK DA. GILLIN JC. et al. Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. Archives of General Psychiatry 1984 ; 41 : 72-80.

³ LEMOINE P. Dépressions saisonnières ; Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1995. Psychiatrie, 37-110-A-11.

⁴ CHARLES E. GARAND L. DARTHOUT N. PAULIN S. CLEMENT JP. Relation entre trouble affectif saisonnier et trouble bipolaire. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale 2003 ; 63/7 : 45-9.

l'efficacité de la luminothérapie dans le trouble affectif saisonnier est largement documentée, avec une preuve de son efficacité alors qu'aucune étude n'a rapporté une efficacité des thymorégulateurs.

4.4.2.4 Conclusion

Au total, si saisonnalité et maniaco-dépression partagent des similitudes, les deux troubles ne peuvent être fondus en une seule et unique entité relevant du spectre bipolaire. Nous ne manquerons pas de signaler une endogénicité entre les deux affections mais au caractéristiques bien différentes. Peut-être que la différence entre la rythmicité du trouble affectif saisonnier et celle de la bipolarité se rapproche de la distinction d'ASCHOFF entre une « *périodicité synchrone avec l'environnement* » et des « *rythmes purement endogènes* » ou du moins, une rythmicité fortement conditionnée par un processus intérieur¹.

4.4.3 Le contexte puerpéral

Après l'avoir approché dans la partie consacrée aux psychoses, le *post-partum* tend également à devenir un indice de bipolarité en cas de dépression. Pathologie fréquente, touchant 10 % des femmes en contexte puerpéral, avec un rôle pathogène pour le nourrisson emblématisé par GREEN autour du « *syndrome de la mère morte* »². Cette forme de dépression demande donc une réelle attention. La réflexion autour de son appartenance nosographique se superpose à celle des psychoses puerpérales. Il pourrait s'agir d'une manifestation d'une bipolarité cachée mais aussi d'une entité nosologique spécifique du fait de son contexte particulier, approché précédemment. On insiste d'ailleurs sur le rôle du fonctionnement du couple³ et sur le concept de « *préoccupation maternelle primaire* »⁴.

D'autre part, PIT, en 1968 dans un article de référence, avait décrit des atypicités sémiologiques au cours de ces dépressions avec une irritabilité, des angoisses et des phobies⁵. Ces signes doivent-ils être interprétés comme des symptômes propres à cette forme de dépression ou correspondent-ils à des critères de bipolarité ?

¹ TELLENBACH H. La mélancolie. Paris : Presse Universitaire de France, 1998.

² CRAMER B. Les dépressions du post-partum : une pathologie de la préoccupation maternelle primaire ? Devenir 2002 ; 2/14 : 89-99.

³ COWAN CP. COWAN PA. When partners become parents. New-York : Basic Books, 1992.

⁴ CRAMER B. Les dépressions du post-partum : une pathologie de la préoccupation maternelle primaire ? Devenir 2002 ; 2/14 : 89-99.

⁵ PIT B. Atypical depression following childbirth. British Journal of Psychiatry 1968 ; 114 : 1325-35.

4.4.4 L'ombre des personnalités pathologiques et des troubles anxieux

Nous attirons l'attention sur l'artéfact que peuvent induire les troubles de la personnalité et les pathologies anxieuses quant à la qualification probabiliste uni ou bipolaire lors d'un épisode dépressif majeur.

4.4.4.1 Une association fréquente avec la dépression

Les troubles de la personnalité sont fréquents chez les patients présentant un épisode dépressif majeur concernant 20 à 50 % des patients hospitalisés et 50 à 85 % des patients pris en charge en ambulatoires¹. Le plus souvent, il s'agit de personnalité du *Cluster B*, en particulier les personnalités histrioniques et limites¹. De même, le lien classique dépression-anxiété doit nous rappeler qu'il n'y a rarement d'angoisse sans thymie douloureuse et de dépression sans composante anxieuse².

4.4.4.2 Indices de bipolarité et trouble de la personnalité : des chevauchements à risque de confusion

4.4.4.2.1 Des caractéristiques épidémiologiques partagées

Concernant le terrain, certaines caractéristiques des patients déprimés avec trouble de la personnalité, nous évoquent les critères probabilistes de dépression bipolaire. L'âge lors du premier épisode est plus jeune et les comorbidités, notamment addictives, sont plus fréquentes. Aussi, comme pour les patients bipolaires en comparaison aux sujets sains, les personnalités pathologiques accusent un isolement social, souffrent d'un tissu relationnel peu soutenant avec des conditions de vie plus instables sur les plans professionnel, affectif et familial avec un taux de célibat et de divorces plus élevé¹. De même, la dépression sur personnalité pathologique reste moins accessible au traitement antidépresseur ce qui ne manque pas de nous évoquer d'une part, les échecs de ce type de traitement chez le bipolaire et d'autre part, le concept oublié de dépression névrotique requérant une approche psychothérapeutique³.

¹ CORRUBLE E. Personnalité et vulnérabilité aux dépressions sévères. *L'Encéphale* 2009 ; 7 : 282-5.

² VANELLE JM. Comorbidité, dépression et anxiété : les liaisons dangereuses. *L'Encéphale* 2005 ; 31/6/3 : 34-6.

³ CHARTIER JP. Circulez, il n'y a rien à voir. *Clinique psychanalytique des états dits « bipolaires »*. *Topiques* 2009 ; 3/108 : 237-47.

4.4.4.2.2 Similitudes cliniques¹

En dehors de l'asthénie, de la timidité et du manque de confiance en soi, le profil de personnalité prédisposant à la dépression comprend différents traits partagés avec les indices de bipolarité. L'immaturation et l'impulsivité, bien qu'il soit atténué par la dépression, facilite le passage à l'acte. Le névrosisme associe labilité émotionnelle, anxiété, irritabilité et nervosité soit, des symptômes d'allure mixte. De plus, le style des personnalités du *cluster* B dégage un caractère dramatique, une forte instabilité affective. Si ces traits persistent en période dépressive, ils risquent de rendre plus expressive la forme de l'épisode.

4.4.4.2.3 Sévérité des épisodes dépressifs¹

Les critères de sévérité se retrouvent aussi dans le cadre d'une personnalité pathologique accusant un accès dépressif. En revanche, la sévérité de ce type d'association va à l'encontre de l'idée que les dépressions dites névrotico-réactionnelles étaient moins sévères que les dépressions dites endogènes. La symptomatologie dépressive est donc plus sévère, le pronostic est plus sombre avec un risque plus important de passage à l'acte suicidaire et un recours plus fréquent à l'hospitalisation. L'évolution se distingue par une tendance à la récurrence avec des épisodes de sévérité croissante.

En revanche, les particularités cliniques des troubles dépressifs sur personnalité pathologique comportent rarement de symptômes mélancoliques. Aussi, les dépressions névrotico-réactionnelles ou sur personnalité pathologique disposent d'une réactivité face aux événements contemporains à l'épisode et aux causes en amont de la dépression alors que cette réactivité s'évanouit au cours d'un accès mélancolique.

4.4.4.2.4 L'exemple de la dépression dans les états limites

Rappelons qu'un état dépressif chez le patient limite atteint généralement un degré important de sévérité avec un risque classique de passage à l'acte². Par ailleurs, l'effondrement thymique de l'état limite s'accompagne d'hostilité, d'impulsivité de rage, de colère à ne pas confondre avec l'état mixte du maniaco-dépressif. Enfin, la labilité émotionnelle est une constante des individus *borderline*³. L'apparition de troubles d'allure

¹ CORRUBLE E. Personnalité et vulnérabilité aux dépressions sévères. L'Encéphale 2009 ; 7 : 282-5.

² BERGERET J. La personnalité normale et pathologique. Paris : Dunod, 1996.

³ DEBRAY Q, NOLLET D. Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

psychotique se retrouve aussi bien au cours des dépressions bipolaires qu'au cours des décompensations des états limites¹.

La psychopathologie prend alors tout son sens, permettant de mieux distinguer la dépression bipolaire de la dépression du sujet limite. Le contexte, en amont de la décompensation, peut orienter le diagnostic différentiel. Pour BERGERET, les personnalités limites développent des dépressions dites de perte d'objet². Plus précisément, il s'agit d'une « *dépression anaclitique de l'adulte* » trouvant écho dans une dépression anaclitique de l'enfance motivée par un abandon ou des carences affectives. L'enkystement de celle-ci entraîne une véritable pathologie lésionnelle du Moi. Ainsi, la décompensation survient logiquement après une perte réelle comme par exemple le décès d'un être cher, une rupture affective, un licenciement *etc...* avec une relation passionnelle et victimisante à l'objet perdu, susceptible de l'entraîner dans la mort via le suicide³. CHAMBRIER parle d'une « *toxicomanie d'objet* »⁴. L'histoire infantile du *borderline* indique effectivement des liens primaires chaotiques, des investissements clivés négatifs et positifs chez des parents rejetant et/ou captateurs, des expériences de séparations ou d'abandon. Ensuite les répétitions traumatiques sont entretenues par la compulsion. Les patients consultent lorsque le fonctionnement de leur Moi, basé sur l'omnipotence, les dénis et les clivages, se trouve menacé, le plus souvent donc, après la perte d'un étayage par une personne ou un objet⁴.

Par ailleurs, les dépressions dans l'état limite impliquent rarement un ralentissement psychomoteur et si celui-ci est présent, il ne présente pas de variation circadienne. Les sentiments de culpabilité sont peu fréquents témoignant d'une faible intégration des interdits surmoïques et de l'absence de sollicitude vis-à-vis de l'objet⁵. Ces derniers points nous éloignent de la classique mélancolie.

¹ BIELER L. AUBRY JM. MC QUILLAN A. FERRERO F. BERTSCHY G. Trouble de personnalité borderline et troubles bipolaires : interface clinique et implications du double diagnostic. La Revue Médicale Suisse 2001 ; 2360 : 1-8.

² BERGERET J. La personnalité normale et pathologique. Paris : Dunod, 1996.

³ CHARTIER JP. Circulez, il n'y a rien à voir. Clinique psychanalytique des états dits « bipolaires ». Topiques 2009 ; 3/108 : 237-47.

⁴ CHAMBRIER J. Les états limites à la pathologie bipolaire. L'Encéphale 2006 ; 32/3/2 : 10-4.

⁵ RANNOU-DUBAS K. GOHIER B. Les états limites : aspects cliniques et psychopathologiques ou les limites dans tous leurs états. Site de la Psychiatrie Angevine 2002. <http://med2.univ-angers.fr/services/AARP/psyangevine/publications/etatslimites.htm>.

4.4.4.2.5 L'exemple de la dépression dans l'hystérie

Le rapport hystérie-dépression est étroit. De nombreux auteurs posent une hypothèse : la dépression, « *maladie du siècle* », pourrait constituer l'expression socialement acceptable des névroses, en particulier de l'hystérie^{1,2,3}. C'est même à la dépression de l'hystérique qu'il faut rattacher la description de la dépression névrotique, reconnaissant comme facteur déclenchant une perte d'objet, avec une sensibilité à la psychothérapie mais une résistance fréquente à la chimiothérapie⁴. L'hystérie a perdu de sa consistance à travers les classifications internationales alors que le trouble dépressif est un concept ayant attiré l'attention du corps médical au cours de ces dernières décennies et n'oublions pas que l'hystérique a tendance à nous fournir les symptômes que les cliniciens recherchent. Ainsi beaucoup de ces personnalités se trouvent peut être « *étiquetées* » dépressives aujourd'hui².

Or, comme pour les personnalités limites, des indices de bipolarité peuvent se confondre avec les caractéristiques cliniques des personnalités hystériques. Les personnalités histrioniques décrivent leur souffrance avec une expression intense et dramatique, manifestant une certaine vivacité dans l'élocution et la mimique, sur fond de théâtralisme⁵. La labilité émotionnelle est aussi de règle, l'échec des antidépresseurs est fréquent avec des effets secondaires parfois atypique à travers un « *mimétisme de la notice* »³.

Encore une fois, un retour à une clinique fine et rigoureuse s'impose. Les descriptions classiques tenaient à distinguer deux tableaux différents dépressifs au sein de l'hystérie : la dépression chez l'hystérique et la dépression hystérique. La première, appelée par OLIE dépression de conversion, se caractérise par des plaintes dépressives venant prendre le statut d'un langage, d'un appel à l'Autre, s'inscrivant dans la relation avec le médecin et son entourage avec une forte propension à mettre en échec les soignants. La dépression hystérique consiste en la survenue d'un fléchissement thymique au cours de l'évolution du trouble somatisation³. L'apparition du syndrome dépressif vient traduire ici l'échec du processus

¹ CASTAGNE C. L'hystérie moderne. *Nervure* 2005 ; 9/18 : 5-6.

² ISRAEL L. L'hystérique, le sexe et le médecin. Paris : Masson, 2001.

³ SENON JL. Du bon usage des psychotropes chez l'hystérique. *Europsy news* 2001 ; 1/2 : 16-9.

⁴ MARIE-CARDINE M., COLLET B. Clinique de l'hystérie. *Confrontations psychiatriques* 1985 ; 25 : 11-44.

⁵ DEBRAY Q. NOLLET D. Les personnalités pathologiques. *Approche cognitive et thérapeutique*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

défensif de conversion. La conversion peut effectivement s'avérer un processus défensif précaire si elle ne conduit pas à une relation thérapeutique suffisamment réparatrice¹.

4.4.4.3 Indices de bipolarité et troubles anxieux : des chevauchements à risque de confusion

Le syndrome anxio-dépressif associera volontiers une tristesse de l'humeur et une symptomatologie s'inscrivant dans la lignée de l'angoisse : anxiété, agitation psychomotrice, irritabilité² et une hyperphagie avec grignotage³. Aussi, une comorbidité anxieuse, principalement le trouble panique et l'état de stress post traumatique, augmente la sévérité de la dépression et le risque de suicide⁴. Ces signes et ces caractéristiques peuvent renvoyer soit, à des indices de bipolarité soit, tout simplement, à une comorbidité anxieuse.

A l'extrême, la présence d'une anxiété débordante pourra masquer l'inhibition par une excitation massive et dans ce cas, se pose la question d'un état mixte ou d'un syndrome anxiodépressif. KRAEPELIN décrivait des périodes d'agitation extrême chez certains déprimés : « *Les malades présentent une agitation plus ou moins vive, ne peuvent se tenir assis tranquillement, ne restent pas au lit, courent partout, se terrent, cherchent à s'enfuir. Ils geignent, soupirent, gémissent, crient, se tordent les mains, s'arrachent les cheveux, se frappent la tête, s'écorchent et se déchirent, se cramponnent, prient, s'agenouillent, se traînent un peu partout sur le sol, demandent grâce, pardon.* »⁵. L'aliéniste concède lui-même, qu'il est bien difficile de savoir quelle valeur attribuer à cette décharge d'activité : écoulement direct d'une angoisse concomitante à l'accès dépressif ou bien excitation de la volonté dans le cadre d'un état mixte ?

4.5 Conclusion

Ainsi, plusieurs indices orientent vers une maladie bipolaire sous-jacente à un épisode dépressif. Si leur découverte, ou leur redécouverte, constitue un progrès, leur spécificité reste relativement faible et aucun ne s'impose comme un véritable signe pathognomonique. Les risques de confusion paraissent majeurs lorsque la dépression s'associe à une composante anxieuse ou si elle survient sur un trouble de la personnalité du *cluster B*. Dans ce cas, il existe une superposition de symptômes avec les dépressions porteuses d'indices de bipolarité.

¹ ESCANDE M. L'hystérie aujourd'hui, de la clinique à la psychothérapie. Paris : Masson, 1996.

² VANELLE JM. Comorbidité, dépression et anxiété : les liaisons dangereuses. L'Encéphale 2005 ; 31/6/3 : 34-6.

³ MIRABEL-SARON C. De l'anxiété à la dépression. L'Encéphale 2009 ; 35/2/1 : 10-1.

⁴ TIGNOL J. Anxiété-dépression : données épidémiologiques et cliniques. L'Encéphale 2007 ; 33/4/3 : 681-3.

⁵ KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008. P. 34.

Il conviendrait alors de distinguer ce qui relève de l'épisode thymique, en rupture avec l'état habituel, et ce qui revient à une composante anxieuse, à la personnalité et au tempérament, en lien avec le fonctionnement mental de base. Nos deux prochaines parties s'attèleront à mieux cerner ces limites. Les virages dits sous antidépresseurs posent un bon nombre d'interrogations en clinique quotidienne. Sont-ils synonymes de bipolarité ? Le virage correspond-il à un simple effet secondaire ? Ou bien s'agit-il d'une élation de l'humeur, de nature bipolaire ou non, sans véritable lien avec le traitement ? Enfin, rattacher les troubles affectifs saisonniers au spectre bipolaire paraît être une extension non justifiée. Le rapprochement des dépressions puerpérales au spectre bipolaire ne doit pas nous faire oublier la spécificité de cette période de la vie. Les chiffres élevés de dépression bipolaire retrouvés dans les études anglo-saxonnes citées précédemment, sont-ils victimes de ces biais ?

La dichotomie actuelle n'est pas assez pertinente pour faire oublier la dichotomie endogène-réactionnel. D'une part, des critères se recourent autour des antécédents familiaux de maniaque-dépression, autour de la mélancolie et des symptômes psychotiques. Rattachés à la psychose maniaque-dépressive il y a plus d'un demi-siècle, ils signent aujourd'hui un indice de bipolarité. A ce titre, les quatorze observations de la littérature qui décrivent un syndrome de Cotard chez des jeunes de moins de 25 ans, retrouvent une évolution de type bipolaire pour 13 sujets soit 93 % d'entre eux¹. D'autre part, les auteurs classiques attachaient une importance considérable au vécu, au contexte dans lequel baignait le malade, à la qualité et à l'intensité de sa réaction par rapport à l'événement, en somme des paramètres trop subjectifs pour être pris en compte dans les études épidémiologiques modernes. Or, la psychopathologie peut nous orienter afin de mieux cerner la trajectoire nosographique du dépressif.

5 DE LA PERSONNALITE PATHOLOGIQUE A LA BIPOLARITE

5.1 Enjeux de la question

En dehors de l'ombre des personnalités pathologiques sur la catégorisation uni ou bipolaire des épisodes dépressifs, nombreuses sont les raisons qui nous invitent à explorer le lien entre trouble de la personnalité et trouble bipolaire. La frontière entre ces deux entités est devenue plus floue avec l'élargissement de la maladie bipolaire sur les formes atténuées et tempéramentales mais aussi, avec la découverte d'une forte comorbidité entre elles : la

¹ SOULTANIAN C, PERISSE D, REVAH-LEVY A et al. Cotard's syndrome in adolescents and young adults : a possible onset of bipolar disorder requiring a mood stabilizer ? Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 2005 ; 15 : 706-11.

fréquence des troubles de la personnalité chez les bipolaires est estimée entre 40 et 50 % avec un excès de personnalité du *cluster* B surtout en cas de trouble bipolaire de type II¹. Ainsi, pour certains auteurs, la personnalité limite devrait faire partie du spectre des troubles bipolaires². S'agit-il d'une extension contemporaine excessive, comment interpréter cette comorbidité ?

Dans tous les cas, les limites entre la maniaque-dépression et les constitutions morbides de la personnalité sont questionnées depuis plus d'un siècle. EY nous rappelle qu'au cours des névroses et des personnalités morbides s'expriment d'une part, des périodes d'exaltation, d'agressivité, d'amoralité, d'éréthisme passionnel et émotionnel et d'autre part, des phases de dégoût, de cafard et d'insatisfaction affective³. Entre ces vibrations affectives, il existe des instants mêlant à la fois exubérance, exaltation et dépression, découragement ou angoisse, qualifiés par EY « *de sorte d'états mixtes maniaco-dépressif névrotiques* »⁴. HECKER et WILLIAMS soulignaient qu'un grand nombre de malades qualifiés de psychopathes, de neurasthéniques, ou encore d'hystériques souffraient d'oscillations cyclothymiques de l'humeur et devaient donc être catégorisés au sein de la « *folie maniaco-dépressive* »⁵. En des termes plus cognitifs, certaines personnalités pathologiques exposent une gestion archaïque des affects conduisant à une labilité thymique⁵. Ces vibrations affectives doivent-elle répondre à une particularité morbide émanant de la personnalité, du caractère ou du tempérament, sont-elles un appendice d'un processus bipolaire ?

5.2 Entre bipolarité et personnalité « dramatique »

Les personnalités du *cluster* B du DSM IV, dites personnalités « *dramatiques* », se caractérisant par la théâtralité, l'émotivité et les comportements flamboyants et erratiques⁶, soit, une extravagance qui nous rappelle celle des débordements bipolaires notamment en phase d'élévation thymique. Le *cluster* B des troubles de la personnalité regroupe les

¹ GORWOOD P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. L'Encéphale 2004 ; 30/2 : 182-93.

² STONE M. The borderline syndromes : constitution, personality, and adaptation. New-York : McGraw-Hill, 1980.

³ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

⁴ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 451.

⁵ DEBRAY Q. NOLLET D. Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

⁶ GUELFY JD. Troubles de la personnalité. In : GUELFY JD. ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2008.

personnalités limites, histrioniques, narcissiques et antisociales. Les trois premières seront exposées dans ce chapitre alors que pour la psychopathie, nous choisirons de l'évoquer au sein du chapitre « *De l'impulsivité à la bipolarité* ».

5.2.1 La personnalité limite

5.2.1.1 « *Seuls les diagnostics sont limites* » ?

Au début du XX^{ème} siècle, le cas historique de « *L'Homme au loup* »¹ suscitait déjà un bon nombre d'interrogations concernant son appartenance nosographique. Considéré comme un cas de psychose maniaco-dépressive pour KRAEPELIN, une séquelle de névrose infantile spontanément résolue pour FREUD, « *L'homme au loup* » correspond pour les psychanalystes post-freudiens à la première description d'un état limite. Le trouble de la personnalité limite demeure un cadre nosologique controversé en raison de son polymorphisme clinique, de l'intensité des manifestations anxieuses, de la survenue d'épisodes psychotiques aigus transitoires ainsi que de troubles de l'humeur cycliques².

En écho à ce dernier point, certains auteurs considèrent ce trouble comme une forme clinique subsyndromique ou une variante des troubles bipolaires. AKISKAL, qui a le sens de la formule, l'affirme : « *Les états limites n'existent pas et que seuls les diagnostics sont limites* »³. Il les considère comme des équivalents ou des formes atténuées de bipolarité⁴. A l'inverse, pour ZIMMERMAN, 40 % des patients avec trouble de la personnalité *borderline* ont d'abord été confondus avec des patients bipolaires et donc, pour cet auteur, c'est avec ce type de personnalité que la bipolarité expose son extension la plus critique⁵. Ces deux angles de lecture divergents illustrent l'enjeu suscité par les personnalités limites.

¹ FREUD S. A partir de l'histoire d'une névrose infantile (L'Homme au loup). In : Cinq psychanalyses Paris : Presses Universitaires de France, 2010.

² CHAMBRIER J. Les états limites à la pathologie bipolaire. L'Encéphale 2006 ; 32/3/2 : 10-4.

³ AKISKAL HS. In : HENRY C. Clinique des troubles bipolaires. Suresnes : Lilly, 2005.

⁴ GUILIE JM. Les troubles de personnalité limite : équivalents bipolaires ou conduites impulsives ? Perspectives Psy 2004 ; 5/43 : 377-81.

⁵ ZIMMERMAN M. RUGGERO CJ. CHELMINSKI I. YOUNG D. Is bipolar disorder overdiagnosed ? Journal of Clinical Psychiatry 2008 ; 69/6 : 935-40.

5.2.1.2 Bipolarité et état limite : entre similitudes et différences

5.2.1.2.1 Etudes épidémiologiques

La prévalence du trouble *borderline* est de 12 % chez les patients bipolaires de type II¹ alors que 9.2 % et 4.1 % des personnalités limites souffrent respectivement d'un trouble bipolaire de l'humeur de type II et de type I². La comorbidité s'élève entre 19 et 52 % si l'on considère le spectre élargi de bipolarité³. Il est ensuite noté une efficacité des thymorégulateurs pour les deux pathologies⁴.

5.2.1.2.2 Instabilité affective

Un des traits saillants de la personnalité limite correspond bien à l'intensité et à l'instabilité des réactions émotionnelles. L'instabilité affective s'impose d'ailleurs comme un des huit items retenus par le DSM IV pour le diagnostic de ce type de personnalité. L'humeur ne cesse de fluctuer entre abattement, tristesse, ennui, vacuité, colère, révolte et exaltation. La dysphorie et l'irritabilité demeurent les seules constantes du caractère du patient *borderline*⁵.

Les cognitivistes rattachent cette fluctuation à l'effet d'un traitement dichotomique de l'information en se référant à l'univers mental des états limites. Leur style cognitif se distingue ainsi par un classement de perceptions en terme mutuellement exclusifs. Il s'agit donc d'une pensée contrastée, en noir et blanc, subjectiviste, saturée d'émotions intenses et contradictoires. KERNBERG en 1970, soulignait ce clivage : « *Leur monde intérieur est peuplé de représentations caricaturales des aspects bons et horribles des êtres qui ont compté pour eux [...] De la même manière, leur perception d'eux-mêmes est un mélange chaotique d'images honteuses, menaçantes ou exaltées.* »⁶. Ainsi, l'état limite, qui s'efforce de lutter contre le sentiment intérieur de vide et l'effondrement du Moi, utilise divers recours comme

¹ BENAZZI F. Borderline personality disorder and bipolar II disorder in private practice depressed outpatients. *Comprehensive Psychiatry* 2004 ; 41/2 : 106-10.

² SKODOL AE. STOUT RL. MCGLASHAN TH. et al. Co-occurrence of mood and personality disorders : a report from the Collaborative Longitudinal personality Disorders Study (CLPS). *Depression and Anxiety* 1999 ; 10/4 : 175-82.

³ GORWOOD P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. *L'Encéphale* 2004 ; 30/2 : 182-93.

⁴ KOENIGSBERG HW. ANWUNAH I. NEW AS. MITROPOULOU V. SCHOPICK F. SIEVER LJ. Relationship between depression and borderline personality disorder. *Depression and Anxiety* 1999 ; 10 : 158-67.

⁵ DEBRAY Q. NOLLET D. Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

⁶ KERNBERG O. In : DEBRAY Q. NOLLET D. Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

l'hypomanie, l'excitation, le recours à l'agir¹ à travers les conduites addictives, les achats impulsifs, la désinhibition de la vie sexuelle, comportements qui peuvent émailler l'histoire des patients bipolaires². Aussi, le mode de relation anaclitique, le besoin de réassurance par autrui du *borderline* peut prendre le masque d'une hypersociabilité, d'une excentricité, d'une communicabilité exagérée partageant des ressemblances avec le comportement hyperthymique².

Outre ces particularités psychopathologiques, quelques données cliniques nous permettent de différencier l'instabilité affective du *borderline* de celle relevant de la bipolarité. Il est admis que l'humeur du *borderline* se distingue par une grande labilité, changeante sur une période courte, d'un jour voire d'une heure à l'autre. Cette humeur dispose d'une réactivité extrême, conditionnée par les événements de la journée et typiquement de nature relationnelle. Peut-être que notre distinction entre émotion, sentiment et humeur prend ici tout son sens pour apprécier la labilité affective de l'état limite à celle du maniaco-dépressif. Le premier manifeste plutôt un trouble de l'émotionnalité engageant des sentiments conditionnés par le contexte de vie, d'une grande réactivité, conférant un caractère plus superficiel, moins stable que le véritable trouble de l'humeur bipolaire. Ainsi, la labilité affective est plus intense dans la personnalité alors que les accès thymiques sont plus francs et plus prolongés dans le trouble bipolaire. En d'autres termes, les patients *borderline* alternent principalement euthymie, c'est-à-dire le bien-être, la bonne humeur et la colère alors que le bipolaire alterne l'euthymie avec la dépression et l'allégresse³. Enfin, la personnalité limite est instable dans tous les domaines de la vie : vision de soi, des autres et de l'environnement, émotions et pensées en mode noir ou blanc, et ce, de manière permanente ce qui contraste avec les périodes intercrises de la maniaco-dépression. Le fonctionnement intercritique est donc plus médiocre pour le *borderline*³.

5.2.1.2.3 Instabilité dans les relations interpersonnelles

La personnalité limite et le trouble bipolaire manifestent tous deux des relations interpersonnelles mouvementées². Pour le *borderline*, cette relation est de nature

¹ CHAMBRIER J. Les états limites à la pathologie bipolaire. L'Encéphale 2006 ; 32/3/2 : 10-4.

² BIELER L. AUBRY JM. MC QUILLAN A. FERRERO F. BERTSCHY G. Trouble de personnalité borderline et troubles bipolaires : interface clinique et implications du double diagnostic. La Revue Médicale Suisse 2001 ; 2360 : 1-8.

³ HENRY C. MITROPOULOU V. NEW AS. KOENIGSBERG HW. SILVERMAN J. SIEVER LJ. Affective impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders : similarities and differences. Journal of Psychiatric Research 2001 ; 35/6 : 307-12.

abandonnique. Le syndrome abandonnique du cas limite déprimé se devine à travers des réactions d'agrippement alternant avec refus du contact, comportements auto-agressifs et auto-érotiques caractéristiques. Typiquement, la demande d'aide est urgente, désespérée¹. Les difficultés interpersonnelles se rejouent à travers la relation thérapeutique : DEBRAY qualifie d'« *attachants* » ce type de patient², CHARTIER évoque des réactions contre-transférentielles immédiates alternant entre compassion et agressivité avec un rapport au soignant peu stable et ambivalent¹.

5.2.1.2.4 Impulsivité et sens des passages à l'acte

L'impulsivité, l'irritabilité et l'hostilité de l'état limite peuvent se confondre avec une phase maniaque mais leur intensité persiste en permanence chez les patients limites alors qu'elle s'atténue chez les bipolaires en période intercritique. Au total, la composante impulsive est plus importante dans le trouble de la personnalité limite^{3,4}.

Les passages à l'acte sont présents dans les deux troubles mais épousent un sens bien différent. Ils sont classiquement à type d'automutilations pour les personnalités limites et s'imposent comme une tentative afin d'arrêter la douleur sur un mode anxiolytique, dans un contexte de stress, sous-tendus par l'impulsivité⁵ et témoignent d'un défaut de symbolisation⁶. Dans la manie, ils répondent à un sentiment de toute-puissance et typiquement d'un élan suicidaire dans les dépressions mélancoliques⁵.

5.2.1.2.5 Le piège des états dissociatifs

Les états dissociatifs, au sens de JANET, étaient initialement rattachés au spectre de l'hystérie. Les études tendent à montrer qu'ils sont plus fréquents dans les états limites sans

¹ CHARTIER JP. Circulez, il n'y a rien à voir. Clinique psychanalytique des états dits « bipolaires ». Topiques 2009 ; 3/108 : 237-47.

² DEBRAY Q. NOLLET D. Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

³ GUILLE JM. Les troubles de personnalité limite : équivalents bipolaires ou conduites impulsives ? Perspectives Psy 2004 ; 5/43 : 377-81.

⁴ HENRY C. MITROPOULOU V. NEW AS. KOENIGSBERG HW. SILVERMAN J. SIEVER LJ. Affective impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders : similarities and differences. Journal of Psychiatric Research 2001 ; 35/6 : 307-12.

⁵ GORWOOD P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. L'Encéphale 2004 ; 30/2 : 182-93.

⁶ RANNOU-DUBAS K. GOHIER B. Les états limites : aspects cliniques et psychopathologiques ou les limites dans tous leurs états. Site de la Psychiatrie Angevine 2002. <http://med2.univ-angers.fr/services/AARP/psyangevine/publications/etatslimites.htm>.

en être l'apanage pour autant¹. Outre les troubles psychotiques pouvant émaner aussi bien de la bipolarité que de la personnalité *borderline*, certains états seconds avec perturbation de la conscience au cours des états dissociatifs peuvent orienter à tort vers un accès maniaque ou hypomaniaque.

5.2.1.2.5.1 Dépersonnalisation et attirance pour l'infini²

Il peut y avoir, lors des épisodes de dépersonnalisation, un sentiment d'attirance vers l'infini, une exagération monstrueuse de la conscience de soi se rapprochant d'un accès mégalomaniaque et de l'expansion du maniaque.

5.2.1.2.5.2 Syndrome de personnalité multiple et « Homme antinomique »

Le sujet maniaco-dépressif, « *l'homme antinomique par excellence* »³, ressemble en partie au spectaculaire, mais exceptionnel, trouble dissociatif de l'identité : « *On pourrait dire qu'aucun exemple de double et même de triple personnalité [...] ne peut être plus curieux que celui que nous offre l'homme maniaco-dépressif* »⁴. Les identités de la personnalité multiple sont souvent opposées : l'une peut être gaie, extravertie, alors que l'autre se distingue par la sévérité et se culpabilise. L'amnésie portant sur l'existence antérieure, l'alternance rapide, parfois en quelques secondes, entre les différentes identités avec un mode spécifique de perception, de relation, de l'attitude et de l'état civil, nous orientent vers un contexte dissociatif⁵.

5.2.1.2.5.3 Etat de transe et fureur maniaque

L'exaltation guerrière et des batailles, décuplant la force, la violence et les exploits, la *furia francese* de Marignan, les *Berserks* de Scandinavie, les crises d'*Amok* en Inde correspondent pour BOURGEOIS à des épisodes de fureur maniaque guerrière⁶. Peuvent-t' ils ils être plutôt compris comme la conséquence d'une transe dissociative à caractère collectif ou

¹ LAZIGNAC C. CICOTTI A. BORTOLI AL. KELLEY-PUSKAS M. DAMSA C. Des états dissociatifs vers une clinique des troubles dissociatifs. *Annales Médico-Psychologiques* 2005 ; 163 : 889-95.

² EY H. Etude N°19 : Mégalomanie. In : *Etudes Psychiatriques : aspects sémiologiques*. Paris : Desclée de Brouwer, 1950.

³ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : *Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

⁴ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : *Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 515.

⁵ DEBRAY Q. Troubles anxieux et dissociatifs. In : GUELFY JD. ROUILLON F. *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson, 2008.

⁶ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. *Comprendre et soigner les troubles bipolaires*. Paris : Odile Jacob, 2007.

d'une fuite en avant spectaculaire en réponse à une situation au climat extrêmement angoissant ? Rappelons, que certains états crépusculaires se manifestent par un « *état second* » sur fond d'une conscience « *hypnoïde* » ornements de productions oniriques épousant la forme d'un rêve avec une riche production d'images¹.

5.2.2 La personnalité hystérique et histrionique

Il existe une légère nuance entre personnalité hystérique de personnalité histrionique. La première constitue une personnalité qui a réussi ses aménagements internes et relationnels, les symptômes sont alors plus subtils alors que la seconde est une forme plus sévère, moins bien structurée et donc plus vulnérable aux décompensations psychopathologiques². Néanmoins, pour ESCANDE, c'est avec la personnalité histrionique que l'on retrouve le plus de lien dans le DSM avec l'hystérie et c'est à l'étude de cette personnalité sur l'axe II, que l'on s'attache habituellement pour fonder, d'un point de vue psychodynamique, le diagnostic d'hystérie³.

5.2.2.1 Dora bipolaire !

À 52 ans, « Dora »⁴ sera diagnostiquée bipolaire au cours d'une hospitalisation en psychiatrie consécutive à une tentative de suicide. Son geste s'inscrivait en réaction à un divorce compliqué et surtout, dans la continuité de douleurs chroniques jugées invalidantes par la patiente. Depuis des années son humeur alternait entre des périodes d'apathie triste au cours desquelles la patiente se sentait incapable de faire quoi que ce soit, même de penser. Elle est alors convaincue de ne plus avoir de mémoire, d'être désorientée dans le temps et l'espace et d'être incurable, ce qui l'amena à solliciter et obtenir une carte d'invalidité. A d'autres moments elle se sentait pleine d'énergie, capable de réussir tout ce qu'elle entreprenait et d'arriver à convaincre n'importe quel interlocuteur. Insomniaque sans fatigue, elle aurait déplacé des montagnes. Existe-t-il une meilleure description symptomatique de la bipolarité cyclothymique⁵ ?

¹ EY H. BERNARD P. BRISSET C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2011.

² ISRAEL L. : L'hystérique, le sexe et le médecin. Paris : Masson, 2001.

³ ESCANDE M. : L'hystérie aujourd'hui, de la clinique à la psychothérapie. Paris : Masson, 1996.

⁴ FREUD S. Fragment d'une analyse (Dora). In : Cinq psychanalyses. Paris : Presses Universitaires de France, 2010.

⁵ CHARTIER JP. Circulez, il n'y a rien à voir. Clinique psychanalytique des états dits « bipolaires ». Topiques 2009 ; 3/108 : 237-47.

Or, dans son discours, « *Dora* » n'a cessé d'évoquer une mère haïe qui l'a délaissait, un beau-père horrible qui l'infériorisait en permanence et se montrait violent, un père qu'elle adulait et qu'elle a soigné jusqu'à sa mort après une longue maladie l'ayant conduit à l'alitement. La patiente relatera au cours de ses analyses un frère aîné qui aurait abusé d'elle à l'âge de six ans¹, signant pour BREUER et FREUD un traumatisme sexuel à l'origine de sa névrose². Le clinicien retrouve, à travers ce cas, une défaillance du maternage et du *holding* à l'origine d'une identification négative à la mère. Dans cette éventualité, le père adopte la fonction de suppléer le défaut maternel, mais cette fonction restant incomplète, il devient redouté, absent ou, comme pour « *Dora* », idéalisé³. En clair, comme pour les états limites, la symptomatologie hystérique peut se confondre avec la symptomatologie maniaco-dépressive sans répondre pour autant à une psychopathologie similaire.

5.2.2.2 *Hystérie et bipolarité : entre similitudes cliniques et différences psychopathologiques*

5.2.2.2.1 Hystérie et fluctuation thymique

Si les rapports sont étroits entre l'hystérie et la dépression, il faut garder à l'esprit que le mouvement caractérise l'humeur habituelle des personnalités histrioniques occasionnant de multiples fluctuations avec une alternance d'instantanés dépressifs et d'élévation. Le caractère hystérique se distingue ainsi par l'hyperexpressivité émotionnelle, la dramatisation, l'exagération des émotions, la suggestibilité, la plasticité du comportement vis-à-vis de l'interlocuteur, l'affectivité superficielle et labile, les variations émotionnelles, l'égoïsme, la séduction érotisée contrastant avec une peur de la sexualité, le souci de plaire et la dépendance affective³. Les élans d'enthousiasme et les accablants se succèdent sans relâche et les émotions s'étendent sur une large gamme. Les dix passions de l'âme de *Thomas d'Aquin*, se trouvent donc visitées à travers cette personnalité. Gaité, animation, colère, tristesse, anxiété, élans chaleureux et de retraits boudeurs, caractérisent l'alternance de l'hystérique⁴.

¹ FREUD S. Fragment d'une analyse (*Dora*). In : Cinq psychanalyses. Paris : Presses Universitaires de France, 2010.

² FREUD S., BREUER J. Etudes sur l'hystérie. Paris : Presses Universitaires de France, 1956.

³ ESCANDE M. : L'hystérie aujourd'hui, de la clinique à la psychothérapie. Paris : Masson, 1996.

⁴ MECKLER C. Carnaval et masque pseudo-névrotique chez Robert Schumann. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2001 ; 51/5 : 47-52.

5.2.2.2.2 Hystérie et manie : entre expansivité, ludisme et mythomanie

L'expansivité, le jeu de l'hystérique et le recours à la mythomanie, sont autant d'éléments cliniques du tableau histrionique pouvant prêter à confusion avec une hypomanie.

5.2.2.2.2.1 Lucy Jourdain, expansivité maniaque ou hystérique¹ ?

Les élans d'enthousiasme associés à la théâtralité et la flamboyance de l'hystérique se rapprochent des épisodes hypomaniaques. La toile de *Toulouse-Lautrec*, « *En cabinet particulier* » ou « *Au rat mort* », évoque cette similitude dans la présentation du portrait du personnage qui représenterait peut être *Lucy Jourdain*, célèbre demi-mondaine. La jeune femme cocotte, à la tenue et aux couleurs vives, débraillée, au maquillage outrancier sur un visage chargé d'expressions, contraste avec la sobriété de l'homme posté à sa gauche qui devient oublié de la scène. S'agit-il d'une désinhibition maniaque ou d'une séduction hystérique ?

5.2.2.2.2.2 L'histrion²

L'histrion était à Rome, un comédien inauthentique jouant des farces bouffonnes ou grossières. Le terme histrionique est donc péjoratif et une telle appellation pourrait être le résultat d'une contre attitude, du corps médical et des cliniciens, marqués par l'irritation ou une certaine défiance secondaire au style relationnel de ces patients. Néanmoins, ce terme illustre bien le caractère hystérique. Ces malades communiquent volontiers, avec aisance, exagération, leur ressenti à l'entourage avec une appétence pour le contact. Il est ainsi évident que le trait de caractère le plus reconnu dans le caractère hystérique par les auteurs est celui de théâtralisme. A la différence de l'obsessionnel, la vie intellectuelle et la pensée rigoureuse sont peu investies au profit des capacités imaginaires et créatives avec une certaine dose de ludisme car l'hystérie, sans le savoir, joue en permanence.

5.2.2.2.2.3 Mythomanie et ludisme

En 1905, DUPRE lègue un concept qui fera fortune, celui de mythomanie. Les aventures du baron *Münchhausen*, les voyages sur la lune de *Cyrano Bergerac*, la suspicion des descriptions de l'Orient et de Jérusalem de *Chateaubriand* à partir de guides touristiques,

¹ SCHWENK B. Psychiatrie et Art. Toulouse : Privat, 1999.

² ICHARD K. Personnalité histrionique. In : GUELFY JD. ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2008.

le mot convient parfaitement à certains illustres personnages mais aussi à certains tableaux cliniques et patients rencontrés par les psychiatres et experts judiciaires. Alors que le mensonge ressort de l'intentionnalité et se dégage de la morbidité, alors que le délirant croit d'emblée à son discours, la mythomanie est à la fois plus subtile et plus floue¹.

Il existe ainsi une mythomanie maniaque ou hypomaniaque liée à l'expansivité ludique dans le cadre du trouble bipolaire, le jeu étant de développer un mensonge amusant, pour tromper l'interlocuteur ou de jouer un personnage imaginaire. Les bipolaires en phase hypomaniaque peuvent manifester une inventivité affabulatrice, riche et crédible, au moins pendant un certain temps sous forme d'une compulsion à raconter des histoires mensongères, destinées à embellir la réalité, à positiver son histoire personnelle et son image. Elle peut être interprétée comme un plaisir romanesque dans un élan de créativité, un ludisme visant à piéger autrui ou une façon de modifier une réalité pénible, insupportable et humiliante, émanant d'une existence douloureuse que peut être l'existence d'un maniaco-dépressif. Un accès franchement pathologique ne permettra pas au maniaque de duper l'interlocuteur, une dispersion viendra décrédibiliser le discours alors que le cortège de la symptomatologie maniaque alertera le soignant sur le tableau clinique. Enfin, par jeu, le maniaque peut parfois prolonger un mutisme, une immobilisation, des positions atypiques du corps pendant de nombreuses minutes¹.

La mythomanie et autres tendances romanesques peuvent épouser une autre valeur chez un névrosé, d'ordre identitaire pour rehausser l'image de soi. Le Moi n'étant parvenu à s'identifier à son idéal, un décalage s'opère entre le désir d'être et la véritable identité². Le conflit intérieur trouve alors compensation dans l'imaginaire. Ce n'est donc pas seulement pour jouer mais pour exister par un mouvement de protestation identitaire afin de vivre autre chose à travers le mirage plus flatteur d'une fiction. Rappelons que le mythe a pour fonction de rendre la vie possible³. Le masque du personnage cache donc la véritable personne. La conversion somatique coïncide aussi avec le désir d'avoir une maladie exceptionnelle et devenir un cas merveilleux⁴. Aussi, les pseudoléthargies hystériques peuvent prêter à confusion avec un syndrome catatonique ou les mutismes ludiques de la manie.

¹ BOURGEOIS ML. HAUGSTEN T. La mythomanie : ludisme bipolaire et protestation identitaire. *Annales Médico-Psychologiques* 2007 ; 165 : 372-7.

² EY H. BERNARD P. BRISSET C. *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson, 2011.

³ GUSDORF G. *Mythe et métaphysique*, Paris : Flammarion, 1953.

⁴ EY H. Etude N°19 : Mégalomanie. In : *Etudes Psychiatriques aspects sémiologiques*. Paris : Desclée de Brouwer, 1950.

5.2.2.3 *Éléments du diagnostic différentiel*

Du côté de l'hystérie, les antécédents de bipolarité manquent la plus part du temps¹. Les périodes d'élation sont souvent bien réactives à l'ambiance, les effets sont ici labiles et variables, il existe une dimension théâtrale et une impression de facticité dans la présentation¹. Classiquement, la fuite des idées, la grande distractibilité et la soif hardie d'entreprendre sont généralement absents. L'excitation survient préférentiellement à la suite d'évènements déterminés et se manifeste sous forme de crises émotives circonscrites. Elle se décharge plutôt dans des actions isolées subordonnées à un but, contrairement au besoin maniaque d'action, permanent et général. De plus, l'agitation hystérique disparaît rapidement et complètement après avoir duré peu de temps, alors que la manie, qu'elle qu'en soit l'intensité, présente une durée plus longue avec un retour progressif à l'équilibre². Aussi, l'extraversion de l'hystérique, tournée vers le théâtralisme, le besoin de contact avec autrui, ne dispose pas de la même propension pour le passage à l'acte que le maniaque. L'hystérique se contente bien souvent de jouer un rôle, de faire semblant³. Enfin ce qui fait et fera toujours l'unité et la singularité de l'hystérie n'est pas la nature plus ou moins spectaculaire du symptôme mais sa qualité de message adressé à l'Autre. Cette place du tiers reste préservée même en cas de signes d'allure psychotique ce qui distingue l'hystérie de la psychose notamment maniaco-dépressive⁴.

5.2.3 La personnalité narcissique

5.2.3.1 *Le narcissique condamné aux fluctuations thymiques*⁵

Demeurer sous les projecteurs, rester le point de mire de regards admiratifs ou envieux constituent la motivation des narcissiques. Afin de s'accommoder de cet objectif, le sujet manifeste une humeur habituellement enjouée et charmeuse. Il reste réactif à son environnement à l'affût de proies potentielles. La séduction, une nonchalance sympathique et la bienveillance attisent les regards positifs. L'estime de soi paraît haute, teintée parfois d'arrogance et de mépris. La personnalité narcissique se nourrit de l'approbation d'autrui en déployant un dynamisme permettant de réaliser certaines réussites sociales. A cette façade

¹ COMBE S. KHALIL P. VILLARD E. GOUIRAN M. Approche théorique et conceptuelle du délire hystérique. *Annales Médico-Psychologiques* 2004 ; 162/7 : 525-32.

² KRAEPELIN E. *La folie maniaco-dépressive*. Bordeaux : Mollat, 2008.

³ MORIN G. Les axes de la personnalité. *Psychologie Médicale* 1992 ; 24/2 : 174-6.

⁴ EVRARD P. Ou se cache l'hystérie disparue ? *Psy Cause* 2009 ; 53 : 40-1.

⁵ DEBRAY Q. NOLLET D. *Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

superficielle, d'allure hyperthymique, s'opposent une froideur et une dévotion pour le calcul ainsi qu'un hyper-contrôle des réactions. L'ensemble étant sous-tendu par une estime de soi fragile, un idéal jamais atteint.

Ainsi, les personnalités narcissiques représentent un bon exemple, avec les états limites, de personnalités condamnées à d'importantes fluctuations de l'humeur. Le sentiment de triomphe, de maîtrise qui salue le succès de leur manipulation et de leur dynamisme, contraste avec l'accablement qui résulte d'échecs en apparence bénins. Succèdent alors au comportement enjoué des accès dépressifs, un recours aux toxiques, des explosions de colère ou de rage froide.

5.2.3.2 Bipolarité et narcissisme : la question de la mégalomanie

Le trait mégalomane, symptôme omniprésent, envahissant le social, le politique, le religieux, la famille et surtout le sujet, se retrouve aussi bien dans le versant maniaque que dans la personnalité narcissique et nous amène à étudier sa valeur psychopathologique au sein de cette personnalité. Les fantaisies narcissiques, se sentir grand, puissant ou encore génial, peuvent constituer un agréable passe-temps pour toute personne et apparaissent principalement lorsque des menaces pèsent sur l'intégrité narcissique ou lorsqu'existe une identification à un objet embelli. En revanche, ces rêveries s'imposent comme un élément essentiel et permanent de la personnalité du narcissique¹ qui pourrait expliquer le pourquoi de ses oscillations émotionnelles.

5.2.3.2.1 Psychopathologie de la personnalité narcissique

Selon les théories cognitives, la personnalité narcissique se développe à partir d'une enfance marquée par des attentes parentales vis-à-vis de l'enfant, des excès de gratification avec des renforcements inappropriés portant sur les performances scolaires ou extrascolaires désaffectivant la relation². Un entourage éprouvant une admiration intense ou totale pour leur enfant accroît effectivement le narcissisme de ce dernier. L'effet potentiel est alors de retarder l'acquisition des éléments du contrôle du Moi : refus d'accepter une réalité déplaisante, accomplissement de désirs dans le champ de la fantaisie afin d'effacer des frustrations de toutes sortes¹.

¹ REICH A. Early identification as archaic elements in the superego. Journal of the American Psychoanalytic Association 1954 ; 2 : 218-38.

² YOUNG JE. KLOSKO JS. WEISHAAR ME. La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité. Bruxelles : DeBoeck, 2005.

Une lecture psychanalytique n'est pas incompatible avec les considérations précédentes. Selon KERNBERG, l'organisation caractérielle narcissique est une organisation défensive : l'enfant narcissique a été laissé émotionnellement affamé par une mère froide sans empathie. Par compensation, il développe un soi grandiose se réfugiant dans les quelques aspects de lui-même qui ont pu être valorisés par la mère¹.

Pour LACHAUD, le narcissique vit dans la nostalgie d'avoir joui de la mère et d'avoir été son seul et unique objet de jouissance. Il tente ainsi, en s'identifiant à l'autosuffisance maternelle, de maîtriser l'angoisse. Il est l'expression d'un désir absolu de maîtrise, d'un reliquat de la toute-puissance infantile, signe du refus d'un renoncement du narcissisme primaire et de l'impossibilité de l'acceptation de la castration. Il est en même temps la concrétisation de la place faite à la fonction de la toute-puissance de la mère phallique. Ce trait mégalomane devient d'autant plus pathologique lorsque la toute-puissance est moins refoulée ce qui entraîne, en conséquence, un refus de se soumettre au principe de réalité et à la castration. Ainsi le mégalomane se nourrirait d'un néo-fantasme, celui de la toute-puissance correspondant à une méconnaissance du manque fondamental avec son corrélat, le refus de l'altérité : l'autre n'étant qu'un objet ou un instrument à son service. Cette donnée nous renvoie au lien entre le narcissique et l'univers du pervers². Il est d'ailleurs noté au sein de ces personnalités, en association au sentiment envahissant de grandiosité personnelle, à la perpétuelle quête d'un statut spécial, au comportement autocentré sur soi, une incapacité d'aimer : l'autre n'est qu'un miroir dont les besoins propres ne comptent pas. Le narcissique est sans empathie vis-à-vis d'autrui et présente mépris ou arrogance s'il juge l'autre incapable de comprendre son talent³.

Pour REICH, le sentiment de grandeur du narcissique condamne le Moi à une perpétuelle comparaison avec l'idéal du Moi⁴, concept introduit par FREUD en 1914 dans son article « *Pour introduire le narcissisme* »⁵. « *L'idéal du Moi exprime ce que nous voulons être, et le Surmoi ce que nous devrions être* » sachant que ces deux concepts peuvent être fondus, enchevêtrés et superposés l'un à l'autre chez un même sujet⁴. Le premier est l'héritier du narcissisme, alors que le second ressort du complexe d'Œdipe⁴. Le problème affectif

¹ KERNBERG O. Les troubles limites de la personnalité. Paris : Dunod, 2001.

² LACHAUD D. La jouissance du pouvoir. De la mégalomanie. Paris : Hachette, 1998.

³ GUELFY JD. Personnalité narcissique. In : GEULFI JD. ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2008.

⁴ REICH A. Early identification as archaic elements in the superego. Journal of the American Psychoanalytic Association 1954 ; 2 : 218-38.

⁵ FREUD S. Pour introduire le narcissisme. Paris : Payot, 2012.

secondaire résulte d'une insatisfaction narcissique inéluctable lorsque ces idéaux sont trop hauts, trop ambitieux, trop grandioses, hors d'atteinte ou irréalisables dans la réalité et subsistent de façon permanente. De cette insatisfaction, là où le maniaque abandonnerait l'épreuve de réalité, émerge chez le narcissique un sentiment d'infériorité rendant le sujet vulnérable à la dépressivité¹. D'autre part si le niveau du Moi est plus primitif, le sujet risque d'abandonner partiellement l'épreuve de réalité conduisant à un état mégalomane au cours duquel, survient un sentiment d'être l'équivalent de l'idéal narcissique. REICH cite l'exemple d'un malade, écarté de la réussite professionnelle par son Moi infantile et ses difficultés professionnelles, qui s'exerce avec plaisir pendant des heures à signer comme un banquier, se prenant pour le président d'un établissement financier⁴. Ainsi, il arrive qu'un état de grandeur s'exprime de manière démesurée pour une personnalité fragilisée. Ici, l'hypomanie ou un trait de personnalité déséquilibrée ou pathologique, avec un léger degré de régression, peut se retrouver en amont².

5.2.3.2.3 Le cas Mozart³

Les éléments psychopathologiques de *Wolfgang Amadeus Mozart* se rapprochent du concept de personnalité narcissique et pourraient se confondre avec une bipolarité. La construction de la personnalité de cet artiste s'est évidemment construite dans des circonstances bien particulières. Les attentes de son père étaient immenses. Il avait décelé très tôt le génie précoce de son fils. Ce père, considéré comme obsessionnel et ambitieux, a entraîné son fils à se produire, dès son plus jeune âge, devant les regards les plus intéressés. Entre son talent et les multiples attentes, Mozart incarnait un fantasme de toute-puissance créatrice avec une dépendance à l'amour, à l'admiration et à l'approbation d'autrui sur un tempérament qualifié par la gaîté, un caractère heureux et une excentricité. Selon HUGULET, le fil rouge de la vie de notre artiste se distinguait par un antagonisme comprenant d'un côté, de nombreux succès et de l'autre, des échecs et des frustrations difficilement tolérées car mettant en cause la toute-puissance espérée. Sur le fond d'un tempérament affectif marqué, une labilité émotionnelle comprenait des épisodes d'euphorie, de désinhibition, de mégalomanie alternant avec des effondrements thymiques majeurs. Mais la brièveté des

¹ REICH A. Early identification as archaic elements in the superego. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1954 ; 2 : 218-38.

² EY H. BERNARD P. BRISSET C. *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson, 2011.

³ HUGULET P. PERROUD N. L'apport d'une classification internationale des troubles mentaux dans la compréhension de la psychopathologie de Wolfgang Amadeus Mozart (1756-1791). *Annales Médico-Psychologiques* 2005 ; 163/7 : 549-60.

épisodes, leur aspect réactionnel aux événements de vie, l'intégration d'une personnalité au don particulier avec un contexte existentiel comprenant des troubles identitaires majeurs, nous éloignent de la bipolarité classique et nous rapprochent d'une personnalité fragilisée.

5.3 Une personnalité spécifique du sujet bipolaire ?

Une personnalité particulière caractérise-t-elle le sujet bipolaire notamment en période intercrise ? La confronter à celle des personnalités pathologiques nous aiderait-il à mieux cerner l'autonomie et les limites de la maniaque-dépression avec les troubles de la personnalité ? L'axe II du DSM IV propose la personnalité schizoïde et schizotypique dans le champ de la schizophrénie et la personnalité paranoïaque dans le champ de la paranoïa mais il n'y a rien de tel pour le trouble bipolaire si ce n'est la cyclothymie répertoriée sur l'axe I¹.

5.3.1 « L'homme antinomique par excellence »

« *L'homme antinomique par excellence* », vit pour EY, dans le contraste : « *Il oscille depuis l'exubérance effrénée du désir jusqu'à la culpabilité du péché et il saute alternativement de l'avenir plein de promesse au passé sans espoir, incapable de rester en place et en équilibre dans le présent* »². Le portrait de *Lucy Jourdain de Toulouse-Lautrec* et « *La femme accroupie* » de *Picasso* pourraient donc représenter le même et unique personnage dans des phases opposées d'une même histoire signant l'originalité de la bipolarité³. Ces oscillations sont particulièrement accentuées et ont pour l'auteur « *un autre sens [...]* » : « *[Cette antinomie] est l'expression d'un besoin fondamental d'extrémisme existentiel qui ne s'accommode ni des « justes milieux » ni même de l'une ou de l'autre des positions extrêmes de telle sorte que la solution de chaque situation actuelle est toujours le passage à l'autre extrême [...] Le déséquilibre entre l'homme d'affaire entreprenant et le malheureux ruiné, entre l'aventurier sans scrupule et le petit-bourgeois strict, entre les excès du viveur et la pénitence du condamné, ce déséquilibre n'est pas seulement un contraste entre les phases de l'existence de l'homme maniaque-dépressif, c'est un contraste qui git au fond de lui-même, à chaque instant de son existence et constitue le rythme de pulsation de sa vie, les coups de boutoir de son destin* »².

¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé. Paris : Masson, 2002.

² EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaque-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 508.

³ SCHWENK B. Psychiatrie et Art. Toulouse : Privat, 1999.

La personnalité est donc pour EY à l'origine de la maniaque-dépression, il s'agit d'une « *forme d'existence prise depuis son origine dans un conflit entre des tendances à se satisfaire et des tendances à se punir* » avec une « *personnalité intercalaire* »¹ alors des intercrises. Au final, l'homme n'est pas seulement touché par le trouble bipolaire mais aussi et surtout, totalement engagé comme homme dans son trouble ce qu'illustre Goya à travers ses toiles, un génie marqué par le trouble bipolaire. Peintre des états d'âmes, la diversité de ses œuvres exprime ce contraste énigmatique empli d'antinomies trouvant leur essence dans le fond cyclothymique de l'artiste².

Ainsi, l'étude de la personnalité du bipolaire nous renvoie sur plusieurs axes. En amont de la maniaque-dépression, nous pouvons supposer une personnalité prémorbide ou prédisposante avec des traits de caractères ou de tempéraments qui interviendraient sur la présentation symptomatologique, le cours évolutif, la compliance et la réponse aux thérapeutiques. En retour, la personnalité se verrait modifiée ou altérée par le trouble affectif sous la forme d'une personnalité postmorbide. Enfin, pour certains auteurs, la personnalité serait dans certains cas une expression modérée du trouble³.

5.3.2 La personnalité du bipolaire : une personnalité spécifique prémorbide ?

5.3.2.1 Etudes épidémiologiques

En comparant, les unipolaires avec les bipolaires, ESCANDE notait que les premiers présentaient volontiers des traits anxieux, obsessionnels, sensitifs et une diminution de l'extraversion alors que les seconds se rapprochaient plus des sujets témoins⁴. Concernant des données plus récentes, en dehors d'une comorbidité élevée avec les personnalités dramatiques pour le type II et, à moindre mesure avec celles du *cluster* C pour le type I, personnalités au caractère craintif, réservé et anxieux⁵, les bipolaires sembleraient plus sujets à l'autocritique en périodes normothymiques et exposeraient plus de ruminations et d'attitudes négatives⁶.

¹ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaque-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 509.

² ALONSO-FERNANDEZ F. Goya, un génie marqué par le trouble bipolaire. Cahiers Henri Ey, Psychiatrie et Arts plastiques 2004 ; 12/13 : 159-72.

³ HENRY C. Clinique des troubles bipolaires. Suresnes : Lilly, 2005.

⁴ ESCANDE M. GIRARD M. GRANIER F. BELAZOUZ D. JOHN C. PEZE E. Approche de la personnalité et de la structure mentale des maniaque-dépressifs. Annales de Psychiatrie 1992 ; 7/3 : 130-6.

⁵ GOURION D. Troubles bipolaires : a-t-on besoin d'un type II ? Les journées du Congrès Français de Psychiatrie, Nantes, Juin 2012.

⁶ HAMDANI N. GORWOOD P. Les hypothèses étiopathogéniques des troubles bipolaires. L'Encéphale 2006 ; 32/2 : 519-25.

Retenons que peu de spécificité sont retrouvées dans les profils de personnalité des sujets bipolaires et que les résultats des études sont hétérogènes et peu démonstratifs. Peut-être que l'appréciation statique de la personnalité à travers des questionnaires, des tests, des items comportementaux, des statistiques, rompant avec une approche psychodynamique, vient-elle limiter ou biaiser les résultats. Nous sommes donc généralement assez loin de ce que défendait EY s'appuyant sur la psychanalyse et la phénoménologie : l'existence d'un fond psychopathologique de la personnalité chez le bipolaire¹.

5.3.2.2 Approche psychanalytique et phénoménologique

5.3.2.2.1 Freud et Abraham

FREUD, ou encore ABRAHAM, évoquent une solution de continuité entre l'état maniaque ou dépressif et la personnalité du maniaco-dépressif, la crise est bâtie des mêmes matériaux que la personnalité et que celle-ci éclaire celle-là².

Du fait de l'intensité constitutionnelle des besoins narcissiques, d'une identification narcissique à l'objet, d'une impossibilité à résoudre l'antinomie d'une très puissante ambivalence, les relations interpersonnelles se conduisent sur le mode narcissique : le maniaco-dépressif ne semble s'aimer qu'à travers celui qui l'aime ; exigeant, exclusif et avide, son amour fait bon marché de la réalité individuelle de l'objet, et se trouve à chaque instant menacé par la déception. Le maniaco-dépressif souffre ainsi d'une vulnérabilité spécifique face à la perte d'objet. Il s'agit en effet d'une économie affective fragile car l'objet, inévitablement, déçoit ou faillit. Les mélancoliques sont des personnes qui peuvent facilement perdre leur foi et leur confiance en leur objet d'amour. L'objet perdu devient incorporé et la haine suscitée par son abandon retombe naturellement sur le sujet lui-même. Apparaît en conséquence la mélancolie³.

Il est important de noter que cette ambivalence du premier sentiment nous renvoie au complexe psychopathologique des pathologies limites et que la difficulté par rapport à l'ambivalence signe une similitude entre la psychose maniaco-dépressive et la névrose

¹ BELZEAUX P. La personnalité et la psychose maniacodépressive dans les Etudes psychiatriques d'Henri Ey. L'Information Psychiatrique 2008 ; 84 : 253-8.

² RACAMIER PC. De l'angoisse à la manie. In : De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques. Paris : Payot, 1979.

³ KAPSAMBELIS V. Les troubles de l'humeur et la psychanalyse. Une revue des textes fondateurs. Le Journal des Psychologues 2009/2010 ; 273 : 32-5.

obsessionnelle¹. « *La libido ne peut s'épanouir normalement, car les deux tendances de la haine et de l'amour se portent un préjudice réciproque* » écrit ABRAHAM².

5.3.2.2.2 Lébovici, Fain, et Jeanneau

LEBOVICI pointe des traits de caractère émanant du Moi lors des périodes intercrises. Il note une extrême sensibilité aux frustrations, une relation très exigeantes avec les objets extérieurs, le désir de se soumettre passivement à l'image maternelle afin de la restaurer étant donné que les frustrations orales entraînent des phantasmes d'incorporation agressive qui provoquent à leur tour la menace de perte d'objet³. FAIN parle d'une fragilité du lien objectal⁴. JEANNEAU insiste sur la dépendance aux objets externes avec lesquels un véritable échange ne peut s'établir avec le bipolaire, la souffrance dépressive du maniaco-dépressif n'ayant pas de fait une valeur relationnelle⁵.

5.3.2.2.3 Krauss

KRAUSS nous donne un autre indice. Le maniaco-dépressif manifeste pour l'auteur une importance considérable au rôle social sous la forme d'une suridentification et d'une hypertrophie de l'identité de rôle. Il en ressort une hypernormalité, une hyperadaptabilité de façade à la réalité extérieure. Le bipolaire s'épanouit ainsi dans la conformité et l'accomplissement hypernomique des tâches. Le maniaco-dépressif étant figé dans une identité de rôle, KRAUSS explique que les situations déclenchantes de décompensation correspondent à des situations de crise d'identité⁶. Cela illuminerait le pourquoi de l'âge plus tardif de l'apparition de la bipolarité par rapport à la schizophrénie, avec une survenue des crises à un âge pour lequel l'être, en tant qu'être social, s'est pleinement épanoui. Par exemple, une mélancolie peut résulter de l'incapacité d'un fonctionnaire, ayant un rôle symbolique d'enfant, d'assumer un rôle symbolique de père, imposé suite à une augmentation autorisée par son patron⁷.

¹ KAPSAMBELIS V. Les troubles de l'humeur et la psychanalyse. Une revue des textes fondateurs. Le Journal des Psychologues 2009/2010 ; 273 : 32-5.

² ABRAHAM K. In : KAPSAMBELIS V. Les troubles de l'humeur et la psychanalyse. Une revue des textes fondateurs. Le Journal des Psychologues 2009/2010 ; 273 : 32-5.

³ ESCANDE M. GIRARD M. GRANIER F. BELAZOUZ D. JOHN C. PEZE E. Approche de la personnalité et de la structure mentale des maniaco-dépressifs. Annales de Psychiatrie 1992 ; 3/7 : 130-6.

⁴ FAIN M. Introduction à la discussion sur « technique de la cure des déprimés ». Revue Française de Psychanalyse 1968 ; 3 : 604-9.

⁵ JEANNEAU A. La cyclothymie. Etude psychanalytique. Paris : Payot, 1980.

⁶ KRAUS A. Dynamique de rôle des maniaco-dépressifs. Psychologie Médicale 1987 ; 19/3 : 401-5.

⁷ TELLENBACH H. La mélancolie. Paris : Presse Universitaire de France, 1998.

5.3.2.2.4 Tellenbach

Le corpus hippocratique décrivait le « *melancholicos* », c'est-à-dire le type bilieux ou le typus à la bile noire, susceptible de contracter la mélancolie. L'école germanique du XIX^{ème} siècle manifestait un grand intérêt pour cette composante prédisposante : KRAEPELIN a réintroduit la notion de tempérament au sein de la « *folie maniaco-dépressive* », KRETSCHMER a décrit par la suite le « *tempérament cycloïde* », au biotype pycnique, et surtout, Hubertus TELLENBACH, à travers le « *typus mélancholicus* »¹.

5.3.2.2.4.1 Le « typus mélancholicus »

En 1961, TELLENBACH, définit la psychose mélancolique par l'altération grave d'un caractère phénoménal : le « *typus mélancholicus* ». Un typus désigne « *un genre de nature constituée par une certaine structure* » repérable dans les périodes de maladie et de bonne santé et présent avant un premier accès².

Le sujet « *typus melancholicus* » est attaché à l'ordre, en particulier dans le domaine du travail. Il exprime un goût pour la précision, le rangement, la méticulosité, une recherche de précision et une grande loyauté avec serviabilité. Alors qu'il recherche la meilleure rentabilité en qualité et en quantité, il néglige les loisirs et la détente. Il s'investit socialement, se dévoue pour ses proches, accepte mal que les autres lui rendent service sans les récompenser. Dans ce culte d'un équilibre dynamique interrelationnel, le type « *melancholicus* » tolère peu les accrocs et les disputes qu'il souhaite toujours réparer pour revenir à un état d'équilibre. Il existe ainsi en permanence une peur de faillir, une culpabilité sous-jacente qui s'établissent par rapport à un fonctionnement optimal à définition sociale. Le passage à la mélancolie, s'accomplit à partir du moment où le système s'enraye, par les deux constellations de l'incluse et de la rémanence. Qu'il existe une modification du rythme de l'existence liée à une promotion professionnelle ou à un déménagement, que se présentent une épreuve physique ou morale, un cas de conscience, une injustice, et dès lors, tout le système de défense du typus se renforce et s'exacerbe. Le sujet travaille davantage, accentue ses efforts, se culpabilise, cherche à se dépasser pour faire face aux épreuves. Cependant il s'épuise, travaille finalement moins bien et se trouve débordé, ce qui accentue de façon dramatique son anxiété face à ces critères personnels de rentabilité. Il est dans la constellation

¹ ESCANDE M. GIRARD M. GRANIER F. BELAZOUZ D. JOHN C. PEZE E. Approche de la personnalité et de la structure mentale des maniaco-dépressifs. Annales de Psychiatrie 1992 ; 3/7 : 130-6.

² TELLENBACH H. La mélancolie. Paris : Presse Universitaire de France, 1998. P. 96.

d'includence, ne parvenant pas à maîtriser l'ensemble de ses tâches, soudain excessives. Les perspectives pessimistes s'accumulent alors et l'évolution vers la mélancolie n'en est qu'une suite logique. Des culpabilités annexes, parfois fantasmatiques, sont attirées dans ce *maelstrom* ainsi que des activités inopinées et répétitives et une tendance à la somatisation¹.

5.3.2.2.4.2 Des ressemblances avec la personnalité obsessionnelle ?

Force est de constater que ce caractère présente de franches similitudes avec celui de la personnalité obsessionnelle. Or, la monotonie du patient obsessionnel nous éloigne des vagues affectives du bipolaire. L'obsessionnel redoute effectivement les débordements émotionnels. Il gère les affects en les contenant par la rationalisation. Il lui paraît normal d'affirmer que l'amour ou la haine peuvent se raisonner, s'organiser à travers une algèbre froide. Il ignore les conflits qui le traversent, annule ses émotions au cours d'un évènement négatif sous une formule suave qui lui permet de se dégager. Les mouvements émotionnels ne sont pas exprimés, le sujet en perd bientôt l'usage et la connaissance².

Pourtant, dès sa première analyse d'un maniaco-dépressif, ABRAHAM, fut frappé de constater la ressemblance dans sa structure avec celle de la névrose obsessionnelle. Cette ressemblance concernait surtout l'ambivalence haine-amour à l'égard de la même personne ainsi qu'un effort typique de performance résultant de l'incapacité de trouver une application positive de la libido. S'ensuit une hyperactivité dans la vie professionnelle par sublimation de la libido, en dehors du but naturel, escamotant les conflits internes et qui opposent une défense contre la dépressivité sous forme d'un équilibre fragile³. On observe des « *névroses du dimanche* » ou des « *banqueroutes de la retraite* » selon les expressions de FERENZI et STAUDER¹. Dans l'intervalle libre, ABRAHAM observe une « *formation caractérielle anormale* » qui coïncide avec celle de la névrose obsessionnelle³. Cela expliquerait-il le pourquoi de la forte comorbidité entre bipolarité et personnalité « *anxionévrotique* » du *Cluster C* qui comprend la personne obsessionnelle ou anankastique ?

Néanmoins, pour ARCE ROSS, il y'aurait une confusion entre le « *typus melancholicus* » de TELLENBACH et les observations d'ABRAHAM avec la névrose

¹ TELLENBACH H. La mélancolie. Paris : Presse Universitaire de France, 1998.

² DEBRAY Q. NOLLET D. Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

³ ABRAHAM K. Deuil, mélancolie et psychose maniaco-dépressive. In : GRUNBERGER B. CHASSEGUET-SMIRGEL. PARENTI C. Les psychoses la perte de la réalité. Paris : Sand et Tchou, 2009.

obsessionnelle¹. Or si nous retrouvons bien dans les deux cas des attitudes voisines, celles-ci sont adoptées pour des raisons bien différentes. En conséquence, « *typus melancholicus* » et personnalité obsessionnelle représentent des concepts distincts^{2,3}. FREUD et ABRAHAM pointaient bien une similitude entre le type mélancolique et caractère anal mais le premier ne comporte pas, pour ces psychanalystes, l'économie et l'entêtement. Le goût pour l'impureté, la tendance à la prodigalité et les traits de possessivité sont aussi beaucoup moins prégnants, la possession pour le mélancolique n'étant qu'un moyen de sécurisation alors qu'elle est recherchée pour elle-même pour la personnalité anale. Le sujet « *melancholicus* » est en relation, en dette et en devoir vis-à-vis d'autrui ; faillir, décevoir, abandonner sont pour lui des fautes graves eu égard à une morale fondamentale de projection sur l'autre³. L'obsessionnel impose aux autres ses conceptions et ses contraintes étant persuadé de détenir la vérité, de connaître pour toute difficulté le meilleur remède. Le « *typus melancholicus* », au contraire, ne cesse de rechercher l'avis de l'autre, dont il guette d'ailleurs avec soin les réactions, ce dont l'obsessionnel n'a cure. Pour ABRAHAM, la conviction des bipolaires de devoir tout faire eux même, parce que personne d'autre ne pourrait le faire, ne doit pas s'interpréter comme une tendance à la tyrannie mais bien plutôt à une sensibilité pour tout ce qu'ils doivent faire, c'est-à-dire, par l'angoisse de rester en deçà des exigences de leur Moi alors que cette tendance survient chez l'obsessionnel de sources sadiques anales².

5.3.2.3 L'approche du tempérament selon Akiskal

Dans la continuité des écrits antiques et de l'école germanique, AKISKAL et MALLYA ont repris et opérationnalisé la question des tempéraments⁴. Ils constituent des états subaffectifs permanents, de début précoce, définis avant l'âge de 21 ans et représenteraient la voie développementale vers la bipolarité⁵.

¹ ARCE ROSS G. Manie, mélancolie et facteurs blancs. Paris : Beauchesne, 2009.

² DEBRAY Q. NOLLET D. Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

³ TATOSSIAN A. La phénoménologie des psychoses. Puteaux : Le Cercle Herméneutique, 2002.

⁴ AKISKAL HS. MALLYA G. Criteria for the soft bipolar spectrum: treatment implication. *Psychopharmacology Bulletin* 1987 ; 23 : 68-73.

⁵ VAN DEN BULKE D. HENRY C. Intérêt de l'analyse du tempérament chez les sujets bipolaires. *L'Encéphale* 2005 ; 31 : 207-11.

5.3.2.3.1 Les quatre types de tempéraments¹

Quatre types de tempéraments pour AKISKAL prédisposent l'individu à des manifestations du registre bipolaire : le tempérament cyclothymique, hyperthymique, dysthymique et irritable.

Le tempérament cyclothymique correspond à une perpétuelle oscillation de l'humeur avec des intensités moindre qu'une manie franche ou une dépression majeure. Le sujet alterne des expériences extrêmes d'ordre subjectif : léthargie/eutonie, pessimisme/optimisme, confusion/création, faible conscience en soi/mégalomanie, et d'ordre comportemental : hypersomnie/besoin réduit de sommeil, repli introversif/hypersociabilité, restriction de la production verbale/logorrhée, pleurs/plaisanteries, irrégularité quantitative et qualitative dans la productivité.

Le tempérament hyperthymique se caractérise par des traits hypomaniaques subsyndromiques intermittents : irritabilité, gaité, optimisme, exubérance, naïveté, confiance en soi, assurance, vantardise, empathie, mégalomanie, prodigalité, hyperproductivité avec appétence pour le travail, hypercommunicabilité, extraversion, intrusion, désinhibition, avidité pour la promiscuité et les sensations.

Le tempérament dysthymique subaffectif se distingue par une dépression intermittente de faible intensité avec tendance à l'hypersomnolence, pessimisme, anhédonie, inertie. Le sujet est calme, silencieux, passif, indécis, hypercritique, plaintif, préoccupé, ruminant, consciencieux et discipliné. Exprimant des autocritiques itératives, préoccupé pour son inadéquation, le dysthymique peut manifester une jubilation morbide pour ses propres échecs.

Enfin, le tempérament irritable présente une irritabilité, un comportement colérique avec une tendance à ruminer, broyer du noir, critiquer, se plaindre, avoir recours au cynisme, à l'obstructionnisme. Sur le plan comportemental, une agitation dysphorique ainsi qu'une impulsivité peuvent émerger de ce tempérament.

AKISKAL prétend que ces tempéraments correspondent à des manifestations modérées du trouble bipolaire selon un *continuum* entre les différents états de la pathologie. Ils prédisposent ainsi à la maladie, à même de développer un véritable trouble bipolaire de

¹ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

type I ou II. Ainsi, un patient consultant pour dépression et se décrivant comme quelqu'un de gai, chaleureux, au goût prononcé pour le travail, les contacts sociaux, les sensations, qualifié parfois de vantard, trop confiant et d'intrusif par son entourage, se verrait recevoir le diagnostic de bipolarité de type IV.

5.3.2.3.2 L'écart entre tempérament affectif et maladie bipolaire

Or, BOURGEOIS nous met cependant en garde devant la confusion entre tempérament affectif bipolaire et maladie bipolaire¹. Cette catégorisation renvoi uniquement à la qualité de l'humeur. Pour TELLENBACH et KRETSCHMER, bien que les rapports soient étroits entre les états tempéramentaux et la cyclicité, les psychoses maniacodépressives n'étant pas que thymiques, ces situations affectives tempéramentales ne représentent pas l'élément pathogénique décisif dans le déclenchement de la mélancolie et de la manie. Les deux auteurs intégraient des données caractérielles à leurs typus avec des constatations communes : goût assidu pour le travail et le sérieux sous le fond d'une conscience scrupuleuse, attachement à la position sociale et sensibilité aux menaces causées par certaines situations critiques².

Aussi, les tempéraments affectifs, selon l'étude d'AKISKAL, s'épanouissent dans une nosographie éparse. S'ils peuvent précéder la manico-dépression, ils s'associent volontiers à certaines personnalités pathologiques². Nous devinons aisément qu'une hyperthymie de façade s'associe volontiers au tableau de la personnalité narcissique. Elle se distingue aussi difficilement d'une personnalité dite recherche de sensation ayant tendance à répondre par l'excitation ou par l'exaltation à des *stimuli* nouveaux sur fond d'une activité exploratoire à la recherche d'une récompense et d'un évitement actif de la monotonie. De même, les frontières ne sont pas toujours claires entre la cyclothymie et l'hystérie, l'irritabilité et l'état limite, la dysphorie et la psychopathie ou encore la dysthymie et la névrose obsessionnelle. Finalement, les tempéraments affectifs pourraient concerner toute personne qui n'est pas « *schizothyme* » au sens de DELAY.

Enfin, si les écrits modernes sur le tempérament soulignent une vulnérabilité à la bipolarité, il n'est que très peu abordé la question de ce qui peut faire lien entre les hauts, les

¹ BOURGEOIS ML. Le syndrome de Cadet Rousselle, la règle de trois selon Akiskal dans le spectre bipolaire manico-dépressif. L'Encéphale 2008 ; 34/4 : 313-5.

² GISSELMANN-PATRIS. MF. Bipolarité et troubles de la personnalité. L'Information Psychiatrique 2007 ; 83/6 : 441-3.

bas et l'euthymie ou encore du sens des débordements de l'humeur et de leur place dans le vécu du patient. Le tempérament est actuellement dissocié du caractère dans les définitions actuelles de la personnalité. Son origine relèverait d'une constitution biologique opposée aux facteurs dynamiques impliqués dans le développement du caractère¹. Cette scission théorique est-elle pertinente ?

5.3.2.4 L'hyperréactivité émotionnelle

Pathologie de la vie affective, la maniaque-dépression est marquée d'une hypersensibilité devinée depuis ESQUIROL et par la nature de l'affect : absolu dans la « *puissance* » comme dans la « *souffrance* »². Les patients bipolaires parlent effectivement de la qualité particulière de leur vécu affectif, ressenti très tôt comme trop intense, trop envahissant³. Il semble aussi qu'ils présentent, en période intercritique, une réactivité émotionnelle accrue qui se traduit par une plus grande instabilité affective et des réponses émotionnelles plus vives que les sujets contrôlés⁴. DAVIDSON a montré que les individus peuvent se distinguer par le seuil nécessaire pour obtenir une réponse nécessaire à un stimulus⁵. La réactivité émotionnelle importante pourrait ainsi abaisser le seuil de développement d'une bipolarité. En plus d'un endophénotype clinique, cette plus grande réactivité émotionnelle serait un facteur de mauvais pronostic pour l'évolution de la maladie⁴.

Néanmoins, le concept d'hyperréactivité émotionnelle paraît totalement transnosographique. Une hyperréactivité est bien présente dans les personnalités du *cluster B* limites et histrioniques⁶ ainsi que certaines maladies mentales.

5.3.3 En aval du trouble bipolaire : une personnalité postmorbide ?

Apprécier la personnalité du maniaque-dépressif demande aussi de s'interroger sur la possibilité de modification de la personnalité par la maladie. La personnalité serait altérée par

¹ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

² RACAMIER PC. De l'angoisse à la manie. In : De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques. Paris : Payot, 1979.

³ CHABOT M. HUSAIN O. REEVES N. La maladie bipolaire au Rorschach et au TAT : diversité ou homogénéité ? Psychologie Clinique et Projective 2003 ; 1/9 : 255-83.

⁴ HENRY C. Clinique des troubles bipolaires. Suresnes : Lilly, 2005.

⁵ DAVIDSON RJ. Affective style and affective disorders : perspectives from affective neuroscience. Cognition and Emotion 1998 ; 12/3 : 307-30.

⁶ HENRY C. De l'épisode initial aux récurrences. Dixième Congrès de l'Encéphale, Paris, Janvier 2012.

le trouble bipolaire. Ainsi, certaines caractéristiques de la personnalité des maniaco-dépressifs pourraient correspondre à des séquelles du trouble bipolaire¹.

5.3.3.1 Modifications au cours de l'accès thymique¹

Les signes de neuroticisme, la labilité émotionnelle, la tension anxieuse, le manque de confiance en soi, sont accentués par la phase dépressive alors qu'au contraire, ils sont diminués pendant la phase de manie. Les traits de personnalité de type extraversion sont diminués en phase dépressive par contre, les traits de personnalité obsessionnelle ne sont pas modifiés par l'épisode qu'il soit dépressif ou maniaque. Un traitement thymorégulateur et une prise en charge précoce des accès permettent d'améliorer le retentissement sur la personnalité de l'épisode affectif.

5.3.3.2 Au décours de l'accès thymique¹

Il est souvent noté, un an après un épisode affectif, un mauvais ajustement interpersonnel et en particulier des difficultés relationnelles conjugales. A long terme, 2 ans après l'épisode, s'expriment des signes à type de perte de confiance en soi, de dépendance interpersonnelle et un sentiment d'insécurité. Ces réaménagements de personnalité s'aggravent au cours du temps en fonction du nombre des accès et leur intervalle de survenue. Ces signes et cette évolution ne sont pas spécifiques et pourraient se rencontrer comme séquelles de toute pathologie chronique handicapante continue ou rémittente mais ces données confirment la possible modification du caractère par la maladie bipolaire.

5.3.3.3 Sens dans la vie du sujet

EY distingue deux types de modalités d'inscription des crises dans le sens de la vie du sujet. Les crises peuvent trancher avec la continuité de l'existence et s'inscrivent comme « *entre parenthèses* », ou « *comme des accidents* ». Elles ont tendance à être rapidement oubliées, ou minimisée quant à leur importance, ou considérées comme des abréactions gênantes mais résolutive à la manière d'un mauvais rêve. Ainsi, la trajectoire de la personnalité n'est que peu perturbée et cette considération nous plonge dans la difficulté face à laquelle le clinicien se trouve en recherchant des accès maniaques ou mélancoliques de manière rétrospective. De l'autre côté, les accès peuvent s'intriquer ou persister sous forme d'une existence pathologique continue. Dans ce cas, le malade prolonge le sens de sa crise en

¹ AKISKAL HS. Personnalité pathologique, tempérament et traitement. L'Encéphale 1995 ; 11 : 47-9.

étant soit, voué à l'angoisse, au retour perpétuel vers le passé, soit, au contraire, en bondissant vers l'avenir et un bonheur chimérique¹. Ce choix de vivre dans la honte et la gravité ou dans l'insouciance et la légèreté après l'expérience d'un épisode thymique nous évoque les notions de tempéraments.

Nous rajouterons une donnée assez particulière : la jouissance et la toute-puissance vécues au cours de la phase maniaque laissent une nostalgie qui attirera sans cesse le malade comme une libération possible de son impuissance à vivre². A l'écoute d'un bon nombre de sujets ayant expérimenté un tel accès, il est effectivement frappant d'entendre dans leurs discours, même si le souvenir précis de cet état s'est évaporé, une nostalgie de la manie avec l'impression que leurs vies ont dès lors perdu de leurs couleurs. En quelques sortes, approcher les limites à un instant donné, condamnerait le sujet à vivre son existence de manière fade avec une perte de l'intérêt séquentiel. Cette position n'est pas sans nous évoquer la nouvelle de *Berlioz*, « *le suicide par enthousiasme* ». Le personnage central, « *Adolphe* », se suicide après avoir assisté à la « *Vestale de Spontini* » alors qu'il vivait les représentations de cet opéra avec la plus grande passion source d'une exaltation grandiose. Après ce vertige des sens, une vie vidée de sens ne pouvait être que l'unique possibilité incitant au choix pour la mort : « *Redescendre ?... rétrograder ?... non certes, j'aime mieux partir avant que de nauséabondes saveurs puissent empoisonner le goût du fruit délicieux que je viens de cueillir* » pouvons-nous lire dans sa lettre d'adieu.

Pour la mélancolie, le souvenir de l'angoisse de mort, de damnation, de sanction inéluctable reste assez fidèlement ancré ce qui permet des alliances thérapeutiques, même non dites, pour conjurer l'effroi et la rechute dans l'extrême culpabilité².

Enfin, un facteur personnel colore le remaniement de la personnalité et l'utilisation spécifique de mécanismes de défense. Il est clair que chacun vit différemment sa vulnérabilité thymique : certains la dénie d'autres au contraire en font un prétexte à la régression et à l'installation dans le statut de malade³.

¹ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

² BELZEAUX P. La personnalité et la psychose maniacodépressive dans les Etudes psychiatriques d'Henri Ey. L'Information Psychiatrique 2008 ; 84 : 253-8.

³ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

Au final, les traits de caractère ou de tempérament sont difficiles à distinguer de la pathologie proprement dite, des étapes présyndromiques et des séquelles postépisode¹.

5.4 Conclusion

Les troubles de la personnalité s'avèrent être des masques trompeurs de bipolarité. Il est clair que la variabilité et la richesse du tableau clinique de l'état limite, sa vision en noir et blanc, son instabilité affective présentent des similitudes avec la bipolarité. Beaucoup d'individus *borderline* pourraient être probablement considérés à tort bipolaires en raison de leurs oscillations affectives. Ainsi, la forte comorbidité entre les deux diagnostics pourrait représenter un artéfact diagnostique du fait de l'instabilité émotionnelle et témoignerait d'un recours illustratif du paradigme diagnostique du trouble bipolaire². Néanmoins, la personnalité *borderline* ne peut être comprise comme un équivalent ou un trouble bipolaire atténué³. De même, le rapport complexe entre le Moi et l'idéal du Moi du narcissique, les fluctuations, le théâtralisme et le jeu de l'hystérique nous rapprochent de la sémiologie de la maniaque-dépression. Ces personnalités, dont certaines disparaîtront probablement dans la prochaine version du DSM, ne devront pas être oubliées par les cliniciens afin de ne pas être confondues ou incluses dans le spectre thymique.

Retenons que les oscillations de l'humeur des personnalités dramatiques du *cluster B*, parfois égosyntoniques⁴, n'atteignent pas l'intensité ni la durée d'une manie ou d'une mélancolie et s'inscrivent dans une réactivité par rapport au contexte. L'analyse comparative, de FREUD, à partir de l'étude de la psychologie collective, entre les oscillations typiques du maniaque-dépressif et celles qui ressortent de la névrose ou de la normalité, rejoint ce constat⁵. Aussi, il convient de différencier ce qui relève de l'émotion ou de l'humeur, et de prendre en compte les facteurs psychopathologiques impliqués dans les troubles de la personnalité afin de bien saisir le sens particulier de ces vibrations. D'où provient cette vague affective qui n'épouse pas totalement les caractéristiques d'une psychose maniaque-dépressive mais dont le caractère est franc, se demande EY ? Nous avons tenté d'apporter quelques éléments de

¹ BOURGEOIS ML. Aspects nosologiques des troubles bipolaires maniaque-dépressifs. Considérations critiques. *Annales Médico-Psychologiques* 2009 ; 167/10 : 803-9.

² GUILLE JM. Les troubles de personnalité limite : équivalents bipolaires ou conduites impulsives ? *Perspectives Psy* 2004 ; 4/43 : 377-81.

³ HENRY C. MITROPOULOU V. NEW AS. KOENIGSBERG HW. SILVERMAN J. SIEVER LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders : similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research* 2001 ; 35/6 : 307-12.

⁴ CORRUBLE E. Personnalité et vulnérabilité aux dépressions sévères. *L'Encéphale* 2009 ; 7 : 282-5.

⁵ FREUD S. Psychologie collective et analyse du Moi. In : *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1921.

réponse. EY semble clair sur la réponse : « *C'est naturellement autour de l'angoisse que se déroulent toutes ces manifestations de déséquilibre cyclothymique ou de « crises névrotiques»* »¹, état d'âme constant et partagé par toutes formes de névroses et par un bon nombre de personnalités fragilisées². Sans une étude approfondie de ces paramètres, il apparaît difficile de différencier les troubles de la personnalité du *cluster B* avec le trouble bipolaire de type II, les cycles rapides, les états mixtes et surtout, les formes atténuées de la bipolarité autour de la cyclothymie, des tempéraments subaffectifs ou encore des hypomanies brèves, formes qui peuvent se rencontrer, non seulement dans la maniaque-dépression, mais aussi dans le parcours de vie d'une personnalité pathologique. En clair, la cyclothymie est loin d'être spécifique de la maniaque-dépression³. Si bien que la forte comorbidité entre trouble de la personnalité et bipolarité questionne le sens de ce lien. Les études épidémiologiques doivent donc faire preuve de rigueur clinique pour ne pas confondre deux entités aux nombreuses similitudes.

L'étude de la personnalité des maniaque-dépressifs ou des bipolaires reste assez peu concluante dans l'appréciation des limites et de l'autonomie de la bipolarité en regard de la personnalité. Il est difficile de dégager un dénominateur commun⁴. De EY aux auteurs contemporains, il semble bien que s'il y a intervalle libre entre les crises, le fond de la personnalité du maniaquodépressif reste assez perturbé et que le retour à la normale n'est qu'un artefact dû au contraste de phase⁴. Les données sont hétérogènes, certains axes de la personnalité du bipolaire se rapprochent de la personnalité obsessionnelle et de l'état limite, ce qui vient rendre encore plus floue la frontière. De même, la prise en compte d'une personnalité prémorbide à la bipolarité, ou modifiée par la maladie, rend plus complexe la question. Les réflexions actuelles autour de la place des tempéraments affectifs, qui sont peu articulées avec le caractère, s'éloignent des considérations phénoménologiques autour de la question du *typus*. Le chevauchement avec les personnalités pathologiques, voire la normalité, réduit la spécificité de ces tableaux et incite à la prudence avant de les considérer comme de véritables marqueurs de bipolarité.

¹ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaque-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 451.

² EY H. BERNARD P. BRISSET C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2011.

³ MORIN G. Les axes de la personnalité. *Psychologie Médicale* 1992 ; 24/2 : 174-6.

⁴ BELZEAUX P. La personnalité et la psychose maniaquodépressive dans les Etudes psychiatriques d'Henri Ey. *L'Information Psychiatrique* 2008 ; 84 : 253-8.

6 DE L'ANXIÉTÉ A LA BIPOLARITÉ

6.1 Enjeux et position du problème

En amont de ce sixième chapitre nous avons évoqué quelques rapports entre l'anxiété et la maniaque-dépression : la trajectoire angoisse-manie, supposée par RACAMIER, l'ombre de l'anxiété dans la catégorisation des épisodes dépressifs uni ou bipolaires, et aussi, l'angoisse des personnalités fragilisées conditionnant une cyclothymie névrotique. Si l'anastomose entre l'angoisse et la dépression est bien connue, le rapport anxiété-bipolarité est aussi extrêmement étroit, en témoigne cette citation de EY : « *C'est naturellement au cours de l'évolution des psychoses maniaco-dépressives que les crises d'anxiété se présentent sous leur forme les plus typiques et avec leur plus remarquable constance. Tous les degrés d'anxiété, toutes les réactions du comportement anxieux, toutes les formes de l'angoisse et de la douleur morale se rencontrent ici pour constituer les tableaux cliniques si typiques de la mélancolie anxieuse. Soulignons la liaison fréquente de l'anxiété, de l'agitation, de l'excitation intellectuelle dans les états maniaco-dépressifs mixtes* »¹.

A l'époque, dans toutes les écoles, étaient discutées les relations entre la psychose maniaco-dépressive et les troubles anxio-névrotiques, tels les phobies, ou encore l'hystérie d'angoisse². A ce jour, ils sont considérés, par de nombreux auteurs, comme des troubles pouvant masquer une maladie bipolaire³. Le rapprochement atteint son paroxysme à la lecture des travaux d'HANTOUCHE, considérant le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et la maniaque-dépression comme une « *double folie* »⁴. Le spectre bipolaire pourrait donc englober les TOC, voire l'ensemble des troubles anxieux⁴. « *Double folie* » ou simple confusion du fait de symptômes trompeurs ? Encore une fois, les similitudes et différences cliniques doivent nous interroger sur les limites et l'autonomie de la bipolarité en regard des troubles anxieux.

¹ EY H. In : VANELLE JM. Comorbidité, dépression et anxiété : les liaisons dangereuses. L'Encéphale 2005 ; 31/6/3 : 34-6.

² EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

³ GORWOOD P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. L'Encéphale 2004 ; 30/2 : 182-93.

⁴ HANTOUCHE E. Troubles bipolaires, obsessions et compulsions. Les reconnaître et les soigner. Paris : Odile Jacob, 2006.

6.2 Trouble anxieux et trouble bipolaire : « double folie » ?

6.2.1 Données épidémiologiques

Sur le plan épidémiologique, une importante comorbidité existe entre les troubles anxieux et le trouble bipolaire. Les sujets souffrant de trouble bipolaire présentent un risque plus élevé de développer un trouble panique (11 à 37 %), un TOC (3 à 35 %), une phobie sociale (0 à 47 %), un état de stress post traumatique (7 à 40 %) ou un trouble anxieux généralisé (6 à 32 %)¹. Dans l'autre sens, un trouble bipolaire concerne respectivement 13 à 23 % et 11 à 16 % des sujets souffrant de trouble panique et de TOC². L'estimation des taux de bipolarité atténuée comorbide au TOC atteint le chiffre de 30 % pour les épisodes hypomaniaques et 50 % pour la cyclothymie³. En pratique quotidienne, nous sommes effectivement régulièrement confrontés à une composante anxieuse chez les maniaco-dépressifs et presque constamment avec les sujets bipolaires de type II.

6.2.2 L'exemple des TOC bipolaires

6.2.2.1 Les TOC bipolaires

Aujourd'hui, pour HANTOUCHE, psychiatre français spécialiste des TOC et de la bipolarité, l'association de ces deux pathologies représente une condition qui va au-delà de la simple co-symptomatologie. L'auteur affirme que bipolarité et obsessions-compulsions vont de pair⁴. Nous avons précédemment décrit les liens étroits entre la personnalité obsessionnelle et le « *typus melancholicus* ». Alors que KRAEPELIN considérait une rareté de craintes obsessionnelles dans la psychose maniaco-dépressive⁵, de nombreux auteurs classiques, du XIX^{ème} et du XX^{ème} siècle, insistaient déjà sur les rapports privilégiés entre la névrose obsessionnelle et la maniaco-dépression. Dès 1891, SOLLIER décrivait la neurasthénie circulaire, concept proche de la cyclothymie ; ANGLADE pointait une alternance possible entre la neurasthénie avec idées obsédantes et la manie ; DENY et CHARPENTIER

¹ FREEMAN MP, FREEMAN SA, McELROY SL. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders : prevalence, psychobiology, and treatment issues. *Journal of Affective Disorders* 2002 ; 68 : 1-23.

² HANTOUCHE E, KOCHMAN F, DEMONFAUCON C. et al. Bipolar obsessive-compulsive disorder : confirmation of results of the « ABC-OCD » survey in 2 populations of patient members versus non-members of an association. *L'Encéphale* 2002 ; 28 : 21-8.

³ HANTOUCHE E. *Troubles bipolaires, obsessions et compulsions. Les reconnaître et les soigner*. Paris : Odile Jacob, 2006.

⁴ HANTOUCHE E, DEMONFAUCON C, ANGST J, PERUGI G, ALLILAIRE JF, AKISKAL HS. Trouble obsessionnel compulsif cyclothymique. *La Presse Médicale* 2002 ; 31/14 : 644-8.

⁵ KRAEPELIN E. *La folie maniaco-dépressive*. Bordeaux : Mollat, 2008.

considéraient les obsessions, la psychasthénie de JANET et la psychose maniaco-dépressive comme des entités relevant d'un même et unique processus¹.

Paradoxalement au désordre qui peut émerger d'un parcours de vie maniaco-dépressif, les patients bipolaires présentent souvent des traits et des comportements obsessionnels : ordre minutieux, appétence pour le rangement et le classement. Certains d'entre eux s'épanouissent dans les professions d'expert-comptable, de secrétaire, de déclarateur d'impôts et remplisseur de formulaire au sein d'une bureaucratisation croissante exigée par notre société². Ce constat nous évoque les écrits de KRAUSS et de TELLENBACH approchés précédemment. De plus, les obsessions-compulsions s'intensifient au cours des accès thymiques, voire n'apparaissent qu'au moment des décompensations pour un bon nombre de bipolaires².

6.2.2.2 Similitudes entre TOC et bipolarité

6.2.2.2.1 Une énergie mentale excessive au cours de l'hypomanie et du TOC

Certains symptômes hypomaniaques ou de mixité de l'humeur, comme le jaillissement d'idées embouteillées et encombrantes, le mentisme, la rapidité de la pensée et l'hyperactivité motrice, le sentiment de tension interne, disposent de quelques ressemblances avec les obsessions et/ou les compulsions. Ces deux pathologies traduisent une énergie mentale excessive³. Sous tendue par l'amour de l'ordre, l'idée obsédante d'une faute peut amener l'obsessionnel à déployer son activité sous une forme pseudo- maniaque⁴. Alors, le TOC pourrait-t' il être conçu comme un état mixte avec des pensées encombrantes et une hyperactivité sur un fond dépressif⁵ ?

6.2.2.2.2 Une alternance dépression et excitation

De même, l'association d'un fond dépressif, entrecoupé de périodes d'agitation, caractérise l'obsédé. Celui-ci est voué à des sentiments dépressifs qui témoignent de sa

¹ HANTOUCHE E. Troubles bipolaires, obsessions et compulsions. Les reconnaître et les soigner. Paris : Odile Jacob, 2006.

² BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

³ HANTOUCHE E, DEMONFAUCON C, ANGST J, PERUGI G, ALLILAIRE JF, AKISKAL HS. Trouble obsessionnel compulsif cyclothymique. La Presse Médicale 2002 ; 31/14 : 644-8.

⁴ ARCE ROSS G. Manie, mélancolie et facteurs blancs. Paris : Beauchesne, 2009.

⁵ HANTOUCHE E. DEMONFAUCON C. KOUKOPOULOS A. Le TOC est-il un état mixte ? Historique et modèles. Synapse 2004 ; 201 : 25-32.

faiblesse psychique, ornements par les scrupules, les doutes, le sentiment d'emprise, d'irréalité et d'étrangeté, la fatigue, le désarroi et la lassitude¹.

6.2.2.3 Liens psychopathologiques entre TOC et bipolarité

6.2.2.3.1 La spécificité des TOC bipolaires

Les troubles anxieux sur cyclothymie sont volontiers caractérisés par une grande intensité, une richesse symptomatique, une complexité, une association avec plusieurs troubles anxieux concomitants, une fréquence plus élevée de traits impulsifs ou hostiles, de crises de colère et de conduites suicidaires, enfin, une sensibilité aux thymorégulateurs contrastant avec une résistance aux sérotoninergiques². Ces particularités viendraient-elles traduire une spécificité psychopathologique ? Pour HANTOUCHE, elles pourraient dans tous les cas s'imposer comme des indices de TOC masquant une bipolarité. Il convient donc de rechercher une « *bipolarité cachée* » dans les TOC qui résistent ou s'aggravent sous traitement conventionnel.

6.2.2.3.2 Le TOC comme une défense face à la menace du chaos maniaco-dépressif ?

Le TOC, voire les traits obsessionnels, s'imposent-ils pour le bipolaire comme une adaptation ou une défense contre le chaos maniaco-dépressif qui menace³ ? Les premières manifestations de la cyclothymie sont souvent représentées par des symptômes anxieux : angoisse de séparation, phobie sociale, attaques de panique, trouble anxieux généralisé et TOC. Les rituels, la lenteur, les ruminations, le perfectionnisme, les précautions excessives pourraient être des tentatives psycho-comportementales pour contrôler les oscillations chaotiques des émotions, des pulsions et des pensées tout comme l'évitement face à la montée d'angoisse³. La compulsion serait alors une formation logique faisant face à l'impulsivité cyclothymique⁴.

¹ EY H. BERNARD P. BRISSET C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2011.

² HANTOUCHE E. AKISKAL HS. DEMONFAUCON C. *et al.* Bipolarité cachée dans le TOC : enquête collaborative avec l'association française des personnes souffrant de TOC. Annales Médico-Psychologiques 2002 ; 160 : 34-41.

³ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

⁴ HANTOUCHE E. Troubles bipolaires, obsessions et compulsions. Les reconnaître et les soigner. Paris : Odile Jacob, 2006.

6.3 Troubles anxieux et trouble bipolaire : une simple confusion ?

6.3.1 L'obsédé : entre rétention et explosion

La névrose obsessionnelle implique une lutte entre la tendance à la rétention et les formations réactionnelles. L'expression d'affects opposés de tendresse et d'hostilité rappellent la dualité des bipolaires¹. Néanmoins, si l'antagonisme et le double mouvement de la névrose obsessionnelle nous évoquent la bipolarité, ils s'éloignent de cette entité sous l'angle d'une lecture clinique rigoureuse. En fait, ils se rapprochent des descriptions classiques de la névrose obsessionnelle et de la psychasthénie décrite par JANET, caractéristique fondamentale et permanente, commune aux obsessions et aux phobies².

Ainsi, chez l'obsédé, il est possible d'observer une cyclicité illustrée par des affects opposés de tendresse et d'hostilité¹. Sur le versant de l'inhibition, le psychasthénique manifeste une tendance à la rétention, un fond dépressif et une baisse de la tension psychologique, pour être décrit comme aboulique, asthénique et dérouter². De l'autre côté, la lutte contre la tendance à la rétention donne des renversements momentanés de l'attitude sous forme de comportements explosifs de prodigalité : argent jeté par les fenêtres, accès de témérité ou de générosité³. Des agitations psychomotrices peuvent apparaître : tics, actes stéréotypés ou gestes conjuratoires, agitations idéo-verbales à type de ruminations, mentisme ou de litanie. Une des spécificités de cette hyperactivité consiste en son évanouissement dans des activités dites de bas niveaux, perdues dans la transposition, la répétition et l'apragmatisme, l'obsédé étant incapable d'élever ses actions dans la hiérarchie des fonctions du réel. L'adaptation sociale, l'exécution d'actes difficiles, l'efficacité et la précision des conduites, et l'absence de décision sont délaissées au profit d'actions vides ou incoordonnées telles que la manie de l'ordre et la méticulosité³. Cette agitation correspond donc à un véritable gaspillage énergétique sous forme d'agitations psychomotrices à type de phobies et de compulsions². Sur un fond général de rétention, la personnalité obsessionnelle se montre aussi avec des éruptions volcaniques survenant une fois les défenses saturées. Il s'ensuit une

¹ MECKLER C. Carnaval et masque pseudo-névrotique chez Robert Schumann. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale 2001 ; 5/51 : 47-52.

² THOMAS P. Personnalité obsessionnelle compulsive. In : GEULFI JD. ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2008.

³ EY H. BERNARD P. BRISSET C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2011.

expulsion incontrôlée, du fait d'une faible expérience de la vie affective, avec des déchainements agressifs, amoureux ou financiers¹.

EY conclue que la névrose obsessionnelle, avec sa phénoménologie compulsive, est parfois bien difficile à séparer de la cyclothymie voire, même, d'un véritable cycle maniaco-dépressif². Les antagonismes de cette névrose ne sont pas sans risque d'être confondus avec les formes atténuées de bipolarité. Or, les TOC dits bipolaires impliquent rarement une répétition de manie typique mais plutôt des variations de l'humeur de type cyclothymiques ou subsyndromiques³.

6.3.2 L'anxiodépressif : entre tristesse et agitation

Comment considérer le cas de « *Monsieur Vieux-Niais* » de *Daumier*, incurie, éventuellement déprimé, torturé, en proie à un mentisme et à des ruminations incoercibles que traduisent le tourment et la sévérité de son visage ? Nous avons précédemment souligné le risque de confusion entre un épisode dépressif teinté d'une anxiété débordante et l'état mixte. Nous n'avons pas retrouvé d'éléments différentiels permettant de nous orienter dans la démarcation d'une angoisse relevant d'un syndrome anxio-dépressif ou celle témoignant d'un état mixte. Dans ce deuxième cas, serait-elle plus intense, massive, intolérable, hermétique et innommable se rapprochant de l'angoisse psychotique et schizophrénique ? Ou bien, peut-elle être mise en lien par le malade lui-même, qui, traversant un ressenti paradoxal entre l'éprouvé dépressif et maniaque, décrirait alors un inconfort anxiogène ?

Aussi, nous rajouterons que les scrupules, les sentiments d'irréalité et d'étrangeté, la fatigue, les ruminations, les thèmes de culpabilité et d'auto-accusation sont particulièrement fréquents au cours des dépressions secondaires aux TOC⁴, nous rapprochant ainsi de la mélancolie. En d'autres termes, la rigidité du Surmoi s'applique aussi bien à l'obsessionnel qu'au mélancolique. Le jeu de cette instance conditionne la morale caricaturale dont l'obsédé

¹ DEBRAY Q. NOLLET D. Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

² EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

³ LIPSKI H. BAYLE F. Troubles bipolaires et comorbidité psychiatrique. Revue du Praticien 2005 ; 55 : 501-6.

⁴ LEMPERIERE T, RONDEPIERRE C. Clinique et aspects actuels des troubles obsessionnels. L'Encéphale, 1990, 16 : 347-53.

ne cesse de se défendre avec un certain plaisir quelque peu masochiste et la distinction avec une décompensation mélancolique de forme obsessionnelle n'est pas toujours évidente¹.

6.3.3 Le phobique : entre inhibition et fuite en avant

EY insiste sur l'oscillation entre l'introversion et l'extraversion, présente au cœur de certaines problématiques qu'il nomme « *névroses cyclothymiques* »², trouvant dans le caractère phobique leur meilleure illustration clinique³. Le phobique se distingue par une position d'inhibition, un retrait de la vie affective, une attitude passive. En témoignent certaines inhibitions sexuelles, la timidité avec l'autre sexe ou encore l'indécision. Parfois, une position d'inhibition est totale, épousant la forme d'un repli général sur soi, un refus de contact avec autrui. Ces traits alternent volontiers avec les fuites en avant bien connues. A travers cette trajectoire, la passivité laisse place à une abondante activité, un caractère hautain, un comportement de défi et de sur-occupation : le sujet ne peut rester inoccupé une minute. Une frénésie d'activité le lance sans arrêt d'un sujet à l'autre. Une fois les activités réelles épuisées, l'intéressé aboutit à un investissement et à des occupations dépourvus de sens apparent : écoute ininterrompue de la radio, sorties interminables sans pouvoir se résigner à rentrer, lectures surabondantes sous la forme d'une « *gloutonnerie optique* ». Il faut faire et faire encore, afin de ne pas perdre de temps et de ne pas risquer de se perdre à penser tout seul. Ce refuge dans la fuite contraste avec l'attitude passive inhibée mais répond bien à la problématique constante de l'homme phobique : une crainte devant les réalités de la vie³.

EY nous donne l'exemple d'un jeune homme, d'extraction sociale modeste, ayant réussi en quelques années une série de performances professionnelles, passant du rang de petit employé à celui de directeur d'entreprise³. Rien ne lui résiste, il a pris l'habitude de s'attaquer à ce qu'il y a de plus difficile, son parcours de vie épouse une suite de défis. Il consultera pour une explosion de phobies classiques qui surviennent alors qu'il a paradoxalement triomphé dans tous ses objectifs. Pour EY, son problème réside dans le fait qu'il ne peut plus fuir car son caractère révélait une défense d'ordre phobique. A la lecture de son parcours de vie, bien actif, notre sujet aurait donc pu répondre aux critères d'un tempérament hyperthymique. Il aurait aussi probablement répondu à un moment donné de sa vie, notamment lorsque ses

¹ EY H. Etude N°22 : mélancolie. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

² EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

³ EY H. BERNARD P. BRISSET C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2011.

défenses se trouvaient dans l'impasse paradoxale du triomphe accompli, aux critères d'un épisode dépressif majeur, comorbidité fréquente des troubles anxieux. Ainsi, ce cas clinique pourrait se confondre avec celui d'un bipolaire de type IV.

6.4 Le cas Robert Schumann

Robert Schumann était-il bipolaire ? « *Florestan* », assaillant, bruyant et pétulant, épris des caprices les plus étranges et « *Eusebius* », dans l'ombre, plus modeste et plus tendre, illustreraient-ils une éventuelle polarité de l'humeur de leur auteur ? Sans reprendre une psychobiographie complète du musicien, nous ne pouvons pas nous prononcer sur la nature de son trouble. Pourquoi ce cas nous intéresse-t-il ici ? Pour de nombreux auteurs, *Schumann* était considéré comme relevant de la psychose¹, notamment de la maniaco-dépression² ; pour d'autres, la névrose, particulièrement dans une forme phobo-obsessionnelle, était à même d'expliquer ses manifestations morbides³. Enfin, certains travaux abondent dans le sens d'une association entre ces deux entités. Ces considérations diagnostiques opposées témoignent de la possible ambiguïté clinique entre bipolarité et troubles anxionévrotiques, et interrogent sur les liens entre ces deux entités.

La courbe des productions musicales du musicien est considérée comme un argument de poids pour étayer le diagnostic de bipolarité chez l'artiste. Etabli par SLATER et MAYER en 1959, le tracé représente une sinusoïde qui serait caractéristique de périodes hypomaniaques créatrices et de périodes dépressives stériles⁴. Or, d'autres processus pourraient être questionnés en amont du rythme particulier de cette productivité. ANDRE avance que les périodes fécondes, caractérisées par la rapidité phénoménale de composition de *Schumann*, pourraient provenir d'une lutte contre un sentiment d'insécurité, avec pour motivation de considérer au plus vite l'œuvre achevée afin que l'auteur soit rassuré quant à sa valeur. Ce dynamisme nous rappelle celui de la fuite en avant³. Toujours selon ANDRE, la possibilité pour *Schumann* de composer plusieurs œuvres en même temps relèverait de l'exploitation d'un même thème repris comme une obsession lancinante que l'artiste ne pourrait abandonner sans en avoir épuisé toutes les ressources afin de ne rien gaspiller³. Dans le cadre de traits de personnalité phobo-obsessionnelle, ces périodes propices à la création

¹ MECKLER C. Carnaval et masque pseudo-névrotique chez Robert Schumann. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2001 ; 51/5 : 47-52.

² BRENOT P. Bipolarité et créativité. Le Bouscat : L'Esprit du Temps, 2008.

³ ANDRE P. *Schumann, les chants de l'ombre*. Paris : Lattès, 1982.

⁴ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

alterneraient pour ANDRE avec des périodes stériles relevant de la psychasthénie¹. Enfin, à la suite du décès de son frère *Julius*, de sa belle-sœur, puis de sa mère en 1836, *Schumann* présentera une hyperactivité musicale² pouvant évoquer un hyperinvestissement afin de contourner l'effondrement que peut exprimer toute personne dans ce contexte de deuils cumulés. Mais nous pourrions aussi rajouter que tous les artistes traversent des moments illuminés de créations et d'autres périodes plus sombres. L'inspiration, au gré de ses caprices, pourrait ainsi conditionner l'oscillation créatrice de notre artiste, nous éloignant d'un processus morbide. Dans tous les cas, un même fait, un même symptôme, peut résulter de mécanismes différents.

Selon l'hypothèse d'une atteinte par la psychose maniaco-dépressive, la pathologie de *Schumann* aurait été longtemps masquée par des signes d'allure névrotique, ce qui souligne une interaction possible entre ces deux entités. Présenter une personnalité obsessionnelle, ou une pléiade de symptômes de façade névrotiques, ne contre-indique en aucune façon d'envisager les troubles du côté de la structure psychotique³. Il pourrait s'agir d'une symptomatologie d'emprunt, épousant la valeur d'une défense contre l'angoisse psychotique, permettant au sujet de maintenir une certaine cohérence³. Le parallèle est-il possible avec la schizophrénie masquée par des obsessions-compulsions ? Les symptômes d'allure névrotique qui masquent une psychose comprennent quelques particularités faisant récuser une véritable organisation névrotique : atypicité clinique, multiplicité et labilité de la symptomatologie ou encore caractère extensif, marqué, bizarre, atypique et curieux de phobies évoluant vers une panphobie³.

Au final, le cas de *Schumann* questionne dans toutes les directions le rapport entre la manie, l'angoisse et la névrose obsessionnelle. Il illustre la question des similitudes, des différences, interroge sur l'autonomie et les limites de la bipolarité et les confusions possibles avec certains diagnostics différentiels.

6.5 Conclusion

Il existe bien un lien entre l'angoisse et la bipolarité. La question de la valeur psychopathologique de cette anastomose, notamment entre le TOC et la bipolarité, reste

¹ ANDRE P. *Schumann, les chants de l'ombre*. Paris : Lattès, 1982.

² BRENOT P. *Bipolarité et créativité*. Le Bouscat : L'Esprit du Temps, 2008.

³ MECKLER C. Carnaval et masque pseudo-névrotique chez Robert Schumann. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2001 ; 51/5 : 47-52.

entièrement ouverte. Elle pourrait motiver la réalisation de travaux futurs afin de mieux saisir ce rapport¹. Il convient de bien rechercher, systématiquement, une bipolarité cachée chez un patient présentant des troubles anxieux. Néanmoins, une bipolarité atténuée ne doit pas être confondue avec la tachypsychie et l'hyperactivité de l'anxieux, le dualisme rétention-expulsion de l'obsessionnel, l'alternance entre l'introversion et l'extraversion du phobique. Pour le clinicien, il s'agit d'un défi lancé par l'élargissement du spectre bipolaire vers les formes pseudo-névrotiques².

7 DE L'IMPULSIVITE A LA BIPOLARITE

7.1 Enjeux de la question

L'impulsivité se définit comme une prédisposition à présenter des réactions imprévues à partir de *stimuli* internes ou externes sans considération des conséquences négatives éventuelles. Il en résulte une incapacité à résister à une impulsion, et/ou, à différer un comportement. Elle repose sur un défaut d'inhibition comportementale³. Il s'agit donc d'une tendance aux actes soudains et incoercibles échappant au contrôle de la volonté et se déroulant quasi automatiquement et inéluctablement lorsqu'ils ont été commencés. Pour BOWDEN, l'impulsivité constitue le symptôme typique et fréquent du trouble bipolaire⁴. Des études récentes anglo-saxonnes tendent à rattacher les troubles impulsifs au spectre bipolaire⁴ en y intégrant le trouble hyperactivité-déficit de l'attention (TDAH), certaines conduites à incidence délictueuse, et les troubles du contrôle de l'impulsion (TCI) comme le propose McELROY⁵. La question de la validité de cette extension nous invite à explorer les liens entre le trouble bipolaire et d'autres affections mentales présentant une composante impulsive.

¹ CHEOUR M. LOUATI A. ELLOUZE F. ABOUB H. HASSAIRI A. KHALOUI M. Syndrome de lenteur obsessionnelle et bipolarité : à propos d'un cas. *Psy Cause* 2009 ; 54 : 37-9.

² MARNEROS A, ANGST J. Bipolar disorders : roots and evolution bipolar disorders : 100 years after manic depressive insanity. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers, 2000.

³ MOELLER FG. BARRATT ES. DOUGHERTY DM. SCHMITZ JM. SWANN AC. Psychiatric aspect of impulsivity. *American Journal of Psychiatry* 2001 ; 158 : 1783-93.

⁴ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

⁵ McELROY SL. POPE HG Jr. KECK PE Jr. *et al.* Are impulse-control disorders related to bipolar disorder ? *Comprehensive Psychiatry* 1996 ; 37/4 : 229-40.

7.2 Impulsivité et maniaco-dépression

7.2.1 Impulsivité et maniacodépression selon Kraepelin

Si la recherche médicale manifeste un intérêt accentué pour ce lien depuis quelques années, une dimension impulsive est déjà évoquée depuis plus d'un siècle. Ainsi, KRAEPELIN notait que « *Les troubles de loin les plus frappants de la folie maniaco-dépressive concernent le domaine de la volonté et de l'action* »¹. Dans l'état maniaque, il apparaît une excitation générale de la volonté. Toute impulsion interne semble conduire aussitôt le maniaque à l'action, générant une activité permanente, teintée de projets et de conduites inadaptés sans aucune retenue. Cette vivacité se déploie sur le plan moteur et psychique. Il en ressort une hyperactivité sans aucune fatigabilité, un grand besoin de parler, une association par assonance mais qui reste apragmatique, le malade étant incapable de mener à bien un quelconque projet à long terme car de nouvelles impulsions s'emparent constamment de lui et le détournent de son but. L'impulsivité et l'excitabilité atteignent leur paroxysme dans le tableau de la fureur maniaque : « *Les impulsions se pressent, et la cohérence de l'activité disparaît peu à peu* »¹. L'inverse de cette symptomatologie pour KRAEPELIN se retrouve évidemment dans la dépression. L'inhibition de la volonté remplace le besoin d'activité. Enfin, les classiques états d'inhibition stuporeux ou catatoniques, peuvent s'alterner avec des états intenses de décharge et d'impulsivité².

7.2.2 Etudes neuropsychologiques actuelles

Les études neuropsychologiques confirment les observations de KRAEPELIN. Elles démontrent que le score d'impulsivité est plus intense chez les bipolaires par rapport aux dépressifs unipolaires et aux sujets témoins. Ce score varie au cours des phases de la maladie : les résultats s'accordent sur une impulsivité accentuée au cours des manies, des états mixtes mais aussi, à moindre mesure, en période dite euthymique³. Il est noté un déficit neurocognitif dans les domaines de la prise de décision, de la planification, de l'attention soutenue⁴. Les résultats divergent à propos de la phase dépressive³.

¹ KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008. P. 26.

² KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008.

³ NAJT P. PEREZ J. SANCHES M. PELUSO MAM. GLAHN D. SOARES JC. Impulsivity and bipolar disorder. European Neuropsychopharmacology 2007 ; 17 : 313-20.

⁴ OUALI I. ZOUARI L. OMRI S. et al. Evaluation du niveau d'impulsivité chez les patients atteints de trouble bipolaire de type I suivis en ambulatoire. Dixième congrès de l'Encéphale, Paris, Janvier 2012. PO.

Au final, l'impulsivité correspond donc bien à un trait clinique des patients bipolaires en phase maniaque et, à moindre mesure, en période normothymique. Elle expliquerait en partie le recours des maniaco-dépressifs vers des conduites suicidaires, délictueuses et addictives¹.

7.3 Bipolarité et conduites d'allure psychopathique

L'étude de l'évolution, du parcours de vie du maniaco-dépressif, mettra en évidence un changement, un contraste entre des périodes dépressives marquées par l'inhibition, les périodes euthymiques marquée d'une retenue dite névrotique et les périodes d'élévation rompant avec les bienséances, si bien, qu'une conduite d'allure psychopathique doit faire évoquer un syndrome dysthymique non exprimé auparavant².

7.3.1 Troubles bipolaires et actes médicaux légaux

7.3.1.1 « L'image du chaos, du désordre et de l'erreur »

La question d'une bipolarité dans l'exercice de l'expertise dispose d'un enjeu fondamental en matière de responsabilité. Alors que pour PINEL : « *Les accès maniaques font plus de bruit que de mal* »³, SENON et CORDIER nous rappellent que les incidences médico-légales de la bipolarité, tant dans le domaine civil que pénal, ont longtemps été sous estimées^{4,5}. Le champ clinique de la bipolarité se recoupe avec celui de toutes les extravagances, folies, chaos, désordres, agressions, transgressions et autres incartades. ESQUIROL écrivait déjà en 1818 : « *Le maniaque présente l'image du chaos, du désordre et de l'erreur...* »⁶.

Au sein des Unités de Malades Difficiles, le trouble bipolaire est d'ailleurs associé, dans plus de 50 % des cas, à une autre pathologie et ce chevauchement complexifie le

¹ NAJT P. PEREZ J. SANCHES M. PELUSO MAM. GLAHN D. SOARES JC. Impulsivity and bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology* 2007 ; 17 : 313-20.

² BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

³ PINEL P. In : BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

⁴ CORDIER B. Troubles bipolaires : une incidence médico-légale sous-estimée. *La Revue du Praticien* 2005 ; 55/5 : 510-1.

⁵ SENON JL. MANZANERA C. PAPET N. Aspects médico-légaux des troubles bipolaires. *L'Encéphale* 2006 ; 32/2 : 547-52.

⁶ ESQUIROL JE. In : BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

diagnostic¹. Les troubles caractérisés, associant irritabilité, impulsivité, menaces, intolérance à la frustration, pourraient être, en réalité, les manifestations d'un trouble de l'humeur, notamment, un trouble bipolaire pseudopsychopatique². Enfin, ces troubles du comportement à incidence pénale ou civile peuvent apparaître au premier plan de la scène clinique de la maniaco-dépression. Ces considérations nous alertent sur la possibilité d'un sous-diagnostic². A l'inverse, le spectre bipolaire s'étend, se démocratise et la cause d'une décompensation maniaque et dépressive est parfois plaidée par excès devant les tribunaux afin de déresponsabiliser certains sujets³.

7.3.1.2 Actes civils et pénaux

La toute-puissance sans limite du maniaque, son impulsivité, sa désinhibition, s'accordent mal avec les principes, les règles d'un cadre, les lois des convenances et des usages. En phase maniaque, les homicides volontaires restent rares, mais les homicides involontaires le sont moins, principalement du fait d'une conduite automobile dangereuse avec infraction au code de la route. Des violences volontaires, des atteintes à l'intégrité physique de la personne, correspondent généralement à des affrontements contre toute forme d'autorité ou contre les soignants. Existente aussi des déviations sexuelles dans les domaines du harcèlement et de l'attentat à la pudeur avec exhibitionnisme. Plus rarement, des passages à l'acte sexuel avec violence physique et viol relèvent de troubles maniaques. Enfin, le vol, la grivèlerie, l'escroquerie, les dégradations de biens publics, ou appartenant à autrui, représentent les principales infractions contre les biens^{4,5}. Entre parenthèse, les manies secondaires à une organicité disposent d'une irritabilité et d'un comportement agressif plus fréquents².

En phase dépressive, les homicides volontaires ne sont pas exceptionnels, sous forme de suicide altruiste ou élargi ou encore de meurtre en masse avant suicide. L'homicide involontaire est en général une conséquence du moyen suicidogène utilisé : arme à feu, gaz, accident de la voie publique ou précipitation^{4,5}. Plus fréquemment, des infractions au code de

¹ ROBINS LN. REGIER PA. Psychiatric disorder in America : the epidemiologic catchment area study. New-York : Free Press, 1991.

² BELIARD S. Autour du trouble bipolaire : questions diagnostiques et options thérapeutiques en unités pour malades difficiles. L'Information Psychiatrique 2003 ; 79/9 : 817-27.

³ NOONAN JR. JOHNSON RK. The misuse of the diagnosis of bipolar disorder in the forensic context. American Journal of Forensic Psychology 2002 ; 20 : 5-19.

⁴ CORDIER B. Troubles bipolaires : une incidence médico-légale sous-estimée. La Revue du Praticien 2005 ; 55/5 : 510-1.

⁵ SENON J.L. Du bon usage des psychotropes chez l'hystérique. Europsy News 2001 ; 1/2 : 16-9.

la route peuvent être sous tendues par une inattention avec ralentissement et les formes cliniques de dépression masquée favorisent les troubles des conduites à l'adolescence, l'abus de substances, la kleptomanie, des conduites sexuelles déviantes ou diverses formes d'actes de violence et de criminalité¹.

Les actes de la vie civile particulièrement concernés par la bipolarité sont les achats, les ventes, les contrats, les donations, les testaments, les successions, le mariage, le divorce, l'adoption voire le changement d'état civil. En ce qui concerne la dépression, il faut envisager les risques de négligence ou d'abstention pour les obligations administratives ou contractuelles. En phase maniaque, ce sont les classiques achats inconsidérés, la prodigalité, et toute imprudence dans les affaires, c'est-à-dire toute décision matérielle inspirée par la désinhibition ou par la mégalomanie².

7.3.2 Psychopathie et ses avatars thymiques

Alors que la bipolarité expose le malade à une rupture avec les convenances, l'instabilité affective caractérise bien la personnalité antisociale. Sur un fond d'oisiveté et de désœuvrement, de difficulté d'exécution et de décision, une passivité peut être émaillée par une expansion psychomotrice, le psychopathe étant sujet à des crises d'expansion mégalomaniaque. Elles se traduisent volontiers par des révoltes, une exaspération, des tensions personnelles, une impulsivité et des dispositions paranoïaques caractérielles³. Sur le plan psychopathologique, les exigences mégalomaniaques de la personnalité déséquilibrée prennent la forme d'une demande d'amour impossible à satisfaire³, et/ou, visent à compenser un complexe d'infériorité et une angoisse afin de substituer une malheureuse condition à travers une fiction consolatrice⁴. D'autre part, un comportement d'allure psychopathique avec un caractère voyant, une mise en scène des passages à l'acte, un « *donner à voir* », un don juanisme et des rapports sociaux érotisés, ne doivent pas être confondus avec la flamboyance

¹ BELIARD S. Autour du trouble bipolaire : questions diagnostiques et options thérapeutiques en unités pour malades difficiles. *L'Information Psychiatrique* 2003 ; 79/9 : 817-27.

² CORDIER B. Troubles bipolaires : une incidence médico-légale sous-estimée. *La Revue du Praticien* 2005 ; 55/5 : 510-1.

³ MERCUEL A, GUEDJ MJ, RAMPA S, GALLOIS E, GAUILLARD J, CAROLI F. Les conduites psychopathiques *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 2003 ; 37-320-A-30 : 1-10.

⁴ EY H. Etude N°19 : Mégalomanie. In : *Etudes Psychiatriques : aspects sémiologiques*. Paris : Desclée de Brouwer, 1950.

du maniaque. Il est de bon ton de rappeler qu'un comportement antisocial peut cristalliser une hystérie masculine¹.

Les états dépressifs se caractérisent par une large expression clinique entre le simple ennui et la profondeur dépressive d'une grande sévérité en lien avec l'histoire abandonnique de ces sujets, l'absence de soutien narcissique, les difficultés d'identification par défaut de structuration des instances idéales et de repères psychosociaux².

L'alternance entre passivité et exaltation, les oscillations thymiques mais aussi les anomalies de la neurotransmission sérotoninergique et noradrénergique, retrouvées dans les deux entités, et l'efficacité des thymorégulateurs questionnent sur une association voire un équivalent bipolaire². Certains avanceront que cette instabilité fait partie du tableau de la personne antisociale mais il est à noter que le rapport entre psychose maniacodépressive et psychopathie reste une question souvent discutée, pathologies apparentées, voire en miroir³.

7.3.3 Aide au diagnostic différentiel

Outre les spécificités psychopathologiques en faveur de la psychopathie, les manifestations thymiques se distinguent par leur brutalité avec des états d'excitation volontiers engendrés par les toxiques ou certains psychotropes désinhibiteurs. Deuxièmement l'impulsivité, l'instantanéité, l'impossibilité à différer et le défaut d'élaboration psychique sont des traits fondamentaux et constants de la personnalité antisociale alors qu'une survenue de comportements délictueux seulement en période de décompensation thymique oriente vers la bipolarité².

D'autre part, l'accès à la honte et au remords, peuvent prendre une tournure de culpabilité extrême lors des phases dépressives du bipolaire alors que la culpabilité est faible dans la psychopathie⁴. Le vécu est plutôt projectif voire persécutif sans critique. Aussi, des frustrations précises ou des profits bien évidents se retrouvent en amont des actes. La tendance à tromper par profit ou par plaisir, en pleine conscience et de manière lucide, le

¹ DELAGE M. : Clinique actuelle de l'hystérie. *Europsy News* 2002 ; 1/2 : 78-83.

² MERCUEL A, GUEDJ MJ, RAMPA S, GALLOIS E, GAUILLARD J, CAROLI F. Les conduites psychopathiques *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 2003 ; 37-320-A-30 : 1-10.

³ CHARTIER JP. Circulez, il n'y a rien à voir. *Clinique psychanalytique des états dits « bipolaires »*. *Topiques* 2009 ; 3/108 : 237-47.

⁴ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. *Comprendre et soigner les troubles bipolaires*. Paris : Odile Jacob, 2007.

mépris inconsidéré pour autrui, la loi, la sécurité de soi-même et des autres sont en faveur de la psychopathie¹ même si ces données peuvent éventuellement se retrouver dans la manie².

Enfin, l'histoire de vie de la personne antisociale constitue une aide au diagnostic différentiel. Elle se compose, généralement, de troubles apparus avant ou lors de l'adolescence à travers des troubles des conduites réunissant un ensemble de comportements répétitifs et persistants à travers lesquels sont bafouées la loi et les règles de la vie sociale. La biographie est souvent marquée de carences affectives et éducatives avec des antécédents de maltraitance³.

7.3.4 Une parenthèse sur la personnalité paranoïaque²

Une répétition de conflits avec l'entourage, l'ordre public, la question d'une difficulté à considérer les limites questionnent sur la frontière entre une hyperthymie ou une hypomanie chronique et une constitution paranoïaque de la personnalité. Néanmoins, l'univers morne et monotone de la personnalité paranoïaque, sa retenue dans l'expression affective, nous éloigne de l'instabilité du bipolaire.

7.4 L'hyperactivité de l'adulte

7.4.1 Définition et enjeux

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), encore nommé trouble hyperactivité avec déficit de l'attention (THDA) ou trouble hyperkinétique selon la CIM X, soulève un bon nombre d'interrogations et de controverses d'autant plus dans sa forme adulte. Le TDAH de l'adulte se définit comme « *Un mode persistant d'inattention, d'hyperactivité et /ou d'impulsivité plus fréquent et plus sévère que celui habituellement observé chez des sujets d'un niveau de développement similaire* »⁴. Or, l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité sont autant de caractéristiques qui nous évoquent la bipolarité. En parallèle, l'expression clinique du TDAH de l'adulte est peu connue des cliniciens et sa réalité, son existence chez

¹ MERCUEL A, GUEDJ MJ, RAMPA S, GALLOIS E, GAUILLARD J, CAROLI F. Les conduites psychopathiques Encyclopédie Médico-Chirurgicale 2003 ; 37-320-A-30 : 1-10.

² BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

³ BELIARD S. Autour du trouble bipolaire : questions diagnostiques et options thérapeutiques en unités pour malades difficiles. L'information psychiatrique 2003 ; 79/9 : 817-27.

⁴ BLONDEAU C, RENERIC JP, MARTIN-GUEHL C, BOUVARD M. Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité à l'âge adulte : concept, tableau clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Annales Médico-Psychologiques 2009 ; 167/3 : 234-42.

l'adulte, demeurent controversées. S'agirait-t' il alors d'une sous-entité de bipolarité ou d'un syndrome différent mais à risque de confusion nosographique ?

7.4.2 Validité du concept ?

Quelle est la validité du TDAH chez l'adulte ? S'agit-il d'un effet de mode ? Est-il au contraire trop peu considéré en France ? A son sujet, les études dans la littérature internationale se sont multipliées ces trente dernières années à hauteur d'une cinquantaine d'articles publiés chaque année depuis 2002¹.

7.4.2.1 D'anciennes descriptions

Plusieurs arguments plaident en faveur de l'existence de ce trouble à l'âge adulte¹. Premièrement, des descriptions anciennes proviennent d'auteurs classiques². Encore une fois, un retour par KRAEPELIN s'impose. L'auteur notait, à propos des « *instables* » ou « *psychopathes instables* », une incapacité pour assumer un travail dans la durée et dans le fond. La dispersion succède au « *zèle* » initial pour entraîner « *fautes grossières* » et « *négligences* » avec toutes les « *nuances possibles* » étendues entre un simple écart de la norme et un état franchement morbide. L'aliéniste affirmait que les premiers symptômes débutaient lors de la vie scolaire de ces adultes². A ce jour, un tableau clinique est relativement bien identifié avec une concordance avec la clinique des classiques¹.

D'autres proviennent de la littérature. Dans « *L'Etourdi* », œuvre de Molière, « *Lélie* » se trouve sujette aux contretemps, impairs, négligences et maladroites entravant le stratagème de « *Mascarille* ». Notre personnage au comportement agité, impulsif, accusant des difficultés attentionnelles, représenterait une illustration littéraire du tableau de l'hyperactivité de l'adulte². « *Ménalque* » de La Bruyère ou encore « *Le distrait* » de Renard pourraient correspondre à d'autres exemples, offerts en caricature au public du XVII^{ème} siècle avide des péripéties de ce type d'humain².

7.4.2.2 Devenir de l'hyperactivité de l'enfant à l'âge adulte

Le devenir à l'âge adulte des enfants atteints de TDAH a disposé de considérations bien différentes en fonction des époques.

¹ BLONDEAU C. RENERIC JP. MARTIN-GUEHL C. BOUVARD M. Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité à l'âge adulte : concept, tableau clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques. *Annales Médico-Psychologiques* 2009 ; 167/3 : 234-42.

² BANGE F. MOUREN MC. Comprendre et soigner l'hyperactivité chez l'adulte. Paris : Dunod, 2005.

7.4.2.2.1 Troubles comorbides à l'âge adulte^{1,2}

Les enfants turbulents, selon les considérations de la première moitié du siècle dernier, étaient voués à une évolution péjorative vers la délinquance, la psychopathie ou encore la polytoxicomanie alors que les travaux actuels distinguent d'autres troubles mentaux, ou bien une greffe de pathologies comorbides, pouvant également émailler le devenir des enfants hyperactifs. En dehors de la comorbidité thymique, ces troubles concernent l'apparition d'un trouble de la personnalité notamment psychopathique dans plus d'un cas sur cinq, de troubles anxieux, psychosomatiques et addictifs ainsi qu'une tendance au recours à l'agir.

7.4.2.2.2 Une persistance possible à l'âge adulte

Si une évolution péjorative peut donc marquer le devenir des enfants hyperactifs, LAUFFER, un des premiers spécialistes de l'hyperactivité de l'enfant dans les années 1950, affirmait que le TDAH ne persistait pas à l'âge adulte. Par la suite, cette considération a été remise en cause, principalement suite aux travaux de WENDER dans les années 1970, un des pionniers du concept de persistance du TDAH chez l'adulte. WENDER remarquait chez certains parents d'enfants hyperactifs une histoire développementale similaire à celle de leur enfant et décrivaient la persistance d'une gêne. Il est ainsi admis que le TDAH puisse soit disparaître, soit persister à l'âge adulte¹.

Les études épidémiologiques modernes confirment ce constat. Une histoire familiale avec des corrélats cliniques entre les apparentés est retrouvée. Les symptômes du TDAH persistent entre 8 et 85 % chez l'adulte avec une prévalence du trouble passant de 1 à 12 % chez l'enfant, à 1 à 7 % chez l'adulte selon les trois principales études longitudinales de WEISS et HECHTMAN de 1985, de GITTELMAN-KLEIN et MANNUZZA de 1985 et de TYLOR en 1996³. Cette hétérogénéité de chiffre s'explique par des différences méthodologiques autour du type d'informateur interrogé, des définitions utilisées pour le trouble et les critères de persistance ainsi que du mode d'évaluation à type d'auto ou d'hétéroévaluation³. Plus précisément, un déclin exponentiel de la maladie est objectivé avec une diminution de 50 % tous les 5 ans. L'évolution se décline avec 60 % de rémission

¹ SCHLOSSER C. KOVACS A. FERRERO F. Devenir à l'âge adulte du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (ADHD) : aspects épidémiologiques et cliniques. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2002 ; 153/1 : 29-35.

² TOUATI B. Hyperactivité : la fin de l'histoire... du sujet. Le Carnet Psy 2003 ; 1/78 : 20-3.

³ BLONDEAU C. RENERIC JP. MARTIN-GUEHL C. BOUVARD M. Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité à l'âge adulte : concept, tableau clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Annales Médico-Psychologiques 2009 ; 167/3 : 234-42.

syndromique à 18/20 ans mais avec seulement 30 % de rémission symptomatique caractérisée par une absence de gêne et 10 % de rémission fonctionnelle¹. Une disparition quasiment complète des symptômes caractérisent la majorité des sujets trentenaires. Par ailleurs, dans les études pharmacothérapeutiques, une amélioration considérable est apportée par les psychostimulants. Le taux de réponse aux psychostimulants des adultes TDAH est identique à celui de l'enfant soit près de 80 % de rémission symptomatique².

7.4.2.2.3 Particularités de l'hyperactivité de l'adulte par rapport à celle de l'enfant

FARAONE explique que les formes persistantes du TDAH sont probablement hautement familiales³. L'autre point majeur concerne la clinique. Il est important de noter que la symptomatologie de l'enfant hyperactif ne se superpose pas à celle de l'adulte, donnée qui n'est pas prise en compte dans les classifications internationales¹. Le clinicien doit être averti de certaines différences afin d'apprécier au mieux la clinique de l'hyperactivité de l'adulte.

7.4.3 Similitudes avec la bipolarité

Plusieurs points abondent en faveur d'un rapprochement entre trouble bipolaire et hyperactivité.

7.4.3.1 Épidémiologie

Un quart des enfants hyperactifs ont, ou auront, un diagnostic de bipolarité, ce qui confère à l'hyperactivité un prédicteur de trouble bipolaire avéré mais modeste, alors que l'enfance d'adultes bipolaires paraît fréquemment marquée d'une hyperactivité⁴. Entre 14 et 20 % des sujets bipolaires souffrent d'hyperactivité alors que 10 à 20 % des sujets hyperactifs manifestent un trouble bipolaire comorbide⁵. Dans ce cas, il existe une prédominance masculine, une apparition plus précoce de la bipolarité, une dimension hyperactivité/impulsivité plus accentuée et une évolution plus sévère du TDAH et du trouble

¹ BLONDEAU C. RENERIC JP. MARTIN-GUEHL C. BOUVARD M. Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité à l'âge adulte : concept, tableau clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques. *Annales Médico-Psychologiques* 2009 ; 167/3 : 234-42.

² SPENCER T. BIEDERMAN J. WILENS T. et al. A large, double-blind, randomized clinical trial of methylphenidate in the treatment of adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry* 2005 ; 57 : 456-63.

³ FARAONE SV. Genetics of adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Clinical North America* 2004 ; 27 : 303-21.

⁴ JAUNAY E. EVEN C. GUELFY JD. Trouble déficitaire attentionnel avec hyperactivité et trouble bipolaire. Une revue. *Annales Médico-Psychologiques* 2003 ; 161/1 : 59-62.

⁵ SACHS GS. BALDASSANO CF. TRUMAN CJ. et al. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with early – and late – onset bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 2000 ; 157/3 : 466-8.

bipolaire¹. Une agrégation familiale entre les deux troubles est objectivée : selon WINOKUR, 20 % des apparentés de premier degré des adultes bipolaires souffrent de TDAH². Enfin, FARAONE a montré que la prévalence du TDAH est plus importante chez les enfants de bipolaires (15 %) par rapport aux enfants témoins (5 %)³.

Le sexe ratio de l'hyperactivité tend à s'équilibrer à l'âge adulte. Nettement en faveur d'une prédominance de garçons dans l'enfance (2 à 4 pour une fille), l'écart se réduit à l'âge adulte (1 à 1.8 sujets masculins pour 1 sujet féminin) ce qui se rapproche du sexe ratio équilibré de la bipolarité de type I⁴. Troisièmement, le trouble hyperactif de l'adulte et la maniaque-dépression partagent des comorbidités communes principalement les conduites suicidaires, les abus de substances avec polytoxicomanie et les troubles anxieux⁵.

7.4.3.2 La triade hyperactivité, inattention, impulsivité et la perturbation des fonctions cognitives

Les symptômes cardinaux du TDAH, hyperactivité, inattention et impulsivité, évoquent bien l'hypomanie. De même, l'excitation la distractibilité et la dispersion apragmatique caractérisent la pensée de l'hyperactif et de l'hypomane. Des accès d'enthousiasme, en amont de la réalisation de certains projets, s'évanouiront dans des négligences et maladresses répétées sur fond d'une capacité précaire d'organisation⁶. L'irritabilité, la labilité affective, la fuite des idées, la logorrhée constituent des signes pouvant se retrouver dans le TDAH de l'adulte⁵.

Les adultes avec un TDAH souffrent très souvent de perturbations cognitives concernant l'attention, la mémoire, la vitesse de traitement, l'organisation, la planification et le raisonnement abstrait. Les troubles dysexécutifs et attentionnels sont remarquables dans les

¹ NIERENBERG AA. MIYAHARA S. SPENCER T. et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder : data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biological Psychiatry* 2005 ; 57/11 : 1467-73.

² WINOKUR MT. CORYELL W. ENDICOTT J. et al. Further distinctions between manic-depressive illness (bipolar disorder) and primary depressive disorder (unipolar depression). *American Journal of Psychiatry* 1993 ; 150/8 : 1176-81.

³ FARAONE SV. BIEDERMAN J. MENNIN D. et al. Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder : a familial subtype ? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997 ; 36/10 : 1387-90.

⁴ GAY C. Clinique des troubles bipolaires. In : GUELFY JD. ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. Paris, Masson, 2008.

⁵ SCHLOSSER C, KOVACS A, FERRERO F. Devenir à l'âge adulte du trouble déficit de l'attention/Hyperactivité (ADHD) : aspects épidémiologiques et cliniques. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie* 2002 ; 153/1 : 29-35.

⁶ GROSSE EM. DA FONSECA D. FAKRA E. POINSO F. SAMUELIAN JC. Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte. *Annales Médico-Psychologiques* 2007 ; 165/5 : 378-85.

deux pathologies si bien que les tests neurocognitifs échouent à distinguer l'hyperactivité des troubles thymiques¹.

7.4.3.3 Symptômes affectifs

Des symptômes affectifs majeurs et d'une grande constance s'ajoutent à la dispersion motrice et psychique de l'hyperactif : labilité émotionnelle, instabilité thymique et intolérance au stress². Ces oscillations se déclinent, par moment, sur un versant négatif avec une dysthymie ou des épisodes dépressifs qui émaillent le parcours de ces sujets. Une démoralisation, une baisse de l'estime de soi répondent de manière répétées aux échecs et frustrations rencontrés au cours du parcours de vie de ces sujets du fait des symptômes cardinaux³. Au total, l'instabilité affective peut se confondre avec la cyclicité de la maniaque-dépression notamment dans le cadre d'un trouble bipolaire de type II ou à cycles rapides¹.

7.4.3.4 Complications psychosociales

Les adultes hyperactifs accusent une instabilité sociale avec une moins bonne intégration, des relations sociales de moins bonne qualité ainsi que des changements itératifs de partenaires. En ressort une vie familiale peu stable avec des taux de divorces plus élevés par rapport aux sujets sains². La sexualité est plus inconstante, mais le défaut d'anticipation conduit à une exposition aux risques de maladies sexuellement transmissibles et de grossesses précoces non planifiées⁴. La vie professionnelle adulte se teinte de difficultés répétées nous rappelant les mésaventures de « *l'Etourdi* » de *Molière*. L'hyperactif manifeste bien étourderies, abandons de tâches, retards et conflits avec sa hiérarchie supérieure. Les licenciements, les changements d'emploi marquent la trajectoire des hyperactifs dans le monde du travail⁴. Sur le plan financier, la symptomatologie hyperactive occasionne une gestion archaïque².

Enfin, sur le plan légal, les infractions sont nombreuses. Les infractions concernent principalement les déviances par rapport au code de la route. La conduite automobile exige calme et concentration, tout en entraînant l'ennui et la monotonie, conditions peu compatibles

¹ BESNIER N. Trouble bipolaire et hyperactivité de l'adulte. *L'Encéphale* 2007 ; 33/3 : 96-102.

² BLONDEAU C. RENERIC JP. MARTIN-GUEHL C. BOUVARD M. Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité à l'âge adulte : concept, tableau clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques. *Annales Médico-Psychologiques* 2009 ; 167/3 : 234-42.

³ GROSSE EM. DA FONSECA D. FAKRA E. POINSO F. SAMUELIAN JC. Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte. *Annales Médico-Psychologiques* 2007 ; 165/5 : 378-85.

⁴ BANGE F. MOUREN MC. Comprendre et soigner l'hyperactivité chez l'adulte. Paris : Dunod, 2005.

avec la clinique de nos sujets¹. D'autres déviations s'imposent comme la résultante des symptômes cardinaux ou émanent d'aménagements psychopathiques de la personnalité. On retrouve ainsi fréquemment des antécédents de vol, d'effraction, de braquage, d'incendie criminel ou de port d'arme. La population hyperactive est particulièrement représentée en milieu carcéral².

Néanmoins certains hyperactifs parviennent à valoriser les traits de leur maladie. A défaut d'une vie simple et rectiligne, certains adultes atteints de TDAH s'épanouissent à travers une vie riche, intéressante mettant en valeur leur originalité, leur dynamisme, leurs capacités d'inventivité et de création que peuvent valoriser certaines activités professionnelles².

Il apparaît clairement des similitudes entre l'instabilité sociale de l'hyperactif et celle du bipolaire. Les conduites à incidence délictueuses se rapprochent de celles exprimées par les hypomanes ou les maniaques. Enfin, la possibilité de sublimer la maladie, à travers l'originalité et la créativité, nous rappelle les avantages potentiels avancés par certains auteurs à propos de la bipolarité, privilèges sur lesquels nous reviendrons³.

7.4.4 Eléments pour le diagnostic différentiel

7.4.4.1 Axe épidémiologique

Bien que de plus en plus de travaux soulignent l'apparition de formes tardives de TDAH et de formes précoces de troubles bipolaires, le critère d'âge concernant les premières manifestations du TDAH nous semble important⁴. Dans la grande majorité des cas l'hyperactivité s'exprime avant l'âge de sept ans alors que le début est beaucoup plus tardif pour la bipolarité. En cas de doute sur une hyperactivité de l'adulte, il paraît ainsi de bon ton de recueillir certaines informations autour du comportement lors des premières années de primaire en sollicitant les parents du consultant ou en reprenant les carnets scolaires. Débutant dans l'enfance donc, l'hyperactivité entrave le développement scolaire conditionnant alors un

¹ GROSSE EM. DA FONSECA D. FAKRA E. POINSO F. SAMUELIAN JC. Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte. *Annales Médico-Psychologiques* 2007 ; 165/5 : 378-85.

² BANGE F. MOUREN MC. Comprendre et soigner l'hyperactivité chez l'adulte. Paris : Dunod, 2005.

³ BOURGEOIS ML. Le syndrome de Cadet Rousselle, la règle de trois selon Akiskal dans le spectre bipolaire maniaco-dépressif. *L'Encéphale* 2008 ; 34/4 : 313-5.

⁴ BESNIER N. Trouble bipolaire et hyperactivité de l'adulte. *L'Encéphale* 2007 ; 33/3 : 96-102.

niveau d'éducation plus bas que la moyenne¹. Enfin, concernant l'évolution naturelle, alors que la maniaco-dépression tend à s'aggraver avec l'âge, le trouble hyperactif suit une trajectoire opposée avec une tendance à l'amélioration¹.

7.4.4.2 *Axe clinique*

L'excitation du TDAH ne s'associe pas, en règle générale, à une élation franche de l'humeur. Si un instant euphorique apparaît, ce sera de manière brutale, imprévisible et passagère avec une atténuation en quelques heures. Enfin, la réduction du temps de sommeil, les idées de grandeur et les signes psychotiques sont spécifiques du trouble bipolaire². Aussi, les crises d'agitation chez les hyperactifs s'estompent à l'âge adulte, au profit d'une symptomatologie intériorisée, plus cognitive et plus discrète : le sujet tambourine avec les doigts sur le bureau de consultation, bouge constamment ses jambes, remue des pieds, déplace son regard tout au long de l'entretien. Une tentative de contenance, au prix d'un effort inconfortable, ainsi qu'une sensation pénible d'impatience complètent le tableau³. Ceci nous éloigne de l'agitation manifeste de l'enfant hyperactif ainsi que des pertes totales des limites et de l'anosognosie exposées par la manie⁴.

Les phases de fléchissement thymique ne s'accompagnent pas de ralentissement ou de signes somatiques. L'intensité est généralement moins élevée et la durée de l'épisode est plus courte par rapport aux dépressions bipolaires³. Elle répond à une séquence particulière propre au syndrome. Il faut effectivement retenir que l'hyperkinesie, l'impulsivité, le trouble de l'attention ne semblent pas faire souffrir le sujet en soi qui n'en a pas toujours conscience, mais altèrent ses relations à l'entourage et son lien social. C'est la relation à l'autre et à la société, avec son fonctionnement et ses règles, qui est mise à mal. Si les symptômes sont peu ressentis, le malade ayant une conscience très partielle de son hyperkinesie, il ressent d'avantage avec violence ce rejet et ses échecs d'adaptation pouvant conduire à une

¹ BLONDEAU C. RENERIC JP. MARTIN-GUEHL C. BOUVARD M. Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité à l'âge adulte : concept, tableau clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques. *Annales Médico-Psychologiques* 2009 ; 167/3 : 234-42.

² BESNIER N. Trouble bipolaire et hyperactivité de l'adulte. *L'Encéphale* 2007 ; 33/3 : 96-102.

³ GROSSE EM. DA FONSECA D. FAKRA E. POINSO F. SAMUELIAN JC. Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte. *Annales Médico-Psychologiques* 2007 ; 165/5 : 378-85.

⁴ SCHLOSSER C, KOVACS A, FERRERO F. Devenir à l'âge adulte du trouble déficit de l'attention/Hyperactivité (ADHD) : aspects épidémiologiques et cliniques. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie* 2002 ; 153/1 : 29-35.

marginalisation, un aménagement de conduites antisociales, une dépression ou encore des angoisses anticipatoires, de performance voire une véritable phobie sociale¹.

7.4.4.3 Axe thérapeutique

Les réponses aux psychotropes diffèrent dans les deux troubles ce qui vient étayer l'enjeu d'une distinction claire entre ces deux entités. Bien que certaines études soulignent l'intérêt d'un traitement par méthylphénidate chez les bipolaires, du fait d'une amélioration de la symptomatologie maniaque ou dépressive et des fonctions cognitives notamment attentionnelle², la prescription de psychostimulants dans la bipolarité est à risque de déstabilisation thymique avec induction d'états maniaques³ et d'aggraver l'évolution et l'intensité de la symptomatologie⁴. Aussi, l'âge de début du trouble bipolaire est plus précoce chez les sujets préalablement exposés aux psychostimulants⁵.

Les antidépresseurs comme l'atomoxetine, la désipramine, ont fait la preuve d'efficacité dans l'hyperactivité mais favoriseraient le développement d'épisodes maniaques ou hypomaniaques chez les bipolaires⁶. D'autre part, les thymorégulateurs pourraient avoir des effets bénéfiques chez les hyperactifs concernant les fonctions cognitives, l'impulsivité et les symptômes affectifs associés⁷ mais ils ne sont pas indiqués en monothérapie de première intention.

Enfin l'association fréquente des deux troubles nous invite à ouvrir une courte parenthèse sur la chimiothérapie recommandée en cas d'association. L'étape initiale nécessite une équilibration de l'humeur par thymorégulateur, point délicat car les bipolaires ayant une

¹ CONDAT A. Approche psychodynamique du trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité (TDAH), à partir de l'observation clinique. *Perspectives Psy* 2011 ; 1/50 : 32-41.

² LYDON E. EL-MALLAKH RS. Naturalistic long-term use of methylphenidate in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2006 ; 26/5 : 516-8.

³ ROSE RB. JOHRI SK. DEUTSCH SI. Pupillary changes associated with the development of stimulant-induced mania : a case report. *Clinical Neuropsychopharmacology* 1997 ; 20/3 : 270-5.

⁴ SOUTULLO CA. DELBELLO MP. OCHSNER JE. *et al.* Severity of bipolarity in hospitalized manic adolescents with history of stimulant or antidepressant treatment. *Journal of Affective Disorders* 2002 ; 70/3 : 323-7.

⁵ DELBELLO MP. SOUTULLO CA. HENDRICKS W. *et al.* Prior stimulant treatment in adolescents with bipolar disorder : association with age at onset. *Bipolar Disorder* 2001 ; 3/2 : 53-7.

⁶ HENDERSON TA. Mania induction associated with atomoxetine. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2004 ; 4/5 : 567-8.

⁷ DORREGO MF. CANEVARO L. KUZIS G. *et al.* A randomized, double-blind, crossover study of methylphenidate and lithium in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder : preliminary findings. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neurosciences* 2002 ; 14/3 : 289-95.

comorbidité TDAH sont moins sensibles à cette classe chimiothérapeutique¹. En cas de persistance du TDAH, le choix se porte soit vers de faibles doses de méthylphénidate en association au valproate, soit vers le recours au bupropion voire à l'atomoxétine^{2,3}.

7.4.4.4 Axe étiopathogénique

Différentes hypothèses psychopathologiques tentent d'approcher les gammes de l'instabilité motrice et de l'hyperactivité. Nous nous référerons brièvement aux considérations psychodynamiques attachées à l'enfant étant donné, qu'à notre connaissance, nous n'avons pas retrouvé de travaux psychopathologiques expliquant le pourquoi de l'atténuation ou de la persistance du TDAH à l'âge adulte.

Ici encore, existe une autre similitude avec la bipolarité : DIATKINE évoque une « *défense maniaque* » contre la dépression et l'effondrement à travers l'hyperactivité nous renvoyant au complexe manie-mélancolie. MARTY explique que l'hyperactivité est une voie de recours à visée autocalmante chez un sujet en état opératoire, afin d'éviter un effondrement dépressif. MISES remarque que l'enfant hyperactif se trouve effectivement confronté à la dépression et à des représentations inacceptables de l'image de soi. Ceci le pousse à réactiver des « *défenses maniaques* ». L'agitation serait alors un phénomène analogue à l'agitation maniaque⁴. Néanmoins, les modalités de l'hyperactivité ne peuvent se réduire à ce seul mécanisme⁴.

D'autres théories sont pointées et semblent plus spécifiques au syndrome. BERGES avance une « *défaillance des enveloppes corporelles* ». L'hyperactivité traduit l'indécision des limites alors recherchées par l'enfant dans le monde extérieur et face à autrui. L'hyperkinésie prend ainsi la valeur d'une « *suture* » de ce qui vient manquer au corps⁴. D'autres considèrent l'hyperactivité comme une manifestation d'anxiété diffuse ou d'angoisses liées à des failles profondes de l'activité psychique de liaison, fantasmatique et de

¹ STROBER M. DEANTONIO M. SCHMIDT-LACKNER S. *et al.* Early childhood attention deficit hyperactivity disorder predicts poor response to acute lithium therapy in adolescent mania. *Journal of affective disorders* 1998 ; 51/2 : 145-51.

² BESNIER N. Trouble bipolaire et hyperactivité de l'adulte. *L'Encéphale* 2007 ; 33/3 : 96-102.

³ BLONDEAU C. RENERIC JP. MARTIN-GUEHL C. BOUVARD M. Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité à l'âge adulte : concept, tableau clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques. *Annales Médico-Psychologiques* 2009 ; 167/3 : 234-42.

⁴ BANGE F. MOUREN MC. Comprendre et soigner l'hyperactivité chez l'adulte. Paris : Dunod, 2005.

représentation, ou comme une réponse à un défaut de contenance du milieu notamment familial¹. Enfin des problématiques de séparation et de socialisation sont envisagées².

Toujours en faveur d'une spécificité étiopathogénique du TDAH, les théories neurobiologiques reposent sur un *substratum* engageant des lésions cérébrales minimales au niveau du circuit cérébello-striato-frontal. Elles impliquent un déficit du fonctionnement dopaminergique. Cela expliquerait notamment l'efficacité des psychostimulants, via une libération de dopamine, lors de l'administration de ce type de produit³.

7.5 Trouble du contrôle des impulsions

7.5.1 Définition

Les troubles du contrôle des impulsions (TCI) du DSM IV, ou troubles des habitudes et des impulsions dans la CIM X, représentent un chapitre particulier dans la classification des troubles mentaux. Ils se définissent par la mise en acte de conduites nuisibles, sous tendues par un défaut de contenance d'une impulsivité. Selon la nosographie des classifications internationales, le diagnostic de TCI n'est possible que si ces troubles ne s'inscrivent pas dans les conséquences d'un trouble mental avéré⁴.

Le trouble du contrôle des impulsions comprend différentes entités : le trouble explosif intermittent (TEI), la kleptomanie, la trichotillomanie, les jeux pathologiques et la pyromanie. D'autres conduites peuvent être considérées comme de potentiels TCI : achats pathologiques, automutilations itératives, triturations répétées de la peau, onychophagie, *streaking*, appétence prononcée pour les tatouages et les *piercings*, paraphilies, déviations ou addictions sexuelles⁵. Ils sont répertoriés dans le tableau suivant :

¹ TOUATI B. Hyperactivité : la fin de l'histoire... du sujet. Le Carnet Psy 2003 ; 1/78 : 20-3.

² COURTOIS R. CHAMPION M. LAMY C. BRECHON G. Hyperactivité chez l'enfant : réflexions sur les mécanismes psychopathologiques sous-jacents. Annales Médico-Psychologiques 165 : 420-7.

³ VALLE L. Le déficit d'attention avec hyperkinesie chez l'enfant : approche neuropédiatrique. Le Carnet Psy 2003 ; 1/78 : 24-26.

⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR. Paris : Masson, 2002.

⁵ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

TCI		Définitions
Trouble explosif intermittent (TEI)		Reconnu comme entité indépendante en 1980 dans le DSM III, le TEI se caractérise par une incapacité à résister à des impulsions agressives dans les domaines de la violence physique et sexuelle, des menaces, des injures ou encore de la destruction de biens. On retrouve une possible persistance de l'impulsivité et de l'agressivité en dehors des accès ¹ .
Kleptomanie		Décrit par MATTHET en 1816, terme introduit par MARC en 1840, la kleptomanie correspond à une impossibilité répétée de résister à l'impulsion de voler des objets qui ne sont dérobés ni pour un usage personnel ni pour leur valeur commerciale ² .
Pyromanie		L'allumage délibéré, réfléchi et répété d'incendies avec une fascination, un intérêt, une curiosité ou une attirance pour le feu et tout ce qui s'y rapporte caractérise les sujets « <i>maniaques du feu</i> » ou pyromanes ³ .
Jeu pathologique		Le jeu pathologique est une pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu ⁴ .
Trichotillomanie		La trichotillomanie, ou trichomanie, correspond à un arrachage répété de ses propres cheveux ou poils. Le terme date de 1889 et provient d'HALLOPEAU, dermatologue français ⁵ .
Autres	Achats pathologiques	Décrits initialement par KRAEPELIN et BLEULER, les achats compulsifs se manifestent par la répétition d'achats excessifs ou inappropriés, de dépenses irrésistibles, excessives et itératives qui entraînent un retentissement personnel, familial et social majeur ⁶ .
	Autres	Onychophagie, Triturations de la peau, <i>piercings</i> , tatouages, ornementation céphalique, <i>streaking</i> , paraphilies et addictions sexuelles ⁷ .

Tableau X : Les différents TCI ^{1,2,3,4,5,6,7}

¹ AMARA G. RICHA S. BAYLE FJ. Trouble explosif intermittent : situation actuelle. L'Encéphale 2007 ; 33/3 : 339-45.

² DELAY J. BUISSON JF. HENNE M. Hystérie et kleptomanie. L'Encéphale 2011 ; 37/4/3 : 63-74.

³ BENEZECH M. Le feu criminel. Libres Cahiers pour la Psychanalyse 2010 ; 2/22 : 39-45.

⁴ POENARU L. SIMON O. GONZALES GROZAL A. RIHS M. Clinique du jeu pathologique ou l'objet disponible aléatoirement : une perspective psychodynamique. Psychotropes 2007 ; 3-4/13 : 177-88.

⁵ PRADERE J. SERRE G. MORO MR. Expression psychopathologique autour de la chevelure. A propos d'un cas de trichotillomanie. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2005 ; 53 : 149-54.

⁶ DERVAUX A. Les achats compulsifs. Perspectives Psy 2008 ; 1/47 : 22-6.

⁷ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

7.5.2 Liens TCI et bipolarité

Un TCI peut occuper le devant de la scène clinique occultant l'ensemble du syndrome, ou bien le révéler et piégeant en conséquence le clinicien. En clair, un TCI d'allure autonome, doit constamment questionner sur une relation avec un autre trouble mental. Or, récemment, un lien a été pointé avec le spectre bipolaire. McELROY place l'accent sur de nombreux points communs entre les TCI et la bipolarité afin d'argumenter en faveur de leur intégration au sein du spectre des troubles affectifs¹.

7.5.2.1 Liens épidémiologiques

Premièrement, les études épidémiologiques objectivent un taux élevé de comorbidités bipolaires chez les patients atteints de TCI. De même, une proportion importante de TCI est observé chez les bipolaires. Ce lien épidémiologique est plus accentué pour la kleptomanie, les jeux pathologiques, la trichotillomanie, les achats compulsifs, les paraphilies et les addictions sexuelles². Encore une fois, cette comorbidité questionne sur un éventuel appendice de la maladie maniaco-dépressive, une simple association ou sur une considération trop large des critères de bipolarité.

Deuxièmement, une agrégation familiale est notée : un bon nombre de patients atteints de TCI présentent des antécédents familiaux de troubles de l'humeur. Enfin, sur le plan évolutif, le début des TCI se situe classiquement à l'adolescence. Les sujets accusent ensuite une majoration de la fréquence de leur trouble avec des périodes d'intervalles libres nous évoquant une périodicité². En revanche, le sexe ratio est déséquilibré dans la plupart des TCI¹

7.5.2.2 Liens cliniques

7.5.2.2.1 Des troubles affectifs dans les TCI

Chez les sujets présentant des TCI, en dehors de l'impulsivité, sont notés une faible conscience des limites, du danger ainsi qu'un caractère irraisonné des actes avec une modification de l'état de conscience au moment de la réalisation, soit des caractéristiques éprouvées par le maniaque¹.

¹ McELROY SL. POPE HG Jr. KECK PE Jr. *et al.* Are impulse-control disorders related to bipolar disorder ? *Comprehensive Psychiatry* 1996 ; 37/4 : 229-40.

² McELROY SL. Recognition and treatment of DSM-IV intermittent explosive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999 ; 60/15 : 12-6.

Moins intenses et quelque peu différents sur le plan qualitatif de ceux observés au cours des accès bipolaires, un cortège de symptômes affectifs accompagne la clinique des TCI. Une tension psychique désagréable, plus ou moins à tonalité anxieuse, précède l'action. Au moment de celle-ci, ou quelque temps en amont, éclate une joie ou plus modérément un bien-être, un état plaisant décrit comme inhabituellement bon¹. Par exemple, au moment des accès du TEI, apparaissent des symptômes maniformes². Au décours de l'impulsion, la plénitude s'effondre à travers une descente et une chute de l'humeur². Autre argument étayant la similitude, certains TCI, comme le TEI, répondent favorablement aux thymorégulateurs³. En clair, ces variations affectives pourraient répondre à une forte instabilité émotionnelle, un cycle rapide ou bien à une mixité de l'humeur³.

7.5.2.2.2 Des TCI dans la manie

La grande majorité des TCI peuvent se retrouver au sein de la bipolarité et notamment au cours de la manie. Les fureurs maniaques se rapprochent des TEI³. Les incendies volontaires sont fréquemment associés à des troubles de l'humeur, en particulier dépressifs : une tentative de suicide par immolation peut correspondre à un appel à l'aide et plus typiquement, dans la mélancolie, il est observé des immolations dites altruistes, le malade impliquant certains proches ou membres de sa famille dans son geste. De même, le maniaque pourra exprimer un accès pyromaniaque sous l'impulsion du ludisme, d'une toute puissance s'associant à des idées mégalomaniaques ou à une composante délirante⁴. Les achats inadaptés ou inconsidérés sont bien connus dans le cadre de l'euphorie et de la désinhibition maniaque, KRAEPELIN les rattachait déjà à la « *folie maniaco-dépressive* »⁵. Les *piercings*, tatouages, décorations céphaliques ou autres ornements, considérées naguère comme le fruit d'une personnalité déviante, sont devenues beaucoup plus banales aujourd'hui mais peuvent aussi parfaitement convenir à un sujet épris d'une expansion de l'humeur⁶. Enfin, il convient de rechercher une manie chez un sujet ayant présenté un accès impulsif à tonalité sexuelle ou ludique comme dans le *streaking*⁶.

¹ NAJT P. PEREZ J. SANCHES M. PELUSO MAM. GLAHN D. SOARES JC. Impulsivity and bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology* 2007 ; 17 : 313-20.

² BELIARD S. Autour du trouble bipolaire : questions diagnostiques et options thérapeutiques en unités pour malades difficiles. *L'information psychiatrique* 2003 ; 79/9 : 817-27.

³ McELROY SL. Recognition and treatment of DSM-IV intermittent explosive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999 ; 60/15 : 12-6.

⁴ BENEZECH M. Le feu criminel. *Libres Cahiers pour la Psychanalyse* 2010 ; 2/22 : 39-45.

⁵ DERVAUX A. Les achats compulsifs. *Perspectives Psy* 2008 ; 1/47 : 22-6.

⁶ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. *Comprendre et soigner les troubles bipolaires*. Paris : Odile Jacob, 2007.

7.5.2.3 *Continuum compulsion-impulsion et spectre bipolaire*¹

Pour McELROY, le spectre bipolaire planerait sur les TCI au même titre que celui des obsessions-compulsions, catégorie qui intervient une nouvelle fois dans notre interrogation sur les limites et l'autonomie de la maniaque-dépression. L'auteur propose l'idée d'un *continuum* entre l'impulsivité bipolaire et la compulsion, sous une lecture dimensionnelle, orientant dans le choix d'un thymorégulateur ou d'un inhibiteur de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou dans l'association des deux classes thérapeutiques.

7.5.3 La bipolarité : une étiologie parmi d'autres

7.5.3.1 *De multiples pathologies potentielles en amont des TCI*

Il convient en effet de rappeler que les TCI peuvent s'inscrire en aval d'une tonalité provocatrice, libertaire ou ludique, voire programmée pour faire passer un message religieux, politique ou idéologique, tonalité qui, parfois, nous éloigne même de la composante impulsive ou pathologique. La correspondance est possible avec de multiples tableaux pathologiques autres que maniacodépressifs. Il faut considérer les troubles de la personnalité principalement les types antisociaux et limites, la perversion, les troubles obsessionnels compulsifs, les addictions, le TDAH, l'hystérie, les psychoses aiguës ou chroniques ou encore certaines étiologies organiques et la déficience intellectuelle.

7.5.3.2 *L'exemple de la pyromanie : les incendies non bipolaires et les « maniaques du feu »*

Cette multitude d'étiologies potentielles se retrouve bien au sein de l'extrême diversité des profils des auteurs d'incendies volontaires². Nous citerons les incendies pour lesquels un mobile bien précis, un profit personnel ou commercial, une vengeance réactionnelle, une haine, une intentionnalité meurtrière, héroïque, idéologique, ou sociopolitique préfigure l'intentionnalité. Plus subtilement, une agressivité refoulée ou un acte manqué incendiaire est à rechercher. En lien avec la pathologie mentale, toutes formes de maladie peuvent être retrouvées. Les auteurs classiques considéraient cette conduite dans le champ de l'impulsion-compulsion se rapprochant de la névrose obsessionnelle. Nous évoquerons aussi les retardés mentaux suggestibles, susceptibles, coléreux, vaniteux, intégrant leur acte comme une activité de jeu, un spectacle émouvant, un désir de se mettre en valeur ou de se venger ; les

¹ McELROY SL. POPE HG Jr. KECK PE Jr. et al. Are impulse-control disorders related to bipolar disorder ? *Comprehensive Psychiatry* 1996 ; 37/4 : 229-40.

² BENEZECH M. Le feu criminel. *Libres Cahiers pour la Psychanalyse* 2010 ; 2/22 : 39-45.

alcooliques en période de crise ou d'agressivité, les causes accidentelles provenant de troubles cognitifs chez les confus ou les déments ; les psychotiques illuminés d'un délire passionnel et vengeur, de jalousie, de persécution, de revendication, de mysticisme, de mégalomanie ou paranoïde ; les personnalités fragilisées comme les hystériques en souffrance, les *borderline* impulsifs et les antisociaux ; les accès insensés des traumatisés crâniens ou des épileptiques temporaires ; les troubles hyperactifs et des conduites de l'enfant et de l'adolescent. Enfin, l'allumage d'incendie « *relationnel* » d'un patient hospitalisé pour exprimer, de manière inadaptée, une revendication dans sa prise en charge¹.

En dehors de toute affection mentale, l'authentique pyromane, « *maniaque du feu* », est un sujet masculin sauf cas exceptionnel. Il se distingue par une franche attirance pour le feu et tout ce qui s'y rapporte. L'incendie est provoqué en l'absence de mobile rationnel et de troubles mentaux associés. Une tension est croissante avant l'acte. Une excitation et une décharge de plaisir, de gratification et de soulagement apparaissent devant le feu et les destructions qui en résultent. L'auteur reste badaud devant son propre spectacle igné. Les particularités de l'acte comprennent la tendance à la récurrence avec préméditation et organisation, ce qui nous éloigne du spectre de l'impulsivité¹. Une problématique perverse est pressentie. EY estimait que la pyromanie devait appartenir aux perversions de la sexualité ayant une valeur d'érotisation substitutive et étant l'expression d'un sadomasochisme. Le pervers y retrouverait une jouissance à la vue des dégradations, de la souffrance infligée à autrui, jouissance qui serait donc un équivalent sexuel source d'excitation fétichiste, la vue du feu provoquant l'orgasme².

7.5.3.3 L'exemple des achats compulsifs : entre manie, TOC, addiction et dépression

Au carrefour de différents facteurs étiopathogéniques, les achats compulsifs illustrent parfaitement les réflexions cliniques devant être engagées par le clinicien dans l'étude des TCI. Si le besoin d'acheter, le plaisir intense au moment de l'achat et les conséquences négatives financières se retrouvent dans les achats compulsifs répondant à une hyperthymie, une dépression, un TOC ou une addiction, des différences cliniques sont bien présentes.

Les achats pathologiques constituent bien l'une des expressions les plus spectaculaires de la manie. Ils répondent à la désinhibition pulsionnelle et au sentiment de toute-puissance du maniaque. Le maniaque imagine ses ressources comme inépuisables, son talent imaginé

¹ BENEZECH M. Le feu criminel. Libres Cahiers pour la Psychanalyse 2010 ; 2/22 : 39-45.

² EY H. BERNARD P. BRISSET C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2011.

l'incite à s'engager dans les investissements les plus hasardeux et ses dons illimités le poussent vers des efforts exceptionnels dont lui seul peut en comprendre la pertinence et l'originalité. L'oubli des réalités économiques émanent de la mégalomanie, du sentiment d'invincibilité. Ses achats s'accomplissent dans l'agitation sans hésitation, ni réflexion. Le rappel des limites, accueillies avec insensibilité ou irritabilité par le malade, se heurte à l'anosognosie de la pathologie. Enfin, la cyclicité représente bien un critère tourné vers une origine bipolaire. En ce sens, des achats pathologiques d'apparition brutale doivent nous orienter vers un phénomène maniaque¹.

Bien différent, l'achat compulsif en tant que TOC, est perçu de manière égodystonique. En amont de l'achat nous retrouvons des obsessions d'achats intrusives et une lutte anxieuse contre l'envie d'acheter alors que la culpabilité ponctue la séquence². L'addiction aux achats compulsifs implique plus précisément une dépendance comportementale à la transaction d'achat avec des phénomènes proches du *craving* : fringales d'achats, envie pressante de l'objet, une culpabilité au décours. D'autres signes pourraient nous évoquer des phénomènes de tolérance et de sevrage. Enfin, la relation entre la dépression et ce TCI souligne l'importance de s'attacher au rôle de cette conduite dans l'économie du sujet. Les achats peuvent jouer un rôle « *contradépressif* », source d'un plaisir transitoirement thymoanaleptique, d'une revalorisation narcissique par l'acquisition d'objets gratifiants et par la relation, artificielle, intéressée mais privilégiée, avec le commerçant².

7.5.3.4 L'exemple de la kleptomanie, du jeu pathologique et de la trichotillomanie

Le constat est le même pour la kleptomanie ou le jeu pathologique. Combien de malades ne peuvent s'empêcher de voler, s'exclamait PINEL. Cette impulsion a été rattachée à l'obsession, à la dégénérescence par MAGNAN, à la psychose maniaco-dépressive pour KRAEPELIN. Des cas ont été décrits dans le cadre de la maladie de Parkinson. Pour DUBUISSON, des tendances hystériques peuvent se retrouver en amont de l'acte sous l'hypothèse que le vol représenterait l'équivalent d'une conversion sexuelle³.

Le jeu pathologique implique des comorbidités diverses et variées en dehors de la bipolarité, comprenant la dépression, les troubles anxieux, les abus de substances, les troubles des conduites alimentaires, les personnalités obsessionnelles compulsives, impulsives et à

¹ LEJOYEUX M. Les masques de la bipolarité. Revue du Praticien 2005 ; 55/5 : 507-12.

² ADES J. Jeu pathologique. In : Addictologie. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

³ DELAY J. BUISSON JF. HENNE M. Hystérie et kleptomanie. L'Encéphale 2011 ; 37/4/3 : 63-74.

recherche de sensations¹. Différents travaux psychanalytiques approchent cette problématique : « *Dostoï et le parricide* » de FREUD, le « *masochisme moral* » des joueurs de BERGLER, ou encore, les conduites ordaliques de CHARLES-NICOLAS et VALLEUR². Les approches comportementales, cognitives et biologiques ne sont pas en reste².

L'étude de la trichotillomanie nous emmène autour de théories originales. Un lien a été réfléchi avec l'équivalence des pulsions d'agrippement du nourrisson, avec des angoisses de séparation³ et la fréquence de conduites associées : succion du pouce, balancement, morsure des lèvres, autocognement de la tête, onychophagie⁴. Un autre renvoie aux écrits psychanalytiques autour de la chevelure. FREUD intégrait les cheveux comme un symbole phallique et la coupe viendrait signifier la castration. Pour BERG, notre comportement vis à vis de nos cheveux n'est qu'une traduction de nos conflits inconscients, le Ça encourage l'individu à se laisser pousser les cheveux et le Surmoi à les couper, le plaisir pour s'occuper de sa chevelure apparaît comme une des manifestations du narcissisme, la coupe pourrait représenter un déplacement à peine déguisé de la pulsion de mort, une agression destructrice contre le *self* tout entier. ANZIEU émet l'hypothèse que l'homme reproduit, à l'égard de sa chevelure, les bons ou mauvais traitements qu'il a subis de la part de son entourage maternel. Plus récemment, la trichomanie est apparentée au TOC dans la littérature anglo-saxonne ou à un modèle neurologique et dermatologique impliquant les neurotransmetteurs mis en jeu dans la nociceptivité et lors de l'arrachage du bulbe capillaire⁴.

7.6 Conclusion

La dimension impulsive dans la maladie bipolaire, le « *chaos* » ou le « *désordre* », notamment lors de ses accès maniaques ou hypomaniaques, doit bien être prise en compte. Il convient de s'interroger sur l'existence d'un trouble bipolaire, soit en tant qu'étiologie, soit en tant que comorbidité, en présence d'un trouble ou d'une pathologie de l'impulsivité. Mais, l'élargissement de la bipolarité au sein des troubles impulsifs ne doit pas nous faire oublier d'autres processus impliqués dans cette sphère clinique. Nos réflexions autour de la psychopathie et de la bipolarité se calquent sur celles des personnalités dramatiques et de la cyclothymie. Le TDAH de l'adulte amène encore un bon nombre d'interrogations quant à la

¹ McELROY SL. POPE HG Jr. KECK PE Jr. *et al.* Are impulse-control disorders related to bipolar disorder ? *Comprehensive Psychiatry* 1996 ; 37/4 : 229-40.

² ADES J. Jeu pathologique. In : *Addictologie*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

³ DERVAUX A. Les achats compulsifs. *Perspectives Psy* 2008 ; 1/47 : 22-6.

⁴ PRADERE J. SERRE G. MORO MR. Expression psychopathologique autour de la chevelure. A propos d'un cas de trichotillomanie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2005 ; 53 : 149-54.

précision des critères cliniques, de la conduite thérapeutique et de son étiopathogénie mais représente bien un concept valable. Cependant, il reste encore assez méconnu en pratique quotidienne et de nombreux adultes hyperactifs reçoivent par erreur un autre diagnostic, notamment de bipolarité, du fait des rapprochements cliniques¹. Dans l'état actuel de nos connaissances, bien qu'une association puisse être possible, il n'est pas concevable de le considérer comme une variante de la bipolarité, d'autant plus que les stratégies thérapeutiques diffèrent². Devant l'élargissement du spectre bipolaire, il conviendrait de ne pas réitérer chez l'adulte, l'erreur de CAMPAGNE et de MOREAU DE TOURS, confondant l'hyperactivité de l'enfant avec une forme de manie³. Les TCI représentent un champ nosographique complexe, les rattacher à un seul et unique spectre s'avérerait probablement réducteur. Pour la grande majorité des TCI, ou TCI potentiels, s'impose la question de leur autonomie, ou bien, de leur association ou de leur appartenance à de multiples processus morbides aussi nombreux que variés.

8 DE L'ORGANIQUE A LA BIPOLARITE

8.1 Enjeux et position du problème

Parmi les diagnostics différentiels de la maniaco-dépression, tous les manuels nous rappellent que pour chacune des grandes caractéristiques cliniques de la bipolarité, figurent plusieurs diagnostics différentiels répondant à une organicité. EY témoigne d'états maniaco-dépressifs, à travers de curieuses observations d'encéphalite épidémique, variété rare d'encéphalite virale qui a sévi dans le monde au début du XX^{ème} siècle : « *Il n'est pas rare de voir en effet dans ce cas des phases d'excitation et de dépression à type de crise de manie et de mélancolie anxieuse ou stuporeuse avec impulsions au suicide* »⁴. Néanmoins, bien que la dichotomie, maladie maniaco-dépressive primaire ou psychiatrique et trouble bipolaire secondaire, neurologique, encéphalique ou organique paraisse simple sur le plan théorique, quelques interrogations s'imposent et rejoignent notre réflexion sur l'autonomie et les limites de la bipolarité.

¹ SCHLOSSER C. KOVACS A. FERRERO F. Devenir à l'âge adulte du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (ADHD) : aspects épidémiologiques et cliniques. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2002 ; 153/1 : 29-35.

² JAUNAY E. EVEN C. GUELFY JD. Trouble déficitaire attentionnel avec hyperactivité et trouble bipolaire. Une revue. Annales Médico-Psychologiques 2003 ; 161/1 : 59-62.

³ WELNIARZ B. De l'instabilité mentale au trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité : l'histoire d'un concept controversé. Perspectives Psy 2011 ; 1/50 : 16-22.

⁴ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 456.

Premièrement, les premiers symptômes d'un trouble psycho-organique peuvent être de nature thymique et épouser la forme d'un véritable état maniaque ce qui constitue un véritable piège à risque de conduire à un diagnostic erroné de bipolarité. De nombreuses alertes pointent une tendance au sous-diagnostic de bipolarité chez les personnes âgées et les sujets dépendants à une substance. Ceci n'est pas sans nous évoquer les réflexions de EY sur les mélancolies et les manies dites d'« *involution* » et nous questionne sur les limites entre la maniaco-dépression et la démence. Du côté de l'addiction, AKISKAL propose le type III ½ et KLERMAN demande d'inclure dans le spectre bipolaire les oscillations thymiques sous toxiques. L'auteur se demande aussi s'il persiste un intérêt à distinguer les formes secondaires des formes primaires. L'étroitesse, la superposition de leurs cliniques et de leurs évolutions et les avancées dans le domaine neurobiologique et génétique, à propos du trouble bipolaire, rendent plus floues, la dichotomie entre l'organique et le psychiatrique¹. BOURGEOIS emploie ainsi le terme de « *maladie neuropsychique* » pour caractériser la bipolarité². Enfin, KLERMAN, à partir de son type V, propose d'inclure les sujets sans antécédent de trouble thymique caractérisé mais ayant des antécédents familiaux avérés de trouble bipolaire, témoignant d'une importance considérable donnée à la génétique.

Les maladies organiques à expression bipolaire seraient-elles de nouveaux espaces colonisables par le spectre de la bipolarité ? Ou bien, devons-nous distinguer des limites claires et franches ? Enfin, en lien avec notre thématique, comment devons considérer la composante neurobiologique et génétique présente dans la maladie bipolaire ? L'héritabilité de la bipolarité est indiscutable mais jusqu'à quel point faut-il s'appuyer sur les antécédents familiaux pour poser le diagnostic ? Une critique de l'élargissement de la bipolarité dans le champ de l'organique se doit de prendre en considération ces interrogations.

8.2 Organique et psychiatrique : quelques pièges !

8.2.1 Les accès bipolaires secondaires

De nombreuses descriptions anciennes ne manquent pas de décrire des accès thymiques de cause organique. CHARCOT, dès ses premières descriptions anatomocliniques, notait déjà des euphories paradoxales, rires pathologiques ou autres labilités émotionnelles

¹ GORWOOD P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. L'Encéphale 2004 ; 30/2 : 182-93.

² BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

exprimés par les malades atteints de sclérose en plaque¹. A l'époque des asiles, étaient régulièrement observés des états euphoriques secondaires aux leucotomies frontales thérapeutiques. Cette manœuvre libérait le malade de l'anxiété et de la tristesse, lui permettant de prendre de la distance à l'égard de ses phénomènes mentaux anormaux considérés dès lors avec sérénité, insouciance ou détachement².

Les causes organiques de bipolarité secondaire sont aujourd'hui bien connues et les plus fréquentes sont énoncées dans le tableau suivant³.

Causes neurologiques	maladie cérébro-vasculaire, sclérose en plaque, chorée de Huntington, démence, traumatisme crânien
Causes endocriniennes	dysthyroïdie, dysparathyroïdie, Cushing et pathologies de l'axe corticotrope
Causes autoimmunes	Lupus et diverses maladies de système
Causes infectieuses	Infection par le HIV, syphilis tertiaire
Causes toxiques	Substances psychoactives, iatrogénie (interféron alpha, efavirenz, corticoïde)
Pathologies du développement	Déficience intellectuelle

Tableau XI : Principales étiologies des troubles bipolaires d'origine organique³

8.2.2 Problèmes posés

Une symptomatologie thymique, notamment maniaque, peut être inaugurale dans le cadre de certains syndromes psycho-organiques, telle qu'une manie au cours de l'atteinte neurologique par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)⁴ ou un épisode dépressif au cours de la sclérose en plaque¹. Or, la clinique n'offre que très peu de caractéristiques

¹ BLANC F. BERNA F. FLEURY M. *et al.* Evènements psychotiques inauguraux de sclérose en plaques ? Revue Neurologie 2010 ; 166 : 39-48.

² GAYARL L. Sémiologie clinique en psychiatrie. Rueil-Malmaison : Sandoz, 1974.

³ HENRY C. DESAGE A. Aux confins de la bipolarité. L'Encéphale 2006 ; 32/2 : 526-30.

⁴ GABEL R. BARNARD N. NORKO M. *et al.* AIDS presenting as mania. Comprehensive Psychiatry 1986 ; 27 : 251-4.

spécifiques à propos de ces manies secondaires¹. Concernant le terrain, l'âge moyen d'apparition est de 41 ans, les antécédents familiaux de troubles de l'humeur manquent plus souvent par rapport aux manies primaires. L'irritabilité et les comportements agressifs sont plus fréquents. Les troubles des fonctions cognitives, de la mémoire, de l'orientation, des fonctions intellectuelles et du jugement ainsi que des signes focaux neurologiques sont classiquement plus évocateurs d'organicité. Enfin, l'amélioration sous thymorégulateurs est moins évidente².

Devant cet état de fait, le clinicien doit garder à l'esprit les signes somatiques spécifiques des troubles organiques pouvant conduire à une bipolarité secondaire ainsi que les recommandations pour le diagnostic. En ce sens, la Haute Autorité de Santé rappelle l'importance du bilan somatique initial. Celui-ci comprend un examen clinique somatique et un bilan biologique. En fonction des données issues de ce premier temps, un bilan cognitif, un dosage urinaire de substances psychoactives, un électroencéphalogramme ou encore une imagerie cérébrale pourront être envisagés³.

Néanmoins, l'examen somatique clinique et paraclinique initial ne permet pas toujours de détecter une organicité cachée même s'il est réalisé avec la plus grande rigueur. L'autre problème consiste en l'intrication possible entre une composante organique et psychogène. Pouvoir faire la part entre une organicité et une origine purement psychiatrique d'un trouble bipolaire est un défi à chaque fois que se présente cette situation.

8.3 De l'addiction à la bipolarité

8.3.1 Sur ou sous-diagnostic de bipolarité au sein des troubles addictifs ?

Les tendances à l'élargissement du diagnostic de bipolarité se confrontent dans le cadre des abus de substances et des addictions. En témoigne la conception du type III ½ d'AKISKAL. La difficulté diagnostique du trouble bipolaire en cas d'abus de substances renforce certains symptômes mais en masque d'autres⁴. Comment considérer *Wiston Churchill*, à l'hyperactivité légendaire, à l'hyperthymie brillante, éprouvant des périodes

¹ VERDOUX H. BOURGEOIS ML. Les manies secondaires. In BOURGEOIS ML. VERDOUX H. Les troubles bipolaires de l'humeur. Paris : Masson, 1995.

² EVANS DL. Bipolar disorder : diagnostic challenges and treatment considerations. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000 ; 61/13 : 26-31.

³ HAUTE AUTORITE DE SANTE. Troubles bipolaires. 2009.

⁴ GORWOOD P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. *L'Encéphale* 2004 ; 30/2 : 182-93.

dépressives qu'il nommait « *black dog* » et qui cristallise l'image d'un bon vivant, un verre dans une main et un énorme cigare dans l'autre ?

8.3.1.1 *Sous-diagnostic ?*

8.3.1.1.1 Une forte comorbidité

En faveur d'un sous-diagnostic, le premier argument est d'ordre épidémiologique à partir d'une forte comorbidité addictive chez les bipolaires. Par rapport à la population générale, les sujets bipolaires sont effectivement plus exposés sur la vie entière aux problèmes liés à l'alcool : 46 % *versus* 14 %¹. De même, les bipolaires abusent, ou ont abusé, plus spécifiquement, de haschich (30 à 64%), d'amphétamines (30 à 64 %), de cocaïne (15 à 39 %), de LSD et d'hallucinogènes (30 %), d'héroïne (6 à 25 %), de phéncyclidine (11 %) alors que les barbituriques (3 %) et les sédatifs (3 %) sont plus rarement utilisés². Cette comorbidité ne peut être comprise comme une simple co-occurrence, d'autant plus qu'il existe des liens étiopathogéniques. L'addiction ou la bipolarité peuvent parfaitement induire l'un ou l'autre trouble.

8.3.1.1.2 Le trouble bipolaire primaire à l'addiction

Ainsi, la maniaco-dépression peut être primaire à la pathologie addictive. Dans ce cas, le recours aux substances s'impose comme une conséquence des symptômes maniaques ou dépressifs. L'impulsivité, la désinhibition, le sentiment de toute-puissance, la recherche de sensations et le sentiment d'invulnérabilité augmentent l'appétence du maniaque pour certains toxiques. La sensibilité à l'alcool, et probablement à toute autre substance, se trouvent exacerbée : les vins et l'alcool paraissant délicieux, la saveur des aliments étant exaltée et plus subtile³. En conséquence, la quantité consommée tend à être majorée, ce qui augmente le risque de développement d'une dépendance⁴.

¹ PRICE L. NELSON J. Alcoholism and affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 1986 ; 143 : 1067-8.

² BRADY K. CASTO S. LYDIARD R. *et al.* Substance abuse in an inpatient psychiatric sample. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1991 ; 17 : 389-97.

³ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. *Comprendre et soigner les troubles bipolaires*. Paris : Odile Jacob, 2007.

⁴ LE STRAT Y. Trouble bipolaire et comorbidités addictives. *Annales Médico-Psychologiques* 2010 ; 168/8 : 584-7.

Classiquement, les addictions étaient comprises comme des masques de la dépression. Des travaux récents suggèrent leur appartenance au spectre bipolaire¹. Dans une optique d'automédication, l'alcool et les sédatifs pourraient réduire les pensées intrusives, obsédantes et le mentisme, et s'inscriraient éventuellement comme une aide pour réguler le sommeil. En phase dépressive, il est bien connu que le recours au produit, notamment à la cocaïne comme le notait FREUD dès 1884, constitue un moyen thymoanaleptique et anxiolytique².

Dans son travail sur l'économie psychique de l'addiction, McDOUGALL rappelle que l'objet de la dépendance est investi comme un « *objet de plaisir à saisir à tout moment pour atténuer des états affectifs autrement vécus comme intolérables* »³ mais cette fuite, visant la recherche d'une solution somatique, est mise en échec car court-circuite les possibilités d'élaboration psychique.

8.2.1.1.3 L'abus de substance ou les addictions primaires à la bipolarité⁴

Les addictions représentent une source de stress multiples et modifient le rythme de vie, sur les plans hygiéno-diététique et nycthémeral. Il est ainsi suspecté que la désynchronisation induite par une toxicomanie, les stress psychiques et biologiques provoqués par les intoxications, les sevrages ou le manque, agiraient comme facteurs précipitants de bipolarité.

8.2.1.1.4 Une vulnérabilité commune

L'hypothèse d'une vulnérabilité commune est également évoquée au niveau neurobiologique mais aussi psychopathologique⁵.

Plusieurs modèles en addictologie posent l'hypothèse d'une profonde faille narcissique en amont de l'addiction. OLIVENSTEIN emploie le terme de « *miroir brisé* » à l'origine de la toxicomanie, faisant référence au « *stade du miroir* » de LACAN pour indiquer l'impossibilité d'acquérir une identité constitutive du Moi autour du processus de séparation-

¹ GORWOOD P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. L'Encéphale 2004 ; 30/2 : 182-93.

² BOUCHEZ J. TOUZEAU D. Addiction, dépression et manie. Le Courrier des Addictions 2002 ; 4/2 : 62-4.

³ McDOUGALL J. L'économie psychique de l'addiction. Revue Française de Psychanalyse 2004 ; 2/68 : 511-27.

⁴ MALKOFF-SCHWARTZ S. FRANK E. ANDERSON BP. *et al.* Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes. Psychological Medicine 2000 ; 30/5 : 1005-16.

⁵ LE STRAT Y. Trouble bipolaire et comorbidités addictives. Annales Médico-Psychologiques 2010 ; 168 : 584-7.

individuation, rapprochant cette défaillance de celle des états limites. Surtout, le modèle psychodynamique de KOHUT, autour d'une faille narcissique en amont de l'addiction, nous évoque les atteintes profondes du narcissisme des maniaco-dépressifs. Pour le psychanalyste américain, la dépendance est animée par une estime de soi inadaptée et un sentiment de toute-puissance. La substance nommée « *soi objet* » tente de réaliser un équilibre impossible entre l'effondrement et l'extase¹. RACAMIER pose la question de ce qui différencie le maniaco-dépressif, qui se défend de la dépression par la manie, et l'alcoolique, qui tente d'oublier une misérable existence le temps d'une ivresse teintée d'une euphorie artificielle : la trajectoire mélancolie-manie nous rappelle « *l'euphorie toxicomaniaque, dont il ne faut pas oublier contre quel enfer intérieur elle est appelée à la rescousse* »².

8.2.1.1.5 Aggravation du pronostic de la bipolarité

La comorbidité addictive aggrave sérieusement le pronostic du trouble bipolaire. Il est noté une augmentation du risque suicidaire, une aggravation des accès dépressifs ou maniaques en terme d'intensité et de durée, une agressivité et une violence majorées, une péjoration de l'évolution du trouble³ avec des cycles rapides plus fréquents et enfin, une moins bonne compliance au traitement⁴. Outre la gravité de l'association, du côté thérapeutique le lithium pourrait être moins efficace que les autres thymorégulateurs en cas d'intrication⁴.

8.3.1.2 Sur-diagnostic ?

8.3.1.2.1 Accès maniaco-dépressifs au cours des addictions ou abus de substances

LE STRAT annonce que la bipolarité est souvent annoncée à tort chez les sujets dépendants ou abuseurs d'alcool du fait d'accès thymiques induits par les substances psychoactives⁵. Les plus grandes difficultés se situent dans la similitude clinique entre un épisode maniaque et un état d'excitation sous psychostimulants ou sous alcool, telle la bacchanale individuelle éthylique sur la toile du *Titien*, manifestée par les habitants de l'île

¹ POUCKET O. Héroïnomanie et schizophrénie : une comorbidité aux limites de notre connaissance. Le Flyer 2004, HS 3/2.

² RACAMIER PC. De l'angoisse à la manie. In : De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques. Paris : Payot, 1979. P. 188.

³ BOUCHEZ J. TOUZEAU D. Addiction, dépression et manie. Le Courrier des Addictions 2002 ; 4/2 : 62-4.

⁴ GORWOOD P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. L'Encéphale 2004 ; 30/2 : 182-93.

⁵ LE STRAT Y. Trouble bipolaire et comorbidités addictives. Annales Médico-Psychologiques 2010 ; 168/8 : 584-7.

d'Andros attendant l'arrivée de *Bacchus*¹. Nous citerons les termes employés par Ey, « *nuées de grandeur* », « *magnification de l'image de soi, de l'environnement* » sur le fond d'une « *inspiration lyrique* » au cours des ivresses². Plus modernes, le *rush*, le *high* et le *crash* caractérisent les imprégnations sous cocaïne, de même que le *flash* ou le *binge* sexuel sous méthamphétamine³.

Aussi, une labilité émotionnelle, des états mixtes mêlant dysphorie et subexcitation thymique, peuvent émerger d'une intoxication⁴. Les états de manque et de sevrage représentent une source potentielle de troubles thymiques majeurs dépressifs ou maniaques⁵. Par exemple, les états maniaques, provoqués par un sevrage brutal en benzodiazépines, posent la question d'une manie iatrogène sans rapport avec une véritable maladie bipolaire ou, à l'opposé, d'une manie révélant une maniaco-dépression déclenchée par l'accident⁶. Enfin, alors que pour HANTOUCHE, 90 % des boulimies et un grand nombre des troubles des conduites alimentaires, relèveraient de la bipolarité⁷, CORCOS nous rappelle que les perturbations éprouvées par ces patients pourraient être la conséquence du désordre nutritionnel et aussi répondre à une psychopathologie bien différente⁸. Par ailleurs, les troubles cognitifs, le ralentissement ou l'hyperactivité, les troubles psychotiques et du sommeil font tout autant partie de la clinique psychiatrique maniaco-dépressive et de la symptomatologie des troubles addictifs⁵.

Etant donné que le diagnostic de bipolarité est rendu délicat en cas d'addiction, nous apportons quelques éléments cliniques différentiels. La présence d'une symptomatologie maniaque ou dépressive à distance de trois ou quatre semaines d'une intoxication ou d'un sevrage, l'existence d'antécédents familiaux de troubles de l'humeur, orientent vers une bipolarité. Les effets ressentis des toxiques sont volontiers différents et plus intenses chez les consommateurs bipolaires par rapport aux non bipolaires. Il est rapporté une plus grande

¹ SCHWENK B. Psychiatrie et Art. Toulouse : Privat, 1999.

² EY H. Etude N°19 : Mégalomanie. In : Etudes Psychiatriques : aspects sémiologiques. Paris : Desclée de Brouwer, 1950.

³ KARILA L. LEPINE JP. COSCAS S. BECK F. REYNAUD M. Cocaïne et autres substances. In : LEJOYEUX M. Addictologie. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

⁴ LE STRAT Y. Trouble bipolaire et comorbidités addictives. Annales Médico-Psychologiques 2010 ; 168/8 : 584-7.

⁵ BOUCHEZ J. TOUZEAU D. Addiction, dépression et manie. Le Courrier des Addictions 2002 ; 4/2 : 62-4.

⁶ RIGBY J. HARVEY M. DAVIES DR. Mania precipitated by benzodiazepine withdrawal. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1989 ; 79 : 406-7.

⁷ HANTOUCHE E. Troubles bipolaires : rumeurs et réalités. Paris : Medi-Text, 2008.

⁸ CORCOS M. ATGER F. JEAMMET P. Evolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires. Annales Médico-Psychologiques 2003 ; 161 : 621-9.

fréquence de sensations étranges et des modifications thymiques¹. Nous décrirons les particularités des alcoolisations maniaques et quelques différences psychopathologiques afin d'orienter le clinicien.

8.3.1.2.2 Les particularités des alcoolisations maniaques²

Classiquement, les conduites alcooliques des maniaques se caractérisent par l'aspect massif des alcoolisations, se rapprochant de la dipsomanie. Le produit est utilisé dans une optique de « *défonce* » ou encore, comme un « *voyage à l'alcool* ». Les ivresses sont volontiers pathologiques, excito-motrices, confuso-délirantes et facilitent les passages à l'acte agressifs et les troubles des conduites. Ces alcoolisations sont entrecoupées de périodes d'abstinence ou de consommation normale plus ou moins durables. Intermittentes, elles répondent à la cyclicité de la maladie et bien souvent, l'apparition d'une dépendance physique se trouve retardée.

8.3.1.2.3 Particularités psychopathologiques

Enfin, sous un angle dynamique, en ce qui concerne la différence entre le style du véritable toxicomane et du maniaque, pour le premier la relation addictive se singularise par une intolérance de l'affect. La substance ou le comportement démantèlent l'expérience affective, le lien émotionnel à l'autre, alors que la trajectoire maniaque représente une quête ininterrompue de stimulations pour pallier l'angoisse de la perte. Le dépendant reproduit à l'identique ses moments de fuite avec un objet bien ciblé alors que le maniaque rebondit d'objet en objet, pourvu que l'exaltation soit au rendez-vous. Pour le premier, l'affect se concentre autour de la substance ou du comportement addictif, la pensée reste centrée sur l'objet, à la fois haï et idéalisé, source de vie et de mort, suspendant intégralement le sujet à son produit ou à son comportement addictif³. L'ivresse arrête le temps alors que le maniaque se synchronise avec un flux temporel, certes perturbé, car défilant en accéléré, mais synonyme de continuité stimulante avec une marge plus large dans les capacités d'adaptation et surtout de création⁴.

¹ LE STRAT Y. Trouble bipolaire et comorbidités addictives. Annales Médico-Psychologiques 2010 ; 168/8 : 584-7.

² LEJOYEUX M. Les masques de la bipolarité. Revue du Praticien 2005 ; 55/5 : 507-12.

³ POENARU L. SIMON O. GONZALES GROZAL A. RIHS M. Clinique du jeu pathologique ou l'objet disponible aléatoirement : une perspective psychodynamique. Psychotropes 2007 ; 3-4/13 : 177-88.

⁴ PROIA S, MORHAIN Y, MARTINEAU JP. Le surinvestissement sportif : une parade contre l'angoisse de la perte et l'intolérance à l'affect. Perspectives Psy 2006 ; 45/2 : 157-65.

Enfin, une autre différence fondamentale s'impose. Si la fuite par rapport à une souffrance du sujet dépendant nous emmène du côté des euphories artificielles et chimiques et nous rappelle en quelque sorte la trajectoire manie-mélancolie, pour le véritable maniaco-dépressif, ce parcours se réalise « *sans l'aide d'aucune bouteille* » ou produit¹.

8.4 Trouble bipolaire du sujet âgé

8.4.1 Bipolarité « vieillie » ou de novo

Deux cas de figure se présentent chez le sujet âgé bipolaire. Soit il s'agit d'une maniaco-dépression « *vieillie* » à partir d'une bipolarité connue, passée inaperçue, ou bien confondue avec un autre trouble de l'humeur. Soit il s'agit d'une bipolarité *de novo*, c'est-à-dire déclenchée dans la troisième partie de la vie sans antécédents thymiques significatifs antérieurs. Ce deuxième cas de figure nous intéressera ici.

La bipolarité s'étend à tous les âges de la vie ; est donc étudiée l'existence de bipolarités d'apparition tardive, après 60 ans, qui concernent une proportion relativement faible, mais non négligeable, de sujets âgés². La question d'un sous-diagnostic est mise en avant, en lien avec un défaut de connaissance des spécificités cliniques des accès d'apparition *de novo* à un âge avancé³. Plane la question de la démence et des hypothèses nosographiques autour de la mélancolie ou de la manie dite d'« *involution* ». Ces interrogations prennent de l'importance en regard du vieillissement croissant de la population et de la patientèle de tout médecin.

8.4.2 Le problème de l'autonomie des « formes maniaco-dépressives d'involution »

« *L'involution* », dans le contexte de manie ou de mélancolie, indique l'apparition tardive, chez une personne âgée, d'un accès thymique. Du fait d'une spécificité psychopathologique et physiologique engagée à cette extrémité de la vie, EY s'autorisait une

¹ RACAMIER PC. De l'angoisse à la manie. In : De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques. Paris : Payot, 1979.

² GORWOOD P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. L'Encéphale 2004 ; 30/2 : 182-93.

³ WYART M. BLAIN H. Forme pseudoconfusionnelle d'un épisode maniaque chez un sujet âgé. A propos d'un cas et revue de la littérature. NPG : Neurologie Psychiatrie Gériatrie 2010 ; 10 : 274-8.

réflexion concernant le problème de l'autonomie des formes maniaco-dépressives d'involution¹.

8.4.2.1 « Mélancolie d'involution »

Deux écoles s'opposaient au début du XX^{ème} siècle¹. L'école allemande, sous l'impulsion de KRAEPELIN, tendait à englober catégoriquement toutes les formes maniaco-dépressives d'« *involution* » dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive : « *Il n'y a donc plus aucune raison valable pour séparer de la folie maniaco-dépressive les états de dépression qui surviennent à un âge assez avancé, désignés jusqu'à présent du nom de mélancolie* »². La psychiatrie française et anglo-saxonne émettait plus de réserves. Elle évoque le caractère réactionnel du fléchissement thymique à travers des mécanismes psychologiques complexes, liés au vécu du vieillissement, et des mécanismes physiologiques autour de la démence notamment vasculaire¹.

EY nous apporte quelques éléments de réponse en notant plusieurs caractéristiques cliniques d'un bon nombre de ces mélancolies : absence de crises antérieures, intrications d'éléments confusionnels et anxieux, tendance à la chronicité, importance des troubles somatiques et neurologiques¹. S'agit-il d'accès bipolaires avec des atypicités ou d'un syndrome proche sur le plan clinique mais relevant d'une autre affection ? A ce jour, rappelons qu'une symptomatologie mélancolique n'est plus synonyme de bipolarité, ne représentant qu'un indice parmi d'autres. Le dépistage d'une démence est également recommandé, sachant que la dépression du sujet âgé s'accompagne d'un déclin cognitif et qu'une neurodégénérescence peut se manifester initialement sur le plan clinique par des accès thymiques. Des critères sémiologiques tentent de différencier l'apathie du dément de la dépression : l'émoussement affectif prédomine dans le premier cas, en comparaison avec l'anhédonie dans le second, de même que la superficialité des affects *versus* la douleur morale, la labilité de l'humeur *versus* une humeur dépressive constante, l'anosognosie *versus* une souffrance psychique émaillée de plaintes variées. Le test aux antidépresseurs, l'imagerie cérébrale et l'évolution constituent des aides précieuses mais, bien souvent, la question du diagnostic reste ouverte³.

¹ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

² KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008. P. 180.

³ DEROUESNE C. Démences. In : GUELFY JD. ROULLON F. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2007.

8.4.2.2 « Manie d'involution »

Un épisode maniaque du sujet signe-t-il une entrée tardive dans la bipolarité ? En ce qui concerne les « manies d'involution », les travaux sont plus rares¹. Nous proposerons une revue des masques trompeurs de manie d'origine confusionnelle ou démentielle avant de décrire la manie de la personne âgée.

8.4.3 Les masques trompeurs de manie chez les personnes âgées

8.4.3.1 La confusion

EY alerte sur le piège clinique entre un état maniaque et un état confuso-onirique ou anxieux¹. Depuis les descriptions de KORSAKOV, la joie euphorique est un symptôme potentiel de l'état confusionnel s'associant donc à la désorientation, aux troubles de la vigilance et à l'amnésie de fixation. Un état de rêve féérique peut être présent au lieu d'un onirisme chargé d'angoisse².

8.4.3.2 Les démences

8.4.3.2.1 Démence et manie pauvre en pensée

Les démences peuvent épouser les caractéristiques de nombreux troubles psychotiques et thymiques de tout type. Certains états comprennent une incontinence émotionnelle ou même une euphorie. Celle-ci est typiquement béate et apragmatique, proche de certaines formes de déficiences intellectuelles. Le sujet est tranquille, plutôt ralenti, sa mimique est reposée ou à peine rieuse. Il baigne dans un état de béatitude, d'hébétude passive, paraissant peu sensible et peu réactif aux *stimuli* de son environnement. Les efforts et autres phénomènes de volonté sont absents³.

Si cette description reste éloignée de la manie classique, la proximité avec la manie pauvre en pensée de KRAEPELIN, ou la manie stuporeuse de BAILLARGER, constitue le principal piège diagnostique, un tel tableau pouvant être facilement considérée comme une « imbécillité avec excitation » : « *J'ai connu une malade qui, des mois durant, ne faisait que*

¹ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

² EY H. Etude N°19 : Mégalomanie. In : Etudes Psychiatriques : aspects sémiologiques. Paris : Desclée de Brouwer, 1950.

³ BENEZECH M. BIEDER J. Du bonheur pathologique : sur les états hallucinatoires et délirants agréables ou joyeux. Annales Médico-Psychologiques 2011 ; 169 : 209-14.

rire toute seule sottement, donnait tout au plus un coup à sa voisine de temps en temps, et que je jugeais débile mentale ; mais après sa guérison, elle se révéla inhabituellement intelligente, fine et cultivée » écrit KRAEPELIN¹. Enfin, les classiques fabulations de compensation ne devront pas être confondues avec la mythomanie ludique du maniaque².

8.4.3.2.2 Lésions frontales

Au début, dans le cadre de lésions frontales du diencéphale antérieur et de la paralysie générale, la joie morbide s'accompagne rarement de grande exubérance mais plus particulièrement, d'une hyperactivité brouillonne, de salacité verbale, d'une euphorie niaise, nommée *moria*, avec une appétence pour la moquerie, les calembours, la farce ou autres plaisanteries à la fois stupides, grossières et impudiques. L'insouciance, l'approbativité, des idées délirantes de grandeur et de grandiloquence stupide complètent volontiers le tableau². La démence fronto-temporale, dans sa variante frontale, par atteinte du cortex orbito-frontal, offre un syndrome de désinhibition. Celui-ci comporte une symptomatologie maniforme avec une irritabilité, une incontinence émotionnelle, une excitation verbale et motrice, une distractibilité, un défaut de contrôle social, une désinhibition sexuelle ainsi qu'une gloutonnerie ou une hyperphagie³.

Parfois, le piège diagnostique est manifeste. SACKS expose le cas atypique d'une patiente de quatre-vingt-dix ans, prostituée dans sa jeunesse, atteinte d'une euphorie agréable et d'un bien-être la rajeunissant, lui donnant « *l'impression d'avoir plus d'entrain, d'être plus vive* », « *une impression que je n'ai pas eue depuis vingt ans* » précise-t-elle⁴. Le diagnostic de manie initialement posé se voyait annulé par la présence de spirochètes dans son liquide céphalo-rachidien, signant une syphilis tertiaire, soixante-dix années après la primo-infection, nommée avec poésie par la patiente: « *maladie de Cupidon* »⁴.

8.4.3.2.3 Lésions vasculaires⁵

Les pathologies vasculaires des personnes âgées peuvent aussi constituer une autre source d'erreurs concernant le diagnostic. Les rires pathologiques émanent de lésions de l'hémisphère droit alors que les pleurs pathologiques proviennent de lésions vasculaires de

¹ KRAEPELIN E. La folie maniaco-dépressive. Bordeaux : Mollat, 2008. P. 190.

² GAYARL L. Sémiologie clinique en psychiatrie. Rueil-Malmaison : Sandoz, 1974.

³ DEROUESNE C. Démences. In : GUELFY JD. ROULLON F. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2008.

⁴ SACKS O. L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau. Paris : Seuil, 1992. P. 139.

⁵ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

l'hémisphère gauche. La notion de manie vasculaire est tout aussi acceptable que celle de dépression vasculaire. Dans ce cas, les antécédents du patient révéleront un passé composé de troubles cardio-vasculaires, d'hypertension artérielle et de diabète.

8.4.4 Particularités de la manie d'apparition tardive dans la troisième partie de la vie

8.4.4.1 Particularités épidémiologiques

Les travaux manquent à l'égard de cette forme de bipolarité. Le sexe ratio se déséquilibre et les femmes sont plus atteintes que les hommes. Sous réserve de biais, quelques particularités, approchées par EY il y a un demi-siècle, se prêtent à ces maniaco-dépressions tardives qui réduisent l'écart clinique et épidémiologique avec les troubles psycho-organiques démentiels. Il y a moins d'antécédents familiaux de bipolarité par rapport aux autres formes de bipolarité¹. Une comorbidité psycho-organique est souvent présente et les scores de Hachinski, indice de pathologie vasculaire cérébrale, sont très élevés². Les états mixtes sont plus fréquents, à type de dépression agitée, de manie dysphorique ou manie malheureuse³.

8.4.4.2 Particularités cliniques

Sur le plan clinique, la manie du sujet âgé manifeste volontiers une irritabilité, une attitude coléreuse, une intensification plus modérée de l'énergie, de l'hyperactivité, des intérêts sexuels ainsi que des projets et des plans moins fréquents que la manie classique du sujet plus jeune². La symptomatologie globale est donc atténuée. Sur le plan cognitif, l'amnésie de fixation et divers troubles cognitifs sont fréquents et peuvent prendre l'allure d'un état confusionnel ou démentiel³. Ces données nous rapprochent des manies pauvres en pensée et des états démentiels. Une composante délirante à thème de persécution est plus fréquente. L'évolution est plus sévère. D'autre part, les troubles bipolaires d'évolution ancienne tendent à évoluer vers un épuisement, une « *extinction* » avec un risque plus élevé d'évolution démentielle³ ce qui souligne encore l'étroitesse du rapport.

¹ JAULIN P. Troubles bipolaires du sujet âgé : pièges diagnostiques à éviter. NPG : Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie 2008 ; 43 : 47-53.

² BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

³ CLEMENT JP. Psychopathologie du sujet âgé. In : GUELFY JD. ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2008.

8.4.4.3 Une particularité psychopathologique ?

Pourrions-nous aussi y inclure une composante psychopathologique liée à l'âge qui nous éloignerait encore de la bipolarité pure ? LE GOUES observe une propension à délirer plus forte chez le sujet âgé. Le symptôme délire pourrait représenter une fonction défensive avec un sens repérable, un rempart face à la dépression émanant du sentiment de vide et de solitude, des pertes accusées à cette période de la vie, des événements de vie pénibles. Un état d'euphorie, facilité par le vieillissement neurologique, pourrait-il représenter une alternative, une fuite possible¹ ? Ainsi, RACAMIER évoque un possible retournement, dans la manie du sujet pagétique, en réponse aux déficits de sa cognition répondant aux lésions neurologiques : se réfugier dans l'euphorie constituerait un moyen de ne pas réaliser la perte².

8.5 Bipolarité et épilepsie

L'épilepsie sera notre dernière confrontation entre la bipolarité et l'organique. Evidemment, ces pathologies sont bien différentes sur plusieurs points, mais il est intéressant de noter certaines similitudes. L'épilepsie nous paraît être une des pathologies les plus illustratives de ce rapprochement entre neurologie et psychiatrie au sujet de la manico-dépression³.

8.5.1 Similitudes

8.5.1.1 Le syndrome interictal

L'épilepsie ne manque pas de présenter des troubles d'allure psychiatrique, notamment à tonalité psychotique, principalement en cas d'atteinte temporale médiane⁴. En revenant à la bipolarité, EY soulignait la possibilité d'un caractère périodique au sein de cette affection neurologique, avec des oscillations thymiques franches, des épisodes de mégalomanie associés à des idées de grandeur⁵. Depuis la fin du XX^{ème} siècle, le syndrome dysphorique

¹ LE GOUES G. Le psychanalyste et le vieillard. Paris : Presses Universitaires de France, 1991.

² RACAMIER PC. De l'angoisse à la manie. In : De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques. Paris : Payot, 1979.

³ DE TOFFOL B. Troubles psychopathologiques associés aux épilepsies partielles pharmaco-résistantes. Revue Neurologie 2004 ; 160/1 : 288-300.

⁴ BLANC F. BERNA F. FLEURY M. *et al.* Evènements psychotiques inauguraux de sclérose en plaques ? Revue Neurologie 2010 ; 166 : 39-48.

⁵ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques manico-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

interictal est décrit¹. Il se rencontre chez 30 % des sujets épileptiques, principalement en cas d'épilepsie ancienne, mal contrôlée et pharmacorésistante. Néanmoins, les symptômes thymiques avec euphorie possible sont de durée brève, de quelques heures à quelques jours seulement². Aussi, il est observé depuis longtemps une éventuelle excitation, des sensations de paix, de bien-être ou d'euphorie au décours de crises épileptiques³ ainsi que des virages maniaques après des séances d'électroconvulsivothérapie⁴.

8.5.1.2 *Le phénomène du kindling*⁵

Le temps entre chaque épisode est de plus en plus court, au fur et à mesure que progresse le trouble bipolaire, avec un rôle de moins en moins évident des événements de vie. POST a rapproché cette donnée du phénomène de *kindling*, littéralement « *allumage* » ou « *embrasement* » en anglais. Le *kindling* fut initialement observé chez le rat soumis à des crises épileptiques provoquées. La stimulation électrique de l'amygdale peut provoquer des crises d'épilepsie à un certain seuil d'intensité électrique. Lorsque l'expérience est renouvelée, des intensités, de moins en moins importantes, provoquent des crises similaires jusqu'à l'obtention de crises spontanées. Ceci pourrait expliquer que les premiers épisodes du trouble bipolaire soient provoqués par des stimuli stressant sévères, se rapprochant des dépressions d'allure exogène ou réactionnelle, et que les épisodes suivants soient plus autonomes épousant les critères d'une dépression dite endogène.

8.5.1.3 *Rapprochement thérapeutique*

Enfin, une similitude assez évidente concerne la thérapeutique de ces deux affections. Toutes les deux répondent aux thymorégulateurs anticonvulsivants. Aussi, l'application de règles hygiéniques dans le mode de vie constitue une garantie supplémentaire face à la récurrence. Dans la bipolarité, elles concernent le respect du rythme veille/sommeil, des rythmes sociaux, l'évitement des décalages horaires et des situations de surmenage ainsi qu'une prudence quant à l'utilisation de produits psychostimulants⁶. Ces points, qui maintiendraient

¹ BLUMER D. Epilepsy and disorders of mood in SMITH D. TREIMAN D. TRIMBLE M. Neurobehavioral problems in epilepsy. New-York : Raven Press, 1991.

² DE TOFFOL B. Troubles psychopathologiques associés aux épilepsies partielles pharmaco-résistantes. Revue Neurologie 2004 ; 160/1 : 288-300.

³ SACKS O. L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau. Paris : Seuil, 1992.

⁴ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie. 1997.

⁵ HENRY C. Clinique des troubles bipolaires. Suresnes : Lilly, 2005.

⁶ LEJOYEUX M. Les masques de la bipolarité. Revue du Praticien 2005 ; 55/5 : 507-12.

le « *phénomène de seuil* » bipolaire¹, ne sont pas sans nous évoquer l'anticipation des crises de l'épileptique afin de maintenir le seuil épiléptogène.

8.5.2 « Phénomène de seuil »

Ainsi, EY employait le concept de « *phénomène de seuil* » à l'endroit de la psychose maniaco-dépressive. Pour lui, encore une fois, « *une psychose n'est jamais purement endogène ni purement réactionnelle* », « *un autre pont doit être jeté* » entre ces deux axes¹. EY était parfaitement conscient du rôle majeur joué dans la maladie par les facteurs constitutionnels d'ordre biologique et héréditaire, s'associant à des facteurs psychologiques bien plus décisifs que dans l'épilepsie¹. En ce sens, les troubles maniaco-dépressifs psycho-organiques questionnent tout de même sur la constitution organique et psychique du sujet et en regard des facteurs personnels.

EY reprend les travaux de BUEL qui mentionnait des cas de maniaco-dépression dans sa clinique neurochirurgicale de Krayenbühl. Ce médecin insistait, avec BLEULER, sur l'ensemble et la totalité des facteurs personnels dans le déterminisme de tels troubles psychiques lors de certains processus tumoraux. De même, depuis la première moitié du XX^{ème} siècle, que les pathologies de l'axe corticotrope pouvaient engendrer une bipolarité secondaire et que l'administration d'adrénocorticotrophine, ou ACTH, perturbait l'humeur laissant supposer l'implication d'anomalies autour de l'activité cortico-surrénale dans la pathogénie maniaco-dépressive¹. Ainsi, pour EY, la psychose maniaco-dépressive ne peut se concevoir comme une « *psychose pure* » parfaitement distincte des formes maniaco-dépressives organiques. Leur valeur ne peut se résumer à un simple accident : « *Il est donc plus sage de considérer, répétons-le, que le fond de la maladie est constitué par un abaissement pathologique du seuil de réaction d'un niveau élevé, et que c'est dans cet abaissement du seuil que réside la condition des crises en réaction avec une multitude d'événements et sous l'influence de multiples processus de nature à faire varier ce seuil* »².

L'interaction de ces éléments biologiques, psychologiques et sociaux, se devinait déjà à travers les écrits d'auteurs classiques. TELLENBACH cite les exemples de « *résignations tristes et apathiques* », émanant de troubles neurologiques, de « *dysthymies explosives* » chez

¹ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

² EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 460.

les épileptiques¹. Pour l'auteur, la dépressivité se manifestant dans de tels cas ne dispose d'aucun point commun, sous l'approche phénoménologique, avec la dépressivité mélancolique mais il considère bien l'existence d'un « *entrecroisement de l'endogène avec le typologique et le situationnel* »². D'autre part, dans les tableaux classiques de manies et de mélancolies, la symptomatologie comprend des symptômes relevant du vital, de l'endogène et de bases physiopathologiques impliquant les régulations neurochimiques et génomiques de l'adaptation ainsi que leur organisation temporelle au sens chronobiologique³.

EY termine le chapitre de la 25^{ème} étude en proclamant une compréhension profonde et multidimensionnelle de la psychose périodique maniaco-dépressive. Son étude doit intégrer les domaines de l'hérédité, des désordres organiques neurologiques et généraux ainsi que l'étude de la vie psychologique. Il reprend BINSWANGER, en indiquant que ce qui caractérise finalement la psychose maniaco-dépressive est un déséquilibre fondamental de la vie émotionnelle : une instabilité essentielle de la structure temporelle éthique de la conscience, en d'autres termes, une disposition thymique basale, ce qui nous interdit de ramener le trouble maniaco-dépressif à un trouble élémentaire de l'humeur⁴. L'étude se ponctue par la psychopathologie de la psychose maniaco-dépressive, en tentant de répondre à ce que représentent les crises au point de vue de l'existence : « *La crise de manie ou de mélancolie n'est pas une crise d'urticaire ou de goutte* » mais bien une « *crise existentielle de la condition humaine* »⁵. EY manifeste un grand intérêt pour l'homme malade et son existence sur fond d'une clinique de haute précision et de questionnement anthropologique, ce qui participe au caractère unique de son œuvre.

8.5.3 Du phénomène de seuil au modèle biopsychosocial

Aujourd'hui, domine le modèle biopsychosocial afin d'expliquer l'étiopathogénie de nombreux troubles mentaux, dont la bipolarité. Les hypothèses génétiques ou biologiques ont la suprématie sur les hypothèses étiopathogéniques de la fin du siècle dernier. L'efficacité du lithium et des thymorégulateurs a conduit à l'élaboration de schémas causaux monoaminergiques. Plus récemment, d'autres travaux s'inscrivent dans la recherche active

¹ TELLENBACH H. La mélancolie. Paris : Presse Universitaire de France, 1998.

² TELLENBACH H. La mélancolie. Paris : Presse Universitaire de France, 1998. P. 270.

³ PRINGUEY D. La fête maniaque. Le Journal - Psychiatrie Privée. 12 : 6-10.

⁴ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

⁵ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 508.

des mécanismes sous-jacents à la bipolarité. On insiste sur la sensibilité aux rythmes sociaux, le fonctionnement cognitif des sujets bipolaires, ainsi que sur l'origine neurodéveloppementale et la plasticité synaptique du trouble à la lumière des techniques d'imagerie¹. Le modèle du *Kindling* a l'avantage d'être cohérent au niveau des différents concepts évoqués dans l'étiopathogénie de la bipolarité et corrobore l'efficacité des antiépileptiques dans la maladie bipolaire². Ces angles de lecture contemporains ne font-ils pas, en partie, écho aux conceptions de EY ? Les réflexions de ce dernier autour du rôle de la génétique, du biotype, du caractère et du tempérament, des événements de vie, des perturbations du milieu interne, de la formation de la personne et finalement de la place de l'homme restent pertinentes pour tout clinicien et chercheur de notre époque.

8.6 Conclusion

Apparemment simple, la question des limites et de l'autonomie entre la bipolarité et l'organique, demande à la fois de dépasser la simple dichotomie trouble primaire-trouble secondaire, sans pour autant la fondre en une seule et unique catégorie. Des épisodes d'allure bipolaire induits par les conduites toxicomaniaques, pouvant être quasiment systématiques dans le parcours de vie d'un dépendant, témoignent du caractère abusif du type III ½ d'AKISKAL. En revanche, l'étroitesse des anastomoses entre la maniaco-dépression et les addictions doivent inciter le clinicien à rechercher systématiquement ce type de trouble en cas d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances en gardant à l'esprit les caractéristiques des addictions chez le bipolaire. Concernant la bipolarité chez la personne âgée, le premier point est de ne la pas confondre avec une démence ou une confusion. Les deux entités présentent des chevauchements cliniques et sont d'autant plus difficiles à distinguer du fait de leur fréquente association et de l'atypicité des symptômes thymiques chez la personne âgée. En cas d'association, la deuxième difficulté est de pouvoir faire la part de ce qui relève du caractère psychiatrique ou neurologique, en confrontant la psychopathologie du sujet âgé à l'étendue des lésions neurologiques. A travers les similitudes et les interactions entre la bipolarité et les sphères de l'addiction, de la démence ou encore de l'épilepsie, une lecture dimensionnelle intégrative avec la prise en considération d'un « *phénomène de seuil* » et du modèle biopsychosocial rendent compte des liens entre

¹ HAMDANI N. GORWOOD P. Les hypothèses étiopathogéniques des troubles bipolaires. L'Encéphale 2006 ; 32/2 : 519-25.

² DE TOFFOL B. Troubles psychopathologiques associés aux épilepsies partielles pharmaco-résistantes. Revue Neurologie 2004 ; 160/1 : 288-300.

l'organique et la bipolarité et offrent la possibilité de nous interroger sur la question des limites et de la part organique et génétique impliquée dans la genèse de la maladie.

DISCUSSION

1 LA BIPOLARITE : UN DIAGNOSTIC A LA MODE ?

Vers la psychose, la dépression, les personnalités pathologiques, les troubles anxieux, impulsifs et psycho-organiques : voici les différentes voies prises par l'extension de la bipolarité. Nous avons analysé les aspects pertinents ou abusifs de cet élargissement dans toutes ses directions. Aussi, il convient d'approfondir notre réflexion sur le pourquoi de ce mouvement. L'élargissement de la bipolarité témoigne-t-il d'une mode contemporaine ou d'« *une nouvelle manie* »¹. La construction contemporaine du spectre bipolaire élargi s'est faite sous l'impulsion de recherches scientifiques, cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques ainsi que de nouveaux enjeux médico-légaux. Néanmoins, certains paramètres, s'éloignant d'une approche scientifique pertinente, se trouvent en amont de cette construction. L'étude des facteurs impliqués dans ce mouvement mérite notre attention à travers une discussion.

1.1 Un diagnostic à la mode ?

L'histoire de la médecine et de la psychiatrie nous enseigne que les grands courants de la pensée exercent une influence considérable sur la nosographie². Ainsi, peut-on s'interroger sur le sens de l'évolution du langage et des concepts de la psychiatrie à propos du glissement de la folie, de la psychose maniaco-dépressive vers celui d'un trouble ou d'un spectre bipolaire atomisé, fragmenté en de multiples entités. S'agit-il d'un progrès dans la l'analyse clinique et nosographique ou d'une nouvelle folie du XXI^{ème} siècle ?

1.1.1 Le cas Van Gogh³

Ainsi, le cas *Vincent Van Gogh* illustre parfaitement l'évolution du diagnostic psychiatrique à travers les époques, en fonction des écoles et des modes diagnostiques. Il était retenu initialement le diagnostic d'épilepsie temporale sous l'influence des Ecoles d'épileptologie française et notamment de GASTAUT. En Allemagne, alors que dominait la pensée des phénoménologues et l'influence de JASPERS, notre artiste se trouvait considéré

¹ HEALEY D. The latest mania : selling bipolar disorder. Public Library of Science Medicine 2006 ; 3/4 : e185.

² GISSELMANN-PATRIS. MF. Bipolarité et troubles de la personnalité. L'Information Psychiatrique 2007 ; 83/6 : 441-3.

³ COURTET P. CASTELNAU D. Tempérament et créativité. Annales Médico-Psychologiques. Revue Psychiatrique 2003 ; 161/9 : 674-83.

comme schizophrène. Avec l'intérêt croissant de la fin du XX^{ème} siècle pour les troubles de l'humeur, *Van Gogh* devint alors bipolaire. La seule constante résidait dans un abus d'absinthe, agissant en tant que comorbidité d'un trouble mental ou expliquant à elle seule les manifestations psychiques de l'artiste *via* des lésions secondaires du lobe temporal antérieur.

1.1.2 Les exemples antérieurs de la schizophrénie et de la dépression

Au XIX^{ème} siècle, la schizophrénie, délire chronique et psychose maniaco-dépressive se partageaient l'essentiel de la pathologie mentale. Il y eut progressivement une inflation du diagnostic de schizophrénie sous forme, déjà, d'un spectre élargi. Il a été porté des diagnostics de « *schizophrénie de trois jours* »¹. La schizophrénie a progressivement augmenté dans sa prévalence au cours du XX^{ème} siècle pour culminer dans les années 1960 et 70 : environ les trois quarts de patients psychotiques étaient diagnostiqués schizophrènes, alors que le diagnostic de psychose maniaco-dépressive était réduit à la portion congrue, ne concernant que 20 % des psychotiques². La maladie bipolaire est longtemps restée méconnue en raison de son polymorphisme clinique et de périodes intercritiques proches de la normalité, s'étendant parfois sur de nombreuses années, tout en étant cachée par un spectre large de schizophrénie. C'est ainsi que la catatonie a longtemps été considérée comme une manifestation relevant uniquement de la schizophrénie dans sa forme hébéphrénocatatonique¹. Un mouvement en sens inverse s'est opéré au cours des années 1970 et se prolonge sous nos yeux avec une vertigineuse augmentation du diagnostic de bipolarité².

La fin du XX^{ème} siècle était la période de la dépression. En 20 ans, sa fréquence s'est accrue de 76 % aux Etats-Unis avec le même ordre de grandeur en France³. Il n'est donc point abusif de faire état d'une épidémie de dépression déclare PIGNARRE⁴. Or, l'extension de cette pathologie, selon des critères statistiques, a fait perdre le sens et la crédibilité de ce diagnostic².

Le XXI^{ème} siècle sera-t-il celui de la bipolarité ? La bipolarité occupe, pour CHARTIER, « *la première place au hit-parade des diagnostics réifants et fourre-tout qui*

¹ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

² MEYNARD JA. Le continuum schizophrénie-troubles bipolaires et le trouble schizo-affectif. *L'Information Psychiatrique* 2005 ; 81/10 : 891-6.

³ MALEVAL JC. Une bulle de la dépression ? Première partie : l'invention de la maladie dépressive. *Médecine* 2009 ; 5/5 : 225-30.

⁴ PIGNARRE P. Comment la dépression est devenue une épidémie ? Paris : La Découverte, 2001.

méconnaissent la dynamique intra-psychique du patient »¹. Les exemples antérieurs de la schizophrénie et de la dépression doivent nous mettre en garde devant le risque de répéter certaines erreurs du passé avec l'élargissement actuel de la bipolarité. BALDESSARINI résume parfaitement cette crainte : « l'acceptation générale de définitions de plus en plus larges du concept de trouble bipolaire risque d'affaiblir et de banaliser le concept central de trouble bipolaire, exactement comme cela est arrivé dans le passé pour la « schizophrénie », la « dépression » et un nombre croissant d'autres troubles dont la popularité académique et clinique est passée par des hauts et des bas... »².

1.2 Les limites des systèmes de classification actuels

1.2.1 Une clinique de l'instant³

Tout système de classification des pathologies mentales est objet de critiques. La nosologie Kraepelinienne, dès son élaboration, a suscité un bon nombre d'interrogations et était l'objet de bien des critiques. Nul n'était dupe, et KRAEPELIN lui-même, des failles du système classificatoire, de l'évolution imprévisible des troubles en pointant les faiblesses pronostiques. Mais, à l'époque, les auteurs classiques privilégiaient l'évolution comme paramètre nosographique probablement en lien avec le fait que les thérapeutiques balbutiantes de cette période laissaient les pathologies parcourir une trajectoire naturelle. Actuellement, on tente de poser le diagnostic avec une liste de signes recueillis à un moment donné, sous forme d'une clinique de l'instant. Ce noble objectif n'est-il pas trop ambitieux en l'état actuel de nos connaissances ?

1.2.2 Un manque de considération pour la psychopathologie ?

Deuxièmement, la clinique actuelle des systèmes de classifications, se base sur une sémiologie objective, purement descriptive et probabiliste. La rigueur prônée délaisse l'intérêt pour une étude psychopathologique fine et profonde. En ce sens, les débordements émotionnels et thymiques sont vidés de leur sens au même titre que le vécu du patient. Les reproches, adressés au DSM et à la CIM, correspondent à l'athéorisation et à la consensualité. La distinction névrose-psychose est tombée en désuétude, les troubles de l'humeur se trouvent

¹ CHARTIER JP. Circulez, il n'y a rien à voir. Clinique psychanalytique des états dits « bipolaires ». Topiques 2009 ; 3/108 : 237-47.

² BALDESSARINI RJ. In : BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

³ GISSELMANN-PATRIS MF. Bipolarité et troubles de la personnalité. L'Information Psychiatrique 2007 ; 83/6 : 441-3.

ainsi éparpillés avec le risque d'être détachés du contexte structural, de telle façon, qu'ils n'apportent que peu de repérage psychogénique de l'étiologie et ne permettent pas d'établir des connexions logiques entre les divers facteurs qui interviennent¹.

La mutation de la dépression et de la mélancolie illustre bien ce saut. Notre revue de l'historique offre un aperçu des définitions nombreuses et variées épousées par la mélancolie au cours des siècles. Encore récemment, quatre catégories différençaient les états dépressifs : les dépressions névrotico-réactionnelles, endogènes et mélancoliques, psychotiques ou intriquées à un processus schizophrénique et les dépressions organiques. Cette distinction renvoi à une clinique parfois subjective, impliquant le vécu, le sens du symptôme dépressif, en se rapprochant donc de considérations psychodynamiques dont le DSM II s'en faisait encore l'écho¹. Mais cet angle de lecture semble peu compatible avec la vision des comportementalistes et neurobiologistes qui cherchent à s'appuyer, non plus sur le fonctionnement subjectif, mais sur des signes plus concrets et manifestes : l'intensité de l'humeur et ses conséquences. La mélancolie actuelle implique donc une intensité particulière de la dépression se distinguant d'une structure théorisée par la psychanalyse. De même, la dysthymie supplante la névrose dépressive. La dépressivité n'est donc lue qu'à travers une approche unidimensionnelle² et s'étend donc entre les extrêmes de la tristesse légitime, du chagrin, et de la tristesse pathologique ou épisode dépressif majeur avec une intensité à définir³. La bipolarité de l'humeur devient à son tour un spectre comprenant les variations normales de la thymie jusqu'au cas pathologiques. En 2007, SPITZER lui-même, le principal concepteur du DSM III, concède que l'attention inadéquate au contexte constitue un problème inhérent à la démarche des DSM et pose aux chercheurs qui élaborent le DSM V, défi difficile à relever mais qui ne peut plus être ignoré².

Ainsi, les critères évolutifs incitaient à la prudence et la psychopathologie pouvait servir de « *boussole* »⁴. Il conviendrait éventuellement de reconcentrer la nosographie sur ces deux éléments.

¹ ARCE ROSS G. Manie, mélancolie et facteurs blancs. Paris : Beauchesne, 2009.

² MALEVAL JC. Une bulle de la dépression ? Première partie : l'invention de la maladie dépressive. Médecine 2009 ; 5/5 : 25-30.

³ CARLSON GA. BROMET EJ. SIEVERS SB. Phenomenology and outcome of youth and adult onset subjects with psychotic mania. American Journal of Psychiatry 2000 ; 157 : 213-9.

⁴ CHARTIER JP. Circulez, il n'y a rien à voir. Clinique psychanalytique des états dits « bipolaires ». Topiques 2009 ; 3/108 : 237-47.

1.2.3 « Folie unique » de Pinel et concept de spectre

Enfin, la notion de spectre est un excellent exemple d'une tentative de regroupement clinique, sous forme d'une seule et unique pathologie, déclinée sous maintes variantes. A l'époque de PINEL, la médecine mentale ne proposait qu'une seule et unique catégorie : l'aliénation mentale. Progressivement les affections se sont multipliées des monomanies d'ESQUIROL jusqu'aux versions successives du DSM. Le concept nouveau de spectre, bipolaire ou non, s'inscrit-il comme une régression de la nosographie ?

1.3 Le poids de l'industrie pharmaceutique

Les ressources pharmacologiques disponibles en terme de thymorégulation ont probablement favorisé la bascule épidémiologique de la balance schizophrénie-bipolarité et au déclin de la distinction bipolarité-unipolarité. A partir des années 1970, le lithium a certainement contribué à redresser la barre entre le trouble bipolaire et la schizophrénie¹ alors que les antidépresseurs accusent un discrédit certain, suspects d'induire des virages de l'humeur, des accélérations des cycles et des états mixtes². De larges études, impulsées par les laboratoires pharmaceutiques, donneraient ainsi raison à des indications beaucoup plus étendues de produits thymorégulateurs incluant le lithium, les antiépileptiques ainsi que les nouveaux antipsychotiques, dont l'efficacité et la définition restent encore incertaines². Nous assistons bien à des dépressions qui résistent aux antidépresseurs mais qui ne sont pas pour autant de nature bipolaire. Nous voyons aussi que les thymorégulateurs présentent une efficacité pour des pathologies dépassant le cadre de la bipolarité. Or, il convient à notre sens de ne pas construire la nosographie psychiatrique sur le seul et unique référentiel chimiothérapeutique.

Un deuxième point s'avère beaucoup plus tendancieux. BOURGEOIS dénonce un « *matraquage publicitaire* » de l'industrie pharmaceutique afin d'éduquer les médecins à un diagnostic très extensif de bipolarité chez les consultants se plaignant d'un mal-être, d'un fléchissement dépressif ou d'une certaine inadaptation aux exigences professionnelles ou conjugales. L'auteur affirme : « *On ne peut qu'être réservé quant à l'endoctrinement des médecins généralistes par les programmes « bipotruc », « bipochose », « bipomachin »* »². La

¹ MEYNARD JA. Le continuum schizophrénie-troubles bipolaires et le trouble schizo-affectif. L'Information Psychiatrique 2005 ; 81/10 : 891-6.

² BOURGEOIS ML. Aspects nosologiques des troubles bipolaires maniaco-dépressifs. Considérations critiques. Annales Médico-Psychologiques 2009 ; 167/10 : 803-9.

mode de l'antidépresseur serait donc dépassée au profit de celle du thymorégulateur. Un enchevêtrement d'intérêts financiers entre la médecine et l'industrie pharmaceutique est également dénoncé et questionne sur une possible collusion d'intérêt à propos des troubles bipolaires^{1,2,3}.

Ce problème est d'autant plus frappant avec la psychiatrie et le DSM dans la mesure où la définition d'un grand nombre de troubles mentaux n'est que descriptive, floue et sans critère vérifiable, ce qui laisse beaucoup de place à l'arbitraire, à l'invention ou au façonnage des maladies mentales. Les laboratoires pharmaceutiques ne manquent pas d'exploiter les limites diagnostics de la psychiatrie et l'éternelle question entre le normal et le pathologique si difficile à apprécier. Pour certains auteurs, des campagnes auraient été menées afin de médicaliser la timidité en phobie sociale⁴, la tristesse en dépression⁵. Il s'agit d'un phénomène de *disease mongering*, de façonnage de maladie, qui toucherait la médecine et particulièrement la santé mentale³, suspect de psychiatriser nos émotions⁴. Tout en homme en bonne santé ne serait qu'un malade qui s'ignore dirait le « *docteur Knock* », livre prémonitoire qu'il conviendrait de relire. La poursuite de ce mouvement, sous forme d'une nouvelle campagne, ne se dessinerait-elle pas autour de la bipolarité à partir de simples hauts et de simples bas ?

1.4 Un artéfact social

Une parenthèse mérite d'être ouverte sur les conséquences du climat social sur notre thymie et de manière plus générale sur notre mode de vie et façon d'être. Selon l'Acédia d'Evagre le Pontique au IV^{ème} siècle, le dégoût de la vie était considéré comme un péché mortel. L'incitation contemporaine est d'être toujours au maximum de ses possibilités⁶. Pour le sociologue Ehrenberg, le sujet moderne est de plus en plus porté à dénier ses limites « *encore plus !* »⁷.

¹ HEALEY D. The latest mania : selling bipolar disorder. Plos Medicine, 2006 ; 3/4 : e185.

² MARCELLI D. Enfance et psychopathologie. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

³ SCHEPENS P. Les troubles bipolaires : de la polémique à la clinique. La Revue de la Médecine Générale 2011 ; 282 : 140-5.

⁴ LANE C. Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions. Paris : Flammarion, 2009.

⁵ MALEVAL JC. Une bulle de la dépression ? Première partie : l'invention de la maladie dépressive. Médecine 2009 ; 5/5 : 25-30.

⁶ CHARTIER JP. Circulez, il n'y a rien à voir. Clinique psychanalytique des états dits « bipolaires ». Topiques 2009 ; 3/108 : 237-47.

⁷ EHRENBURG A. La fatigue d'être soi. Paris : Odile Jacob, 1998.

Les notions de compétitivité, de productivité, de rendement et de rentabilité sont devenues des maîtres mots d'un ordre social nouveau. Le monde est bercé de message et de slogans célébrant le goût du risque, la vitesse, la frénésie de l'action en portant le culte d'une jeunesse triomphante¹. Parallèlement, la société dite de consommation fige le sujet sur l'objectif d'une accumulation de biens avec l'illusion que pour chaque besoin correspond un objet susceptible de le combler². Enfin, dans l'esprit d'une libération des mœurs, d'un élargissement du possible et de la multiplication des plaisirs, chacun aspire à vivre sa vie affective de la façon la plus complète et sans limite¹.

En conséquence, L'homme moderne est invité, incité à présenter une façade active, à se dépasser, à pousser ses limites au plus loin, à consommer les différents objets que notre société propose. Cela conditionne une hyperactivité orgiaque relativement organisée nous évoquant « *Le Sorcier* » de *Magritte* ou l'hypomanie. D'autre part, les pertes, les frustrations ou toutes déceptions relatives à un éloignement de l'idéal social, favorisent une vulnérabilité à la dépressivité. Ainsi, en reprenant PROIA : « *L'homme aujourd'hui est enclin à se trouver une place du côté de l'euphorie maniaque sous peine de succomber à la dépression, honteuse personnification du déficit en quelque sorte* »¹. CHARTIER rejoint ce point de vue : « *La société victorienne fabriqua de l'hystérie* », fruit d'une modèle patriarcal, « *Notre époque génère du bipolaire [...] reflet du malaise dans la civilisation contemporaine. Les médicamenteusement évitent de s'interroger sur l'origine de leur douleur morale.* »³.

Ces considérations nous évoquent bien un lien avec l'antagonisme du maniaco-dépressif. L'homme du XXI^{ème} siècle, condamné à l'hyperactivité afin de ne pas déchoir narcissiquement, nous rappelle le complexe du maniaco-dépressif, se défendant de la mélancolie à travers la manie. L'homme condamné à dénier ses limites risque de se fondre dans un tableau au tempérament hyperthymique. La « *règle de trois* » d'AKISKAL⁴, sur laquelle nous reviendrons plus bas, pourrait caractériser de nombreuses personnes. Aussi, le sujet moderne ne trouverait-il pas à travers l'étiquette de bipolarité, un diagnostic qui lui

¹ PROIA S. MORHAIN Y. MARTINEAU JP. Le surinvestissement sportif : une parade contre l'angoisse de la perte et l'intolérance de l'affect. *Perspectives Psy* 2006 ; 2/45 : 157-65.

² THOMAS LV. Auto-portrait ou faux semblant ? Une galaxie anthropologique. *Quel Corps ?* 1989 ; 38-39 : 7-13.

³ CHARTIER JP. Circulez, il n'y a rien à voir. *Clinique psychanalytique des états dits « bipolaires »*. *Topiques* 2009 ; 3/108 : 237-47.

⁴ BOURGEOIS ML. Le syndrome de Cadet Rousselle, la règle de trois selon Akiskal dans le spectre bipolaire maniaco-dépressif. *L'Encéphale* 2008 ; 34/4 : 313-5.

correspondrait faussement ? Qui lui épargnerait de s'interroger sur lui-même ou sur son mode de vie ?

Nous pourrions rajouter que des influences culturelles interviennent dans le seuil du diagnostic de bipolarité. A ce propos, KRAEPELIN avait bien remarqué des cas de « *folie maniaco-dépressive* » au cours de ses différents voyages¹ et il est intéressant de noter que la prévalence du trouble bipolaire de type I est similaire en Europe et en Amérique du Nord malgré les différences culturelles et sociologiques². Cette prévalence est-elle aussi homogène pour les formes atténuées en fonction des cultures ? Leur crédibilité se verrait renforcée ou remise en question en fonction d'une réponse affirmative ou négative or, à ce jour, les données restent hétérogènes².

1.5 La bipolarité : un diagnostic rassurant ou diplomatique ?

1.5.1 Du côté du médecin

ZIMMERMAN nous dit : « *Les cliniciens sont probablement enclins à diagnostiquer des troubles avec lesquels ils se sentent le plus à l'aise. [...] Les docteurs sont enclins à diagnostiquer un trouble répondant à une médication comme le trouble bipolaire plutôt qu'un trouble de la personnalité borderline qui est moins répondant à la médication* »³. Ce constat expliquerait en partie le glissement de la bipolarité sur les troubles de la personnalité, ces derniers répondant à une étiopathogénie complexe et peu accessible à la chimiothérapie mais aussi sur de nombreuses morbidités dont le sens est plus difficilement nommable et à la thérapeutique plus floue.

1.5.2 Du côté du patient

Le diagnostic de bipolarité ne pourrait-t' il pas être un diagnostic qui viendrait rassurer le sujet de notre époque contemporaine ? Les écrits récents, sur la gravité de la maladie bipolaire, associée à une mauvaise reconnaissance de la part des médecins, s'étendent dans le domaine public. « *De très nombreux patients viennent en consultation annonçant d'emblée « je suis bipolaire » [...] C'est devenu un nouveau signe astrologique !* » écrit BOURGEOIS².

¹ MEYNARD JA. De Kraepelin à Kraepelin. In : GERARD A. Etats mixtes. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2008.

² BOURGEOIS ML. Aspects nosologiques des troubles bipolaires maniaco-dépressifs. Considérations critiques. Annales Médico-Psychologiques 2009 ; 167/10 : 803-9.

³ ZIMMERMAN M. RUGGERO CJ. CHELMINSKI I. YOUNG D. Is bipolar disorder overdiagnosed ? Journal of Clinical Psychiatry 2008 ; 69/6 : 935-40.

1.5.2.1 Un diagnostic non stigmatisant

Le terme de trouble est beaucoup moins stigmatisant que ceux de « folie » et de psychose ; celui de bipolaire, moins discriminant que ceux de schizophrénie ou d'hystérie. Le mot bipolaire est devenu couramment employé dans le quotidien ou par les médias. Les forums sur *Internet* se déploient. Une grande partie de la population a connaissance de son existence et de la disponibilité d'une réponse thérapeutique.

De plus, nous entendons de nombreux bipolaires expliquer avec une certaine fierté que leur maladie provient d'un excès de sensibilité. Paradoxalement, alors que les adeptes d'un spectre élargi de bipolarité pointent la gravité de la maladie comme un argument, l'extension du diagnostic étend la maladie maniaco-dépressive vers la norme et même du côté de l'avantage. Il est à noter que trois livres récents de JAMISON, GARTNER, et WHYBROW dressent un éloge de la manie¹.

1.5.2.2 Les avantages de la bipolarité, la « règle de trois » ou le « syndrome de Cadet Roussel »

Ainsi, à chaque tempérament, ou forme subsyndromique, apparaissent plusieurs privilèges, personnels ou sociaux. Les hyperthymiques et hypomanes constitutionnels réussissent dans le *business* et sont plus souvent des *leaders*². Dans le livre de la Genèse, *Joseph* serait devenu chef de l'état grâce à son intelligence, son charme et son industrie, qualités qui émaneraient d'une hypomanie constitutionnelle et qui conférerait à notre personnage le statut de premier grand homme bipolaire³. Les cyclothymiques, au tempérament ombrageux, seraient des romantiques, les irritables pourraient davantage s'exprimer dans les conflits alors que les dépressifs auraient plus de capacités de contrôle lors des situations dangereuses².

De même, la « règle de trois » d'AKISKAL expose bien cette rencontre entre désavantage et privilège. Pour l'auteur, tout va par trois dans le parcours de vie du bipolaire et, ce, dans de multiples domaines. Ainsi, du côté morbide, le clinicien appréciera trois antécédents d'épisodes dépressifs caractérisés, l'échec de trois traitements antidépresseurs, la

¹ BOURGEOIS ML. Le syndrome de Cadet Rousselle, la règle de trois selon Akiskal dans le spectre bipolaire maniaco-dépressif. *L'Encéphale* 2008 ; 34/4 : 313-5.

² AKISKAL HS. Affective temperaments : evolutionary significance. 155th Annual Meeting of the APA. Philadelphie, Mai 2002.

³ BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007

présence de trois troubles anxieux et de trois personnalités comorbides avec un abus toxicomane pour trois substances. Les antécédents familiaux répondent à l'existence de trois apparentés et trois générations ayant souffert de troubles de l'humeur. Le tableau se complète par une impulsivité dans trois domaines différents. Le parcours sentimental se distingue schématiquement par trois mariages ratés. Du côté de l'avantage, nous retrouvons l'entreprise de trois professions, une éminence du sujet déployée dans trois domaines, la maîtrise de trois langues et l'appétence pour de multiples intérêts. Cette véritable « règle de trois » pourrait recevoir l'appellation de « syndrome de Cadet Rousselle »¹, domestique, laquais puis clair d'huissier et huissier audiencier, dont les enfants connaissent bien la comptine, écrite probablement du fait de sa sympathie légendaire¹. Bipolarité ? Hyperactivité ? Quête identitaire œdipienne évoquant les péripéties de « Boucle d'or » dans la maison des trois ours avec les trois bols, les trois chaises et les trois lits ? Si la spécificité de cette règle peut engager une discussion autour d'autres étiologies, nous voyons apparaître une supposée rencontre entre la bipolarité, le normal et l'avantage.

Les avantages de la bipolarité pourraient même expliquer en partie le pourquoi de la créativité, de la réussite, du succès et de la souffrance de certains grands personnages historiques². *Baudelaire, Charles VI, Goya, Schumann, Churchill, Van Gogh, Joseph, Cadet Rousselle* donc. La liste des personnages célèbres qui relèveraient de la bipolarité se prolonge de manière vertigineuse avec de multiples artistes, politiciens ou écrivains. Elle étonne par sa volumineuse densité, par les éléments cliniques ou biographiques retenus pour fixer le diagnostic, parfois très maigres, et par la présence de certains noms lorsque que l'on connaît un tant soit peu quelques-unes de ces biographies.

1.6 Bipolarité, créativité et maladie des grands hommes ?

1.6.1 Du « problema » à la maladie des grands hommes

A travers le « problema » du XXX^{ème} livre des « *Problemata* », ARISTOTE devint le premier philosophe à poser la question du rapport entre folie et génialité³, inscrit dans la lignée de l'*hybris* du *Mythe de Prométhée*². KRETSCHMER considérait lui aussi qu'une

¹ BOURGEOIS ML. Le syndrome de Cadet Rousselle, la règle de trois selon Akiskal dans le spectre bipolaire maniaco-dépressif. *L'Encéphale* 2008 ; 34/4 : 313-5.

² BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

³ TELLENBACH H. La mélancolie. Paris : Presse Universitaire de France, 1998.

personnalité rare et originale à la fois, caractérisait les illustres créateurs¹. La maladie maniaco-dépressive serait-elle la maladie des grands hommes, comme le questionne BOURGEOIS² ?

1.6.2 Rapport entre bipolarité et créativité

1.6.2.1 Liens épidémiologiques

Quelques études approchent les relations pouvant intervenir entre le processus de la création et celui de la maladie mentale. Elles tendent à retrouver une prévalence élevée de troubles thymiques chez des individus créatifs³. A Londres, JAMISON a réalisé la fameuse « *British Study* ». Une cinquantaine de célébrités britanniques ont été interrogées. Le tiers de ces artistes font état d'oscillations sévères de l'humeur et un quart d'exaltation ou d'élévation durable².

1.6.2.2 Liens cliniques

AKISKAL a mis en évidence les facilités des bipolaires de type II dans le champ de la création. Du fait des fluctuations thymiques, le bipolaire traverse toute une gamme d'émotions. Il en ressort, d'un côté, une sensibilité et, de l'autre, une souffrance invitant le sujet à se sublimer à travers de multiples domaines comme l'Art. Les phases dépressives fournissent l'*insight*, la remise en question sur soi et un questionnement existentiel sur la qualité humaine. L'hypomanie favorise l'extraversion, l'originalité, l'inventivité et amplifie les capacités de productions, elles-mêmes facilitées par l'énergie, le faible besoin de sommeil, la confiance en soi, la fréquence, la fluidité et l'affutage des idées⁴.

Sans être spécifique de la bipolarité, si l'œuvre, artistique ou politique, peut en être une résultante, ou bien être conditionnée par une symptomatologie particulière, elle peut aussi se concevoir comme un moyen d'échapper à la décompensation mentale à travers la voie de la sublimation⁵. Ainsi, les grandes productions artistiques, de même que les investissements

¹ BRENOT P. Bipolarité et créativité. Le Bouscat : L'Esprit du Temps, 2008.

² BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

³ COURTET P. CASTELNAU D. Tempérament et créativité. Annales Médico-Psychologiques. Revue Psychiatrique 2003 ; 161/9 : 674-83.

⁴ AKISKAL HS. AKISKAL K. Reassessing the prevalence of bipolar disorders : clinical significance and artistic creativity. Psychiatry and Psychobiology 1988 ; 3 : 829-36.

⁵ GARRE JB. La beauté : remède, maladie ou vérité. L'Evolution Psychiatrique 2003 ; 68 : 630-8.

conséquents dans de multiples domaines permettant au sujet de briller sur une scène, pourraient constituer un évitement de la catastrophe mélancolique ou maniaque.

1.6.2.3 Liens génétiques

Plus que la maladie bipolaire elle-même, des « *génotypes dilués de la bipolarité* » favoriseraient une susceptibilité à la réussite et à la créativité pour des sujets sans accès cliniques, qui seraient de proches parents de malades¹. *Victor Hugo* en serait un exemple, son frère et sa fille, *Adèle H*, ayant passé leurs jours internés en asile². Le trouble bipolaire représenterait alors, soit une « *tare héréditaire* », soit un « *don héréditaire* », en fonction du capital génétique. Ainsi, « *les patients bipolaires seraient des réservoirs de génies dans la population* » pour *AKISKAL*¹.

1.6.3 Vers une considération excessive dans le domaine de la création ?

1.6.3.1 L'écart entre sévérité et création

Bien que la folie ne soit pas uniquement limitée au négatif, au désordre ou au déficit et qu'elle peut être source de créativité, lorsque le tableau clinique est marqué du sceau de la sévérité, à la différence des formes atténuées de maniaco-dépression, l'épanouissement créatif se trouve entravé. Ceci fait contrepoids à la thèse romantique alliant folie et créativité. Ainsi, dans les phases aiguës de la maladie, *Van Gogh* ne peignait plus, *Schumann* se trouvait dans l'incapacité de composer³. Le rapport établi entre maladies des grands hommes et bipolarité concerne alors les formes atténuées et qui questionnent sur leur appartenance à la bipolarité, comme la cyclothymie ou le type III ½ au sens d'*AKISKAL*³.

1.6.3.2 Les processus de la créativité

Rappelons que *Velasquez* a vécu une existence des plus normales à la cour de *Felipe IV* et pourtant, *Manet* écrivait à *Baudelaire* que *Velasquez* représentait « *le plus grand peintre qu'il n'y ait jamais eu* »⁴. Néanmoins, à la lecture des œuvres biographiques, des productions littéraires et cinématographiques de nombreux artistes ou personnages célèbres, il ressort

¹ AKISKAL HS. L'émergence des troubles bipolaires. *L'Information Psychiatrique* 2005. 81/10 : 857-61.

² BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

³ BRENOT P. Bipolarité et créativité. Le Bouscat : L'Esprit du Temps, 2008.

⁴ COURTET P. CASTELNAU D. Tempérament et créativité. *Annales Médico-Psychologiques. Revue Psychiatrique* 2003 ; 161/9 : 674-83.

qu'une souffrance accompagne un bon nombre de ces sujets et que, pour beaucoup d'entre eux, leur parcours de vie se distingue par une trajectoire de vie complexe, non rectiligne ornementée d'oscillations de l'humeur. Caractéristiques certes partagées par les bipolaires mais qui ne sont pas obligatoirement synonymes de maniaque-dépression. D'autres processus ou phénomènes morbides peuvent motiver la création. Par exemple, la survenue de traumatismes durant l'enfance, comme une perte des parents, pourrait favoriser l'émergence de la créativité¹. En revenant à *Van Gogh*, plusieurs rapports font état d'un lien entre l'existence de lésions du lobe temporal antérieur et l'exacerbation des capacités créatrices via la disparition de l'inhibition du cortex visuel, responsable d'expériences visuelles intenses qui expliquerait un surcroît d'appétence pour la peinture¹.

A l'inverse, en dehors des tableaux extrêmes du « *syndrome de Stendhal* » ou « *syndrome des villes d'art* » décrits par les psychiatres florentins¹, le milieu artistique et de la création, de par ses exigences et les particularités de son mode de vie, induit une quête perpétuelle et nécessaire de nouveauté et d'originalité avec une trajectoire composée d'oscillations entre des hauts, dans la continuité du succès, et des bas, en écho aux échecs parfois violents. A l'image de l'opiomanie de *Baudelaire*, un recours fréquent aux toxiques vient également complexifier la réalité du diagnostic².

Enfin, le pourquoi de la créativité relève de processus généraux du psychisme dans toutes ses manifestations normales ou pathologiques. Le rôle de la libido, des fantasmes, des souvenirs et du refoulement s'articulent autour de la sublimation. Sans prétendre pouvoir expliquer totalement le pourquoi du génie de *Léonard de Vinci*, FREUD rattache sa destinée à des événements de vie particuliers, notamment sa naissance illégitime et l'excessive tendresse de sa mère, avec une tendance extrême au refoulement ayant conditionné la sublimation de la libido en soif de savoir, en parallèle d'une inactivité sexuelle³. Enfin, la personne privée de l'artiste, ses secrets, son intimité interviennent dans le nombre et la qualité des compositions⁴. Il est donc évident qu'aucune dynamique créatrice ne se réduit à une cause explicative à la fois linéaire et unique².

¹ COURTET P. CASTELNAU D. Tempérament et créativité. *Annales Médico-Psychologiques. Revue Psychiatrique* 2003 ; 161/9 : 674-83.

² BRENOT P. Bipolarité et créativité. Le Bouscat : L'Esprit du Temps, 2008.

³ FREUD S. Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci. Paris : Gallimard, 1977.

⁴ GARRE JB. La beauté : remède, maladie ou vérité. *L'Evolution Psychiatrique* 2003 ; 68 : 630-8.

1.6.4 Conclusion

Il a été souvent reproché aux psychiatres des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles d'avoir fait un diagnostic a posteriori sur des éléments biographiques insuffisants¹. Aujourd'hui, assistons-nous à un exercice de style à la mode dans le fait de trouver une bipolarité hypothétique accompagnant ou expliquant le pourquoi du génie créateur ou celui des grands hommes ? Certaines psychobiographies ou études portant sur la question ne sont-elles pas influencées par la prise en compte d'un spectre bipolaire trop élargi ? L'originalité du créateur ou du grand homme, la vie mouvementée de l'artiste, ne sont-elles pas à risque d'être confondues avec les formes atténuées de bipolarité ?

Ce lien entre créativité et bipolarité, excessif ou non, nous invite à ouvrir une parenthèse sur la question de la chimiothérapie. « *Quel psychiatre rêveur ne s'est demandé s'il aurait prescrit du lithium à Hemingway !* » se demande COURTET². Un thymorégulateur l'aurait-il sauvé du suicide ? Si des auteurs décrivent une diminution des capacités créatrices sous l'effet du traitement, d'autres considèrent cette conséquence comme relativement rare. Toujours est-il que la composante créatrice, son rôle dans la vie du bipolaire et de tout patient, son éventuelle exploitation dans la cure, doivent être pris en compte. La posologie est à adapter, les anticonvulsivants, les antipsychotiques atypiques représentent une alternative alors que les neuroleptiques classiques doivent être évités².

1.7 Conclusion

Sous un angle de lecture historique et social, force est de constater que de nombreux facteurs, éloignés du champ de la clinique et de la psychopathologie, ont probablement contribué, ces dernières décennies, à un élargissement des critères de bipolarité. Diagnostic à la mode ? Il s'agit surtout d'analyser avec précision le rôle des classifications athéoriques, de l'industrie pharmaceutique, de notre société et du possible caractère rassurant du diagnostic de bipolarité pour le patient et le médecin. La bipolarité s'étend même au niveau du privilège à tel point que le spectre bipolaire élargi revisite l'Histoire en intégrant dans sa sphère de nombreux grands hommes. Alors, les caractéristiques des formes atténuées constituent-elles un handicap, un moyen d'adaptation voire un avantage permettant de mieux s'adapter à notre époque contemporaine en se situant du côté de l'avantage et du privilège ? La bipolarité tend

¹ BRENOT P. Bipolarité et créativité. Le Bouscat : L'Esprit du Temps, 2008.

² COURTET P. CASTELNAU D. Tempérament et créativité. Annales Médico-Psychologiques. Revue Psychiatrique 2003 ; 161/9 : 674-83.

donc à sortir du champ de la pathologie pour se retrouver entre une force destructrice et une force créatrice, source d'avantages comme l'est la drépanocytose à l'égard du paludisme¹. La bipolarité comme avantage potentiel, ou comme maladie des grands hommes, interroge aussi sur la pertinence et la crédibilité de l'élargissement de cette entité dans le champ de l'avantage. En dehors du type I, l'hypomanie, en pratique, nous paraît bien pathologique, de même que le parcours de vie des bipolaires.

2 TROUBLE BIPOLAIRE DE L'ENFANT : MYTHE OU REALITE ?

2.1 Enjeux et position du problème

De manière peu surprenante, l'intérêt suscité par le trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent semble dépendre de celui porté chez l'adulte². Ainsi, plus récemment, le trouble bipolaire concernerait aussi les pédopsychiatres avec l'hypothèse d'un début de la maladie ou de signes annonciateurs pouvant se manifester dès l'enfance. En intra-utérin, il serait même possible de repérer une hyperactivité fœtale qui serait un indice de bipolarité^{3,4} ! Des auteurs nous alertent sur un supposé sous-diagnostic des formes précoces et beaucoup d'auteurs s'accordent à estimer que le trouble bipolaire de l'enfant reste trop souvent méconnu et non diagnostiqué⁵. L'âge d'apparition de la maniaque-dépression est beaucoup plus jeune aux Etats-Unis qu'en Europe⁶. Dès le début du XX^{ème} siècle, des centaines de cas suggèrent l'existence chez l'enfant d'une forme de maniaque-dépression. Celle-ci ressemble partiellement à celle de l'adulte mais reste relativement rare d'autant plus lorsque ces enfants sont jeunes. La bipolarité débute donc le plus souvent après la puberté. La controverse actuelle repose non pas sur la question de l'existence ou non de la maniaque-dépression classique chez l'enfant, mais sur la symptomatologie, le seuil à partir duquel le diagnostic doit être porté².

¹ COURTET P. CASTELNAU D. Tempérament et créativité. *Annales Médico-Psychologiques. Revue Psychiatrique* 2003 ; 161/9 : 674-83.

² CARLSON GA. BROMET EJ. SIEVERS SB. Phenomenology and outcome of youth and adult onset subjects with psychotic mania. *American Journal of Psychiatry* 2000 ; 157 : 213-9.

³ BOURGEOIS ML. Les troubles bipolaires à travers les âges. *Dixième Congrès de l'Encéphale*, Paris, Janvier 2012.

⁴ PAPOLOS D. PAPOLOS J. *The bipolar child*. New-York : Random House, 2000.

⁵ BAILLY D. Le trouble bipolaire existe-t-il chez l'enfant et l'adolescent ? *L'Encéphale* 2006 ; 32/2 : 501-5.

⁶ BOURGEOIS ML. Aspects nosologiques des troubles bipolaires maniaque-dépressifs. *Considérations critiques. Annales Médico-Psychologiques* 2009 ; 167/10 : 803-9.

2.2 A partir de la manie

Différents tableaux cliniques de l'enfant évoquent la manie de l'adulte. Néanmoins, il faut veiller à se dégager d'un certain adultomorphisme poussant certains à penser l'enfant comme un petit adulte et à lui appliquer les mêmes raisonnements¹.

2.2.1 Comment interpréter l'euphorie et la mégalomanie chez un jeune enfant ?

Quels éléments pourraient révéler une phase maniaque chez l'enfant ? Il faut tenir compte de la confusion chez le jeune enfant entre son souhait et la réalité, répondant à des instances critiques et à un principe de réalité respectivement encore peu structurées et peu intégré. Ainsi, CARLSON soulève la question des aspects développementaux en tant que difficulté dans l'évaluation et l'interprétation d'une euphorie ou d'une mégalomanie de l'enfant. Elle note une corrélation entre l'âge et la régression de l'hyperactivité, de l'agressivité et de l'euphorie. Le développement de la régulation émotionnelle fait disparaître certaines conduites. Il s'agit plutôt d'une confusion entre le désir et la réalité que d'un symptôme délirant mégalomaniaque¹.

De plus, une tendance à l'augmentation de l'estime de soi se retrouve chez les enfants maltraités d'âge préscolaire ou chez certains hyperactifs présentant de graves difficultés scolaires ou sociales. Il ressort de ces situations un fort sens du déni, un détournement positif illusoire ou bien, plus simplement, une surestimation des capacités en réaction à un vécu douloureux¹. Ces mécanismes nous éloignent d'une manie ou d'une mixité endogène de l'humeur. Par ailleurs, lorsqu'une agitation s'exprime en présence de certains interlocuteurs, il convient de rechercher des défauts dans le cadre familial ou ce face à quoi l'enfant tente de réagir, plutôt que de s'orienter vers une bipolarité endogène¹.

Toujours sous une lecture développementale, la bipolarité pourrait être conçue comme une étape obligée dans l'évolution de l'enfant. La découverte d'un vécu dépressif lié à l'éloignement de l'objet d'amour, s'accompagne pour le dépasser d'une réaction maniaque restaurant la toute puissance et l'euphorie nous rapprochant des « *défenses maniaques* » de KLEIN².

¹ CARLSON GA. BROMET EJ. SIEVERS SB. Phenomenology and outcome of youth and adult onset subjects with psychotic mania. American Journal of Psychiatry 2000 ; 157 : 213-9.

² KLEIN M. Contributions à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs. In : Essais de psychanalyse. Paris : Payot, 1934.

2.2.2 Manie ou « défense maniaque » ? ¹

Certains symptômes peuvent être analysés comme une défense contre la position dépressive. L'attitude de compréhension psychopathologique prend le pas sur la simple description sémiologique et certaines conduites, témoignant à merveille de la confusion possible entre dépression et bipolarité de l'enfant, semblent s'inscrire dans le registre de « *défenses maniaques* ». Ces dernières agissent pour dénier tout affect dépressif ou pour en triompher. Leur rôle est d'empêcher le sujet de s'écrouler sous le poids de sa dépression, de lui donner une voie de recours à l'anéantissement de son Moi. La turbulence extrême peut muter en véritable instabilité motrice ou psychique avec une logorrhée évoquant directement la fuite maniaque des idées.

La « *défense maniaque* » de l'enfant passe par des mécanismes de clivage, d'idéalisation, d'identification, de projection et des manifestations agressives déplacées. Son empreinte est profonde dans des cas classiques de certains deuils de l'enfant, apparentés aux deuils pathologiques de l'adulte, consistant à éviter d'accepter la réalité et la signification émotionnelle de la perte. Dans ce cas, l'enfant extériorise peu de signes de tristesse et lorsque manifestations dépressives il y a, elles sont déconnectées de la personne disparue et font parfois place à des affects de joie et d'excitation euphorique. L'image de l'objet disparu change. Par exemple celle d'un parent décédé est désormais idéalisée, glorifiée. Cette réaction permet d'éviter le retrait d'investissement du parent perdu et se traduit par un hyperinvestissement de la représentation interne du parent fantasmé dans la petite enfance. Parallèlement, l'autre parent peut être dévalorisé, source de projections négatives. D'autres fois, la réalité de la mort se trouve déniée.

2.2.3 La question de l'hypersexualité

Dans cette continuité de symptômes pièges qui ne peuvent épargner au clinicien un souci d'interprétation, s'impose la question de la sexualité. Il est signalé qu'une hypersexualité chez l'enfant, loin de la simple curiosité normale à cet âge de la vie, devrait alerter sur une possible manie². Si la manie comprend bien une désinhibition, un accroissement de la libido, ce symptôme renvoie très fréquemment, en pratique pédopsychiatrique quotidienne, à des antécédents de maltraitance sexuelle ou, de manière plus générale, à une confrontation trop précoce à la sexualité.

¹ MARCELLI D. Enfance et psychopathologie. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

² BAILLY D. Le trouble bipolaire existe-t-il chez l'enfant et l'adolescent ? L'Encéphale 2006 ; 32/2 : 501-5.

2.2.4 TDAH et état limite

Comme chez l'adulte, les frontières entre la bipolarité, l'hyperactivité et l'état limite, suscitent des interrogations. Le TDAH et la bipolarité partagent de multiples symptômes et la comorbidité est élevée entre ces deux entités¹. Ce constat se superpose avec l'état limite de l'adolescent².

2.3 Conclusion

Ces points tendancieux, que nous avons seulement survolés, mériteraient un travail à part entière. La bipolarité de l'enfant constitue-t-elle un mythe ? Pour EY, la psychose maniaco-dépressive n'existe pas chez l'enfant, celui-ci n'ayant pas achevé la structuration de sa conscience. En quelque sorte, il se trouve constamment en crise du fait de sa plasticité psychique en perpétuelle évolution. Bien qu'il puisse exister des crises maniaco-dépressives chez l'enfant, selon EY, elles ne se constituent pas encore en formes pathologiques caractérisables³. La composante développementale de l'enfant, sa plasticité cérébrale et psychique, questionnent donc sur la possibilité de porter le diagnostic de trouble bipolaire chez l'enfant.

Les études catamnestiques incitent effectivement à la prudence. Les troubles bipolaires non spécifiés pédiatriques, appelés *severe mood dysregulation*, évoluent selon des trajectoires variées à l'âge adulte. Si l'évolution vers un trouble bipolaire de type I, II et III est effectivement possible, existe l'alternative d'un revirement vers des personnalités de type *borderline* ou antisociale. Le troisième cas de figure concerne un devenir assez bon, dénué d'une morbidité flagrante¹. De même, MEYER, à travers une étude prospective sur 23 ans, basée sur une identification large du trouble bipolaire, montrent que ces enfants relèveront plus souvent de troubles psychiatriques comparés aux contrôles mais dans des registres hétérogènes à l'âge adulte : trouble bipolaire, trouble anxieux, TDAH et trouble de la personnalité du *cluster B*¹. Concernant les véritables troubles bipolaires de l'adolescent, si l'évolution vers une maniaco-dépression classique est majoritaire, certains cas mutent vers un trouble schizo-affectif ou schizophrénique¹. Il est intéressant de noter que ces trajectoires

¹ MARCELLI D. Enfance et psychopathologie. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

² BAILLY D. Le trouble bipolaire existe-t-il chez l'enfant et l'adolescent ? L'Encéphale 2006 ; 32/2 : 501-5.

³ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

variées impliquent des syndromes aux limites parfois floues avec la bipolarité, et qui questionnent sur leur appartenance au spectre bipolaire élargi.

En objection à EY, retenons qu'un trouble bipolaire dans sa forme typique peut exister réellement chez l'enfant. Toutefois, cette entité est très rare et le diagnostic difficile. Aussi, nous ne pouvons affirmer avec certitude de la persistance du syndrome à l'âge adulte. Les troubles bipolaires non spécifiques et les manifestations bipolaires subsyndromiques sont bien plus fréquents, ce qui n'est pas sans poser la question des limites nosographiques de la maniaco-dépression et de l'extension éventuellement abusive de ce cadre nosographique chez l'enfant. Les implications d'une compréhension psychopathologique et les choix thérapeutiques se retrouvent comme des enjeux intégrés à cette interrogation¹.

3 SENS DE LA MANIE

3.1 De l'élation à la manie, « le choix de la crise »

Pierre angulaire du trouble bipolaire, une symptomatologie d'allure hypomaniaque ou maniaque peut s'imposer dans une multitude de tableaux psychopathologiques autres que maniaco-dépressifs. Au cours de notre travail, nous en avons exposé plusieurs qui peuvent faire porter à tort le diagnostic de bipolarité : le dynamisme d'un homme normal éventuellement hyperthymique, un accès de bonheur pathologique au cours d'un moment fécond psychotique, l'hypersensibilité à l'ambiance d'une personnalité dramatique, le refuge dans la mégalomanie d'une personne aussi fragilisée que complexée, la fuite dans l'extraversion de l'anxieux, les « *défenses maniaques* » des hyperactifs et de l'enfant dans un vécu dépressif, une manie artificielle provoquée par une intoxication. Ces *scénari*, aussi nombreux que variés, ne correspondent qu'à une symptomatologie d'emprunt, conditionnée par des mécanismes spécifiques et donc trompeuse. Leur intégration à un spectre bipolaire plus ou moins élargi les viderait de leur sens. Afin de compléter notre réflexion, il convient maintenant de tenter de repérer la valeur spécifique des expansions de l'humeur dans le cadre de la maniaco-dépression, en d'autres termes, la spécificité étiopathogénique de la manie.

Quels sont donc les facteurs et déterminants de la personnalité qui conditionnent le « *choix de la crise* » ? EY avance que l'intégration des « *conditions actuelles* » de l'existence dans l'histoire du sujet, précipite le malade dans la crise « *soit vers l'insouciance et les plaisirs d'une festivité qui satisfont le besoin de triomphe et de toute puissance, soit vers la*

¹ MARCELLI D. Enfance et psychopathologie. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

gravité, la fatalité et la sévérité qui satisfait aux exigences d'un profond besoin d'humiliation et de châtement »¹. Alors, une psychopathologie fine permettrait donc d'annoncer dans quel sens irait la bascule prochaine du sujet dans la crise. Néanmoins, l'auteur dresse l'aveu que les connaissances de son époque ne lui permettaient pas de prédire l'évolution des accès futurs : « *L'évolution qui nous paraît la plus fréquente est aussi la moins schématique, c'est celle des formes sans alternance, ni rythme, ni régularité ; il s'agit de cas où, chez un même malade, se succèdent de loin en loin des crises répétées de manie ou de mélancolie sans que l'on ne puisse découvrir un « ordre » dans ce désordre [...] nous paraissent être plus fréquentes les formes intermittentes (retour des accès selon le même type) que les formes alternes (succession plus ou moins régulière de type de crises) et plus fréquentes aussi les crises mélancoliques que les crises maniaques* »². A ce jour, en savons-nous réellement plus ?

3.2 A partir des travaux contemporains

Bien des progrès ont été réalisés dans la compréhension de la bipolarité. La recherche de la psychiatrie contemporaine nous aide à mieux saisir cette pathologie et transpire de promesses pour l'avenir. Néanmoins, aucune approche ne permet d'expliquer totalement le pourquoi des phases maniaques.

3.2.1 Données de la neurobiologie

La neurobiologie apporte des données intéressantes mais son exploitation dans la pratique quotidienne s'avère assez faible.

3.2.2 Sous la lecture des événements de vie

Dès sa description initiale, KRAEPELIN notait que les facteurs de stress psychosociaux avaient une part déterminante dans la précipitation des rechutes plutôt que dans l'émergence du trouble. A ce jour, les études épidémiologiques mettent en évidence des événements de vie stressants dans les un à trois mois qui précèdent une rechute sans que pour autant existent de véritables stressseurs spécifiques³. Plus fréquemment, certains facteurs relèvent du domaine de l'endogène. Ils comprennent la privation de sommeil, la saisonnalité

¹ EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 514.

² EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954. P. 439.

³ BELZEAUX P. La personnalité et la psychose maniacodépressive dans les Etudes psychiatriques d'Henri Ey. L'Information Psychiatrique 2008 ; 84 : 253-8.

et l'exposition à certains toxiques¹. D'autres événements rejoignent nos considérations à propos de la personnalité du maniacodépressif. La réalisation de projets, le changement ou la perte d'un emploi et les déménagements¹ peuvent s'accorder avec les hypothèses de KRAUSS alors que la perte d'un proche¹ illustre les théories freudiennes. Globalement, ces événements jouent un rôle plus important lors des premiers épisodes de la maladie avant qu'une certaine spontanéité s'impose progressivement¹, comme nous l'avions évoqué plus haut avec la théorie du *Kindling*. Mais EY rappelle que les accès maniaques ou dépressifs ne dépendent pas entièrement de l'évènement de vie². Il est vrai que la psychiatrie contemporaine n'a trouvé que des stressseurs très généraux sans trop pouvoir en dire quoi que ce soit de réellement pertinent quant à leur rôle pour un individu donné³.

3.2.3 Selon l'étude du tempérament

L'étude du tempérament en intercritique est loin d'être sans intérêt. Un sujet au tempérament dépressif aura tendance à décompenser sur le versant dépressif et l'hyperthymique sur le versant maniaque. Dans cette voie, un sujet hyperthymique a beaucoup plus de risques de présenter un virage maniaque sous antidépresseur. L'état mixte résulterait d'un conflit entre un tempérament et un accès thymique de polarités opposées, correspondant soit à l'intrusion d'une phase d'excitation dans une constitution dépressive soit au développement d'un épisode dépressif chez un sujet hyperthymique⁴.

En intégrant ces données avec les théories de la phénoménologie, le « *typus maniacus* » comporterait des caractéristiques partagées avec le type mélancolique, comme l'esprit d'ordre et la suridentification au rôle social, et se distinguerait par sa plus grande capacité à briser les limites de l'inclusion et à transformer la rémanence en « *être-en-avant-de-soi* » pathologique et caricatural, un « *devoir-rester compulsif* » dans le monde extérieur et ses objets, à l'opposé de la fixation au monde propre et interne du mélancolique. Dans les deux types, s'expriment le conformisme et la dépendance à autrui mais si le mélancolique ne peut que les subir, le maniaque se révolte contre eux⁵.

¹ HENRY C. De l'épisode initial aux récurrences. Dixième Congrès de l'Encéphale, Paris, Janvier 2012.

² EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.

³ BELZEAUX P. La personnalité et la psychose maniacodépressive dans les Etudes psychiatriques d'Henri Ey. L'Information Psychiatrique 2008 ; 84 : 253-8.

⁴ VAN DEN BULKE D. HENRY C. Intérêt de l'analyse du tempérament chez les sujets bipolaires. L'Encéphale 2005 ; 2 : 207-11.

⁵ TATOSSIAN A. La phénoménologie des psychoses. Puteaux : Le Cercle Herméneutique, 2002.

3.3 Sous la lecture des théories analytiques

3.3.1 Le lien manie et mélancolie : la manie comme une défense vis-à-vis de la mélancolie

Sous un angle théorique et hypothétique, la psychanalyse distingue certaines spécificités étiopathogéniques dynamiques en amont de la manie. Pour FREUD et les auteurs post-freudiens, le fond du problème se situe au niveau de la mélancolie contre laquelle la manie apparaît comme une défense. L'une renvoie à l'autre comme deux modalités symétriques de perte d'amour du Moi lors d'un processus de deuil impossible d'un objet imaginaire¹. Sur le plan clinique, il est vrai que la manie se présente comme un calque symétrique de la mélancolie avec l'observation de symptômes apparemment inverses². Mélancolie et manie relèvent alors du même complexe, « *la manie n'a pas d'autre teneur que la mélancolie, [...] les deux affections sont en proie au même « complexe* »³, auquel le mélancolique succombe et dont le maniaque triomphe. FREUD ajoute : « *Il n'est donc pas seulement permis, il est exigé d'entendre à la manie aussi une explication analytique de la mélancolie* »⁴. Sur un versant plus cognitif, les événements de vie seraient perçus comme une menace dépressive chez un sujet présentant une faible estime de soi, cela menant à la défense maniaque et ses idées de grandeur⁵. Si la manie s'explique à partir du modèle de la mélancolie, elle n'en représente pas un mode de résolution mais bien une voie d'accès pathologique. Or, peu d'études ou de travaux ont consacré un intérêt au passage de la mélancolie à la manie².

3.3.2 Perturbation de la relation Moi, Surmoi et Idéal du moi

Alors que dans la mélancolie, prédomine une cruauté de l'instance critique du Surmoi qui juge et maltraite le Moi, les deux instances se trouvent réconciliées ou fusionnées dans la manie avec un Moi rejoignant, en conséquence, l'idéal du Moi. Le Moi passe de l'opacité à la lumière, plus rien ne peut alors arrêter ses prétentions. Il exprime la toute-puissance épanouie dans une orgie d'activités. La personne se laisse dominer par un sentiment de triomphe et de satisfactions libres de toute entrave, à l'abri du remords et des reproches, qu'aucune critique

¹ FREUD S. Deuil et mélancolie. Paris : Payot et Rivages, 2011.

² LAMBOTTE MC. De l'état dépressif à l'état de triomphe du moi. L'Evolution Psychiatrique 2003 ; 68/3 : 381-96.

³ FREUD S. Deuil et mélancolie. Paris : Payot et Rivages, 2011. P. 66.

⁴ FREUD S. Métapsychologie. Paris : Gallimard, 1967. P.165-6.

⁵ HAMDANI N. GORWOOD P. Les hypothèses étiopathogéniques des troubles bipolaires. L'Encéphale 2006 ; 32/2 : 519-25.

ne peut troubler. La rentrée de l'idéal dans le Moi équivaut au contentement de soi-même, à une fête magnifique et leur rencontre dissout le Surmoi¹.

3.3.3 Rébellion narcissique et morale

Le point de vue topique rend bien compte du sentiment de triomphe de la manie mais ne nous indique en rien le mécanisme censé opérer le passage de l'état dépressif à l'élévation thymique. FREUD évoque à ce propos diverses causes possibles relevant du point de vue économique et énergétique de la métapsychologie. Revenons sur le concept de rébellion narcissique. A la suite d'une libération par rapport à une contrainte, le sujet récupère une quantité d'énergie disponible suite au désinvestissement mais pour que la manie opère, il faut que restent cachés au Moi ce qu'il a surmonté et ce dont il triomphe².

De même, dans la rébellion morale, le Moi se révolte contre un Surmoi trop rigide et la trop grande inaccessibilité de son idéal. L'individu se trouve confronté à de multiples privations, frustrations et restrictions. Or, la violation périodique des prohibitions constitue une règle constante. La fête constitue une preuve de cette nécessaire oscillation. Ainsi, pendant les Saturnales des Romains, les excès étaient admis et l'individu se livrait à des débauches comportant la violation des commandements les plus sacrés. Mais il n'y a pas disparition du Surmoi dans les phénomènes collectifs qui engagent plutôt transitoirement une fusion transitoire, encadrée et contextualisée, entre les droits et les devoirs. Par contre, les occasions extérieures ne semblent pas jouer un rôle fondamental dans le déclenchement des cas affectifs typiques, solitaires, et échappant à tout contexte social ou collectif¹. Ce type de rébellion se devine aussi à travers l'humour, mécanisme de défense déployé lorsque le sujet se refuse à penser que les contraintes de la réalité puissent l'atteindre. Mais alors que dans la manie, le Moi fusionne avec le Surmoi et que toute contrainte s'efface du fait d'un déni de la réalité, le contournement *via* l'humour implique un travail psychique supérieur : le Surmoi adopte une position paternaliste vis-à-vis du Moi, traitant les difficultés auxquelles il se heurte sur le modèle des peurs infantiles et le sujet affronte intentionnellement la réalité³.

¹ FREUD S. Psychologie collective et analyse du Moi. In : Essais de psychanalyse. Paris : Payot, 1921.

² FREUD S. Deuil et mélancolie. Paris : Payot et Rivages, 2011.

³ FREUD S. Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient. Paris : Gallimard, 1971.

3.3.4 Le destin de l'objet perdu

La perte d'objet dans la mélancolie nous invite à explorer les destins de l'objet perdu au sein de la maniaco-dépression. Le travail de deuil représente un travail psychique qui consiste à rendre conscient un grand nombre d'éléments constitutifs de l'objet, image, impression et autres souvenirs, de manière à réinsérer celui-ci au sein d'un contexte de représentations signifiantes qui passe par un surinvestissement de tout ce qui se rattachait à l'objet puis à une prise de distance progressive. Le travail de deuil dans la mélancolie n'opère pas du fait d'une introjection de l'objet dans le Moi. Persiste une ignorance de la véritable qualité de la perte avec une ambivalence des sentiments. Il est alors tout naturel que « *l'ombre de l'objet [soit] ainsi tombée sur le moi* »¹.

Dans les deux versants, maniaques ou mélancoliques, apparaît au malade une réalité sans relief. La mélancolie révèle un « *déni d'intention* » marqué par l'inhibition, le négativisme généralisé, l'anhédonie en lien avec la perte d'objet et du Moi. Le mélancolique rend responsable l'objet perdu de son désintérêt pour le monde. La manie se présente comme un « *déni de l'attention* » porté sur l'objet perdu. Le sujet se défend de lui avoir accordé la moindre importance. TAUSK formule : « *La manie naît d'une contradiction : je n'ai pas aimé du tout* »², BERGERET conçoit aussi qu'à travers « *le mouvement maniaque* », « *le caractère pénible de l'évidence objectale sera déniée* »³. En d'autres termes, alors qu'une fusion apparaît avec le mauvais objet dans la mélancolie, dans la manie, plus aucun objet et plus aucune intention ne prévaut sur une autre et donc plus rien n'a de consistance ou de poids, laissant ainsi les idées et les projets défiler sans que le malade ne puisse les fixer bien longtemps. Cette ignorance s'étend à l'environnement traduisant un activisme et une réceptivité excessive, mais chargée d'une attention superficielle et impossible à maintenir. Tous les objets de cette réalité se valent et sont substituables les uns aux autres, équivalents, et par conséquent dépourvus d'intérêt⁴.

Le déni du maniaque ne porte donc pas directement sur l'objet en tant que tel mais sur l'attention et l'intérêt qui lui ont été portés. Ce processus d'abolition ou de démenti à

¹ FREUD S. Deuil et mélancolie. Paris : Payot et Rivages, 2011. P. 56.

² TAUSK V. In : LAMBOTTE MC. De l'état dépressif à l'état de triomphe du moi. L'Evolution Psychiatrique 2003 ; 68/3 : 381-96.

³ BERGERET J. BECACHE A. DUBOR P. *et al.* Psychologie pathologique : théorique et Clinique. Paris : Masson, 2008. P. 208.

⁴ LAMBOTTE MC. De l'état dépressif à l'état de triomphe du moi. L'Evolution Psychiatrique 2003 ; 68/3 : 381-96.

l'encontre de l'objet disparu est susceptible de déclencher la phase maniaque. Dans la manie, les mobiles qui, soudain, font agir le sujet restent inconscients, car ils renvoient à la même catastrophe originelle sans représentation dont pâtit le sujet mélancolique¹.

3.3.5 Le délire de mort, fil rouge de la maniaco-dépression

Pour ARCE ROSS, la forclusion maniaque est conçue comme une forclusion dont le caractère altruiste est lié à l'aspect mortel de la fonction paternelle, avec comme point de perspective, faisant fonction de retour dans le Réel, l'acte suicidaire². Les « *facteurs blancs* » impliqués réactualisent la valeur vide et suicidaire de la forclusion maniaque du Nom-du-Père impliquées dans le déclenchement de la maniaco-dépression. ARCE ROSS définit le délire de mort comme l'ensemble délirant propre à la psychose maniaco-dépressive². La conversion maniaque, naît d'une accumulation libidinale et son sens serait alors d'accomplir l'acte suicidaire dans l'exaltation², « *suicide dans l'enthousiasme* » en quelque sorte.

3.4 Conclusion

Sous une lecture métapsychologique, apparaît alors une spécificité de la cyclicité maniaque. La psychose maniaco-dépressive émane d'un mécanisme d'identification dans le cas où l'objet perdu, ou abandonné, joue son plein rôle : le Moi se retrouve dissocié en deux parties, entre l'objet perdu et l'idéal du Moi comme instance critique. La psychose maniaco-dépressive devient un combat permanent entre deux identifications incompatibles et hostiles entre elles, l'identification d'un côté à l'idéal du Moi, formant l'accès maniaque, et de l'autre, à « *l'ombre de l'objet* » perdu générant le pôle dépressif². Sur le plan étiologique, la figure du tout ou rien émanant de la disparition de l'objet, caractérise le cyclothymique ; l'indépassable préjudice narcissique, sur le versant clinique, conduit à la nostalgie du conditionnel passé - ce qui aurait dû advenir - et à une impossibilité d'assumer une réalité nécessairement imparfaite sinon même totalement dénuée d'intérêt¹. En revenant à KLEIN, le maniaco-dépressif reflète l'absence ou la défaillance d'un bon objet interne dont la fonction aurait été de permettre au sujet d'assouplir sa vision apparemment trop lucide de la réalité au profit d'une interprétation projective plus clémente¹.

¹ LAMBOTTE MC. De l'état dépressif à l'état de triomphe du moi. L'Evolution Psychiatrique 2003 ; 68/3 : 381-96.

² ARCE ROSS G. Manie, mélancolie et facteurs blancs. Paris : Beauchesne, 2009.

CONCLUSION

L'extension actuelle de la bipolarité mérite la plus grande attention et réflexion. Elargissement néfaste ou bénéfique ? Sur ou sous-diagnostic ? Comment devons-nous conclure ?

En écho à notre introduction, deux axes s'opposent et animent un débat contemporain à propos de la maniaque-dépression. Une tendance à l'élargissement regroupe les partisans de la notion de spectre bipolaire élargi. La psychiatrie moderne, à travers de multiples auteurs, AKISKAL, KLERMAN, ANGST ou encore HANTOUCHE, entretiennent ce mouvement. Leur motivation repose sur une réalité clinique autour de la complexité et de l'hétérogénéité de la bipolarité avec une intention thérapeutique noble en réponse à la gravité de la maladie et devant le risque d'un sous-diagnostic susceptible d'entraîner un retard ou des erreurs dans la prise en charge aux conséquences délétères pour le patient. Dans ce contexte, la bipolarité s'étend du tempérament sanguin à la classique manie en questionnant les limites avec la normalité, les psychoses, la dépression, les personnalités pathologiques, l'anxiété, l'impulsivité et l'organique. Pour AKISKAL, « *la réalité clinique d'un spectre bipolaire étendu ne peut plus être remise en doute désormais* » et l'auteur écrivait, en 2005, qu'il faudrait 10 ans pour convaincre les psychiatres sur ce point. Nous y serons bientôt ! Mais force est de constater que la proposition d'élargir les critères d'inclusion est loin de faire l'unanimité.

Ainsi, le mouvement opposé, nourri en règle générale de réflexions psychanalytiques et de la psychiatrie classique, tenantes de la dichotomie névrose-psychose, compare la bipolarité actuelle à une vaste « *nébuleuse gazeuse* ». Il est dénoncé, à partir d'un seul et unique diagnostic ayant le vent en poupe, une colonisation des autres entités pathologiques, voire une psychiatrisation des émotions et faits sociaux. Il semble bien que l'actuel trouble bipolaire subit une véritable dilution. En effet, le spectre bipolaire élargi, étendu entre le trouble schizo-affectif et les formes tempéramentales, peut aussi bien correspondre à des sujets psychotiques ou névrotiques. Aussi, plus nous nous éloignons du type I et des formes classiques, plus la prévalence s'élève, en même temps que la gravité s'atténue pour les différents sous-types, ce qui n'est pas sans constituer un paradoxe avec les rappels sur les conséquences négatives de la maladie comme argument pour un diagnostic plus large. Au final, ce courant pointe l'évaporation de la bipolarité, qui vide le sens et décrédibilise le

concept actuel. Entité trop hétérogène pour être cohérente et repérable ? Émane de ce constat le risque de conséquences néfastes pour la clinique, la psychopathologie et la recherche. Le clinicien ne doit pas oublier que des perturbations thymiques, des périodes d'élévation ou une cyclicité, peuvent constituer la symptomatologie d'entités multiples et de processus dynamiques divers.

Du fait de ces considérations opposées, de ce débat toujours ouvert, il n'est pas étonnant de constater en pratique quotidienne, de manière à peine caricaturée, que des psychiatres observent une maladie bipolaire pour la majeure partie de leur patientèle, alors que d'autres praticiens se questionnent sur la validité même du concept ! Nous retiendrons que l'élargissement actuel doit être accueilli avec prudence comme l'explique GOODWIN : « *Nous sommes extrêmement incertains quant à la signification clinique du spectre bipolaire.* », et comme en témoignent les lettres à l'éditeur du numéro de janvier 2009 du *Journal of Clinical Psychiatry* reprenant les échanges entre l'équipe de ZIMMERMAN et celle de MANNING et KANE : la question d'un diagnostic insuffisant ou excessif du trouble bipolaire reste toujours en suspens.

Comment s'y retrouver ? Quelle attitude adopter ? Après nos recherches, afin de nous positionner, il apparaît que la considération de cette extension ne peut se faire sans l'étude de l'autonomie et des limites de la maniaque-dépression ou de la bipolarité, et sans l'analyse des différences et des similitudes avec de nombreuses entités psychiatriques qui partagent des traits communs avec la maladie, engendrant ainsi des masques trompeurs. Les écrits des psychiatres classiques, des auteurs d'inspiration psychanalytique ou phénoménologique, soucieux de se référer à une psychopathologie fine et pertinente, nous orientent dans la réflexion. Leur angle de lecture ne peut être que complémentaire par rapport aux systèmes de classifications actuels plus statiques. De plus, la qualité de la réponse à une chimiothérapie thymorégulatrice ne peut à elle seule confirmer un diagnostic en pathologie mentale et fonder notre nosographie.

Nous retiendrons que le type I représente la catégorie se rapprochant le plus de la classique psychose maniaque-dépressive. Il convient néanmoins de distinguer d'un véritable épisode maniaque, une élévation pseudo-maniaque répondant à un trouble psychotique aigu ou chronique, ou bien relevant d'un processus défensif. Le type II présente des limites bien plus délicates, celles de l'hypomanie, forme plus récente, ayant des contours assez flous difficiles à apprécier. En revanche, intégrer le type III, les formes tempéramentales et les autres sous-

entités proposées par certains auteurs, constitue bien une extension qui pose question. Leur sémiologie est en effet de nature transnosographique. A titre d'exemple, la cyclothymie montre de profondes similitudes avec les personnalités pathologiques et les troubles anxieux. Les auteurs modernes considèrent KRAEPELIN comme le premier défenseur d'un concept élargi de la bipolarité. Or, le psychiatre allemand n'a jamais affirmé que l'objectivation clinique d'une simple cyclothymie ou d'un trouble de l'humeur signait obligatoirement le diagnostic : « *Les troubles thymiques ne sont pas le fond de la pathologie mais plutôt de simples indices périphériques* » écrit-il. Nous accueillons aussi avec réserve, l'extension actuelle de la bipolarité vers les troubles psychotiques, les dépressions récurrentes, l'impulsivité, et nous attirons l'attention sur le piège que constituent les addictions et certaines affections organiques. Si pour AKISKAL « *la labilité de l'humeur doit toujours faire penser à une bipolarité* », toutes les entités précédemment citées peuvent comporter des oscillations, vibrations ou autres perturbations thymiques avec une certaine cyclicité ou mixité de l'humeur. Si la prise en considération d'un spectre bipolaire élargi permet, en pratique quotidienne, de faire bénéficier les patients d'un traitement thymorégulateur dans les formes marginales de troubles addictifs, troubles du contrôle des impulsions, troubles affectifs divers et les syndromes dépressifs pour lesquels les antidépresseurs apportent plus de dangerosité que de bénéfices, encore une fois, la nosographie psychiatrique ne peut se limiter au seul et unique référentiel de la chimiothérapie. De même, la question de la bipolarité chez l'enfant et les grands hommes, ou celle de la bipolarité comme avantage interrogeant les limites de la maladie avec le non pathologique et le privilège, imposent de ne pas tomber dans des raccourcis ou autres réductions simplistes.

Ainsi, nous devons adopter une lecture critique en regard des études et des chiffres publiés sur le thème de la maniaco-dépression afin de ne pas glisser sur des conclusions trop hâtives. Il convient de bien analyser les critères employés pour définir le syndrome bipolaire : type I, type II, spectre élargi ? Par quels moyens le diagnostic a-t-il été fondé : regard clinique rigoureux ou autoquestionnaires ? Les grands essais thérapeutiques nécessitent un taux important de patients dont le niveau de certitude maniaque est bien souvent contestable, l'efficacité du *placebo*, jusqu'à 40 % de réponses positives dans certaines études, en témoigne. Pour BOURGEOIS, les chiffres de prévalence sont alors à prendre avec prudence.

Nous sommes bien conscients que notre travail dégage probablement plus de questions qu'il ne donne de réponses, et que l'expérience pratique ou les lectures nécessaires sont inépuisables afin de répondre à notre problématique avec la plus grande pertinence.

Néanmoins, il a pour vocation d'apporter un angle de lecture original afin d'aider le clinicien dans son quotidien et de se repérer dans la nosographie. Ainsi, la question de la bipolarité illustre à merveille la question du diagnostic, de nos fondements nosographiques, de l'étanchéité des frontières entre les différents troubles mentaux. Avec le temps et du recul, nous pensons aussi qu'apparaîtront de probables réponses plus consensuelles au sein de la communauté psychiatrique. Rejoindrons-t-elles nos propos ?

REFERENCES

- ABRAHAM K. BARANDE I. Giovanni Segantini : essai psychanalytique. In : ABRAHAM K. Psychanalyse et culture. Paris : Payot, 1968.
- ABRAHAM K. Deuil, mélancolie et psychose maniaco-dépressive. In : GRUNBERGER B. CHASSEGUET-SMIRGEL. PARENTI C. Les psychoses la perte de la réalité. Paris : Sand et Tchou, 2009.
- ABRAHAM K. Développement de la libido. Paris : Payot, 1977.
- ABRAHAM K. Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins. In : Œuvres complètes, tome I. Paris : Payot, 1965.
- ADES J. Jeu pathologique. In : Addictologie. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.
- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie. 1997.
- AKISKAL HS. Affective temperaments : evolutionary significance. 155th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. Philadelphie, Mai 2002.
- AKISKAL HS. AKISKAL K. Reassessing the prevalence of bipolar disorders : clinical significance and artistic creativity. *Psychiatry and Psychobiology* 1988 ; 3 : 829-36.
- AKISKAL HS. BOURGEOIS ML. ANGST J. POST R. MOLLER H. HIRSCHFELD R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders* 2000 ; 59/1 : 5-30.
- AKISKAL HS. L'émergence des troubles bipolaires. *L'Information Psychiatrique* 2005. 81/10 : 857-61.
- AKISKAL HS. Le spectre bipolaire : acquisitions et perspectives cliniques. *L'Encéphale*, 1995 ; 6 : 3-11.
- AKISKAL HS. MALLYA G. Criteria for the soft bipolar spectrum : treatment implication. *Psychopharmacology Bulletin* 1987 ; 23 : 68-73.
- AKISKAL HS. Personnalité pathologique, tempérament et traitement. *L'Encéphale* 1995 ; 11 : 47-9.
- AKISKAL HS. PINTO O. The bipolar spectrum : footnotes to Kraepelin on the interface of hypomania, temperament and depression. In MARNEROS A. ANGST J. 100 years after manic depressive insanity. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers, 2000 : 37-62.
- AKISKAL HS. PINTO O. The evolving bipolar spectrum : prototypes I, II, III and IV. *Psychiatrics Clinics of North America* 1979 ; 2 : 419-39.
- ALLILAIRE JF. Tous bipolaires ? Les journées de l'AFTA, Paris, novembre 2009.

ALLOY LB. ABRAMSON LY. UROSEVIC S. et al. The psychosocial context of bipolar disorder : environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review*, in press, 2006.

ALONSO-FERNANDEZ F. Goya, un génie marqué par le trouble bipolaire. *Cahiers Henri Ey, Psychiatrie et Arts plastiques* 2004 ; 12/13 : 159-72.

AMARA G. RICHA S. BAYLE FJ. Trouble explosif intermittent : situation actuelle. *L'Encéphale* 2007 ; 33/3 : 339-45.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR. Paris : Masson, 2002.

ANDRE P. Schumann, les chants de l'ombre. Paris : Lattès, 1982.

ANGST J. GAMMA A. BENAZZI F. *et al.* Toward a re-definition of subthreshold bipolarity : apidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders* 2003 ; 73 : 133-46.

ANGST J. SELLARO R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological Psychiatry* 2000 ; 48 : 445-57.

ANGST J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders* 1998 ; 50 : 143-51.

ANSSEAU M. PITCHOT W. Les antidépresseurs. In : GUELFY JD. ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2008.

AOUIZERATE B. Troubles bipolaires : les grandes controverses. Dixième congrès de l'Encéphale, Paris, Janvier 2012.

ARCE ROSS G. Manie, mélancolie et facteurs blancs. Paris : Beauchesne, 2009.

ARISTOTE. L'Homme de génie et la mélancolie. Paris : Rivage, 1989.

AZORIN JM, AKISKAL H, HANTOUCHE E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood congruent psychotic distinction in mania : validation in a French National Study of 1090 patients. *Journal of Affective Disorders* 2006 ; 96 : 215-23.

AZORIN JM. Dépression majeure : quels sont les indicateurs de bipolarité ? *L'Encéphale* 2011 ; 37/3 : 163-8.

AZORIN JM. Des troubles psychotiques aux troubles bipolaires. *L'Encéphale* 2008 ; 4 : 127-9.

AZORIN JM. KALADJIAN A. Le concept de schizophrénie affective. *L'Encéphale* 2009 ; 35/5 : 151-4.

AZORIN JM. Qu'est-ce que le trouble bipolaire ? *L'Encéphale* 2006 ; 32/4/2 : 489-96.

BAILLY D. Le trouble bipolaire existe-t-il chez l'enfant et l'adolescent ? *L'Encéphale* 2006 ; 32/2 : 501-5.

BALL B. Du délire de persécution ou maladie de Lasègue. Paris : Asselin et Houzeau, 1890.

- BANGE F. MOUREN MC. Comprendre et soigner l'hyperactivité chez l'adulte. Paris : Dunod, 2005.
- BELIARD S. Autour du trouble bipolaire : questions diagnostiques et options thérapeutiques en unités pour malades difficiles. L'Information psychiatrique 2003 ; 79/9 : 817-27.
- BELZEAUX P. La personnalité et la psychose maniaco-dépressive dans les Etudes psychiatriques d'Henri Ey. L'Information Psychiatrique 2008 ; 84 : 253-8.
- BELZEAUX P. Le trésor clinique à portée de main. Du désir d'archives de la bibliothèque personnelle d'Henri Ey à la publication en réseau des bibliothèques psychiatriques de France. Congrès de Neurologie et de Psychiatrie de Langue Française, Biarritz, Juin 1999.
- BENAZZI F. Borderline personality disorder and bipolar II disorder in private practice depressed outpatients. Comprehensive Psychiatry 2004 ; 41/2 : 106-10.
- BENEZECH M. BIEDER J. Du bonheur pathologique : sur les états hallucinatoires et délirants agréables ou joyeux. Annales Médico-Psychologiques 2011 ; 169 : 209-14.
- BENEZECH M. Le feu criminel. Libres Cahiers pour la Psychanalyse 2010 ; 2/22 : 39-45.
- BERGERET J. BECACHE A. DUBOR P. *et al.* Psychologie pathologique : théorique et Clinique. Paris : Masson, 2008.
- BERGERET J. La personnalité normale et pathologique. Paris : Dunod, 1996.
- BESNIER N. Trouble bipolaire et hyperactivité de l'adulte. L'Encéphale 2007 ; 33/3 : 96-102.
- BIEDER J. L'ironie morbide. Annales Médico-Psychologiques 2006 ; 164/9 : 764-8.
- BIELER L. AUBRY JM. MC QUILLAN A. FERRERO F. BERTSCHY G. Trouble de personnalité borderline et troubles bipolaires : interface clinique et implications du double diagnostic. La Revue Médicale Suisse 2001 ; 2360 : 1-8.
- BINSWANGER L. Mélancolie et manie. Paris : Presses Universitaires de France, 1981.
- BLANC F. BERNA F. FLEURY M. *et al.* Evènements psychotiques inauguraux de sclérose en plaques ? Revue Neurologie 2010 ; 166 : 39-48.
- BLONDEAU C. RENERIC JP. MARTIN-GUEHL C. BOUVARD M. Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité à l'âge adulte : concept, tableau clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Annales Médico-Psychologiques 2009 ; 167/3 : 234-42.
- BLUMER D. Epilepsy and disorders of mood. In : SMITH DB. TREIMAN D M. TRIMBLE MR. Neurobehavioral problems in epilepsy. New-York : Raven Press, 1991.
- BOREL J. Précis de diagnostic psychiatrique. Bordeaux : Delmas, 1939.

BORENTAIN S. GASMAN I. DELCUL A. La paraphrénie peut-elle être une modalité évolutive de la maladie maniaco-dépressive ? *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2001 ; 1/51 : 26-9.

BOUCHEZ J. TOUZEAU D. Addiction, dépression et manie. *Le Courrier des Addictions* 2002 ; 4/2 : 62-4.

BOURBON N. KACHA F. Paranoïa sensitive et bipolarité : à propos de cinquante cas. *Dixième Congrès de l'Encéphale*, Paris, Janvier 2012, PO 061.

BOURGEOIS D. Le mythe de la fête. *Psynergie* 1998 ; 28-36.

BOURGEOIS ML. Aspects nosologiques des troubles bipolaires maniaco-dépressifs. Considérations critiques. *Annales Médico-Psychologiques* 2009 ; 167/10 : 803-9.

BOURGEOIS ML. HAUGSTEN T. La mythomanie : ludisme bipolaire et protestation identitaire. *Annales Médico-Psychologiques* 2007 ; 165 : 372-7.

BOURGEOIS ML. La dépression bipolaire. Aspects cliniques et thérapeutiques. *Annales Médico-Psychologiques* 2001 ; 159 : 251-60.

BOURGEOIS ML. Le syndrome de Cadet Rousselle, la règle de trois selon Akiskal dans le spectre bipolaire maniaco-dépressif. *L'Encéphale* 2008 ; 34/4 : 313-5.

BOURGEOIS ML. Les troubles bipolaires à travers les âges. *Dixième Congrès de l'Encéphale*, Paris, Janvier 2012.

BOURGEOIS ML. Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires. Paris : Odile Jacob, 2007.

BOURGEOIS ML. Qu'y a-t-il de psychotique dans la psychose maniacodépressive ? *L'Information Psychiatrique* 2005 ; 81/10 : 875-82.

BOURGEOIS ML. VERDOUX H. HENRY C. DEMOTES-MAINARD C. Manies dysphoriques et états mixtes. *L'Encéphale* 1995 ; 5 : 47-52.

BOURGEOIS ML. VERDOUX H. HENRY C. DESMOTES-MAINARD C. Clinique des troubles bipolaires de l'humeur (le spectre bipolaire). In : LEMPERIERE T. *Les troubles bipolaires*. Paris : Masson, 1996.

BOURIN M. Les hypnotiques et les anxiolytiques. In : GUELFY JD. ROUILLON F. *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson, 2008.

BRADY K. CASTO S. LYDIARD R. *et al.* Substance abuse in an inpatient psychiatric sample. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1991 ; 17 : 389-97.

BRENOT P. Bipolarité et créativité. *Le Bouscat : L'Esprit du Temps*, 2008.

CARLSON GA. BROMET EJ. SIEVERS SB. Phenomenology and outcome of youth and adult onset subjects with psychotic mania. *American Journal of Psychiatry* 2000 ; 157 : 213-9.

CASTAGNE C. L'hystérie moderne. *Nervure* 2005 ; 9/18 : 1, 5-6.

CAXEITA M. RIVET B. La clinique différentielle des troubles délirants chroniques. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale* 2001 ; 50/5 : 44-54.

CAZAS O. Les troubles psychiques au cours de la puerpéralité. *L'Information Psychiatrique* 2004. 80/8 : 627-33.

CERARD J. Entre le naturel et le démoniaque : la folie à la renaissance. In : POSTEL J. QUETEL C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris : Dunod, 1994.

CHABOT M. HUSAIN O. REEVES N. La maladie bipolaire au Rorschach et au TAT : diversité ou homogénéité ? *Psychologie Clinique et Projective* 2003 ; 1/9 : 255-83.

CHAMBRIER J. Les états limites à la pathologie bipolaire. *L'Encéphale* 2006 ; 32/3/2 : 10-4.

CHARLES E. GARAND L. DARTHOUT N. PAULIN S. CLEMENT JP. Relation entre trouble affectif saisonnier et trouble bipolaire. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2003 ; 63/7 : 45-9.

CHARTIER JP. Bipolarité et PMD. Ses rapports avec la philosophie et la psychanalyse. *Le Journal des Psychologues* 2009/10 ; 273 : 20-3.

CHARTIER JP. Circulez, il n'y a rien à voir. *Clinique psychanalytique des états dits « bipolaires »*. *Topiques* 2009 ; 3/108 : 237-47.

CHEOUR M. LOUATI A. ELLOUZE F. ABOUB H. HASSAIRI A. KHALOUI M. Syndrome de lenteur obsessionnelle et bipolarité : à propos d'un cas. *Psy Cause* 2009 ; 54 : 37-9.

CHIARONI P. Aspects cliniques et diagnostic des troubles bipolaires. *La Revue du Praticien* 2005 ; 55/5 : 493-500.

CLEMENT JP. Psychopathologie du sujet âgé. In : GUELFY JD. ROUILLON F. *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson, 2008.

COMBE S. KHALIL P. VILLARD E. GOUIRAN M. Approche théorique et conceptuelle du délire hystérique. *Annales Médico-Psychologiques* 2004 ; 162/7 : 525-32.

CONDAT A. Approche psychodynamique du trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité (TDAH), à partir de l'observation clinique. *Perspectives Psy* 2011 ; 1/50 : 32-41.

CORCOS M. ATGER F. JEAMMET P. Evolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires. *Annales Médico-Psychologiques* 2003 ; 161 : 621-9.

CORCOS M. L'homme selon le DSM. *Le nouvel ordre psychiatrique*. Paris : Albin Michel, 2011.

CORDIER B. Troubles bipolaires : une incidence médico-légale sous-estimée. *La Revue du Praticien* 2005 ; 55/5 : 510-1.

- CORRUBLE E. Personnalité et vulnérabilité aux dépressions sévères. *L'Encéphale* 2009 ; 7 : 282-5.
- COURTET P. CASTELNAU D. Tempérament et créativité. *Annales Médico-Psychologiques. Revue Psychiatrique* 2003 ; 161/9 : 674-83.
- COURTET P. SAMALIN L. OLIE E. Les antidépresseurs dans le trouble bipolaire. *L'Encéphale* 2011 ; 37/3 : 196-202.
- COURTOIS R. CHAMPION M. LAMY C. BRECHON G. Hyperactivité chez l'enfant : réflexions sur les mécanismes psychopathologiques sous-jacents. *Annales Médico-Psychologiques* 165 : 420-7.
- COWAN CP. COWAN PA. *When partners become parents*. New-York : Basic Books, 1992.
- CRAMER B. Les dépressions du post-partum : une pathologie de la préoccupation maternelle primaire ? *Devenir* 2002 ; 2/14 : 89-99.
- DAVIDSON RJ. Affective style and affective disorders : perspectives from affective neuroscience. *Cognition and Emotion* 1998 ; 12/3 : 307-30.
- DE BEAUREPAIRE C. BENEZECH M. KOTTLER C. *Les dangersités*. Paris : John Libbey Eurotext, 2004.
- DE BEAUREPAIRE R. Eléments permettant de différencier un trouble de l'humeur d'une schizophrénie devant un état délirant chez un adolescent ou un adulte jeune. *La revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 1998 ; 26 : 13-5.
- DE BEAUREPAIRE R. Y'a-t-il un thymostat dans le cerveau ? *L'Information Psychiatrique* 2005 : 81/10 : 883-9.
- DE TOFFOL B. Troubles psychopathologiques associés aux épilepsies partielles pharmaco-résistantes. *Revue Neurologie* 2004 ; 160/1 : 288-300.
- DEBRAY Q. NOLLET D. *Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.
- DEBRAY Q. Troubles anxieux et dissociatifs. In : GUELFY JD. ROUILLON F. *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson, 2008.
- DEL FRANCO GM. Le mythe du roi fou. A propos du roi Charles VI. *Psynergie* 1998 ; 34 : 22-4.
- DELAGE M. : Clinique actuelle de l'hystérie. *Europsy news* 2002 ; 1/2 : 78-83.
- DELAY J. BUISSON JF. HENNE M. Hystérie et kleptomanie. *L'Encéphale* 2011 ; 37/4/3 : 63-74.
- DELAY J. GERARD HP. L'intoxication mescalinique expérimentale (1948). *L'Encéphale* 2007 ; 33/2 : 455-79.
- DELAY J. *Les dérèglements de l'humeur*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

- DELBELLO MP. SOUTULLO CA. HENDRICKS W. *et al.* Prior stimulant treatment in adolescents with bipolar disorder : association with age at onset. *Bipolar Disorders* 2001 ; 3/2 : 53-7.
- DEROUESNE C. Démences. In : GUELFY JD. ROULLON F. *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson, 2008.
- DERVAUX A. Les achats compulsifs. *Perspectives Psy* 2008 ; 1/47 : 22-6.
- DEUTSCH H. The psychology of manic-depressive states with particular reference to chronic hypomania in Neurosis and character types. New-York : International University Press, 1965.
- DORREGO MF. CANEVARO L. KUZIS G. *et al.* A randomized, double-blind, crossover study of methylphenidate and lithium in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder : preliminary findings. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neurosciences* 2002 ; 14/3 : 289-95.
- EHRENBERG A. *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob, 1998.
- EKMAN P. DAVIDSON RJ. *The nature of emotion : Fundamental questions*. New-York : Oxford University Press, 1994.
- ERASME. D. *Eloge de la folie*. Paris : Union Latine d'Editions, 1967.
- ESCANDE M. GIRARD M. GRANIER F. BELAZOUZ D. JOHN C. PEZE E. Approche de la personnalité et de la structure mentale des maniaco-dépressifs. *Annales de Psychiatrie* 1992 ; 7/3 : 130-6.
- ESCANDE M. *L'hystérie aujourd'hui, de la clinique à la psychothérapie*. Paris : Masson, 1996.
- ESQUIROL E. *De la lypémanie ou mélancolie*. Reuil-Malmaison : Sandoz, 1976.
- ESQUIROL E. *De la manie*. *Maladies Mentales*. Tome second. Paris : J.-B. Baillière, 1838.
- EVANS DL. Bipolar disorder : diagnostic challenges and treatment considerations. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000 ; 61/13 : 26-31.
- EY H. BERNARD P. BRISSET C. *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson, 2011.
- EY H. Etude N°19 : Mégalomanie. In : *Etudes Psychiatriques : aspects sémiologiques*. Paris : Desclée de Brouwer, 1950.
- EY H. Etude N°21 : manie. In : *Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.
- EY H. Etude N°22 : mélancolie. In : *Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.
- EY H. Etude N°25 : les psychoses périodiques maniaco-dépressives. In : *Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*. Paris : Desclée de Brouwer, 1954.
- EY H. *Traité des hallucinations*. Paris : Masson, 1973.

- FAIN M. Introduction à la discussion sur « technique de la cure des déprimés ». *Revue Française de Psychanalyse* 1968 ; 3 : 604-9.
- FARAONE SV. BIEDERMAN J. MENNIN D. *et al.* Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder : a familial subtype ? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997 ; 36/10 : 1387-90.
- FARAONE SV. Genetics of adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Clinical North America* 2004 ; 27 : 303-21.
- FAURE K. LEGRAS M. CHOCARD AS. DUVERGER P. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *La Revue du Praticien* 2008 ; 58 : 1-8.
- FIEVE R. Nous sommes tous des maniaco-dépressifs. Paris : Flammarion, 1980.
- FREEMAN MP. FREEMAN SA. McELROY SL. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders : prevalence, psychobiology, and treatment issues. *Journal of Affective Disorders* 2002 ; 68 : 1-23.
- FREUD S. A partir de l'histoire d'une névrose infantile (L'Homme au loup). In : *Cinq psychanalyses*. Paris : Presses Universitaires de France, 2010.
- FREUD S. BREUER J. Etudes sur l'hystérie. Paris : Presses Universitaires de France, 1956.
- FREUD S. Deuil et mélancolie. Paris : Payot et Rivages, 2011.
- FREUD S. Fragment d'une analyse (Dora). In : *Cinq psychanalyses*. Paris : Presses Universitaires de France, 2010.
- FREUD S. Le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient. .
- FREUD S. *Metapsychologie*. Paris : Gallimard, 1967.
- FREUD S. Névrose et psychose. In : *Névrose, psychose et perversion*. Paris : Presses Universitaires de France, 2010.
- FREUD S. Pour introduire le narcissisme. Paris : Payot, 2012.
- FREUD S. *Psychologie collective et analyse du Moi*. In : *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1921.
- FREUD S. Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (*Dementia paranoïdes*) décrit sous une forme autobiographique (Le Président Schreber). In : *Cinq psychanalyses*. Paris : Presses Universitaires de France, 2010.
- FREUD S. Un souvenir d'enfance de Leonard de Vinci. Paris : Gallimard, 1977.
- GABEL R. BARNARD N. NORKO M. *et al.* AIDS presenting as mania. *Comprehensive Psychiatry* 1986 ; 27 : 251-4.

GALLARDA T. LHORET-LOY C. CANCEIL O. Les sous types de maniaco-dépression. Séminaire de psychiatrie biologique, hôpital Saint Anne 1996 ; 26 : 237-68.

GARRE JB. La beauté : remède, maladie ou vérité. L'Evolution Psychiatrique 2003 ; 68 : 630-8.

GAY C. Clinique des troubles bipolaires. In : GUELFY JD. ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. Paris, Masson, 2008.

GAY C. Les troubles bipolaires et autres troubles de l'humeur. L'Encéphale 2008 ; 34/4 : 130-7.

GAYARL L. Sémiologie clinique en psychiatrie. Rueil-Malmaison : Sandoz, 1974.

GERARD A. Préface. In Etats mixtes. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2008.

GISSELMANN-PATRIS. MF. Bipolarité et troubles de la personnalité. L'Information Psychiatrique 2007 ; 83/6 : 441-3.

GOLDBERG JF. ERNST CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. Journal of Clinical Psychiatry 2002 ; 63/11 : 985-91.

GOLDSTEIN T. FRYE M. DENIKOFF F. *et al.* Antidepressant discontinuation-related mania : critical prospective observation and theoretical implications in bipolar disorder. Journal of Clinical Psychiatry 1999 ; 60 : 536-7.

GOODWIN FK. JAMISON KR. Manic depressive illness. New-York : Oxford University Press, 1990.

GORWOOD P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. L'Encéphale 2004 ; 30/2 : 182-93.

GOURION D. Troubles bipolaires : a-t-on besoin d'un type II ? Les journées du Congrès Français de Psychiatrie, Nantes, Juin 2012.

GROSSE EM. DA FONSECA D. FAKRA E. POINSO F. SAMUELIAN JC. Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte. Annales Médico-Psychologiques 2007 ; 165/5 : 378-85.

GUELFY JD. Personnalité narcissique. In : GUELFY JD. ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2008.

GUELFY JD. Troubles de la personnalité. In : GUELFY JD. ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 2008.

GUILIE JM. Les troubles de personnalité limite : équivalents bipolaires ou conduites impulsives ? Perspectives Psy 2004 ; 5/43 : 377-81.

GUSDORF G. Mythe et métaphysique, Paris : Flammarion, 1953.

HAMDANI N. GORWOOD P. Les hypothèses étiopathogéniques des troubles bipolaires. L'Encéphale 2006 ; 32/2 : 519-25.

HANTOUCHE E, DEMONFAUCON C, ANGST J, PERUGI G, ALLILAIRE JF, AKISKAL HS. Trouble obsessionnel compulsif cyclothymique. *La Presse Médicale* 2002 ; 31/14 : 644-8.

HANTOUCHE E. AKISKAL HS. DEMONFAUCON C. *et al.* Bipolarité cachée dans le TOC : enquête collaborative avec l'association française des personnes souffrant de TOC. *Annales Médico-Psychologiques* 2002 ; 160 : 34-41.

HANTOUCHE E. DEMONFAUCON C. KOUKOPOULOS A. Le TOC est-il un état mixte ? Historique et modèles. *Synapse* 2004 ; 201 : 25-32.

HANTOUCHE E. KOCHMAN F. DEMONFAUCON C. *et al.* Bipolar obsessive-compulsive disorder : confirmation of results of the « ABC-OCD » survey in 2 populations of patient members versus non-members of an association. *L'Encéphale* 2002 ; 28 : 21-8.

HANTOUCHE E. *Troubles bipolaires : rumeurs et réalités.* Paris : Medi-Text, 2008.

HANTOUCHE E. *Troubles bipolaires, obsessions et compulsions. Les reconnaître et les soigner.* Paris : Odile Jacob, 2006.

HARDY-BAYLE MC. *Le diagnostic en psychiatrie.* Paris : Armand Colin, 2005.

HAUGSTEN T. Aspect historique des troubles bipolaires dans la psychiatrie française. *L'Encéphale* 1995 ; 6 : 13-20.

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Troubles bipolaires.* 2009.

HEALEY D. The latest mania : selling bipolar disorder. *Public Library of Science Medicine* 2006 ; 3/4 : e185.

HENDERSON TA. Mania induction associated with atomoxetine. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2004 ; 4/5 : 567-8.

HENRY C. *Clinique des troubles bipolaires.* Suresnes : Lilly, 2005.

HENRY C. De l'épisode initial aux récurrences. *Dixième Congrès de l'Encéphale*, Paris, Janvier 2012.

HENRY C. DESAGE A. Aux confins de la bipolarité. *L'Encéphale* 2006 ; 32/2 : 526-30.

HENRY C. M'BAILARA K. Concept clinique des états mixtes et diagnostics différentiels. In GERARD A. *Etats mixtes.* Montrouge : John Libbey Eurotext, 2008.

HENRY C. MITROPOULOU V. NEW AS. KOENIGSBERG HW. SILVERMAN J. SIEVER LJ. Affective impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders : similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research* 2001 ; 35/6 : 307-12.

HUGUELET P. PERROUD N. L'apport d'une classification internationale des troubles mentaux dans la compréhension de la psychopathologie de Wolfgang Amadeus Mozart (1756-1791). *Annales Médico-Psychologiques* 2005 ; 163/7 : 549-60.

HUYN C. PICHE G. COHEN D. Traits tempéramentaux et affectifs chez les adolescents et jeune adulte sans psychopathologie. *Perspectives Psy* 2010 ; 2/49 : 158-167.

ICHARD K. Personnalité histrionique. In : GUELFY JD. ROUILLON F. *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson, 2008.

ISRAEL L. *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris : Masson, 2001.

JAMISON K. *Night falls fast : understanding suicide*. New-York : Knopf, 1999.

JAULIN P. Troubles bipolaires du sujet âgé : pièges diagnostiques à éviter. *NPG : Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie* 2008 ; 43 : 47-53.

JAUNAY E. EVEN C. GUELFY JD. Trouble déficitaire attentionnel avec hyperactivité et trouble bipolaire. Une revue. *Annales Médico-Psychologiques* 2003 ; 161/1 : 59-62.

JEANNEAU A. *La cyclothymie. Etude psychanalytique*. Paris : Payot, 1980.

KALADJIAN A. AZORIN JM. ADIDA M. FAKRA E. DA FONSECA D. PRINGUEY D. Troubles affectifs : évolution des modèles nosographiques. *L'Encéphale* 2010 ; 36/6 : 178-82.

KAPSAMBELIS V. Les troubles de l'humeur et la psychanalyse. Une revue des textes fondateurs. *Le Journal des Psychologues* 2009/2010 ; 273 : 32-5.

KARILA L. LEPINE JP. COSCAS S. BECK F. REYNAUD M. Cocaïne et autres substances In : LEJOYEUX M. *Addictologie*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

KERNBERG O. *Les troubles limites de la personnalité*. Paris : Dunod, 2001.

KLEIN M. Contributions à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs. In : *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1934.

KLERMAN GL. The spectrum of mania. *Comprehensive Psychiatry* 1981 ; 22 : 11-20.

KOENIGSBERG HW. ANWUNAH I. NEW AS. MITROPOULOU V. SCHOPICK F. SIEVER LJ. Relationship between depression and borderline personality disorder. *Depression and Anxiety* 1999 ; 10 : 158-67.

KRAEPELIN E. *La folie maniaco-dépressive*. Bordeaux : Mollat, 2008.

KRAUS A. Dynamique de rôle des maniaco-dépressifs. *Psychologie Médicale* 1987 ; 19/3 : 401-5.

LACHAUD D. *La jouissance du pouvoir. De la mégalomanie*. Paris : Hachette, 1998.

LAMBOTTE MC. De l'état dépressif à l'état de triomphe du moi. *L'Evolution Psychiatrique* 2003 ; 68 : 381-96.

LANE C. *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*. Paris : Flammarion, 2009.

LAZIGNAC C. CICOTTI A. BORTOLI AL. KELLEY-PUSKAS M. DAMSA C. Des états dissociatifs vers une clinique des troubles dissociatifs. *Annales Médico-Psychologiques* 2005 ; 163 : 889-95.

LE GOUES G. *Le psychanalyste et le vieillard*. Paris : Presses Universitaires de France, 1991.

LE STRAT Y. Trouble bipolaire et comorbidités addictives. *Annales Médico-Psychologiques* 2010 ; 168/8 : 584-7.

LEJOYEUX M. Les masques de la bipolarité. *Revue du Praticien* 2005 ; 55/5 : 507-12.

LEMOINE P, AMAR A. Les syndromes oubliés (classification actuelle) ou le mythe de la tour de Babel en psychiatrie. *Psynergie* 1999 : 2-3.

LEMOINE P. Dépressions saisonnières 1995 ; *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie*, 37-110-A-11.

LEMPERIERE T, RONDEPIERRE C. Clinique et aspects actuels des troubles obsessionnels. *L'Encéphale*, 1990, 16 : 347-53.

LEMPERIERE T. FELINE A. GUTMANN A. ADES J. PILATE C. *Psychiatrie de l'adulte*. Paris : Masson, 1996.

LEMPERIERE T. Le syndrome catatonique. *Psynergie* 1999 ; 30-6.

LIPSKI H. BAYLE F. Troubles bipolaires et comorbidité psychiatrique. *Revue du Praticien* 2005 ; 55 : 501-6.

LISH JD. DIME-MEENAN S. WHYBROW PC. *et al.* The National Depressive and Manic-Depressive Association (NDMDA) survey of bipolar members. *Journal of Affective Disorders* 1994 ; 31 : 281-94.

LOO H. Editorial. *Encéphale* 2009 ; 35/5 : 140-1.

LYDON E. EL-MALLAKH RS. Naturalistic long-term use of methylphenidate in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2006 ; 26/5 : 516-18.

MALEVAL JC. Une bulle de la dépression ? Première partie : l'invention de la maladie dépressive. *Médecine* 2009 ; 5/5 : 25-30.

MALKOFF-SCHWARTZ S. FRANK E. ANDERSON BP. *et al.* Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes. *Psychological Medicine* 2000 ; 30/5 : 1005-16.

MARCELLI D. *Enfance et psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2009.

MARIE-CARDINE M., COLLET B. : *Clinique de l'hystérie*. *Confrontations Psychiatriques* 1985 ; 25 : 11-44.

MARNEROS A, ANGST J. *Bipolar disorders : roots and evolution bipolar disorders : 100 years after manic depressive insanity*. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers, 2000.

McDOUGALL J. L'économie psychique de l'addiction. *Revue Française de Psychanalyse* 2004 ; 2/68 : 511-27.

McELROY S, ALTSHULER L, SUPPES T *et al.* Psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001 ; 158 : 420-6.

McELROY SL, POPE HG Jr, KECK PE Jr. *et al.* Are impulse-control disorders related to bipolar disorder ? *Comprehensive Psychiatry* 1996 ; 37/4 : 229-40.

McELROY SL. Recognition and treatment of DSM-IV intermittent explosive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999 ; 60/15 : 12-6.

MECKLER C. Carnaval et masque pseudo-névrotique chez Robert Schumann. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2001 ; 51/5 : 47-52.

MERCUEL A, GUEDJ MJ, RAMPA S, GALLOIS E, GAUILLARD J, CAROLI F. Les conduites psychopathiques *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 2003 ; 37-320-A-30 : 1-10.

METZGER JY, DRAGOI A. Devenir des psychoses délirantes aiguës. *Confrontations Psychiatriques* 2002 ; 43 : 131-60.

MEYNARD JA. De Kraepelin à Kraepelin. In : GERARD A. *Etats mixtes*. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2008.

MEYNARD JA. Le continuum schizophrénie-troubles bipolaires et le trouble schizo-affectif. *L'Information Psychiatrique* 2005 ; 81/10 : 891-6.

MILLET B, DEROUET J. La notion de spectre bipolaire a-t-elle la même incidence en ville qu'à l'hôpital ? *Annales Médico Psychologiques* 2007 ; 165 : 580-2.

MIRABEL-SARON C. De l'anxiété à la dépression. *L'Encéphale* 2009 ; 35/2/1 : 10-1.

MITCHELL PB, GOODWIN GM, JOHNSON GF. *et al.* Diagnostic guidelines for bipolar depression : a probabilistic approach. *Journal of Bipolar Disorders* 2008 ; 10 : 163-78.

MOELLER FG, BARRATT ES, DOUGHERTY DM, SCHMITZ JM, SWANN AC. Psychiatric aspect of impulsivity. *American Journal of Psychiatry* 2001 ; 158 : 1783-93.

MORIN G. Les axes de la personnalité. *Psychologie Médicale* 1992 ; 24/2 : 174-6.

MURRAY CJL, LOPEZ AD. *The global burden of disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge : Harvard University Press, 1996.

NAJT P, PEREZ J, SANCHES M, PELUSO MAM, GLAHN D, SOARES JC. Impulsivity and bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology* 2007 ; 17 : 313-20.

NIERENBERG AA, MIYAHARA S, SPENCER T. *et al.* Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder : data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biological Psychiatry* 2005 ; 57/11 : 1467-73.

NOONAN JR. JOHNSON RK. The misuse of the diagnosis of bipolar disorder in the forensic context. *American Journal of Forensic Psychology* 2002 ; 20 : 5-19.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. CIM-10/ICD-10. Paris : Masson, 1992.

OSBY U. BRANDT L. CORREIA N. EKBOM A. SPAREN P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Archive of General Psychiatry* 2001 ; 58 : 844-50.

OTHEMAN Y. YAHIA A. MEHSSANI J. MOUHADI K. GARTOUM M. BICHRA MZ. Accès psychotiques aigu et accès maniaques : éléments différentiels. Dixième Congrès de l'Encéphale, Paris, Janvier 2012, PO 063.

OUALI I. ZOUARI L. OMRI S. *et al.* Evaluation du niveau d'impulsivité chez les patients atteints de trouble bipolaire de type I suivis en ambulatoire. Dixième congrès de l'Encéphale, Paris, Janvier 2012. PO 072.

PAPOLOS D. PAPOLOS J. *The bipolar child.* New-York : Random House, 2000.

PIGNARRE P. *Comment la dépression est devenue une épidémie ?* Paris : La Découverte, 2001.

PIT B. Atypical depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry* 1968 ; 114 : 1325-35.

POENARU L. SIMON O. GONZALES GROZAL A. RIHS M. Clinique du jeu pathologique ou l'objet disponible aléatoirement : une perspective psychodynamique. *Psychotropes* 2007 ; 3-4/13 : 177-88.

POPE HG. LIPINSKI JF. Diagnosis in schizophrenia and maniac-depressive illness. *Archive of General Psychiatry* 1978 ; 35 : 811-28.

POUCLET O. Héroïnomanie et schizophrénie : une comorbidité aux limites de notre connaissance. *Le Flyer* 2004, HS 3/2.

PRADERE J. SERRE G. MORO MR. Expression psychopathologique autour de la chevelure. A propos d'un cas de trichotillomanie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2005 ; 53 : 149-54.

PRICE L. NELSON J. Alcoholism and affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 1986 ; 143 : 1067-8.

PRINCET P. Historique des classifications : de la folie circulaire aux troubles bipolaires. *Psy Cause* 2009 ; 53 : 11-6.

PRINGUEY D. La fête maniaque. *Le Journal - Psychiatrie Privée.* 12 : 6-10.

PROIA S. MORHAIN Y. MARTINEAU JP. Le surinvestissement sportif : une parade contre l'angoisse de la perte et l'intolérance de l'affect. *Perspectives Psy* 2006 ; 2/45 : 157-65.

RACAMIER PC. De l'angoisse à la manie. In : *De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques.* Paris : Payot, 1979.

RANNOU-DUBAS K. GOHIER B. Les états limites : aspects cliniques et psychopathologiques ou les limites dans tous leurs états. Site de la Psychiatrie Angevine 2002. <http://med2.univ-angers.fr/services/AARP/psyangevine/publications/etatslimites.htm>.

REICH A. Early identification as archaic elements in the superego. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1954 ; 2 : 218-38.

RIGBY J. HARVEY M. DAVIES DR. Mania precipitated by benzodiazepine withdrawal. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989 ; 79 : 406-7.

RITTI A. *Traité de la folie à double forme*. Paris : Douin, 1883.

ROBINS LN. REGIER PA. *Psychiatric disorder in America : the epidemiologic catchment area study*. New-York : free press, 1991.

ROSENTHAL NE. SACK DA. GILLIN JC. et al. Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Archives of General Psychiatry* 1984 ; 41 : 72-80.

ROUILLON F. Un enjeu de santé publique. In : LEBOYER M. *Troubles bipolaires : pratiques, recherches et perspectives*. Paris : John Libbey Eurotext, 2005.

SACHS GS. BALDASSANO CF. TRUMAN CJ. et al. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with early – and late – onset bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 2000 ; 157/3 : 466-8.

SACHS GS. Strategies for improving treatment of bipolar disorder : integration of measurement and management. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004 ; 100 : 7-17.

SACKS O. *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Paris : Seuil, 1992. P. 139.

SAUVAGNAT F. Réflexions sur le statut de la mythomanie délirante. *L'Evolution Psychiatrique* 2003 ; 68 : 73-96.

SCHEPENS P. Les troubles bipolaires : de la polémique à la clinique. *La Revue de la Médecine Générale* 2011 ; 282 : 140-5.

SCHLOSSER C. KOVACS A. FERRERO F. Devenir à l'âge adulte du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (ADHD) : aspects épidémiologiques et cliniques. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 2002 ; 153/1 : 29-35.

SCHWENK B. *Psychiatrie et Art*. Toulouse : Privat, 1999.

SECHTER D. HAFFEN E. LOO H. La phtisie galopante n'existe plus, la psychose maniaco-dépressive n'existe peut-être plus. Qu'en est-il de la schizophrénie ? *L'Encéphale* 2007 ; 33/6 : 880-3.

SENON J.L. Du bon usage des psychotropes chez l'hystérique. *Europsy news* 2001 ; 1/2 : 16-9.

SENON J.L. MANZANERA C. PAPET N. Aspects médico-légaux des troubles bipolaires. *L'Encéphale* 2006 ; 32/2 : 547-52.

SKODOL AE. STOUT RL. MCGLASHAN TH. et al. Co-occurrence of mood and personality disorders : a report from the Collaborative Longitudinal personality Disorders Study (CLPS). *Depression and Anxiety* 1999 ; 10/4 : 175-82.

SOULTANIAN C, PERISSE D, REVAH-LEVY A *et al.* Cotard's syndrome in adolescents and young adults : a possible onset of bipolar disorder requiring a mood stabilizer ? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2005 ; 15 : 706-11.

SOUTULLO CA. DELBELLO MP. OCHSNER JE. *et al.* Severity of bipolarity in hospitalized manic adolescents with history of stimulant or antidepressant treatment. *Journal of Affective Disorder* 2002 ; 70/3 : 323-7.

SPENCER T. BIEDERMAN J. WILENS T. et al. A large, double-blind, randomized clinical trial of methylphenidate in the treatment of adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry* 2005 ; 57 : 456-63.

STONE M. *The borderline syndromes : constitution, personality, and adaptation.* New-York : McGraw-Hill, 1980.

STROBER M. DEANTONIO M. SCHMIDT-LACKNER S. *et al.* Early childhood attention deficit hyperactivity disorder predicts poor response to acute lithium therapy in adolescent mania. *Journal of affective disorder* 1998 ; 51/2 : 145-51.

SUPPES T. LEVERICH GS. KECK PE. The Stanley Foundation bipolar treatment outcome network : demographic and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders* 2001 ; 67 : 227-33.

TATOSSIAN A. *La phénoménologie des psychoses.* Puteaux : Le Cercle Herméneutique, 2002.

TELLENBACH H. *La mélancolie.* Paris : Presse Universitaire de France, 1998.

THOMAS LV. Auto-portrait ou faux semblant ? Une galaxie anthropologique. *Quel Corps ?* 1989 ; 38-39 : 7-13.

THOMAS P. *Personnalité obsessionnelle compulsive.* In : GEULFI JD. ROUILLON F. *Manuel de psychiatrie.* Paris : Masson, 2008.

TIGNOL J. *Anxiété-dépression : données épidémiologiques et cliniques.* *L'Encéphale* 2007 ; 33/4/3 : 681-3.

TOUATI B. *Hyperactivité : la fin de l'histoire... du sujet.* *Le Carnet Psy* 2003 ; 1/78 : 20-3.

TOUATI I. MECHRI A. GASSAB L. BACHA M. GAHA L. *Tempéraments affectifs prébipolaires dans les dépressions récurrentes : vers un dépistage de « fausse unipolarité »* *Annales Médico-Psychologiques* 2009 ; 167 : 787-91.

VALLE L. *Le déficit d'attention avec hyperkinesie chez l'enfant : approche neuropédiatrique.* *Le Carnet Psy* 2003 ; 1/78 : 24-26.

VAN DEN BULKE D. HENRY C. Intérêt de l'analyse du tempérament chez les sujets bipolaires. L'Encéphale 2005 ; 31 : 207-11.

VANELLE JM. Comorbidité, dépression et anxiété : les liaisons dangereuses. L'Encéphale 2005 ; 31/6/3 : 34-6.

VERDOUX H. BOURGEOIS ML. Les manies secondaires. In BOURGEOIS ML. VERDOUX H. Les troubles bipolaires de l'humeur. Paris : Masson, 1995.

VERDOUX H. BOURGEOIS ML. Nosographie et épidémiologie des psychoses puerpérales. Annales Médico-Psychologiques 1991 ; 149 : 202-7.

VERDOUX H. MURY M. BOURGEOIS ML. Intérêt de la dichotomie nosographique trouble schizo-affectif bipolaire avec caractéristiques psychotiques. Annales de Psychiatrie 1995 ; 10/1 : 19-25.

WAINTRAUB L. Clinique et orientations thérapeutiques in GUELFY JD. ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2007.

WELNIARZ B. De l'instabilité mentale au trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité : l'histoire d'un concept controversé. Perspectives Psy 2011 ; 1/50 : 16-22.

WINOKUR MT. CORYELL W. ENDICOTT J. *et al.* Further distinctions between manic-depressive illness (bipolar disorder) and primary depressive disorder (unipolar depression). American Journal of Psychiatry 1993 ; 150/8 : 1176-81.

WYART M. BLAIN H. Forme pseudoconfusionnelle d'un épisode maniaque chez un sujet âgé. A propos d'un cas et revue de la littérature. NPG : Neurologie Psychiatrie Gériatrie 2010 ; 10 : 274-8.

YOUNG JE. KLOSKO JS. WEISHAAR ME. La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité. Bruxelles : DeBoeck, 2005.

ZIMMERMAN M. RUGGERO CJ. CHELMINSKI I. YOUNG D. Is bipolar disorder overdiagnosed ? Journal of Clinical Psychiatry 2008 ; 69/6 : 935-40.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION (9)

1 LA BIPOLARITE : DES HAUTS, DES BAS... ET DES DEBATS ! (9)

2 ENTRE UN SOUS OU UN SUR-DIAGNOSTIC DE LA BIPOLARITE (9)

2.1 Vers un élargissement du concept de bipolarité ? (9)

2.1.1 Conséquences de la bipolarité (9)

2.1.1.1 *Un problème majeur de santé publique (9)*

2.1.1.2 *Une surmortalité (10)*

2.1.1.3 *Complications psychosociales (10)*

2.1.1.4 *Conséquences médico-légales (11)*

2.1.2 La gravité du trouble impose une meilleure identification (11)

2.1.3 Un sous-diagnostic de bipolarité ? (11)

2.2 Vers une inflation excessive de bipolarité ? (13)

2.2.1 Un sur-diagnostic ? (13)

2.2.2 Les risques d'un sur-diagnostic (13)

3 OBJECTIFS DE NOTRE TRAVAIL ET METHODOLOGIE (14)

HISTORIQUE DES TRAJECTOIRES NOSOGRAPHIQUES DE LA MANIACO-DEPRESSION ET DE LA BIPOLARITE (15)

1 LA PREHISTOIRE DE LA BIPOLARITE (15)

1.1 L'Antiquité (15)

1.1.1 Les premiers écrits (15)

1.1.2 Les auteurs antiques : d'Hippocrate à Evrage le Pontique (16)

1.1.3 Conclusion (17)

1.2 Du Moyen âge au siècle des Lumières (17)

1.2.1 La mélancolie sous différents éclairages (17)

1.2.2 Mélancolie et manie : une seule et unique maladie ? (18)**1.2.3 Conclusion (19)****2 L'APPORT DES ALIENISTES DU XIX^{ème} SIECLE (19)****2.1 Le XIX^{ème} siècle en France : un bouillonnement nosologique (19)****2.1.1 Philippe Pinel (19)****2.1.2 Jean-Etienne Esquirol (19)****2.1.3 La folie à double forme de Jules Baillarger et la folie circulaire de Jean-Pierre Falret (20)****2.1.4 De Jules Falret à Valentin Magnan : les premières formes atténuées (20)****2.2 Le XIX^{ème} siècle en Allemagne et la « folie maniaco-dépressive » d'Emil Kraepelin (21)****2.2.1 De l'autre côté du Rhin (21)****2.2.2 Emil Kraepelin : la naissance du concept moderne de bipolarité (21)****2.3 Conclusion (22)****3 LE XX^{ème} SIECLE : DE LA PSYCHOSE MANIACODEPRESSIVE AU SPECTRE BIPOLAIRE (23)****3.1 La première moitié du XX^{ème} : une période oubliée ? (23)****3.2 La seconde moitié du XX^{ème} siècle : psychose, trouble puis spectre bipolaire (24)****3.2.1 Psychose bipolaire et unipolaire (24)****3.2.2 La naissance du trouble bipolaire (25)****3.2.3 L'élargissement du concept de bipolarité (25)***3.2.3.1 Hypomanie, cyclothymie et assouplissement du diagnostic de manie (25)**3.2.3.2 La naissance du spectre bipolaire et les voies d'extensions actuelles de la bipolarité (26)***3.2.4 L'état actuel et le positionnement des classifications (27)***3.2.4.1 DSM IV et CIM X (27)**3.2.4.2 Le spectre bipolaire élargi selon Klerman et Akiskal (28)**3.2.4.3 Stade actuel de l'élaboration du DSM V (28)***5 CONCLUSION (29)**

AUTONOMIE ET LIMITES DE LA BIPOLARITE. ENTRE PROXIMITE ET DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL (31)

1 AUTONOMIE ET LIMITES DE LA BIPOLARITE : ENTRE EVIDENCES ET DIFFICULTES (31)

1.1 Enjeux et position du problème (31)

1.2 Diagnostic de bipolarité évident (31)

1.2.1 Particularités clinique du cas typique (31)

1.2.2 Le cas historique de la psychose intermittente de Charles VI (32)

1.3 La question des délimitations (32)

1.3.1 Episode inaugural et cas qui ne paraissent pas récidivants (33)

1.3.2 Formes atypiques de bipolarité et oscillations thymiques autres que bipolaires (34)

1.3.3 Les formes réactionnelles ou symptomatiques, chroniques et d'« involution » (35)

1.3.4 La question des comorbidités (35)

1.4 Conclusion (36)

2 DE LA NORMALITE A LA BIPOLARITE (37)

2.1 A partir de la définition de l'humeur et des affects (37)

2.1.1 Définition de l'humeur selon Delay (37)

2.1.2 Définition des affects : la place de l'humeur dans les états d'âme (38)

2.1.2.1 Affects (38)

2.1.2.2 Sentiments et émotions, en comparaison à l'humeur (38)

2.1.3 Conclusion (39)

2.2 A partir des variations de l'humeur (39)

2.2.1 Les variations quantitatives de l'humeur (39)

2.2.1.1 Des « cyclothymes » et des « schizothymes » (39)

2.2.1.2 Les variations de l'humeur sont nécessaires pour le sujet normal (40)

2.2.1.3 Conclusion (41)

2.2.2 Les variations de l'humeur sur un plan qualitatif (41)

2.3 La spécificité du maniaco dépressif se comprend au-delà de l'humeur (42)

2.3.1 Toute manie n'est pas euphorique (42)

2.3.2 Analyse sémiologique de Kraepelin (43)**2.3.3 Axe phénoménologique (43)**

2.3.3.1 L'accès mélancolique (43)

2.3.3.2 L'accès maniaque (44)

2.3.3.2.1 Extase du Moi-sujet (44)

2.3.3.2.2 Déstructuration temporelle et perte de l'appréhension (44)

2.3.3.2.3 Une nouvelle donne psychobiologique (45)

2.3.3.3 L'Après crise (46)

2.3.3.4 L'intercrise (46)

2.4 Conclusion (46)**3 DE LA PSYCHOSE A LA BIPOLARITE (47)****3.1 Enjeux de la question (47)****3.2 Qu'y a-t-il de psychotique dans la psychose maniaco-dépressive ? (47)****3.2.1 Une question complexe (47)****3.2.2 Tentative de réponse à partir de la psychanalyse (48)**

3.2.2.1 Le complexe étiopathogénique de la psychose à la lumière de la psychanalyse (48)

3.2.2.2 L'origine de la maniaco-dépression selon Abraham, Klein et Freud (49)

3.2.2.2.1 Abraham : la première relation du sujet (49)

3.2.2.2.2 Klein : l'élaboration pathologique de la position dépressive primitive (50)

3.2.2.2.3 Freud : la psychonévrose narcissique (51)

3.2.2.2.3.1 A partir de la sémiologie différentielle entre deuil et mélancolie (51)

3.2.2.2.3.2 Psychonévrose narcissique (52)

3.2.2.2.3 Conclusion (53)

3.2.3 Tentative de réponse à partir de la sémiologie (53)

3.2.3.1 La psychose sur le versant sémiologique (53)

3.2.3.2 Les troubles psychotiques au cours de la bipolarité (54)

3.2.3.2.1 Symptômes psychotiques classiques (54)

3.2.3.2.2 Appréhension troublée de la réalité (55)

3.2.3.3. *Conclusion (56)*

3.3 Similitudes entre la bipolarité et les psychoses : vers un continuum ou une discontinuité ? (56)

3.3.1 Entre schizophrénie et bipolarité : l'énigme du trouble schizo-affectif (57)

3.3.1.1 *La dichotomie Kraepelinienne entre la « démence précoce » et la psychose maniaco-dépressive (57)*

3.3.1.2 *Les anastomoses entre la psychose maniaco-dépressive et la schizophrénie (57)*

3.3.1.2.1 Des symptômes partagés (58)

3.3.1.2.2 Des formes évolutives partagées (58)

3.3.1.2.3 La question des formes marginales (59)

3.3.1.3 *La naissance du trouble schizo-affectif (59)*

3.3.1.4 *Le trouble schizo-affectif : entre bipolarité et schizophrénie (60)*

3.3.2 Maniaco-dépression et paranoïa (61)

3.3.3 Conclusion (62)

3.4 Manie et psychose chronique : à partir d'une réflexion nosographique autour du bonheur pathologique (62)

3.4.1. **« Ils savent seulement qu'ils ont connu un bonheur extraordinaire pendant cette crise de délire » (62)**

3.4.2 Le bonheur pathologique (63)

3.4.2.1 *Des affects expansifs morbides (63)*

3.4.2.2 *Le bonheur maniaque (64)*

3.4.2.3 *Euphorie et psychose (65)*

3.4.3 Les affects expansifs dans les psychoses chroniques : éléments de diagnostic différentiel (66)

3.4.3.1 *Schizophrénie (66)*

3.4.3.2 *Psychose paranoïaque (67)*

3.4.3.2.1 Clinique différentielle à partir du syllogisme de Foville (67)

3.4.3.2.2 Clinique différentielle à partir du style du maniaque et du paranoïaque (68)

3.4.3.3 *Psychose hallucinatoire chronique (69)*

3.4.3.4 *Paraphrénie (69)*

3.5 Bipolarité et psychose : réflexion autour de la sensibilité (70)

3.6 La question des accès aigus (71)

3.6.1 Un enchevêtrement de symptômes (71)**3.6.2 La question des accès aigus, psychotiques ou bipolaires ? (72)***3.6.2.1 Manie ou état mixte délirants et trouble psychotique aigu (72)*3.6.2.1.1 Manie délirante (72)3.6.2.1.2 Etat mixte délirant (73)

3.6.2.1.2.1 Les états mixtes selon Kraepelin (73)

3.6.2.1.2.2 Une notion complexe (73)

3.6.2.1.2.3 Similitudes et différences avec la bouffée délirante aiguë (74)

*3.6.2.2 La question du devenir des bouffées délirantes aiguës et épisodes psychotiques aigus (75)*3.6.2.2.1 Une possible entrée dans la bipolarité sous-estimée ? (75)3.6.2.2.2 Eléments permettant d'approcher le devenir (75)*3.6.2.3 La psychose puerpérale à la limite du diagnostic ? (76)***3.7 Conclusion (78)****4 DE LA DEPRESSION A LA BIPOLARITE (79)****4.1 Enjeux de la question (79)****4.2 Intérêt de la dichotomie classique dépression exogène-dépression endogène ? (80)****4.2.1 Dichotomie dépression exogène-endogène selon Kraepelin et Ey (80)****4.2.2 Quelques réserves autour de cette ancienne catégorisation (82)****4.2.3 La nature endogène d'une dépression demande-t-elle une analyse plus profonde ? (82)***4.2.3.1 Axe phénoménologique (82)**4.2.3.2 Approche psychanalytique (83)***4.3 Dépression uni ou bipolaire à la lumière des travaux épidémiologiques récents (84)****4.3.1 Caractéristiques de dépression uni ou bipolaire (84)****4.3.2 Valeur prédictive des indices de bipolarité selon Akiskal (85)****4.3.3 Vers une approche probabiliste ? (87)****4.4 Quelques réserves à propos de cette nouvelle catégorisation (88)****4.4.1 La validité des virages sous antidépresseurs et du trouble de type III (89)***4.4.1.1 Antidépresseurs dans le trouble bipolaire : quels risques ? (89)*

4.4.1.2 Virage pharmac induit ou secondaire à une autre cause ? (89)

4.4.1.2.1 L'antidépresseur est-il responsable du virage ? (89)

4.4.1.2.2 Virage témoignant d'une bipolarité ou d'un autre phénomène ? (90)

4.4.1.2.2.1 Des élations normales de l'humeur au décours d'un accès dépressif ? (90)

4.4.1.2.2.2 Virage sous antidépresseurs : effet secondaire du traitement ou révélation de bipolarité ? (91)

4.4.1.3 Conclusion (92)

4.4.2 Saisonnalité : relation entre trouble affectif saisonnier et trouble bipolaire (92)

4.4.2.1 Saisonnalité, bipolarité et trouble affectif saisonnier (92)

4.4.2.2 Similitudes entre la bipolarité et le trouble affectif saisonnier (93)

4.4.2.3 Divergences (93)

4.4.2.4 Conclusion (94)

4.4.3 Le contexte puerpéral (94)

4.4.4 L'ombre des personnalités pathologiques et des troubles anxieux (95)

4.4.4.1 Une association fréquente avec la dépression (95)

4.4.4.2 Indices de bipolarité et trouble de la personnalité : des chevauchements à risque de confusion (95)

4.4.4.2.1 Des caractéristiques épidémiologiques partagées (95)

4.4.4.2.2 Similitudes cliniques (96)

4.4.4.2.3 Sévérité des épisodes dépressifs (96)

4.4.4.2.4 L'exemple de la dépression dans les états limites (96)

4.4.4.2.5 L'exemple de la dépression dans l'hystérie (98)

4.4.4.3 Indices de bipolarité et troubles anxieux : des chevauchements à risque de confusion (99)

4.5 Conclusion (99)

5 DE LA PERSONNALITE PATHOLOGIQUE A LA BIPOLARITE (100)

5.1 Enjeux de la question (100)

5.2 Entre bipolarité et personnalité « dramatique » (101)

5.2.1 La personnalité limite (102)

5.2.1.1 « Seuls les diagnostics sont limites » ? (102)

5.2.1.2 Bipolarité et état limite : entre similitudes et différences (103)

5.2.1.2.1 Etudes épidémiologiques (103)

5.2.1.2.2 Instabilité affective (103)

5.2.1.2.3 Instabilité dans les relations interpersonnelles (104)

5.2.1.2.4 Impulsivité et sens des passages à l'acte (105)

5.2.1.2.5 Le piège des états dissociatifs (105)

5.2.1.2.5.1 Dépersonnalisation et attirance pour l'infini (106)

5.2.1.2.5.2 Syndrome de personnalité multiple et « Homme antinomique » (106)

5.2.1.2.5.3 Etat de transe et fureur maniaque (106)

5.2.2 La personnalité hystérique et histrionique (107)

5.2.2.1 Dora bipolaire ! (107)

5.2.2.2 Hystérie et bipolarité : entre similitudes cliniques et différences psychopathologiques (108)

5.2.2.2.1 Hystérie et fluctuation thymique (108)

5.2.2.2.2 Hystérie et manie : entre expansivité, ludisme et mythomanie (109)

5.2.2.2.2.1 Lucy Jourdain, expansivité maniaque ou hystérique (109)

5.2.2.2.2.2 L'histrion (109)

5.2.2.2.2.3 Mythomanie et ludisme (109)

5.2.2.3 Eléments du diagnostic différentiel (111)

5.2.3 La personnalité narcissique (111)

5.2.3.1 Le narcissique condamné aux fluctuations thymiques (111)

5.2.3.2 Bipolarité et narcissisme : la question de la mégalomanie (112)

5.2.3.2.1 Psychopathologie de la personnalité narcissique (112)

5.2.3.2.3 Le cas Mozart (114)

5.3 Une personnalité spécifique du sujet bipolaire ? (115)

5.3.1 « L'homme antinomique par excellence » (115)

5.3.2 La personnalité du bipolaire : une personnalité spécifique prémorbide ? (116)

5.3.2.1 Etudes épidémiologiques (116)

5.3.2.2 Approche psychanalytique et phénoménologique (117)

5.3.2.2.1 Freud et Abraham (117)

5.3.2.2.2 Lébovici, Fain, et Jeanneau (118)

5.3.2.2.3 Krauss (118)

5.3.2.2.4 Tellenbach (119)

5.3.2.2.4.1 Le « typus mélancholicus » (119)

5.3.2.2.4.2 Des ressemblances avec la personnalité obsessionnelle ? (120)

5.3.2.3 L'approche du tempérament selon Akiskal (121)

5.3.2.3.1 Les quatre types de tempéraments (122)

5.3.2.3.2 L'écart entre tempérament affectif et maladie bipolaire (123)

5.3.2.4 L'hyperréactivité émotionnelle (124)

5.3.3 En aval du trouble bipolaire : une personnalité postmorbide ? (124)

5.3.3.1 Modifications au cours de l'accès thymique (125)

5.3.3.2 Au décours de l'accès thymique (125)

5.3.3.4 Sens dans la vie du sujet (125)

5.4 Conclusion (127)

6 DE L'ANXIÉTÉ À LA BIPOLARITÉ (129)

6.1 Enjeux et position du problème (129)

6.2 Trouble anxieux et trouble bipolaire : « double folie » ? (130)

6.2.1 Données épidémiologiques (130)

6.2.2 L'exemple des TOC bipolaires (130)

6.2.2.1 Les TOC bipolaires (130)

6.2.2.2 Similitudes entre TOC et bipolarité (131)

6.2.2.2.1 Une énergie mentale excessive au cours de l'hypomanie et du TOC (131)

6.2.2.2.2 Une alternance dépression et excitation (131)

6.2.2.3 Liens psychopathologiques entre TOC et bipolarité (132)

6.2.2.3.1 La spécificité des TOC bipolaires (132)

6.2.2.3.2 Le TOC comme une défense face à la menace du chaos maniaco-dépressif ? (132)

6.3 Troubles anxieux et trouble bipolaire : une simple confusion ? (133)

6.3.1 L'obsédé : entre rétention et explosion (133)

6.3.2 L'anxiodépressif : entre tristesse et agitation (134)**6.3.3 Le phobique : entre inhibition et fuite en avant (135)****6.4 Le cas Robert Schumann (136)****6.5 Conclusion (137)****7 DE L'IMPULSIVITE A LA BIPOLARITE (138)****7.1 Enjeux de la question (138)****7.2 Impulsivité et maniaco-dépression (139)**

7.2.1 Impulsivité et maniacodépression selon Kraepelin (139)

7.2.2 Etudes neuropsychologiques actuelles (139)

7.3 Bipolarité et conduites d'allure psychopathique (140)**7.3.1 Troubles bipolaires et actes médicaux légaux (140)**

7.3.1.1 « L'image du chaos, du désordre et de l'erreur » (140)

7.3.1.2 Actes civils et pénaux (141)

7.3.2 Psychopathie et ses avatars thymiques (142)**7.3.3 Aide au diagnostic différentiel (143)****7.3.4 Une parenthèse sur la personnalité paranoïaque (144)****7.4 L'hyperactivité de l'adulte (144)****7.4.1 Définition et enjeux (144)****7.4.2 Validité du concept ? (145)**

7.4.2.1 D'anciennes descriptions (145)

7.4.2.2 Devenir de l'hyperactivité de l'enfant à l'âge adulte (145)

7.4.2.2.1 Troubles comorbides à l'âge adulte (146)

7.4.2.2.2 Une persistance possible à l'âge adulte (146)

7.4.2.2.3 Particularités de l'hyperactivité de l'adulte par rapport à celle de l'enfant (147)

7.4.3 Similitudes avec la bipolarité (147)

7.4.3.1 Epidémiologie (147)

7.4.3.2 La triade hyperactivité, inattention, impulsivité et la perturbation des fonctions cognitives (148)

7.4.3.3 Symptômes affectifs (149)

7.4.3.4 *Complications psychosociales (149)*

7.4.4 Eléments pour le diagnostic différentiel (150)

7.4.4.1 *Axe épidémiologique (150)*

7.4.4.2 *Axe clinique (151)*

7.4.4.3 *Axe thérapeutique (152)*

7.4.4.4 *Axe étiopathogénique (153)*

7.5 Trouble du contrôle des impulsions (154)

7.5.1 Définition (154)

7.5.2 Liens TCI et bipolarité (156)

7.5.2.1 *Liens épidémiologiques (156)*

7.5.2.2 *Liens cliniques (156)*

7.5.2.2.1 Des troubles affectifs dans les TCI (156)

7.5.2.2.2 Des TCI dans la manie (157)

7.5.2.3 *Continuum compulsion-impulsion et spectre bipolaire (158)*

7.5.3 La bipolarité : une étiologie parmi d'autres (158)

7.5.3.1 *De multiples pathologies potentielles en amont des TCI (158)*

7.5.3.2 *L'exemple de la pyromanie : les incendies non bipolaires et les « maniaques du feu » (158)*

7.5.3.3 *L'exemple des achats compulsifs : entre manie, TOC, addiction et dépression (159)*

7.5.3.4 *L'exemple de la kleptomanie, du jeu pathologique et de la trichotillomanie (160)*

7.6 Conclusion (161)

8 DE L'ORGANIQUE A LA BIPOLARITE (162)

8.1 Enjeux et position du problème (162)

8.2 Organique et psychiatrique : quelques pièges ! (163)

8.2.1 *Les accès bipolaires secondaires (163)*

8.2.2 *Problèmes posés (164)*

8.3 De l'addiction à la bipolarité (165)

8.3.1 *Sur ou sous-diagnostic de bipolarité au sein des troubles addictifs ? (165)*

8.3.1.1 *Sous diagnostic ? (166)*

8.3.1.1.1 Une forte comorbidité (166)

8.3.1.1.2 Le trouble bipolaire primaire à l'addiction (166)

8.2.1.1.3 L'abus de substance ou les addictions primaires à la bipolarité (167)

8.2.1.1.4 Une vulnérabilité commune (167)

8.2.1.1.5 Aggravation du pronostic de la bipolarité (168)

8.3.1.2 Sur-diagnostic ? (168)

8.3.1.2.1 Accès maniaco-dépressifs au cours des addictions ou abus de substances (168)

8.3.1.2.2 Les particularités des alcoolisations maniaques (170)

8.3.1.2.3 Particularités psychopathologiques (171)

8.4 Trouble bipolaire du sujet âgé (171)

8.4.1 Bipolarité « vieille » ou de novo (171)

8.4.2 Le problème de l'autonomie des « formes maniaco-dépressives d'involution » (171)

8.4.2.1 « Mélancolie d'involution » (172)

8.4.2.2 « Manie d'involution » (173)

8.4.3 Les masques trompeurs de manie chez les personnes âgées (173)

8.4.3.1 La confusion (173)

8.4.3.2 Les démences (173)

8.4.3.2.1 Démence et manie pauvre en pensée (173)

8.4.3.2.2 Lésions frontales (174)

8.4.3.2.3 Lésions vasculaires (174)

8.4.4 Particularités de la manie d'apparition tardive dans la troisième partie de la vie (175)

8.4.4.1 Particularités épidémiologiques (175)

8.4.4.2 Particularités cliniques (175)

8.4.4.3 Une particularité psychopathologique ? (176)

8.5 Bipolarité et épilepsie (176)

8.5.1 Similitudes (176)

8.5.1.1 Le syndrome interictal (176)

8.5.1.2 Le phénomène du kindling (177)

8.5.1.3 *Rapprochement thérapeutique (177)*

8.5.2 « Phénomène de seuil » (178)

8.5.3 Du phénomène de seuil au modèle biopsychosocial (179)

8.6 Conclusion (180)

DISCUSSION (182)

1 LA BIPOLARITE : UN DIAGNOSTIC A LA MODE ? (182)

1.1 Un diagnostic à la mode ? (182)

1.1.1 Le cas Van Gogh (182)

1.1.2 Les exemples antérieurs de la schizophrénie et de la dépression (183)

1.2 Les limites des systèmes de classification actuels (184)

1.2.1 Une clinique de l'instant (184)

1.2.2 Un manque de considération pour la psychopathologie ? (184)

1.2.3 « Folie unique » de Pinel et concept de spectre (186)

1.3 Le poids de l'industrie pharmaceutique (186)

1.4 Un artéfact social (187)

1.5 La bipolarité : un diagnostic rassurant ou diplomatique ? (189)

1.5.1 Du côté du médecin (189)

1.5.2 Du côté du patient (189)

1.5.2.1 Un diagnostic non stigmatisant (190)

1.5.2.2 Les avantages de la bipolarité, la « règle de trois » ou le « syndrome de Cadet Roussel » (190)

1.6 Bipolarité, créativité et maladie des grands hommes ? (191)

1.6.1 Du « problema » à la maladie des grands hommes (191)

1.6.2 Rapport entre bipolarité et créativité (192)

1.6.2.1 Liens épidémiologiques (192)

1.6.2.2 Liens cliniques (192)

1.6.2.3 Liens génétiques (193)

1.6.3 Vers une considération excessive dans le domaine de la création ? (193)

1.6.3.1 L'écart entre sévérité et création (193)

1.6.3.2 Les processus de la créativité (193)

1.6.4 Conclusion (195)

1.7 Conclusion (195)

2 TROUBLE BIPOLAIRE DE L'ENFANT : MYTHE OU REALITE ? (196)

2.1 Enjeux et position du problème (196)

2.2 A partir de la manie (197)

2.2.1 Comment interpréter l'euphorie et la mégalomanie chez un jeune enfant ? (197)

2.2.2 Manie ou « défense maniaque » ? (198)

2.2.3 La question de l'hypersexualité (198)

2.2.4 TDAH et état limite (199)

2.3 Conclusion (199)

3 SENS DE LA MANIE (200)

3.1 De l'élévation à la manie, « le choix de la crise » (200)

3.2 A partir des travaux contemporains (201)

3.2.1 Données de la neurobiologie (201)

3.2.2 Sous la lecture des événements de vie (201)

3.2.3 Selon l'étude du tempérament (202)

3.3 Sous la lecture des théories analytiques (203)

3.3.1 Le lien manie et mélancolie : la manie comme une défense vis-à-vis de la mélancolie (203)

3.3.2 Perturbation de la relation Moi, Surmoi et Idéal du moi (203)

3.3.3 Rébellion narcissique et morale (204)

3.3.4 Le destin de l'objet perdu (205)

3.3.5 Le délire de mort, fil rouge de la maniaco-dépression (206)

3.4 Conclusion (206)

CONCLUSION (207)

