

De la lumière sur un mal obscure

Traduction française par Nicolas Zdanowicz

Original cover :



Auteurs :

Giuseppe Tavormina (Centro Studi Psichiatrici – Provaglio d’Iseo, BS),

Marcello Nardini (Università degli Studi “Aldo Moro” di Bari),

Antonella Vacca (Università degli Studi “Aldo Moro” di Bari),

Leonardo Mendolicchio (Università degli Studi di Foggia),

Maurilio Giuseppe Maria Tavormina (UOSM 57 di Torre del Greco, NA, ASL Napoli 3 Sud).

Tous droits réservés à “Association italienne sur la dépression” (“EDA Italia ONLUS”)



EDA Italia - ONLUS
Associazione Italiana sulla Depressione

piazza Portici, 11 - 25050 Provaglio d’Iseo (BS) - Italy
tel. / fax: +39 030 9882061 - e-mail: segreteria@edaitalia.org
web: www.edaitalia.org
P.IVA: 02897990988

Index

Préface (*Sergio Angeletti*)

Introduction (*Vincenzo Costigliola*)

- 1) Que sont les troubles de l'humeur ?
- 2) Qu'est-ce que le trouble bipolaire ?
- 3) Comment se présente les troubles bipolaires ?
- 4) Quels sont les symptômes des troubles bipolaires ?
- 5) Quels sont les principaux signes et symptômes ?
- 6) Quelles sont les difficultés pour reconnaître le trouble ?
- 7) Enfants et adolescents peuvent-ils en souffrir ?
- 8) Quelles sont les causes des troubles bipolaires ?
- 9) Les troubles bipolaires peuvent-ils être soignés ?
- 10-11) Quels sont les médicaments et les interventions thérapeutiques indiqués dans le traitement ?
- 12) Que sont les groupes d'entre aide ?
- 13) Où s'adresser pour soigner la dépression et les troubles bipolaires ?

Bibliographie



EDA Italia ONLUS

Préface

Ce mince fascicule en décrivant le jeu raffiné psycho-photo-biochimique apporte de la lumière dans les ténèbres que sont, pour beaucoup de gens, la dépression.

Ce livre est né de longues années d'expérience d'experts internationaux qui, avec justesse, ont intitulé ce livre «lumière dans les ténèbres». Ce manuel est destiné aux patients et aux proches qui avec leur patience quotidienne vivent avec eux et qui ont besoin de partager leurs expériences sur cette maladie épuisantes qu'est la dépression.

« Si je te connais je sais comment t'affronter » et peut-être alors aussi te battre. Jours après jours, étape après étapes, en avançant et en reculant, je peux t'aider à lutter dans cet exaspérant combat contre la dépression.

Cet intéressant manuel en mettant en lumière comment le vampire de la dépression éteint toute vie - met la science actuelle à la disposition pratique de ceux qui souffrent.

Dans la lutte contre ce sombre mal, qui touche de plus en plus de monde, la diffusion la plus large possible de ce guide éclairant est un objectif. Il existe déjà dans de nombreuses versions nationales.

Sergio Angeletti

Introduction

Nous sommes toujours secoués quand survient des événements dramatiques meurtres-suicides apparemment inexplicable de jeunes mères avec leurs enfants, de personnes âgées, d'adultes ou d'adolescents. Des actes extrêmes.

Peut-être n'avons-nous pas remarqué leur souffrance à temps, peut-être n'avons-nous pas entendu leurs demandes d'aide, pas compris qu'ils étaient pris dans le tourbillon de la "dépression".

Mais qu'est-ce que la dépression, ce mal obscur, ces ténèbres qui nous habite subtilement sans signes extérieurs apparents ?

Nous avons stigmatisé les dépressifs comme faibles, nous les avons isolés, et cela d'autant plus facilement dans ce monde qui ne récompense que la concurrence.

L'Organisation Mondiale de la Santé estime que la dépression sera la troisième cause d'invalidité et que son incidence augmentera rapidement, en particulier chez les femmes âgées de 15 à 44 ans.

Il y a dix ans, nous nous sommes posé la question: que pouvons-nous faire pour aider concrètement les personnes souffrant de dépression?

Si les médicaments sont importants ils ne sont certainement pas suffisants. Il faut parvenir à briser le cercle vicieux fait de peur, de méfiance, de honte et d'isolement social dans lequel est pris le « déprimé ». Le « déprimé » sent qu'il n'est pas à sa place dans un modèle culturel moderne hypercompétitif, il ne sent plus capable de gérer une relation de couple difficile, il ne peut plus avoir de relations constructives avec ses enfants et ne sait plus faire face au stress quotidien du monde du travail.

Il fallait en parler, mettre en lumière cette pathologie considérée comme un indice de faiblesse. Il était nécessaire de dire que la dépression est une maladie comme les autres et qu'elle peut être traitée. C'est dans cette perspective qu'est née la Journée de la dépression. C'est une journée destinée à informer les professionnels de la santé et le grand public sur cette pathologie qui touche de plus en plus de monde.

Avec des Collègues de 10 pays européens nous avons choisi le 1er octobre comme date de cet événement.

S'il on accorde facilement à quelqu'un qui à une jambe cassée le « statut » de malade, c'est beaucoup plus difficile d'accorder ce même statut à un «dépressif» ! Il n'est pas reconnu comme tel. Or, si la dépression est difficile à traiter, c'est souvent parce qu'elle n'est pas reconnue!

La dépression post-partum en est un exemple clair. Si elle implique certainement des phénomènes hormonaux, l'importance de l'anxiété et du stress sont sous-évalués. Ces sentiments sont banalisés, considérés comme normaux, associés au maternage des nouveau-nés.

Que pouvons-nous faire?

Reconnaître les facteurs déclenchant et les facteurs favorisants; insister sur la nécessité d'une formation professionnelle appropriée; promouvoir les connaissances et diffuser des informations sur cette pathologie.

Cette brochure se veut un soutien concret, une aide à la compréhension de la logique dépressive et de ses causes. Un soutien aux professionnels de la santé et surtout une lumière sur ces ténèbres, sur ce mal obscur qu'est la dépression.

Il faut connaître pour mieux combattre !

Vincenzo Costigliola

Président de l'EDA

§§§§§§§§§§§§§§§§

De la lumière sur un mal obscur

1) QUE SONT LES TROUBLES DE L'HUMEUR ?

Les troubles de l'humeur sont des altérations des affects et du comportement, interprétables comme une réponse exagérée aux émotions quotidiennes. En plus, de ces altérations les scientifiques rajoutent la notion d'instabilité de l'humeur, en considérant que "**quand l'humeur n'est pas bonne, elle est de fait instable**". Environ une personne sur 5 tend à présenter une "humeur instable".

Cette instabilité se présente comme une alternance de phases dépressives et soit de phases d'agitation / irritabilité, soit de phases de manie/euphorie. Ces phases sont accompagnées de divers autres symptômes et sont appelées "Trouble bipolaire de l'humeur"; leur variabilité s'inscrit dans le cadre du "spectre du trouble bipolaire".

Pour comprendre la notion d'instabilité et de variabilité de la **qualité de l'humeur**, imaginons 3 vecteurs: l'humeur, le flux et ou le contenu des idées et le comportement moteur. Si ces trois vecteurs sont tournés vers le bas, nous obtenons une humeur dépressive, un ralentissement des pensées et peu d'envie et d'énergie dans les mouvements, c'est un **état dépressif**.

Si, par contre, tous les trois vecteurs sont orientés vers le haut nous obtenons une humeur exaltée, une très grande quantité d'idées et une hyperactivité motrice, cet état d'**humeur** est définie comme **maniaque**.

2) QU'EST-CE-QUE LES TROUBLES BIPOLAIRES?

Les **troubles bipolaires** sont caractérisés par l'alternance d'un état dépressif et d'un état maniaque (ou hypomaniaque). Quand la personne présente en même temps des symptômes des deux états (c'est-à-dire qu'elle n'est ni complètement déprimée ni complètement maniaque), on parle **d'état mixte**. Ce diagnostic est particulièrement difficile à poser et les personnes peuvent se sentir mal pendant des années avant que le diagnostic correcte ne soit posé et le traitement adéquat donné.

L'âge typique du début des troubles est entre 20 et 30 ans, mais il peut se manifester à tous les âges; il n'y a pas de différence entre hommes et femmes bien que les femmes souffrent davantage d'épisodes dépressifs plutôt que maniaques.

Le premier épisode peut être indifféremment maniaque ou dépressif; quand le premier épisode est maniaque on tend à avoir plus de troubles maniaques que dépressifs et inversement.

Il ne faut pas confondre le trouble bipolaire avec ses sévères manifestations qui peuvent ruiner les rapports interpersonnels, causer la perte du travail et, dans les cas extrêmes, porter à des comportements suicidaires avec "les hauts et les bas", que chacun de nous peut ressentir dans la vie quotidienne.

Contrairement à ce qui arrive avec "les hauts et les bas" normaux de la vie de tous les jours que nous connaissons tous, les symptômes du trouble bipolaire se distinguent par leur intensité, leur durée, leur persistance et, souvent, une gravité marquée.

"La maladie maniaco-dépressive déforme les états d'âme et les idées, porte à des comportements terribles, détruit les bases de la pensée rationnelle et trop souvent mine le désir et la volonté de vivre. C'est une maladie d'origine biologique, mais ses effets se manifestent au niveau psychologique. C'est une maladie unique en son genre pour les avantages et le plaisir qu'elle donne mais sur elle porte sur son sillage des souffrances quasi intolérables et, assez fréquemment, le suicide."

"J'ai de la chance de ne pas être morte de cette maladie, de la chance car je reçois les meilleurs soins médicaux disponibles et parce que j'ai des amis, des collègues et une famille à mes côtés."

(Kay Redfield Jamison, *Una mente inquieta*, TEA, 1995, pag 20).

3) COMMENT SE PRESENTE LES TROUBLES BIPOLAIRES ?

Les façons dont les troubles bipolaires peuvent se présenter sont nombreuses, parce que les symptômes peuvent varier d'une extrême à l'autre, tant du point de vue qualitatif, que par leur nombre et leur intensité. C'est ces variations importantes qui amènent les chercheurs au **concept de spectre bipolaire**. Le trouble bipolaire caractéristique n'est alors que la pointe de l'iceberg dans une ample gamme de manifestations possibles. Les tableaux les plus importants et les plus répandus sont:

- **Trouble bipolaire I:** dans le passé ce trouble était appelé psychose maniaco-dépressive. Il frappe plus fréquemment les hommes et est caractérisé par des épisodes maniaques et dépressifs de gravité analogue.
- **Trouble bipolaire II:** c'est le plus fréquent, il frappe plus fréquemment les femmes et est caractérisé par des épisodes dépressifs plus graves que les épisodes maniaques.
- **Trouble cyclothymique (ou cyclothymie):** est une oscillation continue de l'humeur, d'intensité et de durée supérieures par rapport à celle que l'on peut avoir normalement.
- **Type mixtes** (et états mixtes dépressifs/dysphoriques): il y a présence contemporaine d'irritabilité, tension, tristesse et labilité émotionnelle, avec de fréquentes somatisations (céphalée, colite, tension musculaire).
- **Épisodes dépressifs** (majeurs): phases plus ou moins durables et persistantes (voire "récurrentes" de type: périodiques avec un caractère saisonnier ou non) d'épisodes dépressifs, éventuellement sévère.

4) QUELS SONT LES SYMPTOMES DES TROUBLES BIPOLAIRES ?

Le trouble bipolaire cause d'importants sauts d'humeur, d'un état euphorique avec ou sans irritabilité à une tristesse absolue avec perte totale d'espoir. A ces sauts d'humeur sont associés d'intenses variations du niveau de l'énergie et des modifications du comportement.

Les périodes d'euphorie sont définies comme "**épisodes de manie**"; celles de tristesse comme "**épisode de dépression**". Les périodes de présence contemporaine des caractéristiques d'euphorie - d'irritabilité - de tension - de tristesse sont appelés "**épisodes mixtes**".

Entre les épisodes de manie et de dépression, l'humeur peut retourner à la normalité, dans ce cas on parle "d'euthymie"

La phase dépressive

Durant la phase dépressive l'humeur est triste, le sujet est indifférent à tout, découragé, mélancolique. Son énergie est faible, avec une importante fatigabilité. Il manque de motivation, a peu d'initiatives, il manque de confiance en lui et renonce souvent par peur de l'échec et pense que de toute façon aucune issue heureuse n'est possible. Il a des difficultés à formuler ses pensées, à faire des projets, a l'impression de ne pas être à la hauteur, d'avoir perdu ses capacités.

Les symptômes plus communs de l'épisode dépressif sont:

- ✓ tristesse, pessimisme et désespoir;
- ✓ faible estime de soi: se sentir "un raté", un perdant;
- ✓ ennui et solitude: perte d'intérêt pour tout, sensation de ne plus rien éprouver pour ses proches;
- ✓ démotivation, envie de rien;
- ✓ libido faible ou absente;
- ✓ difficultés de concentration, fatigue et manque d'énergie;
- ✓ altération du sommeil (insomnie) et de l'appétit (manger trop peu ou trop)
- ✓ il peut également y avoir des propos suicidaires avec parfois un désir clairement exprimé de mettre fin à ses jours.

La phase maniaque -

L'épisode manique peut être considéré comme le contraire de l'épisode dépressif: pendant la phase dépressive, la personne se sent malheureuse, sans estime de soi, et sans énergie. Par contre pendant la phase maniaque, elle expérimente exactement les sentiments opposés. Elle se sent exagérément heureuse, spéciale, brillante et est sans limites. Dans l'excitation elle déborde d'énergie, ses pensées sont rapides, originales et riches, elle est optimiste, positive. Ses comportements peuvent être provocateurs et exhibitionnistes. L'environnement est perçu comme

un prolongement de soi, de sa propre volonté, rien ne peut faire échec, les objectifs sont faciles à atteindre, le succès probable ou certain et les personnes qui ne nous secondent pas sont critiquées ou agressées.

Dans certains cas il peut y avoir des épisodes de délire interprétatifs, de type « folie des grandeurs » « persécutoire » ou « mystique ».

Les symptômes les plus communs sont:

- ✓ optimisme excessif: le sujet se ressent comme brillant, a la sensation de pouvoir tout faire et de pouvoir réussir n'importe quoi;
- ✓ pensées et langage accélérés: le sujet parle très vite et devient difficile à comprendre;
- ✓ discours décousu difficile à suivre pour l'auditeur: le sujet passe d'un sujet à l'autre sans lien logique apparent et dans certains cas il parle en rimes;
- ✓ insomnie sans fatigue avec l'impression d'avoir une réserve inépuisable d'énergie;
- ✓ perceptions plus fortes: les sons semblent plus distincts et les couleurs plus vives;
- ✓ projets grandioses peu réalistes dans lesquels le sujet pense avoir des talents spéciaux et être destiné au succès. Il entreprend beaucoup de projets et n'en conclut aucun;
- ✓ désinhibition: dans la même mesure que le sujet était prudent et modéré il est maintenant sans freins, il dit tout ce qui lui passe par la tête sans retenue et est également désinhibé sexuellement (ce qui peut porter à des comportements imprudents et embarrassants);
- ✓ dépenses inconsidérées, achats exagérés: dans cette phase le sujet peut accumuler des dettes exorbitantes avec des investissements financiers dans de mauvaises affaires;
- ✓ dans les cas plus graves, il peut y avoir présence d'une agressivité excessive: la personne en phase maniaque est querelleuse, vindicative et peut devenir physiquement violente;
- ✓ toujours dans les cas plus graves, on assiste à des délires de grandeur: le sujet est convaincu d'avoir des pouvoirs spéciaux, d'avoir des capacités extraordinaires, d'être aimé d'un personnage célèbre, etc....

5) QUELS SONT LES PRINCIPAUX SIGNES ET SYMPTOMES PRECOCES ?

Effectuer un diagnostic correct est un problème essentiel de santé publique.

Ces pathologies sont souvent sous-évaluées, sous-diagnostiquées, mal traitées ou non traitées, avec les complications qui peuvent s'ensuivre telles que: détérioration des relations interpersonnelles avec crise de couple, perte d'emploi, abus de substances, impulsivité portant atteinte à soi ou à autrui (meurtre

familial, suicide, viols, etc...).

Le diagnostic précoce est donc fondamental pour pouvoir instaurer un traitement efficace.

Un élément supplémentaire et important pour permettre le diagnostic est l'existence d'antécédents familiaux pour une forme quelconque du trouble chez au moins un des membres de la famille.

Le *diagnostic de manie ou hypomanie*, n'est possible que s'il y a une période de temps distincte pendant laquelle l'humeur est élevée avec les composantes d'expansivité ou d'irritabilité. Les troubles de l'humeur doivent être suffisamment graves pour avoir des conséquences soit sur les activités professionnelles, soit les études, soit les relations sociales.

Pour le *diagnostic de dépression* il faut une période d'au moins deux semaines avec perte d'intérêt ou de plaisir dans toutes ou dans une bonne partie des activités. La dépression doit être assez marquée pour entraîner une modification de l'appétit, du poids corporel, du sommeil et de la capacité de concentration. Il doit également y avoir présence de sentiment de culpabilité, d'incapacité ou de désespoir; il peut également y avoir présence d'idées suicidaires.

Il est important d'exclure que ces symptômes ne soient causés par certains médicaments ou certaines maladies physiques. Le médecin doit éliminer cette éventualité en réalisant des analyses médicales complémentaires voir en proposant une consultation chez un neurologue.

Parfois une personne peut souffrir uniquement d'épisodes d'euphorie/hypomanie/manie, ou uniquement d'épisodes de dépression, alternés à des périodes de stabilité. S'il y a présence uniquement de dépression, la maladie est généralement appelée **Dépression majeure** (récurrente si elle présente une cyclicité ou périodicité).

6) DIFFICULTES A RECONNAITRE LES TROUBLES ET A LES TRAITER ?

Le diagnostic et le traitement sont plus difficiles pendant la phase maniaque. En effet, d'habitude une personne qui vit un épisode maniaque refuse de se faire soigner. Elle n'admet pas être malade: au contraire, elle a l'impression de ne jamais s'être sentie mieux de sa vie et souvent, éprouver un sentiment de libération.

Durant la phase dépressive, elle se sent inhibée, ratée, sans perspective, et puis, d'un seul coup, ces sentiments disparaissent.

Durant les épisodes maniaques, la personne se sent sûr d'elle, libre de faire tout ce qu'elle veut sans se poser aucune limite. Tout semble être possible et facile à atteindre, même les projets les plus ambitieux semblent réalisables. Les facultés de jugement et de critique sont affaiblies et les inhibitions, les doutes et le manque de confiance en soi disparaissent. Mais, une fois cette phase d'exaltation terminée, le sujet doit affronter les conséquences de toutes les actions embarrassantes et irréfléchies qu'il a mené...(avoir accumulé des dettes pour des millions d'euros, avoir démissionné dans un moment de colère, avoir eu une vie sexuelle débridée sans prendre de précautions, etc...).

Les phases dépressives suivent donc souvent celles maniaques et sont complètement opposées. L'humeur est très basse, avec la sensation que rien ne vaut la peine ou ne puisse donner du plaisir. La vie perd son sens et apparaît profondément douloureuse. Le sommeil et l'appétit peuvent augmenter ou diminuer. On se sent sans énergie et facilement fatigués, avec une grande difficulté à se concentrer. Les phases dépressives peuvent être tellement profondes notamment à cause des conséquences des actions désastreuses menées pendant l'état maniaque que les actes d'automutilation et de suicide sont fréquents.

L'abus d'alcool et /ou de stupéfiants est fréquemment associé au trouble bipolaire et peut significativement l'aggraver.

Le diagnostic du trouble bipolaire ne peut être fait par une prise de sang ou une radiographie. Le diagnostic est basé sur les symptômes, la durée, le développement du trouble et les antécédents familiaux. Il est donc extrêmement important de confier au spécialiste tous les symptômes, les pensées, les comportements ainsi que d'éventuels antécédents familiaux. Pour ces raisons, il est conseillé de consulter accompagné par un parent ou un ami qui puisse expliquer les comportements et les attitudes des derniers mois.

En résumé, il faut tenir compte des points suivants:

- composantes familiales de troubles bipolaires (ou de suicide);
- antécédents d'épisodes hypomane /euphorique / ou d'irritabilité prolongée;
- histoire de 3 ou plus épisodes dépressifs durant les dernières années;
- début (ou aggravation) aigu saisonnier (hivernal ou estival);
- antécédents d'épisodes de cyclothymie (oscillation de l'humeur de manière constante et continue);
- association éventuel avec une symptomatologie anxieuse de type attaque de panique ou trouble obsessionnel-compulsif;
- fréquente céphalée, tension musculaire, somatisation gastroentérique, altération de l'appétit;
- Histoire d'abus de substances (périodique ou continu).

Parfois durant des épisodes graves de manie ou dépression peuvent apparaître des **symptômes psychotiques**.

Les plus communs sont:

1. hallucinations sensorielles (entendre des voix, voir des choses qui n'existent pas, sentir des odeurs que les autres ne sentent pas....)
2. inventions délirantes (fausses opinions, fortement enracinées, non influencées par la logique et qui ne s'expliquent pas au vu des valeurs culturelles de la personne).

Les personnes avec un trouble bipolaire qui présentent des symptômes psychotiques peuvent recevoir un **diagnostic erroné de schizophrénie**.

7) ENFANTS ET ADOLESCENTS PEUVENT-ILS EN SOUFFRIR ?

Le trouble bipolaire peut aussi avoir un début précoce et se manifester aussi bien chez les enfants que chez les adolescents.

Durant la puberté il est important de faire la distinction entre les crises normales de développement et l'urgence d'un réel trouble de l'humeur.

Le trouble bipolaire est plus fréquent si un des deux parents souffre déjà d'un tel trouble.

Contrairement à ce qui se produit durant l'âge adulte, pendant l'enfance et dans la première phase de l'adolescence la maladie peut se manifester par des sauts d'humeur rapides, inattendus et injustifiés qui peuvent se répéter plusieurs fois pendant une même journée. Les enfants sont souvent très irritables, agressifs et alternent des tendances destructives avec des moments de bonheur et de joie extrême, souvent injustifiés.

Dans la seconde période de l'adolescence le trouble a les mêmes caractéristiques que chez l'adulte. On peut observer une recherche de situations à risque et un défi continu vis-à-vis de l'autorité (parents, enseignants, etc...).

Le trouble est fréquemment associé à une consommation d'alcool ou de substances illicites utilisées pour calmer une intense douleur morale dont les jeunes ne comprennent pas l'origine et qu'ils ont du mal à confier aux adultes. Souvent il existe des pensées suicidaires qui ne doivent absolument pas être sous-estimées. Il faut immédiatement chercher l'aide d'un spécialiste (un pédopsychiatre ou un psychiatre). L'idée reçue selon laquelle "celui qui dit qu'il va se tuer ne le fait pas, il s'agit seulement d'une demande d'attention", est, à notre avis, fondamentalement une erreur: on sous-estime le message de demande d'aide. On laisse le jeune seul, voir on manifeste incompréhension, irritabilité et désappointement. Il est donc essentiel d'écouter attentivement, de donner réconfort et espoir.

De manière générale, celui qui trouve le courage de confier ses intentions négatives est quelqu'un qui a déjà dépassé son seuil de tolérance et de capacité de résolution de ses problèmes: il a besoin de notre aide, mais surtout il a besoin de notre écoute.

8) QUELLES SONT LES CAUSES DES TROUBLES BIPOLAIRES ?

Les causes exactes spécifiques du trouble bipolaire ne sont pas connues.

La majeure partie des recherches tend à affirmer qu'il s'agit de la conséquence d'un **déséquilibre biochimique dans certaines parties du cerveau**, comme l'altération des systèmes de communication entre les neurones.

Pour communiquer entre eux les neurones utilisent des neurotransmetteurs tels que: les neurotransmetteurs monoaminergiques (sérotonine, noradrénaline et dopamine), l'acide aminé exciteur glutamique, ou encore celui à activité inhibitrice l'acide gaba-aminobutyrique (GABA).

C'est sur ces systèmes que vont agir les médicaments utilisés actuellement pour le traitement du trouble bipolaire; ce sont les *stabilisateurs de l'humeur*.

D'autres études tendent à affirmer que le trouble bipolaire est la conséquence d'un **mauvais fonctionnement du système de messages intracellulaires** (le système moteur à l'intérieur des cellules nerveuses) dans certaines zones spécifiques du cerveau.

Il est également possible que le développement du trouble bipolaire soit dû à un processus de "**sensibilisation**". Dans cette hypothèse les premiers épisodes du trouble sont provoqués par des événements stressants (deuil, perte du travail, maladies chroniques invalidantes, etc.) et chaque épisode provoque des altérations cérébrales qui rendent plus probables l'épisode successif, au point que les épisodes finissent par se produire de manière spontanée. Ce procédé a été initialement décrit pour expliquer l'épilepsie, et pourrait aussi expliquer l'efficacité de certains médicaments anticonvulsifs dans le trouble bipolaire. Les événements traumatiques de la vie tels que les graves pertes, les maladies chroniques, l'usage de drogues ou de graves problèmes financiers peuvent ainsi déclencher des épisodes chez les sujets prédisposés.

Dans le trouble bipolaire il existe des **prédispositions génétiques**: le trouble bipolaire a une composante familiale. Plus des deux tiers des personnes souffrant de cette pathologie ont au moins un parent direct qui a manifesté des épisodes pathologiques d'oscillation de l'humeur ou de Dépression Majeure.

9) LE TROUBLE BIPOLAIRE EST-IL TRAITABLE ?

Le trouble de l'humeur est une maladie chronique, cependant la majeure partie des personnes qui en souffrent peut atteindre une humeur essentiellement stable grâce à un traitement adéquat.

Un traitement préventif à long terme est fortement recommandé et presque toujours nécessaire.

Le principe important du traitement est qu'il ne faut pas seulement agir sur l'épisode actuel dépressif ou maniaque, mais que c'est surtout la maladie de fond qui doit être traitée.

Une stratégie thérapeutique optimale pour traiter le trouble durablement est une stratégie qui associe les **médicaments** aux **interventions psychothérapeutiques et psychosociales**.

Malgré un traitement correct *il peut parfois y avoir des situations dans lesquelles des sauts d'humeur importants peuvent exister*. Dans ces cas, dès les premiers symptômes, il faut absolument recontacter le psychiatre traitant, qui peut empêcher que le nouvel épisode ne se développe complètement en adaptant la thérapie.

Ces rechutes peuvent être favorisées par certains facteurs comme les événements stressants de la vie, les insuccès, la consommation excessive de café, d'alcool, de drogues ou d'autres stimulants, les graves troubles du sommeil, une mauvaise qualité de vie, certains médicaments ou maladies concomitantes, des traumatismes ou des deuils.

Les interventions psychothérapeutiques visent à aider le patient à mieux connaître son propre fonctionnement, à l'accepter, à distinguer lui-même la différence entre sa personnalité et la maladie, à améliorer sa gestion du stress, et donc, indirectement, à réduire les facteurs de risque de récurrence.

"La psychothérapie, de façon inexprimable, assainit. Elle donne, en quelque sorte, un sens à la confusion, elle met un frein aux sentiments et aux pensées qui font peur, elle restitue un certain contrôle, l'espoir et la possibilité d'en tirer un enseignement... Aucune pilule ne peut m'aider à affronter le problème de ne pas vouloir prendre de pilule; de la même manière, aucune psychothérapie n'est capable, à elle seule, d'empêcher ma manie et ma dépression. J'ai besoin des deux."

(Kay Redfield Jamison, *Una mente inquieta*, TEA, 1995).

10) QUELS SONT LES MEDICAMENTS INDIQUES ?

Les médicaments pour les troubles bipolaires sont, en général, prescrits par le psychiatre. Pour soigner le trouble bipolaire, on utilise:

1. Des **stabilisateurs de l'humeur**: ces médicaments sont la base du traitement, ils sont essentiels pour le contrôle des oscillations de l'humeur dans les deux polarités: les sels de lithium et les anticonvulsifs appartiennent à cette catégorie;
2. Des **antipsychotiques atypiques**: ces produits sont comparables dans leur action aux stabilisateurs de l'humeur;
3. Des **antidépresseurs**: ils sont utilisés pendant les phases dépressives. On les emploie de préférence en association avec les stabilisateurs de l'humeur afin de réduire le risque d'inversion de l'humeur vers une phase (maniaque) et afin de casser le cycle manie-dépression-manie ou, au moins, d'empêcher son emballement vers des périodes sans symptôme de plus en plus courtes.

11) QUELS SONT LES INTERVENTIONS PSYCHO-SOCIALES ET PSYCHOTHERAPIQUES ?

Ces interventions sont généralement réalisées par des psychologues ou des professionnels formés aux troubles de l'humeur. Elles doivent toujours être conduites en accord et en collaboration avec le psychiatre traitant.

Les interventions actuellement les plus utilisées sont:

- La psychothérapie cognitivo-comportementale,
- La psychoéducation,
- Les interventions familiales,
- La réhabilitation psychosociale.

La **psychothérapie cognitivo-comportementale** compte parmi les traitements les plus efficaces pour soigner le trouble bipolaire. Cette méthode peut aider tant le patient à prendre conscience du trouble et à mieux le gérer, que le médecin à comprendre le développement de la symptomatologie ce qui facilite le choix d'un traitement plus efficace.

L'approche cognitivo-comportementale comprend un volet **psychoéducatif** pour le patient et sa famille afin qu'ils connaissent mieux les phases de la maladie. Souvent la famille sous-évalue l'importance de certains symptômes comme l'insomnie, l'euphorie, l'irritabilité en les interprétant comme des traits de caractère. Parfois, la famille rejette le patient ou des aspects de son comportement les considérant comme liés à de la mauvaise volonté, à l'influence de mauvaises fréquentations ou dû à sa vie volontairement dissolue.

La Réhabilitation Psychosociale est un élément pivot dans le soin du patient, qui, libéré des symptômes, conscient de son fonctionnement psychologique, peut alors retrouver sa place dans la société non seulement parce qu'il se sent mieux et peut retourner travailler, mais aussi parce qu'il a appris à mieux gérer ses difficultés, à maîtriser sa tendance destructive et à profiter des soins. Les techniques de réhabilitation pour les troubles de l'humeur sont: la thérapie par le chant, la danse-thérapie, l'art-thérapie et le sport (en particulier: la course à pied, la natation et les jeux d'équipe). Le soutien du groupe permet de mieux gérer les tensions personnelles, facilite une confrontation constructive, la coopération et la synergie d'action pour atteindre un objectif.

12) QUE SONT LES "GROUPE D'ENTRAIDE" ?

Les groupes d'entraide pour les patients et leur famille sont constitués par un petit groupe de personnes unies par les mêmes problèmes, ils se réunissent périodiquement pour mettre en commun leurs expériences, échangeant entre eux compréhension et encouragement. Dans ces groupes on peut trouver des informations, du soutien, de la solidarité et de l'amitié. Les groupes d'entraide ont eu l'approbation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les groupes d'entraide sont l'élément essentiel d'une nouvelle culture et d'une nouvelle approche à la maladie mentale basée sur le concept d'une conscience majeure et une responsabilité de la part du patient et de sa famille

13) A QUI S'ADRESSER POUR SOIGNER LA DEPRESSION ET LES TROUBLES BIPOLAIRES ?

Chaque personne qui souffre de trouble bipolaire devrait être suivie régulièrement par un psychiatre ayant des compétences spécifiques pour le diagnostic et le traitement de cette maladie.

Bien gérer les troubles de l'humeur est fondamental pour la qualité de la vie du patient et de ses proches. Ceci suppose que:

- le psychiatre soit le médecin de référence;
- qu'il y ait une bonne alliance thérapeutique entre le psychiatre et le patient pour un suivi correct des soins;
- que l'on sache que la dépression est une maladie qui comporte des modifications biologiques et donc qu'elle n'est pas un signe de faiblesse ou de paresse: elle ne peut pas être vaincue par un acte de volonté (je dois y arriver tout seul !);

Aux premiers signes d'alarme de la maladie il est nécessaire de s'adresser soit à son médecin traitant, soit à un service de santé mentale, soit à un service de psychiatrie publique ou privé, afin qu'un traitement complet soit mis en œuvre.

C'est en soignant le trouble de l'humeur que l'on garantit une bonne qualité de la vie.

Ne reste pas seul dans ta souffrance: communique-là!

N'ais pas honte de demander de l'aide.

Ne crois pas que tout est inutile!

"Rappelle-toi que c'est ensemble que l'on gagne!"

Ne reste pas seul dans ta tristesse!



Rappelez-vous que la dépression peut être combattue et gagnée!

Remember that one can
fight depression



and **WIN** !



EDD
European
Depression
Day

References :

- 1 – A.VV.: DSM –IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. A.P.A., 2000.
- 2 - AA.VV.: Medicina e salute. Milano, Motta, 2004.
- 3 - Akiskal HS. (1996) - The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol*, 16: suppl 1: 4-14.
- 4 - Akiskal HS. Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review. [2003] - In: Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, eds. *Bipolar disorder*. Chichester: John Wiley and Sons, 1-52.
- 5 - Agius M, Tavormina G [2009] - "The bipolar spectrum: do we need a single algorithm for affective disorder?". *European Psychiatry*, 24: suppl 1: P01-218.
- 6 - Agius M, Tavormina G [2007] – “Identifying and treating bipolar illness early”. *BMJ*, February 19th , 2007.
- 7 - Angst J, Gamma A, Benazzi F, et al. [2003] - Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord*, 73: 133-146.
- 8 - Ba G. (a cura di) - *Metodologia della riabilitazione psicosociale*. Milano, F. Angeli, 1994.
- 9 - Baum A.E., et al. (2008) - A genome-wide association study implicates diacylglycerol kinase eta (DGKH) and several other genes in the etiology of bipolar disorder *Molecular Psychiatry*, 13(2), 197–207.
- 10 - Bear M.F./Connors, B.W./Paradiso, M.A., (1999) - "Neuroscienze: Esplorando Il Cervello", Masson. Milano.
- 12 – Benazzi F. [2007] - “Mixed Depression and the dimensional view of mood disorders”. *Psychopathology*, 40:431-439.
- 13 - Benson D.F / Blumer, D., (1975) - "Aspetti psichiatrici delle malattie neurologiche", Bulzoni Editore. Roma.
- 14 - Burton P.R., et al. (2007) - Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls *Nature*, 447(7145), 661–678.
- 15 - Cassano Giovanni B., (1999) - "Trattato Italiano di Psichiatria", Masson. Milano.
- 16 - Civita A., (1999) - "Psicopatologia. Un'introduzione storica", Carocci Editore. Roma.
- 17 - Clarkson P. (1995) - *La relazione psicoterapeutica integrata*. Roma, Sovera, 1997.
- 18 - Doron R., Parot F., Del Miglio C. (1988) - *Nuovo Dizionario di Psicologia*. Roma, Borla, 2001.
- 19 - Fallon IRH., (2000) - "Che cos'è il Disturbo Bipolare", Ecomind. Salerno.
- 20 - Goldberg JF., Harrow M., (2000) - "Disturbi Bipolari" Raffaello Cortina. Milano.
- 21 - National Institute of Mental Health. *Depression*. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2002.
- 22 - Pinel J. (2000) - "Psicobiologia" il Mulino. Bologna.
- 23 - Sajatovic M, Smith D. (2008) - Subjective experience of bipolar disorder, treatment adherence and stigma. *New Research In Mental Health*, vol. 18. Ohio Department of Mental Health.
- 24 - Simis A., (2005) - "Introduzione alla Psicopatologia descrittiva". Raffaello Cortina Editore. Milano.
- 25 - Stephen M., (2005) - "Psicofarmacologia essenziale della depressione e del disturbo bipolare". Centro Scientifico Editore. Torino.
- 26 - Tavormina G. [2010] - “The temperaments and their role in early diagnosis of bipolar spectrum disorders”. *Psichiatria Danubina*, 22, suppl 1: 15-17.
- 27 - Tavormina G [2011] – “Are somatisations symptoms important evidence for an early diagnosis of bipolar spectrum mood disorders?”. *Psichiatria Danubina*, 23, suppl 1: 13-14.
- 28 - Tavormina G – An approach to diagnosis and treatment of patients with bipolar spectrum mood disorders, indentifying temperaments. *Psichiatria Danubina*, 2012; 24, suppl 1: 25-27.
- 29 - Zdanowicz N., Myslinski A. ADHD and bipolar disorder among adolescents: nosology in question. *Psichiatria Danubina* 2010; 22:139-142.