

Le Si^{mon}



**REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS
DE LA PERSONNE ATTEINTE D'UNE
MALADIE MENTALE**

Information de base sur
LE TROUBLE BIPOLAIRE

*Aider sans
s'épuiser*

INFORMATION DE BASE SUR LE TROUBLE BIPOLAIRE

Définition

Les variations de l'humeur constituent le lot de tout individu. Sous l'influence de facteurs situationnels (pertes affectives, variations de la température, variations saisonnières, gains ou pertes d'argent, promotion, perte d'emploi, etc.), notre humeur peut varier au cours d'une même journée, des saisons, des années.

Chez l'individu ordinaire, ces variations de l'humeur sont en proportion avec l'événement en cause et se régularisent en peu de temps, alors que chez l'individu atteint de maladie affective bipolaire, les variations de l'humeur sont hors proportions avec les événements. Elles atteignent une intensité telle que l'individu ne se rend plus compte que son humeur exubérante et que sa colère dépassent les bornes ou encore sa dépression est telle qu'il en est paralysé et hanté par des idées suicidaires.

Ce déséquilibre amène des problèmes au travail, avec la famille, les amis, des problèmes financiers et des problèmes judiciaires. Il peut conduire au suicide, à des faillites, à l'hospitalisation ou à l'emprisonnement.

Dans le processus du diagnostic de cette maladie, il est important de ne pas tenir compte seulement de l'état clinique au moment de la consultation, mais de procéder à un historique des états antérieurs (histoire longitudinale) et à une histoire génétique: recherche de phénomènes semblables chez les collatéraux (frères et sœurs) et les ascendants (parents, frères et sœurs des parents).

Les symptômes

Classiquement, la maladie compte une phase dite dépressive (bas) et une phase dite maniaque (haut) d'où l'expression maniaco-dépressive ou affective bipolaire. Il faut se rappeler cependant qu'il y a une phase « normale » où le fonctionnement de l'individu est relativement adéquat. Chez certains individus, porteurs de cette maladie, on retrouve des phases dites mixtes où il y a un mélange des deux phases.

➔ Phase dépressive

La phase dépressive est caractérisée par :

→ *Tristesse de l'humeur*

L'individu a le « cœur gros », il perd tout goût de jouir de la vie et est porté à pleurer, se culpabiliser pour des choses du passé, se dévalorise, il peut se penser atteint d'une maladie incurable et souhaiter la mort. Il voit tout en noir.

→ *Ralentissement de la pensée*

Le sujet déprimé présente de la difficulté à formuler sa pensée. Ses capacités de concentration et d'attention sont diminuées, ses réponses sont souvent monosyllabiques, comme s'il était incapable de formuler une phrase complète.

→ *Ralentissement moteur*

Toute activité devient pénible pour le déprimé, il n'y voit plus d'intérêt. Il passerait ses journées couché, parce qu'il est continuellement fatigué. Se laver, se brosser les dents, s'habiller et se nourrir deviennent des corvées qu'il essaie d'éviter. Il a des troubles de l'appétit, de perte ou de gain de poids, une perte d'énergie et de plaisir et devient de plus en plus solitaire. Il reste souvent couché, mais souffre d'insomnie, préoccupé par ses idées pessimistes. L'idée de suicide peut lui apparaître comme la seule solution à ses souffrances indescriptibles.

→ Phase maniaque

La phase maniaque est l'envers de la phase dépressive. Elle est caractérisée par :

→ *Exaltation de l'humeur*

L'humeur du maniaque est exubérante, exaltée. Il ne s'agit pas là de la vitalité et de l'optimisme que l'on retrouve chez les gens entreprenants.

Il a une extrême confiance en ses pouvoirs et son charme, il est convaincu et convaincant, il ne permet aucune critique devenant facilement irrité et colérique. Sur le plan affectif, il a des aventures pour le plaisir de plaire, de connaître le changement, sans penser aux conséquences possibles. Il a une absence totale d'inhibition et de tact, ce qui peut amener des conséquences fâcheuses sur le plan familial, au travail, etc.

→ *Accélération du processus de la pensée*

La pensée du maniaque est rapide, accélérée. Les pensées se bousculent au point que le flot verbal ne peut suivre le rythme et il passe d'un sujet à l'autre, fait du « coq-à-l'âne », parle sans arrêt, même si son auditoire n'écoute pas.

L'écriture prenant encore plus de temps que la parole, ses écrits peuvent être tout à fait incohérents, même pour lui.

→ *Hyperactivité motrice*

Le maniaque est toujours en mouvement. Il entreprend plusieurs projets en même temps dans lesquels il s'est engagé sans prendre le temps d'en examiner les détails afin d'en vérifier la validité : son jugement est perturbé ; son activité sexuelle s'accroît et va dans toutes les directions. Il ne connaît pas de limites à ses forces, ne prend pas le temps de manger, il ne se sent jamais fatigué et a trop de choses à faire pour penser à dormir. Il peut également dépenser de façon excessive et jouer compulsivement.

Si son entourage essaie de le calmer ou de lui conseiller du repos, il devient irritable et considère que ce sont les autres qui sont malades. Il dérange son entourage, souvent la nuit en raison de ses insomnies et de son activité excessive.

Le patient en phase maniaque peut devenir méfiant, considérer que son entourage en veut à ses biens et à sa personne. Ses projets grandioses peuvent être accompagnés de méfiance, de propos paranoïdes, c'est-à-dire qu'il se sent persécuté, menacé.

Cette facette paranoïde peut être, à un moment donné, considéré comme le symptôme principal, ce qui peut induire en erreur l'examineur qui pensera à une psychose paranoïde, à une schizophrénie paranoïde et conduira à un traitement qui n'est pas le bon.

→ Phase mixte

Habituellement, les phases dépressives, les phases maniaques et les phases dites normales ou euthymiques se suivent ce qu'on appellera « un cycle ». Il arrive que des symptômes dépressifs puissent être enchevêtrés à des symptômes maniaques : on parle alors de forme mixte. Le malade présentera par exemple :

→ Un affect triste

→ Une accélération du processus de la pensée et un ralentissement moteur



→ Les cycles rapides

On note généralement qu'un cycle est constitué par une phase maniaque, une phase dépressive et une phase euthymique, c'est-à-dire, d'humeur stable et normale.

Quand il survient plus de quatre cycles dans une année chez un individu, on considère qu'il a des cycles rapides.

Il peut arriver que le même malade présente plusieurs périodes maniaques et dépressives au cours de la même journée. Les périodes de dépression s'échelonnent en moyenne sur dix mois alors que les phases de manie, caractérisée par une grande excitation, durent de trois à six mois

Qui en est atteint?

Les premières manifestations de la maladie apparaissent avant la 35e année, généralement dans la vingtaine.

LES CAUSES

Il est de plus en plus évident que cette maladie n'est pas acquise au cours d'expériences vécues. Elle est transmise génétiquement, ce qui explique l'incidence plus élevée dans une même famille, de la présence du trouble bipolaire. Alors que le trouble touche 1 % des adultes, l'incidence augmente à 15% dans une même famille.

On connaît aussi l'influence du stress sur le cerveau et l'accumulation de stress relié à des problèmes existentiels qui peuvent déclencher un épisode dépressif aussi bien qu'un épisode maniaque.

Certains auteurs considèrent que les troubles de comportements (tels l'hyperactivité, l'anorexie, la boulimie, l'alcoolisme, les toxicomanies et certaines phobies) sont des manifestations précoces d'une maladie affective bipolaire. Certains chercheurs avancent que la phase de manie chez la personne souffrant de trouble bipolaire pourrait être une réaction antidépressive développée par la personne.

Prévenir et soigner

Le traitement de base de la maladie affective bipolaire est le lithium, sel qui a la propriété de stabiliser l'humeur. On a utilisé, jusqu'à il y a quelques années, les antidépresseurs tricycliques (TCA) et les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) pour combattre l'état dépressif.

On s'est rendu compte que les antidépresseurs administrés seuls provoquent rapidement l'apparition d'un état maniaque chez l'individu porteur de la maladie bipolaire. Les antidépresseurs ajoutés à un traitement au lithium contribuent à créer des cycles rapides ou des états mixtes.

On considère actuellement des phases dépressives en cours de traitement au lithium comme des hypothyroïdies (vraies ou frustes) et on préconise des faibles doses d'extraits thyroïdiens (L. thyroxine).

De même, dans les cas de cycles rapides et d'états mixtes créés par l'administration d'antidépresseurs, des extraits thyroïdiens sont recommandés à doses progressivement élevées.

On a préconisé aussi l'utilisation des neuroleptiques (aussi appelés tranquillisants majeurs) dans les états maniaques. Mentionnons que les porteurs de cette maladie sont très sensibles aux neuroleptiques et présentent des effets secondaires particulièrement marqués. Actuellement, on fait plutôt appel aux anticonvulsivants :

- Clonazepam
- Carbamazépine
- Acide valproïque

Des essais intéressants se poursuivent avec le tryptophane, un acide aminé, qui permettrait de diminuer la dose totale de lithium et de réduire ainsi les risques associés aux doses élevées de lithium.

Combinée au traitement biologique, la psychothérapie permet à la personne atteinte d'entreprendre une démarche sur le plan psychologique.

Pendant la crise, le psychothérapeute utilise une approche comportementale qui permettra de limiter les agissements inappropriés chez la personne atteinte :

- En lui offrant du soutien et des renseignements ;
- En organisant des rencontres avec sa famille ;
- En l'impliquant dans le processus d'acceptation de sa maladie.

Après la période de crise, la personne atteinte du trouble bipolaire peut entreprendre les démarches suivantes :

- Entreprendre une thérapie plus en profondeur ;
- Commencer une démarche thérapeutique qui implique les proches ;
- Participer, avec ou sans ses proches, à des groupes de soutien et d'entraide.

Les attitudes à privilégier

Même si parfois les comportements de votre proche atteignent d'un trouble bipolaire démontrent qu'il souhaite être « pris en charge ». Souvenez-vous que votre proche est un adulte et qu'il a des forces et capacités. La responsabilisation favorise le rétablissement et est une approche à mettre de l'avant. Voici la distinction entre responsabilisation vs désresponsabilisation.

Responsabilisation:

- Permet d'apprendre de ses erreurs.
- Favorise le développement de l'autonomie et de la responsabilisation.
- Favorise le développement du sentiment de compétence, de la confiance et de la motivation à changer.
- Évite de renforcer les comportements inadaptés.

J'ai annoncé d'avance quelle attitude j'aurai dans telle situation et lorsque la situation survient, je tiens la position annoncée (ex : tel que je l'avais annoncé au préalable, je mets fin à une conversation téléphonique lorsqu'elle commence à me manquer de respect)

J'offre du support dans les démarches mais je ne les fais pas à sa place (ex : je l'aide à dresser la liste des questions qu'elle doit poser à son médecin mais je la laisse aller seule à son rendez-vous)

Je lui laisse assumer les conséquences de ses actes même si elles sont désagréables (ex : perte de l'emploi si trop d'absence, difficulté à payer son logement dû à une consommation abusive)

Je maintiens la position annoncée même lorsque qu'il y a une crise suicidaire (ex : je lui dit que j'aimerais l'aider mais que je ne me sens pas capable de le faire avec cette détresse et je lui demande de contacter le centre de prévention du suicide) (ex : elle me contacte et m'annonce qu'elle vient de faire un passage à l'acte. Je lui dis que je que je suis inquiète pour elle et que je vais contacter les policiers, ce que je fais).

Déresponsabilisation:

→Ne permet pas d'apprendre de ses erreurs.

→Ne favorise pas le développement de l'autonomie et la responsabilisation.

→Ne favorise pas le développement du sentiment de compétence, de la confiance et du désir de changer.

→Renforce les comportements inadaptes.

Je suis prêt à tout pour maintenir la relation, éviter la souffrance et le risque de passage à l'acte (ex : je ne porterai pas plainte et la laisserai revenir chez-nous même après qu'elle nous ait volé) (ex : je l'hébergerai et lui donnerai tout ce que je peux jusqu'à ce qu'elle ne parle plus de suicide)

J'accepte de faire les démarches à sa place (ex : contacter son médecin, son propriétaire, son patron)

Je suis toujours là pour la dépanner même si ça devient problématique pour moi (ex : argent, hébergement)

J'ai le pardon facile et mon seuil de tolérance est élevé (ex : je maintiens la communication téléphonique même si elle me manque de respect, j'accepte de lui rendre service même après qu'elle ait dit qu'elle ne voulait plus jamais me voir)

Lorsqu'elle est en crise je réponds à toutes ses demandes pour arrêter le plus vite la crise (ex : accepter de prêter l'auto lorsqu'elle se met à hurler)

N'oubliez pas d'être clair, prévisible, cohérent (entre ce que vous dites et ce que vous faites) et constant et ce, dans vos paroles et attitudes avec votre proche. Cela aura pour effet d'augmenter son sentiment de sécurité à moyen et long terme.



Autres ressources qui peuvent répondre à vos besoins

Urgence, policier ou ambulance

911

Urgence détresse

1 866 APPELLE (277-3553)

Pour une situation de crise ou crise suicidaire
24h / 7 jours

Info Social

811 option 2

Pour parler à un intervenant 24h / 7 jours
Pour une demande d'aide, peu importe la
problématique

Info Santé

811 option 1

Pour toute question de santé et pour rejoindre un
professionnel de la santé rapidement
24 h / 7 jours



**Regroupement des parents et amis
de la personne atteinte d'une maladie
mentale**

Pour nous joindre

**477, 90^e Rue, Suite 240, St-Georges, G5Y 3L1
Tél : 418-227-6464 Fax : 418-227-6938
info@lesillon.com
www.lesillon.com**

Heures d'ouverture

**Du Lundi au Vendredi
8h30 à 12h00 et de 13h00 à 16h30**