Trouble bipolaire

Le **trouble bipolaire** est une catégorie des troubles de l'humeur, appartenant à la PMD (**Psychose maniaco-dépressive**). Ce trouble est caractérisé par la fluctuation anormale de l'humeur, qui oscille entre des périodes d'excitation marquée (manie) et de mélancolie profonde (dépression), entrecoupées de périodes de stabilité.

Historique

Il s'agit d'une affection psychique connue de longue date et déjà décrite dans l'Antiquité. Au deuxième siècle avant notre ère, Arétée de Cappadoce fut le premier à utiliser le mot *manie* pour décrire les patients « *qui rient, qui chantent, dansent nuit et jour, qui se montrent en public et marchent la tête couronnée de fleurs, comme s'ils revenaient vainqueurs de quelques jeux* ». Il avait remarqué que, par la suite, ces gens changeaient d'humeur pour devenir « *languissants, tristes, taciturnes* ». Les relations entre la créativité, la mélancolie ou les périodes d'hypomanie (état d'enthousiasme) sont connues depuis cette époque. Aristote, le premier, se posait la question du lien entre le génie (la créativité) et la manie (la folie).

Cependant, c'est Théophile Bonet qui fit le lien entre les deux humeurs extrêmes en 1686 et forgea l'expression latine *manico-melancolicus*. L'alternance manie-dépression est également rapportée par T. Willis (1622-1675). Baillarger en 1854 décrit la folie à double forme qui se caractérise par « *deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation* ». Simultanément Falret publie un article consacré à la folie circulaire. Kraepelin élaborera en 1915 un système de classification de la manie et de la dépression fondé sur les symptômes. Il distingue 18 types évolutifs de folie maniaco-dépressive, dont les formes unipolaires et bipolaires, sans les opposer pour autant. Ultérieurement, Kleist et Leonard subdivisent les formes unipolaires (dépressives) et formes bipolaires. Cette conception dichotomique du trouble est rejointe par Perris, Angst et Winokur.

Description

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

L'humeur de chacun dépend de multiples facteurs, tant « internes » qu' « externes » : les événements vécus et les ambiances psychiques et inter-relationnelles liées à l'histoire personnelle. L'humeur dite « normale » fluctue donc vers le haut ou vers le bas, mais ces variations restent limitées en durée et en intensité, elles constituent généralement une réponse à des événements particuliers et n'empêchent pas la personne de fonctionner.

Lorsque les fluctuations d'humeur dépassent en intensité ou en durée celles de l'humeur normale et qu'elles entraînent des altérations du fonctionnement ou une souffrance, on parle de trouble de l'humeur.

Le trouble bipolaire n'est qu'un des symptômes de la psychose maniaco-dépressive et il concerne la dérégulation et le déséquilibre psychiques de l'humeur en fonction de facteurs déclenchants. Les sujets qui en souffrent sont sujettes à des fluctuations d'humeur excessives, voire extrêmes, sans qu'il n'y ait forcément un événement "extérieur" déclenchant mais toujours en fonction de ce qu'on appelle les facteurs blancs (des représentants psychiques d'événements de perte parfois très anciens et non symbolisés)^[1]. Ces sujets réagissent souvent de façon disproportionnée à des événements de vie qui se connectent auxdits facteurs blancs.

Les personnes bipolaires connaissent des périodes où leur humeur est excessivement « haute » : on parle d'hypomanie (hypo- signifie « moins que » ou « sous ») si l'élévation de l'humeur est relativement modérée et on parle d' « état maniaque » si elle est très importante. Mais les personnes qui présentent un trouble bipolaire peuvent également connaître des périodes où leur humeur est particulièrement basse : on parle alors d' « état dépressif » modéré ou sévère. Toutes les personnes bipolaires ne présentent pas de période dépressive, mais c'est surtout la présence dans leur histoire

d'une période où l'humeur est « anormalement haute » qui doit faire évoquer le diagnostic. Néanmoins, les périodes d'humeur haute et d'humeur basse alternent le plus souvent, entrecoupées de périodes d'humeur normale. Cependant, il ne faut pas confondre les troubles bipolaires de la psychose maniaco-dépressive avec les personnalités cyclothymiques ou les oscillations de l'humeur chez le sujet névrosé.

Le terme bipolaire renvoie à la manie et à la dépression, qui sont les deux extrêmes (pôles) entre lesquels l'humeur oscille. L'oscillation spectaculaire de l'humeur est parfois appelée épisode thymique. La fréquence, l'intensité et la durée des épisodes thymiques varient d'une personne à une autre. En l'absence de traitement ou de soins appropriés, la fréquence des oscillations et la gravité de cette maladie chronique peuvent augmenter.

Le danger de ce trouble de la psychose maniaco-dépressive est le risque de suicide lors des phases mélancoliques ainsi que des difficultés d'adaptation sociale lors des différents accès.

De façon trompeuse, on peut être induit à penser, à tort, que la pathologie se réduit à ces effets somatiques et psychiques superficiels et que, au niveau psychologique, il s'agit seulement d'apprendre à les "vaincre" sans toucher vraiment le fond du problème. C'est-à-dire sans considérer que le symptôme est une conséquence, mais aussi le matériel-même de l'analyse d'une histoire familiale, ainsi que le domaine dans et par lequel précisément la vie d'un sujet aurait besoin de se modifier en profondeur. Comparé à cela, les troubles bipolaires, décrits au fond en tant que simples troubles de l'humeur, ne sont en définitive qu'un aspect très partiel du symptôme maniaco-dépressif. Et surtout, les quelques effets somatiques de ces troubles ne suffisent pas, à notre avis, à justifier la médicalisation croissante ni à renforcer le mythe de leur cause organique. Comportements, cognitions et effets somatiques d'ordre bipolaire ne sont, en somme, que des réactions secondaires en bout de chaîne. Ils ne sont que la part visible, ou sensible, et ne constituent, en aucun cas, la matière première ni les moyens de production du symptôme maniaco-dépressif.

Il faut bien se dire que les dépressions, et notamment la mélancolie psychotique, ne sont pas seulement, loin de là, des symptômes qu'il faut absolument supprimer ou dont il faut guérir. Mais qu'il faut d'abord vivre, accompagner, expliquer, comprendre leurs raisons, associer à l'histoire du sujet et à sa structure de personnalité, désamorcer leur logique et la modifier pour, en s'appuyant sur leur plasticité, en extraire la force psychique qui y est enfermée. L'association entre le trouble mental et le génie a fait l'objet de nombreuses publications scientifiques. Les travaux les plus fréquents sont en faveur d'une relation entre les formes modérées des troubles bipolaires et le génie créatif. La prévalence des troubles de l'humeur (dépression par exemple) chez les sujets créatifs, les artistes, est assez bien documentée depuis quelques années.

A cette histoire du lien entre génie et créativité, il est important de mettre l'accent a contrario sur l'abolition des processus créatifs ou du moins leur forte annihilation lorsque ces troubles sont importants. Les formes sévères des troubles psychiatriques sont incompatibles avec la créativité lors de ces phases aiguës.

Classification

Les classifications officielles DSM-IV et CIM 10 distinguent trois types de trouble bipolaire :

- le trouble bipolaire 1 se caractérise par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes et des épisodes dépressifs d'intensité variable (le diagnostic peut être posé même en l'absence de trouble dépressif). Une cause organique, iatrogénique ou toxique ne permet pas de retenir ce diagnostic.
- le trouble bipolaire 2 se définit par l'existence d'un ou plusieurs épisodes hypomaniaques et un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs.
- dans la cyclothymie, qui débute souvent à l'adolescence, on retrouve de nombreuses périodes dépressives modérées ou d'hypomanie de quelques jours à quelques semaines. Isolé par Kahlbaum en 1882, le trouble cyclothymique constitue une forme atténuée de trouble bipolaire.

Klerman en 1981 distingue six catégories de troubles bipolaires : les bipolaires I et II, tels qu'ils sont définis classiquement, les bipolaires III chez lesquels les états maniaques ou hypomaniaques ont été induits par des traitements médicamenteux, les bipolaires IV qui correspondent au trouble cyclothymique, les bipolaires V qui présentent des antécédents familiaux de troubles bipolaires et les bipolaires VI qui se caractérisent par des récurrences maniaques.

20 ans après, Akiskal et Pinto individualisent 8 formes différentes :

- trouble bipolaire 1/2 : trouble schizo-bipolaire
- trouble bipolaire I : maladie maniaco-dépressive
- trouble bipolaire I 1/2 : dépression avec hypomanie prolongée
- trouble bipolaire II : dépression associée à des phases hypomaniaques spontanées discrètes
- trouble bipolaire II 1/2 : dépression sur fond de tempérament cyclothymique
- trouble bipolaire III : dépression avec hypomanie induite par les antidépresseurs ou un autre traitement
- trouble bipolaire III 1/2 : oscillations marquées de l'humeur associées à un contexte addictif ou un abus d'alcool
- trouble bipolaire IV : dépression sur fond de tempérament hyperthymique.

La version du DSM V devrait inclure les bipolaires I et II, tels qu'ils sont définis actuellement, les BP II 1/2 qui seraient représentés par les troubles cyclothymiques, les bipolaires III qui intégreraient les états maniaques ou hypomaniaques induits par des traitements et les bipolaires IV qui correspondraient aux hyperthymies.

Ces dernières classifications montrent bien la tendance à l'extension du concept de troubles bipolaires, qui regroupe sous le terme de spectre bipolaire différentes entités: troubles, personnalités et tempéraments.

Le spectre des troubles bipolaires s'est récemment élargi en intégrant les tempéraments cyclothymiques et hyperthymiques, les troubles saisonniers et les formes évolutives brèves. Les différentes catégories de troubles qui appartiennent au spectre bipolaire ne justifient pas les mêmes mesures thérapeutiques et ne présentent pas les mêmes critères de gravité.

Est aussi considéré comme trouble bipolaire le Syndrome de Kleine-Levin, maladie rare qui affecte principalement les adolescents et les jeunes adultes. Forme atypique du trouble bipolaire, elle est caractérisée par des cycles d'hypersomnie importants, jusqu'à vingt heures de sommeil par jour, marqués par des troubles du comportement, de boulimie, d'irritabilité, de désorientation, d'hallucinations, de bouffées délirantes, d'hypersexualité (désinhibition), d'un manque total d'énergie, d'absence émotionnelle et d'un repli sur soi. On note également souvent une hypersensibilité au bruit et à la lumière. Dans de nombreux cas, les crises durent de quelques jours à quelques semaines et s'estompent avec le temps pour disparaître complètement vers la trentaine.

Prévalence

- TB 1 : 1 %.
- TB 2 : 0,5 à 2,5 %
- Cyclothymie : 2 à 3 %.

Selon les auteurs, le trouble bipolaire a une prévalence de 2 à 8 % de la population.

Aux États-Unis, la prévalence chez le jeune de moins de 20 ans aurait été multipliée par 40 entre 1994 et 2003 et par un peu moins de 2 durant la même période chez l'adulte^[2]. Les raisons de cette augmentation ne sont pas claires. Il est possible que ce diagnostic soit porté parfois en excès^[3], les critères n'étant pas rigoureusement respectés.

Le trouble bipolaire touche autant les hommes que les femmes, quels que soient leur origine socio-culturelle ou leurs niveaux socio-économiques. Cependant il y aurait plus d'épisodes dépressifs chez la femme et plus de manies unipolaires chez l'homme.^[4]

L'association avec un autre trouble psychologique (comorbidité) psychiatrique est importante, elle concerne 60% des patients bipolaires traités dont un tiers des sujets de type I (Colom *et al.*2006).

Les troubles anxieux occupent une place privilégiée, plus de 50% des patients présentent au moins un trouble anxieux associé (Henry, 2003; Perlis 2005).

Le trouble anxieux généralisé TAG vient au second rang. L'association entre trouble bipolaire et TAG est évaluée de 6% à 32% selon les études (Gorwood, 2004).

Le trouble obsessionnel-compulsif se situe en troisième position. Pour certains, il ne concernerait que 10% des patients bipolaires (Akiskal, Placidi et Marremmani, 1998).

La fréquence des phobies sociales est plus difficile à apprécier. Les prévalences avancées par les études vont de 9% à 16%.^[5]

La fréquence des conduites addictives chez les sujets souffrant de troubles bipolaires est 6,6 fois supérieure à celle d'un sujet dans la population générale (Rouillon, 1997). C'est de loin l'abus d'alcool qui arrive en tête avec une prévalence de 42%, les femmes étant particulièrement concernées; celle de la consommation de cannabis s'élève à 16% (Mc Elroy et al.2005).

Les troubles de la personnalité sont associés à environ 30% des sujets bipolaires (Colom, 2006). Dans une étude de Shiavone et al. (2004), les troubles de la personnalité le plus souvent associés au trouble bipolaire sont: personnalité borderline (41%), personnalité narcissique (20,5%), personnalité dépendante (12,8%), personnalité histrionique (10,3%).

Diagnostic

Le trouble bipolaire peut s'exprimer différemment et ne pas être reconnu d'emblée. Cette situation est malheureusement la plus fréquente. Certaines données épidémiologiques illustrent cette réalité : 9 ans d'évolution avant que le diagnostic n'ait été posé correctement et qu'un traitement spécifique n'ait été mis en place, intervention de 4 à 5 médecins différents.

La recherche de périodes d'exaltation est un bon moyen pour établir le diagnostic ; mais il n'est pas toujours évident pour le patient de comprendre que les périodes où il se sentait particulièrement bien ont la même origine que les périodes où il se sentait mal.

Devant la fréquence des troubles bipolaires et l'importance de l'enjeu pronostique, la recherche de signes de bipolarité devrait être systématique devant tout épisode dépressif. Elle devrait répondre à une codification afin de faciliter la démarche diagnostique :

- Prise en compte des antécédents familiaux qui ne se limitent pas simplement à rechercher des troubles de l'humeur chez les ascendants et collatéraux. L'existence ou non d'un alcoolisme, de troubles du comportement, d'une originalité, de suicides ou de tentatives de suicides, de troubles anxieux, de troubles des conduites alimentaires, de troubles obsessionnels doivent être recherchés.
- Parmi les antécédents personnels, les manifestations pouvant témoigner d'un trouble de l'humeur pourront orienter le diagnostic vers un trouble bipolaire : période d'euphorie et d'excitation, de dépenses excessives, comportements originaux, problèmes avec la justice, alcoolisme, conduite à risque ou excessive, crises de violence ou d'agressivité, la notion d'une cassure par rapport à l'état antérieur, d'un changement, d'une modification du caractère, la notion d'un virage de l'humeur lors d'une prescription préalable d'antidépresseurs...
- Un âge de début des symptômes précoce, au moment de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, est aussi un indice à prendre en compte, le trouble unipolaire (dépression) ayant un début plus tardif.
- Chez la femme, des troubles de l'humeur survenant dans les suites de l'accouchement et avant le retour de couches seront très en faveur d'une bipolarité.
- Un tempérament de base de type hyperthymique caractérisé par une hyperactivité, une hypersyntonie, des projets multiples, une sociabilité excessive peuvent orienter le diagnostic. D'autres traits de personnalité sont fréquemment retrouvés chez les patients bipolaires : hypersensibilité, dépendance affective, recherche de sensations fortes... Certaines études ont de même souligné une corrélation entre trouble bipolaire et créativité, bien que cette relation reste incertaine et peu expliquée^{[6],[7],[8]}.
- La symptomatologie dépressive évoquant une bipolarité peut présenter une ou plusieurs particularités : symptômes psychotiques, altération du rythme circadien avec inhibition psychomotrice majeure le matin et atténuation en fin de journée, symptômes de dépression atypique : hypersomnie, hyperphagie, inhibition psychomotrice pouvant aller jusqu'à un blocage de la pensée, labilité de l'humeur.
- Il est également recommandé de réaliser un entretien avec un membre de la famille et d'inciter le patient à faire des auto-évaluations (life chart, ...).^[9]

D'autres symptômes n'ont pas de spécificité propre mais sont fréquemment observés : irritabilité, agressivité, réaction de colère, sensibilité excessive, émoi affectif pouvant aller jusqu'à une incapacité à pleurer et ou à exprimer des affects négatifs.

Les différences qui existent entre une dépression unipolaire et bipolaire peuvent être regroupées dans le tableau suivant^[10].

Différences entre un trouble unipolaire et un trouble bipolaire

	Trouble unipolaire	Trouble bipolaire
Age de début	Plus tardif	Précoce
Fréquence des épisodes	+	+++
Début et fin de l'épisode	Progressif	aigu
Sommeil	Diminué	Augmenté
Appétit	Diminué	Augmenté
Ralentissement	-	++
Labilité de l'humeur	-	++
Symptômes psychotiques	-	++
Emoussement affectif	-	++
Caractère original	-	++
Antécédents familiaux	Dépressions	Troubles bipolaires
Antécédents personnels	Dépressions	Manie, alcoolisme
Troubles personnalité	-	++
Troubles du post-partum	-	++
Anxiété	++	-
Plaintes somatiques	++	-
Durée de l'épisode	++	+

Il existe différents pièges diagnostiques dont les limites avec le trouble bipolaire sont parfois difficiles à tracer; les troubles unipolaires, la schizophrénie (et notamment les troubles schizo-dysthymiques), les bouffées délirantes aiguës et les psychoses puerpérales, la personnalité limite, les troubles organiques (notamment la démence, l'épilepsie ou les médicaments « maniacogènes »), les addictions, les troubles pédopsychiatriques (notamment l'hyperactivité), et enfin les troubles anxieux.

Étiologie

À l'heure actuelle, on ne connaît toujours pas avec certitude les causes du trouble bipolaire, le modèle biopsychosocial s'applique à ce trouble mettant en avant la notion de vulnérabilité qui s'exprime tant au plan de la génétique qu'à celui de la personnalité, l'environnement jouant le plus souvent un rôle de détonateur.

Il apparaît clairement que des facteurs biologiques soient impliqués car on connaît l'existence d'anomalies dans la production et la transmission de substances chimiques cérébrales appelées neurotransmetteurs, ainsi que des anomalies hormonales, notamment du cortisol également impliqué dans le stress. Ces anomalies sont elles-mêmes en lien avec des facteurs génétiques, ce qui explique la prédisposition familiale. C'est donc l'interaction de facteurs biologiques et environnementaux qui explique le mieux l'apparition d'un trouble bipolaire.^[11]

L'existence d'une vulnérabilité génétique vis-à-vis du trouble bipolaire est établie depuis longtemps^[12]. Le risque de présenter un trouble bipolaire si un des parents de premier degré est atteint est de 10 % par rapport à la prévalence de 1 à 2 % dans la population générale^[13]. Le rôle des facteurs psychologiques et environnementaux dans le déclenchement de la maladie et des accès a longtemps été minimisé, cette pathologie étant considérée comme endogène. Les facteurs environnementaux fragilisants sont de mieux en mieux identifiés. Les études génétiques de liaison permettent d'identifier les régions chromosomiques porteuses des gènes probablement impliqués dans cette maladie, en particulier les régions 13q31 et 22q12.

Les autres facteurs de risque peuvent concerner des événements précoces de vie, tel le deuil d'un parent, une carence affective ou des agressions sexuelles dans l'enfance. Les études longitudinales montrent qu'avant le déclenchement de la maladie, il existe des déficits cognitifs localisés, touchant notamment la fonction visuospatiale. Ces déficits cognitifs renvoient probablement à des anomalies neurodéveloppementales en rapport avec les facteurs de risque génétiques. Les études de

neuroimagerie fonctionnelle montrent des dysfonctions lors de l'exécution de tâches cognitives touchant notamment le circuit fronto-striatal.

Au cours de la vie il existe d'autres facteurs précipitants tels que: les événements pénibles de vie (difficultés conjugales, problème professionnel ou financier...) et les stress répétés (surmenage professionnel, manque de sommeil, non-respect des rythmes biologiques propres). Il a également été démontré qu'un niveau d'expression émotionnelle élevé dans les familles (emportements ou cris pour des événements mineurs) était un facteur précipitant de la maladie.

Sur un plan théorique, on peut donc décrire une succession causale : les événements de vie sont à l'origine de dérèglement des rythmes sociaux, générateurs de perturbations des rythmes biologiques, qui entraînent elles-mêmes les récurrences dépressives et maniaques. Dans la conceptualisation de l'évolution des accès thymiques du trouble bipolaire selon le modèle cognitivo-comportemental ^[14], on envisage les épisodes de décompensation de l'humeur comme le début d'un cercle vicieux qui provient des modifications des pensées et des émotions générées par le changement d'humeur et qui vont entraîner des changements des comportements ; ces altérations ne vont pas tarder à dégrader le fonctionnement habituel de la personne et à générer des problèmes psychosociaux qui eux-mêmes vont créer du stress et des conséquences sur le sommeil ... participant ainsi à intensifier en boucles les symptômes déjà présents ou précipitant un nouvel accès ultérieur.

Il est établi que les perturbations des rythmes sociaux, conséquences d'événements plus ou moins sévères, favorisent le risque de récurrences de troubles thymiques. Les données de la littérature concernent essentiellement le sommeil. Elles portent sur la privation de sommeil et l'induction de manie ^[15], sur les manies induites par des voyages Ouest-Est ^[16], sur les manies induites par des perturbations des rythmes sociaux ^[17]. La privation de sommeil est réputée pour avoir des propriétés antidépressives et peut donc provoquer une rechute car les bipolaires privés d'une nuit de sommeil sont en effet sujets à des décompensations maniaques^[18]. Le « déphasage » qui peut exister entre les rythmes sociaux et les rythmes biologiques constitue aussi une cause de récurrence.

L'influence des événements de vie tendrait à décroître en fonction du nombre de récurrences car la succession d'épisodes provoque une sensibilisation (ou kindling), c'est-à-dire une vulnérabilité biologique croissante vis-à-vis des événements déclenchants ou précipitants.^[19]

Il existe aussi certainement un dysfonctionnement neuronal ainsi qu'une perte de neurones dans l'hippocampe des patients souffrant de troubles bipolaires. Ainsi, une étude en spectroscopie protonique par IRM a montré que la concentration en N-acétyl aspartate, un acide aminé présent normalement dans l'hippocampe, est diminué chez les patients souffrant de troubles bipolaires et s'aggrave avec l'ancienneté du trouble. D'autres anomalies sont retrouvées, en particulier au niveau de la partie antérieure du gyrus cingulaire où il existe un dysfonctionnement dans la régulation des neurones glutamaergiques. Il existe par ailleurs des anomalies morphologiques, notamment du cervelet, retrouvées chez les patients bipolaires ayant fait plusieurs épisodes de trouble de l'humeur. Ainsi, l'étude de Mills et col. (Mills, 2005), compare, le volume du cervelet chez des patients bipolaires après un épisode et après plusieurs épisodes de la maladie en IRM et montre que celui-ci est plus petit chez les patients ayant fait plusieurs épisodes. De même, un élargissement ventriculaire est retrouvé chez les patients ayant fait plusieurs épisodes maniaques.

Il semble exister une cause génétique commune avec la schizophrénie^[20], les parents et les proches de personnes ayant une schizophrénie ont un risque plus élevé de trouble bipolaire et vice versa, montre la recherche, ce qui fait poser la question par certains de la réalité de la distinction entre les deux syndromes^[21]. Notons que le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) et la Classification internationale des maladies (CIM), sont actuellement en processus de révision (la publication du DSM-V étant attendue pour 2012), ils considèrent que la conception binaire de ces deux maladies devrait être abandonnée dans les prochaines éditions.

Évolution du trouble bipolaire

En règle générale :

- la cyclicité tend à s'aggraver avec le temps avec l'apparition de cycles courts. La cyclicité rapide est associée avec un âge de début précoce, un trouble anxieux concomitant, l'abus de substances, des antécédents de tentatives de suicide, l'utilisation d'antidépresseurs et un antécédent familial de cycleur rapide. On parle de trouble bipolaire à cycles rapides quand il y

a plus de 4 épisodes maniaques et/ou dépressifs durant au moins deux semaines par an. Les cycles rapides sont particulièrement associés avec le trouble panique et les antécédents familiaux de trouble panique.

- la nature des épisodes se modifie avec un mélange de symptômes maniaques et dépressifs : on parle alors d'épisodes mixtes;
- l'humeur moyenne tend à devenir de plus en plus dépressive et le patient présentera de moins en moins d'épisodes maniaques;
- on note avec l'évolution une diminution des capacités cognitives.

Cette évolution peut être atténuée par un traitement adapté instauré le plus précocement possible.

Traitement médicamenteux

Les médicaments appelés stabilisateurs de l'humeur sont utilisés principalement pour réguler l'humeur et prévenir les rechutes. Les thymorégulateurs de l'humeur ayant démontré leur efficacité sont notamment les sels de lithium, les anticonvulsivants tels que le valproate, la carbamazépine et la lamotrigine. Leurs mécanismes d'action semblent opérer différemment. Leur indication principale est leur effet anti-manie puis de prévention des rechutes. Plusieurs régulateurs d'humeur peuvent être prescrits simultanément, jamais en première intention.

Ils se dosent tous dans le sang et un contrôle sanguin est nécessaire. Selon chaque molécule et du fait des effets secondaires d'autres constantes biologiques peuvent être surveillées.

Un certain nombre de principes thérapeutiques sont à respecter (Quintin, 2005 ; Limousin, 2006) :

- prescrire un thymorégulateur quelle que soit la phase de la maladie et utiliser en première intention un produit dont l'efficacité a été bien démontrée avec les posologies les plus faibles possibles ;
- privilégier une monothérapie ainsi qu'une prise quotidienne unique, afin d'optimiser la compliance, et réévaluer le choix du thymorégulateur en cas de mauvais suivi ;
- proscrire les antidépresseurs dans les états mixtes et limiter l'usage des antidépresseurs tricycliques dans les troubles bipolaires ;
- utiliser une stratégie thérapeutique en plusieurs phases afin d'adapter le traitement à l'état du patient et maintenir le traitement prophylactique le plus longtemps possible.

Actuellement, le principe communément admis est que tout patient bipolaire doit bénéficier d'un traitement thymorégulateur.

Pour le traitement pharmacologique des dépressions bipolaires, la prescription d'antidépresseurs en monothérapie aggrave incontestablement le pronostic du trouble bipolaire en induisant des virages maniaques, des épisodes mixtes, des cycles rapides, et en favorisant la résistance au traitement.

Un tiers des patients bipolaires présentent des virages maniaques ou hypomaniaques sous antidépresseurs. L'objectif du traitement antidépresseur est la rémission de l'épisode dépressif, mais présente toujours ce risque d'induire un virage maniaque. Ce risque est plus faible si le patient est déjà sous thymorégulateur. L'option idéale en première intention pour la dépression bipolaire serait de prescrire ou d'adapter la posologie d'un stabilisateur d'humeur, mais en pratique lorsqu'ils sont utilisés seuls, les thymorégulateurs n'ont pas toujours une efficacité suffisante^[22]. Ils peuvent être brefs et résolutifs (BP-II, BP-III), mais ils peuvent aussi devenir incontrôlables (BP-I). En pratique, les ISRS sont plus prescrits dans ce contexte car ils ont moins de risque d'induire des virages de l'humeur. Les recommandations américaines conseillent d'arrêter le traitement antidépresseur dans les six mois qui suivent la rémission de l'épisode dépressif, afin de diminuer le risque.

Les recommandations du NICE^[23] concernant le traitement des épisodes mixtes sont les mêmes que pour les épisodes maniaques sans préférence pour un traitement particulier. Il est par contre bien stipulé qu'il ne faut pas prescrire d'antidépresseur et que ces états nécessitent une surveillance étroite du fait du risque suicidaire.

Compte tenu, de tous ses facteurs de risques: une vigilance et une surveillance clinique minutieuse sont indispensables et ce n'est malheureusement pas encore l'habitude en France. Une dépression bipolaire n'est pas une dépression unipolaire, ni une dépression nerveuse comme les autres. Les antidépresseurs dans la dépression bipolaire ne sont généralement justifiés qu'en cas de dépressions d'intensité sévère et toujours en association avec un thymorégulateur.

Il convient donc en premier lieu d'optimiser le traitement thymorégulateur en réalisant des dosages sanguins et en ajustant au mieux les taux thérapeutiques vers les limites supérieures préconisées, à condition que cela n'induisse pas d'effets indésirables. Le recours si nécessaire, dans un deuxième temps, à un second traitement thymorégulateur visera à retrouver la normothymie tout en protégeant le patient contre un risque de déstabilisation de l'humeur.

Les neuroleptiques sont utilisés dans le traitement de la phase aiguë ou dans un épisode mixte. L'objectif principal est d'obtenir le contrôle rapide des symptômes (impulsivité, agitation, agressivité, etc.) de manière à éviter que le sujet ne se mette en danger, et à ce qu'il retrouve rapidement un fonctionnement psychosocial de bonne qualité.

Traitement psychosocial

Parallèlement aux traitements psychotropes, il peut être proposé de nouvelles approches de traitements psychothérapeutiques : mesures psycho-éducatives ; thérapies interpersonnelles basées sur les rythmes sociaux (IPSRT) ; ainsi que les thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies centrées sur la famille. Ces thérapies permettent de limiter l'impact fonctionnel de la maladie, car même si la maladie peut être bien contrôlée par les traitements médicamenteux, il est difficile de supprimer l'ensemble de ses effets tant les bouleversements dans la sphère sociale, familiale, professionnelle et psychologique sont importants.

Les thérapies psychanalytiques n'ont pas apporté la preuve méthodologique de leur efficacité dans le trouble bipolaire ni dans la dépression comme pour l'ensemble du domaine de leur conception. La régulation du sujet pensant par la conscience de celui-ci ne pouvant se conserver qu'à la condition que l'on ne supprime pas ce même sujet par cette opération discursive de pronomination.^[24]

Les mesures psychoéducatives font partie avec les thérapies cognitivo-comportementales, des traitements psychologiques les mieux documentés et pour lesquels il existe un niveau de preuve d'efficacité élevé. Les bénéfices de cette approche complémentaire sont multiples : reconnaissance précoce des symptômes qui annoncent une récurrence, amélioration de la qualité de l'observance, meilleure gestion de la vie sociale, professionnelle et affective, contrôle des facteurs déclenchants et précipitants, respect des règles d'hygiène de vie... Sont objectivés également une diminution du nombre de récurrences et de rechutes, une diminution de la durée d'hospitalisation, un meilleur équilibre de la vie familiale, une amélioration de la qualité de vie^[25]. Le traitement préventif, par exemple dans le cadre de la psycho-éducation, a pour objectifs d'évaluer les rythmes sociaux du sujet, de limiter les répercussions des événements, de limiter les situations d'excitation en limitant les stimulations et de rétablir une stabilité des rythmes sociaux. Ces techniques psychothérapeutiques doivent être mises en œuvre dès l'identification des événements perturbateurs, afin de prévenir les altérations des rythmes sociaux ou du sommeil^[26].

L'accompagnement est aussi très important, les proches sont souvent désemparés devant une personne bipolaire. Mais leur présence est un facteur de la réussite de l'amélioration de l'état physique et psychologique du malade.^[27]

Comorbidité

Le diagnostic et le traitement précoces du trouble bipolaire permettent d'éviter les troubles qui lui sont souvent associés, on parle alors de troubles comorbides ou de comorbidité.

Elle est importante et doit être prise en compte au même titre que le trouble bipolaire. Elle concerne essentiellement :

- le syndrome d'abus d'alcool, également fréquent, retrouvé surtout dans les phases dépressives. Une étude récente estime ce risque à 30% pour les femmes et 50% pour les hommes souffrant de trouble bipolaire. Comme le syndrome d'abus/dépendance à l'alcool est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, le fait d'être bipolaire, multiplie par 7,5 le risque pour une femme d'avoir un diagnostic d'abus/dépendance à l'alcool pour seulement un facteur multiplicatif de 2,75 pour les hommes. Il est utile de rappeler que devant tout alcoolisme, il faut chercher un trouble bipolaire et ce, surtout chez les femmes.
- les troubles anxieux et en particulier le trouble panique (20% dans l'étude ECA) : la prévalence sur la vie entière des troubles anxieux est d'environ un patient bipolaire sur deux.

Ils sont en particulier associés avec un jeune âge de début, une plus forte tendance à faire des tentatives de suicide.

De fréquents autres troubles surviennent en même temps que le trouble bipolaire (comorbidité) : Agoraphobie, claustrophobie, symptômes maniaques en même temps que des symptômes dépressifs **états mixtes**, angoisses et anxiété, consommation excessive d'alcool et de cannabis. On constate aussi souvent une inadéquation des traitements par l'emploi inadéquat des neuroleptiques et surtout des antidépresseurs, absence de thymorégulateur ou prescription de médicaments incompatibles. Le refus du traitement ou son observance irrégulière est aussi une dérive très fréquente, encouragée par la nostalgie des phases de (hypo)manie.

Les personnes ayant subi plusieurs cycles de la maladie restent hypersensibles et voient leur seuil de déclenchement du trouble abaissé (théorie du *kindling*). Une stricte hygiène de vie est recommandée.

Il existe aussi des comorbidités somatiques:

- Surpoids et obésité

Le surpoids (déterminé par l'indice de masse corporelle, IMC supérieur à 25) touche 58% des patients bipolaires. Différentes possibilités ont été évoquées : l'implication des médicaments thymorégulateurs et plus particulièrement les antipsychotiques.

La prise de poids est à surveiller lors de long traitement, car ce facteur peut suffire à lui seul à décider le patient d'arrêter le traitement, ou encore provoquer une mauvaise observation du traitement. En effet, le surpoids est à lui tout seul une source de problème. En plus de problèmes liés à la dégradation de l'image de soi, il peut entraîner des risques tel que : diabète non insulino-requérant, affection cardio-vasculaire, rhumatismale, hypertriglycéridémie...

- Diabète et affections endocriniennes

Certaines études conduites chez les patients bipolaires hospitalisés estiment la prévalence du diabète de type II chez les patients souffrant de troubles bipolaires à près de 10 %, alors qu'elle n'est que de 3 à 4 % dans la population générale.

- Maladie cardio-vasculaire

Les maladies cardio-vasculaires sont elles aussi plus fréquentes chez les bipolaires et cela peut être mis en relation avec le risque relativement plus grand chez ces patients de développer diabète et surpoids, de présenter un trouble anxieux ou de mal respecter les règles d'hygiène de vie (consommation d'alcool notamment).

La comorbidité psychiatrique modifie l'expression et le cours évolutif du trouble bipolaire.

Mortalité

Le trouble bipolaire est la pathologie psychiatrique associée au plus fort risque de décès par suicide. On estime que 20% des TB I et TB II décèdent par suicide. Les chiffres concernant la cyclothymie ne sont pas connus. À cette mortalité par suicide vient s'ajouter la mortalité liée à de nombreux autres facteurs : comorbidités somatiques, alcoolisme, mauvaise hygiène de vie, diabète, affections iatrogènes. Du fait des addictions diverses et des troubles du comportement, il semble qu'une personne bipolaire non traitée ait en moyenne une espérance de vie inférieure de vingt ans à l'espérance de vie présente dans la population en général.

Divers

Depuis, de nombreuses études^[réf. nécessaire] ont montré que les personnes bipolaires sont plus créatives que la moyenne. A titre d'exemple, Karin et Hagop Akiskal ont mené en 1992^[réf. nécessaire] une étude sur vingt écrivains, poètes, peintres et sculpteurs européens. Deux tiers d'entre eux étaient cyclothymiques ou traversaient des phases d'hypomanie, et la moitié avait eu au moins une dépression grave. Des études américaines ont également montré que le suicide fait plus de victimes chez les scientifiques, artistes et autres personnalités que dans la population moyenne. Les événements de la vie sont très importants dans le développement des troubles bipolaires. Il est avéré que l'existence des créateurs est souvent mouvementée, rythmée par des souffrances notamment dans l'enfance, des voyages et l'instabilité. Beaucoup ont eu des parents manifestant des troubles de l'humeur et connu la dépendance des drogues.

Ainsi, nombre d'artistes, de savants, de chefs d'entreprise ou d'hommes politiques présentent des troubles de l'humeur plus ou moins importants.
De même, certains psychologues s'avancent à noter des liens entre les troubles bipolaires et un Quotient Intellectuel élevé, principalement chez les surdoués.

Notes et références de l'article

- ↑ ARCE ROSS, German. *Manie, mélancolie et facteurs blancs [archive]*, Préface du Professeur Georges Lantéri-Laura. Collection "Le Miroir des savants". Beauchesne, Paris, 2009
- ↑ Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M, *National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth [archive]*, Arch Gen Psychiatry, 2007;64:1032-1039
- ↑ Zimmerman M, Ruggiero CJ, Chelminski I, Young D, *Is bipolar disorder overdiagnosed? [archive]*, J Clin Psychiatry, 2008:e1-e6;pii:ej07m03888
- ↑ Les troubles bipolaires : de la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif, Christine Mirabel-Sarron, Isabelle Leygnac-Solignac, Dunod, EAN13 : 9782100519156, 2009
- ↑ 3
- ↑ Santosa et al. Enhanced creativity in bipolar disorder patients: A controlled study. J Affect Disord. 2006 23 November; PMID 17126406 [archive]
- ↑ Rihmer et al. Creativity and mental illness. Psychiatr Hung. 2006;21(4):288-94. PMID 17170470 [archive]
- ↑ Nowakowska et al. Temperamental commonalities and differences in euthymic mood disorder patients, creative controls, and healthy controls. J Affect Disord. 2005 Mar;85(1-2):207-15. PMID 15780691 [archive]
- ↑ O'Dowd A. NICE issues new guidance to improve the treatment of bipolar disorder BMJ 2006, Jul 29 ; 333 (7561) : 220
- ↑ Docteur Christian Gay, En savoir plus sur les troubles bipolaires [archive]
- ↑ Le trouble bipolaire : Le connaître pour mieux le reconnaître, Dr Laurence Jeunieux, Psychiatre (Hôpital Vincent Van Gogh, Belgique) Mai 2008
- ↑ JONES I, KENT L, CRADDOCK N. Genetics of affective disorders. In : McGuffin P, Owen M, Gottesman II, eds. Psychiatric genetics and genomics. Oxford : Oxford University Press, 2002 : 211-45.
- ↑ Les troubles bipolaires et autres troubles de l'humeur, C. Gay, L'Encéphale, [Vol. 34 - N° S4 - p. 130-137] septembre 2008
- ↑ Monica Ramirez Basco, Le trouble bipolaire - Manuel d'exercices pour une meilleure qualité de vie. Socrate Editions Promarex 2008.
- ↑ Wehr T.A., Sachs D.A., Rosenthal N.E. Sleep réduction as a final common pathway in the genesis of mania Am J Psychiatry 1987 ; 144 : 210-214
- ↑ Jauhar P., Weller M.P.L. Psychiatric morbidity and time zone changes : a study of patients from Heathrow Airport Br J Psychiatry 1982 ; 140 : 231-235
- ↑ Malkoff-Schwartz S., Frank E., Anderson B., et al. Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes : a preliminary investigation Arch Gen Psychiatry 1998 ; 55 : 702-707
- ↑ WEHR TA. Improvement of depression and triggering of mania by sleep deprivation. JAMA 1992 ; 267 (4) : 548-51.
- ↑ Les troubles bipolaires et autres troubles de l'humeur, C. Gay, L'Encéphale, [Vol. 34 - N° S4 - p. 130-137] septembre 2008
- ↑ Lichtenstein P, Yip BH, Björk C et als. *Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish nuclear families: a population-based study [archive]*, Lancet, 2009;373:234-239
- ↑ Owen MJ, Craddock N, *Diagnosis of functional psychoses: time to face the future [archive]*, Lancet, 2009,373:190-191
- ↑ Christine Mirabel-Sarron, Isabelle Leygnac-Solignac, *Les troubles bipolaires : de la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif - Comprendre, traiter, prévenir les rechutes*, Dunod, 2009.

23. ↑ O'Dowd A. NICE issues new guidance to improve the treatment of bipolar disorder BMJ 2006, Jul 29 ; 333 (7561) : 220
24. ↑ Selon le séminaire de 1975, l'adjonction du préfixe "psy" à "analyse" pour constituer le mot "psychanalyse" constitue une modification de la relation analysand - analysé, voire la disparition de ce sujet, in La théorie comme fiction, Maud Mannoni, Paris, Point Seuil, 1979 ; et [1] [archive]
25. ↑ Place des mesures psycho-éducatives dans la prise en charge des troubles bipolaires C. Gay, H. Cuche-L'encéphale-Vol32-N°4-C2- Aout 2006
26. ↑ Environnement social et rythmes sociaux,C. Gay,L'Encéphale, Volume 35, numéro S2, janvier 2009
27. ↑ Troubles bipolaires : pratiques, recherches et perspectives ouvrage collectif dir : M.LEBOYER 2005
Traitement pharmacologique des dépressions bipolaires J. Thuile, C.Even, J.D. Guelfi

Bibliographie

- Christian Gay (sous la direction), Numéro du 15 mars 2005 "Troubles bipolaires de l'humeur" de la Revue du Praticien.
- Christian Gay, Jean-Alain Genermont. *Vivre avec des hauts et des bas*. Hachette 2002, J'ai Lu 2004.
- Christian Gay, *Vivre avec un maniaco-dépressif*, Hachette littérature 2008.
- *De l'exaltation à la dépression*, de Kay Redfield Jamison, Robert Laffont, ISBN 2-221-09930-3.
- *Maniaco-dépressif. L'Histoire de Pierre*, de Marie-Christine Hardy-Baylé et Patrick Hardy, Odile Jacob, 1996.
- Maud Mannoni, *La théorie comme fiction*, Paris, Point Seuil, 1979.
- Christine Mirabel-Sarron, Isabelle Leygnac-Solignac, *Les troubles bipolaires : de la cyclotymie au syndrome maniaco-dépressif - Comprendre, traiter, prévenir les rechutes*-Dunod 2009.
- Monica Ramirez Basco, *Le trouble bipolaire - Manuel d'exercices pour une meilleure qualité de vie*. Socrate Éditions Promarex 2008.
- Jamison Redfield, *Confession d'une psychiatre maniaco-dépressive*, 2003 (version française).
- Michel Rochet, *Ces hauts et ces bas qui perturbent notre vie*, Chiron, 2002.
- *Un rayon de lumière : L'histoire de Nick Traina, mon fils*, de Danielle Steel, 1998.
- Sami Paul Tawil, *Le Miroir de Janus*, Pocket, 2002.
- Etienne Varda, *Maudite Folle* ,Les Intouchables, 2009.
- Édouard Zarifian, *La Force de guérir*, Odile Jacob, 2001.

Bibliographie complémentataire

- James B. Potash, Peter P. Zandi, Virginia L. Willour, Tsuo-Hung Lan, Yuqing Huo, Dimitrios Avramopoulos, Yin Y. Shugart, Dean F. MacKinnon, Sylvia G. Simpson, Francis J. McMahon, J. Raymond DePaulo, Jr., and Melvin G. McInnis. Suggestive Linkage to Chromosomal Regions 13q31 and 22q12 in Families With Psychotic Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*, Apr 2003; 160: 680 - 686.
- Preben Bo Mortensen, C. B. Pedersen, M. Melbye, O. Mors, and H. Ewald. Individual and Familial Risk Factors for Bipolar Affective Disorders in Denmark. *Arch Gen Psychiatry*, décembre 2003; 60: 1209 - 1215.
- JESSICA L. GARNO, JOSEPH F. GOLDBERG, PAUL MICHAEL RAMIREZ, and BARRY A. RITZLER Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br. J. Psychiatry*, Feb 2005; 186: 121 - 125.
- Jari Tiihonen, Jari Haukka, Markus Henriksson, Mary Cannon, Tuula Kiesepä, Ilmo Laaksonen, Juhani Sinivuo, and Jouko Lönnqvist. Premorbid Intellectual Functioning in Bipolar Disorder and Schizophrenia: Results From a Cohort Study of Male Conscripts. *Am J Psychiatry*, Oct 2005; 162: 1904 - 1910.

- Hilary P. Blumberg, Andrés Martin, Joan Kaufman, Hoi-Chung Leung, Pawel Skudlarski, Cheryl Lacadie, Robert K. Fulbright, John C. Gore, Dennis S. Charney, John H. Krystal, and Bradley S. Peterson. Frontostriatal Abnormalities in Adolescents With Bipolar Disorder: Preliminary Observations From Functional MRI. *Am J Psychiatry*, Jul 2003; 160: 1345 - 1347.
- Raymond F. Deicken, Mary P. Pegues, Susan Anzalone, Robert Feiwell, and Brian Soher. Lower Concentration of Hippocampal N-Acetylaspartate in Familial Bipolar I Disorder. *Am J Psychiatry*, May 2003; 160: 873 - 882.
- Tsung-Ung W. Woo, John P. Walsh, and Francine M. Benes. Density of Glutamic Acid Decarboxylase 67 Messenger RNA-Containing Neurons That Express the N-Methyl-D-Aspartate Receptor Subunit NR2A in the Anterior Cingulate Cortex in Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, Jul 2004; 61: 649 - 657.
- Neil P. Mills, Melissa P. DelBello, Caleb M. Adler, and Stephen M. Strakowski. MRI Analysis of Cerebellar Vermal Abnormalities in Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*, Aug 2005; 162: 1530 - 1533.
- Stephen M. Strakowski, Melissa P. DelBello, Molly E. Zimmerman, Glen E. Getz, Neil P. Mills, Jennifer Ret, Paula Shear, and Caleb M. Adler. Ventricular and Periventricular Structural Volumes in First- Versus Multiple-Episode Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*, novembre 2002; 159: 1841 - 1847.
- Simona Noaghiul and Joseph R. Hibbeln. Cross-National Comparisons of Seafood Consumption and Rates of Bipolar Disorders. *Am J Psychiatry*, décembre 2003; 160: 2222 - 2227.
- Mark A. Frye, Lori L. Altshuler, Susan L. McElroy, Trisha Suppes, Paul E. Keck, Kirk Denicoff, Willem A. Nolen, Ralph Kupka, Gabriele S. Leverich, Chad Pollio, Heinz Grunze, Jorge Walden, and Robert M. Post. Gender Differences in Prevalence, Risk, and Clinical Correlates of Alcoholism Comorbidity in Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*, May 2003; 160: 883 - 889.
- YW Chen and SC Dilsaver. Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Am J Psychiatry*, Feb 1995; 152: 280 - 282.
- Naomi M. Simon, Michael W. Otto, Stephen R. Wisniewski, Mark Fossey, Kemal Sagduyu, Ellen Frank, Gary S. Sachs, Andrew A. Nierenberg, Michael E. Thase, Mark H. Pollack for the STEP-BD Investigators. Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder Patients: Data From the First 500 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*, décembre 2004; 161: 2222 - 2229.
- Dean F. MacKinnon, Peter P. Zandi, Elliot Gershon, John I. Nurnberger, Jr, Theodore Reich, and J. Raymond DePaulo. Rapid Switching of Mood in Families With Multiple Cases of Bipolar Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, septembre 2003; 60: 921 - 928.
- Dean F. MacKinnon, Peter P. Zandi, Elliot S. Gershon, John I. Nurnberger, Jr., and J. Raymond DePaulo, Jr. Association of Rapid Mood Switching With Panic Disorder and Familial Panic Risk in Familial Bipolar Disorder *Am J Psychiatry*, septembre 2003; 160: 1696 - 1698.

Trouble bipolaire dans la culture populaire

- Dans l'épisode 10 de la saison 2 de la série *Dr House, Problèmes de communication*, le patient est atteint de trouble bipolaire.
- Dans la série *Six Feet Under*, le personnage de Billy Chenowith est bipolaire et fréquemment sujet à des troubles psychiques et à un comportement excessif.
- Dans *Urgences (série télévisée)*, la mère d'Abby Lochart est bipolaire et fait de nombreuses apparitions dans les différents stades de la maladie.
- Dans le film *Mister Jones*, Richard Gere incarne un patient présentant les deux phases du trouble bipolaire.
- Dans le film *Ma vie en cinémascope*, Pascale Bussièrès montre des épisodes de dépression majeure et de psychose. Elle remplit les critères diagnostiques du trouble bipolaire.
- Dans le film *The Informant!*, le personnage personnel, Mark Whitacre, travaillant comme informateur pour le F.B.I., s'avère finalement être bipolaire.

- Dans la série *90210* (de 2008), le personnage de Erin Silver est atteint de troubles maniaco-dépressifs.
- Dans l'épisode 15 de la saison 2 de la série "En analyse" ("In Treatment"), Paul Weston évoque la bipolarité de sa défunte mère et l'impact que cela a pu avoir sur la relation de ses parents jusqu'à leur séparation.
- Dans la série *Degrassi: La Nouvelle Génération*, Craig Manning est atteint de trouble bipolaire.