

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Anne FAYOL
Née le 9 décembre 1982 à Limoges

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2013

BIPOLARITE ET PSYCHOSE :
DE LA PSYCHOPATHOLOGIE CLASSIQUE A LA CLINIQUE CONTEMPORAINE

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD
Membres du jury : Madame le Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT
Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Monsieur le Docteur Alain MOUSELER

BIPOLARITÉ ET PSYCHOSE : DE LA PSYCHOPATHOLOGIE CLASSIQUE À LA CLINIQUE CONTEMPORAINE

RÉSUMÉ

Les approches cliniques et thérapeutiques des troubles de l'humeur ont considérablement changé au cours des cinquante dernières années. Les critères de la bipolarité, en particulier, ont évolué, et la classique psychose maniaco-dépressive a laissé la place au spectre bipolaire élargi.

Partant du constat, en pratique clinique, de la grande hétérogénéité des patients répondant au diagnostic de trouble bipolaire, nous nous interrogeons sur le sens du concept actuel de bipolarité, et ses liens éventuels avec la notion de psychose qui reste aujourd'hui encore mal délimitée.

Les lectures de psychiatres classiques, puis d'inspiration psychanalytique et phénoménologique, mettent en évidence l'existence d'un "être bipolaire", présentant un fonctionnement psychodynamique particulier. Ces données sont confrontées, dans un second temps, aux recherches actuelles autour de la bipolarité.

Les troubles bipolaires et la question de leurs limites avec la schizophrénie, le trouble schizo-affectif et les troubles de personnalité, servent de point de départ pour s'interroger sur les classifications actuelles des troubles mentaux. Ces dernières, à l'occasion de la parution récente du DSM-5, sont à nouveau remises en cause, un débat opposant les partisans d'une approche dimensionnelle, aux adeptes du traditionnel modèle catégoriel. Les avantages et limites de ces deux approches sont présentés.

La discussion finale conduit à une réflexion critique à propos de l'élargissement de la bipolarité, au vu du concept de psychose, et tente d'établir des liens entre l'approche psychopathologique et les apports des neurosciences, au fond indissociables.

Mots-clés : troubles bipolaires, psychose, psychopathologie, nosographie, psychose maniaco-dépressive, DSM-5

BIPOLARITY AND PSYCHOSIS :
FROM CLASSICAL PSYCHOPATHOLOGY TO CURRENT SEMEIOLOGICAL
PRACTICE

ABSTRACT

Clinical and therapeutic approaches to mood disorders have substantially changed over the past fifty years. In particular, diagnostic criteria have evolved, and extended bipolarity spectrum replaced the classical manic depressive psychosis.

In clinical practice, patients with bipolar disorders diagnosis have heterogeneous characteristics. Our concern is current meaning of bipolarity, and its possible links with psychosis.

Reading classical, psychodynamic and phenomenological authors leads us to the hypothesis of a "bipolar human being", with unique psychological functioning. This hypothesis is then questioned considering current research on bipolarity.

Diagnostic boundaries between bipolar disorder, schizophrenia, schizoaffective disorders and personality disorders are questioned, as well as current psychiatric disorders classifications. With the recent publication of DSM-5, the controversy over the currently used classification models is topical once again. Those in favour of a dimensional model are opposed to the proponents of traditional categorical groups. Benefits and limitations of the two approaches are summarized.

The final discussion leads to a critical thinking about extending bipolarity, considering psychosis concept, and tries to make links between psychopathologic approach and neuroscience, fundamentally inseparable.

Keywords : bipolar disorders, psychosis, psychopathology, nosography, manic depressive psychosis, DSM-5

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique Médecine Générale
LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale
MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes ANGOULVANT Theodora Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
MM. BOISSINOT Eric Physiologie
DESOUBEUX Guillaume Parasitologie et mycologie
Mme DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire
M. EHRMANN Stephan Réanimation médicale
Mmes FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M. GIRAUDEAU Bruno Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme GOUILLEUX Valérie Immunologie
MM. GUERIF Fabrice Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion
HOARAU Cyrille Immunologie
HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire

Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique LE GUELLEC Chantal MACHET Marie-Christine MARUANI Annabel	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique Anatomie et Cytologie pathologiques Dermatologie
MM.	PIVER Eric ROUMY Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle ESNARD Annick	Sciences du Médicament Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole CHALON Sylvie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930 Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves GAUDRAY Patrick GOUILLEUX Fabrice	Chargé de Recherche CNRS – U 618 Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239 Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930 Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric LE PAPE Alain	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930 Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930 Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie MONDON Karl	Praticien Hospitalier Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Docteur Alain MOUSELER

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de cette thèse.

La pertinence de vos conseils, et votre savoir d'une grande richesse, ont profondément nourri ce travail.

Nous avons énormément apprécié la précision et la justesse de vos corrections manuscrites, et garderons en estime chacun de nos échanges.

Nous vous remercions pour votre soutien, votre grande disponibilité, et ce malgré la charge de travail qui vous incombe, mais aussi pour votre bienveillance et votre confiance.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et accepter nos sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Nous vous remercions pour les enseignements dont vous nous avez fait bénéficier tout au long de l'internat.

Nous vous sommes profondément reconnaissante d'avoir accepté et encouragé nos départs en stage à Angers.

Veillez être assuré de toute notre gratitude et de notre profond respect.

Madame le Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT

Monsieur le Professeur Vincent CAMUS

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de juger notre thèse.

Nous vous remercions sincèrement pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

Veillez recevoir nos remerciements pour les enseignements que vous nous avez dispensés, et pour la bienveillance dont vous faites preuve à l'égard des internes.

Soyez assurés de notre reconnaissance et de notre admiration.

Je tiens à remercier chaleureusement les médecins et les équipes de soins qui m'ont accompagnée et formée tout au long de mon internat.

Ma reconnaissance va en particulier

à Monsieur le Docteur Gruel, chef de pôle du GO2 à Fleury-les-Aubrais, mon premier maître. Je garderai en estime chacun de nos échanges.

à Madame le Docteur Dubus, pédopsychiatre au CMP Bascule à Orléans. Par votre grande humanité, vous m'avez fait apprécier la pédopsychiatrie. Merci

à Monsieur le Professeur Garré, coordonnateur du DES de psychiatrie d'Angers, je vous remercie d'avoir facilité mes stages à Angers

à Madame le Docteur Gailliard, chef de service de psychiatrie B à Tours, pour votre dynamisme, votre spontanéité et votre bienveillance

à Monsieur le Docteur Bonnal, chef du pôle 2 à Angers, merci de la confiance que vous m'accordez en me permettant de continuer à travailler à vos côtés

à Madame le Docteur Emilie Arnault, directrice du SUMPPS de Tours, qui a su me faire découvrir et apprécier la prévention et la promotion de la santé, et pour sa gentillesse.

J'adresse un remerciement particulier à Madame le Docteur Emilie Bousquet, qui a cru en ce travail dès l'ébauche du sujet, et m'a encouragée tout au long de son élaboration. Je garde en mémoire nos échanges cliniques toujours enrichissants, mais aussi ta bonne humeur et ta franchise. J'ai la chance de t'avoir rencontrée, autant sur le plan professionnel que personnel.

Je n'oublie pas mes professeurs de la faculté de psychologie de Toulouse, en particulier Monsieur le Professeur M-J Sauret, qui, les premiers, ont développé mon intérêt pour la psychopathologie.

Je transmets également toute ma reconnaissance aux équipes avec lesquelles j'ai travaillé, les secrétaires, les infirmiers, les aides-soignants, les ASH, pour votre bonne humeur et votre soutien, et parce que c'est grâce à vous que j'adore travailler à l'hôpital

Et bien sûr, merci à Nelly, la "nounou" des internes de Daumezon, et à mes co-internes et amis, même si la distance géographique nous a parfois éloignés, sans vous mes années d'internat n'auraient pas été les mêmes.

Enfin je remercie Mme Château, bibliothécaire au CESAME, pour sa gentillesse et sa souplesse

A mon fils Mathéo,

Si petit, tu as su être patient durant mes longs week-ends de travail!

A Rodolphe,

Merci pour tes encouragements, ton soutien cette année et les précédentes, et pour tout le reste...

A mes parents,

Depuis toujours vous m'avez encouragée et soutenue dans tous mes projets, professionnels comme personnels. Votre profonde bonté et votre extrême patience, mais aussi votre curiosité de tout, entre autres qualités, seront toujours pour moi un modèle au quotidien, et particulièrement dans ma pratique professionnelle.

A mes frères, Nicolas et Damien,

Parce que vous comptez énormément pour moi.

A ma belle-famille, mes belles-sœurs, mes neveux et nièce

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
I. DEFINITIONS	17
I.1. Tentative de définition de la psychose.....	17
I.1.1. L'origine du mot et du concept de psychose.....	17
I.1.2. Conceptions psychopathologiques de la psychose	19
1.1.2.1. Les théories organo-mécanicistes	19
1.1.2.2. Les théories psychodynamiques.....	19
1.1.2.3. Les théories socio-psychogénétiques	21
1.1.2.4. Les théories organogénétiques dynamistes.....	21
I.1.3. Tentative de définition de la psychose à partir de la sémiologie	22
I.2. La bipolarité : rappel historique et état actuel du concept	24
1.2.1. Rappel historique	24
1.2.2. Positionnement actuel des classifications	29
1.2.2.1. DSM-IV-TR et CIM-10	29
1.2.2.2. DSM-5	30
II. BIPOLARITE ET PSYCHOSE DANS LA PSYCHOPATHOLOGIE CLASSIQUE	33
II.1. Un point de vue de psychiatrie française classique : la maniaco-dépression selon Henri Ey	33
II.1.1. L' "homme maniaco-dépressif"	33
II.1.2. Le pôle maniaque	35
II.1.3. Le pôle mélancolique.	40
II.1.4. La question de la psychose dans la maniaco-dépression.....	42
II.1.5. Les bornes de la psychose maniaco-dépressive en question.....	44
II.1.6. Conclusion	45
II.2. L'approche phénoménologique de Tellenbach.....	47
II.2.1. <i>La mélancolie</i> de Tellenbach.....	48
II.2.2. Le <i>typus melancolicus</i>	50
II.2.3. Les constellations d'inclidence et de rémanence.....	55
II.2.4. Conclusion	57
II.3. Regards psychodynamiques sur la maniaco-dépression : Abraham et Bergeret	58

II.3.1. Maladie maniaco-dépressive et névrose obsessionnelle : des ressemblances.....	59
II.3.2. Maladie maniaco-dépressive et névrose obsessionnelle : des différences fondamentales	61
II.3.3. La maladie maniaco-dépressive : ni névrose ni psychose?	64
III. POINTS DE VUE ACTUELS SUR LA BIPOLARITE.....	67
III.1. Episodes maniaco-dépressifs avec ou sans symptômes psychotiques?.....	67
III.2. Recrudescence de l'intérêt pour la période intercritique.....	73
III.2.1. Un intervalle libre de symptômes?	73
III.2.2. Un intervalle libre de conséquences?.....	76
III.2.3. Quels symptômes en intercritique?	78
III.3. Les limites de la bipolarité en question : entre proximité et diagnostic différentiel	80
III.3.1. La question des rapports du trouble bipolaire avec les troubles de la personnalité	80
III.3.2. La question des rapports du trouble bipolaire avec la schizophrénie : débat continuum/catégories	82
III.3.2.1. Rappel historique des rapports entre trouble bipolaire et schizophrénie et naissance du concept de schizoaffectivité	82
III.3.2.2. Apports des recherches récentes et actualité du débat sur les rapports entre trouble bipolaire et schizophrénie	85
IV. DISCUSSION.....	98
IV.1. Points de vue des auteurs classiques et recherches actuelles : des différences mais aussi des points communs	98
IV.2. Un risque de sur-diagnostic?.....	100
IV.3. Un diagnostic satisfaisant pour le patient comme pour le médecin?.....	102
IV.3.1. Du côté des médecins	102
IV.3.2. Du côté des patients	104
IV.4. Une remise en cause du spectre bipolaire élargi?	105
IV.4.1. La bipolarité, un diagnostic d'aujourd'hui?	105
IV.4.2. Le poids de la société	105
IV.4.3. Les limites des systèmes de classification actuels	106
IV.5. Pour conclure : l'importance d'une nosologie psychiatrique.....	109
CONCLUSION	111
BIBLIOGRAPHIE.....	113

INTRODUCTION

Le trouble bipolaire constitue un problème majeur de santé publique. Dans une vaste étude menée par l'école de santé publique d'Harvard et l'Organisation Mondiale de la Santé évaluant l'impact sanitaire des maladies, toutes confondues (Murray & Lopez 1997), il est placé en sixième position en termes de DALYs (*Disability Adjusted Life Years*), indicateur chiffrant le nombre d'années de perdues par décès prématuré et/ou vécues avec un handicap. La surmortalité des patients bipolaires, liée en particulier au suicide, mais aussi aux multiples comorbidités somatiques, addictives et iatrogènes, en association à une mauvaise hygiène de vie, font du trouble bipolaire une maladie grave (Rouillon 2005).

Devant la gravité potentielle de la maladie bipolaire, un diagnostic précoce s'impose, les errances diagnostiques et thérapeutiques pouvant représenter une diminution de chances pour le patient, tant en ce qui concerne la durée des épisodes, que leur sévérité ou leurs récurrences (Rouillon 2005). Or, si le trouble bipolaire est de mieux en mieux connu et reconnu, la majorité des auteurs contemporains s'accorde pour dire qu'il est encore sous-diagnostiqué (Hantouche 2008). Le retard diagnostique moyen est de 8 ans (Bellivier 2011), et chez un tiers des patients le diagnostic est posé après plus de dix ans d'évolution (Goldberg & Ernst 2002). Dans un souci de mieux repérer et donc soigner le trouble bipolaire, l'ancien concept de "psychose maniaco-dépressive" s'est étendu à celui de "spectre bipolaire", qui l'a dorénavant remplacé.

En pratique clinique, on ne peut que constater la grande hétérogénéité des tableaux cliniques des patients qui se signalent comme bipolaires, et/ou qui ont été diagnostiqués et traités comme tels. Le concept de trouble bipolaire aurait-il été tellement élargi qu'il en serait devenu flou, jusqu'à constituer un fourre-tout diagnostique comme l'avancent certains auteurs (Chartier 2009) ?

Partant de ce questionnement, nous nous sommes demandé s'il persistait des liens entre la notion de psychose et celle de spectre bipolaire élargi, malgré l'abandon du concept de psychose maniaco-dépressive. Nous avons tenté d'étudier les rapports entre psychose et bipolarité, avec la volonté de nous baser, pour cela, à la fois sur

des éléments de psychopathologie classique et sur les données des recherches actuelles.

Notre plan se déclinera en quatre parties. Un premier temps sera consacré au concept de psychose, en fonction des époques et des courants de pensée ; un rapide historique de l'actuel concept de spectre bipolaire servira de point de départ à sa description. Le corps de notre thèse s'essaiera à détacher une unité au sein du concept de bipolarité, tout d'abord à travers la lecture d'auteurs classiques, puis à travers la littérature contemporaine. Une discussion permettra de confronter nos différentes lectures, et d'élargir nos réflexions au débat qui anime actuellement la question de la nosographie psychiatrique.

I. DEFINITIONS

I.1. Tentative de définition de la psychose

La première difficulté posée par la question de la place de la psychose dans les troubles bipolaires réside dans la définition même du terme de psychose. Si, aujourd'hui, ce qui relève du "psychotique" en psychopathologie est une question problématique et sujette à débats, on constate qu'en réalité cela a toujours été un sujet délicat, et ce depuis la naissance du mot "psychose".

I.1.1. L'origine du mot et du concept de psychose

Le terme de psychose est attribué au baron Ernst von Feuchtersleben en 1845. Médecin autrichien, celui-ci ouvre le premier enseignement sur les maladies mentales à la Faculté de médecine de Vienne, dont il deviendra le doyen en 1848. Il invente le terme "psychose" pour décrire "des états d'affections de la personnalité dans son ensemble, secondaires à une perturbation des relations psychophysiques", que la cause de cette perturbation soit de nature physique ou psychique (Beer 1996).

Ce vocable désigne donc l'altération psychique de certaines maladies mentales. Ainsi, à l'origine, le mot psychose prend son sens au plus proche de l'étymologie, du grec *psyché* : l'esprit, et *osis* : condition malade ou anormale ; il désigne la maladie de l'esprit dans une dimension très globale. Le terme "psychopathie", également inventé par Feuchtersleben, est alors utilisé comme synonyme de "psychose", de même que les termes "folie" et "vésanie" en usage au XIXe siècle.

Feuchtersleben précise que "toutes les psychoses sont à la fois des névroses, mais toutes les névroses ne sont pas des psychoses" (Feuchtersleben von 1847). Pour cet auteur, les psychoses constituent une partie des névroses qui avaient alors conservé le sens donné par Cullen au XVIIIe siècle de maladies nerveuses, c'est-à-dire

affections des nerfs sans lésion décelable et dans lesquelles les troubles mentaux étaient considérés comme inconstants (Cullen 1758).

Initialement, le terme de psychose se distinguait bien de celui de névrose, mais sans être son antonyme, même si l'on pressentait déjà une connotation sémantique moins grave pour la névrose que pour la future psychose, affection psychologique irrémédiable, de l'ordre de la démence incurable. Ainsi, comme le souligne E. Delille, l'opposition entre névrose et psychose, adoptée par la suite dans un but taxinomique, n'existait pas historiquement (Delille 2002).

Si la notion de psychose apparaît dès 1850 en France, elle n'y connaîtra pas à ce moment-là, contrairement aux pays germaniques, de succès foudroyant (Delille 2002).

On rencontre le terme "psychose" sporadiquement ici ou là, mais il n'est pas utilisé de manière systématique, et il faudra un demi-siècle pour qu'il le soit à la place des termes "folie", "démence" ou "délire". Magnan est l'un des premiers à passer définitivement, dans son propre vocabulaire, de la "folie" à la "psychose". Ainsi, les délires chroniques à évolution systématique seront appelés "psychose de Magnan", la psychose hallucinatoire chronique "psychose de Ballet", et la "psychose maniaco-dépressive" traduira le modèle kraepelinien de folie maniaco-dépressive (*manisch-depressiv Irresein*) (Bourgeois 2005).

Les notions de "psychose" et de "névrose" ont, par la suite, été éclairées par des définitions très diverses au cours des époques, sous l'impulsion des différentes écoles de pensée. Le DSM-IV-TR souligne, dans le chapitre "schizophrénie et autres troubles psychotiques", que l'adjectif "psychotique" n'a jamais pu recevoir une définition universellement acceptable (American Psychiatric Association 2002). En conséquence, le concept de psychose reste peu exploitable pour les classifications internationales qui se fondent sur l'objectif et le consensuel.

I.1.2. Conceptions psychopathologiques de la psychose

Le repérage de la psychose en psychopathologie peut s'opérer selon quatre champs d'interprétation différents, tels qu'ils ont été systématisés par Ey (Ey et al. 2010).

1.1.2.1. Les théories organo-mécanicistes

Pour les théories organo-mécanicistes, les psychoses ont une cause organique. Elles sont déterminées par un dysfonctionnement cérébral lié à une lésion de l'encéphale ou à des dysfonctionnements de connexions neuronales.

Cette approche a connu son heure de gloire au XIXe siècle avec le développement de l'anatomopathologie, et la théorie des localisations cérébrales. L'automatisme mental décrit par de Clérambault repose sur ces bases, ainsi que la plupart des théories comportementales, en particulier la célèbre théorie réflexologique de Pavlov (Ménéchal 1997).

Ici, sont donc privilégiés la causalité et le déterminisme organiques, par rapport à la dimension psychologique.

1.1.2.2. Les théories psychodynamiques

Le terme de psychose est largement utilisé en psychanalyse. Pour ce courant de pensée, il désigne une clinique et des soubassements théoriques bien spécifiques, et totalement différents du sens originel du mot.

Les théories psychodynamiques sont fondées sur la définition freudienne de l'inconscient. Freud répertorie la façon dont le sujet se débrouille avec sa condition d'être parlant, avec sa douleur d'exister, inhérente à sa condition d'humain, jamais en harmonie parfaite avec les exigences de la société dans laquelle il vit. Il distingue trois types de réponse à la question du défaut de jouissance : la névrose, la psychose et la perversion (Freud 1973). Ces termes empruntés au vocabulaire psychiatrique prennent, avec Freud, une signification nouvelle : ils désignent trois

modes de fonctionnement que les sujets élaborent pour faire face aux questions de leur existence (Alberti & Sauret 1996).

La psychose est une tentative de réponse qui n'emprunte pas la voie œdipienne, car, dans le fonctionnement psychotique, la fonction du père n'est pas opérante : il y a forclusion du Nom-du-père. A ce titre, la psychose est, selon l'expression de Lacan, un "essai de rigueur". Ses modalités varient, il peut s'agir de la construction d'un délire, mais aussi d'une pratique spécifique de l'écriture ou des mathématiques, ou encore d'une création artistique. C'est pourquoi, loin de considérer la psychose comme anormale, Lacan a toujours rendu hommage à la position des sujets psychotiques et à leur effort de construction rigoureuse. (Alberti & Sauret 1996). Dans la théorie psychanalytique, le délire psychotique est ainsi considéré comme une "tentative de guérison".

Par ailleurs, dans la psychanalyse, la névrose et la psychose répondent au concept de structure.

La notion de structure a été abordée en premier par Freud, dans ses *Nouvelles conférences sur la psychanalyse* (Freud 1932). Freud utilise la métaphore du cristal minéral pour expliquer cette notion. Si nous laissons tomber à terre un bloc de minéral cristallisé, il va se briser selon des lignes de clivage bien précises, dont les limites et les directions, bien qu'invisibles extérieurement jusque-là, se trouvaient "déjà déterminées de façon originale et immuable par le mode de structure préalable" dudit cristal (Bergeret 2012, p.142). Il en serait de même pour le psychisme qui, à partir de la naissance et même avant, en fonction de l'hérédité et surtout du mode de relation aux parents, des traumatismes et conflits rencontrés, mais également en fonction des défenses organisées par le Moi, et des pulsions du Ça et de la réalité, s'organise peu à peu, se "cristallise" à la manière d'un cristal minéral, avec des lignes de clivage particulières qui ne pourront plus varier par la suite (Bergeret 2012) .

La structure névrotique et la structure psychotique sont les deux structures stables auxquelles on peut ainsi aboutir. D'autres états occupent une position intermédiaire entre ces deux structures fixes : il s'agit de la vaste catégorie des états-limites, plus

fragiles, qui peuvent à tout moment se cristalliser définitivement dans l'un des deux cadres fixes voisins.

Les perspectives psychodynamiques, ne se basant pas sur des données empiriques objectivables, sont très difficilement utilisables pour des études scientifiques se voulant reproductibles. Mais, comme le souligne Bourgeois, au-delà d'une psychopathologie athéorique purement descriptiviste, ces points de vue psychodynamiques peuvent grandement aider à la compréhension et à la prise en charge des patients psychotiques, d'autant plus qu'idées délirantes et hallucinations ne suffisent sans doute pas à établir le caractère "psychotique" d'un trouble (Bourgeois 2005).

1.1.2.3. Les théories socio-psychogénétiques

Dans les années 1960, les théories socio-psychogénétiques sont venues compléter les approches organo-mécanicistes et psychodynamiques de la psychose. Pour elles, la pathologie psychique résulte d'un mauvais ajustement psychique de l'individu à son milieu. Influencées par l'éthologie, ces théories ont mis l'accent, pour expliquer la psychose, sur l'inadaptation de la réponse du sujet. Les approches comportementales se sont greffées sur elles, dans la perspective thérapeutique d'un "réapprentissage". Lors de leur apparition, ces théories permettaient de rompre avec un certain déterminisme freudien, jugé assez "pessimiste", et d'envisager des voies thérapeutiques plus "collectives". Sur ces bases théoriques s'est développée une "psychiatrie communautaire", soucieuse de l'autonomie du psychotique (Ménéchal 1997).

1.1.2.4. Les théories organogénétiques dynamistes

Ces théories tentent de proposer une synthèse entre les théories organiques et la théorie psychanalytique freudienne. Elles sont qualifiées de néojacksoniennes, en référence à Jackson, fondateur britannique de la neurologie moderne. Celui-ci,

s'appuyant sur une perspective évolutionniste, considérait que la maladie mentale désorganisait l'architecture des fonctions nerveuses, la destruction d'un niveau donné permettant la libération du niveau inférieur, jusqu'alors inhibé. Principalement représenté par Ey, mais également par Bergeret, ce courant voit dans toute pathologie mentale un double mouvement de désorganisation puis de réorganisation, à partir de motions archaïques jusque-là réprimées (Ey 1954a).

I.1.3. Tentative de définition de la psychose à partir de la sémiologie

Dans la CIM-10, classification des troubles mentaux actuellement largement répandue chez les cliniciens, il est écrit en introduction que "la distinction traditionnelle entre névrose et psychose", encore utilisée dans la CIM-9, "a été abandonnée dans la CIM-10".

Toutefois, il est précisé que le terme "psychotique" continue d'être utilisé comme terme descriptif commode, mais qu'il ne comporte aucune référence théorique à des mécanismes psychopathologiques, en particulier psychodynamiques. Les symptômes psychotiques renvoient alors à "la présence d'hallucinations, d'idées délirantes, ou de comportements manifestement anormaux (agitation, hyperactivité, ralentissement, catatonie)" (Organisation Mondiale de la Santé 1992).

De même que dans la CIM-10, dans le DSM-IV-TR, le terme psychotique reste ponctuellement présent, même s'il est ajouté, dans le chapitre "Schizophrénie et autres troubles psychotiques", que "le terme "psychotique" n'a jamais pu recevoir une définition universellement acceptable" (American Psychiatric Association 2002). Le DSM-5 n'évoque pas la question de la psychose (American Psychiatric Association 2013).

Sur un plan purement sémiologique, on peut repérer trois niveaux pour l'adjectif "psychotique", selon l'étroitesse ou la largeur de la définition : 1) conception étroite : "existence d'idées délirantes ou d'hallucinations prononcées (non critiquées)" ; 2) définition moins restrictive : "hallucinations avec conscience du caractère hallucinatoire de l'expérience" ; 3) définition plus large : "symptômes positifs de

schizophrénie (discours et comportement grossièrement désorganisés ou catatoniques)" (Bourgeois 2005).

Comme nous le constatons dans la plus étroite de ces trois définitions, l'absence ou l'altération de la conscience du trouble est un élément important pour parler de psychose.

La définition du DSM-III, tout comme celle de la CIM-9, se focalisait quant à elle sur la sévérité de l'altération fonctionnelle. Ainsi, un trouble mental était qualifié de "psychotique" s'il en résultait "une altération interférant de façon marquée avec la capacité à répondre aux exigences ordinaires de la vie" (American Psychiatric Association 1985). Cette définition nous paraît peu satisfaisante, puisqu'elle correspond à de nombreux troubles psychiatriques, et même à un nombre non négligeable de situations non psychiatriques.

Enfin, pour beaucoup de cliniciens, les troubles psychotiques s'imposent comme une perte des limites du Moi et une altération marquée de l'appréhension de la réalité (Bourgeois 2005).

Cette notion d'altération dans l'évaluation de la réalité, et de création d'une nouvelle réalité, apparaît d'ailleurs dans le DSM-III-R (American Psychiatric Association 1989). Une telle définition nous paraît plus convaincante, mais elle reste floue et soumise à la subjectivité de chaque clinicien, même si les hallucinations, les idées délirantes, le comportement bizarre et le discours incohérent, le plus souvent objectivables, peuvent alors être considérés comme une preuve directe de psychose.

Quelle que soit la définition de la psychose adoptée, tous les auteurs s'accordent pour reconnaître l'absence de spécificité des symptômes psychotiques, qui peuvent être observés dans n'importe quelle maladie mentale majeure, aussi bien que dans de nombreuses affections médicales systémiques ou cérébrales (Bourgeois 2005).

Cette absence de spécificité des symptômes psychotiques est, nous le verrons, l'un des arguments avancés par les partisans d'un continuum de la psychose.

En conclusion, la stricte définition sémiologique du trouble "psychotique" ne semble guère suffisante pour une compréhension du patient bipolaire, et, d'un autre côté, les perspectives qui se veulent plus explicatives, en faisant référence à des mécanismes psychopathologiques, telles que les perspectives psychodynamiques, sont très difficilement utilisables pour des études empiriques, et, de fait, peuvent sembler empreintes de subjectivité.

Ainsi, la définition de la psychose reste complexe.

Ce constat, et notre intérêt pour la bipolarité, nous amènent à nous détacher de la question de la définition pure de la psychose. Ce qui importe ici n'est pas tant la définition du mot psychose, ni le terme de psychose en lui-même, mais plutôt le fait de parvenir à saisir s'il existe une "particularité", une "singularité" d'allure psychotique du patient bipolaire, "particularité" qui perdurerait entre les crises et même préexisterait à l'apparition du trouble bipolaire.

I.2. La bipolarité : rappel historique et état actuel du concept

1.2.1. Rappel historique

Avant d'être élargie à la notion de spectre bipolaire, la maladie maniaco-dépressive a connu diverses appellations. Dans une tentative de compréhension du concept actuel de bipolarité, il nous paraît important de commencer par en retracer l'évolution.

Les premières descriptions de la manie et de la mélancolie remontent à la médecine grecque. Hippocrate (460-337 avant J-C) évoquait déjà la possibilité de transformation de la mélancolie en folie. Cappadoce (150), en décrivant la

succession chez un même sujet d'états mélancoliques et d'états d'exaltation, fut le premier à établir un lien entre ces deux entités cliniques. On peut en ce sens le considérer comme l'initiateur du concept de trouble bipolaire (Mirabel-Sarron & Leygnac-Solignac 2011).

Il faudra toutefois attendre le XVIIe siècle pour que l'alternance manie-mélancolie soit bien décrite, d'abord en Angleterre par T. Willis (1622-1675) dans *De anima brutarum* (Goodwin & Jamison 1990).

En France, les premiers travaux du XIXe siècle, en particulier ceux de Pinel en 1801 et d'Esquirol en 1838, décrivent la manie et la mélancolie comme des entités séparées (Mirabel-Sarron & Leygnac-Solignac 2011).

Ce n'est qu'au milieu du XIXe siècle que ces deux états, en alternance ou en association, apparaissent comme deux versants d'une même affection : la folie circulaire, ou la folie à double forme (Azorin et al. 2011).

Mais, déjà, un doute apparaît : pour Falret (*La Gazette des hôpitaux*, 1851), la folie circulaire est une alternance de cycles de dépression et de manie, séparés par des "intervalles lucides" qui font partie intégrante de la pathologie, alors que Baillarger (1854) décrit la folie à double forme, certes comme une alternance de périodes de dépression et d'excitation, mais avec un intervalle libre de symptômes, sans signification (Azorin et al. 2011).

Ces deux concepts se diffusent dans toute l'Europe. En Allemagne, à la fin du XIXe siècle, Kahlbaum parle de cyclothymie.

Kraepelin (1899) fait évoluer le concept en distinguant la folie maniaco-dépressive des autres psychoses, en particulier de la démence précoce. Il décrit par ailleurs des tempéraments dépressif, maniaque, cyclothymique et irritable, et intègre pour la première fois les états mixtes, qu'il conçoit comme un état de transition entre manie et mélancolie, au sein du cadre de la folie maniaco-dépressive. (Mirabel-Sarron &

Leygnac-Solignac 2011). Kraepelin avait une vision élargie de la maniaco-dépression, puisqu'il considérait que les dépressions récurrentes en faisaient partie (Akiskal 2005).

Les descriptions de Kraepelin seront reprises par deux auteurs moins connus, Camus et Denis, qui créent en 1907 le terme de psychose maniaco-dépressive (Azorin 2008).

Kleist, dans les années 1930, en Allemagne, remet en cause la conception unitaire de la psychose maniaco-dépressive. Il emploie pour la première fois, en 1953, le terme de bipolaire, et oppose la psychose bipolaire, qui intègre manie et mélancolie en alternance, aux psychoses unipolaires, qui comprennent les manies isolées et les mélancolies isolées. (Azorin 2008).

En 1957, son élève, Leonhard, subdivise clairement la psychose affective autour du critère de polarité, avec deux entités distinctes : les psychoses monopolaires à tempérament subdépressif et les psychoses bipolaires à tempérament cyclothymique. Cette distinction repose sur la présence, ou l'absence, d'états maniaques dans le cours évolutif de la maladie. (Princet 2009).

La manie occupe alors une place centrale dans le concept bipolaire, et la mélancolie est réduite à une forme de dépression d'une intense sévérité. (Arce Ross 2009).

En 1980, le terme "trouble bipolaire" fait son apparition dans le DSM-III (American Psychiatric Association 1985), et entre ainsi dans le langage commun. Le DSM-III officialise également la dichotomie entre bipolarité et unipolarité, proposant de distinguer les troubles affectifs selon ces deux catégories, qui seront nommées respectivement trouble bipolaire et dépression récurrente dans les versions suivantes du DSM.

De nombreux auteurs, tels que Angst, Perris et Winokur, ont, à la suite de Leonhard, défendu cette dichotomie des troubles de l'humeur (Akiskal 2005). Les classifications récentes des troubles mentaux, CIM-10 et DSM-IV-TR, maintiennent la distinction entre troubles unipolaires et troubles bipolaires.

Cependant, la tendance actuelle est plutôt à un élargissement du concept de bipolarité, et, dans ce contexte, la distinction dépression uni ou bipolaire paraît de plus en plus vague, des critères toujours plus nombreux venant signifier le caractère bipolaire d'un accès dépressif (Akiskal & Pinto 2000). Parallèlement, les critères diagnostiques de la manie se sont également assouplis. L'hospitalisation n'est plus un critère nécessaire pour définir un état maniaque (Kaladjian et al. 2010). La durée nécessaire pour poser le diagnostic d'épisode maniaque s'amenuise actuellement : quatre jours consécutifs sont recommandés par le DSM-IV-TR, alors qu'Akiskal considère qu'une durée de deux jours est suffisante (Akiskal et al. 2000). Le DSM-5 admet une durée inférieure à quatre jours pour la catégorie des troubles bipolaires non spécifiés et troubles apparentés (American Psychiatric Association et al. 2013). Enfin, le trouble bipolaire de type II, qui apparaît dans le DSM-IV, valide la notion d'hypomanie.

Dans la poursuite de la tendance à l'élargissement de la bipolarité, la notion de spectre bipolaire est introduite par Klerman en 1980 (Klerman 1981). Ce concept désigne l'ensemble des troubles comprenant une variation de l'humeur, allant des formes psychotiques au sens classique du terme, jusqu'aux formes tempéramentales et pseudo-névrotiques (Marneros & Angst 2000). Un courant d'auteurs anglo-saxons, mené par Akiskal, Pinto et Angst, aux côtés de Klerman, soutient actuellement cette conception élargie des troubles bipolaires, estimant qu'elle est plus proche de la réalité clinique, car reflétant fidèlement la grande hétérogénéité symptomatologique de la maladie (Bourgeois et al. 1996). Les différents modèles de spectre bipolaire élargi, issus des travaux de Klerman, et d'Akiskal et Pinto, sont résumés dans le tableau suivant :

<p>Spectre large de <u>Klerman</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bipolaires de type I : dépression et manie - Bipolaires de type II : dépression et hypomanie - Bipolaires de type III : manie ou hypomanie induites par des traitements médicamenteux - Bipolaires de type IV : trouble cyclothymique - Bipolaires de type V : antécédents familiaux de troubles bipolaires - Bipolaires de type VI : récurrences maniaques
<p>Spectre large d'<u>Akiskal et Pinto</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble bipolaire 1/2 : trouble schizo-bipolaire - Trouble bipolaire I : dépression et manie - Trouble bipolaire I 1/2 : dépression avec hypomanie prolongée - Trouble bipolaire II : dépression associée à des phases hypomaniaques spontanées et 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 médicamenteux - Trouble bipolaire III 1/2 : oscillations marquées de l'humeur associées à une addiction ou un abus de substances - Trouble bipolaire IV : dépression sur fond de tempérament hyperthymique

Tableau I : Le spectre large de bipolarité selon Klerman (d'après Klerman 1981) et Akiskal et Pinto (d'après Akiskal & Pinto 1999)

1.2.2. Positionnement actuel des classifications

1.2.2.1. DSM-IV-TR et CIM-10

La définition des troubles bipolaires à laquelle on se réfère classiquement de nos jours est celle du DSM-IV-TR et de la CIM-10, systèmes de classification partiellement superposables (Gay 2008). Dans ces classifications, le trouble bipolaire se définit par la présence ou l'antécédent d'épisodes maniaques, hypomaniaques ou mixtes, accompagnés habituellement de la présence ou de l'antécédent d'épisodes dépressifs caractérisés. Le tableau II résume la description des troubles bipolaires par le DSM-IV-TR et par la CIM-10.

Les troubles bipolaires de l'adulte dans le <u>DSM-IV-TR</u>	<ul style="list-style-type: none">- Trouble bipolaire de type I : manie ou épisode mixte avec ou sans épisode dépressif majeur- Trouble bipolaire de type II : hypomanie et épisode dépressif majeur- Trouble cyclothymique : hypomanie avec épisode dépressif ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif majeur- Trouble bipolaire non spécifié
Les troubles bipolaires de l'adulte dans la <u>CIM-10</u>	<ul style="list-style-type: none">- Trouble bipolaire- Autres troubles bipolaires (épisodes maniaques récurrents, trouble bipolaire de type II)- Trouble bipolaire sans précision

Tableau II : Troubles bipolaires d'après le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2002) et la CIM-10 (Organisation Mondiale de la Santé 1992)

Notons que dans le DSM-IV-TR comme dans la CIM-10, les catégories "trouble cyclothymique" et "trouble bipolaire non spécifié" ou "sans précision" laissent une liberté certaine au clinicien, qui a la possibilité d'inclure dans la bipolarité des formes atténuées ou tronquées, dans un esprit d'élargissement du concept.

1.2.2.2. DSM-5

1.2.2.2.1. Le trouble bipolaire dans le DSM-5

Afin d'améliorer la précision du diagnostic et faciliter une détection précoce du trouble bipolaire, la description des symptômes (critère A) des épisodes maniaque et hypomaniaque insiste à présent autant sur l'augmentation d'activité et d'énergie que sur l'exaltation de l'humeur (American Psychiatric Association et al. 2013).

La catégorie des états mixtes a été supprimée, et remplacée par le qualificatif "avec caractéristiques mixtes", qui peut être utilisé pour décrire les épisodes de manie, d'hypomanie ou de dépression caractérisés, dans lesquels des symptômes infraliminaux du pôle opposé sont présents.

Le DSM-5 apporte des précisions concernant la catégorie "Trouble bipolaire non spécifié et Troubles apparentés". Font dorénavant partie de cette catégorie, les individus avec antécédent d'épisode dépressif majeur, qui présentent au moment du diagnostic tous les critères d'hypomanie excepté celui de durée, c'est-à-dire présentant une hypomanie durant moins de 4 jours consécutifs. Les patients pour qui la durée d'hypomanie d'au moins 4 jours consécutifs est respectée, mais qui ne présentent pas tous les autres critères nécessaires au diagnostic de trouble bipolaire II, peuvent également rentrer dans cette catégorie (American Psychiatric Association et al. 2013). Ces données, dans la nouvelle édition du DSM, traduisent une volonté d'élargissement des critères de bipolarité.

Cette évolution actuelle du concept de bipolarité nous amène à nous interroger, comme nous le verrons, sur ses frontières avec la schizophrénie d'une part, et avec les troubles de la personnalité, voire la normalité, d'autre part.

1.2.2.2. Aux frontières du trouble bipolaire : le trouble schizoaffectif et les troubles de la personnalité dans le DSM-5

-le trouble schizoaffectif :

Dans le DSM-5, le critère A du diagnostic de trouble schizoaffectif est modifié : la présence simultanée d'un épisode thymique caractérisé¹ et de symptômes répondant au critère A de schizophrénie est à présent nécessaire "durant la majorité de la durée totale du trouble", et non plus simplement "à un moment donné".

Cette modification fait du trouble schizoaffectif un diagnostic longitudinal, et a pour but d'augmenter la fiabilité et la stabilité de ce diagnostic (American Psychiatric Association et al. 2013).

- les troubles de la personnalité

Dans le DSM-5, les 3 premiers des 5 axes² organisant les éditions précédentes du DSM ont été regroupés en un seul axe, qui comprend de fait tous les troubles mentaux, y compris les troubles de la personnalité, et toutes les pathologies médicales autres que psychiatriques ou neuropsychiatriques. La distinction arbitraire entre les troubles de la personnalité et les autres troubles mentaux est ainsi supprimée.

¹ Il peut s'agir soit d'un épisode dépressif majeur, soit d'un épisode maniaque, soit d'un épisode mixte

² Rappelons les 5 axes organisant le DSM de la première édition à la quatrième édition révisée :

- Axe I : Troubles majeurs cliniques
- Axe II : Troubles de la personnalité et retard mental
- Axe III : Aspects médicaux ponctuels et troubles physiques
- Axe IV : Facteurs psychosociaux et environnementaux
- Axe V : Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement

Par ailleurs, le DSM-5 propose la même approche catégorielle et les dix mêmes troubles de la personnalité que le DSM-IV. En revanche, un modèle hybride associant critères dimensionnels et catégoriels est proposé à côté du corps principal du manuel, dans la Section III. Cette approche alternative doit être soumise à de plus amples recherches pour validation (American Psychiatric Association et al. 2013).

II. BIPOLARITE ET PSYCHOSE DANS LA PSYCHOPATHOLOGIE CLASSIQUE

Nous avons retenu, parmi les différents courants psychopathologiques qui ont marqué le XXe siècle, la psychiatrie française classique, la phénoménologie et l'approche psychodynamique. En effet, ces trois courants se sont d'avantage attachés à rechercher une unité d'être et de fonctionnement à l'intérieur des différentes pathologies mentales. Pour chacune de ces approches, nous nous présenterons les travaux des figures les plus représentatives s'étant intéressées à la question de la bipolarité : Ey, Tellenbach, Abraham et Bergeret.

II.1. Un point de vue de psychiatrie française classique : la manico-dépression selon Henri Ey

II.1.1. L' "homme manico-dépressif"

Pour Ey, les psychoses aiguës, et en particulier les accès de manie ou de mélancolie, mais aussi les bouffées délirantes et hallucinatoires, les états crépusculaires oniroïdes, la confusion onirique, qu'ils soient isolés ou qu'ils entrent dans le cadre des psychoses périodiques, constituent une série d'"états" qui ne peuvent être dissociés les uns des autres que de manière artificielle. Ainsi, du point de vue pathogénique, les psychoses traduisent les divers niveaux de déstructuration de la conscience. Dans la psychose manico-dépressive, le niveau de déstructuration de la conscience auquel correspondent les accès d'expansion et de dépression est celui de la désintégration temporelle éthique de l'être, dont l'état de "paroxysme émotionnel" nous fournit un assez bon modèle. (Ey 1954a). La crise de manie ou de mélancolie est "une crise existentielle de la condition humaine" (Ey 1954d, p. 508).

La psychose maniaco-dépressive est caractérisée pour notre auteur par un déséquilibre fondamental de la vie émotionnelle, autrement dit par une instabilité essentielle de la structure temporelle éthique de la conscience ou, si l'on veut, par une disposition cyclothymique basale. La maladie se définirait avant tout par la précarité du contrôle des réactions expansives et dépressives de masse, et par un abaissement du seuil des réactions exprimant les désirs effrénés de vivre ou mourir, d'aller en avant ou de revenir en arrière. La "constitution cyclothymique" préexisterait donc au développement d'une psychose maniaco-dépressive, et serait l'un des facteurs de déclenchement de cette dernière : il s'agit, dans la théorie de Ey, d'un arrêt du développement de la vie psychique, associé à une pathologie de la "constitution, du tempérament, du biotype et du caractère" (Ey 1954d, p.470). Si cette "constitution cyclothymique" préexiste au développement de la psychose maniaco-dépressive, on peut supposer qu'elle persiste également entre les crises maniaques et dépressives, ce qui irait dans le sens de l'existence d'une constitution propre à l'homme maniaco-dépressif.

Au sein de son étude psychopathologique des psychoses périodiques maniaco-dépressives, Ey se demande "comment l'homme maniaco-dépressif est engagé dans ses crises et quel sens elles ont pour lui" (1954d, p.508). Il parle d'un "homme maniaco-dépressif" qu'il définit en citant Binswanger comme "l'homme antinomique par excellence", dans le sens où il "vit dans le contraste", sans cesse "pris entre les désirs et les devoirs" (1954d, p.508). Si l'on s'arrête à cette définition, on pourrait estimer que l'homme maniaco-dépressif est finalement un homme qui ressemble beaucoup à tous les hommes, mais Ey précise que chez l'homme maniaco-dépressif, non seulement cette antinomie éthique est plus intense, mais elle a un autre sens : elle est "l'expression d'un *besoin* fondamental d'extrémisme existentiel" (1954d, p.508).

Ainsi, le déséquilibre n'est pas seulement un contraste entre les phases d'existence de l'homme maniaco-dépressif, c'est un contraste qui gît au fond de lui même, à chaque instant de son existence (1954d, p.509). Il existerait un "homme maniaco-dépressif" avant l'apparition chez cet homme d'une maladie maniaco-dépressive, et cet "homme maniaco-dépressif" continuerait d'exister en dehors des crises. C'est en ce sens que Ey parle d'une personnalité "prépsychotique" (1954d, p.509).

Les pôles maniaque et dépressif sont alors indissociables l'un de l'autre, le pôle qui s'exprime en surface réprimant l'autre pôle qui continue d'exister de manière latente. Cette réflexion est de première importance pour bien montrer, comme le souligne Ey, que "l'enracinement des crises n'est pas seulement dans la structure génotypique de l'être, dans la forme du corps ou dans le bouleversement que l'émotion répand dans ses humeurs, mais dans l'organisation même de sa personne" (1954d, p.509). Là encore, on comprend que, pour Ey, il existe une certaine "particularité" de l'homme maniaco-dépressif, au plus profond de lui-même.

II.1.2. Le pôle maniaque

Afin de mener une analyse structurale de la manie, Ey, dans l'étude qu'il lui consacre, reprend l'analyse existentielle de Binswanger (Binswanger 1931), qui, dit-il, mieux que personne, a approfondi l'étude de la "conscience maniaque" (Ey 1954b).

Binswanger parle d'un "monde maniaque", avec l'idée que dans la crise maniaque existe un trouble de la conscience qui perturbe radicalement les rapports entre le Moi et le Monde, ce trouble de la conscience maniaque étant marqué par "l'expansivité et l'avidité" (Ey 1954b, pp.70–71). Ainsi, le monde maniaque est un "monde optimiste" : il y a toujours assez de temps et d'espace pour parvenir à ses fins (Ey 1954b, p.75). Pour reprendre Husserl, "l'originalité de l'expérience maniaque [...] doit être recherchée dans une modification de la constitution même de l'univers qui n'est pas une réalité en soi, mais une organisation impliquant la loi de la transcendance" (cité par Ey 1954b, p.75).

Ey rapporte l'analyse faite par Binswanger concernant la structure thématique de propos tenus par un malade en phase maniaque (Ey 1954b, p.78). Il apparaît que les contradictions du malade dans ce moment de manie seraient "l'expression d'un conflit [...], humainement très significatif et compréhensible". Ainsi, "en plein cœur de la fuite des idées, cet homme est encore un homme et, en un certain sens, un

homme normal". Pour ce malade en plein épisode maniaque, est-il encore question de psychose?

Pour les psychanalystes, ce conflit est à la base de la genèse du désordre, et en l'occurrence de l'état maniaque ; pour P. Schilder, au contraire, c'est la psychose qui a intensifié le conflit (Ey 1954b, p.79). Ey, de son côté, ne s'intéresse pas à ces considérations sur l'étiologie et la genèse de la manie, ce qui lui importe est de "pénétrer dans la modalité existentielle du conflit maniaco-dépressif, l'essentiel étant ce qui, sous l'état maniaque [...], constitue encore une structure de la problématique de l'existence" (1954b, p.79). La fuite des idées confuse et incohérente du malade en phase maniaque traduit un conflit qui existe en permanence chez le maniaco-dépressif entre la joie extrême de la tendance maniaque d'une part, et le refus de l'existence de la tendance dépressive d'autre part.

Ce conflit propre au maniaco-dépressif est à distinguer, comme s'y attache Binswanger dans un autre article, de l'ambivalence schizophrénique (Binswanger 1931, pp.201–218).

Celle-ci, qui résulte de la *Spaltung* de sa vie psychique, a quelque chose de systématique, la vie psychique se développant selon Bleuler en séries "parallèles". Le schizophrène peut ainsi aimer et haïr à la fois, et s'entêter, d'une manière "parallèle", "rectiligne" et "excentrique", dans cette double direction juxtaposée. L'existence antinomique du maniaco-dépressif est tout à fait différente, le malade étant sans cesse rejeté d'un côté ou de l'autre de l'objet, décrivant autour de celui-ci des mouvements "rythmiques" et "concentriques", et oscillant sans cesse entre le bien et le mauvais (Ey 1954b, p.79).

Par ailleurs, Ey souligne que la structure antinomique de l'existence maniaco-dépressive doit également être distinguée de l'aboulie névrotique, en ce sens qu'il n'y a "pas d'indécision mais de fortes poussées dans l'un et l'autre sens" (1954b, p.80).

Toutefois, un rapprochement entre la manie et la névrose peut être fait si l'on considère cette fois les éléments délirants présents dans certains états maniaques. En effet, dans certains cas de délires maniaques, il existe une trame "imaginaire" qui se retrouve aussi bien avant la psychose que dans la psychose, et, pour Ey, il serait très difficile de distinguer de ce point de vue ce qui différencie ces états maniaques des états hystériques (Ey 1954b, p.81). Ainsi pour Ey, la manie pourrait être rapprochée à la fois de la névrose et de la psychose.

L'analyse structurale de la crise de manie par Binswanger, reprise par Ey de manière systématique dans son étude (Ey 1954b), amène à un certain nombre de conclusions dont nous retiendrons les suivantes :

1° La fuite des idées du maniaque représente "une certaine manière d'être-au-monde", la structure existentielle et globale de l'être correspondant à la "vie esthétique" (1954b, p.84).

2° Sur le plan psychopathologique, la fuite des idées consiste en des "modifications profondes de la possibilité de poser et de vivre la relation du Moi et du monde" (1954b, p.86).

Si l'on parle de différents "degrés" de fuite des idées, il ne peut s'agir pour Binswanger que de "niveaux de conscience de la réalité", cette dernière englobant à la fois "les désirs et l'imagination", dans leur sens existentiel (Ey 1954b, p.86).

3° Au total, pour Binswanger, l'existence maniaque, le *Dasein* maniaque, est une modalité régressive de l'être.

Ey, qui reprend ces conclusions, souligne que, selon sa perspective organodynamiste, il est important de montrer la conscience du maniaque comme "altérée et diminuée", mais également comme "organisée par un courant de significations qui constitue une expérience originale des relations humaines". Ainsi le maniaque possède à la fois une structure négative et formelle, et une structure positive.

La structure de la manie est essentiellement temporelle dans le sens où c'est le déroulement de la conscience dans le temps qui est troublé : la conscience maniaque fait un bon dans le temps, elle n'est plus organisée selon le déroulement présent de son histoire, et perd tout contrôle (Ey 1954b, pp.86–87).

Pour Ey, l'état maniaque est donc bien plus qu'un simple trouble de l'humeur : il ne s'agit pas seulement d'un état d'hyperthymie hyperproductive, la vie psychique maniaque présente aussi un caractère déficitaire fondamental, véritable état d'amointrissement, "baisse de niveau" selon les termes de Ey.

De même, d'après Deron, psychiatre français du début du XXe siècle, le trouble fondamental n'est pas l'exaltation thymique, mais un "trouble de la synthèse psychique" (Deron 1928, p.35), une "insuffisance de schématisation des idées" (Deron 1928, p.23).

La décomposition du champ de la conscience est au premier plan, c'est la "structure négative de la manie", "déstructuration temporelle-éthique de la conscience" (Ey 1954b, pp.87–88) : la frénésie du maniaque le pousse à ne se soumettre à rien, à ne s'arrêter à rien, ni au présent qui requiert une certaine immobilité, ni aux disciplines éthiques ou logiques qui exigent un retour en arrière, une réflexion. Comme l'explique Ey, il existe "un désordre de l'ordre temporel par impatience", et un "désordre éthique par insouciance". Cette désorganisation de l'ordre temporel-éthique observé chez le malade en crise maniaque représente une rupture de la continuité historique de l'individu, cet état propre au maniaque ne persisterait pas dans les périodes intercrises.

La particularité de l'analyse de cet auteur est de considérer que ce désordre temporel-éthique n'est pas que désorganisation, et suppose lui-même une certaine forme d'existence, donc d'organisation, qui constitue la "structure positive" de la manie.

Concernant les propos souvent incohérents tenus par le sujet en état maniaque, Ey parle de "demi-délire" : ce n'est pas du délire, car le sujet "n'y croit pas", ce n'est pas non plus "une pensée strictement adaptée au réel comme un jeu contrôlé" (Ey 1954b, p.93). En général le niveau maniaque est plus imaginaire, affabulatoire que "délirant", mais la moindre baisse de niveau entraîne une dissolution plus grande des synthèses de la personnalité et de la réalité, vécue alors comme "expérience délirante" (Ey 1954b, p.94).

Nous retiendrons de cette étude sur la manie que cette dernière représente un niveau peu profond de dissolution de la conscience. En effet, le jeu qui caractérise le maniaque témoigne d'une fiction peu profonde, d'un "demi-délire". Il persiste une certaine "adhérence du maniaque au Réel", ou, tout au moins, il existe une "projection [du maniaque] dans le monde des objets, dans l'ambiance" (Ey 1954b, p.96). Le maniaque, contrairement au schizophrène, ne sombre pas vers le noyau subjectif de la vie psychique, au contraire "il s'efforce encore de se projeter en dehors" (Magnan 1873, p.383).

Ey parle, concernant ce premier niveau de déstructuration de la conscience que représente la manie, de "première décomposition des forces du Moi", "première forme de psychose aiguë". Mais le maniaque n'apparaît pas psychotique de la même manière que le schizophrène, il fournit un effort incessant pour "se maintenir au niveau d'une réalité mais d'une réalité qui lui échappe" (Ey 1954b, p.96).

Pour Ey, la manie et la mélancolie doivent être considérées comme "deux aspects «dramatiques» d'une même structure conflictuelle de la conscience" (Ey 1954c, p.114). Il adopte ainsi le point de vue de Binswanger pour qui c'est la structure même du conflit qui définit l'un et l'autre de ces troubles, soit vers "l'abandon des règles morales et des lois de la «dure réalité»" dans la manie, soit au contraire vers "l'asservissement complet aux lois du devoir, à l'impératif catégorique de l'interdiction", dans la mélancolie (Ey 1954c, p.114). Si les formes d'existences

maniaque ou mélancolique paraissent totalement indépendantes l'une de l'autre, chacune d'elle suppose et implique en fait la possibilité de l'autre *Dasein*.

II.1.3. Le pôle mélancolique

Un rapide historique de la mélancolie met en évidence les relations qui existent entre la mélancolie et les délires, Ey soulevant cependant l'idée que ces relations naturelles peuvent parfois être remises en question (Ey 1954c, p.121).

Dans une perspective existentielle, cet auteur s'intéresse à l'analyse de Janet pour qui la mélancolie est une "agonie morale", une "peur sans objet", en fait une peur de l'action, entraînant un "arrêt de l'action" (Janet 1937).

Il cite également Minkowski, qui écrit que dans la mélancolie, "l'avenir se trouve barré", c'est une "maladie du temps", le malade étant "rejeté vers le passé" (Ey 1954c, p.144).

Pour Von Gebattel, psychiatre allemand contemporain de Ey, "le vide et le gouffre sont au centre de la psychose [mélancolique]". Dans la mélancolie, le vide de la vie psychique est vécu sur deux registres : le "Moi vide à la recherche du Moi plein", et la "résistance au gouffre vertigineux du vide" (Gebattel Von 1937, p.255). Ainsi, la forme d'existence dans le vide serait, selon Von Gebattel, un des aspects le plus caractéristique de l'humeur maniaco-dépressive.

Par ailleurs, la forme mélancolique de l'existence dans le vide consiste en une forme de dépersonnalisation (Gebattel Von 1937).

Pour Ey, ces expériences de dépersonnalisation peuvent être rapprochées de celles vécues dans la psychose hallucinatoire aiguë ; cependant il existe entre ces pathologies une discontinuité de structure : la psychose hallucinatoire aiguë se situe sur un palier inférieur, avec des processus de déstructuration plus importants que ceux en jeu dans la déstructuration temporelle-éthique de la mélancolie. Dans la mélancolie, le Moi est peu altéré (Ey 1954c, pp.146-147).

H. Ey attache une importance particulière à l'analyse de la structure de la mélancolie. Tout comme dans la manie, il distingue dans la mélancolie une structure négative et une structure positive, marquées par la "modification structurale de la conscience et surtout de la temporalité" (1954c, p.151).

La structure négative est représentée par un trouble de l'activité dynamique et de la lucidité de la conscience, marqué par une destruction du présent, en tant que "moment essentiel de l'espoir et de l'action", comme si l'on assistait à une "coagulation de la temporalité" (Ey 1954c, p.164).

Cette structure négative de la mélancolie est complétée par une "dynamique intentionnelle" du vécu mélancolique : la structure positive.

Ainsi, les symptômes présentés par le mélancolique ne reflètent pas seulement son impuissance à agir, mais aussi "un *parti-pris* de pousser tout au tragique [...] jusqu'à une sorte de sublime grandiose" (Ey 1954c, p.165), même si cette mégalomanie mélancolique n'est bien sûr pas toujours apparente.

La conscience du mélancolique est envahie par une angoisse métaphysique, et le devoir de "se punir de tout" (Ey 1954c, p.171). Si les thèmes vécus dans la mélancolie nous renvoient à l'angoisse primitive de situations infantiles typiques et stéréotypées, pour Ey, contrairement au point de vue des psychanalystes, le mélancolique subit une "exigence d'actualisation", plutôt qu'une "régression" de sa conscience et de sa personnalité à la phase infantile de son développement. Autrement dit, le mélancolique subit la "remontée des couches inconscientes et oubliées de l'angoisse" (Ey 1954c, p.170).

Ainsi la mélancolie apparaît comme une "impuissance", impuissance à se laisser aller au déroulement temporel de l'existence. Cette impuissance est investie d'une signification existentielle, dans la mesure où elle est vécue comme un "besoin",

besoin d'aller vers l'anéantissement, de se soumettre à l'impératif catégorique du mal (Ey 1954c, p.170).

Concernant la notion de délire dans la mélancolie, Ey écrit que "le bouleversement structural de la conscience implique une telle distorsion de la réalité que l'on peut dire que toute structure morbide de la conscience est délirante" (Ey 1954c, p.153), et en ce sens, tout comme la conscience maniaque, la conscience mélancolique est délirante.

La manie et la mélancolie, formes de déstructuration de la conscience vécue au niveau d'un conflit éthique, se trouvent au "premier niveau de dissolution de la conscience", et se présentent comme un "drame de la conscience morale" (Ey 1954c, p.170).

II.1.4. La question de la psychose dans la maniaco-dépression

Dans son étude sur *Les psychoses périodiques maniaco-dépressives*, Ey pose la question de la psychose et de la névrose dans la maniaco-dépression, avec l'interrogation suivante : "les formes de psychoses périodiques qui s'organisent en névroses ou en délires chroniques ou aboutissent à un état d'affaiblissement intellectuel plus ou moins schizophrénique, font-elles partie de la psychose maniaque-dépressive?" (Ey 1954d, p.450).

Ey commence par étudier dans quelle mesure le malade maniaco-dépressif présente, avant l'éclosion des accès ou entre eux, "un type d'organisation névrotique" (Ey 1954d, p.451). Pour Ey, le problème de l'angoisse est central dans les manifestations de déséquilibre cyclothymique ou "crises névrotiques". Entre les accès, l'habitus morbide est généralement constitué par la persistance plus ou moins évidente

d'angoisse ou de dépression (Ey 1954d, p.451). Il existerait donc un état particulier propre au maniaco-dépressif, état qui persisterait entre les accès, et qui pourrait être situé du côté de la névrose. Ey ajoute qu'il s'agit parfois de "structures névrotiques plus accentuées", telles que des angoisses phobiques ou des structures hystériques avec mécanisme de conversion, qui, selon ses termes, ne sont séparées des "névroses cyclothymiques" que "par un artifice de définition" (Ey 1954d, p.452).

Notre auteur étudie ensuite les relations entre les crises de type maniaco-dépressif et les organisations délirantes chroniques. Il souligne les difficultés à distinguer parfois les troubles de l'humeur des délires chroniques, ce qu'il étudie à travers l'examen du rapport entre la psychose maniaco-dépressive et les schizophrénies. Cette question toujours actuelle de la distinction parfois difficile entre maniaco-dépression et schizophrénie semble ainsi exister depuis la création de ces concepts diagnostiques, et interroge indirectement les liens entre bipolarité et psychose. La position classique de Kraepelin et de ses défenseurs est de distinguer la psychose maniaco-dépressive de la schizophrénie par leurs évolutions typiques respectives, celle de la maniaco-dépression étant marquée par "une absence caractéristique d'affaiblissement intellectuel" (Ey 1954d, p.453). Cependant, comme le souligne Rouart dans sa thèse de 1935, à côté de la forme pure et typique de psychose maniaco-dépressive d'une part, et de schizophrénie d'autre part, d'évolutions respectives nettement différentes, il existe de nombreuses formes "marginales", à symptomatologie intermédiaire. La symptomatologie de ces formes atypiques mêle à la fois l'intermittence, les tableaux cliniques maniaco-dépressifs, et la discordance (Rouart 1935).

C'est dire si la maniaco-dépression apparaît d'une certaine manière liée à la psychose, ne serait-ce que par le problème de ses formes atypiques et du diagnostic différentiel.

Pour Ey, l'évocation de ces formes atypiques de manie et de mélancolie est l'occasion de rappeler les difficultés que rencontre la définition du groupe maniaco-dépressif, et l'existence d'un "pont naturel entre les crises et les formes d'organisation chroniques psychotiques et névrotiques" (Ey 1954d, p.454).

II.1.5. Les bornes de la psychose maniaco-dépressive en question

Parmi les formes atypiques de maniaco-dépression, Ey s'intéresse en particulier à la place des formes maniaco-dépressives d'involution, c'est-à-dire à leur appartenance ou non au groupe des psychoses périodiques maniaco-dépressives. Il s'agit d'une question importante puisqu'elle renvoie à celle de la définition même de la psychose maniaco-dépressive.

En Allemagne, dans les suites du travail de Dreyfus (Dreyfus 1907), la tendance est à englober toutes les formes maniaco-dépressives d'involution, y compris les mélancolies d'involution, dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive (Ey 1954d, pp.463-464).

En France, au contraire, de même que dans les pays anglo-saxons, l'idée d'une autonomie de la mélancolie d'involution domine. Pour Capgras, la mélancolie d'involution serait même la forme pure, "vraie", de la mélancolie, et n'entre pas dans les psychoses périodiques (Ey 1954d, p.464).

Gausson, psychiatre allemand du XXe siècle, a tenté de mettre en évidence des aspects cliniques caractérisant les mélancolies d'involution, et qui permettraient de les distinguer comme mélancolies "endogènes" de type "périodique" ou "maniaco-dépressif" (Ey 1954d, p.465). Parmi ces cinq caractéristiques cliniques, celle correspondant aux "délires de négation et hallucinations" attire particulièrement notre attention, puisqu'elle renvoie à la définition actuelle de la psychose.

Par ailleurs, Ey ne sépare pas les mélancolies d'involution des psychoses maniaco-dépressives. Il souligne même que, si l'on admet que la psychose maniaco-dépressive peut éclater à tout âge, elle a encore plus de chance de se manifester à cet âge tardif et spécialement sous la forme de mélancolie (1954d, p.468).

Ainsi on pourrait en déduire que la maniaco-dépression présente des aspects psychotiques par la présence d'éléments délirants et d'hallucinations.

II.1.6. Conclusion

La psychose maniaco-dépressive, dans laquelle la périodicité et l'incessant balancement entre manie et mélancolie manifestent le conflit de l'être, établit "une profonde anastomose entre la pathologie de la conscience et la pathologie de la personnalité".

Ainsi, pour Ey, la psychose maniaco-dépressive constitue un pont entre les psychoses chroniques (par la périodicité -et en un sens la chronicité- de la déstructuration de la conscience) et les névroses, que Ey désignait sous le terme de "pathologies de la personnalité".

Nous retenons la mise en évidence de la nature antinomique, antithétique de l'homme maniaco-dépressif sans cesse partagé entre le désir d'aller de l'avant et le devoir de revenir en arrière, entre "la liberté la plus dérisoire et la fatalité la plus illusoire".

D'après Ey, si l'on veut saisir l'unité des névroses et des psychoses pour ce qu'elle est, il faut considérer le problème des névroses dans le cadre anthropologique des psychoses maniaco-dépressives sinon des "crises" tout au moins de la structure antinomique de la personne maniaco-dépressive.

Au cours de ses études *Manie, Mélancolie* et *Psychose maniaco-dépressive*, Ey met ainsi en évidence sa volonté, pour comprendre au mieux la maniaco-dépression, de sortir du cadre enfermant du strict raisonnement en névrose et psychose, et de se placer au-dessus, à un niveau anthropologique. Il s'agirait de dégager une unité anthropologique chez la personne qui développe une maniaco-dépression, afin de comprendre l'homme maniaco-dépressif en tant que personne particulière.

En effet, si on se borne à voir l'intercrise comme une névrose structurée, comment peut-on la comprendre, alors qu'elle s'installe après un épisode de décompensation

maniaque ou mélancolique ? Il conviendrait plutôt de considérer le recours, pendant l'intercrise, à des mécanismes de défense de type névrotique, qui peuvent être dépassés lors des décompensations, c'est-à-dire au moment des crises.

De même, si l'on cherche à tout prix à voir les épisodes maniaques ou mélancoliques comme une psychose, fut-elle aiguë, comment peut-on en saisir la spécificité, sachant qu'il s'agit d'une psychose particulière, basée uniquement sur le trouble thymique?

Ey insiste sur la nécessité d'aller au-delà de cette question de la névrose et de la psychose. Il souligne à plusieurs reprises l'importance de dégager ce qui est commun à la crise et à l'intercrise, chez l'homme bipolaire.

Cependant, même s'il insiste beaucoup sur ce point, Ey ne fournit pas d'hypothèse psychopathologique particulière pour répondre à cette question de la "spécificité" de l'homme maniaco-dépressif et de ce qui fait sa "permanence".

On peut saluer le fait qu'il ait soulevé la question, à une époque où l'école psychanalytique répandait largement une vision essentiellement structuraliste de la psychopathologie.

Paradoxalement, l'unité qui semble se dégager chez la personne maniaco-dépressive est justement, à notre sens, la notion d'antinomie. L'antinomie de l'homme maniaco-dépressif réside dans ce perpétuel balancement entre manie et mélancolie, mais elle se situe également dans l'alternance et l'opposition même entre crises et intercrise.

Cette antinomie entre crises et intercrise nous semble plus importante encore à souligner, car c'est celle qui pose le plus question. En effet, la différence observée entre les moments de crise et l'intercrise est une différence de type qualitatif : on passe d'un moment d'intercrise d'allure névrotique, c'est-à-dire "du côté de la normalité", à des moments de crises se situant plutôt du côté de la psychose, psychose particulière puisque basée uniquement sur le trouble thymique. Cette différence qualitative entre les différents moments d'évolution de la maniaco-

dépression est peut-être ce qu'il y a de plus singulier dans cette pathologie. En effet, le plus souvent, les différences observées au cours de l'évolution des psychoses chroniques sont au contraire des différences quantitatives. Dans la schizophrénie par exemple, il existe une différence quantitative entre les symptômes résiduels observés dans les phases de rémission (délire à bas bruit par exemple), et les symptômes plus apparents des phases de décompensation (délire hyper-productif par exemple).

La lecture des *Etudes* de Ey nous permet de comprendre que si l'on se contente de la "bipolarité" d'un raisonnement structural cloisonné en névrose et psychose, on risque de passer à côté de la compréhension de l'homme bipolaire.

La question soulevée par Ey de l'existence ou non d'une "spécificité" de l'homme bipolaire nous semble particulièrement intéressante, c'est avec cet angle de réflexion que nous abordons le sujet de notre thèse.

II.2. L'approche phénoménologique de Tellenbach

Intéressons-nous à présent au point de vue de Tellenbach, psychiatre allemand du milieu du XXe siècle, lié au mouvement phénoménologique.

Notre choix s'est porté sur la théorie de Tellenbach, dans la mesure où il s'agit d'une orientation originale de la phénoménologie psychiatrique, qui tend à vouloir se démarquer de la classique phénoménologie descriptive telle qu'on la connaît avec Minkowski, Straus ou même Ey. Tellenbach, tout commeBinswanger à la même époque, apporte une phénoménologie nouvelle, dynamique, dans le sens où l'on s'intéresse à la trajectoire de l'existence, beaucoup plus qu'à des moments, à des contenus statiques.

II.2.1. La mélancolie de Tellenbach

Le travail de Tellenbach sur les troubles de l'humeur est développé dans son ouvrage de 1961 consacré à la mélancolie, traduit en français en 1979 (Tellenbach 1979).

Malgré l'intérêt que nous portons à la théorie de cet auteur, nous avons bien conscience de la critique que l'on pourrait nous opposer d'avoir choisi un ouvrage consacré à la mélancolie et non directement à la maniaque-dépression, c'est pourquoi il nous paraît important de justifier ce choix.

Rappelons tout d'abord que dans l'antiquité, les médecins hippocratiques attribuaient aux mélancoliques des oscillations extrêmes d'ordre maniaque aussi bien que dépressif. Ainsi, comme le souligne Flashar qui s'est intéressé au *Corpus Hippocraticum* dans son ouvrage consacré à la mélancolie (Flashar 1966) : "les manifestations affectives orientées différemment convergent déjà aux yeux des médecins hippocratiques pour tracer l'image du mélancolique un peu dans le sens de notre psychose périodique".

Plus récemment, à l'époque où le terme de "psychose maniaque-dépressive" était largement utilisé, c'est-à-dire au moins jusqu'aux années 1980, date de la disparition de ce terme dans les classifications avec la parution du DSM-III en 1980, les auteurs s'intéressaient principalement à l'épisode mélancolique, au détriment de l'épisode maniaque. Du fait du regard psychopathologique alors largement prédominant, la lecture du vécu mélancolique était si l'on peut dire "au centre" de la psychose maniaque-dépressive, permettant d'en saisir la globalité.

C'est ainsi que Freud et Abraham, dans leurs réflexions sur la maniaque-dépression, sont partis de l'étude de la mélancolie unipolaire, pour l'étendre à la bipolarité (Freud 1986, Abraham 2010).

De même, Tellenbach, s'il insiste sur la distinction entre la mélancolie unipolaire et celle qui s'inscrit dans le cadre d'une maladie bipolaire, précise toutefois que cette

dernière présente les mêmes caractéristiques que le typus mélancolique, plus ou moins associées à d'autres caractéristiques (Tellenbach 1979, p.98).

Aussi, dans une perspective de compréhension psychopathologique du trouble bipolaire, il nous paraît intéressant d'étudier le point de vue de Tellenbach sur la mélancolie.

Notre propos ne tentera pas ici de résumer *La mélancolie*, ouvrage très riche de Tellenbach (1979) ; il s'agira plutôt de mettre en avant les concepts importants développés par cet auteur et permettant d'éclairer notre question, celle de la place de la psychose dans le trouble bipolaire. Dans cette perspective, nous nous intéresserons particulièrement à sa vision de la situation prémélancolique et de l'intercrise.

Avant cela, il nous semble toutefois important de rappeler que la théorie de Tellenbach repose sur le concept d'Endon. Il s'agit d'un concept métapsychologique, mais aussi métasomatique, qui correspond à la notion d'une globalité indivisible où les phénomènes prennent leur source. L'endogénéité est considérée comme origine. L'Endon représente une "région d'unité anticipée", "région qui précède la distinction soma-psyché", région aux confins de laquelle se situe la question de l'origine de la mélancolie.

L'Endon est "la somme du possible qui peut être livré à la vie par la créature organique en tant que nature portant des empreintes, pour peu que cette vie soit suscitée par le cosmos environnant" (Tellenbach 1979, p.295). Autrement dit, il n'y a pas de vie sans environnement qui l'entoure, il n'y a pas de chose sans être pour les percevoir et ainsi leur donner une existence.

Une des expressions caractéristiques de l'Endon est un typus, dont on peut dégager un certain nombre de traits essentiels.

II.2.2. Le typus melancholicus

Le typus melancholicus est une des conditions de la pathogénèse des mélancolies. La description, par Tellenbach, de ce typus, occupe une place importante dans son ouvrage consacré à la mélancolie. Néanmoins, ce qui a retenu notre intérêt n'est pas tant la description de ce typus en elle-même, bien qu'elle soit très dense, mais surtout le fait que les traits essentiels qui le constituent attestent d'un mode spécifique de rencontre avec le monde, mode de rencontre qui préexiste au déclenchement de la mélancolie (Tellenbach 1979, p.296), et qui persiste dans les périodes intercrises (Tellenbach 1979, p.96). Précisons qu'avant Tellenbach, d'autres auteurs avaient décrit des types "prémélancoliques", en particulier Abraham, mais aussi Kretschmer et Mauz, pour ne citer qu'eux.

Au cours d'une étude portant sur tous les patients souffrant de mélancolie admis à l'hôpital d'Heidelberg en 1959, Tellenbach a mis en évidence des caractères distinctifs, constitutifs des mélancoliques. Ces traits fondamentaux d'un typus mélancolique se rencontraient de manière si habituelle qu'il les a considérés comme condition essentielle pour le développement de la situation prémélancolique (Tellenbach 1979, p.111).

Les caractéristiques du typus mélancolique témoignent de la nature de l'ordre qui régit les rapports des mélancoliques avec le monde et avec leur soi (Tellenbach 1979, p.175). Ces rapports sont marqués par un amour de l'ordre particulier, une forme extrême de l'amour de l'ordre. Ils ordonnent ainsi la structure du type mélancolique.

Néanmoins, le fait pour un individu de présenter un caractère ordonné ne représente pas en soi un risque de devenir mélancolique. En revanche, tous les mélancoliques ont une personnalité attachée à l'ordre, et ceci au moins dans un domaine essentiel de la vie (1979, p.114). Cette dimension peut être observée notamment pendant les périodes de rémission, et préexiste au déclenchement de la mélancolie, ce qui en fait un trait "particulier" aux mélancoliques. Tellenbach explique que cet amour de l'ordre

apparaît dès l'enfance, "on porte cela en soi, on ne peut pas faire autrement" (1979, p.176).

Cet attachement particulier à l'ordre peut concerner tous les domaines de la vie, et souvent, en premier lieu, la sphère du travail.

Ainsi, le typus melancholicus est marqué par une haute exigence dans son propre travail, concernant la qualité mais aussi la quantité, tout en se conformant à une direction qui lui paraît possible (1979, p.116), ce qui explique que les individus présentant ce typus atteignent rarement un niveau social élevé.

Cette double exigence vis-à-vis de la précision du travail effectué, mais aussi de son rendement, représente une menace pour le typus melancholicus, dans la mesure où un équilibre parfait entre les deux doit être respecté (1979, p.122). Si celui-ci est rompu, par augmentation ou diminution de l'un ou de l'autre, l'individu peut sombrer dans la mélancolie. Le patient est ainsi partagé entre la tendance à la précision et la tendance à beaucoup en faire, et si, par exemple, la minutie fait obstacle au besoin de rendement, ou s'il existe un surmenage des deux côtés, la décompensation mélancolique peut survenir.

L'attachement particulier à l'ordre du typus melancholicus s'observe aussi dans ses relations avec autrui.

Si ces relations peuvent être idéalisées au cours de l'épisode maniaque ou dévalorisées au cours de l'épisode mélancolique, entre les crises il s'agit avant tout, pour l'individu, de renvoyer mais aussi de s'approprier une image la plus conforme possible à celle qu'il pense que les autres attendent de lui.

Ainsi, la vie sociale est assumée dans le sens d'une performance. L'individu se doit de toujours entretenir de bonnes relations avec tout le monde, et la relation à autrui passe par une "prestation", y compris en amour (1979, p.127). Pour reprendre la formulation de Kraus : "l'être-pour-soi s'est aliéné en un être-pour-les-autres" (Kraus 1975, p.57). Ce fonctionnement marque le sens de l'existence du typus melancholicus,

conformément à l'ordre qui est inné en lui. De ce fait, la menace d'entrer dans la mélancolie est là dès lors que les autres lui sont enlevés ou que la maladie ou la mort altèrent ou suppriment la relation.

Le type mélancolique donne un sens à son *Dasein* dans les rapports aux autres, et il n'est pas à même de le justifier en lui donnant un autre sens (Tellenbach 1979, p.137). La solitude signifie absence de maîtrise de la vie, et impossibilité de combler un vide.

La place fondamentale de la relation du soi à autrui rapproche le fonctionnement du maniaco-dépressif d'un fonctionnement psychotique. Cependant, il s'agit d'un fonctionnement psychotique particulier, différent de celui du schizophrène, puisque, comme le souligne Kraus, "tandis que le schizophrène est incapable de s'aliéner dans un rôle ou dans l'anonymat, le maniaco-dépressif ne peut plus se défaire de cette aliénation" (Kraus 1975, p.36). La question du narcissisme occupe ainsi une place essentielle, ce qui nous renvoie à la dénomination de Freud de "psychonévrose narcissique", et pose aussi la question, soulevée en particulier par Bergeret et à laquelle nous reviendrons, d'une certaine proximité avec l'état-limite.

Tellenbach ajoute que les modifications des rapports entre rôle et identité, propres au maniaco-dépressif, relèvent d'un domaine qui est bien loin de la liberté et du choix, domaine qu'il rapproche du concept d'endogénéité, dans le sens défini par Heidegger de la détermination existentielle de la dérélition (Tellenbach 1979, p.189). Là encore se dévoile le fond du typus mélancolique, qui le caractérise, y compris en dehors de toute décompensation.

L'attachement particulier à l'ordre du typus melancolicus s'observe dans ses relations avec autrui, mais également dans ses rapports au soi, y compris physique.

Ainsi, la maladie, au sens d'un état spécifique opposé à l'état habituel de santé, qu'elle soit grave ou banale, est une importante menace qui remet en question la structure de l'ordre intrinsèque du type mélancolique, à partir de son propre corps (Tellenbach 1979, p.153). De même, toutes les situations en rapport avec la procréation, dans la mesure où elles peuvent rompre le processus périodique du cycle menstruel, représentent une menace pour l'équilibre du type mélancolique.

L'ordre qui régit le type mélancolique se manifeste également, et surtout, par une grande sensibilité en matière de conscience. Le caractère consciencieux, qui s'observe par exemple à travers le goût de l'ordre dans les tâches quotidiennes, s'accompagne ainsi d'un caractère consciencieux de nature originelle, dans le sens d'une sensibilité marquée à la faute par rapport à l'éthique individuelle. Tellenbach insiste sur le fait que le type mélancolique n'est pas une "prédisposition de l'humeur" à la tristesse, mais plutôt une méticulosité extrême, qui "confère aux choses une gravité bien plus grande que ne l'exige leur importance moyenne" (1979, p.179).

L'éventuel retard ou insuffisance par rapport à un devoir n'est pas considéré comme une simple dette, mais comme une faute que la conscience a pour rôle de prévenir, d'empêcher. Ainsi sont sécularisées la faute et la conscience. Pour illustrer ce propos, Tellenbach décrit un cas évoluant vers la mélancolie, dont toute la vie était marquée "dès l'enfance par une réflexion inhabituelle sur la faute, par une conscience en toutes choses qui était l'expression de l'ordre intérieur institué par un rigorisme inhabituel" (1979, p.147).

Une faute, même très lointaine, que "ni le remords, ni la confession, ni la pénitence, ni l'absolution ne peuvent éliminer", est ainsi toujours ressassée (1979, p.141), et c'est la montée de l'ancienne faute qui déclenche le "revirement endogène" de la mélancolie (1979, p.145).

Ainsi, le moment du basculement dans la mélancolie est marqué par un grave conflit névrotique axé sur l'ambivalence entre le souhait de se débarrasser de ses remords envahissants d'une part, et la nécessité, d'autre part, de se plier à une rigueur éthique extrême. Cette ambivalence nous renvoie au terme employé par Ey d' "homme antinomique". Le conflit disparaît ensuite dans la chute endogène de la mélancolie, où le *Dasein* tombe sous l'obsession de la faute déformée à l'infini. Au cours de ces moments aigus de décompensation, l'individu se situe alors en dehors de la réalité. Il n'a plus seulement fait une faute, il incarne la faute, c'est cette nuance fondamentale qui marque le basculement dans un fonctionnement de type psychotique.

Nous comprenons que le genre "d'amour de l'ordre" que manifeste le type mélancolique joue un rôle essentiel dans le déclenchement d'une mélancolie, dans la mesure où toute attaque de cet ordre représente une menace de décompensation.

Cette conception de l'ordre, bien particulière au typus mélancolique, est en effet marquée par la volonté de s'enfermer dans les limites de l'ordre. Les mélancoliques jouissent d'une certaine autonomie à l'intérieur de ces limites où ils sont dans leur domaine. Mais, comme l'a montré Henri de Gand, philosophe d'origine belge du XIIIe siècle : "ils ne parviennent pas à élever leur pensée au-delà de ce qu'on peut localiser et mesurer ; tout ce qu'ils conçoivent est soumis à l'espace et au temps, et finit toujours par s'y localiser" (Tellenbach 1979, p.176).

Kraus le formule ainsi : "En se laissant porter par le monde des préoccupations, [le mélancolique] s'accroche justement à l'être qu'il a toujours été, dans les limites des accomplissements de son *Dasein* ou de ses rôles. Il se cramponne à cette identité pour ne pas avoir à traverser le néant qui nous sépare de l'avenir et où nous ignorons ce que nous serons" (Kraus 1969).

L'ordre qui caractérise le type mélancolique le fige dans une vie aux limites non élastiques. L'ordre, ne tolérant aucune exception, peut devenir une contrainte, une entrave. Le type mélancolique devient l'esclave de son ordre, qui lui permet de s'accrocher à un personnage qu'il s'est trouvé une fois pour toutes, et de s'y retrancher, dans une quête d'image d' "hypernormalité" s'inscrivant dans un fonctionnement de type psychotique.

Tellenbach résume bien le type mélancolique en disant que "dans ce *Dasein*, c'est l'ordre qui règne, non la mesure" (1979, p.181). Il s'agit comme nous l'avons vu d'un amour de l'ordre bien particulier, spécifique au type mélancolique, qui préexiste au déclenchement de la mélancolie et persiste dans l'intercrise.

II.2.3. Les constellations d'includence et de rémanence

Si la description du *typus melancholicus* tient une place importante dans l'ouvrage de Tellenbach, d'autres concepts ont été développés par cet auteur pour caractériser la situation prémélancolique. Ainsi, les notions d'includence et de rémanence participent à la tentative de compréhension de la situation prémélancolique et de son basculement dans la mélancolie.

La désynchronisation de l'Endon, et sa modification dans l'espace, apparaissent comme des facteurs fondamentaux d'entrée dans la mélancolie. Ces deux coordonnées spatiale et temporelle sont reprises dans les notions de "constellations d'includence et de rémanence", la première se situant plutôt comme la dimension spatiale de l'ordre mélancolique, et la seconde comme sa dimension temporelle.

Intéressons-nous tout d'abord à la notion d'includence. Comme nous l'avons vu, le mélancolique a un goût prononcé pour l'ordre, mais ce goût de l'ordre correspond à un rapport particulier à la limite, au sens existentiel du terme.

On peut distinguer deux types de limite : une limite qui correspond à la frontière de l'espace dans lequel vit le mélancolique, et une limite qui existe au sein même de l'espace ordonné du mélancolique.

Le mélancolique craint de franchir la limite de son espace ordonné, car cela mettrait en danger et même détruirait l'ordre. Il s'enferme dans son ordre. Cette limite qui borne l'espace du mélancolique est une limite concentrique et défensive, qui le protège contre le hasard et la faute.

Les rapports de limite qui règnent au sein même de l'espace ordonné du mélancolique sont totalement différents. Ils reposent sur le fait que, dans l'existence du mélancolique, les rapports aux autres et aux choses sont basés sur la proximité ; la limite est alors ce qui gêne le cours régulier de l'existence.

Ainsi, le type mélancolique présente *a priori* un goût particulier pour l'ordre, et le paradoxe réside dans le fait que ce goût pour l'ordre peut devenir envahissant au point que l'individu s'enferme dans des limites qu'il ne parvient plus à dépasser pour l'accomplissement même de ses ordres (Tellenbach 1979, p.199). Cette auto-limitation traduit toute l'antinomie du type mélancolique. De plus, lorsqu'un événement contraire à l'ordre, inhabituel et inexplicable, survient, la situation de l'individu déjà prédisposé à la limitation se transforme, de telle sorte que les limites qui lui sont propres ne peuvent plus être surmontées. L'includence est cette situation de limitation que l'individu ne peut plus dépasser (1979, p.210), aspect pathogène décisif de l'altération endogéno-mélancolique.

La limite du mélancolique n'est donc pas une protection contre le caractère douloureux de l'assaut du monde, que Binswanger a décrit comme étant à l'origine de l'autisme schizophrénique et Matussek comme caractéristique essentielle de la décompensation schizophrénique (Tellenbach 1979, p.198). Les mélancoliques entretiennent un rapport singulier à la limite, il s'agit d'une caractéristique qui leur est propre et qui les distingue des individus atteints d'autres pathologies psychiatriques. En ce sens on peut dire qu'il existe une spécificité de l'homme mélancolique.

La constellation de rémanence est l'autre dimension qui intervient dans la décompensation mélancolique. Elle complète l'includence en se situant dans une perspective de temporalité.

La rémanence représente l'"arrêt de la vie de l'esprit" (Kierkegaard 1973), le fait de "rester en arrière de soi-même" (Tellenbach 1979). Il s'agit d'une structuration qui peut ralentir l'expansion du *Dasein* et le faire approcher de la stagnation. Elle caractérise ainsi la construction du type mélancolique, dans lequel la relation du *Dasein* à l'avenir est modifiée de façon décisive. Parfois, la situation de rémanence ne s'exprime que dans un paradoxe. C'est le cas pour Ey, lorsqu'il considère le

caractère d'endogénéité dans les crises de mélancolie comme "la chute verticale de la conscience qui tombe dans son propre vertige" (Ey 1954c).

La raison principale pour laquelle le mélancolique reste ainsi en arrière de son impératif personnel est un sentiment de faute. Ce sentiment de faute peut être ressenti par le mélancolique vis-à-vis de sa propre action, ou dans sa relation active avec le monde c'est-à-dire dans son être-pour-les-autres, ou encore vis-à-vis d'ordres éthiques ou religieux. Pour ne pas se retrouver "en faute", le mélancolique tend à devancer le destin.

La structuration de rémanence révèle que le mélancolique a toujours vécu, avant même de décompenser sur un mode psychotique, avec la possibilité de cet abîme. Cela va dans le sens de l'existence d'un type mélancolique fonctionnant sur un mode particulier, préexistant à la décompensation mélancolique.

Le déclenchement de la mélancolie, à partir d'un état prémélancolique, est conditionné par des changements situationnels, dans lesquels interviennent les phénomènes d'includence et de rémanence. L'includence correspond au fait d'être limité, et la rémanence au fait de rester en arrière. Ces deux phénomènes complémentaires sont observés dans tous les états prémélancoliques, l'un pouvant néanmoins être plus marqué que l'autre.

II.2.4. Conclusion

Les notions d'includence et de rémanence, comme celle de *typus melancholicus*, permettent d'éclairer la situation prémélancolique. Cependant, il reste difficile, en se basant sur les apports de la phénoménologie, de comprendre précisément pour quelles raisons s'opèrent les changements de situation entraînant le basculement dans la mélancolie. C'est un point que Ebtinger, dans sa critique de l'ouvrage de Tellenbach, souligne comme problématique (Ebtinger 1963). Le thème de la situation prémélancolique peut rester le même dans la situation mélancolique, en revanche, le

rapport du soi à son thème est modifié. Si, pour Tellenbach, ce moment du "hiatus" reste impossible à connaître, cet auteur insiste néanmoins sur ce changement brutal, cette rupture entre la situation prémélancolique et le vécu mélancolique, comme si l'on assistait, à partir d'une structure névrotique, à un basculement dans la psychose.

Toutefois, parler de "névrose intercritique" ne nous paraît pas tout à fait satisfaisant, dans la mesure où, chez le bipolaire, le sentiment de culpabilité est constant, que ce soit entre ou pendant les accès. Cette culpabilité endogène, fruit d'une "forme délirante de conscience" selon Ey (Ey 1954d), atteste d'une altération de style psychotique qui reste décelable entre les accès maniaques ou mélancoliques.

C'est ainsi que, malgré des périodes d'apparence névrotique, exemptes de toute décompensation, persiste toujours la potentialité psychotique.

Peut-être la lecture d'auteurs classiques psychanalytiques nous apportera-t-elle d'autres clés pour comprendre la genèse de la décompensation du trouble bipolaire, qu'il s'agisse du basculement dans la manie ou dans la mélancolie, et ainsi mieux saisir le fonctionnement global de l'homme bipolaire?

II.3. Regards psychodynamiques sur la maniaco-dépression : Abraham et Bergeret

Abraham, psychiatre et psychanalyste allemand du début du XXe siècle, est l'un des psychanalystes qui s'est le plus intéressé à la maladie maniaco-dépressive. En 1911,

il fut le premier à isoler ce trouble dans une célèbre étude qu'il consacra au peintre italien Giovanni Segantini (Abraham 2010).

Dans son investigation de la folie maniaco-dépressive, il décrit ce qu'il nomme la "psychose dépressive", empruntant aux écrits de Freud à la fois des éléments sur la névrose obsessionnelle, et des notions sur les psychoses, en particulier dans *Le Président Schreber* (Freud 2010).

II.3.1. Maladie maniaco-dépressive et névrose obsessionnelle : des ressemblances

Dès le début de sa première analyse d'une maladie maniaco-dépressive, Abraham est frappé par la ressemblance de sa structure avec celle de la névrose obsessionnelle (2010, p.133). Il fait ce rapprochement, non seulement à propos des moments de décompensation maniaque ou dépressive, mais, plus intéressant encore, il souligne que : "celui qui est enclin à des mélancolies et à des exaltations périodiques n'est pas vraiment "sain" même dans l'intervalle libre" : il existe dans l'intervalle "une formation caractérielle anormale" qui coïncide indubitablement avec celle de la névrose obsessionnelle (Abraham 1924). Tellenbach rejoint donc Abraham lorsque, en 1961, il décrit un ensemble de caractères spécifiques au mélancolique, qu'il nomme *typus melancolicus*, préexistant au déclenchement de la maniaco-dépression et persistant entre les accès. De plus, la personnalité primaire du maniaco-dépressif décrite par Abraham présente des traits semblables à ceux qui seront décrits par Tellenbach.

Ce rapprochement entre la psychose dépressive et la névrose obsessionnelle concerne essentiellement les tendances opposées simultanées d'amour et de haine à l'égard de la même personne, tendances qui renvoient au concept freudien d'ambivalence. Tout l'intérêt de la mise en évidence, dans la mélancolie, de traits de

caractère obsessionnel réside en effet dans la place importante, dans la théorisation de la névrose obsessionnelle, de la notion d'ambivalence.

Le terme d'ambivalence est apparu dans la littérature psychopathologique vers la fin de la première décennie du XXe siècle, en rapport plutôt avec les états psychotiques. Il est proposé en Suisse par Bleuler, qui prépare alors sa monographie sur la schizophrénie. En France, le terme de discordance, introduit par Chaslin en 1912, en est la traduction clinique. Freud utilise le terme d'ambivalence dans un sens différent, initialement pour désigner le conflit entre les sentiments d'amour et de haine que les patients développent à l'égard de l'analyste dans le cadre du transfert, conflit qu'il avait constaté en particulier dans *Le petit Hans* et *L'homme aux rats*. Mais, pour lui, l'ambivalence demeure associée aux motions sadiques, à l'analité, et donc plus ou moins à la névrose obsessionnelle. D'ailleurs, dans le vocabulaire psychanalytique, le terme d'ambivalence reste, de nos jours, attaché à la problématique névrotique, désignant le mélange plus ou moins réussi ou conflictuel de sentiments positifs et négatifs à l'égard de l'objet. Dans le cas des états psychotiques, on parlerait plutôt d'échec de l'ambivalence.

Pour Abraham, "la maladie [maniaco-dépressive] survient toujours du fait d'une disposition haineuse paralysant la capacité à aimer" (2010, p.140). Toutefois, il précise que, tout comme pour la psychogenèse de la névrose obsessionnelle, d'autres conflits de la vie pulsionnelle des patients jouent le rôle de facteurs pathogènes, en particulier "l'incertitude du rôle sexuel" (2010, p.140).

Tout comme Ey (avec le terme d' "homme antinomique") et Tellenbach, Abraham souligne ainsi l'ambivalence qui caractérise le maniac-dépressif. S'il emprunte cette notion à Freud, précisons qu'il adopte pourtant une conception de la mélancolie opposée à celle de cet auteur, n'utilisant pas les mêmes outils conceptuels (Kapsambelis 2010). En particulier, Freud s'intéresse peu à la notion d'ambivalence dans *Deuil et mélancolie* (Freud 1986). Alors qu'Abraham installe la mélancolie dans la logique du développement de la libido, suivant ainsi une démarche psychopathologique fidèle à l'enseignement freudien concernant les psychonévroses, Freud au contraire, dans sa démarche de compréhension de la mélancolie,

s'intéresse pour la première fois dans son oeuvre à "l'objet", mettant en avant la notion de perte d'objet et donc de deuil. Il nomme la maladie maniaco-dépressive "psychonévrose narcissique", pour la différencier aussi bien des névroses que des psychoses (Freud 1924).

II.3.2. Maladie maniaco-dépressive et névrose obsessionnelle : des différences fondamentales

S'il existe des concordances remarquables entre la structure de la mélancolie et celle de la névrose obsessionnelle, en particulier concernant l'ambivalence des sentiments et la prédominance originelle du sadisme dans la vie affective des patients, Abraham montre que les deux affections se séparent au cours de leur évolution ultérieure (2010, p.199).

La névrose obsessionnelle crée des buts substitutifs, dont la poursuite est liée aux manifestations obsessionnelles (Abraham 2010, p.140).

Chez les mélancoliques, à la différence des névrosés obsessionnels, le mécanisme de la projection s'associe à celui du refoulement par la haine.

A la manière de Freud vis-à-vis de la paranoïa dans *Le Président Schreber*, Abraham s'attache à préciser la psychogenèse des psychoses dépressives en quelques formules brèves. Il montre que dans ces psychoses, le conflit tire son origine d'une "disposition hostile excessive de la libido" (2010, p.141). La première formule correspondant à ce développement est la suivante : "Je ne peux pas aimer les autres, je suis obligé de les détester" (Abraham 2010, p.141). De cette conviction profonde découlent les sentiments d'incapacité et d'inutilité de ces patients. Par mécanisme de refoulement et de projection vers l'extérieur, nous arrivons à la deuxième formule : "Les autres ne m'aiment pas, ils me détestent, car je suis marqué par des insuffisances innées : c'est pourquoi je suis malheureux et déprimé" (Abraham 2010, p.142).

Du fait de ces mécanismes de refoulement et de projection, pour le malade atteint de psychose dépressive, le rapport au monde extérieur est ardu. Incapable de fixer sa libido de façon durable et positive, le patient recherche inconsciemment à se protéger du monde (Abraham 2010, p.145). Abraham constate que "de tels sujets ne peuvent être heureux que dans un monde absolument clos" (2010, p.139). Cela n'est pas sans nous rappeler la constellation d'includence décrite par Tellenbach. Cette aspiration autoérotique à s'isoler du monde extérieur, que l'on trouve également chez le névrosé obsessionnel, donne lieu, chez le mélancolique, à l'inhibition. Cette dernière traduit également d'autres tendances inconscientes, comme la négation de la vie.

Les rapports du mélancolique au soi ne sont pas simples non plus. Malgré la projection, les mouvements de sadisme refoulés ne se calment pas si facilement. Plus le désir de vengeance et le sadisme sont grands, plus importantes sont les idées de culpabilité. Le masochisme est la conséquence inévitable du refoulement du sadisme (Abraham 2010, pp.143–144). En ce qui concerne l'idée de ruine, fréquente dans la mélancolie, elle est issue de la perception refoulée de l'incapacité à aimer, par une identification entre libido et argent (Abraham 2010, p.146).

Concernant la décompensation sur un mode maniaque, Abraham précise que les deux phases maniaques et dépressives sont issues "des mêmes complexes et non point de complexes opposés", ce qui diffère étant la position du malade à l'égard de ces complexes. Ainsi, la manie survient "lorsque le refoulement ne parvient plus à endiguer le flot des pulsions refoulées" (2010, p.147).

En 1916, dans son *Examen de l'étape prégénitale la plus précoce du développement de la libido*, Abraham apporte d'autres éléments psychopathologiques à sa théorie sur la maniaco-dépression (Abraham 2010). Il tente d'expliquer les désirs inclus dans certaines idées délirantes dépressives, mettant en évidence les pulsions inconscientes qui sous-tendent certaines particularités du comportement mélancolique.

Cette démarche lui permet de mettre en avant une autre différence essentielle entre névrose obsessionnelle et psychose dépressive : contrairement aux convoitises sadiques anales de l'obsédé, la voie du désir inconscient du mélancolique semble tendre vers la destruction par dévoration de l'objet d'amour. Chez le mélancolique, la libido régresse au stade le plus précoce du développement psychique : au niveau inconscient, il éprouve vis-à-vis de son objet sexuel un désir d'incorporation (Abraham 2010, p.199). Il s'agit de pulsions primitives orales, qu'Abraham nomme aussi cannibaliques. La psychose dépressive consisterait donc en une régression à un stade plus précoce que la névrose obsessionnelle.

La nature cannibalique des désirs refoulés du mélancolique explique d'ailleurs la fréquence du refus alimentaire, comme si seule une abstention alimentaire complète pouvait le préserver d'exercer ses pulsions refoulées.

Jeanneau, psychanalyste de la fin du XXe siècle, dans son étude consacrée à la cyclothymie (Jeanneau 1980), évoque également les relations du maniaco-dépressif à l'objet, et en particulier au cours des intervalles libres de décompensation. Il écrit que "le sujet maniaco-dépressif semble s'y montrer sans problème et particulièrement adapté aux exigences du réel", mais "aucune harmonie intérieure ne lui permet [...] de faire l'économie du jeu des instances de l'appareil psychique" ; il se condamne à dépendre de l'objet "dans une relation [...] dont la nécessité explique la raideur" (Jeanneau 1980, p.10). De nombreux autres auteurs signalent cette relation de dépendance anaclitique qui découle de "l'impossibilité" de perdre l'objet, en particulier Dujarier, Chazaud, Bergeret et Racamier.

A partir de l'étude du cas du peintre Giovanni Segantini, Abraham montre d'ailleurs que les états mélancoliques succèdent très régulièrement à une perte, sous condition de l'existence d'impressions antérieures du même ordre, classiquement provoquées par une déception que la mère fait connaître à une période précoce de la vie (Abraham 2010, pp.124–125).

La dualité du fonctionnement maniaco-dépressif, entre investissement narcissique et investissement de l'objet, nous semble bien résumée par ce point de vue de Jeanneau : "S'il y a psychose dans la manie, comme dans la mélancolie, c'est dans le sens d'une discordance entre un fonctionnement anaclitique et un univers objectal, quand l'identification narcissique ignore un objet pourtant reconnu, ou qu'à l'inverse, mais dans un même curieux clivage, l'attention hypertrophiée au monde externe du maniaque suppose l'annulation de toute vie intérieure, qui demeure cependant l'enjeu de la menace" (Jeanneau 1980, p.140).

II.3.3. La maladie maniaco-dépressive : ni névrose ni psychose?

Abraham parle de psychose dépressive pour désigner l'état de mélancolie dans lequel peut sombrer le maniaco-dépressif. Il insiste sur la distinction entre dépression névrotique et dépression mélancolique, à laquelle il rattache la maniaco-dépression (Abraham 2010, p.132). Rappelons que Tellenbach souligne lui aussi cette différence entre ces deux dépressions en citant Mauz : "c'est la pire erreur que de confondre une mélancolie avec une névrose et de l'aborder [comme telle dans la] psychothérap[ie]" (Mauz 1965).

Pour Abraham, la structure de la maniaco-dépression correspond à celle de la névrose obsessionnelle, mais l'évolution de la maladie se fait plutôt sur un mode psychotique, par intervention du mécanisme de projection. De même, pour Tellenbach, si les moments de décompensation maniaque ou mélancolique relèvent clairement d'un fonctionnement de type psychotique, il semble que, comme nous l'avons vu, pendant les intervalles intercrises, le maniaco-dépressif fonctionne sur un mode névrotique.

Dujarier affirme lui aussi cette "bipolarité" entre névrose et psychose en observant que le maniaco-dépressif se présente souvent, entre les épisodes, avec des traits névrotiques, hystériques ou obsessionnels, ses pulsions s'investissant alors sur les objets externes afin d'en retirer une gratification libidinale et narcissique. Au contraire, concernant les épisodes aigus, et en particulier de dépression, cet auteur met en

évidence que "le mélancolique ne cherche pas à s'en sortir par le biais des bénéfices libidinaux et narcissiques tirés d'une relation avec nous", ce qui distingue la dépression mélancolique de la dépression névrotique (Dujarier 1976).

Comme ces auteurs, nous ne pouvons que constater la rupture radicale avec l'état antérieur que représente la décompensation maniaque ou mélancolique. Comme le souligne Jeanneau : "On est frappé, chez un individu jusqu'alors si mesuré, de l'immensité de l'effondrement intérieur, ou de la violence de l'ouragan affectif qui l'anime" (Jeanneau 1980, p.8).

Cependant, dans la mesure où la potentialité psychotique persiste toujours durant l'intervalle intercritique, l'idée d'une rupture totale, dans le fonctionnement du bipolaire, entre l'intercrise et les moments de décompensation, et en particulier l'idée du passage d'un fonctionnement névrotique à un fonctionnement psychotique ne nous paraît pas tout à fait satisfaisante.

Rapprocher le moment intercritique du fonctionnement "état-limite" décrit par Bergeret nous paraît plus intéressant. Cet auteur souligne d'ailleurs que le terme classique mais vague de "maniaco-dépressif" est à mettre en lien avec la métapsychologie des états-limites (Bergeret 1980).

En effet, si Bergeret considère que la maniaco-dépression et la mélancolie relèvent d'une structure psychotique, il insiste sur l'hypothèse que "ces états succèderaient à un point de départ dépressif-limite". Ainsi, l'état préexistant à toute décompensation mélancolique ou maniaque, et les périodes intercritiques, ne seraient pas à proprement parler psychotiques. C'est dans ce sens que Bergeret distingue la structure psychotique du type maniaco-dépressif des autres entités structurelles psychotiques, en particulier la paranoïa ou la schizophrénie. Ce point de vue nous rappelle celui de Freud, qui qualifiait la maladie maniaco-dépressive de psychonévrose narcissique, distincte à la fois des névroses de transfert et des psychoses (Freud 1992).

Pour Bergeret, le Moi du sujet qui décompense sur le mode maniaco-dépressif constitue ce qu'il nomme le "tronc commun aménagé", caractérisé essentiellement par une "pseudo-latence". Ce concept psychanalytique renvoie au fait que, dans l'interprétation psychopathologique de la maniaco-dépression, la question de l'Oedipe est rarement au premier plan. L'Oedipe est toujours plus ou moins dévié, dénié. A la différence de la latence normale, qui survient au déclin de la période oedipienne, la pseudo-latence reste en deçà, et le pousse devant elle, sans jamais connaître un réel moment oedipien. Ainsi, cette progression à travers le temps suppose que le processus psychopathologique s'en tienne à une position narcissique, régressive, certes, mais non comparable à une véritable régression, puisque l'Oedipe n'a jamais été authentiquement investi.

Bergeret situe le point de régression-fixation de la lignée dépressive-limite "en aval de la divided-line de Fliess, et en amont de la ligne du début de l'Oedipe" (Bergeret 1980, p.71). Autrement dit, le maniaco-dépressif n'aurait ni un fonctionnement psychotique, ni tout à fait un fonctionnement névrotique. Cette position est également défendue par M.C. Lambotte (Lambotte 2012).

Sur le plan de la relation à l'objet, le maniaco-dépressif, comme l'état-limite, met dans l'ombre ce qui caractérise une "vraie vie", à savoir la reconnaissance de "l'objet passable". La synthèse objectale paraît impossible, et l'adaptation -parfois même hyper-adaptation- à la réalité, dont découle l'apparente "normalité" des intervalles intercritiques, n'est que superficielle.

III. POINTS DE VUE ACTUELS SUR LA BIPOLARITE

Les concepts de trouble bipolaire et de spectre bipolaire ont remplacé l'ancienne psychose maniaco-dépressive, reflétant son élargissement. La psychose a-t-elle encore une place dans les recherches actuelles sur la bipolarité?

III.1. Episodes maniaco-dépressifs avec ou sans symptômes psychotiques?

Même si, faute de consensus concernant sa définition, le terme "psychotique" n'est plus d'usage fréquent dans les classifications actuelles des troubles mentaux, les épisodes thymiques peuvent toutefois être décrits à partir des classifications comme "sans caractéristiques psychotiques" ou "avec caractéristiques psychotiques". Plusieurs études récentes, portant, pour la plupart, sur l'état maniaque, se sont intéressées à ces caractéristiques.

Pope et Lipinski, dans une méta-analyse désormais classique menée en 1978, reprenant 18 études phénoménologiques, trouvaient la présence de "psychose" chez 20 à 50 % des patients en période de "manie bipolaire aiguë" (Pope & Lipinski 1978). Au cours des vingt dernières années, divers auteurs ont effectué une description systématique des symptômes observés au cours de l'épisode maniaque. Nous citerons en particulier Goodwin et Jamison (1990) (Goodwin & Jamison 1990) et Verdoux et al. (1998) (Verdoux et al. 1998). Les résultats de leurs études, concernant la fréquence des symptômes psychotiques sont résumés dans les tableaux III et IV.

<u>Symptômes psychotiques :</u>	
Toute idée délirante	48%
Mégalomanie	47%
Persécution	28%
Passivité, influence	15%
Toute hallucination	15%
Hallucinations auditives	18%
Hallucinations visuelles	10%
Hallucinations olfactives	17%
<u>Antécédents de</u>	58%
<u>symptômes psychotiques</u>	
<u>Troubles de la pensée</u>	19%
<u>Symptômes de 1er rang</u>	18%
<u>(Schneider)</u>	

Tableau III : Fréquence des symptômes psychotiques dans la manie aiguë. Adapté de Goodwin et Jamison, 1990

Symptôme	Verdoux et al. Manie DSM-III-R (N=50)	Goodwin et Jamison %moyen pondéré (extrêmes)
Au moins 1 symptôme psychotique	72% (36)	58% (53-75)
Mégalomanie	58% (29)	47% (35-60)
Mystique	30 % (15)	39 % (25-50)
Mission	18% (9)	
Persécution	34% (17)	28 % (18-65)
Filiation	10 % (5)	
Grossesse	4 % (2)	
Jalousie	4% (2)	
Erotomanie	8% (4)	
Référence	10% (5)	
Influence	10 % (5)	15 % (4-47)
Lecture des pensées	4 % (2)	
Possession	4 % (2)	
Dépersonnalisation	6 % (3)	
Déréalisation	4% (2)	
Hypochondrie	4% (2)	
Culpabilité	2% (1)	
Hallucinations	22% (11)	15% (14-40)

Tableau IV : Fréquence des symptômes psychotiques dans la manie. Adapté de Verdoux et al., 1998 et de Goodwin et Jamison, 1990.

En 2000, Masson et al. ont retrouvé, dans un petit échantillon de 79 patients bipolaires (31 hommes et 48 femmes ; âge moyen 44 ans), que 29 (36 %) présentaient des symptômes psychotiques contre 50 sans symptôme psychotique (Masson et al. 2000). Il s'agissait de symptômes congruents à l'humeur pour 19 (66%) et pour 10 non congruents (34%). 29% des "psychotiques" étaient hospitalisés sous contrainte (HDT ou HO) contre 14 % des "non psychotiques".

Keck et al. (2001) ont également étudié la prévalence et la phénoménologie des symptômes psychotiques chez 352 patients recevant un diagnostic de trouble

bipolaire de type I. Ils confirment l'absence de spécificité de tous les symptômes dits psychotiques.

Comme le souligne Bourgeois (2005), cette étude présente de nombreuses limitations : recueil rétrospectif des données, emploi de la méthode de l'histoire familiale plutôt qu'un entretien direct avec les membres de la famille, pas de données concernant l'existence ou l'absence de psychose dans les membres de la famille présentant un trouble bipolaire. Enfin, il s'agit de patients suivis en ambulatoire, dont le statut thérapeutique n'est pas précisé.

Toutefois, il est intéressant de noter que, sur 352 patients, 238 (68 %) font état d'une "histoire de psychose" sur les questionnaires, pendant au moins un épisode. Les symptômes psychotiques évoqués sont congruents à l'humeur dans plus de deux tiers des cas.

Certains auteurs se sont attachés à définir différents stades de manie, correspondant à ce que Bourgeois nomme le "passage à la psychose" (Bourgeois 2005). Ainsi, Carlson et Goodwin (1973) ont proposé une évolution de la manie en 3 stades, de gravité croissante (tableau V).

Stades	Stade I	Stade II	Stade III
Humeur	<p>Labilité des affects</p> <p>Prédominance de l'euphorie</p> <p>Irritabilité si contrariété</p>	<p>Dysphorie croissante</p> <p>Dépression</p> <p>Hostilité ouverte, colères</p>	<p>Dysphorie nette</p> <p>Panique, désespoir</p>
Cognition	<p>Expansivité, grandiosité, confiance en soi accrue</p> <p>Pensée cohérente mais parfois tangentielle</p> <p>Préoccupations sexuelles et religieuses</p> <p>Accélération des idées</p>	<p>Fuite des idées</p> <p>Désorganisation cognitive</p> <p>Idées délirantes</p>	<p>Relâchement et incohérences des associations</p> <p>Idées délirantes bizarres</p> <p>Hallucinations (1/3 des patients)</p> <p>Désorientation spatio-temporelle</p> <p>Idées de référence occasionnelles</p>
Comportement	<p>Hyperactivité psychomotrice</p> <p>Tachy-logorrhée</p> <p>Dépenses inconsidérées</p> <p>Tabagisme</p> <p>Abus téléphoniques</p>	<p>Accélération psychomotrice intense et continue</p> <p>Pression langagière,</p> <p>Agressions</p>	<p>Activité psychomotrice frénétique et souvent bizarre</p>

Tableau V : Les stades de manie. D'après Carlson & Goodwin, 1973

Bourgeois a proposé de classer en 4 stades le passage à la psychose dans la manie (tableau 4), en se basant sur le niveau de conscience du trouble (*insight* ou *awareness*), soutenant l'hypothèse que ce dernier peut être un indice discriminant de l'intensité psychotique de l'épisode (Bourgeois 2005). Bourgeois et Marneros avaient déjà insisté sur l'importance du niveau d'appréhension de la réalité, qui pourrait être le meilleur indice pour évaluer une dimension psychotique (Bourgeois & Marneros 2000).

Stade I	Le sujet se sent poussé par une force irrésistible, une énergie inhabituelle, une agréable euphorie dont il est pleinement conscient et une véritable joie de vivre dans laquelle il trouve plaisir, désinhibition et efficacité. Il verbalise souvent cette heureuse modification de son vécu.
Stade II	Tout en gardant une certaine conscience du caractère pathologique de son état maniaque, le sujet n'a plus aucun contrôle sur l'agitation, il se sent "agi" par cette force.
Stade III	Le sujet a totalement perdu conscience et contrôle de son état ; idées délirantes et même hallucinations sont fréquentes
Stade IV	Passage éventuel à un delirium avec confusion mentale et signes végétatifs graves voire coma

Tableau VI : Les stades du passage à la psychose dans la manie. D'après Bourgeois, 2005

La description de ces stades de passage à la psychose lors de l'épisode maniaque nous renvoie à la définition actuelle de la psychose, qui, en plus de faire référence à des symptômes comme la bizarrerie, les idées délirantes, les hallucinations, contient également la notion de gravité, et celle de perte du sens de la réalité et d'absence de conscience du trouble.

La mise en évidence, dans le trouble bipolaire, d'une fréquence importante de symptômes "psychotiques", ainsi que le caractère "aspécifique" de ceux-ci, interroge les frontières de la bipolarité, impulsant chez certains auteurs, nous y reviendrons, l'idée d'un continuum entre schizophrénie et trouble bipolaire.

III.2. Recrudescence de l'intérêt pour la période intercritique

A côté de l'intérêt constant pour les épisodes thymiques aigus, de nombreuses recherches actuelles concernent la période intercritique, c'est-à-dire située entre deux épisodes aigus de la maladie bipolaire.

III.2.1. Un intervalle libre de symptômes?

Le terme "intervalle libre" est souvent utilisé pour désigner la période intercritique.

Le concept d'intervalle libre remonte aux premiers écrits sur la maladie maniaco-dépressive. Si Hippocrate ne l'évoquait pas encore, dès le Ve siècle, Caelius Aurelianus écrit, dans le « *Caelii aureliani de morbis acutis et chronicis* » : "la manie est parfois continue, parfois elle est allégée par des intervalles libres" (Bonin & Trojak 2009). Au VIe siècle, Alexandre de Tralles parlait également d' "intermittences" entre les accès de manie et de mélancolie. Par la suite, de nombreux auteurs se sont intéressés à cette notion, en particulier Pinel au début du XIXe siècle, puis Griesinger qui parle d' "intervalles complètement libres" et Falret qui décrit des "intervalles de raison" (Bonin & Trojak 2009). En 1854, la pathologie intercritique dans la maladie bipolaire est d'ailleurs l'objet d'une polémique entre Falret et Baillarger. La question qui les oppose est celle de savoir si l'existence d'intervalles libres doit faire partie ou non de la définition de la maladie. Si, pour Baillarger, la "folie à double forme" ne présente pas d'intervalle libre entre les épisodes maniaques ou dépressifs, mais des

moments de rémission partielle, pour Falret au contraire, la folie circulaire comprend par définition des intervalles lucides (Azorin 2012).

Le débat entre Baillarger et Falret apparaît encore d'actualité de nos jours, certains auteurs retenant la présence ou l'absence d'intervalles libres comme marqueur permettant de définir des sous-types au sein de la pathologie bipolaire (Azorin et al. 2011).

La notion d'intervalle libre est retrouvée dans les classifications récentes des troubles mentaux. On note le terme en particulier dans la CIM-10, qui le définit comme "une période sans symptôme, avec guérison habituelle entre les épisodes". Il correspond à la cotation "en rémission", qui désigne un patient qui ne présente actuellement aucune perturbation significative de l'humeur et n'en a pas présenté au cours des derniers mois (Organisation Mondiale de la Santé 1992). De même, dans le DSM III-R, l'intervalle libre est caractérisé par "une humeur normale, entre les épisodes" (American Psychiatric Association 1989). Il est intéressant de noter que dans le DSM-IV-TR en revanche, l'évolution de la maladie peut être décrite "avec ou sans guérison complète entre les épisodes" (American Psychiatric Association 2002), ce qui sous-entend l'existence possible de manifestations subsyndromiques durant les intervalles "libres de décompensation", et rend compte des recherches récentes sur le sujet. En présence de telles manifestations intercritiques, on parle alors de "rémission partielle".

Les notions d'intervalle libre et de rémission apparaissent ainsi très proches.

Dans son *Manuel alphabétique de Psychiatrie*, Porot définit la rémission comme l'atténuation plus ou moins marquée des symptômes, pouvant annoncer une guérison, et l'intervalle libre comme une période de rémission, plus ou moins complète, et plus ou moins longue, au cours d'un état d'aliénation mentale (Porot 1952). Remarquons que Porot ajoute les notions de "moment lucide", court éclair de lucidité dans une maladie dont l'évolution n'est pas interrompue, et d'"intermission", retour complet à l'état normal entre deux accès dans les psychoses maniaques et mélancoliques intermittentes ou à double forme.

Pour Bonin et Trojak (2009), la notion d'intervalle libre renvoie à l'évolution spontanée, sensible à l'environnement et à la thérapeutique ; cette notion représente, d'une certaine manière, la signature de la chronicité. La notion de rémission, quant à elle, est directement associée à celle de réponse à une thérapeutique, en fonction de l'évolution spontanée. Elle constitue un message d'espoir pour le rétablissement et la guérison de l'accès (Vanelle 2005).

Si le terme d'"intervalle libre" dans le trouble bipolaire est, aujourd'hui encore, bien souvent utilisé comme synonyme de "période intercritique", les recherches récentes s'intéressant à cette dernière rejoignent l'expérience du clinicien, en démontrant que "les intervalles dits libres sont souvent bien remplis" (Mialet 2005).

L'ensemble des symptômes qui peuvent être présents entre les épisodes thymiques, et qui ne remplissent pas les critères diagnostiques d'un épisode, est désigné par le terme de "pathologie intercritique". Il s'agit de manifestations subsyndromiques.

Plusieurs études, menées au cours des vingt dernières années, se sont intéressées à la fréquence de ces manifestations intercritiques, et rapportent des taux de prévalence entre 50 et 68% (Morriss 2002).

Judd et al. ont montré dans une étude prospective que, dans le trouble bipolaire I, les symptômes intercritiques sont environ trois fois plus fréquents que les symptômes rencontrés dans le cadre d'un épisode thymique (29.9% des semaines évaluées pendant 12.8 années de suivi contre 11.2% pour les épisodes aigus) (Judd et al. 2002). Des taux comparables sont retrouvés concernant le trouble bipolaire II (Judd et al. 2003).

Il apparaît que les symptômes intercritiques, qui ont parfois été délaissés par la recherche et par les cliniciens, sont pourtant très fréquents. Leur présence n'est pas dénuée de conséquence pour le patient bipolaire. En effet, ces symptômes, bien que

considérés comme "sous le seuil diagnostique", ont un impact négatif sur le fonctionnement quotidien des patients.

III.2.2. Un intervalle libre de conséquences?

Une étude portant sur l'évolution du trouble bipolaire, menée à Zürich par Angst et Sellaro, objective que, parmi les patients bipolaires ne présentant pas d'épisode thymique aigu, 40% seulement sont en rémission fonctionnelle (Angst & Sellaro 2000).

Ce taux de rémission fonctionnelle est également celui cité dans le DSM-IV-TR, qui évoque les modalités évolutives habituelles des troubles bipolaires. Selon ce manuel, dans le trouble bipolaire de type I, la majorité des sujets présente une réduction symptomatique significative entre les épisodes, mais on constate chez 20 à 30 % une labilité de l'humeur et d'autres symptômes résiduels, et chez 60 % des difficultés chroniques interpersonnelles ou professionnelles entre les épisodes aigus. Dans le trouble bipolaire de type II, la majorité des sujets récupère un niveau de fonctionnement complètement normal entre les épisodes, mais 15 % des sujets souffrent d'une labilité de l'humeur, et de difficultés relationnelles ou professionnelles. Par ailleurs, il est précisé que, d'une manière générale, une guérison incomplète entre les épisodes apparaît plus fréquente lorsque l'épisode précédant s'accompagne de caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur (American Psychiatric Association 2002).

Plus récemment, l'étude Emblem, qui a suivi 1656 patients bipolaires pendant les deux années suivant un épisode maniaque ou mixte, retrouve des résultats comparables. Elle montre, à deux ans, une rémission symptomatique pour 64% des patients, alors qu'une rémission fonctionnelle n'est obtenue que pour 34% d'entre eux (Haro et al. 2011).

Ces altérations du fonctionnement durant la période intercritique touchent presque tous les domaines de la vie psychosociale et familiale du patient. Deux études à grande échelle, désormais classiques, s'y sont intéressées : l'étude du Stanley Fondation Bipolar Network (SFBN) (Altshuler et al. 2006) et l'étude Systematic

Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) (Marangell et al. 2009). L'étude SFBN a montré que les patients bipolaires présentant des symptômes subdépressifs ont des difficultés à tenir leur rôle professionnel et domestique, associées à des perturbations dans leurs relations familiales et amicales. Ces dysfonctionnements étaient proches de ceux observés chez les patients présentant un épisode dépressif caractérisé. L'étude STEP-BD aboutit à des conclusions similaires, mettant en évidence que les pathologies dépressives subsyndromiques et syndromiques ne diffèrent que par le taux d'absentéisme professionnel occasionné. Ces deux études soulignent le retentissement des symptômes intercritiques sur la qualité de vie des patients, et leur consommation de soins.

Yen et al., dans une étude portant sur la qualité de vie des patients en rémission, atteints de trouble bipolaire d'une part, et de schizophrénie d'autre part, mettent en évidence des altérations de la qualité de vie très comparables chez ces deux groupes de patients (Yen et al. 2008). Ce résultat est lié à la persistance de symptômes résiduels, mais également au fait que, durant les périodes de rémission du trouble bipolaire comme de la schizophrénie, la stigmatisation de la maladie mentale demeure (Bonin & Trojak 2009).

Parallèlement à son impact négatif sur le fonctionnement des patients et leur qualité de vie, la pathologie intercritique constitue un facteur de risque pour la survenue des rechutes et récurrences.

Ainsi, Keller et al. ont montré que 68% des rechutes de patients bipolaires survenaient après une période de symptômes subliminaux. Les symptômes hypomaniaques, deux fois moins présents que les symptômes subdépressifs, avaient une valeur prédictive deux fois plus forte. Ainsi, 76% des patients présentant des symptômes hypomaniaques préparaient une rechute, contre 39% des patients ayant des symptômes dépressifs sous le seuil. L'étude soulignait également que la polarité des rechutes était liée à celle des symptômes intercritiques (Keller et al. 1992).

Enfin, pour Judd et al., les patients bipolaires en rémission qui présentent des symptômes résiduels rechutent 3 fois plus rapidement que les patients totalement asymptomatiques durant la période intercritique (Judd et al. 2008).

La fréquence importante des symptômes intercritiques, et leurs conséquences potentiellement sévères, en particulier en terme de handicap fonctionnel, explique que certains considèrent la période inter-critique comme une phase pathologique à part entière (Judd et al. 2003).

De plus, la fréquence de ces symptômes est probablement sous-évaluée, en raison de la tendance probable des patients et leur famille à la minimiser (Azorin 2012), mais également de l'absence d'outils adaptés pour les repérer, les seuls outils utilisés étant ceux destinés à détecter les rechutes dépressives majeures, maniaques ou hypomaniaques (Morriss 2002). Néanmoins, plusieurs auteurs ont proposé des classifications des troubles intercritiques, en particulier Morriss, qui propose une classification basée sur leur étiologie (Morriss 2002).

III.2.3. Quels symptômes en intercritique?

Les manifestations intercritiques ne se limitent pas aux symptômes résiduels, elles comprennent aussi les prodromes, les comorbidités psychiatriques, les effets secondaires des traitements, les caractéristiques tempéramentales, les troubles de la personnalité comorbides ou résultant de la pathologie thymique (Bonin & Trojak 2009, Azorin 2012).

- Les symptômes résiduels sont les symptômes qui persistent après l'épisode thymique ; il s'agit de troubles thymiques subliminaux, dépressifs ou hypomaniaques, mais également de troubles cognitifs.

Ils représentent la plus grande proportion des symptômes intercritiques : une étude de Keitner et al. retrouve ainsi dans 70% des cas des symptômes résiduels hypomaniaques, et dans 60% des cas des symptômes résiduels dépressifs (Keitner et al. 1996). Par ailleurs, Fava a montré que, s'ils peuvent fluctuer dans leur intensité,

les symptômes résiduels peuvent aussi avoir un effet cumulatif après un certain nombre d'épisodes (Fava 1999). Ainsi, avec l'évolution de la maladie, les périodes intercritiques présenteraient un nombre croissant de symptômes résiduels.

- Les symptômes prodromiques, hautement prédictifs de la rechute (Morriss 2002), peuvent la précéder pendant plusieurs mois (Mialet 2005). Comme les symptômes résiduels, il s'agit de symptômes thymiques dépressifs ou maniaques, mais ils seraient généralement plus faciles à repérer que les symptômes résiduels, en particulier par les patients et par leurs proches (Keitner et al. 1996).

- Les troubles psychiatriques le plus souvent associés en intercritique au trouble bipolaire sont les abus ou dépendances de substance et les troubles anxieux. L'étiologie précise de ces deux comorbidités et leur lien avec le trouble bipolaire semblent complexes, et doivent s'envisager au cas par cas (Morriss 2002, Krishnan 2005). Certaines comorbidités somatiques sont également fréquentes, correspondant à des troubles somatiques chroniques (douleurs chroniques, cancers, maladies systémiques) ou à des troubles somatoformes (glossodynies, fibromyalgie notamment).

- Les effets indésirables des traitements psychotropes font également partie des manifestations observées pendant la période intercritique. Ils peuvent favoriser les rechutes, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un défaut d'observance.

- Entre les épisodes, le tempérament du patient bipolaire peut être observé. Rappelons que le terme de tempérament désigne généralement les aspects génétiques ou constitutionnels de la personnalité, alors que celui de caractère fait référence aux attributs acquis au cours du développement au sein de la structure familiale (Akiskal et al. 1983). Akiskal et al. ont montré, dans la continuité des travaux de Kraepelin, qu'un certain nombre de tempéraments fondamentaux se retrouvaient chez les apparentés au premier degré de patients bipolaires, ainsi que chez ces derniers tout au long de l'évolution de leur maladie (Akiskal et al. 1983, Akiskal & al. 1992). Il s'agit des tempéraments hyperthymique, dépressif, cyclothymique, irritable et anxieux. Ces tempéraments pourraient jouer un rôle dans l'apparition de la maladie bipolaire (Azorin 2012). De plus, du fait même de leurs caractéristiques, ces tempéraments peuvent indirectement précipiter la rechute, soit en augmentant

l'apparition de situations vécues comme stressantes, soit en favorisant un abus de substances. La polarité des rechutes paraît nettement dépendre des caractéristiques de ces tempéraments (Akiskal et al. 1983, Akiskal & al. 1992).

Une plus grande réactivité émotionnelle des patients bipolaires, par rapport aux sujets indemnes de troubles thymiques, a également été mise en évidence entre les épisodes.

- L'existence d'un trouble de la personnalité est également possible durant la période intercritique. Il s'agirait alors, selon les points de vue actuels, d'un trouble psychiatrique comorbide au trouble bipolaire (Azorin 2012), mais dont la présence questionne les limites de ce dernier.

III.3. Les limites de la bipolarité en question : entre proximité et diagnostic différentiel

III.3.1. La question des rapports du trouble bipolaire avec les troubles de la personnalité

La question des rapports entre trouble bipolaire et trouble de la personnalité interrogeait déjà Bergeret (Bergeret 1980), qui rapprochait la maladie maniaco-dépressive de l'état-limite. La reconsidération de la place des troubles de la personnalité dans les classifications, à l'occasion de la parution du DSM-5, rend cette question particulièrement actuelle.

La présence d'un trouble de la personnalité chez le patient bipolaire doit être distinguée, sur le plan théorique, de celle d'un tempérament, dans la mesure où elle

ne joue pas de rôle dans la survenue du trouble bipolaire (Azorin 2012). Toutefois, il est admis que, chez les patients présentant des troubles thymiques, certains troubles de la personnalité s'observent plus fréquemment. Ces derniers, retrouvés plus nettement chez les patients unipolaires, sont également présentes chez les bipolaires (Mialet 2005). Il s'agit principalement de personnalités pathologiques à traits histrioniques et borderlines, mais également évitantes et dépendantes, ainsi que des dimensions de "névrosisme" prémorbide, non spécifique, avec instabilité émotionnelle, irritabilité, rigidité, timidité, manque de confiance en soi (Corruble et al. 2003).

S'il n'existe pas de consensus sur l'étiologie de cette comorbidité fréquente du trouble bipolaire, certains auteurs ont formulé des hypothèses explicatives.

Akiskal et al. ont montré qu'un trouble de la personnalité peut être la conséquence de la pathologie bipolaire. En effet, il peut résulter d'un défaut d'adaptation à la suite d'un épisode thymique, ou de changements à long terme faisant suite à la récurrence de nombreux épisodes thymiques (Akiskal et al. 1983). Ces pathologies secondaires de la personnalité revêtent alors des aspects multiformes, donnant lieu à des traits hystéroïdes, caractériels, anxieux, hypocondriaques, agoraphobiques, dépendants, voire à une addiction au travail et un excès de scrupulosité. Ces traits évoquent, sur un plan uniquement descriptif, le *typus melancholicus* décrit par Tellenbach (Akiskal et al. 1983).

Henry et al. ont mis en évidence que l'hyperréactivité émotionnelle pourrait être un trait commun entre personnalité borderline et patients bipolaires (Henry et al. 2001), ce qui rendrait compte de la forte comorbidité entre ces deux pathologies.

Malgré les tentatives de certains auteurs pour décrire les relations entre troubles bipolaires et personnalité, elles restent, pour une large part, inconnues (Guelfi 2010).

III.3.2. La question des rapports du trouble bipolaire avec la schizophrénie : débat continuum/catégories

Pour Kraepelin, les idées délirantes et les hallucinations n'étaient que des épiphénomènes dans la psychose maniaco-dépressive (Bourgeois 2005). La mise en évidence, par les recherches récentes, d'une fréquence importante de symptômes "psychotiques" dans le trouble bipolaire, ainsi que le caractère "aspécifique" de ceux-ci, impulse dorénavant plutôt l'idée d'un continuum entre schizophrénie et trouble bipolaire (Pope & Lipinski 1978). Si, avec la parution en mai 2013 du DSM-5, ce questionnement sur la nosographie psychiatrique est tout à fait d'actualité, la question des rapports entre trouble bipolaire et schizophrénie est en réalité très ancienne.

III.3.2.1. Rappel historique des rapports entre trouble bipolaire et schizophrénie et naissance du concept de schizoaffectivité

La question du continuum, ou de la dichotomie, entre schizophrénie et trouble bipolaire se pose depuis le début du XIXe siècle.

Si Pinel, à la fin du XVIIIe siècle, avait évoqué une seule folie à plusieurs formes, les cliniciens français qui lui succéderont comme Esquirol, Guislain, puis Sérieux et Capgras décriront des syndromes autonomes relativement hétérogènes. La question de leurs places respectives au sein de la nosographie ne sera alors que rarement évoquée (Meynard 2005).

En Allemagne, au début du XIXe siècle, sous l'influence de la *Naturphilosophie*, les psychiatres privilégient une globalisation de l'ensemble des symptômes psychiatriques. Leur conception des pathologies psychiatriques est alors plutôt celle d'un continuum, conception défendue en particulier par Meyer, Zeller et Griesinger.

A la fin du XIXe siècle, Kahlbaum différencie les troubles psychiques en fonction de leur évolution. Dans sa lignée, son élève Kraepelin se base sur l'évolution des

troubles pour construire sa célèbre nosographie. Il statue ainsi, au début du XXe siècle, sur la dichotomie des grandes psychoses, proposant une distinction claire entre la schizophrénie, alors nommée démence précoce, et la folie maniaco-dépressive. Pour Kraepelin, la schizophrénie est caractérisée par des hallucinations, un délire, et une évolution spontanément péjorative, alors que la folie maniaco-dépressive se manifeste par une alternance d'épisodes thymiques, avec des périodes intercalées de "normalité". C'est sur cette dichotomie que la majorité des psychiatres s'appuient encore aujourd'hui. La classification proposée par le DSM IV-TR, et par le très récent DSM-5, en découle directement.

Toutefois, depuis la création du modèle kraepelinien, les doutes sur la légitimité de cette dichotomie n'ont jamais cessé, ce modèle restant néanmoins une référence, car le plus commode d'utilisation. Kraepelin lui-même, peu après avoir décrit cette catégorisation, la nuance en notant que, dans près de 30% des cas, les patients caractérisés comme déments précoces avaient un pronostic favorable. En 1907, Thomsen et Wilmans parlent de catatonie dans les troubles affectifs. En 1911, Bleuler et Stransky relèvent la présence de symptômes thymiques dans la schizophrénie. En 1913, Jaspers évoque la continuité par une hiérarchie intermédiaire des symptômes, correspondant à une atteinte anatomique spécifique (Meynard 2005). Kraepelin lui-même se met à douter ; il écrit en 1921 : "Il devient de plus en plus clair que les distinctions entre les deux maladies ne sont pas satisfaisantes, et le doute s'installe sur le fait que le positionnement du problème serait incorrect" (Meynard 2005). En effet, la dichotomie, rigide, n'a pas pris en compte les nombreuses situations cliniques où les symptômes affectifs et schizophréniques s'entremêlent.

Par la suite, divers concepts, tentant de rendre compte de ces psychoses intermédiaires, ont été proposés.

L'école de Tübingen, à la fin des années 1920, reproche à Kraepelin de ne pas avoir considéré suffisamment la personnalité pré-morbide du patient, et l'influence fondamentale de l'hérédité sur celle-ci (Schotte 2011, pp.77-78). Kretschmer, qui parachève le travail de cette école, se fonde sur une subdivision qui correspond aux deux grandes psychoses schizophrénique et maniaco-dépressive, mais qui est transversale par rapport à l'opposition du normal et du pathologique, puisqu'il établit

une sorte d'échelle continue entre normal et pathologique (Schotte 2011, p.78). Il décrit deux axes psychopathologiques : la série schizothymie - schizoïdie ou personnalité schizoïde - schizophrénie, et la série cyclothymie - cycloïdie ou personnalité cycloïde - cyclophrénie (Meynard 2005). Pour Bleuler et l'école de Tübingen, l'étude du déclenchement et du décours de la maladie est importante, et conduit à la mise en évidence du rôle de certains éléments biographiques, en plus de celui de l'hérédité (Schotte 2011).

Dans ce contexte d'effort permanent des cliniciens du monde entier pour définir les psychoses intermédiaires, apparaît en 1933 le terme "schizoaffectif". Il est proposé à l'origine par Kasanin, psychanalyste issu de l'école américaine d'Adolf Meyer, pour qualifier un sous-groupe de schizophrènes jeunes, dont la maladie apparaît en rapport avec des conflits émotionnels d'origine sexuelle (Meynard 2005). Par la suite, les états schizoaffectifs seront classés pendant de nombreuses années à l'intérieur des schizophrénies, même si un certain nombre de psychiatres continuent à défendre l'idée du continuum entre schizophrénie et troubles bipolaires.

Les DSM qui se succéderont à partir de 1952 montrent bien les difficultés récurrentes pour situer le trouble schizoaffectif dans la nosographie. Si le DSM-I le positionne à l'intérieur des limites de la schizophrénie, le DSM-II le classe parmi les formes intermédiaires de psychose, en tant qu'association de symptômes schizophréniques et affectifs. En 1974, les publications de Pope et Lipinski, qui décrivent des symptômes de premier rang de K. Schneider³ dans les psychoses maniaco-dépressives, marquent un tournant dans le débat (Meynard 2005). Parallèlement, de nouvelles catégories, tentant de rendre compte des psychoses "intermédiaires", dans un mouvement de glissement de la schizophrénie vers les troubles thymiques, voient le jour. Ces dernières disparaissent dans le DSM III, laissant la place au concept de "caractéristiques non congruentes à l'humeur". Le trouble schizoaffectif est alors cantonné dans la catégorie des troubles résiduels. Il reprendra une place indépendante dans le DSM-III TR, avec une définition reprise en partie dans le DSM-IV.

³ Rappelons que les symptômes de premier rang de K. Schneider sont axés autour de la sphère délirante.

Finalement, malgré l'introduction du concept de "schizoaffectivité", le problème des rapports entre schizophrénie et trouble bipolaire reste posé. Le trouble schizoaffectif n'a rien résolu, et les interrogations sur sa définition persistent. Il est considéré soit comme un groupe autonome sans relation avec la schizophrénie et la maladie maniacodépressive, soit comme un trouble qui dépend de ces deux pathologies, soit comme un chevauchement entre l'une et l'autre, soit comme un intermédiaire sur l'axe d'une psychose unique évoquant le continuum (Meynard 2005). Pour les auteurs qui adoptent ce dernier point de vue, les concepts de troubles schizo-affectifs et ceux de troubles divers "avec caractéristiques psychotiques" ne correspondent pas à des catégories diagnostiques autonomes ; elles sont en fait des tentatives faites pour construire des ponts entre trouble bipolaire et schizophrénie (Guelfi 2010).

Aujourd'hui, beaucoup d'attentes se portent vers les neurosciences, pour éclairer à la fois les limites des troubles bipolaires et de la schizophrénie, la définition du trouble schizoaffectif, mais aussi les liens de ces pathologies entre elles, et, malgré les nombreuses recherches sur le sujet, les débats restent vifs.

III.3.2.2. Apports des recherches récentes et actualité du débat sur les rapports entre trouble bipolaire et schizophrénie

1/ Les limites du modèle catégoriel

Les classifications actuelles des troubles mentaux, basées sur des modèles catégoriels qui découlent du modèle kraepelinien, avaient été créées dans le but d'augmenter la fiabilité des diagnostics, et de faciliter la communication entre les cliniciens et les chercheurs (American Psychiatric Association 2002, Organisation Mondiale de la Santé 1992).

Ces systèmes de classification sont actuellement largement critiqués en raison de leurs limites.

La principale critique formulée par les cliniciens porte sur le caractère réducteur et rigide de ces classifications. En pratique clinique, il apparaît que certains patients n'appartiennent à aucune des catégories existantes, et se retrouvent alors classés dans la catégorie très vague "sans précision", ce qui est très frustrant pour le clinicien (Henry & Etain 2010). Par ailleurs, il existe une grande hétérogénéité entre les individus d'une même catégorie (Lawrie et al. 2010).

Les patients remplissent souvent simultanément les critères de plusieurs diagnostics, en particulier lors des comorbidités avec l'anxiété et la consommation de toxiques, ce qui peut générer la classification d'un même trouble sous des diagnostics différents d'un clinicien à l'autre.

Les débats insolubles concernant les frontières de certains troubles ont entraîné la création de catégories intermédiaires, dont les définitions restent peu satisfaisantes. C'est le cas en particulier de la catégorie des "troubles schizoaffectifs", mais également des très controversés états mixtes. Ces derniers, présents dans le DSM IV-TR, n'apparaissent d'ailleurs plus dans le DSM-5, remplacés par la formule "avec caractéristiques mixtes" (American Psychiatric Association et al. 2013).

Au-delà des problèmes liés à la classification en catégories, la validité des diagnostics catégoriels en elle-même est remise en question par certains auteurs. En effet, les critères diagnostiques ne reposent pas sur l'étiologie, il n'existe pas de marqueurs biologiques attestant de leur validité (Henry & Etain 2010), et, pour certains diagnostics, en particulier celui de schizophrénie, les critères d'inclusion, d'exclusion et de durée manquent de justifications empiriques ayant valeur de preuve (Guelfi 2010).

Enfin, excepté pour les cycles rapides, il n'existe pas de correspondance stricte entre les catégories diagnostiques et les recommandations concernant le traitement pharmacologique (Muzina 2009).

Soulignant les limites du modèle catégoriel de classification des troubles mentaux, un certain nombre d'auteurs se montrent favorables à un démembrement des classiques psychoses de l'adulte, et proposent comme alternative un modèle transversal, dimensionnel. Si le débat entre approches catégorielle et dimensionnelle concernait au départ la schizophrénie, rapidement, plusieurs praticiens ont estimé qu'il méritait d'être élargi à l'ensemble des troubles psychiatriques (Gaebel & Zielasek 2008), et en particulier aux troubles bipolaires. Actuellement, nombre de chercheurs prennent part à ce débat.

2/ Recherches récentes à propos du débat catégoriel vs dimensionnel

2.1/ Etudes épidémiologiques

Strakowski souligne que de nombreux symptômes sont communs au trouble bipolaire et à la schizophrénie (Strakowski 2003).

Ainsi, les symptômes psychotiques, représentés par les hallucinations et les idées délirantes, utilisés comme l'un des critères diagnostiques principaux de la schizophrénie, se retrouvent chez près de 80% des patients bipolaires présentant un épisode maniaque (Goodwin & Jamison 1990). De la même façon, les symptômes dépressifs, qui sont l'une des caractéristiques principales du trouble bipolaire, affectent près de 80% des patients atteints de schizophrénie, y compris lors de l'épisode inaugural (Strakowski 1999). On comprend alors les difficultés pour poser un diagnostic, en particulier lors du premier épisode psychotique. Bien que la fréquence des symptômes et leur sévérité puissent varier entre la schizophrénie et les troubles bipolaires, le fait que ces deux pathologies aient de nombreux symptômes en commun est, pour certains auteurs (Thaker 2012, Courtet 2005), un argument en faveur du concept de psychose unique (Thaker 2012). Courtet propose par exemple un

continuum allant de la bipolarité sans symptômes psychotiques, à la schizophrénie désorganisée (Courtet 2005).

Chen et al. (1998), observant 936 patients sur une durée de 7 ans, ont montré une instabilité entre le diagnostic de trouble bipolaire et celui de schizophrénie. Cependant, ce résultat est sujet à controverse puisque l'étude Iowa 500 observait une stabilité des diagnostics sur 40 ans (Bourgeois 2005).

Si les symptômes psychotiques sont présents à la fois dans la schizophrénie et dans le trouble bipolaire, des travaux portant sur la population générale ont également retrouvé des symptômes de ce type, en grand nombre (GUELFY 2010). Ainsi, Ahmed et al., dans une étude épidémiologique récente, rapportent que près d'un quart de la population générale présenterait des symptômes psychotiques à type d'hallucinations ou d'idées délirantes. Partant de ces résultats, les auteurs soutiennent l'idée d'un continuum entre normalité et psychose, et suggèrent qu'une évaluation des symptômes psychotiques sur un mode dimensionnel serait plus adaptée que sur un mode catégoriel (Ahmed et al. 2012).

Toutefois, pour d'autres auteurs, le fait que les symptômes psychotiques se retrouvent aussi bien dans la schizophrénie que dans le trouble bipolaire, mais également dans la population générale, ne signifie pas pour autant que l'on ne puisse pas distinguer, sur le plan qualitatif, ces deux pathologies l'une de l'autre, et d'un état "normal", non pathologique (Lawrie et al. 2010, Linscott & van Os 2010, David AS. 2010). Autrement dit, cela n'exclut pas qu'il existe des catégories distinctes ou plusieurs sous-types de psychose. En allant plus loin, on pourrait même considérer, à la suite de Bleuler, que les symptômes psychotiques ne sont finalement que des épiphénomènes de la vraie nature de la maladie, que ce soit pour le trouble bipolaire ou pour la schizophrénie (Bleuler 1911). Si l'on poursuit ce raisonnement, on peut avancer que le fait de se borner à évaluer quantitativement les symptômes, sans

faire de lien entre eux, empêche la compréhension des patients atteints de troubles psychiatriques, dans toute leur singularité.

2.2/ Apport des neurosciences

Les travaux récents en neurosciences tentent de fournir des éléments qui permettraient d'étayer le débat entre une psychose unique ou plusieurs psychoses, et d'y mettre fin en proposant d'autres systèmes de classification des psychoses.

Au niveau génétique, quelques études d'agrégation familiale montrent qu'il existe une vulnérabilité commune aux troubles bipolaires, à la schizophrénie et aux troubles schizo-affectifs (Meynard 2005, International Schizophrenia Consortium et al. 2009).

Taylor (1992) a mis en évidence des différences de risque entre les apparentés de patients bipolaires, schizophrènes et schizo-affectifs. Chez les apparentés de bipolaires, le risque de développer une schizophrénie est de 0.5% à 3.5%, celui de développer un trouble schizo-affectif de 2 à 3%, et Taylor retrouve un trouble bipolaire dans 6 à 8% des cas, et des troubles schizo-affectifs dans 2% des cas. Chez les apparentés de patients atteints de troubles schizo-affectifs, il retrouve une schizophrénie dans 3.7% des cas, un trouble bipolaire dans 15.6% des cas, et des troubles schizo-affectifs dans 5.3% des cas (Meynard 2005).

Plus intéressant encore, la Roscommon Family Study (Kendler et al. 1993) a montré que la vulnérabilité génétique commune aux troubles bipolaires et à la schizophrénie serait limitée à la dimension psychotique. En effet, dans cette grande étude familiale irlandaise, le risque de schizophrénie apparaît augmenté chez les apparentés de patients avec troubles de l'humeur psychotiques, mais n'est pas augmenté chez les apparentés de patients avec troubles de l'humeur non psychotiques. Les auteurs suggèrent que les premiers troubles font partie du spectre de la schizophrénie, alors que les seconds en sont exclus. Par ailleurs, cette étude montre aussi que le risque

de trouble de l'humeur n'est pas augmenté chez les apparentés de schizophrènes, mais qu'avoir un apparenté schizophrène augmente le risque, chez un sujet qui présente un trouble de l'humeur, que ce trouble soit psychotique.

Potash et al. confirment l'hypothèse d'une vulnérabilité génétique spécifique à la psychose, en montrant que cette dimension peut se retrouver de façon autonome dans certaines familles de bipolaires. Dans une étude menée sur 65 familles, comparant les apparentés de sujets bipolaires psychotiques et les apparentés de sujets bipolaires non psychotiques, ils retrouvent une agrégation de symptômes psychotiques seulement dans certaines familles (Potash et al. 2001) : il existerait une vulnérabilité génétique spécifique pour les troubles psychotiques, qui peut être associée aux troubles bipolaires mais qui ne l'est pas nécessairement (Courtet 2005).

L'hypothèse d'une vulnérabilité génétique commune entre schizophrénie et trouble bipolaire, concernant spécifiquement la dimension psychotique, est en accord avec les données de la génétique moléculaire. Des auteurs suggèrent en effet que certaines régions chromosomiques, retrouvées impliquées à la fois dans les familles de schizophrènes et de bipolaires, pourraient contenir des "gènes de la psychose" (Berrettini 2000). A côté de la schizophrénie et de la bipolarité, les études de liaison laissent en revanche peu de place aux troubles schizoaffectifs (Meynard 2005).

Par ailleurs, l'étude des patterns d'expression de certains gènes dans le cortex préfrontal montre que ces patterns peuvent être communs aux bipolaires et aux schizophrènes, mais que, par ailleurs, un grand nombre de ces gènes ont une expression qui est spécifique d'une des catégories diagnostiques. Ce constat est en faveur de l'existence de mécanismes génétiques moléculaires communs aux deux troubles, et de mécanismes génétiques moléculaires spécifiques.

Sur le plan de la neuroimagerie, les études retrouvent, d'une part, des anomalies de la structure cérébrale, communes à la schizophrénie et au trouble bipolaire, semblant expliquer la vulnérabilité aux symptômes psychotiques, et, d'autre part, des anomalies spécifiques, qui expliqueraient les autres manifestations associées à

chacun de ces troubles (Prasad & Keshavan 2008). Les anomalies communes seraient en particulier des anomalies de la substance blanche suggérant l'existence d'une dysconnectivité intrahémisphérique, déjà évoquée dans la physiopathologie des symptômes psychotiques (McDonald et al. 2004). Une dilatation des ventricules cérébraux est également retrouvée dans la schizophrénie, le trouble bipolaire et la schizoaffectivité (Meynard 2005). En revanche, il semble que l'amygdale ait une taille augmentée chez les patients bipolaires alors qu'elle serait normale chez les patients schizophrènes. Chez ces derniers, l'hippocampe aurait une taille diminuée (Altshuler et al. 1998, Strakowski et al. 2002). Les différences d'anomalies de ces structures anatomiques dans la schizophrénie et le trouble bipolaire pourraient expliquer les différences entre les deux pathologies sur le plan émotionnel.

Par ailleurs, le modèle neurodéveloppemental, admis pour la schizophrénie, ne semble pas transposable au trouble bipolaire. En effet, les anomalies neurodéveloppementales fréquemment retrouvées chez les sujets qui développent une schizophrénie, telles que retard de langage, signes neurologiques, déficits cognitifs prémorbides, ne sont que rarement retrouvées chez ceux qui vont présenter un trouble bipolaire. Les facteurs environnementaux très précoces, qui expliquent pour partie, aux côtés des facteurs génétiques, ces anomalies du développement dans la schizophrénie, ne sont pas retrouvés chez les patients bipolaires. Chez les patients schizoaffectifs en revanche, sont notées des anomalies de l'acquisition du langage, du développement psychomoteur et des interactions sociales, de façon toutefois moins prononcée que chez les schizophrènes (Meynard 2005). Il semble donc exister un ensemble de modifications, d'anomalies du développement, éventuellement liées à des événements précoces, qui seraient plutôt spécifiques de la schizophrénie et absentes chez les patients bipolaires, ou en tout cas limitées, chez ces patients, à certains groupes particuliers (Courtet 2005). Il serait intéressant d'étudier si les groupes de patients bipolaires concernés par ces anomalies neurodéveloppementales sont également ceux qui présentent des caractéristiques psychotiques.

Pour un certain nombre d'auteurs, les résultats des travaux de neurosciences, et en particulier ceux de génétique, montrant une vulnérabilité commune à la schizophrénie et au trouble bipolaire, vont dans le sens d'une approche dimensionnelle de la psychose, basée sur la notion de continuum (Courtet 2005, Henry & Etain 2010, Thaker 2012). Toutefois, pour les défenseurs du modèle catégoriel, il ne s'agit pas d'un argument suffisant, face à l'existence de nombreux autres éléments permettant d'établir des sous-groupes ou catégories au sein de la psychose.

Ces auteurs soulignent en particulier les différences constatées au plan neurodéveloppemental, au niveau de la structure et du fonctionnement cérébral (McIntosh et al. 2008, Arnone et al. 2009), mais également au niveau génétique, la schizophrénie étant associée à un nombre important d'anomalies chromosomiques qui ne sont pas retrouvées dans le trouble bipolaire (Grozeva et al. 2010). Enfin, et c'est peut être le plus important, il existe des différences clairement établies dans la réponse des deux pathologies aux traitements, et en particulier au lithium (Leucht et al. 2007).

Les nouvelles techniques de recherche utilisées en neurosciences, comme la génétique moléculaire et l'imagerie cérébrale, devraient permettre, dans un futur proche, de fournir des éléments permettant d'affiner les diagnostics et d'améliorer les systèmes de classification. Actuellement, les travaux neuroscientifiques ne permettent pas réellement de proposer d'autres systèmes de classification des psychoses pour sortir du débat opposant les défenseurs d'une psychose unique, et ceux qui souhaitent maintenir la distinction entre plusieurs psychoses (Courtet 2005). Néanmoins, certains défendent l'idée d'un modèle dimensionnel pour remplacer, ou au moins compléter, le traditionnel modèle catégoriel.

3/ Le modèle dimensionnel : alternative séduisante au modèle catégoriel?

3.1/ Avantages du modèle dimensionnel

Pour ses partisans, une classification des troubles psychiatriques basée sur une approche dimensionnelle, ou au moins un modèle hybride catégoriel-dimensionnel, serait plus adaptée et aiderait à mieux comprendre la complexité des troubles bipolaires, en rendant possible une description plus précise de la clinique observée, sans pour autant augmenter le nombre de catégories (Henry & Etain 2010). L'ajout de dimensions transversales permettrait, par exemple, de préciser la fréquence des troubles et leur sévérité, et serait également utile lorsque les frontières de certaines entités cliniques ne sont pas clairement établies. Les classifications deviendraient ainsi des outils moins rigides et moins arbitraires, qui permettraient de poser des diagnostics plus proches de la physiopathologie des troubles, et apporteraient de cette façon une aide directe à la prescription.

3.2 / Axes proposés pour le modèle dimensionnel

Certains auteurs se sont intéressés aux dimensions intéressantes à prendre en compte dans une approche dimensionnelle du trouble bipolaire. A titre d'exemple, citons Henry et Etain qui proposent les dimensions suivantes : polarité prédominante ; symptômes psychotiques ; niveau comportemental d'activation/inhibition et réactivité émotionnelle en tant que dimensions caractérisant les épisodes thymiques avec caractéristiques mixtes ; impulsivité ; potentiel suicidaire ; mésusage de substances ; troubles cognitifs.

La qualité de l'insight pourrait également être une caractéristique à examiner dans une approche dimensionnelle des troubles bipolaires, en tant qu'indice de la présence ou non de psychose, selon les définitions actuelles de cette dernière. Masson et al. ont étudié l'insight de patients atteints de troubles schizophréniques, schizo-affectifs, bipolaires et unipolaires de l'humeur (Masson et al. 2001). Les

résultats vont dans le sens de l'existence d'un continuum entre schizophrénie et troubles thymiques. En effet, la qualité de l'insight en fonction des troubles psychiatriques suit une séquence exactement superposable à celle proposée pour le continuum des troubles : insight dans la dépression unipolaire récurrente > insight dans trouble bipolaire > insight dans trouble schizoaffectif > insight dans schizophrénie. thymiques.

Les éléments fournis par les recherches en neuroscience pour défendre une approche dimensionnelle sont encore peu nombreux, et ce modèle, s'il est présenté par certains comme la réponse à toutes les difficultés posées par la classification catégorielle, a toutefois plusieurs limites.

3.3/ Limites du modèle dimensionnel

Avant tout, l'utilisation d'un nouveau modèle, basé sur une approche dimensionnelle, pose un certain nombre de problèmes méthodologiques (Henry & Etain 2010).

- L'utilisation de critères dimensionnels est conditionnée par la validation de chacun d'entre eux. Pour cela, l'identification, grâce aux neurosciences, de marqueurs spécifiques, peut être intéressante (Henry & Etain 2010). Toutefois, des études systématiques sont nécessaires pour déterminer si des tests neuropsychologiques, des examens biologiques ou radiologiques apporteraient des éléments supplémentaires déterminants, pour quels patients et dans quels cas précis (Lawrie et al. 2010).

- Une évaluation longitudinale de la stabilité des dimensions, et des catégories dans le cas d'une approche hybride, est nécessaire.

- Des outils d'évaluation des diverses dimensions doivent également être validés, afin d'assurer la reproductibilité intra et inter-observateur.

- Si des "dimensions" sont utilisées, elles doivent avoir pour finalité l'aide dans le choix d'un schéma thérapeutique adapté à la situation clinique singulière, prenant en compte l'hétérogénéité des troubles bipolaires. Toutefois, une approche dimensionnelle pourrait indirectement être responsable d'une sur-médicalisation délétère pour les patients (Lawrie et al. 2010). Des essais cliniques supplémentaires sont nécessaires pour comparer l'influence des différentes approches sur l'efficacité thérapeutique.

Par ailleurs, la plupart des auteurs s'accorde pour dire qu'un modèle dimensionnel serait d'utilisation moins facile en pratique clinique que le traditionnel modèle catégoriel, et probablement chronophage (Henry & Etain 2010, Lawrie et al. 2010).

Au-delà de ces problèmes méthodologiques, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de preuve scientifique de la supériorité d'un modèle dimensionnel, reposant sur l'idée d'un continuum de la psychose, par rapport au modèle catégoriel (Linscott & van Os 2010, David AS. 2010). Les études évaluant si les catégories, les sous-types, un continuum ou plusieurs continua, ou encore des modèles hybrides, sont plus adaptés pour classer les symptômes présentés à la fois par des populations de patients et par la population générale, n'ont simplement pas encore été menées (Lawrie et al. 2010). La notion de supériorité d'un modèle sur un autre, évoquée par certains auteurs, repose actuellement uniquement sur des intuitions de chercheurs.

Il se pourrait qu'un raisonnement basé exclusivement sur l'évaluation de "dimensions" considérées comme indépendantes les unes des autres, en supprimant le regroupement des symptômes en syndromes et en maladies, anéantisse tout raisonnement étiopathogénique. Ainsi, tout en permettant une description plus précise de la clinique observée, le modèle exclusivement dimensionnel pourrait finalement s'avérer appauvrir le travail du psychiatre et nuire à la compréhension du patient dans sa singularité. De plus, rappelons que les critères diagnostiques actuels des troubles psychotiques, beaucoup critiqués, n'ont pourtant pas été fixés

arbitrairement, et sont constitués par des associations de symptômes qui ont évolué au cours de décennies d'observations cliniques (Lawrie et al. 2010).

En ce sens, un modèle hybride, combinant à la fois une approche catégorielle et une approche dimensionnelle, serait probablement le plus adapté.

4/ Conclusion : le modèle adopté dans le DSM-5

En vue de l'élaboration du DSM-5, plusieurs séries de conférences se sont tenues entre 2004 et 2007. La conférence de février 2006 concernant la classification des psychoses retient toute notre attention. Les deux groupes de travail constitué au cours de cette conférence sont parvenus à des recommandations très différentes les unes des autres. Le premier groupe souhaitait retenir l'existence d'un "syndrome psychotique général", incluant la schizophrénie et le trouble bipolaire, réduire la durée des troubles de 6 mois à 1 mois pour poser le diagnostic, et inclure des critères diagnostiques dimensionnels. Le deuxième groupe a également suggéré une réévaluation de la durée des troubles pour le diagnostic. En revanche, il a exprimé la volonté de conserver la distinction entre trouble bipolaire et schizophrénie. Il s'est montré partisan de l'idée de critères diagnostiques dimensionnels, en précisant toutefois qu'ils devront être établis par de plus amples recherches empiriques. (Guelfi 2010).

Les preuves empiriques de la supériorité d'une approche dimensionnelle de la classification des psychoses de l'adulte manquent encore aujourd'hui (Guelfi 2010). C'est finalement la conclusion à laquelle ont abouti les travaux de la *Task Force*, responsable de l'élaboration du DSM-5. Ainsi le DSM-5 reste catégoriel, avec toutefois une ébauche de mixité puisqu'une approche hybride, à la fois catégorielle et dimensionnelle, des troubles de la personnalité apparaît en section III, devant être soumise à de plus amples recherches (American Psychiatric Association et al. 2013). A

terme, une telle approche permettra sans doute de clarifier les relations entre traits de personnalité normale, troubles de la personnalité et psychoses (Guelfi 2010).

IV. DISCUSSION

IV.1. Points de vue des auteurs classiques et recherches actuelles : des différences mais aussi des points communs

Le concept de bipolarité a été marqué, au cours des dernières années, par une évolution tendant à son élargissement. Devant la gravité de la maladie et le risque d'un sous-diagnostic, venant s'ajouter à une réalité clinique complexe et hétérogène, de nombreux auteurs contemporains défendent l'extension de la bipolarité. Akiskal a été le visionnaire de cette nouvelle clinique (Akiskal 1983), il en est aujourd'hui le porte-parole, suivi par Potter, Klerman, Angst, Hirschfeld ou encore Hantouche (Gay 2008). Ainsi, la "psychose maniaco-dépressive" a peu à peu fait place au concept de "spectre bipolaire élargi".

Par ailleurs, dans une volonté affichée d'athéorisme, le terme de psychose, chargé d'un sens psychodynamique dans bien des esprits, a aujourd'hui disparu du vocabulaire "scientifiquement correct" du parfait psychiatre. Pourtant, nous ne pouvons nous empêcher de constater qu'il continue d'être largement utilisé dans les conversations entre professionnels de santé mentale, y compris par les plus jeunes d'entre eux. Simple habitude de langage? Terme utilisé pour décrire un ensemble de symptômes objectifs tels que les idées délirantes et les hallucinations? Ou, au-delà de cet aspect purement descriptif, ce terme traduirait-il une approche subjective, interprétation arbitraire objecteront certains, du fonctionnement du patient, de son rapport au monde et à la réalité? La difficulté liée à l'utilisation du terme de "psychose" réside ainsi dans le fait que de multiples conceptions s'y rapportent.

Dans le champ de la bipolarité, les recherches actuelles continuent à décrire des "caractéristiques psychotiques", même si l'intérêt pour ces symptômes semble diminuer actuellement au profit des troubles fonctionnels (Bourgeois 2005). Les travaux de neurosciences, et en particulier de génétique, dans un effort de comparaison entre bipolarité et schizophrénie, s'intéressent de près à la "dimension psychotique".

Dans ce contexte, on peut se demander si la psychose maniaco-dépressive a réellement disparu.

Tout d'abord, si le trouble bipolaire est devenu une catégorie vaste et hétérogène, au sein de celle-ci, la classique psychose maniaco-dépressive correspond de près au sous-groupe des troubles bipolaires de type I (R. de Beaurepaire 2005).

Les travaux actuels font état d'une fréquence importante de symptômes "psychotiques" chez les patients bipolaires I : ces symptômes seraient présents chez près de 50% des patients maniaques (Goodwin & Jamison 1990).

De plus, les symptômes intercritiques apparaissent également fréquents dans les troubles bipolaires I et II, associés à une rechute plus rapide (Judd et al. 2008), et même à un plus grand risque de rechute (Keller et al. 1992). De nombreux auteurs (Azorin 2012) en concluent que les symptômes intercritiques favorisent la rechute. Cependant, rappelons que ces symptômes peuvent être des prodromes ; dans ce cas, ils marquent simplement le début de la rechute, sans pour autant la favoriser. Par ailleurs, au-delà du fait de représenter un facteur de risque de rechute, ces symptômes ne sont-ils pas le signe que la pathologie bipolaire est en réalité toujours active entre les épisodes? C'est la conclusion avancée par (Judd et al. 2008). Ainsi, les épisodes thymiques ne représenteraient que la partie émergée de l'iceberg. Quelques auteurs ont d'ailleurs mis en évidence des analogies entre prodromes et symptômes résiduels (Fava 1999). Par ailleurs, la présence de symptômes intercritiques apparaît plus fréquente lorsque l'épisode précédent s'accompagne de caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur.

En ce sens, pour un certain nombre de patients bipolaires, en particulier ceux présentant des épisodes thymiques avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur, et/ou sujets aux symptômes intercritiques, la bipolarité ne représenterait-elle pas une unité existentielle particulière? Ces patients ne pourraient-ils pas être rapprochés de l'être bipolaire décrit par Ey et Tellenbach, "homme antinomique" par excellence? A travers cette dénomination, ces auteurs sous-entendent beaucoup plus qu'un être confronté à des variations de l'humeur. La bipolarité concerne non seulement l'alternance manie-dépression, mais également, et c'est finalement celle qui questionne le plus, l'alternance entre apparente "normalité" et épisodes avec caractéristiques psychotiques. Tellenbach décrit le

patient maniaco-dépressif avant tout comme un être dont le fonctionnement psychopathologique est régi par une personnalité particulière. Pour Tellenbach, cette personnalité n'est pas comorbide à la bipolarité, elle en est l'essence même. Ainsi, elle préexiste au déclenchement du trouble bipolaire, et perdure entre les épisodes. Elle serait à rapprocher des tempéraments cyclothymiques et hyperthymiques, décrits par Akiskal (Akiskal & Pinto 1999) comme des états de vulnérabilité qui précèderaient la pathologie de l'humeur, et qui pourraient être déterminés génétiquement, à condition qu'on les perçoive en tant que modes de fonctionnement singuliers du sujet bipolaire.

Cette bipolarité-là, véritable unité existentielle, ne nous semble pas avoir disparu, elle se retrouve simplement englobée, un peu noyée peut-être, dans le très vaste spectre bipolaire.

Ainsi, comme le pointe Parizot, la référence aux paradigmes présents se fait tout en considérant implicitement - voire, ajoutons-nous, inconsciemment- l'ensemble de ceux qui semblent effacés mais qui demeurent actifs (Parizot 2010). La difficulté particulière d'aujourd'hui pour expliquer les psychoses réside sans doute dans la coexistence de plusieurs modèles, qui se sont succédés, mais qui, en réalité, se sont superposés plutôt que de s'annuler pour laisser la place au suivant.

IV.2. Un risque de sur-diagnostic?

A côté des adeptes d'un spectre bipolaire élargi, d'autres s'inquiètent d'une extension trop large du concept de bipolarité. Il ne s'agit pas seulement de psychanalystes nostalgiques de la psychose maniaco-dépressive, mais surtout de cliniciens qui s'interrogent sur les risques d'un sur-diagnostic du trouble bipolaire.

Certains auteurs avancent que, comme cela est arrivé dans le passé, en particulier pour la schizophrénie et la dépression, l'acceptation générale de définitions de plus en plus larges du trouble bipolaire risque d'affaiblir et de banaliser ce diagnostic (Bourgeois 2010).

Chartier, provocateur, lance que la bipolarité occupe "la première place au hit-parade des diagnostics réifiants et fourre-tout qui méconnaissent la dynamique intra-psychique du patient" (Chartier 2009).

Il nous semble que, s'il existe un risque de sur-diagnostic, cela serait seulement par rapport à la réflexion psychopathologique : il ne peut y avoir de sur-diagnostic si la définition de la bipolarité est purement sémiologique. En revanche, si, à partir d'une quantification de symptômes, on institue le patient comme "personne bipolaire", "homme bipolaire", dans le sens d'une unité existentielle particulière, propre à cet individu, alors il peut bel et bien y avoir sur-diagnostic. Autrement dit, le sur-diagnostic ne représente un risque que si l'on considère que toutes les bipolarités diagnostiquées sont des psychoses maniaco-dépressives en puissance ; mais cela est loin d'être le cas des partisans du spectre bipolaire élargi! Si l'on prend en considération le spectre bipolaire élargi en ayant bien conscience qu'il regroupe des entités cliniques différentes, correspondant à des dynamiques intra-psychiques différentes, alors la question du sur-diagnostic ne se pose plus. Cette question peut ressurgir au moment de la prise en charge thérapeutique du patient.

L'objectif, tout à fait louable, de l'élargissement du trouble bipolaire, était d'améliorer le diagnostic et de diminuer le nombre de patients bipolaires non traités ou recevant un traitement inadéquat. Toutefois, les différentes catégories de troubles qui appartiennent au spectre bipolaire ne justifient pas les mêmes mesures thérapeutiques et n'ont pas le même degré de gravité (Gay 2008). On peut donc se demander si l'élargissement du trouble bipolaire a réellement simplifié sa prise en charge. Comme le souligne Gay, face à un trouble aux expressions multiples, et à l'élargissement du spectre de la bipolarité, nous sommes en droit de s'interroger sur la validité des guidelines actuelles, qui ne peuvent pas être appliquées à l'ensemble du spectre des troubles bipolaires (Gay 2008). Pour les partisans du spectre bipolaire élargi, poser le diagnostic de troubles bipolaires constitue une première étape, qui implique ensuite d'identifier le type de trouble, la personnalité sous-jacente, l'existence ou non de comorbidité, les modalités évolutives (Gay 2008). Mais ne s'agit-il pas alors, dans ce second temps, de déconstruire le spectre bipolaire tout juste établi? Quel est alors l'intérêt de rassembler des troubles sous une même catégorie, si on doit, ensuite, s'efforcer de distinguer des sous-types au sein de cette catégorie,

avec pour chacun d'entre eux des recommandations thérapeutiques différentes. Les adeptes du spectre bipolaire élargi ne parlent-ils finalement pas des mêmes entités cliniques que ceux qui s'y opposent?

Par ailleurs, si, pour Akiskal, "la labilité de l'humeur doit toujours faire penser à une bipolarité" (Akiskal & Pinto 1999), bien d'autres entités psychiatriques, en particulier la schizophrénie, ou encore les troubles de la personnalité, peuvent comporter des oscillations ou autres perturbations thymiques, avec parfois une certaine cyclicité ou mixité de l'humeur. La prise en considération d'un spectre bipolaire élargi permet, en pratique clinique, de faire bénéficier d'un traitement thymorégulateur les patients présentant certaines formes de troubles addictifs, troubles du contrôle des impulsions, troubles affectifs ou dépressifs atypiques, pour lesquels les antidépresseurs auraient été inefficaces voire dangereux. Toutefois, ces avantages ne doivent pas faire oublier les risques des traitements thymorégulateurs, en termes d'effets indésirables potentiels, au même titre que tous les autres psychotropes.

IV.3. Un diagnostic satisfaisant pour le patient comme pour le médecin?

Devant l'importante inflation du diagnostic de bipolarité au cours des dernières années (Frances 2013), on peut se demander si, dans certains cas, le diagnostic de bipolarité n'est pas posé afin de rassurer le patient et le clinicien grâce à une étiquette diagnostique pratique et "normalisante".

IV.3.1. Du côté des médecins

Certains praticiens accusent une éventuelle pression de l'industrie pharmaceutique. Les généralistes, peu formés à la psychiatrie, et prescripteurs de 80% des psychotropes, en France comme aux Etats-Unis, sont sans doute les plus sensibles au marketing des laboratoires (Frances 2013). Bourgeois dénonce un "matraquage

publicitaire" pharmaceutique, visant à éduquer les médecins à un diagnostic très extensif de bipolarité chez les consultants se plaignant de mal-être, de variations thymiques ou encore de difficultés à s'adapter aux exigences professionnelles ou familiales (Bourgeois 2009). Les laboratoires pharmaceutiques ne manquent pas d'exploiter les limites diagnostiques de la psychiatrie, et les difficultés à distinguer, parfois, le normal du pathologique.

Comme le souligne A. Frances, psychiatre qui a dirigé l'équipe fondatrice du DSM-IV, toute modification de diagnostic dans le DSM est une aubaine pour l'industrie, car elle permet de proposer de nouveaux médicaments ou de nouveaux usages pour des médicaments anciens (Frances 2013). Ainsi, les rapprochements qui s'opèrent entre bipolarité et trouble schizoaffectif, et même schizophrénie, dans l'idée d'un continuum de la psychose, auront probablement pour corollaire une augmentation de la prescription des antipsychotiques atypiques, indiqués à la fois contre les symptômes psychotiques et comme régulateurs de l'humeur.

Mais les laboratoires pharmaceutiques sont loin d'être les seuls responsables. A. Frances admet que les psychiatres qui établissent les classifications, s'ils n'ont pas de conflit d'intérêts au sens habituel du terme, développent souvent un conflit d'intérêts intellectuel. Chacun a tendance à vouloir faire davantage valoir ses compétences, ses recherches et même ses lubies, et chacun veut s'assurer que le système ne laissera pas de malades de côté. Cela se traduit par une pression pour élargir le champ des diagnostics dans leurs secteurs de prédilection.

Enfin, le diagnostic de bipolarité selon les critères élargis apparaît comme un diagnostic facile à repérer, et satisfaisant puisqu'une réponse thérapeutique médicamenteuse existe. Comme le souligne Zimmerman : "Les cliniciens sont probablement enclins à diagnostiquer des troubles avec lesquels ils se sentent le plus à l'aise [...]. Les médecins sont plus enclins à diagnostiquer un trouble répondant à un traitement médicamenteux comme le trouble bipolaire, plutôt qu'un trouble de la personnalité borderline, moins répondant au traitement" (Zimmerman et al. 2008).

IV.3.2. Du côté des patients

Les écrits récents sur la maladie bipolaire s'étendent dans le domaine public. Bourgeois constate que « de très nombreux patients viennent en consultation annonçant d'emblée "je suis bipolaire" [...]. C'est devenu un nouveau signe astrologique!» (Bourgeois 2009). Ce diagnostic ne permettrait-il pas de rassurer certains patients en posant un nom sur leur mal-être?

Le diagnostic de trouble bipolaire, qui touche à leurs émotions, et traduirait leur grande sensibilité, rassure et légitime la souffrance d'un certain nombre de patients atteints de troubles de la personnalité variés. Il est moins perçu comme un jugement de valeur que la plupart des troubles psychiques. Paradoxalement, alors que les partisans d'un spectre bipolaire élargi pointent la gravité de la maladie comme un argument, l'extension du diagnostic étend la maladie maniaco-dépressive vers la norme, voire même du côté de quelque chose de valorisant.

Par ailleurs, pour les patients présentant des épisodes thymiques "avec caractéristiques psychotiques", le terme de trouble bipolaire apparaît moins stigmatisant que celui de psychose maniaco-dépressive, la "psychose" évoquant la "folie", voire la dangerosité, et "maniaco-dépressive" décrivant de façon trop précise, presque impudique, ce qui se passe pendant les épisodes thymiques. Ainsi, le patient bénéficie d'un diagnostic "commun", du côté de la normalité. Il est probable que cela facilite l'acceptation de la maladie par le patient et son entourage. En revanche, poser ce diagnostic peut être problématique si le clinicien qui reçoit le patient le voit comme un "énième bipolaire", sans s'intéresser au sens des symptômes psychotiques, et à son fonctionnement psychodynamique singulier.

IV.4. Une remise en cause du spectre bipolaire élargi?

IV.4.1. La bipolarité, un diagnostic d'aujourd'hui?

De tout temps, les systèmes de classification des maladies mentales ont été l'objet de controverses, et certains diagnostics "à la mode" plus que d'autres.

Ainsi, la fréquence du diagnostic de schizophrénie a progressivement augmenté au cours du XXe siècle, pour culminer dans les années 1960-1970, où environ les 3/4 des patients psychotiques étaient diagnostiqués schizophrènes, alors que le diagnostic de psychose maniaco-dépressive était réduit à la portion congrue, ne concernant pas plus de 20% des psychotiques (de Beaurepaire 2005). L'inverse est entrain de se dérouler sous nos yeux, avec une augmentation vertigineuse du diagnostic de trouble bipolaire, mais, cette fois, le spectre bipolaire élargi, étendu entre le trouble schizo-affectif et les formes tempéramentales, peut aussi bien correspondre à des sujets psychotiques que névrotiques. En effet, les nouvelles classifications ont supprimé la classique dichotomie névrose-psychose, et un "démentèlement" des catégories diagnostiques classiques est même proposé actuellement, au profit d'une approche dimensionnelle basée sur l'idée d'un continuum au sein des maladies mentales, et même entre normal et pathologique. Assisterait-on à un retour de la nosographie à l'époque de Pinel, où la médecine mentale ne proposait qu'une seule et unique catégorie : l'aliénation mentale?

IV.4.2. Le poids de la société

Les notions de compétitivité, de productivité, de rendement et de rentabilité, sont devenues les maîtres-mots d'un ordre social nouveau, qui touche à la fois le domaine professionnel et celui des relations personnelles. Pour satisfaire les exigences de la société actuelle, l'homme du XXIe siècle doit à tout prix dénier ses limites, et faire preuve d'une hyperactivité organisée, d'une hyperthymie parfois proche de l'hypomanie. Cet homme moderne n'est pas sans nous rappeler le paradoxe du

maniaco-dépressif, se défendant de la mélancolie à travers la manie. Par ailleurs, l'individualisation de la société occidentale rendrait chacun de nous plus vulnérable à la dépression. Pour Schotte, ce mouvement sociétal affecterait particulièrement les individus de tempérament cyclothymique, qui ont plutôt tendance à rechercher la compagnie lorsqu'ils se trouvent en difficulté (Schotte 2011, p.71). Après des comparaisons interculturelles, Schotte conclut en outre que la façon dont les états dépressifs se manifestent dépend du contexte culturel, la mélancolie apparaissant comme un "produit typique de la civilisation occidentale" (Schotte 2011, p.72), où la culpabilité est individualisée, et où la notion de salut personnel, introduite par le christianisme, est omniprésente. Ainsi, en reprenant Chartier : "La société victorienne fabriqua de l'hystérie", fruit d'un modèle patriarcal, "notre époque génère du bipolaire [...], reflet du malaise dans la civilisation contemporaine. Les médicamenteux évitent de s'interroger sur l'origine de leur douleur morale." (Chartier 2009).

Dans le même temps, la psychiatrie et la psychologie se démocratisent dans la société occidentale, et autant il n'est pas de bon ton de se laisser déborder par ses émotions, autant il est recommandé d'aller les exprimer à son "*psy*"! La société actuelle n'est-elle pas entraînée à psychiatriser les émotions, et, au-delà des émotions, tous les problèmes de la vie quotidienne? (Frances 2013). Ainsi, la timidité serait médicalisée en phobie sociale, la tristesse en dépression (Lane 2009), l'envie de nourriture en dehors des repas en hyperphagie, le fait d'oublier des dates en trouble cognitif mineur (Frances 2013), etc., et l'on assisterait à un façonnage de la maladie, qui toucherait toute la médecine, mais particulièrement le domaine de la santé mentale (Schepens 2011). Pour certains auteurs, ce phénomène serait en lien direct avec la pression de l'industrie pharmaceutique, mais il semble qu'il pourrait s'expliquer, d'une manière plus générale, par un contexte sociétal où toute émotion doit être "lissée", tout symptôme ou problème "étiqueté" et "régulé".

IV.4.3. Les limites des systèmes de classification actuels

Le concept de bipolarité et son évolution est un bon exemple pour saisir les limites des systèmes de classification actuels.

Si les systèmes catégoriels, et en particulier le DSM, ont été critiqués dès les premières éditions, la parution récente du DSM-5 est l'objet de débats particulièrement vifs entre spécialistes. Des psychiatres ayant participé aux éditions précédentes du DSM émettent eux-mêmes quelques réserves sur ce mode de classification. Ainsi, R. Spitzer, principal concepteur du DSM-III, concède que l'attention inadéquate au contexte constitue un problème inhérent à la démarche des DSM, problème qui ne pourra plus être ignoré lors de l'élaboration des prochaines éditions (Lane 2009). A. Frances, principal rédacteur du DSM-IV, constate, non sans une certaine inquiétude, que la moindre modification dans une classification peut avoir pour conséquence une inflation majeure de tel ou tel diagnostic. Ainsi le trouble bipolaire de type II, introduit dans le DSM-IV, a permis aux entreprises pharmaceutiques, en particulier aux États-Unis grâce à la publicité télévisée, de doubler le nombre de patients traités pour troubles bipolaires. De plus, A. Frances rappelle que la précaution est de rigueur lorsque l'on pose un diagnostic, en particulier chez un sujet jeune. En effet, même si elle s'avère par la suite fautive ou abusive, cette étiquette risque de rester attachée à la personne toute sa vie. Le diagnostic va changer à la fois la manière dont l'individu se voit, et la manière dont les autres le voient. De plus, il faut souligner qu'aux États-Unis, le DSM sert de base pour le remboursement des frais médicaux ou la reconnaissance d'une invalidité. Poser un diagnostic n'est donc pas anodin.

Pour A. Frances, les auteurs du DSM-5, en voulant à nouveau multiplier les innovations diagnostiques⁴, comme cela avait été le cas lors de la rédaction du DSM-III et du DSM-III-R, ont été victimes d'une "ambition excessive". Il explique que ces auteurs sont fascinés par les apports possibles de la biologie, alors que la psychiatrie, contrairement aux autres branches de la médecine, ne dispose pas de tests biologiques. Ils sont également fascinés par la médecine préventive, alors même qu'elle fait marche arrière dans certains domaines, en raison des coûts et des risques associés aux systèmes de détection précoce (Frances 2013). P. Landman trouve également paradoxal qu'au moment même où des disciplines comme la génétique, se mettent à considérer l'influence de l'environnement sur l'expression

⁴ Rappelons en particulier la proposition de diagnostic de "risque de psychose" ou "syndrome de psychose atténuée" qui, à la suite d'un débat houleux au sein de l'American Psychiatric Association, a finalement été écarté du DSM-5 et inclus dans une liste de syndromes "exigeant des études complémentaires".

des maladies, la psychiatrie selon le DSM fait le chemin inverse en "déniant de façon absurde le facteur social dans la causalité" (Landman 2013). A force de se focaliser sur le comportement, pour éviter tout parti pris idéologique, le DSM aurait arraché le cœur de la maladie mentale : l'histoire de l'individu. Akiskal lui-même souligne le rôle de l'environnement biologique et social dans l'expression des gènes (Akiskal 2005), et il est à présent établi que les facteurs psychologiques et environnementaux, en particulier les événements de vie pénibles, jouent un rôle dans le déclenchement de la maladie bipolaire et dans les décompensations maniaques ou dépressives (Gay 2008). Par ailleurs, en tentant d'élargir le groupe des patients potentiellement concernés par leurs sujets de prédilection, les psychiatres responsables de la rédaction des classifications ne réfléchiraient pas du tout aux conséquences d'une inflation des diagnostics pour la société et les patients eux-mêmes (Frances 2013).

Les principaux reproches adressés au DSM et à la CIM concernent le fait que ces classifications sont basées sur une sémiologie objective, purement descriptive et probabiliste, délaissant une étude psychopathologique fine et profonde. Or, l'athéorisme et l'objectif de consensualité sont la vocation même de ces classifications, qui, rappelons-le, ont été initialement développées uniquement dans un but de recherche. Peut-être n'étaient-elles pas destinées à remplacer la psychopathologie, mais simplement à lui associer un regard complémentaire ; seraient-elles à présent, en quelque sorte, victimes de leur succès?

Devant l'athéorisme ambiant, certains cliniciens s'inquiètent que l'on méconnaisse ce qui se passe pour chacun de nos patients, et en particulier, avec l'élargissement du concept de bipolarité, de nos patients bipolaires. Ne doit-on pas continuer à distinguer ce qui relève d'une bipolarité au sens d'un fonctionnement psychodynamique particulier, de fluctuations thymiques en lien avec un trouble de la personnalité, ou même de variations émotionnelles adaptées face à des événements de vie.

IV. 5. Pour conclure : l'importance d'une nosologie psychiatrique

Faisant le constat des limites de la clinique "critérisée", un nombre croissant d'auteurs défendent l'adoption d'un modèle dimensionnel, pour remplacer ou compléter le modèle catégoriel en vigueur. Ce débat a été au centre de l'élaboration du DSM-5 récemment paru, et reste plus que jamais d'actualité. Un changement du paradigme de classification sera-t-il suffisant pour mieux comprendre et soigner nos patients, si le modèle théorique sous-jacent, ou plutôt le fait qu'il soit basé justement sur une absence de références théoriques, ne change pas?

S. Parizot souligne que, si la clinique est une pratique, elle est toujours issue d'une pratique de rencontre intersubjective entre des patients et des soignants (Parizot 2010). La clinique psychiatrique peut, à la manière du DSM et de son athéorisme proclamé, feindre d'être un discours parlant exclusivement du patient et de ses symptômes, mais elle ne peut, en réalité, esquiver le contexte existentiel dans lequel nous vivons. Le discours clinique englobe toujours deux types de sujets, avec leur liberté, leur manière singulière d'exister : parlant des patients, nous parlons aussi forcément de nous, de notre être-au-monde (Parizot 2010). La production de conceptions, de théories, est à notre sens indissociable de la pratique psychiatrique. Aussi, l'utilisation exclusive, dans la pratique clinique, d'un modèle totalement athéorique paraît être une aberration!

Parizot remarque qu'ainsi, pendant les années 1980-2000, l'écart entre les chercheurs et les cliniciens s'est creusé, les classifications représentant "une véritable prise en otage de la clinique par la recherche" (Parizot 2010). Pour Grenouilloux, les classifications, censées favoriser communication et recherche, ont eu pour effet de faire disparaître de la clinique toute réflexion princeps sur l'être-malade (Grenouilloux 2010). L'inquiétude de nombreux cliniciens français vis-à-vis de ces nouveaux modèles "athéoriques" a amené un certain nombre d'entre eux, dans une attitude défensive, à se replier sur le passé et sur les théories qui avaient bercé leur formation, rabâchant Freud, Lacan, Ey ou encore l'histoire politique du secteur (Parizot 2010). Soulignons qu'il ne s'agit pas de confondre la résistance à des attaques institutionnelles, et celle qui s'opposerait à la dynamique scientifique actuelle, et en particulier aux avancées considérables permises par la recherche en

neurosciences. Lantéri-Laura écrivait : "faire report à l'inconscient ou au troisième ventricule, c'est ou bien nourrir des illusions fort naïves, ou bien s'apercevoir qu'il s'agit avec de semblables références, de ce que Husserl appelait des êtres de la culture" (Lantéri-Laura 2004).

Cependant, à côté des querelles opposant bien souvent cliniciens et chercheurs, il faut remarquer la volonté de maintenir des ponts entre les deux domaines et entre les diverses théories. Ainsi, depuis les années 2000, le fossé entre la recherche et la clinique, mais aussi entre la psychiatrie et les disciplines voisines, a diminué (Parizot 2010). En 2002, les journées de *L'Information psychiatrique* à Québec (Pascal & Tremine 2003) ont par exemple clamé une position d'ouverture en entamant le débat entre neurosciences et psychiatrie, et, en France comme dans d'autres pays, de nombreux praticiens demandent un "retour à la psychopathologie européenne" (Kandel 2002, Andreasen 2007).

La réflexion sur les théories et les pratiques, et leur ouverture, du côté des convergences et des synthèses, plutôt que la perpétuation des dogmes, apparaît indispensable. L'absence de réflexion autour des paradigmes anciennement utilisés, comme autour des classifications actuelles, pourrait bien venir précisément de la difficulté à concilier les références aux sciences naturelles et celles faites aux sciences humaines.

Dans une démarche de soins d'un "être-malade", il paraît pourtant fondamental d'allier explication et compréhension. En effet, la strate compréhensive est celle qui permet de mener la prise en charge au plus près du patient (Grenouilloux 2010). Elle apparaît ainsi comme le complément indispensable des hypothèses émanant des neurosciences. Il s'agit alors de penser la complexité de "l'être-malade" à partir d'une conception unitaire entre le psychisme et le corporel.

Et si l'idée de "psychose" permettait de se souvenir qu'être bipolaire ne se réduit pas à présenter les signes extérieurs de bipolarité?

CONCLUSION

Notre parcours du champ de la bipolarité nous a conduits de la psychopathologie classique à la clinique contemporaine. Ce faisant, le rapprochement de la bipolarité et de la psychose nous a permis de relever des recoupements entre ces deux concepts, mais aussi de déceler des points d'achoppement de la clinique contemporaine.

L'extension du domaine de la bipolarité présente en particulier le risque de la banalisation d'une pathologie encore trop souvent fatale, ou, à l'inverse, celui de la médicalisation de l'expression émotionnelle d'une adaptation aux aléas de la vie.

En pratique clinique, la grande hétérogénéité de l'actuel spectre bipolaire nous amène à nous demander comment adapter au mieux la prise en charge de chacun des patients.

Certains auteurs avancent que les données issues des neurosciences pourront nous y aider. C'est une proposition séduisante. Cependant, tous les progrès des technologies de pointe pourront-ils faire oublier l'importance du discours du patient? Peut-on attendre de la biologie, de la génétique, de l'imagerie cérébrale, qu'elles permettent de mieux saisir le regard du patient sur sa situation, et, dans certains cas, de percevoir l'imminence du suicide? les troubles bipolaires, et plus généralement l'ensemble des troubles mentaux, d'étiologie plurifactorielle, ne nécessitent-ils pas, par définition, une approche pluridisciplinaire, réunissant à la fois la psychopathologie avec ses différentes orientations théoriques et les neurosciences?

Le concept élargi de bipolarité, tel qu'il est décrit dans les classifications actuelles, ne permet plus vraiment de saisir l'unité de la personne bipolaire, faute de références psychopathologiques. Sans revenir à la psychiatrie française classique, car celle-ci doit désormais compter avec les avancées des neurosciences et des sciences sociales, la prise en considération de la notion de "psychose" au cœur de la bipolarité nous apparaît constructive pour aborder le bipolaire comme un être souffrant.

A l'heure où la tendance est à "l'éducation thérapeutique", ne doit-on pas s'inquiéter du risque qu'il y aurait à oublier que le psychiatre ne détient pas tout le savoir sur son patient, et qu'une relation thérapeutique nourrie de psychopathologie peut aider le patient, tout comme le clinicien, à accéder à une connaissance approfondie du trouble. Cette compréhension aiderait le patient à imaginer, à rencontrer, peut-être, l'espérance d'une existence possible, et donc vivable.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM, K., 1924. *Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung*, Frankfurt: Fischer.
- ABRAHAM, K., 2010. *Manie et mélancolie*, Paris: Payot & Rivages.
- AHMED, A.O., P.F. BUCKLEY, AND P.A. MABE, 2012. Latent structure of psychotic experiences in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 125: p.54–65.
- AKISKAL, H., 1983. The bipolar spectrum : new concepts in classification and diagnosis. *In Psychiatry update*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- AKISKAL, H., 2005. L'émergence des troubles bipolaires. *L'information psychiatrique* 81: p.857–61.
- AKISKAL, H., AND AL., 1992. Delineating irritable and hyperthymic variants of the cyclothymic temperament. *J Pers Disorders* 6: p.326–42.
- AKISKAL, H., AND O. PINTO, 2000. The bipolar spectrum : footnotes to Kraepelin on the interface of hypomania, temperament and depression. *In Bipolar disorders 100 years after manic-depressive insanity*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- AKISKAL, H.S., M.L. BOURGEOIS, J. ANGST, R. POST, H. MÖLLER, AND R. HIRSCHFELD, 2000. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 59 Suppl 1: p.S5–S30.
- AKISKAL, H.S., R.M. HIRSCHFELD, AND B.I. YEREVANIAN, 1983. The relationship of personality to affective disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 40: p.801–810.
- AKISKAL, H.S., AND O. PINTO, 1999. The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America* 22: p.517–534.
- ALBERTI, C., AND M.-J. SAURET, 1996. *La psychanalyse*, Toulouse: Milan.
- ALTSHULER, L.L., G. BARTZOKIS, T. GRIEDER, J. CURRAN, AND J. MINTZ, 1998. Amygdala enlargement in bipolar disorder and hippocampal reduction in schizophrenia: an MRI study demonstrating neuroanatomic specificity. *Arch. Gen. Psychiatry* 55: p.663–664.
- ALTSHULER, L.L., R.M. POST, D.O. BLACK, P.E. KECK JR, W.A. NOLEN, M.A. FRYE, T. SUPPES, H. GRUNZE, R.W. KUPKA, G.S. LEVERICH, S.L. MCELROY, J. WALDEN, AND J. MINTZ, 2006. Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: results of a large, multisite study. *J Clin Psychiatry* 67: p.1551–1560.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1985. *DSM-III: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris: Masson.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1989. *DSM-III-R: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris: Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002. *DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-5 TASK FORCE, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.*, Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
- ANDREASEN, N.C., 2007. DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophr Bull* 33: p.108–112.
- ANGST, J., AND R. SELLARO, 2000. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol. Psychiatry* 48: p.445–457.
- ARCE ROSS, G., 2009. *Manie, mélancolie et facteurs blancs*, Paris: Beauchesne.
- ARNONE, D., J. CAVANAGH, D. GERBER, S.M. LAWRIE, K.P. EBMEIER, AND A.M. MCINTOSH, 2009. Magnetic resonance imaging studies in bipolar disorder and schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 195: p.194–201.
- AZORIN, J.-M., 2008. From psychotic to bipolar disorders. *Encephale* 34 Suppl 4: p.S127–129.
- AZORIN, J.-M., 2012. Trouble bipolaire : la pathologie intercritique. *Encephale* 38 Suppl 4: p.S147–150.
- AZORIN, J.-M., A. KALADJIAN, N. BESNIER, M. ADIDA, E.-G. HANTOUCHE, S. LANCRENON, AND H. AKISKAL, 2011. “Folie circulaire” vs “Folie à double forme”: Contribution from a French national study. *European Psychiatry* 26: p.375–380.
- DE BEAUREPAIRE, R., 2005. Les troubles bipolaires. Editorial. *L’information psychiatrique* 81: p.853–4.
- BEER, M.D., 1996. Psychosis: a history of the concept. *Compr Psychiatry* 37: p.273–291.
- BELLIVIER, F., 2011. Dépistage précoce : rechercher les indices de bipolarité. *Concours médical* 133: p.531–2.
- BERGERET, J., 1980. *La dépression et les états-limites*. Paris: Payot.
- Bergeret J., 2012. *Psychologie pathologique: théorique et clinique*. Paris : Elsevier Masson.
- BERRETTINI, W.H., 2000. Are schizophrenic and bipolar disorders related? A review of family and molecular studies. *Biol. Psychiatry* 48: p.531–538.
- BINSWANGER, L., 1931. *Ueber Ideenflucht*, *Archives suisses de Neurologie et Psychiatrie*.
- BLEULER, E., 1911. *Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias*. International University Press.,
- BONIN, B., AND B. TROJAK, 2009. Intervalle libre et/ou rémission. *L’Encéphale* 35, Supplement 5: p.S172–S177.

- BOURGEOIS, M., 2005. Qu'y a-t-il de psychotique dans la psychose maniacodépressive? L'information psychiatrique 81: p.875–82.
- BOURGEOIS, M., 2009. Aspects nosologiques des troubles bipolaires maniaco-dépressifs. Considérations critiques. Annales Médico-Psychologiques 167: p.803–9.
- BOURGEOIS, M., AND A. MARNEROS, 2000. The prognosis of bipolar disorders : course and outcome. *In* Bipolar disorders 100 years after manic-depressive insanity. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- BOURGEOIS, M., H. VERDOUX, AND C. HENRY-DESMOTES-MAINARD, 1996. Clinique des troubles bipolaires de l'humeur (le spectre bipolaire). *In* Les troubles bipolaires. Paris: Masson.
- BOURGEOIS, M.L., 2010. *Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires*, Paris: O. Jacob.
- CARLSON, G.A., AND F.K. GOODWIN, 1973. The stages of mania. A longitudinal analysis of the manic episode. Arch. Gen. Psychiatry 28: p.221–228.
- CHARTIER, J., 2009. Circulez, il n'y a rien à voir. Clinique psychanalytique des états dits "bipolaires." Topique 108: p.237–47.
- CORRUBLE, E., C. CHAUDOT, AND P HARDY, 2003. Dépressions et troubles de la personnalité. *In* Les maladies dépressives. Paris: Flammarion.
- COURTET, P., 2005. La classification schizophrénie vs maladie maniaco-dépressive est-elle pertinente? L'Encéphale 31: p.366–76.
- CULLEN, W., 1758. *Institutions de Médecine Pratique.*, Paris.
- DAVID, A.S., 2010. Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality. Psychol Med 40: p.1935–1942.
- DELILLE, E., 2002. Aux origines mythiques de la psychose : les premières réceptions du terme dans le lexique français. L'Evolution Psychiatrique 67: p.223–33.
- DERON, R., 1928. *Le syndrome maniaque*, Paris, France: Doin.
- DREYFUS, 1907. *Die Melancolie, ein Zustandbild des M. D. Irresein.*, Jena.
- DUJARIER, L., 1976. Apports de la psychanalyse à la compréhension et au traitement des maniaco-dépressifs. Confrontations psychiatriques 14: p.75–103.
- EBTINGER, R., 1963. A propos de Melancholie de H. Tellenbach. L'Evolution Psychiatrique 28: p.345–64.
- EY, H., 1954a. Argument. *In* Etudes psychiatriques. Tome 3. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris: Desclée de Brouwer.
- EY, H., 1954b. Etude N°21 : Manie. *In* Etudes psychiatriques. Tome 3. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris: Desclée de Brouwer.

- EY, H., 1954c. Etude N°22 : Mélancolie. *In Etudes psychiatriques. Tome 3. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience.* Paris: Desclée de Brouwer.
- EY, H., 1954d. Etude N°25 : Les psychoses périodiques maniaco-dépressives. *In Etudes psychiatriques. Tome 3. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience.* Paris: Desclée de Brouwer.
- Ey H, Bernard P, Brisset C., 2010. *Manuel de psychiatrie.* Paris: Elsevier-Masson.
- FAVA, G.A., 1999. Subclinical symptoms in mood disorders: pathophysiological and therapeutic implications. *Psychol Med* 29: p.47–61.
- FEUCHTERSLEBEN VON, E., 1847. *The principles of medical psychology.*, Sydenham Society.
- FLASHAR, 1966. *Melancholie und Melancholiker*, Berlin: W. de Gruyter.
- FRANCES, A., 2013. *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*, William Borrow.
- FREUD, S., 1932. *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, Paris: Gallimard.
- FREUD, S., 1973. *Névrose, psychose et perversion*, Paris: Presses universitaires de France.
- FREUD, S., 1986. Deuil et mélancolie. *In Métapsychologie.* Paris: Gallimard.
- FREUD, S., 1992. Névrose et Psychose (1924). *In Oeuvres complètes.* pp. 1–7, Paris: PUF.
- FREUD, S., 2010. Le Président Schreber. *In Cinq psychanalyses.* Paris: Presses universitaires de France.
- GAEBEL, W., AND J. ZIELASEK, 2008. The DSM-V initiative “deconstructing psychosis” in the context of Kraepelin’s concept on nosology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258 Suppl 2: p.41–47.
- GAY, C., 2008. Les troubles bipolaires et autres troubles de l’humeur. *L’Encéphale* 34, Supplement 4: p.S130–S137.
- GEBSATTEL VON, F., 1937. *Ein Beitrag zur Theorie der Melancholie.*, Der Nervenarzt.
- GOLDBERG, J.F., AND C.L. ERNST, 2002. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 63: p.985–991.
- GOODWIN, F., AND K. JAMISON, 1990. *Manic depressive illness*, Oxford: University Press.
- GRENOUILLOUX, A., 2010. Quels besoins et quels moyens pour une nosologie psychiatrique au XXIe siècle? *L’information psychiatrique* 86: p.135–43.
- GROZEVA, D., G. KIROV, D. IVANOV, I.R. JONES, L. JONES, E.K. GREEN, D.M. ST CLAIR, A.H. YOUNG, N. FERRIER, A.E. FARMER, P. MCGUFFIN, P.A. HOLMANS, M.J. OWEN, M.C. O’DONOVAN, N. CRADDOCK, AND WELLCOME TRUST CASE CONTROL CONSORTIUM, 2010. Rare copy number variants: a point of rarity in genetic risk for bipolar disorder and schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 67: p.318–327.

- GUELFY, J.D., 2010. L'avenir des classifications des psychoses chez l'adulte. L'information psychiatrique vol. 86, n° 2: p.pp. 127–134.
- HANTOUCHE, E., 2008. *Troubles bipolaires : rumeurs et réalités.*, Paris: Medi-Text.
- HARO, J.M., C. REED, A. GONZALEZ-PINTO, D. NOVICK, J. BERTSCH, E. VIETA, AND EMBLEM ADVISORY BOARD, 2011. 2-Year course of bipolar disorder type I patients in outpatient care: factors associated with remission and functional recovery. *Eur Neuropsychopharmacol* 21: p.287–293.
- HENRY, C., AND B. ETAIN, 2010. New ways to classify bipolar disorders: going from categorical groups to symptom clusters or dimensions. *Curr Psychiatry Rep* 12: p.505–511.
- HENRY, C., V. MITROPOULOU, A.S. NEW, H.W. KOENIGSBERG, J. SILVERMAN, AND L.J. SIEVER, 2001. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res* 35: p.307–312.
- INTERNATIONAL SCHIZOPHRENIA CONSORTIUM, S.M. PURCELL, N.R. WRAY, J.L. STONE, P.M. VISSCHER, M.C. O'DONOVAN, P.F. SULLIVAN, AND P. SKLAR, 2009. Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature* 460: p.748–752.
- JANET, P., 1937. *De l'angoisse à l'extase.*, Maloine.
- JEANNEAU, A., 1980. *La cyclothymie. Etude psychanalytique.*, Paris: Payot.
- JUDD, L.L., H.S. AKISKAL, P.J. SCHETTLER, W. CORYELL, J. ENDICOTT, J.D. MASER, D.A. SOLOMON, A.C. LEON, AND M.B. KELLER, 2003. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 60: p.261–269.
- JUDD, L.L., H.S. AKISKAL, P.J. SCHETTLER, J. ENDICOTT, J. MASER, D.A. SOLOMON, A.C. LEON, J.A. RICE, AND M.B. KELLER, 2002. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 59: p.530–537.
- JUDD, L.L., P.J. SCHETTLER, H.S. AKISKAL, W. CORYELL, A.C. LEON, J.D. MASER, AND D.A. SOLOMON, 2008. Residual symptom recovery from major affective episodes in bipolar disorders and rapid episode relapse/recurrence. *Arch. Gen. Psychiatry* 65: p.386–394.
- KALADJIAN, A., J.-M. AZORIN, M. ADIDA, E. FAKRA, D. DA FONSECA, AND D. PRINGUEY, 2010. Affective disorders: Evolution of nosographic models. *Encephale* 36 Suppl 6: p.S178–182.
- KANDEL, E.R., 2002. La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée. *L'Evolution Psychiatrique* 67: p.40–82.
- KAPSAMBELIS, V., 2010. Préface : naissance d'une pensée. *In Manie et mélancolie.* Paris: Payot & Rivages.
- KECK, P.E., JR, J. MCELROY, AND L. AINOLI, 2001. Bipolar disorders. *Med Clin North Am* 85: p.645–61.

- KEITNER, G.I., D.A. SOLOMON, C.E. RYAN, I.W. MILLER, A. MALLINGER, D.J. KUPFER, AND E. FRANK, 1996. Prodromal and residual symptoms in bipolar I disorder. *Compr Psychiatry* 37: p.362–367.
- KELLER, M.B., P.W. LAVORI, J.M. KANE, A.J. GELENBERG, J.F. ROSENBAUM, E.A. WALZER, AND L.A. BAKER, 1992. Subsyndromal symptoms in bipolar disorder. A comparison of standard and low serum levels of lithium. *Arch. Gen. Psychiatry* 49: p.371–376.
- KENDLER, K.S., M. MCGUIRE, A.M. GRUENBERG, M. SPELLMAN, A. O’HARE, AND D. WALSH, 1993. The Roscommon Family Study. II. The risk of nonschizophrenic nonaffective psychoses in relatives. *Arch. Gen. Psychiatry* 50: p.645–652.
- KIERKEGAARD, S., 1973. *Traité du désespoir*, Paris: Gallimard.
- KLERMAN, G., 1981. The spectrum of mania. *Comprehensive psychiatry* 22: p.11–20.
- KRAUS, A., 1969. Melancholiker und Rollenidentität. In *Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung*. Stuttgart: Thieme.
- KRAUS, A., 1975. *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver*, Heidelberg: Habilitationsschrift.
- KRISHNAN, K.R.R., 2005. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med* 67: p.1–8.
- LAMBOTTE, M.-C., 2012. *Le discours mélancolique: de la phénoménologie à la métapsychologie*, Toulouse: Érès éd.
- LANDMAN, P., 2013. *Tristesse business: le scandale du DSM-5*, Paris: M. Milo.
- LANE, C., 2009. *Comment la psychiatrie et l’industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, Paris: Flammarion.
- LANTERI-LAURA, G., 2004. Culture et sémiologie psychiatrique. *L’Evolution Psychiatrique* 69: p.3–21.
- LAWRIE, S.M., J. HALL, A.M. MCINTOSH, D.G.C. OWENS, AND E.C. JOHNSTONE, 2010. The “continuum of psychosis”: scientifically unproven and clinically impractical. *Br J Psychiatry* 197: p.423–425.
- LEUCHT, S., W. KISSLING, AND J. MCGRATH, 2007. Lithium for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*.CD003834.
- LINSCOTT, R.J., AND J. VAN OS, 2010. Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annu Rev Clin Psychol* 6: p.391–419.
- MAGNAN, V., 1873. *Leçons cliniques*, Circa.
- MARANGELL, L.B., E.B. DENNEHY, S. MIYAHARA, S.R. WISNIEWSKI, M.S. BAUER, M.H. RAPAPORT, AND M.H. ALLEN, 2009. The functional impact of subsyndromal

- depressive symptoms in bipolar disorder: data from STEP-BD. *J Affect Disord* 114: p.58–67.
- MARNEROS, A., AND J. ANGST, 2000. Bipolar disorders : roots and evolution. *In* *Bipolar disorders 100 years after manic-depressive insanity*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- MASSON, M., J.M. AZORIN, AND M. BOURGEOIS, 2001. La conscience de la maladie dans les troubles schizophréniques, schizoaffectifs, bipolaires et unipolaires de l’humeur : résultats d’une étude comparative de 90 patients hospitalisés. *Ann Med Psychol* 159: p.369–74.
- MASSON, M., C. HENRY, AND M. BOURGEOIS, 2000. Les symptômes psychotiques congruents et non congruents à l’humeur dans les troubles bipolaires. Résultats préliminaires pour 79 patients. *Ann Med Psychol* 158: p.71–5.
- MAUZ, F., 1965. Psychotherapeutische Möglichkeiten bei endogenen Psychosen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 206: p.584.
- MCDONALD, C., E.T. BULLMORE, P.C. SHAM, X. CHITNIS, H. WICKHAM, E. BRAMON, AND R.M. MURRAY, 2004. Association of genetic risks for schizophrenia and bipolar disorder with specific and generic brain structural endophenotypes. *Arch. Gen. Psychiatry* 61: p.974–984.
- MCINTOSH, A.M., H.C. WHALLEY, J. MCKIRDY, J. HALL, J.E.D. SUSSMANN, P. SHANKAR, E.C. JOHNSTONE, AND S.M. LAWRIE, 2008. Prefrontal function and activation in bipolar disorder and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 165: p.378–384.
- MÉNÉCHAL, J., 1997. *Introduction à la psychopathologie*, Paris: Dunod.
- MEYNARD, J.-A., 2005. Le continuum schizophrénie-troubles bipolaires et le trouble schizo-affectif. *L’information psychiatrique* 81: p.891–6.
- MIALET, J., 2005. Les intervalles libres existent-ils? *L’Encéphale* 31: p.33–5.
- MIRABEL-SARRON, C., AND I. LEYGNAC-SOLIGNAC, 2011. *Les troubles bipolaires. De la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif*, Paris: Dunod.
- MORRIS, R., 2002. Clinical importance of inter-episode symptoms in patients with bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 72 Suppl 1: p.S3–13.
- MURRAY, C.J., AND A.D. LOPEZ, 1997. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 349: p.1436–1442.
- MUZINA, D.J., 2009. Pharmacologic treatment of rapid cycling and mixed states in bipolar disorder: an argument for the use of lithium. *Bipolar Disord* 11 Suppl 2: p.84–91.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1992. *CIM-10/ICD-10*, Paris: Masson.
- PARIZOT, S., 2010. Les psychoses, les psychiatres : évolution des pratiques, des concepts. Des jeux de miroir. *L’information psychiatrique* 86: p.109–25.

- PASCAL, J., AND T. TREMINE, 2003. La question des neurosciences posée aux psychiatres. *L'information psychiatrique* 79: p.10–8.
- POPE, H.G., JR, AND J.F. LIPINSKI JR, 1978. Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness: a reassessment of the specificity of “schizophrenic” symptoms in the light of current research. *Arch. Gen. Psychiatry* 35: p.811–828.
- POROT, A., 1952. *Manuel alphabétique de Psychiatrie*, Paris: PUF.
- POTASH, J.B., V.L. WILLOUR, Y.F. CHIU, S.G. SIMPSON, D.F. MACKINNON, G.D. PEARLSON, J.R. DEPAULO JR, AND M.G. MCINNIS, 2001. The familial aggregation of psychotic symptoms in bipolar disorder pedigrees. *Am J Psychiatry* 158: p.1258–1264.
- PRASAD, K.M., AND M.S. KESHAVAN, 2008. Structural cerebral variations as useful endophenotypes in schizophrenia: do they help construct “extended endophenotypes”? *Schizophr Bull* 34: p.774–790.
- PRINCET, P., 2009. Historique des classifications : de la folie circulaire aux troubles bipolaires. *Psy-Cause* 53: p.11–6.
- ROUART, J., 1935. *Psychose maniaco-dépressive et folies discordantes*. Thèse, Paris.
- ROUILLON F., 2005. Un enjeu de santé publique. In *Troubles bipolaires : pratiques, recherches et perspectives*, Montrouge (Hauts-de-Seine), John Libbey Eurotex,.
- SCHEPENS, P., 2011. Les troubles bipolaires : de la polémique à la clinique. *La Revue de la Médecine Générale* 282: p.140–5.
- SCHOTTE, J., 2011. *Nosographie*, Cour-Cheverny: Presses de Tirage. Institutions.
- STRAKOWSKI, S., 1999. *The Co-occurrence of Depression in Schizophrenia*, London: Science Press, Ltd.
- STRAKOWSKI, S., 2003. Diagnostic boundaries between bipolar disorder and schizophrenia : implications for pharmacologic intervention. *Advanced Studies in Medicine* 3: p.S792–798.
- STRAKOWSKI, S.M., M.P. DELBELLO, M.E. ZIMMERMAN, G.E. GETZ, N.P. MILLS, J. RET, P. SHEAR, AND C.M. ADLER, 2002. Ventricular and periventricular structural volumes in first- versus multiple-episode bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 159: p.1841–1847.
- TELLENBACH, H., 1979. *La mélancolie*, Paris: Presses Universitaires de France.
- THAKER, G.K., 2012. Boundaries of the psychosis phenotype. *Schizophr Bull* 38: p.205–206.
- VANELLE, J.-M., 2005. Nouvelles perspectives dans la prise en charge des psychoses. *Encephale* 31 (2): p.S5–6.
- VERDOUX, H., S. MAURICE-TISON, B. GAY, R. SALOMON, AND M. BOURGEOIS, 1998. Les idées délirantes en médecine générale, enquête de prévalence du Réseau sentinelle Aquitaine. *Concours médical* p.1790–3.

YEN, C.-F., C.-P. CHENG, C.-F. HUANG, J.-Y. YEN, C.-H. KO, AND C.-S. CHEN, 2008. Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disord* 10: p.617–624.

ZIMMERMAN, M., C.J. RUGGERO, I. CHELMINSKI, AND D. YOUNG, 2008. Is bipolar disorder overdiagnosed? *J Clin Psychiatry* 69: p.935–940.