



*Entretien avec
le docteur Christian Gay*

“LA BIPOLARITÉ, C’EST LA MALADIE DU TROP”

Le Dr Christian Gay est psychiatre, ancien interne des hôpitaux psychiatriques et ancien chef de clinique à la faculté de Paris. Cofondateur de France dépression et coordinateur du conseil scientifique de l'association Clubhouse France, il est l'auteur de « Vivre avec des hauts et des bas » (Hachette) ou « Vivre avec un maniaco-dépressif » (Hachette). Il coordonne aussi un programme psycho-éducatif destiné aux patients bipolaires.

“Les bipolaires ont un rapport très particulier aux choses. La phase dépressive se présente comme une anesthésie affective douloureuse, mais durant l’épisode maniaque, le sujet n’a peur de rien, il ose tout”

Que pensez-vous de l'utilisation si fréquente du terme bipolaire ?

Nous pouvons tous, un jour, être victimes d'un dysfonctionnement psychique brutal parce que notre cerveau s'est mis à s'accélérer, notamment, suite à un surmenage. Nous pouvons tous, aussi, avoir des symptômes dépressifs comme l'hypersomnie, l'irritabilité, qui se rencontrent dans un syndrome *post-partum* ou dans des troubles thyroïdiens. Notre humeur en est évidemment affectée. Mais le diagnostiqué bipolaire est l'objet d'une maladie qui n'a rien de cool. Il vit une extrême souffrance. De plus, cette étiquette l'emprisonne, le stigmatise car elle ne peut témoigner de la grande complexité de son trouble. Nous, soignants, ne pouvons nous satisfaire de ce terme réducteur. Il nous faut investiguer : avons-nous affaire à une forme au début tardif ou précoce à une dépression et/ou à une manie de forme brève ou résiduelle ? Repérons-nous une comorbidité, par exemple, une addiction ou un trouble anxieux venant s'aggraver au trouble bipolaire ? Trop souvent, la bipolarité est galvaudée, étiquetée à la va-vite, mais en réalité, ce terme regroupe des milliers de différentes formes symptomatiques et évolutives.

Cela a-t-il rendu le diagnostic de plus en plus ardu à poser ?

En effet, ce n'est pas parce que l'on est enthousiaste ou passionné que l'on souffre de bipolarité ! Rappelons-le, celle-ci n'est pas une tare. Elle relève d'un dysfonctionnement neurobiologique, que l'on subit et dont on n'est pas responsable. Ce qui doit guider notre recherche, c'est indéniablement l'état maniaque, qui amène une cassure dans le comportement de la personne. Ses proches disent qu'ils ne la reconnaissent pas. La personne bipolaire vit des épisodes de montée qui s'étalent sur quatre à sept jours. Malheureusement, nous, psychiatres, voyons des

patients qui nous consultent essentiellement en phase dépressive, parce qu'ils sont en descente : ayant épuisé toutes leurs ressources psychiques, ils se retrouvent avec une pensée bloquée et manquent totalement d'*insight* (perspicacité) sur leurs troubles. Il faut donc, en moyenne, dix ans aujourd'hui pour poser le diagnostic. Sans compter que le déni qui aveugle les malades frappe aussi leurs proches. Moi-même, ce n'est que trente-cinq ans après sa mort que j'ai compris que mon père, si généreux, joueur, hyperhumain, était, en réalité, bipolaire – et cela, des années même après que j'eus consacré thèse et mémoire à cette pathologie !

Qu'est-ce qui doit alerter ?

Les bipolaires ont un rapport très particulier aux choses : ils donnent sans compter, ne semblent pas vivre dans l'avoir, mais sont tout entiers dans l'être. La phase dépressive elle-même se présente comme une anesthésie affective douloureuse : la personne ne peut plus aimer normalement. Lors de l'épisode maniaque, le sujet n'a peur de rien, il ose tout ; en période dépressive, il a peur de tout et n'ose rien. Mais la bipolarité, c'est d'abord la maladie du trop : trop d'intensité, trop de durée, trop de paroles, d'agilité motrice. La pierre angulaire de ce diagnostic, en cas de doute, reste la phase d'excitation maniaque, un état d'extase qui dure.

D'où vient cette maladie ?

Les troubles bipolaires sont à déterminisme complexe, car si un ensemble de facteurs endogènes les déclenche, les pollutions psychiques toxiques liées à l'environnement les renforcent. Il me semble toutefois que trois causalités imbriquées font fonction de « détonateurs » chez les malades. D'abord, bien sûr, le terrain génétique. Mais plutôt dans sa notion de prédisposition due à des antécédents familiaux. En ce sens, la bipolarité est une maladie polygène.

Avoir eu dans sa famille des suicides, des faillites, des ruines au jeu y rend vulnérable. Ensuite, les « accidents de la vie », ces événements qui vont de la maltraitance à la maladie physique, en passant par les abus sexuels, fragilisent aussi la personnalité. Enfin, l'environnement a un rôle déterminant. Car quand tout s'effondre, ceux qui ont déjà échappé aux facteurs décrits précédemment seront plus forts. En ce sens, il est regrettable de ne pouvoir diagnostiquer, et donc traiter cette maladie de manière plus précoce : les premiers troubles condamnent la scolarité, l'équilibre familial, l'insertion sociale... et cette désinsertion accentuera encore la maladie.

Que doit donc inclure, selon vous, le traitement ?

Chez le malade, l'accès à des dimensions toutes simples : accepter ce qu'on est et ne pas se lancer dans des quêtes forcément frustrantes ; se montrer bienveillant envers soi-même et porter un regard positif sur l'autre sans chercher à tout contrôler ni même à tout comprendre. Pour cela, je crois qu'à côté de la psychothérapie, la philosophie et la méditation peuvent réellement aider : elles invitent la personne à prendre soin d'elle-même, à se respecter.

Propos recueillis par Pascale Senk

ALLER PLUS LOIN

Quand nos émotions nous rendent fous. Un nouveau regard sur les folies humaines, de Philippe Jeammet (Odile Jacob, 2017).

J'apprends à gérer ma cyclothymie de Régis Blain et Elie Hantouche (Josette Lyon) ; Sommes-nous tous bipolaires ? de Elie Hantouche (Josette Lyon).

Bipolaire, vraiment ? de Darian Leader (Albin Michel). Fondation Argos : rencontres enterritoiresbipolaires.com

RÉGULER SON HUMEUR ? LES VOIES THÉRAPEUTIQUES

Si le terme de "guérison" n'est guère employé par les spécialistes de la bipolarité, celui de "stabilisation" revient toujours. Il faut consolider une humeur équilibrée, sans trop de débordements émotionnels.

Pour réguler une humeur, la tendance est aujourd'hui de se focaliser sur les signes résiduels de la bipolarité : inhibition affective, perturbation du sommeil et de la libido, labilité émotionnelle, plaintes cognitives... et de les traiter notamment par un mode de vie préventif. « Depuis dix ans, nous n'avons guère de nouveauté moléculaire à proposer, regrettait le Dr Bruno Etain, directeur du Centre expert en troubles bipolaires de l'hôpital Fernand-Widal, à Paris, lors des Rencontres bipolaires, du 30 mars dernier. En revanche, l'éducation thérapeutique du malade et des proches, les psychothérapies de type TCC de 3^e génération, les groupes de parole n'ont cessé d'évoluer, de se perfectionner, et leur fréquentation permet au malade de consolider la stabilité de l'humeur. »

Les fruits d'une association médicaments (pour les plus fragiles) et psychothérapie sont désormais prouvés scientifiquement, et plus personne n'oppose les deux dimensions. « Je trouve inepte d'opposer la médecine biologique et la psychologie, estime le Pr Philippe Jeammet. Les deux doivent, désormais, se compléter. D'ailleurs, on le sait bien : si un patient a du plaisir à retrouver son psychothérapeute, si un lien de confiance s'établit entre eux, sa chimie cérébrale s'en trouve aussi améliorée. »

Désormais, on parle même de prise en charge holistique. La personne qui se sait « poreuse » émotionnellement a intérêt à bien se connaître, à évaluer son environnement et les sources possibles de déstabilisation. Elle doit mettre en place, au quotidien, les habitudes comportementales qui la protègent. Des mesures qui ne peuvent que bénéficier aussi aux person-

nes cyclothymiques ou hypersensibles, qui se situent dans la « zone grise », laquelle n'a rien d'une pathologie.

1/LES PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES

Le lithium reste le remède leader contre la bipolarité. Mis sur le marché à la fin des années 60, juste après les antidépresseurs et les neuroleptiques, ce stabilisateur d'humeur a été accueilli comme une grâce. Avant lui, les maniacodépressifs étaient « traités » par électrochocs ou administrations d'huile soufrée, et, une fois les phases de mélancolie sévère apaisées, avec des prescriptions d'opium ou de laudanum à risque hautement addictif. « Avant le lithium, il n'existait rien pour réguler l'humeur, précise Christian Gay. Celui-ci reste donc un produit miraculeux, qui a sauvé la vie de milliers de malades. Et en plus, ce n'est pas une molé- →

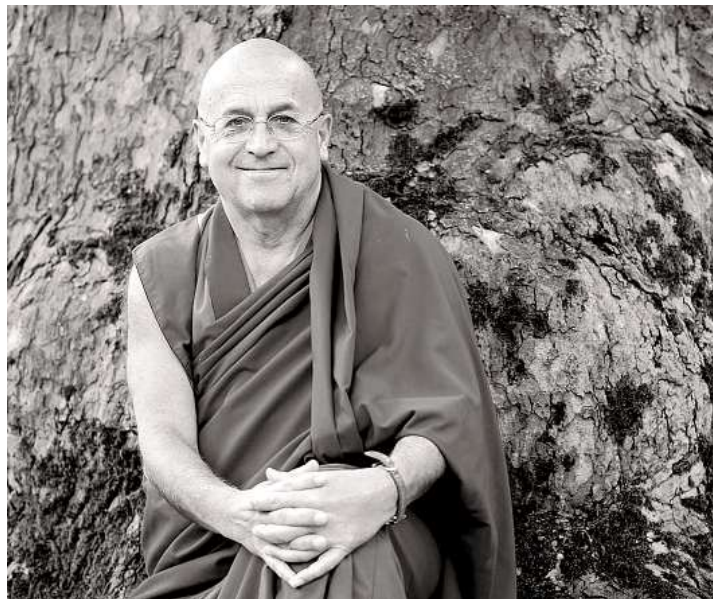
L'ENTOURAGE : UN RÔLE ESSENTIEL... À MODULER

Quand elle est en phase haute, je l'appelle "Hulk" tellement son énergie est époustouflante, autant sur le plan physique que mental », confie Alain à propos de sa sœur, aujourd'hui âgée de 55 ans. Entraîné par cette cadette, cela fait bientôt vingt-cinq ans qu'il subit, par ricochets, le tempo trépidant de la maladie bipolaire. Une aventure épuisante que connaissent tous les proches des malades. Lors d'épisodes hypomaniaques, cette sœur sans le sou a signé une promesse d'achat de villa luxueuse, peint des centaines de toiles qu'elle est allée défendre auprès de célèbres galeristes, elle a dansé nue dans la rue, mangé des fleurs... En phase basse de dépression sévère, elle ne peut même plus parler. « Quand elle n'est ni en haut ni en bas, elle a une existence plutôt terne, et nous veillons sur elle comme le lait sur le feu », explique Alain, qui téléphone une fois par mois au psychiatre référent de cette sœur sous curatelle, dont il est devenu le tuteur.

Essentiel, l'entourage des malades bipolaires l'est à plusieurs niveaux. D'abord, c'est lui qui peut permettre de détecter la maladie car les proches savent ce qu'il en est du comportement sur plusieurs mois avec cette alternance de hauts puis de bas sur plusieurs jours, qui signe la bipolarité. Les malades eux-mêmes ne se voient pas agir, notamment en période maniaque. « Qui plus est lorsque ce sont des enfants, explique Laetitia Payen, présidente de l'association Bicycle, dont le fils a été diagnostiqué à 5 ans. « Je sentais bien que ses rages dévastatrices suivies de pensées suicidaires et morbides n'avaient rien à voir avec une frustration normale », se souvient-elle. Ensuite, à force de dialogues avec les soignants, les proches peuvent repérer les signes avant-coureurs d'une nouvelle crise. Enfin, ils peuvent participer à l'observance thérapeutique. Mais attention, « les proches ne sont pas des soignants, précise le Dr Christian Gay. Ils peuvent être aimants, mais doivent se protéger et se faire aider ».



ADOBE STOCK



La méditation, notamment défendue par Matthieu Ricard, s'avère très utile pour stabiliser l'humeur.

cule, mais un élément protecteur de la cellule nerveuse. »

Les thymorégulateurs tels que les sels de lithium associés à des molécules ont l'avantage d'agir sur plusieurs dimensions en même temps : prévention des phases d'hypomanie, prévention des phases de dépression sévère et traitement des crises dans leurs deux aspects (manie ou mélancolie). Soignants et patients semblent au moins d'accord sur un point : lorsque le diagnostic de bipolarité avérée – de type 1 ou 2 – a été posé, la prise en charge médicamenteuse s'impose. « *Il serait criminel de ne pas donner un médicament à ceux qui souffrent d'un dysfonctionnement neurobiologique, et sont débordés par des émotions extrêmes*, rappelle le psychiatre. *Mais après cette bouée lancée à celui qui se noie, il faut ajuster.* » En effet, ces prescriptions ne sont pas sans poser quelques difficultés, des effets secondaires parfois mal supportés comme des problèmes rénaux, une prise de poids, de la résistance... Une surveillance très rapprochée des traitements s'avère donc impérative. Evolutifs, ils sont l'objet d'un cocktail « sur mesure » pour chaque patient, afin de parvenir à faire baisser l'état maniaque tout en n'intensifiant pas la mélancolie. Ces traitements demandent beaucoup de patience ! Il faut, en effet, parfois deux ans avant de juger de l'efficacité d'une prescription. Si la réussite n'est pas au rendez-vous, la déception des malades s'accroît. Des questions

importantes s'imposent donc et suscitent quelques débats : à partir de quand médicamenter un cyclothymique ? Les enfants ne pouvant se voir prescrire de régulateurs de l'humeur avant l'âge de 15 ans, que leur donner ? Certains chercheurs, comme le psychiatre et historien de la psychiatrie britannique David Healy, auteur notamment de *Les Médicaments psychiatriques démythifiés* (Elsevier/Masson) se demandent même si l'élargissement du spectre de la bipolarité ne sert pas essentiellement les laboratoires pharmaceutiques.

2/LES PSYCHOTHÉRAPIES DE TYPE THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES (TCC)

Pour cette école thérapeutique, si nous allons mal, c'est parce que nos interprétations de la réalité sont fausses. Exemple : un ami oublie de vous téléphoner le jour de votre anniversaire, et vous vous effondrez en pensant « *il n'en a rien à faire de moi* », ce qui provoque en vous une grande tristesse. Si vous modifiez votre interprétation et pensez : « *Il a eu trop de travail aujourd'hui, mais dès qu'il pourra, il me fera signe* », votre humeur s'allège naturellement. Les TCC ont pour objectif ce réapprentissage de la pensée qui favorise une amélioration émotionnelle et plus de liberté dans les comportements. Particulièrement efficaces contre les troubles anxieux et les troubles cognitifs, ces psychothérapies ont

développé des protocoles – habituellement une vingtaine de séances – destinés aux troubles bipolaires. « *Nous proposons des remédiations cognitives et fonctionnelles pour apprendre à la personne à distinguer ce qu'elle ressent, ses projections, de la réalité* », explique le Dr Bruno Etain. Evaluation de ses « *distorsions cognitives* » à partir de questionnaires, repérage des situations à risque, acquisition de stratégies nouvelles et même entraînement à partir de tests informatisés... Tout un arsenal est transmis au patient pour à la fois prévenir les rechutes et savoir comment réagir si celles-ci se produisent. Cet entraînement ne peut bien évidemment être prescrit en période de crise aiguë. Par ailleurs, il doit aussi être fondé sur un vrai dialogue avec le psychothérapeute, explorant notamment l'histoire du patient (son vécu passé et actuel, son histoire familiale, ses objectifs...), toutes informations qui font évoluer aussi la psychothérapie.

3/LA PSYCHOÉDUCATION

Notre époque est celle des « patients-experts », c'est-à-dire premiers – et sans doute meilleurs connaisseurs de leurs troubles car ils en ont l'expérience intime. Créée dans les années 80, au Québec, la psychoéducation vise donc à compléter le savoir du patient – et de ses proches – en lui donnant des informations pour comprendre la mala-

“Tout un arsenal est transmis au patient pour à la fois prévenir les rechutes et savoir comment réagir si celles-ci se produisent.”

die et les traitements, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible en maintenant ou améliorant la qualité de sa vie. Destinée aux personnes atteintes d'addictions ou de schizophrénie, la psychoéducation s'est étendue à d'autres troubles psychiques, et notamment bipolaires. « *Un cardiologue donne des prescriptions médicamenteuses à ses patients, mais il leur fournit aussi les clés d'une véritable hygiène de vie pour prévenir les rechutes*, explique le Dr Christian Gay. *Nous faisons de même avec nos patients.* » Des groupes hebdomadaires avec d'autres malades, la tenue d'un journal personnel enregistrant les fluctuations de son sommeil, de ses émotions suivant les situations sont autant d'éléments qui permettent d'accepter, puis de gérer son trouble. Certains, comme Régis Blain, qui a vraiment étudié sur le tas tous les aspects de sa cyclothymie, affirment même avoir appris à se créer cette discipline personnelle. « *Je préfère, désormais, faire attention à ce que je mange, à ce que je pense, éviter les situations stressantes... et lire les grands auteurs bouddhistes, comme Matthieu Ricard ou Thich Nhat Hanh, explique-t-il. Car ils m'ont permis de comprendre vraiment comment certains contextes sociaux peuvent être nocifs... pour tout un chacun.* »

4/LA MINDFULNESS ET AUTRES PRATIQUES MÉDITATIVES

Ce qui fut découvert par les grandes traditions spirituelles depuis des millénaires est désormais prouvé médicalement : la pratique régulière d'une forme de méditation est un puissant régulateur émotionnel faisant grandir en sérénité ceux qui cherchent à gérer leur stress. En dirigeant son attention sur le flux et reflux de ses pen-

sées, ou de sa respiration – ou sur les mouvements de son corps si l'on a opté pour une marche méditative ou du yoga –, la personne renforce son calme face aux événements extérieurs ou à ses mouvements émotionnels. Il s'agit, selon les termes bouddhistes, d'un véritable entraînement de l'esprit. Mais pratiquer la méditation comme une gymnastique régulière ne suffit pas. Pour qu'elle devienne curative, il s'agit de déployer son attention dans toutes les dimensions de sa vie. Le Dr Christian Gay rappelle ainsi que la *mindfulness* ou méditation de pleine conscience,

modélisée par le psychiatre américain Jon Kabat-Zinn, repose aussi sur sept attitudes : le non-jugement, la patience, l'esprit du débutant, la confiance, le non-effort, l'acceptation et le lâcher-prise. Autant de vertus qui se dressent comme des remparts face à l'exaltation maniaque et au désespoir mélancolique. P. S.

Infos : pour les enfants association Bicycle : www.bicycle-asso.org
pour les adultes association Argos 2001 : www.argos2001.fr
Mieux contrôler mon trouble bipolaire avec la mindfulness, par le Dr Christian Gay et Sylvie Beacco (Dunod).

FAIRE RECONNAÎTRE L'HYPERSENSIBILITÉ ?

Création d'un observatoire de l'hypermotilité, lettre à Brigitte Macron dans le but d'instaurer une journée consacrée à ce tempérament... Le psychanalyste Saverio Tomasella veut faire connaître et reconnaître cette façon de vivre qui, selon lui, n'est certainement pas une pathologie, ni même un trouble. Si ce tempérament implique, certes, une intensité (de l'expression, des émotions, des perceptions sensorielles), il n'a, pour le psychanalyste, aucun rapport avec le trouble borderline, marqué par une instabilité pathologique, ni avec la bipolarité, dont les origines génétiques sont établies. « *Des personnalités hypersensibles ont été rapidement diagnostiquées bipolaires parce que leur cerveau, lorsqu'elles reçoivent des informations sur internet, ou face à certains événements, est saturé au point de ne plus pouvoir faire un tri salutaire*, explique Saverio Tomasella. *Cette porosité des hypersensibles les rend aussi très empathiques, et donc vulnérables à leur environnement. Ils peuvent en être déstabilisés et déprimer lorsqu'ils sont fatigués*

par un trop-plein d'émotions, mais cela est uniquement réactionnel. » Souvent considérée comme susceptible, incapable de contradiction, fragile, la personne hypersensible vit son quotidien comme un combat pour s'adapter à la rudesse ambiante. Mais pour Saverio Tomasella, pas question de se normaliser ou de se soigner : « *Chacun doit apprendre à vivre avec son hypersensibilité, sans chercher à se suradapter* », estime-t-il. Pour cela, il faut prendre conscience de ce tempérament exacerbé et accepter cette sensibilité élevée. Il deviendra plus facile, alors, de comprendre quel environnement, quelles relations sont à préserver... et ce à quoi il vaut mieux renoncer. Concrètement, cela reviendra à poser des actes comme changer de travail, se mettre au jardinage, faire la sieste, toutes décisions qui éviteront aux hypersensibles de se trouver saturés et fragilisés.

Lire Saverio Tomasella : *J'aide mon enfant hypersensible à s'épanouir* et *A Fleur de peau, le roman initiatique des hypersensibles* (Leduc.S Editions).