

Le traitement du trouble de bipolaire :

un guide à l'intention des patients et de leur famille

Traduction et adaptation par Thanh-Lan Ngô, M.D., psychiatre

Programme des Maladies Affectives

Hôpital du Sacré Cœur de Montréal

31 mars 2015

Basé sur :

- Kahn, D., Keck, PE, Perlis, RH, Otto, MW, Ross, R. (2004) Treatment of bipolar disorder : a guide for patients and families. A postgraduate medicine special report. December 2004

Le trouble bipolaire (anciennement, la psychose maniaco-dépressive) est un trouble biologique sévère qui atteint 1% de la population adulte. Même si les symptômes et la sévérité varient, le trouble bipolaire a un impact considérable sur ceux qui ont cette maladie et sur leur famille, conjoint(e) et amis. Si vous avez reçu un diagnostic de trouble bipolaire, vous vous posez probablement beaucoup de questions au sujet de la maladie, de ses causes et des traitements qui sont disponibles. Ce guide propose des réponses aux questions fréquemment posées sur le trouble bipolaire. Les informations concernant le traitement sont basées sur la recherche et une enquête auprès de 50 experts sur le trouble bipolaire.

QU'EST-CE QUE LE TROUBLE BIPOLAIRE?

En tant qu'êtres humains, nous avons tous déjà ressenti une grande variété d'émotions-la joie, la tristesse, la colère etc.... Les émotions désagréables et les changements d'humeur sont des réactions normales à la vie quotidienne, et il est souvent possible d'identifier un lien entre les émotions et les situations. Par contre, quand les oscillations d'humeur sont extrêmes, qu'elles sont disproportionnées, qu'elles semblent surgir de façon inopinée et qu'elles ont un impact majeur sur le fonctionnement, ces variations peuvent être attribuables à un trouble de l'humeur. Les troubles de l'humeur affectent les émotions. Il y a deux types de troubles de l'humeur. Dans les troubles unipolaires (un pôle), comme le trouble dépressif majeur, on note une baisse de l'humeur. Dans les troubles bipolaires (deux pôles), on peut noter une élévation excessive de l'humeur. Tous les troubles de l'humeur sont associés à des modifications chimiques dans le

cerveau. Les troubles de l'humeur sont des maladies traitables pour lesquels il existe des interventions spécifiques.

Comment pose-t-on le diagnostic ?

Bien que le trouble bipolaire soit une maladie biologique, il n'existe pas de tests de laboratoire ou d'examens radiologiques qui permettent de confirmer le diagnostic. Le médecin pose le diagnostic lorsqu'il constate la présence d'un ensemble de symptômes qui sont présents de façon concomitante. Pour poser le bon diagnostic, le clinicien doit questionner la personne qui est malade et, si possible, les membres de la famille. Le clinicien voudra savoir quels symptômes sont présents actuellement et quels symptômes se sont déjà manifestés dans le passé.

Quels sont les symptômes du trouble bipolaire?

Le trouble bipolaire est une maladie caractérisée par des cycles de changements de l'humeur. La personne peut présenter des périodes d'élévation de l'humeur puis des périodes d'humeur dépressive et, parfois, des moments où l'humeur est normale. On peut trouver quatre types d'épisodes thymiques (i.e. affectifs) dans le trouble bipolaire:

La manie. La manie débute souvent par une augmentation du niveau d'énergie, de la créativité, et de l'aisance sociale. Par contre, ces sentiments peuvent rapidement se transformer en euphorie (humeur extrêmement élevée) ou en irritabilité excessive. Les gens atteints de manie manquent souvent d'autocritique et ne réalisent pas qu'il y a un problème. Ils peuvent blâmer les gens qui tentent de leur refléter. Lors de l'épisode de manie, les symptômes suivants sont présents pendant au moins une semaine et empêchent la personne de fonctionner normalement:

- L'humeur est élevée, euphorique et/ou irritable de façon anormale et persistante, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire). Une augmentation inhabituelle et persistante du niveau d'énergie et/ou de l'activité orientée vers un but (social, scolaire, professionnel ou sexuel) est associée à la modification de l'humeur,
- Et au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante :

- Réduction du besoin de sommeil mais niveau d'énergie très élevé
- Désir de parler constamment, parler si rapidement que les autres ne vous suivent pas
- Fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent
- Distractibilité : l'attention se déplace rapidement entre différents sujets en quelques minutes
- Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
- Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice
- Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (dépenses excessives d'argent, activité sexuelle inappropriée, investissements mal avisés)

Dans des cas sévères, la personne peut présenter des symptômes psychotiques tels des hallucinations (entendre ou voir des choses qui ne sont pas là) ou des délires (croyance ferme que des choses fausses sont vraies)

L'hypomanie. L'hypomanie est une forme plus légère de la manie. L'individu présente des symptômes similaires mais d'intensité moins sévère et causant moins d'impact fonctionnel. Pendant l'épisode d'hypomanie, l'humeur peut être élevée, la personne se sent mieux que d'habitude et est plus productive. Elle ne pense pas qu'il y a un problème. Plus tard, elle peut même cesser de prendre des médicaments pour ressentir à nouveau l'hypomanie. Par contre, l'hypomanie est souvent suivie d'un épisode de manie ou de dépression.

La dépression majeure. Les symptômes suivants sont présents pendant au moins 2 semaines (5 des critères suivants dont l'un des 2 premiers) :

- tristesse presque tous les jours, pratiquement toute la journée
- perte d'intérêt pour presque toutes les activités, presque tous les jours, pratiquement toute la journée
- augmentation ou diminution de l'appétit
- augmentation ou diminution du sommeil
- fatigue
- agitation ou ralentissement psychomoteur
- difficulté à penser, indécision, trouble de concentration presque à tous les jours
- auto dévalorisation ou culpabilité excessive
- idées de suicide ou de mort récurrentes

La dépression sévère peut parfois inclure des hallucinations ou des délires

Caractéristiques mixtes : Lorsque les symptômes de manie et de dépression sont présents en même temps ou qu'ils alternent fréquemment dans la même journée, on parle d'un épisode avec des caractéristiques mixtes. Par exemple, lorsque l'épisode de manie s'accompagne de 3 symptômes de dépression majeure, on parle d'un épisode de manie avec des caractéristiques mixtes. La personne est excitée ou agitée mais aussi irritable et déprimée.

Quels sont les différents types de troubles bipolaires ?

La fréquence et le type d'épisodes peuvent varier. Certaines personnes ont un nombre équivalent d'épisodes de manie et de dépression, d'autres en présentent plus d'un type et moins d'un autre. La plupart des patients avec un trouble bipolaire ont en moyenne 4 épisodes durant les 10 premières années de la maladie. Plusieurs années peuvent s'écouler entre les premiers 2 ou 3 épisodes de manie ou de dépression. Par contre, sans traitement, les épisodes sont plus fréquents. Parfois, ces épisodes sont déclenchés par les changements de saison (par exemple, hypomanie l'été et dépression l'hiver). Une petite proportion de patients présente des cycles fréquents ou de façon continue toute l'année. Les épisodes peuvent durer des jours, des mois et parfois des années. En moyenne, sans traitement, les épisodes de manie et d'hypomanie durent quelques mois alors que les épisodes dépressifs durent souvent plus de 6 mois. Certains récupèrent complètement entre les épisodes et peuvent être asymptomatiques pendant des années. D'autres peuvent présenter une dépression à bas bruit ou des variations légères de l'humeur. Voici la terminologie utilisée pour décrire ces patrons :

- Dans le **trouble bipolaire de type I**, la personne présente des épisodes de manie et, presque toujours, des épisodes de dépressions. Si la personne a présenté dès le début un épisode de manie, on peut poser un diagnostic de trouble bipolaire même si la personne n'a pas encore eu un épisode de dépression. Il est probable que la personne présentera des épisodes de dépression et de manie à moins de recevoir un traitement efficace.
- Dans le **trouble bipolaire de type II**, la personne ne présente que des épisodes d'hypomanie et de dépression, pas d'épisode de manie. Ce type de trouble bipolaire peut être difficile à reconnaître car l'hypomanie peut sembler normale si la personne est simplement très productive et évite les problèmes. Les individus atteints du trouble bipolaire de type II ne se préoccupent pas souvent des épisodes d'hypomanie et demandent un traitement seulement lorsqu'ils sont déprimés. Malheureusement, si on prescrit seulement un antidépresseur, sans stabilisateur de l'humeur, pour un trouble bipolaire de type II, on peut déclencher un épisode de manie ou des cycles plus fréquents

- Les troubles bipolaires de type I et II peuvent être à **cycle rapide**. Dans ce type de trouble, la personne présente au moins 4 épisodes à chaque année (manie, hypomanie ou dépression). Ceci survient chez 5-15% des patients avec le trouble bipolaire. Les cycles rapides peuvent parfois être déclenchés par la prise d'antidépresseurs sans stabilisateurs de l'humeur. Les troubles bipolaires à cycle rapide sont plus fréquents chez les femmes.

Y'a-t-il d'autres conditions psychiatriques qui peuvent être confondues ou coexister avec le trouble bipolaire ?

Le trouble bipolaire peut être confondu avec d'autres troubles incluant les troubles anxieux et psychotiques tels la schizophrénie et le trouble schizoaffectif parce qu'on peut parfois retrouver des symptômes anxieux et psychotiques dans le trouble bipolaire. Les patients qui souffrent de trouble bipolaire peuvent présenter d'autres troubles concomitants. Les plus fréquents sont l'abus de substance, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble panique. Si vous vous demandez si on a posé le bon diagnostic, n'hésitez pas à demander à votre médecin de vous expliquer ce qui l'a amené à poser le diagnostic de trouble bipolaire.

Quand commence le trouble bipolaire?

Le trouble bipolaire débute généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, même si parfois il commence dans l'enfance ou dans la quarantaine ou la cinquantaine. Lorsque le premier épisode survient après 50 ans, la cause la plus probable est un autre problème médical qui imite le trouble bipolaire tel qu'une maladie neurologique ou les effets des drogues, de l'alcool ou un médicament.

Pourquoi doit-on diagnostiquer et traiter le trouble bipolaire le plus tôt possible ?

En général, les patients bipolaires ont vu 3 ou 4 médecins et leur maladie évolue depuis 8 ans lorsqu'ils reçoivent le bon diagnostic. Il est important de recevoir le bon diagnostic, le bon traitement pour éviter :

- Le suicide. Le risque est plus élevé pendant les premières années de la maladie.
- L'abus d'alcool ou de drogues. Plus de la moitié des individus souffrant de trouble bipolaire vont présenter un abus d'alcool ou de drogues. Pour certains, il s'agit d'une tentative d'automédication mais on note que les patients bipolaires qui ont un abus de substance ont un moins bon pronostic.

- Problèmes maritiaux et professionnels. Le traitement rapide améliore la probabilité d'avoir un mariage stable et un travail productif.
- Traitement incorrect, inapproprié ou partiel. Lorsqu'on pose le diagnostic de dépression majeure unipolaire plutôt que de trouble bipolaire, on peut donner un antidépresseur sans stabilisateur de l'humeur. Ceci peut déclencher un épisode de manie et assombrir le pronostic.

Quelles sont les causes du trouble bipolaire ?

Les études tendent à démontrer que le trouble bipolaire est causé par une anomalie au niveau du fonctionnement du cerveau ou au niveau de la communication entre les cellules nerveuses. On ne connaît pas la nature précise de l'anomalie biochimique mais ce trouble est associé à une vulnérabilité au stress émotionnel et physique. Conséquemment, des facteurs de stress (par exemple, des expériences bouleversantes, l'usage de drogues ou l'insomnie) peuvent déclencher un épisode même s'ils ne causent pas le trouble bipolaire.

Tout comme dans d'autres maladies physiques, on note une interaction entre une vulnérabilité génétique et des facteurs de stress environnementaux. Par exemple, les maladies cardiaques peuvent être le résultat d'une interaction entre des taux de cholestérol élevés ou une hypertension artérielle qui diminuent progressivement l'apport d'oxygène au cœur et un événement stressant (par exemple, l'exercice physique ou une tension émotionnelle) qui occasionne une douleur à la poitrine ou une crise cardiaque si l'apport d'oxygène est trop bas. Le traitement comprend la prise de médicaments pour diminuer le taux de cholestérol et la tension artérielle ainsi qu'un changement au niveau des habitudes de vie (par exemple, l'exercice, la diète, la diminution des facteurs de stress qui pourraient déclencher une attaque). Dans le trouble bipolaire, la médication peut corriger les déséquilibres au niveau de la chimie du cerveau et la psychothérapie ainsi que les modifications des habitudes de vie (par exemple, diminution du stress, bonnes habitudes de sommeil, éviter les abus de substances) peuvent diminuer encore plus les symptômes et diminuer les risques de rechute.

Est-ce que le trouble bipolaire est héréditaire?

Le trouble bipolaire est plus fréquent dans certaines familles. On a identifié certains gènes qui pourraient être associés à la maladie ce qui suggère que plusieurs problèmes biochimiques peuvent être présents dans le trouble bipolaire. Comme d'autres troubles héréditaires complexes, le trouble bipolaire ne survient que chez certains individus à risque sur le plan génétique. Par exemple, si un individu a le trouble bipolaire mais que son épouse ne l'a pas, les

risques de transmettre la maladie à l'enfant est relativement modeste. Le risque est augmenté si plusieurs membres de la famille ont le trouble bipolaire.

COMMENT TRAITE-T-ON LE TROUBLE BIPOLAIRE ?

Les étapes de traitement

- **Phase aiguë** : Le traitement permet de mettre fin à l'épisode de manie, d'hypomanie et de dépression.
- **Phase de maintien** : Le traitement vise à diminuer le risque de rechute.

Eléments clés du traitement

Les médicaments sont nécessaires pour presque tous les patients pendant la phase aiguë et de maintien.

La psychoéducation est critique pour aider les patients et les familles à composer avec le trouble bipolaire et pour prévenir les complications.

La psychothérapie aide les patients et leur famille à composer avec les pensées, les émotions et les comportements problématiques de façon constructive. On met l'emphase sur la détection précoce et le traitement des épisodes; la modification des niveaux d'activité et de stress et la résolution de problèmes.

Les groupes de soutien offrent de l'aide et une compréhension qui peut promouvoir la stabilité au long cours. Les participants rapportent qu'ils se sentent acceptés par le groupe, que les pairs peuvent les aider à suivre le plan de traitement et qu'ils peuvent partager leurs expériences avec des gens qui ont déjà eu le même type d'expérience.

TYPES DE MEDICAMENTS

Trois types de médicaments sont couramment employés dans les troubles de l'humeur : les stabilisateurs de l'humeur, les antidépresseurs et les antipsychotiques. Votre médecin peut aussi prescrire d'autres médicaments pour diminuer l'insomnie, l'anxiété et la fébrilité. Nous ne connaissons pas à fond le mécanisme d'action de chacun de ces médicaments mais ils agissent tous sur des produits chimiques dans le cerveau qu'on appelle des neurotransmetteurs qui sont impliqués dans le fonctionnement des cellules nerveuses.

Quels sont les neurotransmetteurs potentiellement impliqués dans le traitement des troubles de l'humeur ?

Les cinq neurotransmetteurs potentiellement impliqués dans le traitement des troubles de l'humeur sont :

- La sérotonine qui joue sur les émotions (tristesse, anxiété, colère), le sommeil, la réponse sexuelle et la digestion.
- La noradrénaline qui est impliquée dans la concentration, l'humeur (anxiété), les mouvements, la tension artérielle, l'énergie, l'appétit et le sommeil.
- La dopamine qui fait partie du système de la récompense (ex. plaisir) et qui peut être impliquée dans la psychose (si trop actif comme dans les troubles psychotiques) et les troubles du mouvement (si trop diminué dans le cerveau).
- Le glutamate excite le système nerveux et est impliqué dans la mémoire.
- Le GABA calme le système nerveux, diminue l'anxiété, l'insomnie et l'agitation.

Qu'est-ce qu'un stabilisateur de l'humeur ?

Un stabilisateur de l'humeur permet de traiter des épisodes aigus de manie ou de dépression, de prévenir des rechutes, n'aggrave pas la dépression ou la manie et n'augmente pas la fréquence des cycles de l'humeur. Il se donne surtout dans le trouble bipolaire. On croit qu'il agit surtout en diminuant l'hyperexcitabilité du système nerveux central ce qui permettrait de diminuer les oscillations extrêmes de l'humeur en réaction au stress.

Le lithium, l'acide valproïque et la carbamazépine sont des stabilisateurs de l'humeur; les deux premiers sont les plus utilisés. L'acide valproïque et la carbamazépine étaient, initialement, des médicaments utilisés dans le traitement de l'épilepsie, un autre trouble affectant le cerveau. Des recherches plus récentes ont permis d'ajouter d'autres médicaments à la liste des stabilisateurs de l'humeur, entre autres des nouveaux anticonvulsivants et des antipsychotiques atypiques de la nouvelle génération. La sismothérapie (ou traitement par les électrochocs) permet aussi de stabiliser l'humeur.

Lithium (carbolith™, duralith™)

Le lithium est un élément (un sel) plutôt qu'un composé chimique (substance synthétisée en laboratoire). Dans les années 1950, on a découvert ses effets sur le comportement et il est utilisé comme stabilisateur de l'humeur depuis plus de 30 ans. Il semble être plus efficace pour les manies « pures » ou euphoriques (lorsqu'il y a peu d'éléments dépressifs dans l'épisode d'humeur élevée). Il peut aider aussi dans la dépression, surtout s'il est utilisé en conjonction

avec d'autres médicaments. Il semble moins efficace dans la manie mixte (présence simultanée des symptômes de dépression et de manie) et les cycles rapides (plus de 4 épisodes dans un an). En surveillant les taux de lithium dans le sang, on peut diminuer les effets secondaires et s'assurer que le patient reçoit une dose adéquate afin d'obtenir une bonne réponse au traitement. Les effets secondaires les plus fréquents sont le gain de poids, les tremblements, la nausée, la tendance à uriner fréquemment. Il peut affecter la glande thyroïde et les reins, c'est pourquoi on fait des prises de sang régulières afin de s'assurer que ces organes fonctionnent bien. Il faut avoir mangé avant de prendre le lithium afin de diminuer la probabilité d'avoir des effets secondaires (surtout des malaises gastro-intestinaux). Les effets secondaires suivants doivent être immédiatement signalés à votre médecin ou votre infirmière car ils peuvent être l'indice d'une trop grande quantité de lithium dans l'organisme et il peut être nécessaire d'ajuster la posologie sans délai : selles liquides (plus de 2 fois par jour), vomissements, tremblements marqués des mains ou des jambes, langage incohérent, malaises graves, faiblesse générale anormale ou somnolence. Un examen clinique et des analyses sanguines démontreront si les symptômes sont causés par le lithium ou d'autres facteurs.

Acide valproïque (épival™)

L'acide valproïque est utilisé dans le traitement de l'épilepsie depuis plusieurs décennies. Il est étudié dans le traitement du trouble bipolaire. Il est efficace dans le traitement de la manie euphorique et les épisodes mixtes ainsi que les cycles rapides, les complications dues à l'abus de substances et les troubles anxieux. On peut en donner une dose initiale importante en début de traitement pour contrôler la manie rapidement. Les effets secondaires les plus fréquents sont la somnolence, le gain de poids, les tremblements et les problèmes gastro-intestinaux. Les prises de sang et l'ajustement des doses peuvent diminuer les effets secondaires. L'acide valproïque peut causer une inflammation hépatique légère et affecter la production d'un type de cellules dans le sang appelé plaquettes. Ces effets secondaires causent rarement des complications graves mais il est important de déterminer le fonctionnement du foie et le niveau des plaquettes par des prises de sang régulières.

Autres anti-convulsivants utilisés comme stabilisateurs de l'humeur

- **Carbamazépine (tégrétoI™)** : Il semble avoir un profil similaire à l'acide valproïque. Il est disponible depuis plusieurs années et il est efficace dans le trouble bipolaire (par exemple, manie euphorique et mixte). Les effets secondaires les plus fréquents sont la

somnolence et les troubles gastro-intestinaux. Il existe un risque faible de suppression de la moelle épinière et d'inflammation hépatique. Aussi, la carbamazépine peut interagir de façon complexe avec plusieurs médicaments. C'est pourquoi on doit faire des prises de sang régulières.

- **Lamotrigine (lamictal™)** : Il s'agit d'un médicament relativement nouveau. Les recherches suggèrent une efficacité dans la phase dépressive du trouble bipolaire et possiblement la dépression unipolaire. Il existe un faible risque (0.3%) de développer une allergie sous forme de rash (éruptions cutanées) sérieux. Ce risque est diminué si on augmente la dose du médicament lentement. Même si au total, il y a moins d'effets secondaires qu'avec les autres stabilisateurs de l'humeur, on rapporte aussi, occasionnellement, des étourdissements, des maux de tête et des troubles visuels.
- **Gabapentin (neurontin™)** : Les études concernant le gabapentin tendent à démontrer qu'il ne stabilise pas bien l'humeur. Par contre, il peut aider à diminuer l'anxiété, à dormir et il peut être utile chez les gens souffrant de dépendance aux substances. Il a peu d'interactions médicamenteuses et peut donc être utilisé avec d'autres médicaments afin d'augmenter leur efficacité. Parmi les effets secondaires possibles, on retrouve la fatigue, la sédation et les étourdissements.
- **Topiramate (topamax™)** : Les études concernant le topiramate n'ont pas démontré qu'il stabilise bien l'humeur. Par contre, il ne semble pas contribuer à la prise de poids et il peut même en faire perdre. D'autres effets secondaires possibles sont la somnolence, les étourdissements, le ralentissement cognitif, les troubles de mémoire. Il doit être évité chez les gens qui ont déjà eu des pierres aux reins.

Qu'est-ce qu'un antidépresseur ?

Les antidépresseurs traitent les symptômes de la dépression. Dans le trouble bipolaire, ils doivent être utilisés avec un stabilisateur de l'humeur. Si on n'utilise pas de stabilisateur de l'humeur, les antidépresseurs peuvent contribuer à un passage en manie. La majorité des études sur les antidépresseurs concernent la dépression unipolaire (donc des individus qui ont eu seulement des épisodes de dépression, sans jamais avoir eu d'épisodes de manie). Plusieurs types d'antidépresseurs sont disponibles avec différents mécanismes d'actions et de profils d'effets secondaires.

- Inhibiteurs de la recapture de sérotonine (celexa™, cipralex™, luvox™, paxil™, prozac™, zoloft™)
- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (effexor™)
- Inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline (wellbutrin™)
- Modulateur de la noradrénaline (réméron™)
- Modulateur de la sérotonine (désyrel™)
- Inhibiteurs de la monoamine oxydase, qui dégrade la sérotonine (nardil™, parnate™, manérix™)-ils sont efficaces mais les deux premiers (nardil™ et parnate™) requièrent une diète spéciale (sans tyramine) afin d'éviter des effets secondaires dangereux
- Tricycliques qui agissent sur la sérotonine et la noradrénaline (élavil, anafranil, norpramin, aventyl)-ils sont efficaces mais peuvent donner plus d'effets secondaires (ex. constipation, bouche sèche, vision trouble...) ou déclencher un épisode maniaque ou des cycles rapides.

Qu'est-ce qu'un antipsychotique ?

Les antipsychotiques contrôlent les symptômes psychotiques, tels les hallucinations ou les délires qui peuvent parfois survenir dans les épisodes dépressifs ou maniaques sévères.

Les antipsychotiques peuvent aussi être utilisés même s'il n'y a pas de symptômes psychotiques. Ils peuvent agir comme des calmants, pour diminuer l'insomnie, l'anxiété, l'impulsivité et l'agitation. Les recherches démontrent qu'ils stabilisent l'humeur, donc qu'ils peuvent aider dans le traitement des épisodes de manie et de dépression. Ils peuvent donc être utilisés seuls ou ajoutés aux stabilisateurs de l'humeur et aux antidépresseurs même s'il n'y a pas de psychose.

Il y a deux types d'antipsychotiques : les antipsychotiques conventionnels ou typiques (plus anciens) et les antipsychotiques atypiques (plus nouveaux). Les antipsychotiques conventionnels peuvent occasionner un effet secondaire sérieux soit la dyskinésie tardive (mouvements répétitifs involontaires). Ils peuvent aussi causer de la rigidité musculaire, de la difficulté à rester en place et des tremblements. On peut alors donner des médicaments pour contrer ces effets secondaires et diminuer la dose de l'antipsychotique. Les antipsychotiques atypiques semblent causer moins de dyskinésie tardive (possiblement 1% par année) et d'effets secondaires musculaires. C'est pourquoi ils sont souvent considérés comme des traitements de premier choix.

Plusieurs antipsychotiques atypiques sont sur le marché :

- Aripiprazole (Abilify™)
- Asénapine (Saphris™)
- Clozapine (Clozaril™)
- Lurasidone (Latuda™)
- Olanzapine (Zyprexa™)
- Quetiapine (Seroquel™)
- Risperidone (Risperdal™)
- Ziprasidone (Zeldox™)

Les dernières études tendent à démontrer que les antipsychotiques atypiques sont des stabilisateurs de l'humeur. Parmi les effets secondaires à surveiller, on retrouve le gain de poids, la somnolence, la possibilité d'engendrer le diabète et d'augmentation des taux de cholestérol. Même s'il s'agit d'un médicament très efficace, on utilise rarement la clozapine comme premier choix car elle peut causer un effet secondaire rare et sérieux au niveau du sang qui requiert des prises de sang hebdomadaires.

Parmi les antipsychotiques conventionnels, on retrouve l'haloperidol (haldol™), la perphenazine (trilafon™) et chlorpromazine (largactil™). Même s'il ne s'agit pas d'un premier choix, ces médicaments peuvent aider des patients qui ne répondent pas aux autres médicaments ou qui ont des effets secondaires importants avec les antipsychotiques atypiques.

PHASE AIGUE DU TRAITEMENT

Quel stabilisateur de l'humeur choisir dans la manie aiguë ?

On choisira habituellement le lithium, l'acide valproïque ou un antipsychotique atypique. Habituellement, votre médecin se basera sur votre histoire de traitement (si un médicament vous a déjà aidé, dans le passé), le sous type de trouble bipolaire (par exemple, si vous avez des cycles rapides), votre état actuel (manie euphorique ou mixte), les effets secondaires que vous craignez.

Tous ces médicaments sont indiqués dans la manie « pure » ou euphorique, mais si on a un état mixte, l'acide valproïque ou l'olanzapine peuvent être préférés. On combine parfois ces médicaments afin d'obtenir une meilleure réponse. S'il reste des symptômes, on peut ajouter un troisième stabilisateur de l'humeur.

La carbamazépine peut être une bonne alternative. Elle peut aussi être efficace pour l'épisode mixte et les cycles rapides. Elle peut être combinée avec le lithium, mais la combinaison avec l'acide valproïque peut être plus compliquée.

Les autres anticonvulsivants (lamotrigine, gabapentin et topiramate) sont plutôt des adjuvants (médicaments à ajouter à la médication principale).

En combien de temps agissent les stabilisateurs de l'humeur ?

Les stabilisateurs de l'humeur agissent habituellement après quelques semaines. On ajoute souvent des médicaments, au début, pour diminuer rapidement l'insomnie, l'anxiété ou l'agitation qui caractérisent souvent l'état de manie :

- Antipsychotique : surtout s'il y a une psychose mais aussi si la personne est agitée, insomniaque ou anxieuse
- Benzodiazépine (ex. lorazépam-ativan, oxazépam-sérox, clonazépam-rivotril etc...) : un calmant. On peut devenir dépendant de ces médicaments si on en prend pendant plusieurs semaines et on doit éviter de le prescrire à des patients qui ont déjà eu des problèmes d'alcool ou de drogues

Ces médicaments peuvent causer de la somnolence et on en diminue la dose puis on les cesse après l'épisode de manie. On doit parfois les prescrire plus longtemps si l'anxiété ou l'insomnie persistent.

Traitement pour l'épisode de dépression ?

On recommande de traiter le trouble bipolaire avec une combinaison de médicament et psychothérapie. Le médecin peut débuter avec un médicament surtout si la dépression est sévère ou si elle est accompagnée de symptômes psychotiques et que le patient a de la difficulté à participer à la psychothérapie. Dans le trouble bipolaire, un stabilisateur de l'humeur peut parfois traiter les épisodes plus légers. Par contre, dans les dépressions plus sévères, on doit parfois donner un antidépresseur malgré les risques de provoquer un épisode de manie ou une accélération des cycles. C'est pour diminuer ces risques qu'on prescrit l'antidépresseur avec un stabilisateur de l'humeur. Pour la dépression psychotique, on peut utiliser un antipsychotique, généralement en combinaison avec un antidépresseur, le lithium ou la lamotrigine. Les antidépresseurs devraient toujours être utilisés avec un stabilisateur de l'humeur pour éviter de déclencher un épisode de manie et on devrait les éviter si possible lorsqu'il y a des cycles rapides.

Dans la dépression unipolaire (absence d'épisodes de manie ou d'hypomanie à l'histoire), on peut utiliser les antidépresseurs seuls.

Les antidépresseurs prennent souvent plusieurs semaines à faire effet (ex. 4 à 6 semaines). La plupart des individus auront une réponse avec le premier antidépresseur. Par contre, on doit parfois essayer 2 ou 3 antidépresseurs différents avant d'en trouver un qui sera efficace et qui comportera moins d'effets secondaires. Au début, en attendant que l'antidépresseur fasse effet, on pourra prescrire un médicament calmant pour diminuer l'insomnie, l'anxiété ou l'agitation.

Si la dépression persiste, on peut ajouter un autre médicament (ex. lithium, lamictal, un antipsychotique atypique, buspar, hormones thyroïdiennes etc...) ou prescrire un autre médicament.

Stratégies pour limiter les effets secondaires

Tous les médicaments utilisés pour traiter le trouble bipolaire peuvent produire des effets secondaires désagréables : il y a aussi la possibilité d'avoir une réaction rare mais sérieuse. Les effets secondaires peuvent être différents d'une personne à l'autre, et certains individus n'auront aucun effet secondaire. Si on a des effets secondaires avec une médication, on n'en n'aura pas nécessairement avec une autre.

Certaines stratégies peuvent diminuer ou prévenir l'apparition des effets secondaires. On peut, par exemple, commencer à une dose plus faible et augmenter la dose progressivement. Dans le cas du lithium, acide valproïque et carbamazépine, des prises de sang permettront de ne pas donner une dose trop élevée. S'il y a des effets secondaires, la dose pourrait être diminuée ou un autre médicament pourra être ajouté afin de les contrer. **Il faut parler des effets secondaires avec votre médecin pour qu'il puisse vous aider à trouver la meilleure des solutions sans mettre en péril votre santé.**

Psychothérapie

Dans les dernières décennies, on a développé des psychothérapies qui peuvent traiter le trouble bipolaire de façon efficace. Elles sont presque toujours utilisées avec la médication mais peuvent parfois être une alternative pour des patients qui peuvent difficilement prendre un médicament à cause d'un autre problème de santé (par exemple, maladie cardiaque ou hépatique, obésité, problèmes rénaux ou grossesse). La psychothérapie peut aussi aider les patients bipolaires qui présentent d'autres problèmes tels un trouble anxieux, un trouble alimentaire ou l'abus de substances.

On a plus souvent recours à la psychothérapie lors des épisodes de dépression que lors des épisodes de manie. En effet, durant ces épisodes, les patients peuvent avoir de la difficulté à écouter le thérapeute. La psychothérapie peut aider l'individu à faire face à ses problèmes, à réaliser qu'il a changé et que ses buts ne sont plus les mêmes, à comprendre les effets de la maladie sur ses relations personnelles. Elle peut aider à prévenir les rechutes en donnant des outils qui permettent de gérer les facteurs de stress qui peuvent déclencher un épisode et qui peuvent favoriser la prise régulière de médication.

Les études démontrent que les types suivants de psychothérapies peuvent diminuer les symptômes dépressifs et les rechutes :

- **La thérapie cognitivo-comportementale** comprend un volet psychoéducatif concernant la maladie et son traitement pharmacologique, la modification des pensées et croyances qui génèrent une dépression, la résolution de problèmes et l'établissement de buts de traitement.
- **La thérapie centrée sur les familles** permet de renseigner la famille au sujet de la maladie et améliore la communication et la résolution de problème.
- **La psychothérapie interpersonnelle** vise à améliorer les relations, la capacité à interagir avec les autres et à réduire l'impact de la maladie affective sur la relation. Elle peut inclure la thérapie des rythmes sociaux qui vise à maintenir des routines personnelles et sociales qui permettent de stabiliser les rythmes corporels, plus particulièrement le cycle veille sommeil de 24 heures.

La psychothérapie peut se faire de façon individuelle (vous et le thérapeute), en groupe (avec d'autres patients qui ont le même problème) ou avec la famille. La personne qui effectue la thérapie peut être le médecin ou un autre professionnel, tel un travailleur social, un psychologue, un infirmier ou un psychothérapeute qui travaille en collaboration avec votre médecin.

Comment améliorer l'efficacité de la psychothérapie?

- Aller aux rendez-vous
- Être honnête
- Compléter les tâches à domicile
- Dire au thérapeute si on trouve que la psychothérapie fonctionne (ou pas)

La psychothérapie peut prendre plus de temps à fonctionner que les médicaments (2 mois) mais les bénéfices peuvent être maintenus à long terme. La psychothérapie tout comme la médication fonctionne différemment pour chaque personne.

Sismothérapie (ou thérapie par les électrochocs)

La sismothérapie peut parfois sauver la vie des patients aux prises avec un trouble de l'humeur. Malheureusement, elle a reçu une très mauvaise presse dans les médias. La sismothérapie peut être une option importante à considérer si la personne est très suicidaire ou qu'elle est très malade et qu'elle ne peut pas attendre quelques semaines avant que la médication ne fonctionne (ex. le patient ne mange plus ou ne boit plus), si plusieurs médicaments ont été essayés, s'il y a des conditions médicales ou une grossesse qui empêchent la prescription sécuritaire de médicaments, ou si le patient est psychotique (ex. hallucinations et délire). La sismothérapie est administrée dans un établissement médical, et le patient est sous anesthésie. Un traitement habituel comprend 6 à 12 sessions étalées sur quelques semaines. L'effet secondaire le plus fréquent est la perte de mémoire temporaire, mais la mémoire revient quelques semaines après le traitement.

L'hospitalisation

Plusieurs patients souffrant de trouble bipolaire I (i.e. les patients qui ont déjà eu un épisode de manie) seront hospitalisés au cours de leur maladie. La manie et la dépression peuvent altérer le jugement et l'autocritique. C'est pour cette raison que ces patients pourront parfois être hospitalisés contre leur gré ce qui peut être bouleversant pour les patients et leur famille. Par contre, par la suite, la plupart des patients seront reconnaissants d'avoir pu recevoir de l'aide pendant l'épisode aigu.

L'hospitalisation est indiquée :

- Lorsque la sécurité est compromise à cause d'impulsions ou d'actions suicidaires, d'homicide ou agressives
- Lorsque la détresse ou la dysfonction requièrent une surveillance constante
- Pour prévenir l'accès aux drogues si l'abus de substances est un problème récurrent
- Lorsque le patient a une condition médicale instable
- Lorsque la réaction à la médication doit être surveillée de façon étroite

TRAITEMENT PREVENTIF

Les stabilisateurs de l'humeur sont des outils essentiels qui permettent de diminuer le risque de rechute. Environ un tiers des individus souffrant de trouble bipolaire n'auront pas de symptômes s'ils prennent des stabilisateurs de l'humeur. Les autres auront moins d'épisodes et ceux-ci seront moins sévères.

Il ne faut pas se laisser abattre si on a une rechute; il faut évaluer le succès d'un traitement sur une longue période en identifiant la fréquence et la sévérité des épisodes. Il est utile d'avertir votre médecin si votre humeur change afin qu'il ajuste les médicaments dès que vous notez des signes qui pourraient annoncer une rechute. Ceci peut aider à stabiliser l'humeur et à prévenir la rechute. L'ajustement de la médication est considéré comme faisant partie de la routine du traitement (comme l'ajustement de la dose d'insuline dans le diabète). La plupart des individus avec le trouble bipolaire reçoit plusieurs types de médicaments afin de mieux stabiliser l'humeur (par exemple, on peut ajouter un antidépresseur ou un antipsychotique à un stabilisateur de l'humeur).

Il est difficile de prendre correctement les médicaments tels que prescrits (ce qu'on appelle l'observance) sur une longue période, que ce soit pour traiter une maladie physique (ex. diabète ou haute pression) ou le trouble bipolaire. On peut être tenté d'arrêter de prendre des médicaments pour plusieurs raisons. On peut penser qu'on n'en a plus besoin parce qu'on n'a plus de symptômes. Les effets secondaires peuvent être trop pénibles. On peut s'ennuyer de l'euphorie qui accompagne les épisodes de manie. Par contre, les études démontrent que l'arrêt des médicaments cause souvent une rechute dans les semaines et les mois qui suivent. Lorsqu'on arrête le lithium, par exemple, le taux de suicide augmente beaucoup. L'arrêt brutal de lithium (vs la diminution progressive de la dose) augmente le risque de rechute. Si vous pensez cesser votre médication, il est suggéré de le faire sous supervision médicale. Si on n'a eu qu'un épisode de manie, il est possible d'envisager de cesser les médicaments après un an. Par contre, s'il y a une histoire familiale de trouble bipolaire ou que l'épisode a été très sévère, il faudra songer à le prendre pour plusieurs années. S'il y a eu deux épisodes de manie ou de dépression, il faudra prendre la médication à vie. On ne songera à la cesser que si une condition médicale ou un effet secondaire l'empêche d'être utilisée de façon sécuritaire ou si une femme envisage une grossesse. Même ces situations n'entraînent pas automatiquement un arrêt de la médication. On pourra souvent penser à des médicaments de substitution. Parlez-en à votre médecin.

EDUCATION ET SOUTIEN : APPRENDRE À GÉRER LE TROUBLE BIPOLAIRE

La psychoéducation et le soutien sont des éléments importants du traitement. Les patients et leur famille doivent recevoir une information basée sur les données probantes et participer à la prise de décision.

Que puis-je faire pour mieux gérer la maladie?

Il est important de bien connaître la maladie. Comme le trouble bipolaire est une maladie chronique, il est important de s'informer au sujet de la maladie et de son traitement. On peut lire des livres, aller à des conférences, parler au médecin et au thérapeute et contacter des groupes de soutien tel REVIVRE (l'Association des Déprimés et des Maniaco-Dépressifs) pour avoir accès à une information à jour et recevoir des conseils pour gérer la maladie.

Les techniques suivantes peuvent diminuer les variations de l'humeur et gérer le stress qui peut parfois engendrer des épisodes plus sévères :

- Maintenir de bonnes habitudes de sommeil. Aller au lit à la même heure tous les soirs et se lever à la même heure le matin. Les heures de sommeil irrégulières peuvent amener des modifications chimiques qui peuvent déclencher des épisodes. Si vous devez partir en voyage et être soumis à un décalage horaire, demandez conseil à votre médecin.
- Maintenir une routine de vie. Éviter d'être trop occupé ou de dépasser ses limites.
- Éviter l'alcool et les drogues illicites. Les drogues et l'alcool peuvent engendrer des rechutes et diminuer l'efficacité des médicaments. Il peut être tentant d'utiliser l'alcool et les drogues pour traiter les troubles de l'humeur et du sommeil mais ils aggravent souvent le problème. Si vous avez de la difficulté à cesser l'alcool/les drogues, demandez à votre médecin de vous aider et renseignez-vous au sujet des groupes de soutien (tel les Alcooliques Anonymes). Plusieurs ressources sont disponibles : http://www.dependances.gouv.qc.ca/index.php?aide_en_ligne Même de petites quantités d'alcool, de café, des médicaments en vente libre pour le rhume, les allergies ou la douleur peuvent nuire au sommeil, l'humeur ou le traitement pharmacologique. Il peut être difficile de se priver d'un verre de vin ou d'une tasse de café matinale mais il peut s'agir de la « goutte d'eau qui fait déborder le vase ».
- Demandez l'aide de votre famille et vos amis. Se renseigner au sujet de la maladie peut diminuer les tensions engendrées par la maladie. Il n'est pas facile de vivre avec quelqu'un qui présente des oscillations de l'humeur et même les familles les plus calmes peuvent parfois avoir besoin d'aide extérieure pour gérer le stress engendré par la maladie. Demandez à votre médecin et votre thérapeute de vous renseigner au sujet du trouble bipolaire. Une thérapie familiale ou un groupe de soutien peuvent être utiles <http://www.alpabem.qc.ca/> <http://www.aqpamm.ca/> www.amiquebec.org.
- Diminuer le stress au travail. Bien sûr, il faut faire de son mieux au travail mais éviter les rechutes est crucial et peut augmenter la productivité à long terme. Si le trouble de l'humeur interfère avec votre capacité à travailler, demandez à votre médecin s'il est préférable de l'endurer ou de demander un arrêt de travail. Vous pourrez décider d'en parler ou non à vos patrons et à vos collègues. Si vous n'êtes pas en mesure de

travailler, vous pourrez demander à un membre de votre famille d'aviser votre employeur que vous avez des ennuis de santé, que vous recevez un traitement médical et que vous reviendrez au travail dès que possible.

- Apprenez à reconnaître les signes précurseurs d'une rechute. Les signes précurseurs d'un épisode peuvent varier d'une personne à l'autre et sont différents pour la manie et pour la dépression. Plus vite vous détecterez la rechute, plus vite elle pourra être traitée. Des modifications mineures de l'humeur, du sommeil, de l'énergie, de l'estime personnelle, des intérêts sexuels, de la concentration, de la volonté d'entreprendre de nouveaux projets, l'apparition d'idées de mort (ou un optimisme soudain) et même des changements au niveau des tenues vestimentaires ou des habitudes de toilettage peuvent être des signes précoces d'une rechute. Soyez particulièrement attentifs aux modifications des habitudes de sommeil car il s'agit d'un signe fréquent de rechute. Comme la perte de jugement peut être un signe fréquent, demandez à un membre de famille de vous aviser s'ils observent des signes précurseurs que vous pourriez avoir manqué.
- Contacter un groupe de soutien. Des groupes de soutien tels REVIVRE, DBSA ou NAMI peuvent vous permettre de partager votre expérience avec d'autres et de vous renseigner au sujet des façons de gérer la maladie.
- Participer à un projet de recherche. Ceux qui participent à un projet de recherche peuvent bénéficier d'évaluations médicales et psychiatriques approfondies et parfois avoir accès à des médicaments qui ne sont pas encore disponibles

Et si je veux arrêter de prendre des médicaments?

Il est normal d'avoir des doutes concernant le traitement. Si vous avez l'impression qu'un traitement ne fonctionne pas et qu'il cause des effets secondaires intolérables, dites-le à votre médecin-n'arrêtez pas et n'ajustez pas la médication vous-même. Les symptômes qui surviennent lorsqu'on arrête la médication peuvent être plus difficiles à traiter. N'hésitez pas à demander un deuxième avis si ça ne va pas bien. Les consultations peuvent être bénéfiques.

A quelle fréquence devrais-je parler à mon médecin?

Pendant l'épisode de manie aiguë ou de dépression, on peut parler à son médecin à toutes les semaines pour évaluer les symptômes, la dose de médicaments ou les effets secondaires. Lorsque vous irez mieux, vous pourrez voir votre médecin moins souvent, à quelques mois d'intervalle. Appelez votre médecin si vous notez :

- des idées suicidaires ou de violence
- des changements de l'humeur, du sommeil ou du niveau d'énergie
- des changements au niveau des effets secondaires
- le besoin de prendre des médicaments en vente libre (pour le rhume, la douleur)
- une maladie physique aiguë ou besoin d'une chirurgie, d'un traitement dentaire extensif ou de changer vos autres médicaments
- un changement au niveau de votre condition médicale (p.ex. une grossesse)

Comment puis-je noter les progrès dans le traitement?

Un graphique de l'humeur peut être un outil efficace pour gérer l'humeur. On peut y noter les variations quotidiennes de votre humeur, les activités, les habitudes de sommeil, la médication, les effets secondaires et les événements importants. On peut utiliser une échelle visuelle qui peut permettre de situer l'humeur de haut (manie) en bas (dépression) avec l'état normal au milieu. Votre médecin pourra vous remettre une échelle. Souvent, on peut consigner rapidement l'humeur de la journée. En observant les changements dans les habitudes de sommeil et/ou la présence de facteurs de stress particuliers, vous pourrez commencer à identifier les signes précurseurs qui annoncent la rechute et les facteurs de stress auxquels vous êtes sensibles. Suivre l'effet des médicaments pendant plusieurs mois ou plusieurs années vous permettra de découvrir lesquels fonctionnent mieux pour vous.

Qu'est-ce que la famille et les amis peuvent faire pour aider?

Si un des membres de votre famille ou un de vos amis souffre du trouble bipolaire, vous pourriez chercher à vous informer au sujet de cette maladie, de ses causes et des traitements. Parlez au médecin si c'est possible. Apprenez à reconnaître les signes qui annoncent une rechute dépressive ou en manie. Demandez à votre proche ce qu'elle aimerait que vous fassiez lorsque vous notez la réapparition de ces symptômes.

- Encouragez la personne à adhérer au traitement, à voir son médecin, à éviter les drogues et l'alcool. Si la personne ne se sent pas bien ou qu'elle a des effets secondaires sévères, encouragez la personne à consulter mais suggérez lui d'éviter de cesser la médication contre avis médical.
- Si votre proche fait une rechute dépressive ou en manie et qu'elle vous accuse d'ingérence, souvenez-vous qu'elle ne vous rejette pas mais qu'il s'agit d'un symptôme de la maladie.

- Soyez alerte aux signes précurseurs de suicide et prenez les menaces au sérieux. Si la personne finalise ses affaires, parle de suicide, évoque des moyens de se suicider, semble de plus en plus désespérée, avisez le médecin ou d'autres membres de la famille, d'autres amis. Appelez le 911 ou l'urgence si la situation devient désespérée.
- Si la personne a fait un épisode de manie, élaborer un plan d'action lorsqu'elle est stable afin de savoir quoi faire en cas de rechute. L'individu pourrait vous demander de garder les cartes de crédit, les clés de voiture, révoquer les privilèges bancaires, et vous pourriez convenir ensemble des critères qui vous aideront à savoir quand aller à l'hôpital.
- Partagez la responsabilité d'aider le patient avec d'autres proches. Ceci diminue la pression qui pèse sur les proches et prévient l'épuisement ou le ressentiment.
- Lorsque les patients sont en convalescence laissez les récupérer à leur rythme et évitez d'avoir des attentes trop élevées ou trop basses. Faites des choses avec eux plutôt que pour eux afin qu'ils puissent améliorer leur estime personnelle. Traitez les personnes normalement lorsqu'elles auront récupéré mais soyez à l'affût des signes précurseurs de la rechute. S'il y a une rechute, il est possible que vous le notiez avant que la personne s'en rende compte. Partagez vos observations avec votre proche en faisant preuve de délicatesse et suggérez qu'il en parle avec leur médecin
- Démontrez de l'optimisme. Si vous vous attendez à ce qu'il récupère, vous envoyez un message important à votre proche.
- Il est important de différencier une bonne journée de l'hypomanie et une mauvaise journée de la dépression. Les patients avec le trouble bipolaire ont des bonnes et des mauvaises journées comme tout le monde. Avec l'expérience, on peut faire la différence entre les deux
- Cherchez un médecin/thérapeute qui va 1) miser sur les forces du patient plutôt que se centrer sur la maladie, 2) viser la récupération complète plutôt que simplement la diminution des symptômes et 3) croire que le patient va récupérer
- Contactez des groupes de soutien (comme REVIVRE, ALPABEM, AQPAMM)

GROUPES DE SOUTIEN

REVIVRE Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires. www.revivre.org

ALPABEM Organisme communautaire de soutien aux familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale www.alpabem.qc.ca

AQPAMM Association québécoise des parents et amis de la personne atteint de maladie mentale www.aqpamm.ca

AMIQ Québec Action pour la santé mentale www.amiquebec.org

SITES WEB PERTINENTS:

DBSA Depression and Bipolar Support Alliance www.DBSAAlliance.org

NAMI National alliance on mental illness www.nami.org

NMHA National Mental Health Association www.nmha.org

Madison Institute of Medicine (Lithium Information Center et Stanley Center for the Innovative Treatment of Bipolar Disorder) www.miminc.org

Massachusetts General Hospital Bipolar Clinic and Research Program.
www.manicdepressive.org

www.moodwings.net.au site d'auto-thérapie pour le trouble bipolaire

www.lttf.ca Living life to the full. Site d'auto-thérapie pour la dépression et l'anxiété

www.moodgym.anu.edu.au site d'auto-thérapie pour la dépression et l'anxiété

www.tccmontreal.com guides de thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles de l'humeur et les troubles anxieux

www.crestbd.ca Bipolar disorder research

www.douglas.qc.ca/page/bipolar-disorders-program

www.canmat.org. Canadian mood and anxiety disorder énoncés de pratique pour le traitement des troubles de l'humeur

www.camh.ca/fr Centre de toxicomanie et de santé mentale. Contient des fiches d'information en français sur le trouble bipolaire

QUELQUES LIVRES SUR LE TROUBLE BIPOLAIRE

The bipolar disorder survival guide. D. J. Miklowitz. Guilford, 2010

Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. M.R. Basco, A.J.Rush. Guilford, 1996

Coping with bipolar disorder: A guide to living with manic depression. S. Jones, P. Hayward, D. Lam. Oneworld Publications, 2002

An unquiet mind, a memoir of moods and madness. K. R. Jamison. Vintage, 1997

Le trouble bipolaire. Pour ceux qui en souffrent et leurs proches. Marie Josée Filteau et Jacques Beaulieu