

« COMMENT BIEN VIVRE AVEC DES TROUBLES BIPOLAIRES ».

RONALD R. FIEVE :

Flammarion 2011, 332p.

Le meilleur du livre est dans le sous-titre : « Savoir soigner les bas pour tirer profit des hauts ».

Plus technique : « L'avantage hypomaniaque de la Bipolarité II bénéfique »

Pour le reste on n'y apprendra rien que les vieux psychiatres ne connaissent déjà depuis Falret 1854, Ballet 1903, Kraepelin 1900... Etc.

Ces psychiatres encore kraepeliniens pour beaucoup¹ qu'amusement les tentatives des biopsychiatres américains du DSM de multiplier à l'infini les sous-formes cliniques ; que n'ignoraient pas leurs prédécesseurs mais que ceux-ci prenaient pour de simples variations (para) normales, sans se croire obligés de poser des diagnostics psychiatriques sur nos proches et nos voisins, en liberté provisoire.

On y voit tout de suite les deux avantages :

1° pour les Labos : « Diviser un trouble clinique en plusieurs sous-classes permet aux divers laboratoires et cliniques psychiatriques de parvenir à un consensus suffisant pour que des traitements pharmacologiques et/ou des thérapies spécifiques à chaque sous-classe puissent être mis au point grâce à la standardisation des méthodes d'investigation des chercheurs » (c'est avoué, c'est écrit par Fieve à la page 10)

2° Convaincre cette clientèle si intéressante (à tous points de vue) des Bipolaires type II B (« bénéfique ») à laquelle s'intéresse tout particulièrement ce psychiatre new-yorkais des « Uppers-uppers », de se faire soigner et suivre dans l'intervalle. Il gère en effet le business des Centres Fieve aux USA, cliniques qui reçoivent les bipolaires « successfull » de la Big Apple². Raison pour laquelle, à notre avis, le sous-titre devrait être modifié ainsi : « Soigner les hauts comme les bas ! » ; en flux tendu, en quelque sorte... Il y a bien un hôpital H. Ford et des centres de santé Henry Ford, basés à Détroit depuis 1915. L'automobile se vend moins bien, mais le bipolaire oui. Corroboré par cette observation clinique de première importance que 50% environ de ses patients « bipolaires II » comptaient au nombre des new-yorkais qui avaient le mieux réussi » (p25). Et, la réussite des uns encourage celle des autres, c'est bien connu en Amérique.

La dépression majeure ou modérée est commune aux bipolaires I et II. C'est la manie franche qui est la caractéristique principale de la première. Dans la seconde, il ne s'agit que d'hypomanie, de périodes d'exaltation atténuée. La différence paraît

1. Jadis on était freudien pour les névroses et kraepelinien pour les psychoses et ça ne marchait pas si mal que ça. On voyait moins de psychoses dans les rues car *l'Asile* portait bien son nom ; ce qui n'empêchait pas de les « accompagner » quand ils en sortaient.

2. Mais soigner les riches et les bien portants n'est pas une idée neuve, puisque elle est rapportée (avec considération) par Platon lui même décrivant la conduite d'Asclépios, « aussi bon médecin que bon politique », dans son invention de l'art de guérir (rapporté par P. Lain Entralgo, *Le médecin et le malade*, Hachette, 1969, p.39).

3. « La subordination de la quasi-totalité du champ psychopathologique à la notion de .../...

bien mince pour être structurale³ ; mais la structure n'est pas au programme du DSM. La génétique est alors invoquée (p93) : « La bipolarité II est le diagnostic le plus prévalent dans les familles bipolaires I et II à la fois »⁴. Le doute n'est donc plus permis !

On a toujours su ou deviné que l'addition d'un brin d'hypomanie et d'un bon QI pouvait donner des choses intéressantes, ayant parfois les apparences du génie. C'est quand même bon de se le voir confirmer par ce « pionnier » américain de la chose : « Dès lors que l'aptitude individuelle se conjugue à une bonne connaissance de l'hypomanie, l'accomplissement de soi et les grandes réalisations ont toutes chances d'aller de pair » (p172).

Voici donc cette entité aussi nouvelle que familière : le Bipolaire II B (Bénéfique) : C'est la « vraie locomotive de nos sociétés »... intrépide, aventureux, brillant et déterminé, talentueux et entreprenant, exubérant et sûr de lui, très productif et hyposomniaque, bavard et persuasif, intuitif, captivant, charmeur et créatif. Il peut être « posé mais froid » (bien que son esprit soit « aussi agité qu'un jacuzzi » -sic-), ce qui le distingue évidemment du franc maniaque. Mais attention ! H. S. Akiskal, en 2005⁵, pathologisait déjà le « polyglottisme » et la « créativité » dans son inventaire à la Prévert. Fieve y ajoute les « succès scolaires ou professionnels ».

Mais l'auteur s'interroge ensuite gravement : « Est-il si terrible d'être un peu maniaco-dépressif lorsque l'exubérance qu'on éprouve est si propice à la réussite ? ». Nadia « trime 80 heures par semaine », Brad utilise 2 téléphones (sur 3) en même temps dans sa BMW... Qui s'en plaindrait au pays de la réussite et de la performance ? Ils essaient de le persuader qu'ils n'ont besoin d'aucun traitement médicamenteux, car souvent ils « tiennent » à leur hypomanie. Qu'à cela ne tienne, on leur proposera une psychothérapie, un suivi, de bons conseils (« surveillez votre humeur... »).

Remarques de l'auteur au chapitre de la Psychothérapie (1 page 1/2) : « J'ai fini par acquérir la conviction que la psychothérapie peut notamment profiter aux personnes dont la dépression vient d'être atténuée par la prise d'un antidépresseur » ; elle est utile aux dysthymiques. L'intervention d'un psychologue n'est évoquée que pour « inciter le sujet à consulter assez vite un médecin pour la prescription de thy-morégulateurs quand il perçoit un risque de rechute caractérisée ». Ce qui sous-entend que le psychothérapeute ait une bonne connaissance des troubles bipolaires (p.290). Pour les autres connaissances, on attendra de plus amples informations.

« Tous les genres de troubles bipolaires vont de pair avec l'alcoolisme, ces deux états étant génétiquement corrélés selon toute probabilité ». Mais les autres

.../... *trouble* équivaut à une mise à plat de la psychopathologie d'où la problématique de la structure est évacuée » écrivait déjà le Pr René EBTINGER en 1986 (Rev.fr.de Psychiatrie n°6, juin).

4. SG. Simpson, SE. Folstein, DA. Meyers et al.: "*Bipolar II: The most common bipolar phenotype ?*" Am. J. of Psychiatry, juin 1993, 150 (6), 901-903.

5. « *Searching of behavioral indicators of Bipolar II...* » J. Affect. Disord. 84, 279-90.

addictions aussi. Qu'à cela ne tienne : « Vous pouvez adhérer à des associations d'entraide aussi spécifiques que celles des Alcooliques anonymes, des Cocaïnomanes anonymes, des Joueurs anonymes, des Dépensiers anonymes, des Sexoliques anonymes ou des Obsédés sexuels anonymes...» (p170). N'en jetez plus ! Le DSM ne profite pas qu'aux laboratoires.

En Amérique, l'hypomanie serait en passe de devenir « le trouble le plus fréquemment diagnostiqué depuis dix ans ». Rêvons encore un peu..

Fievez lui (et là il nous intéresse) ose penser que l'hypomanie du Bipolaire II peut être vue « comme un état potentiellement bénéfique qui présente d'énormes avantages »⁶. D'où l'adjonction de la lettre « B » et le conseil aux bipolaires II et à leurs proches : « À votre domicile comme sur votre lieu de travail, ne laissez passer aucune occasion de mettre la facette hautement créative et productive du trouble bipolaire II au service de l'estime que vous vous portez » (p.49).

La psychiatrie américaine n'en finit pas de progresser et de nous étonner.

RMP

6. Ce n'est pas l'avis du Pr M. Bourgeois (« *Les séductions de l'hypomanie* », Neuro-Psy News vol.5, mai-juin 2006) à propos de la parution de trois ouvrages sur la question (Jamison en 2004, Gartner et Whybrow en 2005).