

1

PETITE HISTOIRE DE LA BIPOLARITÉ

C'est à Homère, au VIII^e siècle avant J.-C., que l'on doit les premières descriptions, dans l'Illiade, de personnages atteints de troubles de l'humeur : ainsi, pour ne citer qu'eux, Ajax dont il dépeint la fureur et relate le suicide, et Bellérophon, frappé par Zeus de mélancolie pour avoir eu l'audace, au cours d'un probable accès de mégalomanie, de tenter, chevauchant Pégase, d'escalader l'Olympe¹.

Mais le premier à avoir porté un regard clinique sur ces troubles est, sans conteste, Hippocrate (vers 460-377 av.J.-C.), inventeur de la théorie des humeurs. Il attribue la mélancolie à un excès de sécrétion de bile noire (en grec, melanos, noir et kholê, bile), mais la dimension affective de cette maladie ne lui a pas échappé puisqu'il écrit dans ses *Aphorismes* : « Quand la crainte et la tristesse persistent longtemps, c'est un état mélancolique ». De même le médecin grec en avait déjà repéré le caractère saisonnier : « Au printemps, on voit des manies, des mélancolies... » (*Aphorismes*, III, 20).

Par la suite, Aristote (384-322 av. J.-C.) soulignera le lien – déjà évoqué par Hippocrate – existant entre la mélancolie et la manie (manikoi, folie), en comparant la bile noire à un métal qui peut passer du froid au chaud. Ainsi, le philosophe nous livre, dans *Problème XXX*, cette observation dont – hormis les considérations étiologiques elles-mêmes – la pertinence ne manque pas d'étonner : « Ceux chez qui la bile noire se trouve abondante et froide sont en proie à la torpeur et à l'hébétude ; ceux qui l'ont trop abondante et chaude sont menacés de folie... enclins à l'amour, facilement portés aux impulsions et aux désirs ; quelques-uns aussi sont bavards plus que d'usage. Mais beaucoup... sont saisis des maladies de la folie ou de l'enthousiasme... parce que la bile noire est inconstante, inconstants sont les mélancoliques²... »

De même, quelques siècles plus tard, Arétée de Cappadoce (vers 81-138 ap. J.-C.), qui donnera une description encore plus fine des symptômes de la mélancolie et de la manie, insistera-t-il sur la fréquence du passage d'un état à l'autre : « Nous voyons que les mélancoliques, surtout ceux en qui cette disposition est invétérée, deviennent facilement maniaques, et que, lorsque la

manie cesse, la mélancolie recommence ; en sorte qu'il y a passage et retour de l'une à l'autre, selon certaines périodes³ ». Aussi, ce médecin grec a-t-il pu être considéré comme le précurseur du concept de la maladie maniaco-dépressive⁴.

Dans cette lignée, le médecin anglais Thomas Willis (1622-1675), mettra en exergue l'alternance cyclique entre manie et mélancolie, en les comparant respectivement à la flamme et à la fumée se remplaçant mutuellement. « Après la mélancolie, écrit-il, il faut traiter de la manie qui a avec elle tant d'affinités que ces affections se changent souvent l'une dans l'autre⁵ ». Ce qui revient à reconnaître qu'elles appartiennent, en quelque sorte, à une même pathologie à double face.

Cette notion sera reprise par le *Dictionnaire universel de médecine* de James – adapté de l'anglais par Diderot en 1746 –, qui, dans l'article traitant de la « manie », rattache sans ambiguïté celle-ci à la mélancolie : « Il est absolument nécessaire, peut-on y lire, de réduire la mélancolie et la manie à une seule espèce de maladie et... de les examiner d'un même coup d'œil ; car nous trouvons... par nos observations journalières qu'elles ont, l'une et l'autre, la même origine et la même cause⁶... »

Les deux fondateurs de la psychiatrie française, Philippe Pinel (1745-1826) et son disciple Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), qui furent, respectivement, médecins-chefs de l'hôpital de Bicêtre et de l'hôpital de Charenton, nous ont laissé de riches et incomparables descriptions cliniques de la manie et de la mélancolie.

Le premier, auteur du *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (1801), observe que l'excitation « physique et morale » chez l'« insensé » maniaque se traduit par : « un excès de force musculaire, une agitation continue... un sentiment profond de supériorité, une haute conviction que rien ne peut résister à sa volonté suprême, une audace intrépide, qui le porte à donner libre cours à ses caprices extravagants... » Et le maître de Bicêtre de constater en outre : « une volubilité extrême, avec désordre et confusion des idées... une imagination au plus haut degré du développement... des idées chimériques d'une puissance suprême ou d'une participation à la nature divine, portant la joie de l'insensé jusqu'aux jouissances les plus extatiques⁷... »

S'il a remarqué chez le même malade la survenue, durant des périodes également prolongées (six mois), d'un autre tableau, mélancolique cette fois, caractérisé par « une stupeur profonde, un sombre désespoir et une impulsion des plus fortes pour le suicide⁸ », Philippe Pinel ne considère pas que ces deux tableaux cliniques appartiennent à une seule maladie. Selon lui, il s'agit, en effet, d'affections différentes, la manie correspondant à un délire « général » altérant gravement les fonctions mentales, alors que la mélancolie est un délire « partiel », qui préserverait certaines facultés de la personne.

Jean-Étienne Esquirol, auteur, pour sa part, de *De la manie* (1818) et *De la lypémanie ou mélancolie* (1820), bien que distinguant chez les mêmes patients l'alternance de « périodes » maniaque et mélancolique, ne les rattachera pas non plus à l'évolution d'une pathologie unique.

Ce sont les élèves d'Esquirol, Jean-Pierre Falret (1794-1870) et Jules Baillarger (1809-1890), exerçant à la Salpêtrière, qui, dans le droit fil de l'antique tradition, relayée un temps par Thomas Willis, soutiendront la thèse de l'unicité des deux affections et isoleront ainsi une nouvelle maladie*.

Après avoir décrit, en 1843, la mélancolie avec stupeur (ou stuporeuse), c'est-à-dire comportant une inhibition psychomotrice massive, Jules Baillarger présente, fin janvier 1854, la « folie à double forme ». « Nous sommes en présence, déclare-t-il, devant l'Académie de médecine, d'accès caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation... la succession de ces deux formes constitue une seule maladie⁹ ». Toutefois, l'aliéniste ne signale pas la présence d'intervalles libres entre ces deux périodes.

Dans le courant du mois de février de cette même année 1854, Jean-Pierre Falret, quant à lui, décrira, également dans un mémoire, ce qu'il nomme alors la « folie circulaire ». Celui-ci a le mérite de rendre mieux compte que son collègue de l'évolution du trouble, dont il distingue trois phases et souligne le caractère cyclique et répétitif, tout au long de la vie du malade.

« Ce genre d'aliénés, observe-t-il, roule dans un même cercle d'états maladifs qui se reproduisent sans cesse comme fatalement et ne sont séparés que par un intervalle de raison d'assez courte durée... La folie circulaire est caractérisée par l'évolution successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé... » L'auteur remarque, en outre, que la maladie consiste en « un ensemble de symptômes physiques, intellectuels et moraux, toujours identiques à eux-mêmes dans les diverses périodes¹⁰... »

Pour rendre compte de la symptomatologie des accès, il emploie des termes étonnamment voisins de ceux auxquels le DSM-III-R américain** aura recours pour décrire les critères diagnostiques des états dépressifs et maniaques. Par exemple, à « l'affaïssement de jour en jour plus prononcé et aux sentiments très affaiblis » caractérisant l'humeur dépressive, J.-P. Falret oppose « l'exaltation des sentiments et la prodigieuse exubérance des idées » de la manie¹¹.

Enfin, Falret soulignera le caractère « très héréditaire » de la folie circulaire et sa chronicité.

Même si elle n'a pas suscité d'emblée l'adhésion de ses pairs et sera, par la suite, reléguée au second plan par les travaux du psychiatre allemand E. Kraepelin, la contribution de J.-P. Falret peut, sans nul doute, être considérée comme à l'origine de la conception moderne de la maladie maniaco-dépressive.

* Ils n'auront de cesse, ensuite, de s'en disputer la paternité.

** Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Association de psychiatrie américaine, 1980.

Il se verra ainsi qualifié de « découvreur » dans un article américain, paru en 1983, sous le titre : *La découverte de Falret : l'origine du concept de maladie affective bipolaire*. « Le mémoire de Jean-Pierre Falret, commente l'auteur, M.J. Sedler, a été le premier à énoncer dans une forme parfaitement reconnaissable, les éléments de base de notre diagnostic actuel de maladie affective bipolaire. En lisant aujourd'hui cet essai, on est confronté à des descriptions étonnamment lucides et complètes de l'exaltation maniaque, de la dépression et de l'«aiguillage» de l'une à l'autre. Un accent vraiment moderne est mis sur l'évolution... de la maladie¹²... »

L'œuvre de J.-P. Falret sera complétée par son fils Jules (1824-1902¹³), officiant à l'hôpital de Bicêtre, et à qui l'on doit la première utilisation, en 1860, du terme d'« état mixte » pour désigner un tableau d'excitation maniaque chez un sujet exprimant surtout des idées tristes*. Et Jules Falret de préciser que, pour caractériser de tels tableaux, on est alors obligé d'employer les « expressions hybrides et contradictoires de mélancolies maniaques ou manies mélancoliques¹⁵ ».

En outre, il décrira, en 1866, un état d'exaltation maniaque modéré, préfigurant l'hypomanie. Il présente les sujets qui en sont affectés comme « susceptibles, irritables et coléreux », débordant d'activité, avec une légère excitation psychique permanente, mais sans perte du sens des réalités (le langage restant « suivi et raisonnable » et dépourvu d'éléments délirants). Jules Falret rapporte l'alternance de cet état avec la « prostration mélancolique », brochant ainsi, avant la lettre, le tableau du trouble bipolaire de type II, tel qu'il sera défini par le D.S.M.¹⁶

En 1882, l'allemand Karl Kahlbaum, pour sa part, aura recours au terme de « cyclothymie » pour désigner une forme atténuée de folie circulaire¹⁷.

D'autres appellations seront données, en France, à la folie circulaire de J.-P. Falret, dont notamment : folie « à formes alternes » (Jules Falret, 1878), folie « intermittente » (Valentin Magnan, 1890) et folie « périodique » (Gilbert Ballet, 1894).

Mais, c'est le psychiatre allemand Emil Kraepelin (1856-1926) qui, dans la 6^e édition de son *Traité de psychiatrie* (1899) – non sans s'être, à l'évidence, inspiré des travaux de ses collègues d'outre-Rhin – apportera la description la plus systématique et la plus synthétique de cette pathologie mentale et, surtout, lui donnera son nom de folie « maniaque-dépressive » (*manisch depressiv irresein*).

L'approche kraepelinienne a le mérite de se vouloir, tout à la fois, dimensionnelle et longitudinale : d'une part, elle prend en compte, au-delà des symptômes, le fonctionnement de la vie psychique dans ses trois dimensions : la sphère affective – l'humeur –, la sphère idéique – la pensée – et la sphère motrice, associée à la volonté ; d'autre part, elle s'intéresse à l'évolution de la maladie tout au long de la vie du patient.

* La notion d'état mixte se retrouve également dans les travaux du psychiatre belge Joseph Guislain¹⁴.

L'éminent psychiatre de Munich décrira finement, entre 1899 et 1913, les différentes formes cliniques de la « maniaco-dépression ». Il distingue ainsi les états maniaques (avec l'hypomanie, la manie aiguë, la manie délirante et confuse), les états dépressifs (mélancolie simple, grave, délirante...) et les états mixtes.

Ces derniers représentent, sans conteste, l'une des contributions les plus originales d'Emil Kraepelin. Il les présente, avant tout, comme des états de transition entre les deux formes principales de la maladie (dont les symptômes se trouvent alors mélangés), mais remarque qu'ils peuvent survenir en tant qu'accès pathologiques indépendants¹⁸. Il en isole six types : manie dépressive ; dépression excitée ; manie pauvre en pensée ; manie stuporeuse ; dépression avec fuite des idées ; manie inhibée.

La mise en évidence de ces formes mixtes démontre de manière définitive, à ceux qui en doutaient encore, que manie et mélancolie, loin d'être deux affections distinctes et incompatibles, appartiennent à une même maladie et constituent une seule entité clinique.

C'est d'ailleurs une tâche d'unification à laquelle entend se livrer E. Kraepelin, en regroupant, en un concept unique, les diverses formes de l'affection, jusqu'alors décrite sous les appellations de folie à double forme, circulaire, alterne, intermittente, périodique... « Toutes ces raisons m'ont incité, écrit-il, justifiant sa démarche, à rassembler dans l'unité de la folie maniaque-dépressive, en plus des affections circulaires, non seulement les formes périodiques et récidivantes, mais aussi les formes simples de la manie et de la mélancolie^{19*} ».

Enfin, E. Kraepelin décrira ce qu'il nomme les « états fondamentaux » (*Grundzustände*) ou « constitutionnels », dont il a observé la présence entre les accès de la maladie, au cours des intervalles libres, et qui, à ses yeux, « caractérisent la constitution maniaco-dépressive, même dans les cas où l'affection ne se développe pas complètement^{20**} ». Il répertorie alors quatre formes de constitution : dépressive (« dysphorie constitutionnelle »), maniaque (« excitation constitutionnelle »), irritable, et cyclothyme (cas où dysphorie et excitation alternent de manière fréquente et immédiate²¹).

Si l'on doit l'invention de la dénomination de « psychose maniaque-dépressive » (P.M.D.) aux psychiatres de la Salpêtrière, G. Demy et P. Camus²², en 1907, E. Kraepelin considérait à l'évidence la folie du même nom comme appartenant au groupe des psychoses « endogènes » (c'est-à-dire constitutionnelles), dont faisait partie la « démence précoce » (que Eugen Bleuler appellera psychose schizophrénique).

* En effet, le psychiatre allemand intègre alors dans la même maladie ce qu'on appellera les dépressions « unipolaires ».

** Ce qui correspond donc à la notion de « tempérament ».

Cependant, dans la 8^e édition de son *Traité de psychiatrie* (postérieure à 1909), il sera amené à les séparer nettement l'une de l'autre, notamment en termes d'hérédité (antécédents familiaux différents) et de pronostic : la folie (psychose) maniaque-dépressive, en raison, entre autre, de son caractère intermittent et périodique, serait moins grave et se verrait épargner l'évolution inexorablement déficitaire de la démence précoce.

Cela n'empêchera pas la maniaco-dépression de conserver l'appellation de psychose jusque dans les années 1970. On continuait, en effet, à voir en elle une maladie mentale sévère et chronique (à juste titre d'ailleurs), mais surtout comportant de fréquents épisodes psychotiques (manies et mélancolies « délirantes »).

Le terme de psychose la concernant sera progressivement abandonné, celui-ci paraissant trop péjoratif pour caractériser une pathologie intéressante principalement l'humeur et, en définitive, peu approprié en raison du caractère transitoire des éléments psychotiques observables au cours des accès (mais disparaissant lors des intervalles libres). On la qualifiera alors de « maladie maniaco-dépressive » (M.M.D.), puis elle sera baptisée du nom de « troubles bipolaires » (*bipolar disorders*) dans la 3^e version du D.S.M. américain (DSM-III), en 1980.

Le vocable de « bipolaire » a été utilisé, semble-t-il, pour la première fois, par le psychiatre allemand Karl Kleist en 1953.

Ce dernier – venant, en quelque sorte, remettre en cause le concept unitaire de Kraepelin – entendait alors distinguer les mélancolies et manies isolées sans alternance, qu'il considère comme appartenant aux « psychoses unipolaires », des formes où se succèdent des accès maniaques et mélancoliques, qu'il appelle « psychoses bipolaires²³ ».

Ce distinguo sera définitivement établi par Karl Leonhard, en 1957, qui consacre la séparation entre les états dépressifs mélancoliques « unipolaires » (« troubles dépressifs récurrents » actuels) et ceux s'inscrivant dans l'évolution d'une maladie bipolaire*. Ses travaux, qui se fondent sur des arguments évolutifs, génétiques et de sexe ratio (cette forme unipolaire est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes), seront validés, en 1966, par J. Angst (Suisse), C. Perris (Suède) et G. Winokur (États-Unis).

À côté du trouble bipolaire de type I, qui comprend la succession de phases de manie et de mélancolie, l'américain D. Dunner, en 1976, reprenant le concept d'hypomanie, décrira, comme une nouvelle entité, le trouble bipolaire de type II, consistant en l'alternance d'épisodes de manie de faible intensité et d'épisodes dépressifs majeurs.

* À noter, qu'à la différence de Kleist, il inclut les manies isolées dans la bipolarité.

La première version d'un spectre bipolaire large sera donnée par G. Klerman, en 1981, qui distingue six sous-types de troubles bipolaires, dont, déjà, une forme expansive induite par la prise d'une substance (autrement dit pharmacologique) (type III), et notion intéressante, une forme dépressive avec antécédents familiaux de bipolarité, correspondant à un type V.

C'est à H. Akiskal et O. Pinto que l'on doit, en 1999, la seconde version du spectre bipolaire élargi, comportant, quant à elle, la description de huit formes cliniques²⁴.

L'originalité de cette nouvelle classification réside, pour l'essentiel, dans l'importance qu'elle accorde à la notion de tempérament.

Le psychiatre américain Hagop Akiskal, qui s'est manifestement inspiré des travaux d'E. Kraepelin sur les « états fondamentaux », incorpore dans le spectre de la bipolarité les épisodes dépressifs majeurs qui surviennent chez des sujets présentant un tempérament « cyclothymique » (types II ½) ou « hyperthymique* » (type IV). La mise en évidence de cette appartenance a, bien entendu, pour corollaire une prise en charge thérapeutique spécifique, impliquant, d'une part, la prudence vis-à-vis de la prescription d'antidépresseurs, et, d'autre part, l'instauration d'un traitement par régulateurs de l'humeur.

On peut se demander si l'élargissement du spectre des troubles bipolaires ne correspond pas à un démembrement de l'entité maniaco-dépressive, initialement proposée par E. Kraepelin.

En tout état de cause, la démarche du psychiatre de San Diego ne paraît pas en contradiction avec le concept unitaire du psychiatre de Munich, dans la mesure où elle cherche à intégrer au sein de la bipolarité des formes récurrentes de troubles dépressifs, qui sont trop souvent à tort, à l'heure actuelle, considérés comme « unipolaires** ».

* Ce que Kraepelin dénommait l'« excitation constitutionnelle ».

** 40 à 50 % des patients chez qui un diagnostic de dépression « unipolaire » est porté, souffriraient, en fait, d'un trouble relevant du spectre bipolaire²⁵.

NOTES

1. Starobinski J., La mélancolie au jardin des racines grecques, Acta Psychosomatica, Geigy, Bâle, 1960.
2. Aristote, L'homme de génie et la mélancolie, traduction, présentation et notes de J. Pigeaud, Rivages, 1998.
3. Arêtee, Manie, Lib. III, ch. V, cité par Postel J., Allen D.F., in Présentation de La folie maniaque-dépressive, Kraepelin E. ; Jérôme Millon éd., Grenoble, 1993, p. 14.
4. Marneros A., Angst. J., Bipolar disorders : 100 years after manic-depressive insanity, Kluwer Academic Publisher, 2000.
5. Cité par Postel J., Allen D.F., in Présentation de La folie maniaque-dépressive de E. Kraepelin, J. Millon, 1993, p. 14.
6. Ibid., p. 15.
7. Pinel P., Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie, Richard, Caille et Ravier, 1801.
8. Ibid.
9. Baillarger J.B., Classification des maladies mentales, Gazette des Hôpitaux, 28, n° 77, 1855 ; Recherche sur les maladies mentales, G. Masson, 1855.
10. Falret J.-P., Des maladies mentales et des asiles d'aliénés, J.B. Baillière, 1864.
11. Haustgen T., Aspects historiques des troubles bipolaires dans la psychiatrie française, L'Encéphale, 1995, supp. VI, p. 13-20.
12. Sedler M.J., Falret's discovery : the origin of the concept of bipolar affective illness, Am. J. Psychiatry, 1983, 140, 9, p. 1127-1233 ; cité par Haustgen T. op. cit. p. 13.
13. Falret J., Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, J.-P. Baillière, 1890.
14. Guislain J., Leçons orales sur les phréno-pathies, Paris, 1880.
15. Cité par Tawil S-P, Le miroir de Janus, Comprendre et soigner la dépression et la maniaco-dépression, R. Laffont, 2002, Pocket, p. 102-103.
16. Haustgen T., op. cit., p. 16.
17. Tawil S-P, op. cit., p. 103.
18. Kraepelin E., Cent ans de psychiatrie, suivi de : La folie maniaque-dépressive, traduit par Géraud M., Éd. Mollat, Bordeaux, 1997, p. 250.
19. Kraepelin E., Traité de psychiatrie, 1899 ; cité par Tawil S.P, op. cit. p. 104.
20. Kraepelin E., Cent ans..., Éd. Mollat, op. cit., p. 254.
21. Ibid.
22. Deny G., Camus P., Les folies intermittentes, La psychose maniaque-dépressive, J.B. Baillière, 1907.
23. Azorin J.M., Kaladjian A., Épidémiologie et classification des troubles bipolaires, in Traitements psychologiques des troubles bipolaires, Ferrero F., Aubry J.-M., Masson, 2009, p. 7-8.
24. Akiskal H.S., Pinto O., The evolving bipolar spectrum, Psychiatric Clinics North America, 1999, 22/3, p. 517-534.
25. Stahl S., Psychopharmacologie essentielle, 2^e éd., Lavoisier, 2010, p. 468.