



ASPECTS CLINIQUES DE LA DÉPRESSION BIPOLAIRE

Recherche menée par

Emilie OLIÉ et **Marie BRITTNER**

E. OLIÉ - psychiatre, praticien Hospitalo-Universitaire, Hôpital Lapeyronie au CHU Montpellier - INSERM (Unité 1061) « Neuropsychiatrie : Recherche Epidémiologique et Clinique », MONTPELLIER.

M. BRITTNER - psychiatre, assistante Spécialiste, Département Urgences et Post Urgences Psychiatriques, Hopital Lapeyronie au CHU Montpellier, MONTPELLIER.



FONDATION
Pierre Deniker
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE

Aspects cliniques de la dépression bipolaire

Un épisode dépressif majeur peut survenir dans le cadre d'un trouble unipolaire ou d'un trouble bipolaire de l'humeur. Cependant, le trouble bipolaire est fréquemment non reconnu chez les patients consultant pour un épisode dépressif majeur. En pratique, s'il est aisé de poser le diagnostic d'un épisode dépressif majeur bipolaire, en cas d'antécédents de manie ou d'hypomanie reconnus, cela s'avère plus complexe face à un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs inauguraux, ou lorsque les épisodes d'exaltation de l'humeur n'ont pas été identifiés. Cela concernerait beaucoup de patients, car certaines études internationales estiment que plus de la moitié des dépressions sont de nature bipolaire. Dans cet article, le Dr. Emilie Olié et le Dr. Marie Brittner se basent sur la littérature internationale et présentent les conséquences majeures, en termes de pronostic et de thérapeutique, qu'entraîne la non reconnaissance des dépressions bipolaires. Elles émettent des recommandations utiles permettant d'orienter le diagnostic vers le spectre bipolaire et les principes thérapeutiques qui en découlent.

SOMMAIRE

De quels résultats communément admis disposons-nous ?	p.3
Comment les obtenons-nous ?	p.4
Qu'en tirons-nous comme connaissances ?	p.5
Qu'en faisons-nous concrètement ?	p.6
Références	p.8
Biographie	p.12

NOTA BENE : Les numéros entre crochets dans le texte correspondent aux références bibliographiques situées à la fin du document (Exemple: [1] correspond à Ref. [1] sur la page 8).

De quels résultats communément admis disposons-nous ?

1. Pour connaître les symptômes de la dépression chez l'adulte et en avoir une illustration, voir l'article n° 20-1: « Comment se fait un diagnostic de dépression », Tableau n°1 (Dr. David Gourion), Le Livre Blanc de la Dépression.

2. DSM est l'acronyme de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; IV est le numéro de version (il s'agit ici de la quatrième version de ce manuel, publiée en 1994; la première version datait de 1952). La dernière version de la classification est le DSM -5.

3. CIM-10 : La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision (connue sous la "CIM-10") est une liste de classifications médicales codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, publiée par l'organisation mondiale de la santé (OMS).

4. Pour connaître les symptômes de la dépression chez l'adulte et en avoir une illustration, voir l'article n° 20-1: « Comment se fait un diagnostic de dépression », Tableau n°1 (Dr. David Gourion), Le Livre Blanc de la Dépression.

5. Trouble unipolaire : Il s'agit de patients qui ont eu un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs récurrents et qui n'ont jamais manifestés de symptômes maniaques et/ou hypomaniaques.

6. Pour une définition des troubles de l'humeur, on pourra consulter les descriptions de la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS, catégories F30-F39: **Consulter le lien**

7. Pour une définition de l'hypomanie, on pourra consulter les descriptions de la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS, catégorie F30: **Consulter le lien**

La dépression se caractérise par la présence simultanée d'une triade symptomatique persistant dans le temps et entraînant une altération significative du fonctionnement¹ :

- > Tristesse de l'humeur, douleur morale
- > Ralentissement psychomoteur
- > Perturbation des conduites instinctuelles : sommeil, appétit, libido.

Plusieurs classifications diagnostiques validées permettent de poser le diagnostic d'un Episode Dépressif Majeur (EDM) :

- > Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM)² [1, 2]
- > La Classification Internationale des Maladies (CIM 10)³ [3].

Un épisode dépressif majeur⁴ peut survenir dans le cadre d'un trouble uni⁵ ou bipolaire de l'humeur. Dans tous les cas, un antécédent d'épisode de manie⁶ ou d'hypomanie⁷ dans l'histoire du patient atteste d'un EDM bipolaire :

- > En l'absence d'antécédent de manie, d'hypomanie, les classifications diagnostiques actuelles (CIM 10, DSM 5) ne permettent pas de différencier les EDM⁸ unipolaires ou bipolaires.
- > Les antécédents de manie et/ou d'hypomanie sont souvent sous-rapportés par les patients, et sous-recherchés par les médecins.

S'il est aisé de poser le diagnostic d'un épisode dépressif majeur bipolaire en cas d'antécédents de manie ou d'hypomanie reconnus,

cela s'avère plus complexe face à un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs inauguraux, ou lorsque les épisodes d'exaltation de l'humeur n'ont pas été identifiés. Pourtant, le trouble bipolaire est fréquemment non reconnu chez les patients consultant pour un épisode dépressif majeur.

> Plus de la moitié des personnes souffrant de troubles bipolaires présentent un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs (épisode index) avant la survenue d'un épisode maniaque ou hypomaniaque [4] :

- 50 % des troubles bipolaires de type 1⁹.
 - 75 % des troubles bipolaires de type 2¹⁰.
- > La proportion de troubles bipolaires non reconnus chez des patients traités pour un épisode dépressif majeur peut atteindre 20 % (7,9 % pour le trouble bipolaire de type 1 et 12,8 % pour le trouble bipolaire de type 2) [5].

> Certains auteurs estiment que plus de la moitié des dépressions sont de nature bipolaire [6].

> Les patients bipolaires passent 3 fois plus de temps avec des symptômes dépressifs que maniaques/hypomaniaques [7].

Or, l'appartenance au spectre bipolaire d'un épisode dépressif majeur considéré à tort comme unipolaire, entraîne des conséquences pronostiques et thérapeutiques importantes :

- > Conséquences du retard diagnostic [8, 9, 4, 10, 11]
- > Conséquences négatives sur le fonctionnement et l'adaptation sociale
- > Symptômes dépressifs résiduels entre les

8. Les Episodes Dépressifs majeurs

9. Patients BP 1: Il s'agit de patients ayant un trouble bipolaire de type I. Ce trouble est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes et des épisodes dépressifs d'intensité variable (le diagnostic peut être posé même en l'absence de trouble dépressif). Une cause organique ou toxique ne permet pas de retenir ce diagnostic.

10. Patients BP 2: Il s'agit de patients ayant un trouble bipolaire de type II qui se définit par l'existence d'un ou plusieurs épisodes hypomaniaques et un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs.

11. Episodes thymiques : épisodes avec troubles de l'humeur

12. Une récurrence correspond à la réapparition des symptômes après une guérison apparente.

13. Voir l'article n°4 : « Dépression et suicide » (Dr. E. Hantouche), Le Livre Blanc de la Dépression.

14. Voir l'article n°14-1: « Dépression et récurrences » (Dr. A. Gaillard) et l'article n°14-2: « Dépression récurrente : facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité » (Dr. Chloé Girod-a-Petit-Louis, Dr. Emilie Olié et Pr. Philippe Courtet), Le Livre Blanc de la Dépression.

15. Dans une longitudinale, prospective, des personnes sont suivies pendant une longue période de temps (généralement plusieurs années).

16. Etude STEP-BP: Consulter le lien

17. Une étude multicentrique est une étude scientifique qui est faite avec des volontaires en provenance de plusieurs centres médicaux différents. Ceci permet ainsi de réunir un nombre plus grand de patients donc d'obtenir des données médicales plus précises

épisodes thymiques¹¹, fortement associés au risque de récurrence¹²

- > Augmentation des troubles cognitifs
- > Augmentation du risque suicidaire¹³
- > Augmentation du nombre et récurrences d'épisodes thymiques¹⁴
- > Augmentation du nombre d'hospitalisation entraînant un retard d'instauration du traitement stabilisateur de l'humeur: en moyenne 10 ans d'évolution entre le premier symptôme et la première prescription d'un traitement stabilisateur de l'humeur [9].
- > Des risques liés à la prescription d'antidépresseurs en monothérapie en cas de troubles bipolaires sous-jacents.

- Virage de l'humeur, apparition de caractéristiques mixtes, induction de cycles rapides
- Risque suicidaire
- Inefficacité de l'antidépresseur, dépression résistante.

La reconnaissance précoce du trouble bipolaire permet d'améliorer le pronostic à long terme :

- > Amélioration du pronostic avec l'introduction précoce d'un traitement de régulateur de l'humeur par lithium dans le trouble bipolaire [12]. Il est donc important de rechercher et d'identifier les signes en faveur d'une bipolarité chez un patient qui consulte pour un épisode dépressif majeur.

Comment les obtenons-nous ?

ETUDES PROSPECTIVES

Observer de manière longitudinale l'évolution du trouble de l'humeur chez des patients suivis initialement pour un épisode dépressif majeur¹⁵ :

- > Etude STEP-BD¹⁶ « Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder » : association d'études prospectives naturalistiques et d'études randomisées contrôlées, multicentriques¹⁷, sur un large échantillon de patients bipolaires suivis aux Etats Unis entre 1999 et 2005. Evaluation de l'efficacité des traitements et leur impact sur l'évolution du trouble bipolaire [13].
- > Suivi prospectif à 10 ans de patients trai-

tés pour un EDM, recueil des données sur l'apparition d'un trouble bipolaire [14].

- > Suivi prospectif d'une cohorte de 146 patients avec diagnostic de trouble bipolaire de type I entre 1978 et 1981, avec un entretien médical tous les 6 mois et un recueil des symptômes thymiques [7].

ETUDES RÉTROSPECTIVES

Rechercher chez les patients avec diagnostic de trouble bipolaire les antécédents d'épisodes thymiques, leurs spécificités, et l'évolution du trouble :

- > Recueil rétrospectif de données cliniques (dossiers médicaux, life charts) de pa-

18. Etude transversale : l'observation d'une population dans sa globalité (ou d'un échantillon représentatif), à un instant donné dans le temps. Elle opère ainsi une coupe transversale de la population étudiée, et est fréquemment utilisée pour mesurer l'exposition et la morbidité d'une pathologie de façon ponctuelle

19. Consultez :

> l'article n° 8 : « Dépression et Toxicomanie » (Dr. Alain Derieux et Dr. Xavier Laqueille)
> l'article n° 7-2 : « Dépression et alcool : psychopathologie » (Pr. Isabelle Varescon)
> l'article n° 7-1 : « Dépression et alcool : mécanismes physiopathologiques » (Pr. Jean Constantin). Le livre Blanc de la Dépression.

20. Pour connaître les nouveautés introduites dans le DSM 5, consultez l'article n° 24 : « La dépression dans le DSM-V, nouveautés et débats » (Pr. Julien Daniel Guelfi), Le Livre Blanc de la Dépression.

21. Cf. note 4. Pour voir les symptômes de la dépression et en avoir une illustration, voir l'article n° 20-1 : « Comment se fait un diagnostic de dépression », Tableau n° 1 (Dr. David Gourion). Le Livre Blanc de la Dépression.

tients avec diagnostic de trouble bipolaire [4, 15, 16].

ETUDES TRANSVERSALES¹⁸

Comparaison de groupes de patients présentant un EDM unipolaire et bipolaire.

> Comparaison des symptômes dépressifs au cours des EDM entre des patients unipolaires et bipolaires [17, 18, 19, 20].

> Etude « Bipolact » : recherche des symptômes d'hypomanie chez des patients consultant pour un EDM en médecine générale et en psychiatrie [21].

Qu'en tirons-nous comme connaissances ?

LES INDICES CLINIQUES

Mise en évidence d'indices cliniques qui orientent vers l'appartenance au spectre bipolaire des EDM [17, 18, 20, 19, 16, 22, 23] :

> Histoire de la maladie :

- Âge de début précoce (< 25 ans)
 - Récurrence des épisodes (> 5 EDM)
 - Épisodes dépressifs de courte durée
 - Antécédent de psychose du post partum.
- > Symptomatologie de l'épisode actuel :
- Caractéristiques atypiques (hypersomnie, hyperphagie/prise de poids)
 - Labilité de l'humeur
 - Caractéristiques mixtes
 - Caractéristiques psychotiques
 - Ralentissement psychomoteur important
 - Dépression résistante aux antidépresseurs.

> Antécédents familiaux de trouble bipolaire.

> Antécédent personnel ou familial de conduites suicidaires (tentative de suicide, suicide abouti) [23].

> Comorbidités addictives, abus de substances¹⁹.

CARACTÉRISTIQUES MIXTES

Introduction des « caractéristiques mixtes » des épisodes dépressifs majeurs dans la nouvelle classification Diagnostique et Statistiques des Troubles Mentaux (DSM 5)²⁰ [1] :

> Tous les critères d'un épisode dépressif majeur²¹ et au moins 3 symptômes parmi :

- Humeur élevée/expansive
- Augmentation de l'estime de soi/idées de grandeur
- Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
- Fuite des idées/sensations subjectives que les pensées défilent
- Augmentation de l'énergie/de l'activité orientée vers un but
- Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables
- Réduction du besoin de sommeil.

> Les « caractéristiques mixtes » des EDM ne permettent pas de poser le diagnostic d'un

22. En période de stabilité de l'humeur

23. Le questionnaire est rempli par le patient lui-même.

trouble bipolaire 1 ou 2 mais constituent un facteur de risque de développer un trouble bipolaire et orientent la prise en charge.

LES MARQUEURS SPÉCIFIQUES

Dans le domaine de la recherche, identification de marqueurs spécifiques du trouble bipolaire au cours des EDM selon une approche dimensionnelle :

- > Réactivité émotionnelle : mise en évidence d'une hyper-réactivité et d'une plus grande labilité émotionnelles chez les patients bipolaires en période euthymique²² en comparaison aux sujets contrôles [24].
- > Neuro-imagerie [25, 26]:
 - Modifications structurelles de certaines régions cérébrales (cortex pré-frontal, ganglions de la base, amygdale, striatum, hippocampe, habenula)

- Anomalies de la connectivité et de la densité de la matière blanche
- Activation de circuits neuronaux différents au cours de tâches impliquant la régulation émotionnelle et le contrôle attentionnel dans la dépression bipolaire (vs. dépression unipolaire).

> Neuropsychologie :

- Mise en évidence d'anomalies spécifiques (mémoire de travail, attention spatiale et attention soutenue, résolution de problèmes, prise de décision) au cours d'évaluation neuropsychologique chez les patients bipolaires déprimés en comparaison aux patients unipolaires déprimés [27]
- Altération plus importante des fonctions mnésiques avec l'âge chez les patients bipolaires en comparaison aux patients unipolaires [28]
- Marqueur trait dans la prise de décision [29].

Qu'en faisons-nous concrètement ?

AIDE AU DIAGNOSTIC :

- > Même en l'absence de signes pathognomoniques d'une dépression bipolaire, savoir repérer les caractéristiques qui doivent alerter sur les risques d'un EDM bipolaire. L'objectif est de limiter le retard diagnostique du trouble bipolaire et d'éviter les conséquences du retard d'instauration d'un traitement régulateur de l'humeur ainsi que les risques inhérents à la prescription d'un

antidépresseur en monothérapie.

- > Toujours penser à rechercher un antécédent de manie ou d'hypomanie dans l'histoire du patient, avec le patient et son entourage.
- > En l'absence d'antécédent, savoir repérer les EDM à risque d'être bipolaire.
- > Utiliser un outil de dépistage du trouble bipolaire : deux auto-questionnaires²³ simples et rapides sont validés en français :
 - Pour rechercher les antécédents de manie ou d'hypomanie : le « Mood Disorder Ques-

24. Le MDQ: Consulter le lien

25. CLH: Consulter le lien

tionary» (MDQ)²⁴ [30]

- Pour rechercher des symptômes d'hypomanie ou de mixité au cours de l'épisode actuel: le «Checklist d'hypomanie»²⁵ (CLH 20/CLH 32) [21].

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES

- > Elaboration de recommandations pour la prise en charge des épisodes dépressifs majeurs bipolaires [31, 32, 33, 34, 35]
- > Prescription de régulateurs de l'humeur ciblant la polarité dépressive du trouble bipolaire:
 - Sels de lithium
 - Antipsychotiques atypiques (Quétiapine)
 - Anticonvulsivants (Lamotrigine).
- > Place des antidépresseurs sérotoninergiques:
 - Prédérés aux autres classes d'antidépresseurs (ISRSNa, tricycliques)
 - Toujours associés à un régulateur de l'humeur

- Déconseillés en cas de cycles rapides ou caractéristiques mixtes
- Arrêt recommandé 6 mois après la résolution de l'EDM
- Effets bénéfiques collatéraux: Réduction du risque suicidaire avec les sels de lithium [36].

- > Implication dans la recherche: Etudes de cohortes multicentriques et prospectives.
- > Formation des professionnels.
- > Information et sensibilisation des médecins généralistes et des psychiatres, premiers prescripteurs d'antidépresseurs pour le traitement des EDM.

INFORMATION DES PATIENTS

- > Groupe de psychoéducation au trouble bipolaire pour les patients et leur entourage.
- > Développement d'outils informatiques.
- > Associations de patients. ■

Références

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **ASSOCIATION AP**
"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"
Fifth Edition (DSM-5®), American Psychiatric Pub, 2013 • 1629 p.
- Ref. [2] **ASSOCIATION AP**
"DSM-4-TR"
Elsevier Masson, 2004 • 1146 p.
- Ref. [3] **ELSEVIER MASSON**
« Classification internationale des maladies, dixième révision : CIM-10/ICD-10 : chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic »
Elsevier Masson, 1993 • 332 p.
- Ref. [4] **BALDESSARINI RJ, TONDO L, VISIOLI C**
"First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness"
Acta Psychiatr Scand, 2014 May • 129(5):383–92.
- Ref. [5] **HU C, XIANG Y-T, UNGVARI GS, DICKERSON FB, KILBOURNE AM, SI T-M, ET AL**
"Undiagnosed bipolar disorder in patients treated for major depression in China"
J Affect Disord, 2012 Oct • 140(2):181–6.
- Ref. [6] **AKISKAL HS, BOURGEOIS ML, ANGST J, POST R, MÖLLER H-J, HIRSCHFELD R**
"Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders"
J Affect Disord, 2000 Sep • 59, Supplement 1:S5–30.
- Ref. [7] **JUDD LL, AKISKAL HS, SCHETTLER PJ, ENDICOTT J, MASER J, SOLOMON DA, ET AL**
"The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder"
Arch Gen Psychiatry, 2002 Jun • 59(6):530–7.
- Ref. [8] **MCCRAW S, PARKER G, GRAHAM R, SYNNOTT H, MITCHELL PB**
"The duration of undiagnosed bipolar disorder: effect on outcomes and treatment response"
J Affect Disord, 2014 Oct 15 • 168:422–9.
- Ref. [9] **DRANCOURT N, ETAIN B, LAJNEF M, HENRY C, RAUST A, COCHET B, ET AL**
"Duration of untreated bipolar disorder: missed opportunities on the long road to optimal treatment"
Acta Psychiatr Scand, 2013 Feb • 127(2):136–44.
- Ref. [10] **PERLIS RH, MIYAHARA S, MARANGELL LB, WISNIEWSKI SR, OSTACHER M, DELBELLO MP, ET AL**
"Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD)"
Biol Psychiatry, 2004 May 1 • 55(9):875–81.

- Ref. [11] **GOLDBERG JF, ERNST CL**
"Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder"
J Clin Psychiatry, 2002 Nov • 63(11):985–91.
- Ref. [12] **FRANCHINI L, ZANARDI R, SMERALDI E, GASPERINI M**
"Early onset of lithium prophylaxis as a predictor of good long-term outcome"
Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1999 • 249(5):227–30.
- Ref. [13] **SACHS GS, THASE ME, OTTO MW, BAUER M, MIKLOWITZ D, WISNIEWSKI SR, ET AL**
"Rationale, design, and methods of the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD)"
Biol Psychiatry, 2003 Jun 1 • 53(11):1028–42.
- Ref. [14] **CORYELL W, ENDICOTT J, MASER JD, KELLER MB, LEON AC, AKISKAL HS**
"Long-term stability of polarity distinctions in the affective disorders"
Am J Psychiatry, 1995 Mar • 152(3):385–90.
- Ref. [15] **SERRA G, KOUKOPOULOS A, DE CHIARA L, NAPOLETANO F, KOUKOPOULOS AE, CURTO M, ET AL**
"Features preceding diagnosis of bipolar versus major depressive disorders"
J Affect Disord, 2015 Mar • 173:134–42.
- Ref. [16] **TONDO L, VISIOLI C, PRETI A, BALDESSARINI RJ**
"Bipolar disorders following initial depression: modeling predictive clinical factors"
J Affect Disord, 2014 Oct • 167:44–9.
- Ref. [17] **MITCHELL PB, GOODWIN GM, JOHNSON GF, HIRSCHFELD RMA**
"Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach"
Bipolar Disord, 2008 Feb • 10(1 Pt 2):144–52.
- Ref. [18] **MITCHELL PB, FRANKLAND A, HADZI-PAVLOVIC D, ROBERTS G, CORRY J, WRIGHT A, ET AL**
"Comparison of depressive episodes in bipolar disorder and in major depressive disorder within bipolar disorder pedigrees"
Br J Psychiatry J Ment Sci, 2011 Oct • 199(4):303–9.
- Ref. [19] **BENAZZI F**
"Clinical differences between bipolar II depression and unipolar major depressive disorder: lack of an effect of age"
J Affect Disord, 2003 Jul • 75(2):191–5.
- Ref. [20] **PERLIS RH, BROWN E, BAKER RW, NIERENBERG AA**
"Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials"
Am J Psychiatry, 2006 Feb • 163(2):225–31.
- Ref. [21] **HANTOUCHE E-G, AZORIN J-M, LANCRENON S, GARAY R-P, ANGST J**
« Prévalence de l'hypomanie dans les dépressions majeures récurrentes ou résistantes : enquêtes Bipolact »
Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr, 2009 Feb • 167(1):30–7.
- Ref. [22] **SOLOMON DA, LEON AC, MASER JD, TRUMAN CJ, CORYELL W, ENDICOTT J, ET AL**
"Distinguishing bipolar major depression from unipolar major depression with the screening assessment of depression-polarity (SAD-P)"
J Clin Psychiatry, 2006 Mar • 67(3):434–42.

- Ref. [23] **GUILLAUME S, JAUSSENT I, JOLLANT F, RIHMER Z, MALAFOSSE A, COURTET P**
"Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression"
J Affect Disord, 2010 Apr • 122(1-2):53-9.
- Ref. [24] **HENRY C, PHILLIPS M, LEIBENLUFT E, M'BAILARA K, HOUEYOU J, LEBOYER M**
"Emotional dysfunction as a marker of bipolar disorders"
Front Biosci Elite Ed. 2012 • 4:2722-30.
- Ref. [25] **KONARSKI JZ, MCINTYRE RS, KENNEDY SH, RAFI-TARI S, SOCZYNSKA JK, KETTER TA**
"Volumetric neuroimaging investigations in mood disorders: bipolar disorder versus major depressive disorder"
Bipolar Disord, 2008 Feb 1 • 10(1):1-37.
- Ref. [26] **STRAKOWSKI SM, DELBELLO MP, ADLER CM**
"The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a review of neuroimaging findings"
Mol Psychiatry, 2004 Aug 31 • 10(1):105-16.
- Ref. [27] **BORKOWSKA A, RYBAKOWSKI JK**
"Neuropsychological frontal lobe tests indicate that bipolar depressed patients are more impaired than unipolar"
Bipolar Disord, 2001 Apr 1 • 3(2):88-94.
- Ref. [28] **BURT T, PRUDIC J, PEYSER S, CLARK J, SACKEIM HA**
"Learning and memory in bipolar and unipolar major depression: effects of aging"
Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol, 2000 Oct • 13(4):246-53.
- Ref. [29] **ADIDA M, JOLLANT F, CLARK L, BESNIER N, GUILLAUME S, KALADJIAN A, ET AL**
"Trait-Related Decision-Making Impairment in the Three Phases of Bipolar Disorder"
Biol Psychiatry, 2011 Aug 15 • 70(4):357-65.
- Ref. [30] **WEBER ROUGET B, GERVASONI N, DUBUIS V, GEX-FABRY M, BONDOLFI G, AUBRY J-M**
"Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ)"
J Affect Disord, 2005 Sep • 88(1):103-8.
- Ref. [31] **GRUNZE H, VIETA E, GOODWIN GM, BOWDEN C, LICHT RW, MÖLLER H-J, ET AL**
"The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2009 on the Treatment of Acute Mania"
World J Biol Psychiatry, 2009 Jan 1 • 10(2):85-116.
- Ref. [32] **GRUNZE H, VIETA E, GOODWIN GM, BOWDEN C, LICHT RW, MÖLLER H-J, ET AL**
"The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression"
World J Biol Psychiatry, 2010 Feb 12 • 11(2):81-109.
- Ref. [33] **GOODWIN GM**
"Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology"
J Psychopharmacol (Oxf), 2009 Jun 1 • 23(4):346-88.

- Ref. [34] **KÖHLER S, GAUS S, BSCHOR T**
"The challenge of treatment in bipolar depression: evidence from clinical guidelines, treatment recommendations and complex treatment situations"
Pharmacopsychiatry, 2014 Mar • 47(2):53-9.
- Ref. [35] **SACHS GS, NIERENBERG AA, CALABRESE JR, MARANGELL LB, WISNIEWSKI SR, GYULAI L, ET AL**
"Effectiveness of Adjunctive Antidepressant Treatment for Bipolar Depression"
N Engl J Med, 2007 Apr 26 • 356(17):1711-22.
- Ref. [36] **BOURGEOIS ML**
« Lithium et suicide : effet préventif dans les troubles bipolaires »
Inf Psychiatr, 2007 Nov 1 • 83(9):781-6.

REQUÊTE ACTIVE VERS UNE BASE BIBLIOGRAPHIQUE

ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR PUBMED

- Avec les mots-clés : [Bipolar depression](#)
- Avec les mots-clés : [Bipolar Disorder Review](#)
- Avec les mots-clés : [Bipolar Disorder & DSM 5](#)

AUTRES LIENS UTILES

- HAS : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le Trouble bipolaire : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_849818/fr/ald-n-23-troubles-bipolaires
- HAS, 2014 : repérage et Diagnostic du trouble bipolaire : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_pre-mier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf
- [France Dépression](#)
- [SOS Dépression](#)
- [Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie \(FNAPSY\)](#)
- [Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques \(UNAFAM\)](#)
- Guide « Apprendre à vivre avec le Trouble Bipolaire » : http://www.unafam.org/IMG/pdf/vivre_troubles_bipolaires_web.pdf

Biographie



Emilie OLIÉ,

Psychiatre, Praticien Hospitalo-Universitaire, Département Urgences et Post Urgences Psychiatriques, Hôpital Lapeyronie, CHU Montpellier / Université de Montpellier / Montpellier, France.



Marie BRITTNER,

Psychiatre, Assistante Spécialiste, Département Urgences et Post Urgences Psychiatriques, Hôpital Lapeyronie, CHU Montpellier / Montpellier, France.

THÈMES DE RECHERCHE

Emilie OLIÉ :

Les conduites suicidaires, des troubles de l'humeur et du trouble de personnalité borderline. INSERM Unité 1061 « Neuropsychiatrie : Recherche Epidémiologique et Clinique » : <http://www.inserm-neuropsychiatrie.fr/>

COORDINATION SCIENTIFIQUE

Galina IAKIMOVA, chargée de mission pour la Fondation Pierre Deniker, Paris ; Maître de conférences de psychologie à l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

DÉCLARATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.



FONDATION
Pierre Deniker
.....
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE