



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Les facteurs de risque familiaux influençant le cours et l'évolution du trouble bipolaire : revue de la littérature

Familial risk factors influencing the course and the evolution of bipolar disorder: Literature review

Nathalie Richa^a, Sami Richa^{b,*}, Souheila Salloum^a, Charles Baddoura^b,
Bruno Millet^c, Christine Mirabel-Sarron^d

^a USEK, département de psychologique, BP 446, Jounieh, Mont Liban, Liban

^b Hôpital psychiatrique de la Croix, BP 60096, Jall-Eddib, Liban

^c Service de psychiatrie, centre hospitalier Guillaume-Régner de Rennes, 108, avenue du Général-Leclerc, BP 60321, 35703 Rennes cedex 7, France

^d Hôpital Sainte-Anne, CMME, 1, rue Cabanis, 75674 Paris cedex 14, France

MOTS CLÉS

Famille ;
Expression
émotionnelle ;
Attribution causale ;
Maltraitance ;
Rechute

KEYWORDS

Family;

Résumé L'objectif de cet article est de revoir les études effectuées sur les patients bipolaires et leurs familles évaluant l'impact de l'environnement familial sur le cours et l'évolution du trouble bipolaire. Nous avons trouvé que la famille des patients bipolaires est décrite comme ayant un niveau élevé de conflit et un niveau bas de cohésion et d'expression. Les parents des patients bipolaires qui ont un niveau élevé d'expression émotionnelle (EE), des propos verbaux personnels touchant le caractère du patient, une attitude non verbale négative, une attribution causale universelle des symptômes de la maladie, précipitent la rechute maniaque et dépressive de leurs enfants. La maltraitance en bas âge de ces patients est corrélée de façon significative avec un cycle rapide de trouble bipolaire, une tentative de suicide, une dépendance à une substance, un état de stress post-traumatique et des symptômes hallucinatoires. Une atmosphère familiale caractérisée par un ou plusieurs de ces facteurs a une influence sur la sévérité de la maladie des sujets affectés par le trouble bipolaire ou trouble comorbide et les amène à rechuter, à présenter de nouveaux épisodes thymiques ou avoir d'autres symptômes ou troubles comorbides.

© 2009 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary The dysfunction in the families of the bipolar persons is more and more considered as being an important environmental factor influencing the course and the evolution of the disease. The objective of this article is to revise studies conducted on bipolar patients

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : samiric@idm.net.lb (S. Richa).

Expressed emotion;
Causal attribution;
Childhood abuse;
Relapse

and their families, assessing the impact of the family environment on the course and the evolution of the bipolar disorder. We found that the family of bipolar patients is described as having a high level of conflict and a low level of cohesion and expression. The parents who have a high level of emotional expression (EE), who make personal criticisms, who have a negative nonverbal attitude, and a universal causal attribution of the disease, can precipitate the relapse of their children. The childhood abuse of these patients at an early age can be positively correlated with a rapid cycle of bipolar disorder, a dependence on a substance, a suicide attempt, a PTSD and hallucinatory symptoms. A family atmosphere, characterized by one or some of these risk factors, shapes the severity of the disease of the subjects affected by bipolar disorder.

© 2009 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Un dysfonctionnement familial a longtemps été décrit en relation avec le trouble bipolaire. Fromm-Reichmann, 1950, [1] soulève le rôle et l'impact de la dynamique familiale dans l'apparition du trouble bipolaire en se basant sur un bon nombre de patients bipolaires rapportant la présence d'environnements familiaux stressants.

Cohen, Baker, Fromm-Reichmann et Weigert [1], ont été parmi les premiers à décrire les familles des bipolaires comme très énergiques, recherchant une progression sociale rapide, fortement conventionnelles et compétitives. Les mères ont été décrites comme froides, dominantes, mais solides et responsables, alors que les pères seraient faibles, incapables, maladroits, irresponsables et sur lesquels on ne peut pas compter.

L'environnement familial des patients bipolaires est classé comme étant conflictuel, manquant de cohésion et d'expression de soi, ayant un niveau élevé d'expression émotionnelle (EE), un style affectif (AS) négatif et un risque élevé de comportements de maltraitance de l'enfant.

Ces facteurs environnementaux, indépendants les uns des autres et non étudiés conjointement, s'avèrent être des facteurs intervenant et influençant de façon péjorative le cours et l'évolution de la maladie.

Pour cet article, nous avons consulté l'ensemble des publications traitant de ce sujet en utilisant la base de données *PubMed*. Nous avons recherché dans *PubMed* les mots-clés «maltraitance et trouble bipolaire» retrouvés dans la littérature scientifique de 1988 à 2008.

Le trouble bipolaire

Le trouble bipolaire est une maladie mentale sévère et chronique qui touche au moins 1% de la population générale et qui se manifeste par «la succession d'épisodes dépressifs ou maniaques, avec des intervalles libres de tout symptôme entre les accès thymiques» [2].

Toutefois, cette fréquence de 1% dans la population générale classiquement avancée ne rend pas compte du spectre bipolaire avec ses formes atténuées selon l'enquête épidémiologique de Angst réalisée en 1998 qui considère le spectre bipolaire avec une fréquence de 6 à 7,7% dans la

population générale [3]. Par ailleurs, les multiples changements qui surviennent chez le bipolaire le maintiennent dans des problèmes financiers, sociaux et relationnels entre les crises thymiques, ce qui remet en cause la notion d'intervalle libre entre les accès [4].

L'expression émotionnelle dans le milieu familial des personnes bipolaires

Le milieu familial des enfants bipolaires est un milieu dysfonctionnel par rapport aux autres environnements familiaux.

Dans son étude sur le fonctionnement familial des enfants bipolaires, Belardinelli et al. [5] trouvent que les parents des enfants bipolaires forment une famille conflictuelle qui manque de cohésion (support et entre-aide entre ses membres) et d'expression de soi (expression des sentiments de façon directe).

Par ailleurs, en plus du conflit élevé au sein de famille, l'expression de soi est faible et le niveau d'EE avec le malade est élevé.

Les patients bipolaires rapportent la présence d'une atmosphère familiale stressante à forte EE. L'EE est élevée si un ou plusieurs membres de la famille expriment de multiples critiques «je n'aime pas le fait qu'il reste dans sa chambre», sont hostiles «je n'aime rien en lui» ou s'ils se surimpuent émotionnellement dans la vie de l'autre «je ne mange plus quand je sais qu'il n'a pas mangé».

Ce niveau élevé d'EE accentue le risque de rechute qui devient deux fois plus élevé quand un patient hospitalisé rentre chez lui dans un environnement à haut niveau d'EE que s'il retourne dans un milieu à bas niveau d'EE [6]. L'EE élevée influence négativement l'histoire de la maladie.

L'étude menée par David Miklowitz et al. [7] sur l'influence du niveau de l'EE et du AS intrafamilial (c'est-à-dire l'interaction familiale observée lors d'une discussion et l'expression verbale des émotions concernant un sujet conflictuel entre le parent et le membre de sa famille qui présente le trouble bipolaire) sur le cours et l'évolution du trouble bipolaire a montré que les patients qui vivent dans un milieu familial de haut niveau d'EE et/ou d'AS négatif font des rechutes maniaques et dépressives à 94%. En revanche, ceux qui vivent dans une famille à bas niveau d'EE et à AS bas présentent un risque minime de rechute, soit de 17%.

Par ailleurs, un AS négatif adopté par les membres de la famille des personnes bipolaires peut influencer négativement les patients et favoriser chez eux l'apparition d'un style oppositionnel et de refus. Par exemple « je ne veux pas faire ça ». Ce AS négatif adopté par les parents peut persister des fois malgré l'expression du patient de styles d'adaptation « *coping styles (CS)* » de type support, par exemple « je sais que tu veux m'aider ».

Non seulement le niveau d'EE agit sur le cours de la maladie, mais aussi sur la nature des émotions exprimées EE.

Dans une autre étude menée par David Miklowitz et al. [8] sur la nature des émotions exprimées « *expressed emotion (EE)* » par les parents ou les amis proches qui entourent le sujet bipolaire et leur influence sur le cours de la maladie, les résultats ont montré que les sujets subissant des critiques sévères et des remarques personnelles exprimées par les proches et touchant le caractère du patient (pas ses actions) arrivaient plus à le gêner et à favoriser chez lui l'apparition de symptômes dépressifs et maniaques exacerbés, moins de jours de bien-être et à augmenter les rechutes.

Les propos verbaux des parents à EE élevé sont négatifs. De même, leur attitude non verbale est aussi négative.

L'étude faite par Simoneau et al. [9] sur l'expression des émotions et le modèle interactionnel dans les familles de patients bipolaires montre que les parents qui ont un niveau élevé d'EE font des propos verbaux plus négatifs (critiques, refus, autojustifications) dans leur discussion et ont une attitude non verbale (expression faciale furieuse, ton de la voix sarcastique) plus négative durant les interactions de résolution de problèmes que ceux provenant d'une famille d'EE basse.

Dans les interactions de face-à-face, les personnes bipolaires se montrent plus opposants et désengagés des membres de leur famille. L'histoire de leur maladie montre qu'ils ont plus de symptomatologie maniaque et dépressive que les patients à EE basse dans leur famille. Cette atmosphère familiale à EE élevée, stressante, basée sur des interactions mauvaises et des comportements négatifs réitérés, amène le patient à rechuter et à présenter de nouveaux épisodes thymiques.

Au moment des interactions, les parents des patients bipolaires à EE élevée semblent enclencher chez leurs enfants des séquences verbales négatives. Cependant, ce n'est pas seulement l'attitude critique et négative des parents à EE élevée qui augmente le risque de la rechute ; c'est aussi le système familial à EE élevée qui engage le patient et le parent dans un modèle interactionnel bidirectionnel négatif et complexe auquel chacun d'eux participe pour détériorer le processus d'interaction.

Par ailleurs, l'étude de Schenkel et al. [10] confirment que par rapport à des sujets témoins, les interactions entre les parents et leur enfant souffrant de trouble bipolaire sont plus marquées par un manque de chaleur affective, plus de querelles entre eux et plus de sanctions sévères à l'encontre de leur enfant.

Ainsi, le processus interactionnel dans les familles à EE élevée est associé à un modèle stressant d'interaction caractérisé par une négativité réciproque entre les patients et les membres de leur famille, plus fort que dans les familles à EE bas.

Ronald Butzlaff et Jill Hooley (1998) [11] se sont basés sur la littérature et les multiples recherches faites sur l'EE et la rechute pour montrer que l'EE élevée est un facteur prédictif de rechute non seulement dans la schizophrénie, mais surtout et d'une façon significativement plus élevée dans le trouble bipolaire et les troubles des conduites alimentaires.

L'expression émotionnelle familiale élevée et l'attribution causale

L'EE élevée des membres de la famille et les attributions causales des symptômes de la maladie, qu'ils considèrent comme contrôlables par le patient, peuvent être aussi des facteurs intervenant et influençant de façon péjorative le cours et l'évolution de la maladie.

En recherchant le lien existant entre l'EE des membres de la famille et leurs attributions des causes des comportements indésirables ou des symptômes négatifs de leurs enfants, Wendel et al. [12] ont trouvé que les membres de la famille attribuent les comportements négatifs du patient à des causes instables (il se sent déprimé), internes (il est pris par d'autres choses qui tournent dans sa tête), personnelles (il a un bon cœur) et contrôlables (il néglige son travail).

Les membres de la famille qui ont un haut niveau d'EE pendant la phase aiguë de l'épisode thymique du patient attribuent ses comportements négatifs à des facteurs personnels et contrôlables plus que ne le font ceux à bas niveau d'EE.

Quant aux attributions données à leur propre rôle causal dans les événements négatifs reliés au patient, quelle que soit la nature de leur EE (élevée ou basse), elles sont externes (c'est le dernier épisode), universelles (c'est la nature de l'être humain) et incontrôlables (c'est la maladie). L'attribution des causes à des facteurs universels est plus élevée chez les parents à EE élevée.

Wendel et al. constatent que les parents des patients bipolaires croient à la capacité du sujet bipolaire de contrôler ses symptômes et ses comportements négatifs. Cette attribution de cause liée à la volonté du patient pousse les membres de sa famille à le critiquer dans l'intention d'obtenir une modification des comportements symptomatiques et le mettent dans un état de stress qui peut favoriser sa rechute.

La maltraitance en bas âge des personnes bipolaires

Différentes études montrent que la présence d'une histoire d'abus en bas âge est un facteur de risque péjoratif dans l'évolution de la maladie.

L'étude de Jessica Garno et al. [13] portant sur l'évaluation de la prévalence et des sous-types d'abus durant l'enfance sur des patients bipolaires adultes et l'influence des abus expérimentés durant l'enfance sur le cours et l'évolution de la maladie, montre que les sujets bipolaires qui ont une histoire d'abus sévère en bas âge ont un âge de début précoce de la maladie (16 ans au lieu de 22 ans). Ils ont aussi un niveau élevé de sévérité des symptômes maniaques par rapport aux sujets qui n'ont pas une histoire pareille. La prévalence de la maltraitance durant

l'enfance chez les sujets bipolaires touche la moitié des patients de l'échantillon.

Par ailleurs, l'abus le plus fréquent est l'abus émotionnel. Trente-sept pour cent des sujets de l'étude ont expérimenté un abus émotionnel (critiques, insultes), 24% un abus physique, 24% une négligence émotionnelle (carence affective, sentiment de ne pas être spécial pour quelqu'un, aimé, aidé), 21% un abus sexuel et 12% une négligence physique (porter des habits sales, manger peu).

En effet, l'abus émotionnel sévère ou la négligence émotionnelle a montré une corrélation significative avec la dépendance à une substance psychoactive ; l'abus émotionnel sévère, l'abus physique ou la négligence émotionnelle ont montré une corrélation significative avec un cycle rapide de trouble bipolaire (plus de quatre épisodes par an) et l'abus émotionnel sévère ou l'abus sexuel ont montré une corrélation significative avec une tentative de suicide durant la vie du sujet.

Ces formes d'abus ont une corrélation significative avec la dépendance à une substance, un cycle rapide et plus de tentatives de suicide durant la vie du sujet.

Carballo et al. [14] rapportent un taux plus élevé de tentatives de suicide chez les personnes bipolaires ayant une histoire d'abus en bas âge et une histoire familiale de conduites suicidaires (90% des sujets d'un échantillon composé de 168 bipolaires), par rapport aux bipolaires qui ont l'un de ces deux facteurs de risque (79,4%) ou qui n'en ont aucun (56%). Les personnes bipolaires qui expérimentent ces deux facteurs sont plus jeunes lors de la survenue du premier épisode, lors de la première hospitalisation, lors de leur première tentative de suicide, sont plus impulsives et agressives, ont un nombre plus élevé de tentatives de suicide et un taux plus élevé d'abus de substances que les bipolaires qui n'ont pas été sujets à de tels facteurs de risque.

Plus les formes d'abus durant l'enfance sont combinées et plus le risque de présenter une tentative de suicide durant sa vie, d'avoir un cycle rapide, d'avoir des conduites addictives et d'avoir d'autres psychopathologies comorbides existe.

L'environnement familial caractérisé par un niveau élevé d'EE peut contribuer à l'apparition des comportements de maltraitance.

Brown et al. [15] constatent que l'histoire d'abus précoce rend le cours et l'évolution de la maladie plus péjorative à l'âge adulte. Sur un échantillon de 330 bipolaires, à peu près la moitié était abusée en bas âge physiquement et/ou sexuellement (48,3%). Les personnes bipolaires abusées ont trois fois plus de risque de présenter un PTSD (état de stress post-traumatique) et deux fois plus de risque d'avoir un cycle rapide et une alcoolodépendance que les personnes bipolaires non sujettes à des abus.

Leverich et Post [16] rapportent les résultats de plusieurs études faites sur le cours et l'évolution du trouble bipolaire suite à une histoire de traumatisme durant l'enfance. Les résultats obtenus sont les suivants :

- d'après Garno et Goldberg, sur un échantillon de 100 adultes bipolaires, 51% ont expérimenté une histoire de traumatisme sévère. Trente-cinq pour cent de ces personnes bipolaires traumatisées ont développé un état de

stress post-traumatique (PTSD) par rapport à 13% qui n'en n'ont pas expérimenté une histoire pareille ;

- d'après Leverich et al., les bipolaires traumatisés en bas âge sont sujets à un nombre plus élevé d'épisodes maniaques et dépressifs, à un modèle de cycle rapide, à un nombre plus élevé de tentative de suicide, à un nombre plus élevé d'autres troubles mentaux et médicaux et à un risque plus élevé d'abus de substances et d'alcool, que les bipolaires qui n'ont pas expérimenté des abus précoces.

Les bipolaires traumatisés en bas âge passent plus de temps déprimés, restent plus de jours d'humeur cyclique et ressentent moins de temps de bien-être que ceux qui n'ont pas été traumatisés.

Les bipolaires maltraités en bas âge prennent un traitement médicamenteux, en moyenne 13 ans après le début du trouble, alors que ceux qui n'ont pas été abusés en bas âge, restent en moyenne huit ans sans psychotropes après le début du trouble. La prise tardive de psychotropes rend le pronostic plus péjoratif chez les personnes abusées durant l'enfance et peut contribuer à l'abus de substances et d'alcool à un âge précoce.

Hammesley et al. [17] rapportent des symptômes hallucinatoires chez à peu près la moitié des bipolaires de leur échantillon constitué de 96 patients abusés sexuellement en bas âge (avant l'âge de 16 ans). Les hallucinations de type auditif sont les plus rencontrées.

La présence des hallucinations peut être expliquée psychologiquement par l'attribution des pensées automatiques négatives et des souvenirs traumatisants à des facteurs externes. Ces événements mentaux sont vécus par le patient qui a un trouble sévère comme des hallucinations.

Conclusion

Ces études que nous venons de développer confirment l'importance du rôle de la dynamique familiale dans le début, le cours et l'évolution de la maladie. Elle nous montre que plus le milieu familial est stressant, fait subir des abus à l'enfant et a un niveau élevé d'EE et plus, le cours et l'évolution de la maladie sont graves et compliqués (rechutes, abus de substance, cycle plus rapide, tentative de suicide, état de stress post-traumatique, troubles mentaux comorbides, hallucinations auditives).

Par ailleurs, des prises en charge familiales incluant les patients bipolaires et leur famille semblent être bénéfiques pour la prise en charge de la maladie au long cours. Cette attitude thérapeutique prendra ainsi en compte les événements de vie qui sont déterminants dans l'évolution tout au long de la vie du patient bipolaire [18].

Enfin, ces facteurs psychologiques et familiaux seraient des paramètres à incriminer dans la genèse de la maladie bipolaire et contribuent par ailleurs en plus des facteurs génétiques et biologiques à l'éclosion du trouble.

Conflits d'intérêts

Aucun.

Références

- [1] Miklowitz D, Goldstein M. Bipolar disorder, a family focused treatment approach. New York: The Guilford Press; 1997. p. 44–45.
- [2] Gasman I, Alliaire J-F. Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Paris: Éditions Masson, Collection connaissances et pratique; 2003. p. 312.
- [3] Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1998;150:143–51.
- [4] Akiskal HS, Djenderedjian Am, Rosenthal RH, Khani M. Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J Psychiatry* 1977;134:1227–33.
- [5] Belardinelli C, Hatch J, Olvera R, Fonseca M, Caetano S, Nicoletti M, et al. Family environment patterns in families with bipolar children. *J Affect Disord* 2008;107:299–305.
- [6] Miklowitz D, Goldstein M. Bipolar disorder, a family focused treatment approach. New York: The Guilford Press; 1997. p. 47.
- [7] Miklowitz D, Goldstein M, Nuechterlein K, Snyder K, Mintz J. Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:225–31.
- [8] Miklowitz D, Wisniewski S, Miyahara S, Otto M, Sachs G. Perceived criticism from family members as a predictor of the 1-year course of bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2005;136:101–11.
- [9] Simoneau T, Miklowitz D, Saleem R. Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar disorders. *J Abnorm Psychol* 1998;107:497–507.
- [10] Schenkel L, West A, Harral E, Patel N, Pavuluri M. Parent-child interactions in pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychol* 2008;64:422–37.
- [11] Butzlaff R, Hooley J. Expressed emotion and psychiatric relapse. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:547–52.
- [12] Wendel J, Miklowitz D, Richards J, George E. Expressed emotion and attributions among the families of bipolar patients: An analysis of problem-solving interactions. *J Abnorm Psychol* 2000;109:792–6.
- [13] Garo J, Goldberg J, Ramirez P, Ritzler B. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2005;186:121–5.
- [14] Carballo J, Harkavy-Friedman J, Burke A, Sher L, Baca-Garcia E, Sullivan G, et al. Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: Additive effect on suicidality and course of bipolar illness? *J Affect Disord* 2008;109:57–63.
- [15] Brown G, McBride L, Bauer M, Williford W. Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: A replication study in US veterans. *J Affect Disord* 2005;89:57–67.
- [16] Leverich G, Post R. Course of bipolar illness after history of childhood trauma. *Lancet* 2006;367:1040–2.
- [17] Hammersley P, Dias A, Todd G, Bowen-Jones K, Reilly B, Benet al LR. Childhood trauma and hallucinations in bipolar disorder: preliminary investigation. *Br J Psychiatry* 2003;102:543–7.
- [18] Reinares M, Colom F, Martínez-Arán A, Benabarre A, Vieta E. Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. *Psychother Psychosom* 2002;71:2–10.