



Actualités en Médecine Sexuelle - Monaco – 20 mai 2017

TROUBLES BIPOLAIRES ET SEXUALITÉ

Pr Michel BENOIT

Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale

Pole des Neurosciences Cliniques

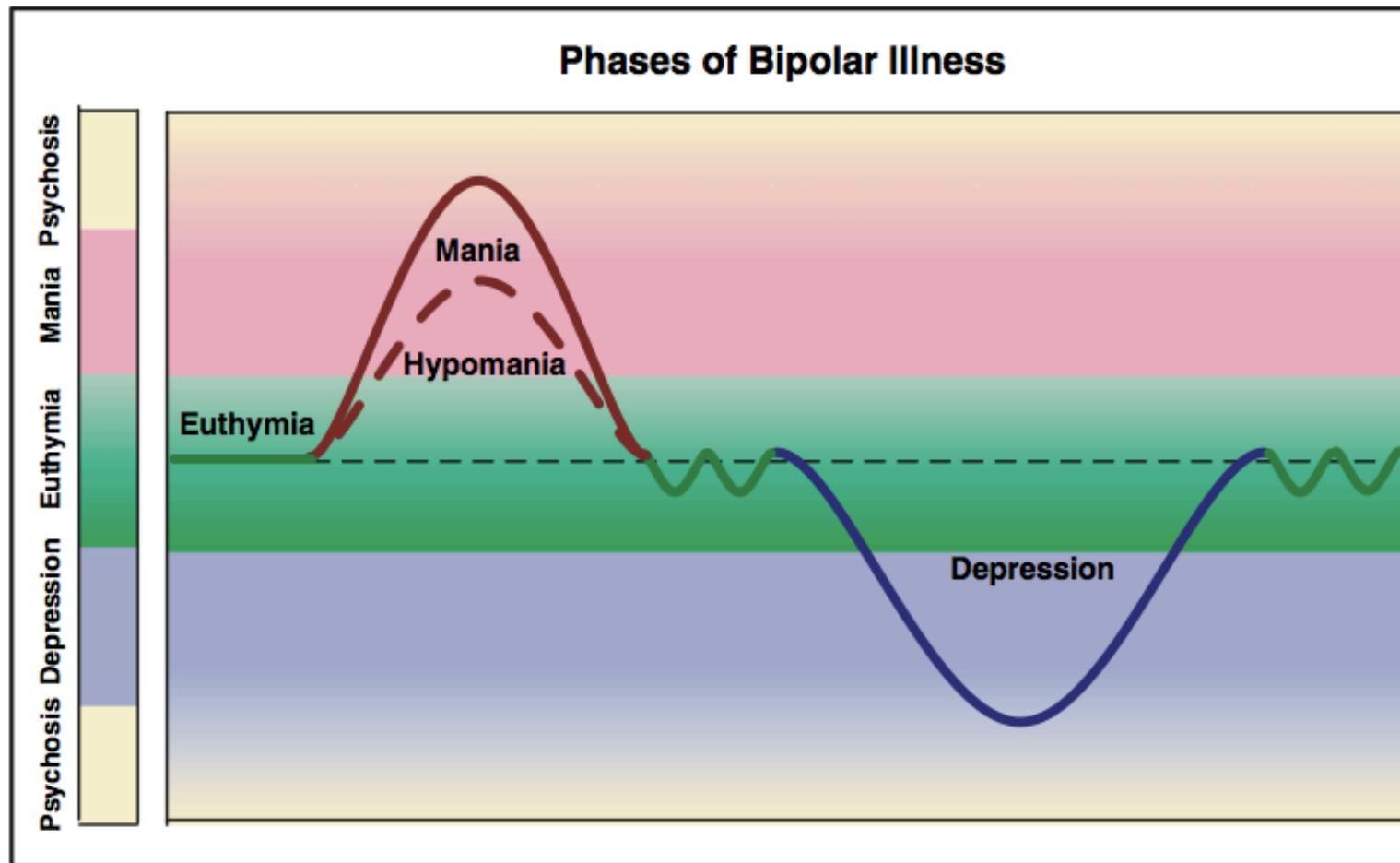
CHU Pasteur - NICE



UNIVERSITÉ
CÔTE D'AZUR



UN TROUBLE DE L'HUMEUR CYCLIQUE ET PÉRIODIQUE



BIPOLARITÉ: UNE NOSOGRAPHIE MOUVANTE



- psychose maniaco-dépressive (Kraepelin, 1899),
distinction dépression unipolaire / bipolaire (Leonhard,
1957; Angst, 1966)
- trouble bipolaire II (Dunner et al, 1976)
- spectre bipolaire (Akiskal 1983, Angst et al, 2010)
- triomphe de la dépression (1987..)
- expansion de la bipolarité, « le retour de la
manie » (2000..)



UNE FRÉQUENCE RÉVISÉE À LA HAUSSE

- expansion du champ de la bipolarité en population générale
 - 1 % trouble bipolaire I (PMD)
 - 3,7% avec le trouble bipolaire II (Hirschfeld et al 2003)
 - 6,4% avec l'hypomanie (Judd et Akiskal 2003)
- primauté de la manie, phénomène excitatoire général (Koukopoulos et Ghaemi, 2009)
- valeur prédictive de l'hypomanie (Gamma et Angst, 2008)
- périodes intercritiques avec humeur normale



DÉPRESSION / MANIE: DES FACETTES OPPOSÉES, DES CONSÉQUENCES SPÉCIFIQUES

	Dépression	Manie
<u>Humeur</u>	Dépressive Pessimisme Douleur morale Émoussement Inhibition Culpabilité	Exaltée Hyperhédonie Euphorie Hypersyntonie Expansivité Mégalomanie
<u>Cognition</u>	Bradypsychie Monoidéisme Pauvreté de la pensée	Tachypsychie Fuite des idées Richesse associative
<u>Motricité</u>	Ralentissement Stupeur Fatigue	Excitation Agitation Infatigabilité
<u>Fonctions instinctuelles</u>	Perte de libido Anorexie Insomnie AVEC fatigue	Hypersexualité Hyperphagie Insomnie SANS fatigue



FOCALISATION SUR TROUBLES SEXUELS « DÉVIANTS » EN PHASE MANIAQUE

○ Humeur euphorique

- sentiment de toute puissance
- désir multiplié d'action, de relation, de conquête
- logorrhée, hyperactivité désordonnée
- hypersyntonie à l'ambiance, à l'état affectif de l'autre
- énergie décuplée sans fatigue
- désinhibition, rupture des freins sociaux, moraux
- addictions associées: alcool, psychostimulants



FOCALISATION SUR TROUBLES SEXUELS « DÉVIANTS » EN PHASE MANIAQUE

- un « festum » morbide, égocentrique et vain
 - un plaisir éphémère et solitaire, non mentalisé: incapacité d'établir un lien sincère et durable
 - une incapacité d'intégration de ces états d'élation à une linéarité de vie
 - des conséquences redoutables: mise en danger de soi, parfois d'autrui, retombées médico-légales, financières, désinsertion, stigmatisation



DÉVIANCES ET CONDUITES SEXUELLES À RISQUE PLUS FRÉQUENTES

	Women with BD (n=63)	Healthy controls (n=63)
Age at first intercourse	18 (16–20)	17 (16–19)
Had sex with partners (last three months)	88.9%	88.9%
History of at least one STI lifetime	41.7%	33.2%
History of two or more STI lifetime	13.3%	3.2%
HIV Risk Timeline Followback Interview		
Number of sexual partners ^c	1 (1–1)	1 (1–1)
Casual sexual partners ^c	21.4%	5.4%
Multiple sexual partners ^c	14.5%	8.3%
Non-monogamous sexual partners ^c	37.5%	17.9%
Partners with HIV Unknown condition ^c	14.3%	3.6%
Consistent use of condoms ^d	42.9%	40.4%
Use alcohol or drugs before sex ^d	33%	20%

Abbreviation; BD: Bipolar disorder; STD: sexually transmitted diseases

Antécédents plus fréquents d'abus sexuels dans l'enfance (# 20%)

PLUSIEURS
REGISTRES DE
SEXUALITÉ VÉCUS
ALTÉRÉS DANS
TROUBLES
BIPOLAIRES

LIEN AVEC DEGRÉ
DE SUICIDALITÉ

MOODS-SR	% of endorsement	OR	95% CI
Item 154			
Less sexually active			
Control subjects	7.9	1	
BD	43.3	7.7	3.1–19.1
UD	47.6	7.9	3.2–19.2
Item 155			
Difficulty becoming sexually aroused			
Control subjects	9.0	1	
BD	40.0	6.7	2.8–16.5
UD	48.8	8.7	3.7–20.6
Item 156			
Difficulty achieving orgasm			
Control subjects	8.9	1	
BD	41.7	7.7	3.1–18.7
UD	45.8	14.3	6.0–34.2
Item 157			
More interested in sex			
Control subjects	16.8	1	
BD	43.3	4.0	1.8–8.6
UD	7.3	0.4	0.1–1.2
Item 158			
Frequently changed sexual partners			
Control subjects	6.9	1	
BD	25.0	5.0	1.8–13.8
UD	4.9	0.8	0.2–3.1

CI = confidence interval; OR = odds ratio; BD = bipolar disorder; UD = unipolar depression.

AUTRES TROUBLES DE LA SEXUALITÉ PLUS RARES

- Pas de preuve d'une augmentation de fréquences de perversion sexuelle ou d'actes délictueux ou criminels prémédités
- Pas de preuve d'un trouble du contrôle des impulsions sexuelles en dehors des épisodes maniaques
 - alors que d'autres troubles du contrôle des impulsions dans 25% des BD: écorchage de peau ou ongles, achats compulsifs, trouble explosif intermittent, tricotillomanie

DES CONSÉQUENCES DANGEREUSES

- « *L'hypersexualité, j'ai connu... j'ai connu d'autres addictions typiques de notre maladie : les drogues et le sexe... Je suis homo et j'ai eu des périodes où je couchais avec plus de 100 filles en quelques mois! Sans compter les plans "bizarres" : deux mecs, deux filles, un mec et une fille, enfin bref tous les trucs possibles. Je pensais que j'étais une séductrice, tout comme je m'imaginais excentrique et parfois dépressive.....Je ne regrette rien, j'en ai retiré souvent beaucoup moins de plaisir qu'imaginé. Mais aujourd'hui, avec la thérapie et les soins, je comprends que tout cela était inhérent à ma maladie. Et surtout, j'ai rencontré il y a plus de douze ans une fille merveilleuse et attentive... Quand des fois, ça me prend à nouveau, je lui parle...* »

UNE « DESCENTE » LE PLUS SOUVENT DOULOUREUSE

- *« en ce moment, tout comme en février-mars, je recommence les mêmes schémas... Ce qui se passe dans ma tête, c'est que j'ai trop trop besoin d'un mec et d'être séduite, ou de séduire, ça semble impulsif à chaque fois. Je me mets alors dans des situations excitantes mais un peu barjes, qui finissent par me faire du mal moralement.... Cet hiver, sur un coup de tête j'ai fait 600 bornes en train pour aller voir un inconnu connu sur le net, passer 3 jours chez lui à faire l'amour et à boire de l'alcool et revenir dépitée et mal à l'aise car c'est un alcoolique et qu'il n'y avait aucune tendresse, voire pas de respect.. »*
- *« Pas facile à assumer cette libido qui devient torride. Le résultat de ma dernière grande hypomanie - il y a 9 ans (heureusement que ce n'est pas trop fréquent) : un bébé surprise dont je n'ai jamais su qui est le père ! A cette époque on me qualifiait même de nymphomane ! Alors qu'aujourd'hui, j'ai une vie sexuelle presque nulle, je n'ai plus d'envie. Je voudrais tellement avoir une sexualité normale ! »*

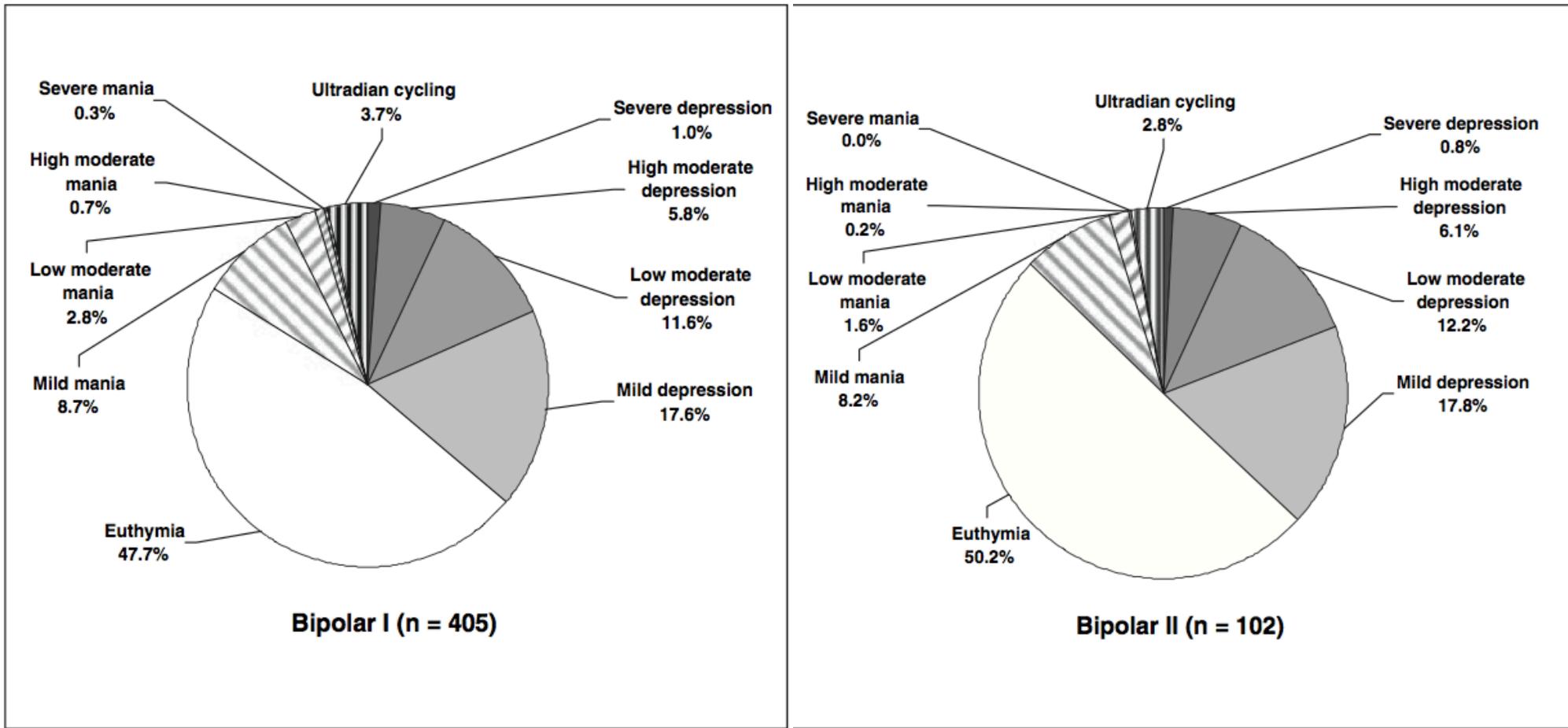


UNE CYCLICITÉ DOULOUREUSE

- Les phases dépressives sont inévitables et plus longues
 - repérage plus précoce des états maniaques
 - traitement non différé et efficace de la manie
 - cyclicité naturelle du trouble
- une inversion incontrôlable du désir et du plaisir, extinction des relations
 - évitement social et sexuel, sinon peur de l'échec
 - partenaires absents ou évitants
 - culpabilité après excès de phase maniaque
 - parfois iatrogénie
- douleur morale, désespoir, perte d'envie de vivre

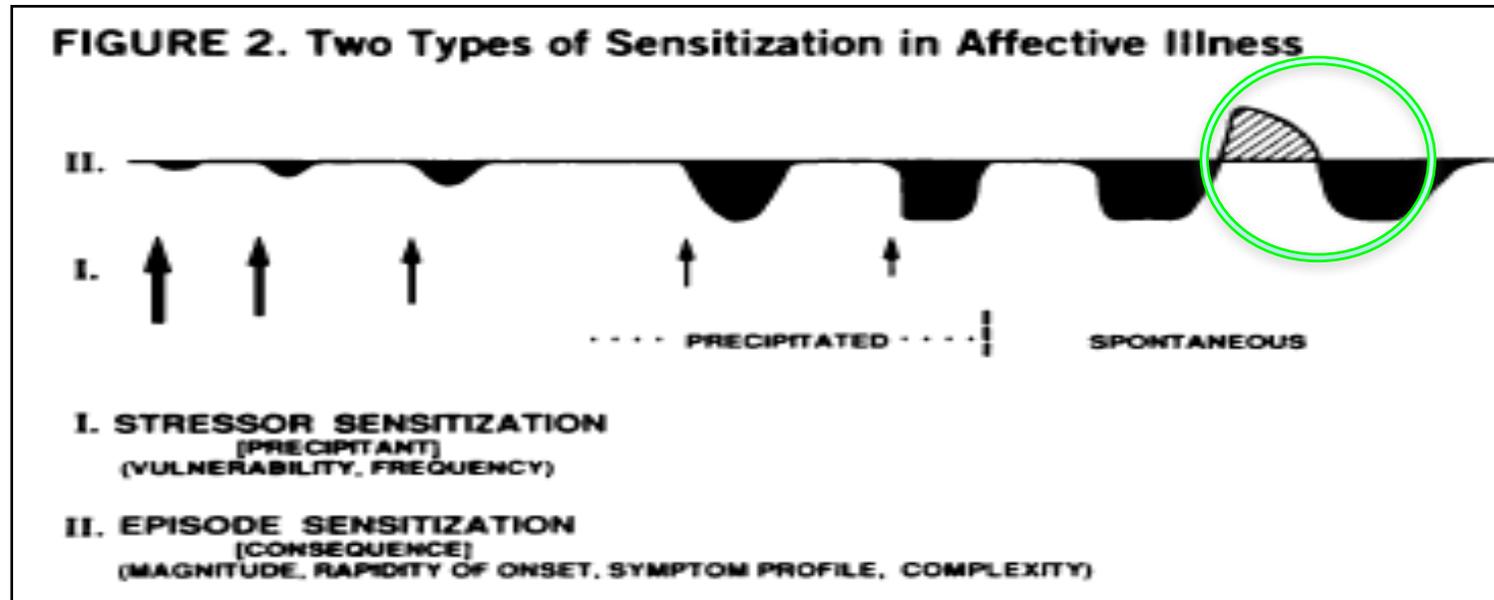


TBP: TEMPS PASSÉ EN DÉPRESSION x3 / MANIE



40% des dépressions seraient « bipolaires »

UNE ACCENTUATION NATURELLE DE LA MALADIE BIPOLAIRE NON TRAITÉE



- « ... à la fois les stressseurs et les épisodes peuvent laisser des traces résiduelles et des vulnérabilités favorisant les récives de la maladie affective.. » (Post , 1992)



SEXUALITÉ ALTÉRÉE AUSSI EN PÉRIODE INTERCRITIQUE

- Dysfonction sexuelle (H et F)
 - 38,5% des patients bipolaires euthymiques,
 - 39,3% des patients avec TD euthymiques
 - 25% des sujets contrôles
- Dysfonction érectile (IIEF)
 - hommes bipolaires euthymiques: 100 %
 - hommes avec trouble dépressif euthymiques: 66,7 %
 - sujets contrôles: 22,2 %
- Conséquences fonctionnelles et psychiques des syndromes métaboliques
- 35 % déclarent un problème sexuel attribué à leur traitement (seulement la moitié en parlent à leur médecin)



REPÉRAGE DES TROUBLES ATTÉNUÉS EN PÉRIODE INTERCRITIQUE

- Evaluer les dimensions hypomaniaques et/ou dépressives atténuées
 - ECHELLE D' HYPOMANIE DE ANGST
 - Beck Depressive Inventory

	Vrai	Faux
Moins d'heures de sommeil		
Davantage d'énergie et de résistance physique		
Davantage de confiance en soi		
Davantage de plaisir à faire plus de travail		
Davantage d'activités sociales (plus d'appels téléphoniques, plus de visites...)		
Plus de déplacements et voyages ; davantage d'imprudences au volant		
Dépenses d'argent excessives		
Comportements déraisonnables dans les affaires		
Surcroît d'activité (y compris au travail)		
Davantage de projets et d'idées créatives		
Moins de timidité, moins d'inhibition		
Plus bavard que d'habitude		
Plus d'impatience ou d'irritabilité que d'habitude		
Attention facilement distraite		
Augmentation des pulsions sexuelles		
Augmentation de la consommation de café et de cigarettes		
Augmentation de la consommation d'alcool		
Exagérément optimiste, voire euphorique		
Augmentation du rire (farces, plaisanteries, jeux de mots, calembours)		
Rapidité de la pensée, idées soudaines, calembours		

TOUS LES SYMPTÔMES RÉSIDUELS NE SONT PAS DE L'HUMEUR!

Des comorbidités fréquentes++

	BPS	BP-I	BP-II	Sub-BP
Tr. anxieux (panique dans >50%)	62,9 %	76,5	74,6	52,9
Tr. comportement	44,8 %	54,1	51,8	38,9
Abus substances	36,6 %	52,3	36,5	29,5
≥ 1 comorbidité	76,5 %	88,2	83,1	69,1

BPS: Spectre bipolaire (tous types)

Merikangas KR et al. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(3):241-251



FACTEURS ASSOCIÉS À MAUVAISE RÉCUPÉRATION (DONT SOCIALE)

- Age > 40 ans, ou début dans adolescence
- Mauvais fonctionnement pré-morbide
- Intervention tardive
- Comorbidité psychiatrique
- Symptomatologie dépressive ou mixte, psychotique élevée
- Dysfonction sexuelle non prise en compte
- Troubles cognitifs
- Symptômes maniaques ou dépressifs résiduels
- Durée de la maladie
- Polymédication psychotrope

Une iatrogénie sexuelle fréquente ou suspectée → cause fréquente d'arrêt des traitements → récurrences

○ Thymorégulateurs

- Lithium et anticonvulsivants: possible indifférence affective
- Lamotrigine: meilleure tolérance, mais peu efficace sur BP-I

○ Antipsychotiques

- neuroleptiques classiques: baisse libido, dysfonction érectile, anhédonie
- antipsychotiques atypiques: mieux tolérés, mais fonction de posologie

○ Antidépresseurs

- possibles si trouble bipolaire en phase dépressive, mais **JAMAIS** sans thymorégulateurs ou antipsychotique



UNE APPROCHE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE INDISPENSABLE INTÉGRANT LA SEXUALITÉ

Tableau 1. Mesures psychologiques éprouvées.

Psychoéducation (également pour les proches)

Psychothérapie

Thérapie cognitive
comportementale

Thérapie interpersonnelle
et du rythme social

Thérapie familiale



UN SUIVI SPÉCIFIQUE

- Alliance thérapeutique précoce
 - adhésion au traitement (mauvaise au long cours dans 20-66%) (Bech et al, 1976; Adams and Scott, 2000).
 - vigilance au long cours sur les symptômes thymiques
- Education du patient et de ses proches
 - Information écrite et orale sur maladie, traitement, pronostic
 - Rôle collaboratif du patient et de sa famille
 - Evaluation et correction des effets de la maladie sur
 - **les relations inter-personnelles, la sexualité**
 - la santé des proches, notamment ceux vulnérables
 - les besoins de tous ceux qui aident le patient
 - Travail sur styles de vie, TIPARS
 - Aide à déstigmatisation



PSYCHO-ÉDUCATION = PREMIÈRE CLÉ DU SUIVI

