

# COMMENT J'EXPLORE...

## L'INSTABILITÉ AFFECTIVE

MARROCCO L (1), DEBABECHE C (1), SCANTAMBURLO G (1)

**RÉSUMÉ :** L'instabilité affective est un phénomène fréquent chez l'adulte. Elle peut être l'expression d'affections psychiatriques ou non psychiatriques sous-jacentes. Il s'agit d'un symptôme potentiellement invalidant pour l'individu, pouvant entraîner une détresse psychologique, voire des conséquences dans le fonctionnement au quotidien. Cet article est destiné à tout professionnel de la santé et vise à éclaircir l'évaluation et la démarche diagnostique face à un patient avec des sautes d'humeur.

**MOTS-CLÉS :** *Instabilité affective - Instabilité de l'humeur - Sautes d'humeur - Dysrégulation émotionnelle*

### HOW I EXPLORE ... AFFECTIVE INSTABILITY

**SUMMARY :** Affective instability is a common phenomenon in adults. It may be the expression of underlying organic or psychiatric conditions. This is a potentially disabling symptom for the individual, which can cause psychological distress and even consequences in daily life functioning. This article is intended for any healthcare professional and aims to clarify the assessment and diagnostic approach to a patient with mood swings.

**KEYWORDS :** *Affective instability - Mood instability - Mood swings - Emotional dysregulation*

## INTRODUCTION

L'instabilité affective est un fait courant. Dans la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-V), elle est décrite comme «une réactivité marquée de l'humeur» (1). Selon une revue systématique, l'instabilité affective se caractérise par des variations rapides et intenses des affects, comprenant les fluctuations de l'état émotionnel et de l'humeur. D'autres terminologies sont utilisées, suggérant les différentes mesures intégrées dans la dysrégulation de l'affect, telles que «labilité affective», «instabilité de l'humeur», «sautes d'humeur» ou encore «dysrégulation émotionnelle». Le terme «instabilité affective» se veut donc large et inclusif (2).

La prévalence de l'instabilité affective dans la population générale est de 14 % (3). Les changements d'humeur sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes et sont plus marqués chez les individus jeunes. La prévalence maximale se situe chez les jeunes femmes âgées entre 16 et 24 ans. Elle diminue progressivement avec l'âge, atteignant un taux de 7 % entre 65 et 74 ans. La prévalence est encore plus élevée chez les individus souffrant de maladies mentales, telles que la dépression, le trouble anxieux ou le stress post-traumatique. Elle s'élève alors entre 50 et 70 %.

La labilité affective peut être considérée comme un trait de personnalité, persistant et stable dans le temps, faisant partie ou non d'un trouble de personnalité. Elle n'est donc

pas nécessairement pathologique et peut s'envisager dans un continuum entre différentes expressions. Elle peut être aussi un symptôme représentant une rupture avec un état antérieur. Dans ce cas, le symptôme peut être spontanément résolutif ou annonçant l'émergence d'un trouble mental plus grave. En effet, l'instabilité de l'humeur est associée à plusieurs maladies psychiatriques (3). Il existe, notamment, un lien avec les événements traumatisants durant l'enfance, ce qui pourrait expliquer, en partie, la relation entre les expériences traumatiques et les troubles psychiatriques (4). La labilité affective peut faire partie des caractéristiques cliniques de différents troubles mentaux, être impliquée dans leur origine ou encore affecter leur pronostic (5). L'instabilité émotionnelle augmente le risque de présenter des idées suicidaires et la probabilité d'avoir recours à des soins de santé mentale (6). Elle peut également avoir un impact négatif sur les relations interpersonnelles et le fonctionnement social (7).

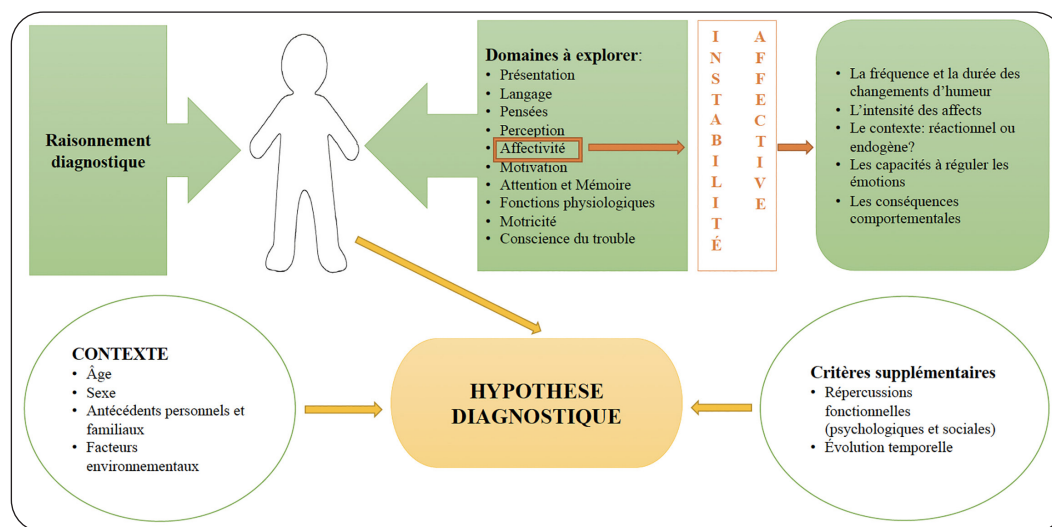
Dans cet article, nous évoquons dans un premier temps l'évaluation anamnétique et clinique de l'instabilité affective. Nous abordons, dans un second temps, les pathologies psychiatriques couramment associées. Nous discutons également les caractéristiques permettant de réaliser un diagnostic différentiel. Enfin, nous faisons le point sur les aspects thérapeutiques.

## DÉMARCHE CLINIQUE

La démarche clinique s'inscrit dans une approche médicale globale, incluant la santé physique et mentale. Elle est inéluctablement liée à l'exploration du contexte environnemental (Figure 1).

(1) Service de Psychiatrie, CHU Liège, Belgique.

**Figure 1. Démarche diagnostique face à une instabilité affective**



Devant toute manifestation d'allure psychiatrique, il est important d'exclure la présence d'une pathologie non-psychiatrique ou la prise de substances. Les principales étiologies non-psychiatriques pouvant être associées à une instabilité de l'humeur peuvent être de multiples origines :

1. *Toxiques* : usage de substances psychoactives (alcool, cannabis, cocaïne, amphétamines et héroïne).
2. *Iatrogéniques* : médicamenteuses (corticoïdes, benzodiazépines, etc.).
3. *Neurologiques* : accident vasculaire cérébral, tumeur cérébrale, démence.
4. *Troubles du sommeil* : les perturbations du rythme circadien avec un retard de la phase de sommeil peuvent être associées à une instabilité de l'humeur (8).
5. *Endocriniennes* : troubles thyroïdiens (hyperthyroïdie), maladie de Cushing (hypercorticisme). Le syndrome prémenstruel s'accompagne souvent, outre les symptômes physiques (œdèmes, tensions mammaires, céphalées, etc.) d'une labilité émotionnelle, une irritabilité et une anxiété.
6. *Métaboliques* : troubles de la glycémie (surtout phases d'hypoglycémie), troubles ioniques.

Une étiologie non-psychiatrique devra être exclue par un bilan clinique et paraclinique complet (biologie sanguine, toxicologie urinaire, imagerie).

Ensuite, lors de l'examen clinique psychiatrique, il est nécessaire de recueillir les signes et les symptômes, selon dix domaines psychiatriques (9) :

la présentation, le langage et la pensée, la perception, l'attention et la mémoire, l'affectivité, les fonctions physiologiques, la motricité, la motivation ainsi que le jugement et la conscience du trouble.

De manière à analyser spécifiquement l'instabilité affective, une anamnèse adéquate aide à la mise au point diagnostique. Il est nécessaire d'interroger sur les éléments suivants (10) :

1. *La fréquence et la durée des changements d'humeur* : quel est le nombre de sautes d'humeur sur une période donnée? Cela se manifeste-t-il sur quelques heures ou sur plusieurs jours?
2. *L'intensité des affects* : à quelle amplitude l'émotion est-elle vécue par l'individu ?
3. *Le contexte* : les changements d'humeur sont-ils réactionnels à des facteurs environnementaux ?
4. *Les capacités à réguler les émotions* : le patient est-il capable de reconnaître et accepter l'émotion vécue ? Est-il capable d'atténuer les affects négatifs ? Est-il apte à s'engager dans une action, de façon non impulsive, malgré la présence de sentiments négatifs ?
5. *Les conséquences comportementales* : l'individu présente-t-il des comportements auto-agressifs (par exemple, les automutilations) et/ou hétéro-agressifs ? A-t-il tendance à réagir de façon impulsive ?

## DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS PSYCHIATRIQUES

La labilité émotionnelle est fréquente chez les individus souffrant de maladies psychiatriques.

### TROUBLE DE PERSONNALITÉ BORDERLINE ET TROUBLE BIPOLAIRE

Le trouble de personnalité borderline et le trouble bipolaire sont les premiers diagnostics évoqués en présence d'une instabilité affective. Celle-ci constitue un symptôme déterminant dans ces deux troubles, entraînant parfois une difficulté à les discriminer (**Tableau I**).

La principale caractéristique du trouble de personnalité borderline est l'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et de l'affect combinée à une impulsivité marquée (1). L'instabilité affective est un critère diagnostique essentiel du trouble de personnalité borderline.

La labilité affective est aussi une composante importante dans le trouble bipolaire. Elle est principalement présente lors de phase (hypo) maniaque, avec des émotions versatiles et des réponses émotionnelles disproportionnées. Les patients souffrant de bipolarité, même en phase d'euthymie, peuvent ressentir les émotions de façon plus intense et présenter une dysrégulation affective (11, 12).

Chez les patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline, l'état d'euthymie peut évoluer vers un état plutôt d'anxiété ou de colère et d'irritabilité (13). Tandis que les personnes souffrant d'un trouble bipolaire peuvent chemi-

ner d'un état d'euthymie vers un état de dépression ou d'exaltation. Les patients peuvent aussi alterner entre un état de dépression et d'exaltation.

Il est essentiel également de tenir compte du contexte. Chez les patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline, les changements d'humeur sont généralement réactionnels à des facteurs interpersonnels tels qu'une frustration, un sentiment de rejet ou un sentiment d'abandon (14). Tandis que dans la bipolarité, ces fluctuations surviennent généralement de façon plus autonome, avec ou sans facteur de stress déclenchant.

Les autres éléments qui orientent le diagnostic différentiel (15) sont repris dans le **Tableau I**. Ils concernent les antécédents familiaux, en reflet de la pathologie associée. L'âge d'apparition des symptômes est en outre déterminant. Chez les patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline, les symptômes apparaissent généralement durant l'enfance et se manifestent par des difficultés socio-affectives. La plupart des patients disent se sentir déprimés continuellement. Le trouble semble s'atténuer avec l'âge. Les passages à l'acte diminuent et les relations interpersonnelles sont plus stables. Chez les patients souffrant d'un trouble de l'humeur, la pathologie débute à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Il y a une nette rupture avec un état antérieur. Dans ce cas, la pathologie semble s'aggraver, avec des difficultés à stabiliser l'état thymique.

Des relations interpersonnelles, généralement instables, des conflits récurrents, une peur

**Tableau I. Éléments du diagnostic différentiel entre le trouble de personnalité borderline et le trouble bipolaire**

Les critères cliniques	Le trouble de personnalité borderline	Le trouble bipolaire
Dysrégulation émotionnelle	Anxiété vers la colère	Euthymie vers dépression ou exaltation
Le contexte	Réactionnel à des facteurs interpersonnels	Autonome
Les antécédents familiaux	Trouble du contrôle des impulsions, dépression unipolaire	Trouble bipolaire
L'âge d'apparition	Dès l'enfance	Fin de l'adolescence, début de l'âge adulte
L'évolution	Tendance à s'atténuer	Tendance à s'aggraver
Relations interpersonnelles	Instables	Stables
Impulsivité	Toujours présent	Surtout lors des phases (hypo)maniaques
Automutilation, tentative de suicide	Fréquence élevée de passage à l'acte, taux de suicide élevé	Taux de suicide élevé
Identité de soi	Questions existentielles, sentiment de vide	Stable
Traumatismes infantiles	Taux élevé (60-80 %)	Taux élevé (50 %)

de l'abandon et une tendance au clivage sont associées au trouble de personnalité borderline. D'autres éléments cliniques tels que l'impulsivité, les passages à l'acte (automutilations et tentatives de suicide), l'identité de soi et la présence de traumatismes infantiles sont en outre à envisager.

### TROUBLE DÉPRESSIF

Bien que non repris dans les critères diagnostiques dans le DSM-V, les personnes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé rapportent des changements d'humeur dans 60 à 70 % des cas (6). Marwaha et coll. (16) ont proposé l'instabilité affective comme un indicateur précoce de la maladie dépressive. Leur étude la présente ainsi comme un facteur de vulnérabilité prédisposant l'individu à la dépression. En effet, la labilité thymique peut mener à une détresse émotionnelle ou des difficultés interpersonnelles, pouvant elles-mêmes conduire à la dépression. La prise en charge de la dysrégulation affective aide à diminuer l'incidence de la dépression. En outre, dans les différentes formes cliniques des troubles dépressifs, nous retrouvons notamment le trouble dysphorique prémenstruel, qui est une forme plus sévère du syndrome prémenstruel cité précédemment et associée à une labilité émotionnelle marquée (1).

### TROUBLE LIÉ À UN STRESS POST-TRAUMATIQUE

Les individus exposés à divers événements traumatiques présentent des difficultés à réguler leurs émotions pouvant aller jusqu'à une instabilité affective (17). La prévalence de cette dernière est tout aussi élevée que chez les patients dépressifs, allant jusqu'à 70 % des cas (6).

### TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDAH)

Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental qui peut persister à l'âge adulte. Il se caractérise par une inattention, une impulsivité et une hyperactivité. Nous retrouvons aussi une instabilité de l'humeur marquée par des sautes d'humeur, une irritabilité et une faible tolérance à la frustration (17). Sa prévalence est estimée à 40 % des patients souffrant de TDAH (18). Il a été objectivé une diminution de l'instabilité affective chez les patients avec TDAH sous traitement psychotrope stimulant (19, 20).

### AUTRES TROUBLES

L'instabilité de l'humeur peut se manifester dans d'autres maladies mentales, sans être un symptôme à l'avant-plan.

Les personnes souffrant d'un trouble anxieux (trouble anxieux généralisé, trouble panique, anxiété sociale et trouble obsessionnel compulsif) peuvent, notamment, montrer des changements d'humeur (21, 22). Toutefois, les études ont été réalisées sur un nombre limité de patients et nécessitent d'être reproduites sur de plus grands échantillons.

Les individus avec un diagnostic de trouble psychotique peuvent rapporter une labilité affective. Les symptômes psychotiques tels que les idées délirantes et les hallucinations vont favoriser des fluctuations de l'humeur (23). Inversement, une labilité affective marquée est associée à des niveaux plus élevés de symptômes psychotiques positifs chez les patients souffrant de schizophrénie (7).

### PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES

La prise en charge de l'instabilité de l'humeur est pertinente pour la prévention et le traitement des maladies mentales. Aussi, elle peut être utile pour toute personne désireuse d'améliorer la gestion de ses affects et ce, même sans qu'il n'y ait de diagnostic psychiatrique posé formellement.

### APPROCHE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

Le traitement de l'instabilité de l'humeur est essentiellement psychothérapeutique et se concentre sur la gestion des émotions (24). De manière générale, toute psychothérapie aide à la régulation émotionnelle. Cependant, pour une approche directe et ciblée sur les émotions, certaines thérapies sont préconisées :

1. La troisième vague des thérapies comportementales et cognitives constitue un traitement où les émotions et leur signification interpersonnelle ont une place fondamentale. Les stratégies d'intervention reposent sur l'exposition, des remédiations cognitives ainsi qu'un travail d'exploration et d'acceptation émotionnelle.
2. La thérapie comportementale dialectique (TCD) est issue du courant de la psychothérapie cognitivo-comportementale de la 3<sup>ème</sup> vague. Elle s'adresse plus spécifiquement et se montre efficace pour les personnes souffrant d'un trouble de personnalité borderline (25). Elle s'appuie sur une méthode d'acceptation du vécu émotionnel

et de changement de comportements visant à adapter ce vécu.

3. Les interventions psychologiques basées sur la «pleine conscience» («mindfulness») permettent de centrer volontairement l'attention du patient sur les aspects émotionnels et d'aider à leur régulation. Plusieurs thérapies, dont la TCD, font amplement appel à la pleine conscience.

### APPROCHE PHARMACOLOGIQUE

Concernant le traitement médicamenteux, il est recommandé de prescrire le médicament préconisé selon le trouble. Dans un même temps, il sera susceptible d'agir sur les changements d'humeur.

Au sujet des patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline, où l'instabilité de l'humeur est un élément essentiel de la pathologie, l'utilité d'un stabilisateur de l'humeur est à questionner. Les thymorégulateurs les plus souvent évoqués sont le lithium, les anticonvulsivants (acide valproïque, carbamazépine, lamotrigine) ou les antipsychotiques atypiques. Ils peuvent potentiellement agir sur certains symptômes, mais pas sur l'ensemble de la pathologie. Les anticonvulsivants amélioreraient l'irritabilité, la colère ou l'instabilité affective. Les antipsychotiques atypiques agiraient sur des symptômes psychiatriques plus généraux. Ils ne réduisent pas la sévérité du trouble de personnalité borderline et n'améliorent pas le fonctionnement global des patients. Les bénéfices rapportés sont généralement présents sur le court terme et non sur le long terme. L'utilisation en routine d'un stabilisateur de l'humeur chez une personne souffrant d'un trouble de personnalité borderline n'est pas recommandée (26).

De manière générale, aucun médicament n'a actuellement prouvé son efficacité pour le traitement du trouble de personnalité borderline (27). La psychothérapie reste donc le traitement principal chez ces patients.

### CONCLUSION

Présenter des changements d'humeur est une expérience fréquemment rapportée dans la population générale, sans que cela soit pathognomonique d'une maladie mentale. Cependant, lorsque la labilité affective entraîne des répercussions fonctionnelles chez l'individu, cette situation mérite de réaliser des explorations.

Une anamnèse approfondie et un examen clinique éclairé orientent les diagnostics diffé-

rentiels d'une instabilité de l'humeur. Ils peuvent conduire à des examens complémentaires à la recherche d'une origine non-psychiatrique.

En psychiatrie, l'instabilité de l'humeur est un aspect important de la psychopathologie, intervenant dans le cours de nombreux troubles mentaux. Elle oriente la démarche diagnostique associée au trouble de personnalité borderline et est une composante essentielle du trouble bipolaire.

Au vu de son impact sur la santé mentale et des possibilités psychothérapeutiques, son dépistage et la recherche de son étiologie sont indispensables.

### BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychological Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5<sup>th</sup> edition, text revision. Washington DC;2013.
2. Taylor R, Ulrichsen A, Young A, Strawbridge R. Affective lability as a prospective predictor of subsequent bipolar disorder diagnosis: a systematic review. *Int J Bipolar Disord* 2021;**9**:33.
3. Marwaha S, Parsons N, Flanagan S, Broome M. The prevalence and clinical associations of mood instability in adults living in England: Results from Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. *Psychiatry Res* 2013;**205**:262-8.
4. Marwaha S, Gordon-Smith K, Broome M, et al. Affective instability, childhood trauma and major affective disorders. *J Affect Disord* 2016;**190**:764-71.
5. Broome M, Saunders K, Harrison P, Marwaha S. Mood instability: significance, definition and measurement. *Br J Psychiatry* 2015;**207**:283-5.
6. Marwaha S, Parsons N, Broome M. Mood instability, mental illness and suicidal ideas: results from a household survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;**48**:1431-7.
7. Høegh MC, Melle I, Aminoff SR, et al. Affective lability and social functioning in severe mental disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2022;**272**:873-85.
8. Gillett G, Watson G, Saunders K, McGowan N. Sleep and circadian rhythm actigraphy measures, mood instability and impulsivity/ a systematic review. *J Psychiatr Res* 2021;**144**:66-79.
9. CNUP. *Référentiel de Psychiatrie et Addictologie*. 3<sup>ème</sup> édition. France:Presses Universitaires François-Rabelais;2021.
10. Marwaha S, He Z, Broome M, et al. How is affective instability defined and measured? A systematic review. *Psychol Med* 2014;**44**:1793-808.
11. Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, et al. Affective lability and affect intensity as core dimensions of bipolar disorders during euthymic period. *Psychiatry Res* 2008;**159**:1-6.
12. Miola A, Cattarinussi G, Antiga G, et al. Difficulties in emotion regulation in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2022;**302**:352-60.
13. Henry C, Mitropoulou V, New AS, et al. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res* 2001;**35**:307-12.
14. Parker G. Clinical differentiation of bipolar II from personality-based 'emotional dysregulation' conditions. *J Affect Disord* 2011;**133**:16-21.
15. Bayes A, Parker G, Fletcher K. Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2014;**27**:14-20.

16. Marwaha S, Balbuena L, Winsper C, Bowen R. Mood instability as a precursor to depressive illness: a prospective and mediational analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;**49**:557-65.
17. Carmassi C, Conti L, Gravina D, et al. Emotional dysregulation as a trans-nosographic psychopathological dimension in adulthood : a systematic review. *Front Psychiatry* 2022;**13**:900277.
18. Skirrow C, McLoughlin G, Kuntsi J, Asherson P. Behavioral, neurocognitive and treatment overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and mood instability. *Expert Rev Neurother* 2009;**9**:489-503.
19. Reimherr FW, Williams ED, Strong RE, et al. Double-blind, placebo-controlled, crossover study of osmotic release oral system methylphenidate in adults with ADHD with assessment of oppositional and emotional dimensions of the disorder. *J Clin Psychiatry* 2007;**68** :93-101.
20. Surman C, Walsh D. Do treatments for adult ADHD improve emotional behavior? A systematic review and analysis. *J Atten Disord* 2022;**26**:1822-32.
21. Bowen R, Clark M, Baetz M. Mood swings in patients with anxiety disorders compared with normal controls. *J Affect Disord* 2004;**78**:185-92.
22. Bowen R, Baetz M, Hawkes J, Bowen A. Mood variability in anxiety disorders. *J Affect Disord* 2006;**91**:165-70.
23. Marwaha S, Broome M, Bebbington P, et al. Mood instability and psychosis: analyses of British national survey data. *Schizophr Bull* 2014;**40**:269-77.
24. Philippot P. *Émotion et psychothérapie*. 1<sup>ère</sup> édition. Bruxelles:Éditions Mardaga;2011.
25. Gillespie C, Murphy M, Joyce M. Dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder: a systematic review of outcomes after one year of follow-up. *J Pers Disord* 2022;**36**:431-54.
26. Crawford M, MacLaren T, Reilly J. Are mood stabilisers helpful in treatment of borderline personality disorder? *BMJ* 2014;**349**:g5378..
27. Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, et al. Pharmacological treatments for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs* 2021;**35**:1053-67.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr Scantamburlo G, Service de Psychiatrie, CHU Liège, Belgique.  
Email : gabrielle.scantamburlo@uliege.be