



Exemple de TCC dans les troubles bipolaires - document de cours

Programme de Lam et al. (1999) en 20 séances de groupe.

Étape 1 – éducative

Séances 1 à 5

Le trouble bipolaire et ses traitements
Construction de l'alliance thérapeutique
Rappels sur la démarche comportementale
Identification des cognitions, émotions
et comportements
Structuration des entretiens
Définition de l'agenda
Définition des tâches à domicile
Questionnaires d'autoévaluation
Construction progressive de la *life chart*
Définition individuelle des problèmes
et des objectifs

Étape 2 – techniques comportementales et cognitives

Séances 6 à 16

Auto-enregistrement de l'humeur et des
activités quotidiennes
Identification des fluctuations de l'humeur
normale, des aspects de la personnalité,
et de l'humeur pathologique
Mise en relation de la modification de l'humeur
avec les cognitions et avec le taux d'activité
Apprentissage à la relaxation si activités augmentée
Définition de tâches graduées si activité diminuée
Contre-argumentation des cognitions :
alternatives de pensées, examen de l'évidence
Identification des schémas cognitifs
Reformulation des schémas

Étape 3 – consolidation

Séances 17 à 20

Vérification de l'utilisation de toutes les
techniques comportementales et cognitives
Régularité du style de vie
Identification des stigmas et leurs
conséquences personnelles
Identification des facteurs précédents
les rechutes sur la *life chart*

COMMENT LES THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES PRÉVIENNENT LES RECHUTES CHEZ LE PATIENT BIPOLAIRE

RELAPSE PREVENTION IN BIPOLAR DISORDER: THE ROLE OF BEHAVIORAL COGNITIVE THERAPY

M. ROSNER, C. MIRABEL-SARRON, J.-D. GUELFY, F. ROUILLON

Centre Hospitalier Sainte-Anne, Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME), (Pr. Rouillon) 100 rue de la Santé, 75014 Paris.

RÉSUMÉ :

Les thérapies comportementales et cognitives s'intéressent au trouble bipolaire depuis les années 90. Elles ont pour objectif d'augmenter la compliance aux thymorégulateurs et de mettre en place des stratégies pour la prévention des rechutes dépressives et maniaques. Nous détaillerons dans cet article les différents outils comportementaux et cognitifs contribuant à réduire la fréquence des épisodes thymiques. Ainsi, nous présenterons succinctement les techniques comportementales (auto-enregistrement de l'humeur et des activités, planification et prescription de tâches graduées, techniques de résolution de problèmes, etc.), et nous insisterons davantage sur les techniques cognitives telles que l'identification des cognitions, des biais cognitifs et des schémas cognitifs. Nous détaillerons ensuite les grandes lignes du programme de groupe de Lam *et al.* (1999), qui constitue actuellement la référence internationale. Ces auteurs proposent un travail précis sur les schémas cognitifs, dans leur nature et leur évolution sous traitement. Dans leur programme individuel, Newman *et al.* (2002), présentent également un travail cognitif, s'inspirant davantage du modèle de Young (1994). Ainsi, les techniques TCC apprises par les patients leur permettent une meilleure gestion des facteurs précipitant les rechutes dépressives et maniaques.

Mots-clés : Trouble bipolaire, thérapies cognitivo-comportementales, rechutes dépressives, rechutes maniaques, observance médicamenteuse, prévention, schémas cognitifs.

SUMMARY: How cognitive-behavioural therapy prevents relapses in bipolar patients

M. ROSNER, C. MIRABEL-SARRON, J.-D. GUELFY, F. ROUILLON (*Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2007 ; 17, 3, 109-114)

Cognitive-behavioural therapy (CBT) for bipolar affective disorder is specifically designed to increase mood stabilizer observance and help prevent depression and manic episodes. This article reports different behavioural and cognitive tools generally used to reduce the frequency of such relapses. We first briefly present behavioural techniques (mood and activities recording, grading tasks prescription, problem solving techniques, etc.), and we then examine cognitive techniques such as detecting cognitions, cognitive bias and cognitive schemas. Lam et al's. (1999) Group Cognitive Therapy for bipolar disorder represents the international reference, and includes work on schemas and on their evolution after CBT. Newman et al. (2002) also use cognitive schemas, but their work is based more on Young's model (1994). Behavioural-cognitive techniques thus allow patients with bipolar affective disorder to gain several tools for the better management of personal, social and professional stress factors.

Key words: Bipolar disorder, Cognitive-behavioural therapy, Depression relapse, Mania relapse, Drug observance, Prevention, Cognitive schemas.

Le trouble bipolaire a longtemps été considéré comme une contre-indication aux thérapies cognitivo-comportementales. C'est surtout après la publication par Basco & Rush (1996) d'un manuel de TCC pour patients bipolaires, que s'est effectué un retour de l'intérêt pour cette pathologie. D'autres guides pour la bipolarité (Lam *et al.* 1999, Bauer *et al.* 2001, Newman *et al.* 2002), ont ensuite proposé des thérapies de groupe ou individuelles. Le programme de groupe de Lam *et al.* (1999) constitue actuellement la référence internationale.

Les TCC se sont rapidement avérées efficaces pour la prise en charge de la maladie bipolaire en apportant une approche structurée, une démarche psycho-éducative et des stratégies pour faire face à divers facteurs de stress.

Parmi les études d'évaluation qui ont montré l'efficacité des TCC dans la prise en charge du trouble bipolaire, Scott *et al.* (2001) constatent l'amélioration de la compliance médicamenteuse (48 % *versus* 21 %), Lam *et al.* (2003) obtiennent significativement moins de rechutes (44 % *versus* 71 %) et deux fois moins d'hospitalisations.

Les thérapies comportementales et cognitives sont actuellement réservées aux patients bipolaires de type I, sans troubles addictifs de premier plan, en phase intercritique euthymique mais qui connaissent des fluctuations de l'humeur malgré le traitement thymorégulateur.

Chaque patient, même au sein d'un groupe, détermine ses objectifs personnalisés. La thérapie est interactive et didactique procédant de la « découverte guidée ». Le thérapeute amène le patient à identifier ses fluctuations d'humeur, ses cognitions associées, ses réactions comportementales en fonction des contextes environnementaux.

L'objectif commun à tous les programmes de TCC du trouble bipolaire est l'augmentation de l'observance médicamenteuse, la diminution du taux de récurrences, une meilleure gestion des stress environnementaux et personnels, ainsi que et la reconnaissance précoce des fluctuations de l'humeur. Les TCC proposent ainsi (Mirabel-Sarron 2005) :

- l'évaluation des représentations mentales du patient concernant sa maladie et son traitement.

- l'identification précoce des prodromes dépressifs ou maniaques, ainsi que des facteurs de stress favorisant les rechutes, est particulièrement importante. Elle concerne les stress quotidiens pouvant entraîner des fluctuations brutales de l'humeur, et les stress survenant dans les jours ou semaines qui précèdent ces rechutes.

- la régulation des rythmes personnels (sommeil, repas, activités nécessaires, activités plaisantes) et sociaux (relations interpersonnelles).

- l'apprentissage de techniques cognitives d'identification des pensées automatiques liées à la dépression ou à la manie, puis l'apprentissage des techniques de « décentration ».

Tous les programmes sont structurés et comportent trois phases : psychoéducation, techniques cognitivo-comportementales, consolidation.

La psycho-éducation (5-6 séances environ) permet au patient de s'approprier les données sur sa thérapie, ce qui est primordial, et a une valeur prédictive de la bonne réponse à cette thérapie. C'est en grande partie le mode relationnel patient-thérapeute interactif et didactique propre aux TCC qui fait que la psycho-éducation va devenir un outil de prévention des rechutes dépressives ou maniaques.

Les techniques cognitivo-comportementales et le travail sur les schémas cognitifs représentent également une étape capitale pour la prévention des récurrences.

TECHNIQUES COMPORTEMENTALES DE GESTION DE L'HUMEUR

La plupart des techniques comportementales classiques utilisées pour la prévention des récurrences thymiques, notamment en début de thérapie, représentent des outils importants de gestion des émotions et de l'humeur :

- auto-enregistrement de l'humeur couplée à celle des activités personnelles (*activity scheduling*), d'où sensation accrue de contrôle du patient sur son humeur et ses émotions.

- planification des activités, évaluation des niveaux de difficulté, de satisfaction et de plaisir.

- prescription de tâches graduées.

- techniques d'affirmation de soi et de relaxation.

- techniques d'apprentissage de la résolution de problèmes.

TECHNIQUES COGNITIVES DE GESTION DE L'HUMEUR

Les techniques cognitives, temps essentiel des TCC dont le principal objectif est d'aboutir à une restructuration cognitive, représentent des outils essentiels de gestion de l'humeur et des émotions pour prévenir les rechutes dépressives et maniaques.

En effet, dans la mesure où l'émergence de pensées automatiques représente une composante cognitive importante de l'humeur, une étape clé de

la thérapie consiste à apprendre aux patients à repérer ces pensées, parfois difficiles à identifier.

Techniques cognitives générales (Mirabel-Sarron 2005)

— auto-observation et identification des pensées dysfonctionnelles et des émotions (colonnes de Beck), questionnement socratique, représentations mentales de scènes pénibles, jeux de rôle, etc.

— évaluation des pensées, distinction entre pensées automatiques et réfléchies, appréciation de l'intensité des cognitions et des émotions associées.

— examen de l'évidence permettant de confronter les prédictions formulées par le patient aux réalités sous-jacentes.

— recherche des mécanismes de distorsion cognitive (abstraction sélective, inférence arbitraire surgénéralisation, maximalisation, minimisation, personnalisation, attributions négatives internes, etc.).

Phase cognitive du programme de Lam *et al.* (1999)

Cette phase, centrée sur l'auto-enregistrement quotidien de l'humeur, comporte plusieurs étapes :

Identification des pensées automatiques dysfonctionnelles

Certains patients sont, dès le début de la thérapie, conscients de leurs processus de pensée. D'autres, en revanche, ont des difficultés à repérer leurs pensées automatiques (ils ont tendance à considérer ce qu'ils ressentent comme une réalité extérieure), et devront acquérir cette compétence. Des questions comme « quand vous pensez cela, que ressentez-vous ? », ou « quand vous ressentez cela, qu'êtes-vous en train de vous dire ? » peuvent être le point de départ de cet apprentissage, qui devra continuer tout au long de la thérapie.

L'étape suivante consiste à aider les patients à faire le lien entre pensées automatiques et émotions, puis à évaluer l'impact de ces pensées sur leur humeur. La compréhension de ce lien et de cet impact est capitale pour la poursuite du travail cognitif.

La compliance des patients à la thérapie étant meilleure en période dépressive, il est important (s'ils ne sont pas tout à fait euthymiques) de leur enseigner ces compétences durant cette phase, de façon à ce qu'ils puissent adapter ensuite ce processus aux pensées générées par la phase hypomaniaque. En effet, des cognitions pessimistes

telles que « je ne suis plus capable de faire cela » sont assez facilement reliées par le sujet à ses émotions et prédictions négatives.

Les stratégies d'identification des prodromes de manie ou d'hypomanie sont identiques à celles utilisées pour la dépression. Les pensées repérées sont généralement des cognitions grandioses exprimées sous forme de croyances telles que « je peux faire mieux que les autres ». L'un des problèmes de cette phase est que ces croyances sont, le plus souvent, exprimées en termes excessifs, d'où un conflit entre les croyances des patients (qui s'estiment beaucoup plus créatifs et productifs) et la réalité concrète. Ils sont donc enclins à prendre une surcharge considérable de travail qui, à plus ou moins long terme, va les épuiser.

Remettre en question les pensées automatiques

Pour Lam *et al.* (1999), lorsqu'on travaille avec des patients bipolaires, il est important de faire la différence entre pensées tristes associées à la dépression, et pensées automatiques négatives dues à la distorsion des perceptions induite par l'humeur « basse ». Une collaboration étroite et systématisée entre thérapeutes et patients est nécessaire pour que ceux-ci remettent en question leurs pensées automatiques.

Une stratégie cognitive capitale de la thérapie consiste à considérer les pensées automatiques comme des symptômes précoces d'hypomanie ou de dépression, plutôt que comme des pensées autonomes. De nombreux patients ont, en effet, des pensées spécifiques identifiables comme étant des signes précurseurs de changement d'humeur dans un sens ou dans l'autre.

Par exemple, des patients qui commencent à avoir des idées de persécution ou à être suspicieux vis-à-vis de leur entourage peuvent savoir que c'est leur mode d'entrée dans une phase maniaque. Ces sortes d'idées sont plus facilement admises comme pathologiques que le fait de se sentir plus puissants, plus créatifs et plus attrayants. De même, des patients qui ont vécu de nombreux épisodes dépressifs sont capables de reconnaître certaines pensées négatives comme étant le signe précurseur d'une humeur basse.

S'attaquer aux idées grandioses

Dans l'expérience de l'équipe de Lam, lorsqu'ils sont dans une phase où prédominent les idées « grandioses », les patients bipolaires ont du mal à considérer ces idées comme peu aidantes. Il devient alors nécessaire de remettre ces idées en

question en les reconsidérant comme des prodromes de manie, notamment en utilisant le souvenir que les patients gardent des épisodes précédents, au cours desquels l'entrée dans la manie ou l'hypomanie s'est faite de manière identique.

Ce travail se fait de préférence quand le patient est plutôt dans une humeur stable. Généralement ces idées grandioses sont perçues par les patients comme une capacité à être plus performants que d'habitude, avec comme corollaire, une sous-estimation globale des effets négatifs de leur conduite. La tâche du thérapeute est alors de les aider à considérer leurs croyances de façon plus objective.

Examiner les coûts et bénéfices de l'état hypomaniaque

Lam et ses collaborateurs appliquent la technique de pondération en examinant avec les patients bipolaires les « coûts et bénéfices de l'état hypomaniaque ». Ils considèrent que ce procédé est plus difficile à utiliser dans la dépression, car peu de patients voient quelque bénéfice que ce soit à être en phase dépressive, et la plupart trouvent, en revanche, des avantages à l'état hypomaniaque, surtout au décours d'un épisode dépressif.

TRAVAIL SUR LES SCHÉMAS

La mise à jour des schémas dysfonctionnels se fait avec les techniques classiques (recherche d'un dénominateur commun aux pensées dysfonctionnelles enregistrées, questionnement socratique, catégorisation des cognitions notées dans le carnet de thérapie, auto-questionnaires (*Dysfunctional Attitude Scale* de Weissman et Beck 1978, Questionnaire des Schémas de Young 1994).

Ensuite, les techniques de modification ou d'assouplissement des schémas sont utilisées : reformulation globale ou partielle, mise à distance du schéma, techniques de pondération, remise en question du postulat « court et long terme », technique du continuum, technique de l'évidence pour et contre le schéma, camembert de responsabilité, etc.

Lam *et al.* (1999) et Newman *et al.* (2002) intègrent le travail sur les schémas dans leur programme, mais leur abord n'est pas identique :

Modèle de Lam *et al.* (1999)

Le travail sur les schémas cognitifs se fait en plusieurs étapes :

Identification des schémas

Comme pour les cognitions et les pensées automatiques, l'identification des schémas se fait essentiellement à l'aide de l'auto-enregistrement quotidien.

Dans l'expérience de Lam et de son équipe (1999), les patients maniaque-dépressifs ont des schémas cognitifs en rapport avec l'autonomie, et des schémas interpersonnels en relation avec le regard que les autres peuvent avoir sur leurs comportements. Ces schémas correspondent en général plutôt à ce que les patients « ressentent » comme étant vrai, tout en sachant que ça ne l'est pas. La prise de conscience de ce « ressenti » qui s'oppose à ce qu'ils savent être vrai, peut entraîner des conflits internes, d'autant plus que c'est cette sensation qui influence le plus leurs comportements.

Remise en question des schémas

Une fois le schéma mis en évidence, le thérapeute, par un questionnement socratique, va amener le sujet à constater dans un premier temps, que son schéma est contraignant et limitant. Il va ainsi être progressivement amené à réévaluer la validité de son schéma. Cette étape doit se faire pas à pas car les patients maniaque-dépressifs, qui ont derrière eux de nombreuses expériences d'échec, risquent si l'on va trop vite, de se sentir critiqués et/ou jugés et donc de « résister » à la thérapie.

L'assouplissement des schémas se fait ensuite selon des techniques classiques de modification des schémas. La technique de remise en question du postulat peut être très utile lorsque le schéma paraît être en faveur de la personne. Par exemple, un schéma d'hyperperfectionnisme qui permet des performances élevées au patient, peut avoir comme conséquences un retour positif des autres tels que la reconnaissance du travail accompli, les compliments, etc., donc conforter la personne dans le bien fondé de son schéma. Il s'agit donc de remettre en question ce bien fondé en cherchant d'autres moyens qu'un travail excessif pour obtenir l'affection ou la reconnaissance des autres (Mirabel-Sarron 2005).

Technique de pondération des schémas

La technique de pondération, encore appelée « méthode des avantages et inconvénients du schéma » est toujours pratiquée lors du travail sur les schémas. En effet, le schéma a eu son utilité à certains moments de la vie du sujet, et lui a donc permis d'adapter ses comportements aux différents

contextes relationnels et environnementaux. Une fois que le patient a clairement formulé son schéma, le thérapeute va examiner avec lui l'intérêt de maintenir ce système de croyances.

Le patient va évaluer les avantages et inconvénients du schéma, en déterminant son niveau de conviction pour chaque argument. Cette estimation se fait par écrit, ce qui permet de suivre plus concrètement la démarche d'assouplissement du schéma (Mirabel-Sarron 2005).

Reformulation des schémas

La rigidité et les exigences du schéma cognitif entraînent, comme nous l'avons vu plus haut, une souffrance émotionnelle chez le sujet. La modification du schéma permet de préserver les avantages de la première formulation, tout en apportant de la flexibilité : on obtient ainsi un schéma reformulé de façon globale ou partielle (Mirabel-Sarron 2005).

Dans le modèle de Lam *et al.* (1999), les patients sont amenés à reformuler leurs schémas et font émerger ainsi une « nouvelle règle ». Par exemple, un schéma qui dicte « je dois toujours être au maximum de ma performance pour être à la hauteur », ne permet aucune faille et ne peut être satisfait en permanence, notamment dans les périodes dépressives. La reformulation va permettre d'assouplir ce schéma afin que le patient ne se sente pas en échec, s'il n'est pas au mieux de sa forme et de ses capacités.

Modèle de Newman, *et al.* (2002)

La place accordée aux schémas cognitifs par Newman et ses collaborateurs concerne notamment leur conceptualisation :

Schémas dysfonctionnels

Les auteurs proposent un modèle du trouble bipolaire dans lequel les patients ont des schémas qui interfèrent avec leur perception spontanée des événements de vie. L'expérience subjective importante qui en découle, interagit avec la vulnérabilité biologique de ces sujets pour influencer leurs affects et leurs comportements. Selon la phase de la maladie, différents schémas sont activés : schémas à valence négative durant la phase dépressive (orientant la mémoire vers la recherche d'événements passés négatifs, tandis que l'attention du moment se concentre sur la possibilité d'échecs futurs) et schémas à valence positive pendant la phase maniaque (susceptibles d'entraîner des décisions problématiques et imprudentes en levant l'inhibition). L'irrita-

bilité fréquente des patients dans la phase maniaque pourrait être le reflet d'une lutte intérieure contre le pôle négatif des schémas. Cette irritabilité, ainsi que le conflit interne entre schémas à valence positive et négative seraient particulièrement prononcés dans les états mixtes.

Une fois les schémas identifiés, un objectif important de la thérapie est de modifier ces facteurs de vulnérabilité. Les auteurs utilisent l'échelle d'attitudes dysfonctionnelles D.A.S. (*Dysfunctional Attitude Scale* de Weissman & Beck, 1978) pour évaluer les systèmes de croyances dysfonctionnels des patients.

Schémas précoces inadaptés

L'importance, dans la bipolarité, des schémas précoces inadaptés décrits par Young est évaluée avec le Questionnaire des schémas de Young (1994) : schémas d'abandon, de carence affective, de méfiance, d'assujettissement, de vulnérabilité, etc. Le questionnaire des croyances de la personnalité (*Personality Belief Questionnaire*, Beck 1995) est utilisé pour évaluer les croyances spécifiques aux troubles de la personnalité. Le but étant de déterminer les zones de vulnérabilité des patients bipolaires et d'établir un plan de modification des croyances.

CONCLUSION

Les programmes de TCC pour le trouble bipolaire sont des programmes structurés qui permettent d'augmenter l'observance médicamenteuse et de diminuer le taux de récurrences. Les patients bipolaires apprennent ainsi une dizaine d'outils TCC, qu'ils peuvent ensuite utiliser en fonction de leurs besoins. Cela leur assure une meilleure qualité de vie, moins de conflits interpersonnels, moins de défis et de challenges en tout genre, et facilite une reprise des activités personnelles, sociales et professionnelles.

RÉFÉRENCES

- BASCO MR, RUSH A. *Cognitive behavioral therapy for bipolar disorder*. 2nd ed., New-York, The Guilford Press, 2005.
- BAUER MS, McBRIDE L. *Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire : une approche structurée, le programme d'objectifs personnels*. Éditions Médecine & Hygiène, 2001.
- LAM DH, JONES SH, HAYWARD P, BRIGHT JA. *Cognitive therapy for bipolar disorder: a therapist's guide to concepts, methods and practice*. Washington DC, Wiley, 1999.

- LAM D, WATKINS ER, HAYWARD P, BRIGHT J, et al. A randomized control study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry* 2003 ; 60 : 145-152.
- MIRABEL-SARRON C. *Soigner les dépressions avec les thérapies cognitives : démarche pratique et prévention des rechutes*. Paris, Dunod, 2005.
- NEWMAN CF, LEAHY RL, BECK AT, REILLY-HARRINGTON NA, GYULAI L. *Bipolar disorder: a cognitive therapy approach*. Washington, American Psychological Association Press, 2002.
- SCOTT J, GARLAND A, MOORHEAD S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychological Medicine* 2001 ; 31 : 459-467.
- WEISSMAN A, BECK AT. *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL, 1978.
- YOUNG JE. *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (Rev. Ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, 1994.

Synthèse de quelques programmes de TCC dans les troubles bipolaires

Tableau comparatif des programmes de thérapies cognitivocomportementales dans les troubles bipolaires [23].

	Programme de				
	Bauer et Mc Bride	Basco et Rush	Lam	Newman	Beck
Groupe/individuel	Groupe	Individuel	Individuel	Individuel	Individuel
Durée	20 séances sur 1 an	20 séances sur 1 an	20 séances sur 1 an	Non codifié	15 à 20 séances
Indications	Bipolaire	Bipolaire	Bipolaire	Bipolaire	Unipolaire
Objectifs	Meilleure gestion de la maladie et amélioration du fonctionnement social et professionnel	Améliorer la compliance médicamenteuse	Améliorer la compliance médicamenteuse	Améliorer la compliance médicamenteuse	Modifier le schéma cognitif dysfonctionnel pour supprimer les symptômes et éviter les rechutes
Psychoéducation sur la maladie	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Techniques de restructuration cognitive avec auto-observation ; identification et modifications des cognitions	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Technique comportementale (résolution de problèmes, maîtrise et plaisir, assignation de tâches graduées, affirmation de soi)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Techniques pour prévenir le risque de rechutes					
Identification et gestion des facteurs de stress spécifiques	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Stratégies de <i>coping</i>	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Identification et modification des schémas dysfonctionnels	Non	Non	Non	Non	Oui
Participation de l'entourage	Oui	Oui	Non	Oui	Non

Source : Docteur, A., Mirabel-Sarron, C., Urdapilleta, I., Guelfi, J-D., Rouillon, F. (2009). Traitement de l'information à contenu émotionnel et représentation de soi chez des patients bipolaires de type I après traitement combiné médicamenteux et comportemental-cognitif. *Anales Médico-Psychologiques*, 167, 779-786.