

DR CHRISTIAN GAY • MARIANNE COLOMBANI

MANUEL DE PSYCHOÉDUCATION

TROUBLES BIPOLAIRES



**DISPOSER DE TOUTES LES INFORMATIONS
STABILISER LA MALADIE
AMÉLIORER LE SUIVI THÉRAPEUTIQUE**

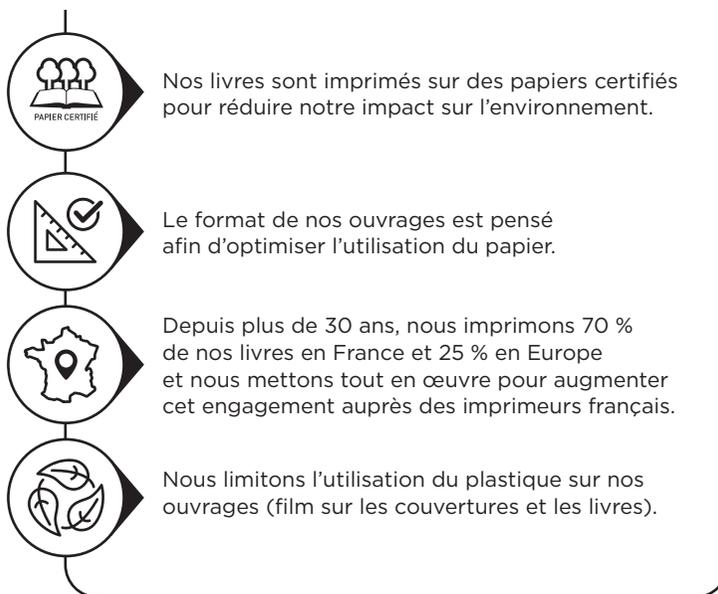
DUNOD

L'intégralité des droits d'auteur est reversée à l'UNAFAM.

Couverture : © Studio Dunod - Elizabeth Riba

Illustrations de couverture : Marianne Colombani

NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



© Dunod, 2013, 2024 pour cette nouvelle présentation.

11, rue Paul-Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-082141-9

À Julia et Jane

*À mes enfants et à mon frère,
Théo, Ulysse et Michel*

Préface

Les phases aiguës du trouble bipolaire sont impressionnantes, incroyablement riches de par les symptômes qui placent le sujet en rupture complète par rapport à son fonctionnement antérieur, dangereuses à bien des titres, parfois terriblement angoissantes pour les patients et leurs proches... l'importance de l'expérience subjective explique que les traces laissées sont longues à cicatriser et contribuent à remanier la personnalité des sujets ainsi que leur manière d'être au monde... pourtant le pronostic de la maladie n'est pas là.

Le pronostic du trouble bipolaire est à la prévention des rechutes et des récurrences. En effet, c'est le caractère récurrent, c'est la répétition de l'expérience de désorganisation de l'humeur, des émotions et du comportement qui vont dérouter les personnes atteintes et expliquer le caractère dévastateur sur leur développement affectif, social, professionnel. Donc le pronostic de la maladie est à la prévention des épisodes. L'arsenal thérapeutique dont on dispose pour la prise en charge des troubles bipolaires s'est considérablement enrichi ces 10 dernières années, ce qui est une source d'espoir. La psychoéducation est l'un d'eux qui a prouvé son efficacité sur la prévention des rechutes.

Voici un livre d'expériences. Plusieurs idées ont présidé à l'élaboration de ce livre :

- ce qui est simple est moins compliqué ;
- ceux qui se soignent vont mieux que ceux qui ne se soignent pas ;
- comprendre, permet de prendre des décisions qui aident ;
- exclure les patients et leurs proches des décisions et de la prise en charge revient à se priver de l'aide de personnes extrêmement compétentes.

La persévérance dans les prises en charge et l'exploration de l'expérience subjective des patients bipolaires ont forgé l'immense talent du Dr Christian Gay ainsi que l'expérience de ce qui est utile, qu'il transmet dans cet ouvrage. C'est aussi l'expérience de la lutte avec les fluctuations de l'humeur, avec les modifications imprévisibles de la vie émotionnelle et du comportement, génératrice d'angoisse et de perte de confiance en soi qui est transmise dans cet ouvrage par Marianne Colombani, un autre immense talent. Voilà, j'en suis sûr, un ouvrage qui sera contributif, conçu comme une boîte à outils à destination des patients et des proches, qui permettra de mieux comprendre et donc de mieux agir.

Professeur Frank Bellivier

Sommaire

Préface – <i>Frank Bellivier</i>	VII
Avant Propos – <i>Christian Gay</i>	1
Introduction – <i>Marianne Colombani</i>	2

PARTIE 1

Informations théoriques	4
Chapitre 1 – Définition de la psychoéducation	6
Chapitre 2 – Humeur normale et pathologique	20
Chapitre 3 – États dépressifs : les signes de la dépression	40
Chapitre 4 – États dépressifs : causes, conséquences et évolution	72
Chapitre 5 – Traitements des états dépressifs	82
Chapitre 6 – Les états d'excitation et les états mixtes – Le diagnostic	98
Chapitre 7 – Les états d'excitation – Causes et conséquences	120
Chapitre 8 – Les différents troubles de l'humeur	128
Chapitre 9 – Les stabilisateurs d'humeur	144

PARTIE 2

Informations pratiques	170
Chapitre 10 – Conscience du trouble : plan d'action en cas de crise	172
Chapitre 11 – Hygiène de vie : sommeil et rythmes sociaux	188
Chapitre 12 – Les thérapies cognitives Affirmation de soi, confiance en soi et estime de soi	206
Chapitre 13 – Vivre au quotidien avec le trouble de l'humeur	220
Chapitre 14 – L'entourage – Quelle aide peut-il apporter ?	232
Chapitre 15 – Conclusions, commentaires et perspectives	248
Postface	262
Annexes – Diagramme de l'humeur	264
– Grille d'activités	276
– Lifechart	282
Associations	283
Remerciements	285
Table des questionnaires et échelles	286
Table des matières	287

Avant-propos

Ce guide a été remanié au fil des années. La version originale donnait moins de place à l'interactivité. Le discours était théorique et trop impératif. Une place plus importante est donnée aujourd'hui aux commentaires et aux spécificités de chacun : soignants, personnes atteintes, entourage.

Cet ouvrage a servi de support à 20 sessions de 15 séances qui se sont toujours déroulées dans la bonne humeur, la convivialité, le respect. Remanié partiellement après chaque séance, il restait un document austère jusqu'à l'intervention de Marianne Colombani qui s'est proposée spontanément de le rendre plus léger dans son contenu et surtout d'en modifier la présentation afin de le rendre plus attrayant. C'est à ce moment que l'on a imaginé sa publication car le seul document (indépendant de l'industrie pharmaceutique) qui existait en France n'était pas destiné aux patients et à leur entourage.

Nous espérons que la diffusion de ce guide facilitera la connaissance du trouble, modifiera le regard que l'on peut porter sur une maladie invalidante et douloureuse, aura une incidence positive sur le contrôle des facteurs déclenchants et d'entretien et aidera l'entourage à mieux comprendre cette affection et à trouver sa place dans l'aide qu'il peut apporter. Notre finalité est d'informer, accompagner et maintenir l'espoir. Si nous devions ne retenir qu'un seul conseil, ce serait celui de tout mettre en œuvre pour se respecter.

Christian Gay

Introduction

Deux hommes, deux jambes, deux regards, deux amis psychiatres, c'est grâce à eux que je suis là. Frank me maintient en vie depuis plus de 10 ans à force de présence, de vigilance, de patience et d'amour. Christian m'a redonné le goût de vivre, la confiance en moi, la créativité.

L'appréhension de la bipolarité se résume pour moi en deux phrases : « Ça va passer » et « Le pied sur le frein ».

Inlassablement répétées par Frank. Dans les moments où le vide est trop plein et dans ceux où le plein vide tout. Quand il est impossible d'entendre qu'un jour ça reviendra ou qu'un jour ça s'arrêtera.

Le passage d'une phase à l'autre, c'est du ON/OFF, une force extérieure pousse l'interrupteur. Un court-circuit entre le plus et le moins. Brusquement je n'arrive plus à marcher, à conduire, puis à parler, à dormir, à comprendre, à vivre. La première fois, 28 février 2002, les deux ans d'Ulysse, rue Saint Jacques, je rejoins Denis que je n'ai pas vu depuis l'avortement 10 ans auparavant. J'attribue d'abord cette chute brutale à la rencontre comme je vais attribuer plus tard les successives descentes aux enfers à mon mari Jean-Philippe, à Garches, à ma mère, au travail, aux enfants...

Il faut comprendre et rationaliser ces changements d'humeur. Il faut trouver une raison. Comment accepter après 25 ans d'analyse (avec toute la tendresse et la reconnaissance que je porte à ma psychanalyste de toujours) que ces états d'âme ne sont que des dérèglements chimiques, un jour endigués par des électrochocs. Le conjoncturel, les névroses, la recherche des traumatismes de l'enfance ne sont que des appuis complémentaires qui ne peuvent donner une réponse aux troubles bipolaires.

Les médecins eux aussi ont mis dix ans à poser le diagnostic. Il faut dire que je suis une bipolaire raisonnable. Pas trop folle en phase maniaque. Juste hyper : organisée, créative, sympathique, empathique, sensible, chaleureuse, dépensière... Pas trop suicidaire, pas trop de dépendance en phase dépressive.

La phase maniaque, c'est tellement bon, la vie prend toute sa saveur. Fini l'ennui, le fade, le répétitif. La musique fait vibrer le ventre, les couleurs s'exaltent, l'ordinateur devient le lieu de toutes les inventions, les images me traversent, les idées m'assaillent, le désir sexuel est exacerbé, je suis libre, heureuse, puissante. Bref c'est le pied !

Il faut bien quatre ou cinq rechutes pour comprendre que le prix à payer est trop cher et que le pendant de cette exaltation est obligatoirement la dépression.

Et là, ça se gâte... En quelques jours je passe de la surpuissance à l'impuissance totale. Pétrifiée, tétanisée. Chaque matin la panique me paralyse davantage avec le jour qui se lève, la lumière qui s'installe et la journée à traverser. Rassembler les forces qui me restent pour aller faire trois courses au supermarché. Incapable de prendre le volant

pour traverser le parc de Saint-Cloud pour rejoindre mon amie Maryse ou à l'inverse, une autre année, 6 mois à faire le tour du périphérique, cigarette au bec, pour lutter contre l'angoisse. Téléphoner à mon frère, toujours présent, cinquante fois par jour pour éviter de me jeter par la fenêtre. Plus rien ne compte. Même pas les enfants. On n'est plus rien. Anéantie. Pas triste. Juste rien.

Un an de mélancolie profonde me conduit à Meudon. ECT. La révolte, pas moi, la peur, Nora, la sœur de ma grand-mère, se suicide 40 ans plus tôt après des électrochocs. J'écoute mes amis, Frank, Claire et mes psychiatres. Tous sont d'accord : il n'y a plus rien à faire. Les différents traitements médicamenteux sont épuisés et tout le monde craint le suicide. Pas moi ; je trouve l'idée plutôt séduisante et libératrice. La nuit avant les ECT a été une des pires de ma vie, juste après celle de l'avortement. J'avais l'impression d'être dans un camp de la mort, entre les mains de Mengele.

Douze fois je suis rentrée dans la salle avec le sentiment d'être un rat de laboratoire torturé. Douze fois j'en suis sortie ne sachant plus qui j'étais ni où j'étais.

Désagréable impression qui perdure : les électrochocs effacent des pans entiers de la mémoire et perturbent les repères spatio-temporels.

Ceci dit, c'est efficace. Une séance et déjà les premières améliorations sont là. Je parle, je souris, l'étau se desserre. La mélancolie disparaît à coup de vibromasseur dans les méninges. Un miracle ! Merci Edison, adieu Freud, Lacan et les autres !

Douze ECT, quatre semaines d'hospitalisation, j'en sors début juillet 2011. Grosse, perdue, triste et sans aucune envie de vivre. Pourtant je fonctionne, on a rechargé la batterie, réparé le court-circuit...

En septembre Frank me propose de participer à des séances de psychoéducation animées par Christian à la clinique du Château à Garches. J'y habite, c'est simple et j'accepte me disant que ce serait toujours un rendez-vous hebdomadaire dans mon agenda désespérément vide.

C'est le début de la reconstruction : la rencontre avec d'autres fractures de vies, avec une équipe de soignants bienveillants, une approche différente de la maladie et l'espoir de se stabiliser grâce à des conseils de vie, à une attention particulière à prendre soin de soi. Des lundis qui chantent en attendant la réunion du mardi.

Un soir, Christian me demande un avis sur un livre qu'il est en train d'écrire. Je commence à travailler la mise en page, les illustrations, sorte d'exutoire à la souffrance traversée. Christian me complimente, me valorise. Je retrouve confiance en moi, en ma créativité à travers le plaisir de travailler en binôme sur un sujet qui nous tient tous les deux à cœur. Et me voilà un an après la sortie des ECT. En pleine forme. Grâce à la prise régulière de Lithium, à mes amis, à ma famille et à la psychoéducation. Nouveau lieu de vie, voyages, projets d'avenir, des rapports apaisés avec mes enfants et mon entourage.

Celle que j'ai toujours connue et que je retrouve. Avec toutefois la sourde inquiétude que ce bien puisse être le début du mal...

Marianne Colombani

PARTIE

1

Informations théoriques



OBJECTIFS

- ▶ Découvrir la psychoéducation
- ▶ Distinguer les différents types de troubles de l'humeur
- ▶ Identifier les causes et les conséquences
- ▶ Prendre connaissance des traitements possibles

Chapitre 1 – Définition de la psychoéducation	6
Chapitre 2 – Humeur normale et pathologique	20
Chapitre 3 – États dépressifs : les signes de la dépression	40
Chapitre 4 – États dépressifs : causes, conséquences et évolution	72
Chapitre 5 – Traitements des états dépressifs	82
Chapitre 6 – Les états d'excitation et les états mixtes Le diagnostic	98
Chapitre 7 – Les états d'excitation – Causes et conséquences	120
Chapitre 8 – Les différents troubles de l'humeur	128
Chapitre 9 – Les stabilisateurs d'humeur	144

Chapitre 1

Définition de la



OBJECTIFS

- ▶ Découverte du programme de 15 séances
- ▶ Présentation des autres programmes de psychoéducation : individuel, familial, en groupe
- ▶ Finalités et résultats de la psychoéducation



psychoéducation

1	Définitions	8
2	Finalités	9
3	Quand mettre en place la psychoéducation ?	11
4	Pour qui ?	11
5	Modalités	11
6	Attentes de l'approche en groupe	12
7	Différentes approches psychoéducatives	12
	Évaluation des connaissances	15

L'éducation thérapeutique

Le terme d'éducation thérapeutique a eu des définitions variées : faire du patient un expert de sa maladie, diffuser des informations élémentaires sur celle-ci, faciliter une réflexion sur la pathologie, transmettre des connaissances pratiques. Chaque définition aboutit à un objectif précis en recourant à une méthode plus ou moins spécifique.

Sous le terme générique d'éducation du patient, trois types d'activités peuvent être identifiées (OMS) :

- L'éducation pour la santé du patient concerne la maladie, les comportements de santé et de mode de vie, dans une logique de « culture sanitaire ».
- L'éducation du patient à sa maladie concerne les comportements de santé et de maladie relatifs au traitement, à la prévention des complications et rechutes et autres comportements liés à l'existence d'une maladie, notamment l'impact de celle-ci sur des aspects non médicaux de la vie.
- L'éducation thérapeutique du patient touche à la partie de l'éducation directement liée au traitement (curatif ou préventif) rôle traditionnellement et exclusivement attribué au soignant.



Info flash

Depuis 1998, l'OMS a émis des recommandations sur l'éducation du patient en précisant la définition :

« L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial qui concernent la maladie, le traitement prescrit et les établissements de soins, ainsi que les comportements de santé et de maladie du patient. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre le plus sainement possible et à maintenir ou améliorer la qualité de sa vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie. »

La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) intègre l'éducation thérapeutique du patient en 2009 dans le code de santé publique. La participation de l'industrie pharmaceutique dans l'élaboration des programmes est limitée : « Les programmes ne peuvent

être ni élaborés ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament. »

Son application dans différentes pathologies médicales chroniques (comme le diabète, la maladie asthmatique, l'hypertension artérielle) a prouvé son efficacité en réduisant la fréquence et l'intensité des poussées et en améliorant la qualité de vie du sujet et de sa famille.

Le terme de « psychoéducation »

Il a été utilisé en 1980 par Anderson, Hogarty et Reiss. D'abord utilisée dans la schizophrénie, la psychoéducation avait pour objet de mieux contrôler les situations de stress par les membres de la famille grâce à une meilleure communication et d'élaborer des stratégies visant à résoudre les problèmes de vie. Depuis ces vingt dernières années, l'indication s'est étendue à d'autres troubles psychiatriques dont les troubles de l'humeur, les troubles des conduites alimentaires et la maladie alcoolique.

Elle peut se définir comme l'éducation ou la formation théorique et pratique axée sur la compréhension du trouble et de ses différents traitements afin de favoriser une réinsertion optimale du sujet. Au-delà des objectifs communs avec l'éducation thérapeutique, la psychoéducation prend en compte les causes et les conséquences de la maladie, le contrôle des facteurs déclenchants et les principaux aspects psychopathologiques du trouble, la qualité de la relation médecin-patient. Elle devrait permettre au patient de faire face plus efficacement à son avenir. Il reste à préciser les limites des définitions de la psychoéducation car ce terme est utilisé de manière trop systématique dès qu'une information sur la maladie ou le traitement est transmise.

2 FINALITÉS

La psychoéducation vise quatre objectifs principaux, atteints grâce à la réalisation d'objectifs intermédiaires.

Finalités principales

- Optimiser le traitement médicamenteux ;
- Prévenir les récives et diminuer le nombre et la durée des hospitalisations ;
- Améliorer la qualité de vie du sujet, dans toutes ses dimensions (personnelle, familiale, professionnelle, relationnelle) ;
- Favoriser, entretenir et consolider l'alliance thérapeutique.

Objectifs intermédiaires

- **Faciliter l'acceptation du trouble et lutter contre la stigmatisation** de la notion de maladie mentale s'y rattachant par l'information et le soutien du patient et de son entourage. L'ignorance contribue à entretenir intolérance, peur, discrimination, rejet, honte, culpabilité. Une information générale sur le trouble bipolaire, ses causes, son diagnostic et ses traitements est proposée...
- **Apprendre à distinguer une humeur normale d'une humeur pathologique.** Lister les signes et symptômes dépressifs et maniaques ;
- **Améliorer la qualité de l'observance thérapeutique.** Principale cause de résistance, la mauvaise observance du traitement est favorisée par le manque d'information sur la maladie et les traitements, le tempérament et les troubles de la personnalité, les états subsyndromiques persistants, les effets indésirables, la mauvaise conscience du trouble...
- **Prévenir les abus de substances.** Il est clairement établi que la consommation de substances favorise le risque de récurrences, d'accélération des cycles, de perturbations des rythmes sociaux et constitue un facteur de résistance au traitement ;
- **Faciliter l'identification des symptômes annonciateurs d'une récurrence.** Le réajustement du traitement et le renforcement de règles d'hygiène de vie dès les premières manifestations sont souvent suffisants pour contrôler les variations thymiques. Le suivi de son état thymique peut-être facilité par le recours à un agenda d'humeur, des échelles analogiques et la participation de l'entourage sans pour autant lui attribuer une fonction de soignant ;
- **Permettre de contrôler les situations de stress et gérer les facteurs déclenchants.** Les situations de surmenage, les carences de sommeil, les cassures des rythmes sociaux, l'exposition à des stimuli répétés exposent les patients à un risque majeur de récurrences ;
- **Prévenir les conduites suicidaires ;**
- **Aider la personne à respecter les règles d'hygiène de vie et à adopter des rythmes réguliers de vie.** La tenue régulière d'un agenda de sommeil et d'un diagramme de l'humeur¹, le respect de rythmes réguliers de vie, la gestion de situations stressantes contribuent à stabiliser l'humeur ;
- **Améliorer les relations interpersonnelles et le fonctionnement social entre les crises ;**
- **Lutter contre les symptômes mineurs subsyndromiques et résiduels.**

1 Vous pouvez remplir l'agenda du sommeil, p. 196. Des diagrammes de l'humeur sont à compléter en fin d'ouvrage (Voir annexes, p. 263).

Ces objectifs dépassent largement le cadre de l'éducation thérapeutique. Ils constituent une approche spécifique du trouble bipolaire, qui tient compte de ses causes, de ses conséquences et des pathologies associées.

3 QUAND METTRE EN PLACE LA PSYCHOÉDUCATION ?

- Dès le premier épisode ;
- Après stabilisation de l'épisode ;
- En fin d'hospitalisation.

4 POUR QUI ?

- En théorie pour l'ensemble des patients ;
- Tous sujets proches du patient dans sa vie quotidienne : conjoints, parents, amis ;
- Mais peu accessible aux patients présentant un trouble grave de la personnalité ou lors d'une phase aiguë de la maladie.

5 MODALITÉS

Les modalités d'approche reposent essentiellement sur les techniques comportementales (se reporter à l'ouvrage de Christine Mirabel-Sarron et Isabelle Leygnac-Solignac *Les troubles bipolaires, de la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif*).

Le nombre de séances est variable et dépend du nombre et du type d'objectifs. Il est limité à 5 ou 6 lorsqu'un seul thème a été préalablement défini (observance du traitement, identification des symptômes qui annoncent une rechute, règles d'hygiène de vie...). Il peut s'étendre à plus de 20 séances lorsqu'il s'agit d'une prise en charge globale avec plusieurs objectifs. Une prise en charge individuelle sera privilégiée en cas de troubles de la personnalité, de phobies sociales... La constitution du groupe repose aussi sur certaines règles. Une consultation préalable est nécessaire afin de préciser les objectifs et de constituer un groupe homogène. La présence de personnalités trop psychorigides ou antisociales pourrait exercer une action négative sur la dynamique du groupe. Ces mesures sont délivrées par un personnel entraîné aux thérapies de groupe (psychiatres, psychologues, infirmiers). Elles constituent un acte thérapeutique.

6 ATTENTES DE L'APPROCHE EN GROUPE



Pratique pro

- ▶ *Confidentialité* : le groupe reste anonyme. Certains responsables font signer une sorte de clause de confidentialité, d'autres animateurs préfèrent approcher cette règle sur un mode de confiance réciproque, basée sur « la parole donnée ».
- ▶ *Régularité* : cette approche est progressive et se déroule étape par étape. Il est préférable de s'inscrire dans la continuité. Les informations sont diffusées selon un schéma précis, avec une suite logique.
- ▶ *Respect mutuel* : chaque personne, qui fait partie du groupe, a sa propre histoire, ses fragilités. Si l'humour est utilisé comme soupape de détente et moteur des séances, il ne doit pas être utilisé aux dépens des participants.
- ▶ *Participation active* qui permet un meilleur apprentissage et une meilleure dynamique de groupe. Une force émane du groupe, avec la construction d'une stratégie qui repose sur la mutualisation des engagements et de l'expérience de chacun.
- ▶ *Interactivité* : chaque membre du groupe intervient dans la mesure de ses possibilités. Rien ne se fait en force ni n'est obligatoire. Ceci permet d'obtenir une fluidité et une harmonie en réduisant au maximum les contraintes. Il n'est pas fait de différence entre soignants, personnes touchées par le trouble ou membre de l'entourage. C'est ce qui permet à chacun de s'exprimer, en évitant d'aborder son histoire personnelle. Il ne s'agit pas d'un groupe de parole.
- ▶ *Modelage* : reconnaissance chez l'autre des erreurs ainsi que des conduites adaptées et positives. Il est plus facile de constater un dysfonctionnement qui vient de l'extérieur. De même il est possible de pouvoir s'approprier des moyens de protection lorsque ceux-ci ont fait la preuve de leur efficacité.
- ▶ *Entraide et cohésion*, mise en confiance, compréhension, empathie. Un élan humain se dégage du groupe. Des relations amicales se créent au fur et à mesure des séances.
- ▶ *Unité du groupe* : le groupe ne fait qu'un. Chacun s'implique en fonction de ses moyens.
- ▶ *Mise sur de bons rails* : le fait de pouvoir bénéficier d'un accompagnement hebdomadaire, permet de s'inscrire dans la continuité et la régularité et d'avoir le sentiment d'une réelle assistance.

12

Définition de la psychoéducation

1

7 DIFFÉRENTES APPROCHES PSYCHOÉDUCATIVES

Différentes approches de mesures psychoéducatives ont été proposées ces dernières années. Si les objectifs et les modalités de travail en groupe sont en partie comparables

et nettement influencés par les thérapies cognitivo-comportementales, le nombre de séances, la sélection des patients et la participation de l'entourage apportent une spécificité à ces différentes approches.

Information générale sur le trouble bipolaire et ses traitements

L'information est le préalable indispensable à toutes ces approches. Sa nécessité ne s'entend pas uniquement sur un plan légal, tel qu'il est défini par la loi de mars 2002. De nombreuses pathologies médicales et psychiatriques justifient la diffusion d'une information auprès des patients, voire de leur entourage proche. Cette démarche a été facilitée par le travail effectué par des associations de patients et la publication de plusieurs ouvrages de vulgarisation.

Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Plusieurs études contrôlées soulignent l'intérêt de cette approche en association à la chimiothérapie. Les plus anciennes font apparaître une amélioration de l'observance. Elles peuvent permettre de stabiliser des troubles thymiques qui persistent après rémission. Post et al. proposent un diagramme de l'humeur en tenant compte des facteurs de stress à l'origine des récives. Le recours aux TCC permet une diminution du nombre et de la durée des récives, du nombre et de la durée des hospitalisations, et une amélioration du fonctionnement social. Les objectifs sont à peu près identiques à ceux des mesures psychoéducatives : amélioration de l'observance, détection précoce des symptômes, contrôle des situations stressantes, prise en charge des comorbidités et des dépressions bipolaires. Une partie importante du programme de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est consacrée à l'éducation des symptômes.

Mesures psychoéducatives centrées sur la famille

Le dysfonctionnement familial (conflits et difficultés de communication) peut constituer un facteur de récive. Il est clairement établi que l'entourage familial peut tirer des profits de la diffusion d'une information. Cette approche a été principalement développée par Miklowitz. Elle intègre des techniques psychoéducatives et cognitivo-comportementales (résolution de problème, entraînement à une meilleure communication...) et s'adresse aux différents membres de la famille.

Les résultats positifs concernent particulièrement les épisodes dépressifs. L'explication fournie par les auteurs serait que la manie est un phénomène principalement déterminé par des facteurs biologiques avec des rechutes le plus souvent attribuées à une mauvaise

adhésion au traitement, une réduction du temps de sommeil, des cassures des routines (rythmes sociaux) et une situation de surmenage.

En revanche, le soutien social et familial semble mieux protéger contre la survenue d'épisodes dépressifs bipolaires et unipolaires. Il est possible que le cadre apporté par la famille contribue à réguler les rythmes sociaux par des règles de vie et un emploi du temps structuré. La résolution de conflits et une meilleure communication contribuent à la stabilité thymique et protègent contre la survenue d'épisodes d'excitation.

Thérapies interpersonnelles et régulation des rythmes sociaux (IPSRT *Interpersonal social rhythms therapy*)

Inspirée des travaux de Klerman, cette approche développée par Elen Frank repose sur une régulation des rythmes sociaux permettant ainsi de limiter les risques de perturbations des rythmes biologiques.

Programme d'objectifs personnels

Ce programme élaboré par M. Bauer et L. McBride s'intègre dans le champ de la psychoéducation. Il repose sur quatre constatations chez les patients bipolaires : la mauvaise qualité de vie, le défaut d'observance du traitement médicamenteux, les répercussions socioprofessionnelles et la limitation de réalisation d'objectifs importants.

Deux phases distinctes ont été développées. La première est constituée de 5 sessions hebdomadaires informatives sur la maladie bipolaire, ses causes et ses traitements, sur les différents aspects des dépressions et des états d'excitation maniaque. La seconde phase est centrée sur l'identification d'objectifs personnels.

Le principe est de reconnaître les obstacles et de les dépasser à l'aide de techniques cognitives et interpersonnelles.



Info flash

L'approche psychoéducative constitue l'un des éléments-clefs de la prise en charge du trouble bipolaire. Elle ne peut se substituer au traitement médicamenteux. Les modalités sont plus ou moins bien codifiées et s'inspirent de différentes techniques. Elles reposent avant tout sur la diffusion d'une information générale sur la maladie, ses causes, ses modes d'expression et d'évolution, ses complications et ses traitements en expliquant les risques de leur interruption et la signification des effets indésirables.

Ce premier objectif étant atteint, il est possible de se fixer d'autres objectifs qui conditionnent l'évolution du trouble : reconnaissance précoce des symptômes qui annoncent une rechute ou une récurrence, identification des situations qui peuvent déclencher ou précipiter un nouvel épisode, respect des règles d'hygiène de vie, organisation de sa vie au quotidien, amélioration des relations familiales, sociales et professionnelles, réalisation d'objectifs personnels. Cette approche va permettre une meilleure acceptation du trouble, condition préalable à l'observance, et consolider l'alliance thérapeutique, autre nécessité indispensable au suivi.

L'entourage (conjoint, parents, enfants, amis) est aussi concerné par ce type d'approche. Il peut être inclus au groupe ou pris en charge séparément. En ce qui concerne les jeunes enfants de bipolaires, la prise en charge est spécifique et ne peut s'envisager que dans des structures spécialisées.

Évaluation des connaissances

Avant de commencer cette session de psychoéducation, il est proposé d'évaluer le niveau de connaissance du trouble bipolaire à partir d'une liste de 50 questions. Une nouvelle évaluation sera effectuée en fin de session afin d'identifier si les informations ont été acquises.

		VRAI	FAUX
1	Le trouble bipolaire est la dénomination moderne de la psychose maniaco-dépressive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Le trouble bipolaire est une maladie génétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Le trouble bipolaire touche plus de 5 % de la population générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Le trouble touche aussi bien les hommes que les femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Le trouble bipolaire est la sixième cause de handicap dans le monde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Le taux de mortalité des personnes atteintes de trouble bipolaire est deux fois plus élevé que celui de la population générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Le trouble bipolaire commence le plus souvent chez l'adulte jeune voire l'adolescent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	L'accouchement peut provoquer un état maniaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Le risque de suicide est majeur au début de la maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Le modèle bio-psycho-social ne s'applique pas au trouble bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|----|--|--|--|
| 11 | Le trouble bipolaire est diagnostiqué tardivement après un délai de dix ans | | |
| 12 | Le trouble bipolaire de type I se caractérise par des états d'excitation et de dépression sévère | | |
| 13 | Le trouble bipolaire de type II est moins grave que le trouble bipolaire de type I | | |
| 14 | Le trouble bipolaire de type III est une forme induite par des traitements antidépresseurs | | |
| 15 | Le trouble bipolaire est associé dans 50 % des cas à des addictions | | |
| 16 | La dépression inaugure le trouble bipolaire dans la moitié des cas | | |
| 17 | 1/3 à la moitié des dépressions sont des troubles bipolaires | | |
| 18 | La cyclothymie fait partie du spectre des troubles bipolaires | | |
| 19 | Le trouble bipolaire à cycle rapide est une alternance d'épisodes un jour sur deux | | |
| 20 | Le trouble bipolaire peut être provoqué par des atteintes neurologiques | | |
| 21 | Les corticoïdes peuvent provoquer un trouble bipolaire | | |
| 22 | Si un parent est atteint de trouble bipolaire, le risque pour les enfants d'être atteint est de 10 % | | |
| 23 | L'insomnie est l'un des signes de début de la manie | | |
| 24 | L'insomnie peut provoquer un état maniaque | | |
| 25 | Le lithium est un traitement prescrit à vie | | |
| 26 | Le lithium est principalement dégradé par le foie | | |
| 27 | Le lithium a été synthétisé au début du siècle dernier | | |
| 28 | Le lithium contre indique le régime sans sel | | |
| 29 | Le lithium a un effet antisuicide | | |
| 30 | Le lithium peut provoquer ou aggraver un psoriasis | | |
| 31 | Le tremblement est le signe majeur d'une intoxication au lithium | | |
| 32 | La concentration de lithium dans le sang doit être supérieure à 1,2 mmol/l | | |
| 33 | Les antidépresseurs ne doivent pas être prescrits avec les sels de lithium | | |
| 34 | Le Dépakote est compatible avec une grossesse | | |



L'ESSENTIEL

Les réponses figurent à la page 256.

35	Le Dépakote ne doit pas être prescrit avec le lithium		
36	Le Lamictal doit être prescrit d'emblée à la dose de 200 mg/j		
37	Le Lamictal ne doit pas être prescrit en cas d'épilepsie		
38	Le Lamictal prévient surtout les récives dépressives		
39	Le Tégrétol est le plus ancien thymorégulateur		
40	Le Zyprexa est un antipsychotique		
41	Le Zyprexa peut provoquer un diabète		
42	Le Risperdal peut provoquer des états d'excitation		
43	L'arrêt brutal d'un antidépresseur peut provoquer un état maniaque		
44	Les thérapies cognitivo-comportementales sont contre-indiquées en cas de trouble bipolaire		
45	La psychoéducation permet d'interrompre les stabilisateurs d'humeur		
46	La psychoéducation consiste essentiellement à informer le patient sur ses traitements médicamenteux		
47	Les membres de l'entourage peuvent remplacer les soignants lorsqu'ils ne sont pas disponibles		
48	La mauvaise observance du traitement est la principale cause de rechute		
49	Les ECT sont contre-indiqués en cas de trouble bipolaire		
50	La régularité des rythmes de vie peut contribuer à stabiliser l'humeur		

La psychoéducation permet de mieux contrôler le stress, d'éviter l'usage et l'abus de toxiques, de réguler le style de vie et de prévenir les conduites suicidaires.

Les résultats attendus sont une stabilisation de l'humeur, une diminution du nombre de rechutes et de récives, une diminution du nombre et de la durée des hospitalisations, une amélioration de la qualité de vie du patient et de son entourage, une consolidation de l'alliance médecin-patient-entourage, une amélioration de l'observance du traitement.

La psychoéducation permet de faciliter la conscience de la maladie, la détection précoce des symptômes prodromiques et l'amélioration de l'observance du traitement.



Mise en situation et sujets de discussion

- ▶ Quels bénéfices peut-on attendre des sessions psychoéducatives ?
- ▶ Par quels moyens (objectifs intermédiaires) ?
- ▶ Intérêt des sessions en groupe



Bibliographie

Amador X., 2007, *Comment faire accepter son traitement au malade*, Retz.

Aubry J.M., Ferrero F., 2008, *Traitements psychologiques des troubles bipolaires*, Masson.

Bauer M., Mc Bride L., Aubry J.-M., 2001, *Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire. Une approche structurée ; le programme d'objectifs personnels*, Médecine et Hygiène.

Duchesne N., 2006, *Des hauts et des bas, bien vivre sa cyclothymie*, Odile Jacob.

Colom F., Vieta E., 2009, *Manuel de psychoéducation pour les troubles bipolaires*, Marseille, Solal.

Frank E., 2007, *Treating bipolar disorder*, Guilford Publication.

Miklowitz D., 2010 (2^e édition) *Treating bipolar disorder – Bipolar disorder a family-focused treatment approach*, Guilford Publication.

Miklowitz D., 2002, *The bipolar survival guide*, New York, Guilford Press.

Mirabel-Sarron C., Leygnac-Solignac I., 2011, *Les troubles bipolaires. De la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif*, 2^e édition, Paris, Dunod.

Ramirez Basco M., 2008, *Le trouble bipolaire, Manuel d'exercices pour une meilleure qualité de vie*. Éditions Socrate Promarex.

Sorbara F., Gindre C., 2012, *Mon humeur enfin stable, votre stratégie personnalisée*, PUF.

NOTES

A series of horizontal dashed lines for writing notes.

Chapitre 2

Humeur normale



OBJECTIFS

- ▶ Distinguer une humeur normale d'une humeur pathologique
- ▶ Pouvoir identifier son trouble à partir de questionnaires, de diagrammes de l'humeur et de lifechart
- ▶ Prendre connaissance des différents traitements



et pathologique

1	Sommes-nous tous des maniacos-dépressifs ?	22
2	Généralités sur les traitements	30
3	Quels sont les indices qui peuvent orienter vers un diagnostic de troubles bipolaires ?	31
4	MDQ (Mood Disorder Questionnaire)	32
5	Questionnaire de Angst	34
6	Index de bipolarité (Sachs)	35



Info flash

Le trouble bipolaire concerne à peu près 1 à 3 % de la population en France. Ce pourcentage est beaucoup plus élevé (3 à 6,5 %) si les formes à expression atténuée sont prises en compte. Il constitue un problème majeur de santé publique. Il fait partie des dix maladies les plus coûteuses et invalidantes au plan mondial et l’OMS le situe à la sixième place des causes de handicap. Le taux de mortalité est deux à trois fois plus élevé que celui de la population générale. Les coûts directs et indirects représentent plusieurs milliards d’Euros. Le risque suicidaire est majeur, avec un pourcentage évalué à 5 % et de 1/3 à la moitié des personnes atteintes faisant une tentative de suicide. 6 à 15 % des décès sont en rapport avec un suicide. La souffrance engendrée par ce trouble ne se limite pas au patient, elle touche l’entourage proche. Ce trouble est responsable d’un risque majeur de désocialisation et expose fréquemment le patient à la justice. Il existe fréquemment d’autres troubles associés qui peuvent constituer des facteurs de résistance et qui aggravent le pronostic. La comorbidité abus de substances concerne jusqu’à 60 % des personnes atteintes. De même les troubles anxieux sont sur-représentés.

Le trouble bipolaire est déterminé par un ensemble de facteurs, à la fois psychologiques, génétiques et environnementaux. Le concept étiopathogénique retenu aujourd’hui est l’existence d’une vulnérabilité génétique sur laquelle interviennent différents types de facteurs environnementaux. L’étude des données biographiques fait apparaître une fréquence élevée d’événements précoces de fragilisation : carence affective, séparation, sévices, agressions sexuelles... Il est établi que les situations de stress comme les événements pénibles de vie, le surmenage, le manque de sommeil, l’abus de substances, les perturbations des rythmes sociaux peuvent déclencher ou précipiter un premier épisode, une rechute ou une récurrence, chez un sujet qui présente une vulnérabilité génétique et psychologique. Les patients qui ont été confrontés à un événement pénible de vie présentent un risque 4,5 fois plus élevé de faire une récurrence. Les perturbations des relations familiales et sociales constituent aussi des facteurs de fragilisation familial et social.

1 SOMMES-NOUS TOUS DES MANIACO-DÉPRESSIFS ?

Cette phrase empruntée au titre de l’ouvrage de Ronald Fieve illustre la réalité du phénomène. Nous vivons tous avec des hauts et des bas. Notre humeur subit des fluctuations normales ou pathologiques. Il en est de même de notre fonctionnement intellectuel, de notre vivacité d’esprit, de notre forme physique, de notre pouvoir de créativité. Ces hauts et ces bas peuvent devenir plus ou moins intenses, plus ou moins prolongés et invalidants.

Ils peuvent générer une souffrance pour soi et les autres, provoquer des changements des rythmes de vie : « *Il (ou elle) est impossible à suivre, il (ou elle) est soupe au lait, il (ou elle) est insupportable, on ne sait jamais sur quel pied danser...* »

Dès lors, il est légitime de se poser des questions :

- Qu'est-ce qu'une humeur normale ?
- Sommes-nous tous égaux devant de telles fluctuations ?
- Quelles sont les causes de ces changements d'humeur ?
- À partir de quand sommes-nous catalogués bipolaires ou maniaco-dépressifs ?
- Quelles sont les conséquences ?

Qu'est-ce qu'une humeur normale ?

Il importe dans un premier temps de définir ce qu'on entend par une humeur. L'humeur est une disposition affective fondamentale qui influence notre niveau d'énergie, qui donne une tonalité agréable ou désagréable aux événements que nous vivons, qui influence nos pensées, nos émotions, nos sentiments, nos comportements. Elle est sous la dépendance de substances biologiques qui se situent au niveau du cerveau et qui vont contrôler l'activité de différentes fonctions. Ce fonctionnement est complexe car il existe des interconnexions entre les différents systèmes biochimiques, les hormones, les événements extérieurs et plus particulièrement ceux qui régulent notre horloge biologique interne. Les plus compréhensibles sont l'alternance de la lumière et de l'obscurité.

Cette humeur fluctue dans des conditions normales en fonction de nombreux paramètres sans que l'on puisse parler d'un trouble. Cela fait partie de la nature humaine. Cette fluctuation est liée à l'environnement et aux événements extérieurs. Ces fluctuations ne sont pas persistantes, durent quelques instants, quelques heures et se stabilisent. Il n'y a pas de conséquences négatives sociales, familiales ou professionnelles. Cette fluctuation se limite le plus souvent à un sentiment de tristesse modéré, de morosité ou de joie. Il n'existe pas d'autres signes ou si ceux-ci apparaissent, ils restent discrets, peu nombreux et très transitoires. Lorsque l'on apprend une mauvaise nouvelle, il est normal d'être triste et préoccupé. De même la joie que l'on peut ressentir après la réussite d'un examen ou l'annonce d'un heureux événement sera de courte durée. Dans tous ces cas, on conserve son libre arbitre. On reste conscient de la réalité. On arrive à puiser de l'énergie pour réaliser ses projets. Le désir et le plaisir remplissent notre vie, et nous sommes capables de la partager avec d'autres.

Il est possible d'analyser une situation, de la relativiser, de ne pas la dramatiser. La confiance en soi nous permet de nous projeter dans le futur et de rester optimiste sans être pour autant excessif. Notre fonctionnement cérébral conserve une certaine fluidité.