

GUIDE DE PRATIQUE POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DU TROUBLE BIPOLAIRE

**Ngô, T. L., Provencher, M. D., Goulet, J.,
Chaloult, L.**

Document de travail, septembre 2015

Ce guide de pratique a été rédigé avec la collaboration de Claude Blondeau de l'Hôpital du Sacré Cœur de Montréal

À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour sur la compréhension et la thérapie cognitivo-comportemental (TCC) des troubles bipolaires. La présente version demeure toutefois un **document de travail**. Elle n'a pas la prétention d'être complète et elle peut faire l'objet de discussions, de corrections ainsi que de modifications futures.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult ([Chaloult, Ngo, Goulet, & Cousineau, 2008](#)) pour une présentation pratique des principes fondamentaux et techniques de base de la TCC.

À PROPOS DES AUTEURS

Thanh-Lan Ngô est médecin psychiatre. Elle pratique à la clinique des maladies affectives du Pavillon Albert-Prévost qui relève du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Elle est professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Martin D. Provencher est psychologue. Il est directeur de l'Unité de thérapie cognitive-comportementale (UTCC) au Service de consultation de l'École de psychologie et a été président de l'Association canadienne des thérapies cognitives et comportementales (ACTCC-CACBT). Il est professeur agrégé à l'Université Laval.

Jean Goulet est médecin psychiatre. Il pratique au département de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval et au département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Louis Chaloult est médecin psychiatre. Il pratique en bureau privé à la Polyclinique médicale Concorde, à Laval. Il a été professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal de 1980 à 2010.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Section 1 : Introduction..... | 5 |
| Section 2 : Évaluation..... | 8 |
| 2.1 Critères diagnostiques du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)..... | 8 |
| 2.2 Evaluation du trouble bipolaire..... | 14 |
| 2.3 Examens de laboratoire..... | 17 |
| 2.4 Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation | 19 |
| Section 3 : Traitement pharmacologique | 21 |
| Section 4 : Modèle cognitivo-comportemental | 29 |
| Section 5 : Principales étapes du traitement cognitif comportemental du trouble bipolaire | 34 |
| 5.1 Évaluation..... | 35 |
| 5.2 Psychoéducation et plan d'intervention..... | 35 |
| 5.2.1 Expliquer le modèle..... | 35 |
| 5.2.2 Fixer des objectifs | 36 |
| 5.3 Prescrire les médicaments | 36 |
| 5.4 Auto-observation des fluctuations de l'humeur..... | 36 |
| 5.5. Améliorer l'observance au traitement..... | 37 |
| 5.6.Activation comportementale pour la dépression et régulation du niveau d'activités en phase hypomaniaque..... | 38 |
| 5.7.Réévaluation cognitive..... | 38 |
| ...5.7.1. Identifier les pensées automatiques | 38 |
| 5.7.2 Réévaluer les pensées automatiques..... | 39 |
| 5.7.3 Identifier et réévaluer les croyances dysfonctionnelles... .. | 40 |
| 5.8. Développer un profil personnel de la maladie..... | 40 |
| 5.9 Terminaison et prévention des rechutes | 41 |
| 5.9.1 Révision des buts..... | 41 |
| 5.9.2 Autosoins | 41 |
| 5.9.3 Conséquences de la maladie | 41 |
| 5.9.4 Résumé de la thérapie..... | 41 |
| Section 6 : Déroulement du traitement..... | 42 |
| Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement..... | 48 |
| 7.1 Inventaire de Beck pour la dépression..... | 49 |
| 7.2 Inventaire de Beck pour l'anxiété | 50 |
| 7.3. Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)..... | 52 |
| 7.4 Questionnaire sur la maladie bipolaire..... | 53 |
| 7.5. Questionnaire d'Altman..... | 55 |
| 7.6. Le traitement du trouble bipolaire: un guide à l'intention des patients et e leur famille... .. | 57 |
| 7.7. La psychothérapie du trouble bipolaire..... | 80 |
| 7.8 Le trouble bipolaire et la psychothérapie cognitive: information pour le patient..... | 82 |
| 7.9. Ressources complémentaires pour le traitement du trouble bipolaire..... | 87 |
| 7.10 Graphique de l'évolution de la maladie (Life Chart)..... | 88 |
| 7.11 Graphique de l'humeur..... | 89 |
| 7.12. Registre des activités quotidiennes..... | 92 |
| 7.13. Rythmes sociaux..... | 93 |
| 7.14. Tableau d'enregistrement des pensées automatiques..... | 94 |

| | |
|--|----------------|
| 7.15. Tableau d'enregistrement des expériences comportementales..... | 95 |
| 7.16. Identifier les signes de rechute..... | 96 |
| 7.17. Plan d'action en cas d'épisode de dépression..... | 103 |
| 7.18 Plan d'action en cas d'épisode de manie ou d'hypomanie..... | 105 |
| 7.19 Plan d'action en cas de rechute (tableau résumé)..... | 107 |
| 7.20 Les habitudes de vie et les maladies affectives..... | 108 |
| 7.21. Identifier et remettre en question les croyances conditionnelles et fondamentales..... | 112 |
| 7.22. Hâbiletés de communication en 4 étapes..... | 113 |
| 7.23. Résumé de la thérapie | 114 |
| Bibliographie | 115 |
| ANNEXE : PROTOCOLE DE BASCO ET RUSH | 119 |

Section 1 : Introduction

Brève description du trouble bipolaire

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur qui est caractérisé par des épisodes de dépression (caractérisés par la tristesse, perte d'intérêts, fatigue) alternant avec des épisodes de manie (caractérisés par une élévation anormale de l'humeur associée à une augmentation du niveau d'énergie et d'activité) ou d'hypomanie (dont les symptômes sont moins sévères et prolongés que la manie). Il existe quatre types de troubles bipolaires :

- le type I (épisode de manie habituellement précédé ou suivi d'un épisode de dépression),
- le type II (épisodes de dépression et au moins un épisode d'hypomanie mais pas de manie),
- le trouble cyclothymique (épisodes avec des symptômes d'hypomanie et périodes avec des symptômes dépressifs sans remplir les critères d'un épisode de dépression majeure ou d'hypomanie, pendant au moins la moitié du temps, sur deux ans),
- le trouble bipolaire autre spécifié (symptômes dépressifs et d'hypomanie qui ne remplissent pas les critères diagnostics des troubles précédents à cause de la durée ou du nombre de critères rencontrés à chaque épisode, épisodes d'hypomanie sans épisodes de dépression majeure, épisode de manie chez un individu avec un diagnostic de trouble psychotique, symptômes d'hypomanie et de dépression de trop courte durée pour poser un diagnostic de trouble cyclothymique).

Épidémiologie du trouble bipolaire

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC], cycle 1.2), 1 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont présenté des symptômes correspondant aux critères d'un trouble bipolaire au cours des 12 mois précédents et 2,4 % ont déjà présenté des symptômes d'un trouble bipolaire au moins une fois dans leur vie. Le ratio entre les hommes et les femmes atteints de trouble bipolaire de type I est de 1 :1 (Merikangas et al., 2007)

Le trouble bipolaire est une maladie incapacitante

La maladie débute en moyenne vers 18 ans pour le trouble bipolaire de type I et à la mi-vingtaine pour le trouble bipolaire de type II (APA, 2013). Il s'agit d'une maladie chronique avec des périodes de rémission et de rechutes. Plus de 90 % des individus qui présentent un épisode de manie feront des rechutes (APA, 2013). Le taux de rechute est de plus de 70 % sur 5 ans (Gitlin et al., 1995). Sans traitement, 37 % des patients font des rechutes l'année suivant un épisode et 60 % dans les deux années suivantes. Dans l'étude STEP-BD ($n = 1469$), 58 % des patients bipolaires atteignent la rémission mais 49 % rechutent dans les deux ans suivant l'épisode; les rechutes sont deux fois plus souvent des épisodes dépressifs que maniaques (Perlis et al., 2006).

Après l'épisode initial, les patients présenteront des symptômes résiduels dépressifs pendant un tiers des semaines de leur vie (Judd, 2002). Le trouble bipolaire de type II est plus chronique et les individus qui en sont atteints sont plus souvent en dépression. Ces épisodes peuvent être sévères et conduire à l'invalidité (Judd et al, 2003). Le trouble bipolaire a un impact fonctionnel important, diminue la qualité de vie et est associé à des préjugés (Bowden, 2005, Michalak et al, 2011). De plus, 60 % des bipolaires auront une atteinte au niveau du fonctionnement après l'épisode de manie ou de dépression. Ainsi, 30 % ne retournent pas au travail et 30 % ont une atteinte fonctionnelle après un épisode. Des atteintes cognitives peuvent contribuer aux difficultés occupationnelles et interpersonnelles (Dickerson et al, 2004) et persister toute la vie même pendant les périodes euthymiques (Gildengers et al, 2010). 35 % des bipolaires font au moins une tentative de suicide (APA, 2013). Le taux de suicide est de 7-8 % (Goodwin et al, 2007). Le risque de suicide est dix fois plus élevé que dans la population générale. Des antécédents de tentatives de suicide et le nombre de jours déprimés dans la dernière année sont associés à un plus grand risque suicidaire (Marangell et al, 2006).

Le trouble bipolaire présente un haut taux de comorbidité

La comorbidité avec les troubles anxieux (3/4 des individus), les troubles de personnalité, le TDAH et les troubles des conduites et l'abus d'alcool et de drogues (plus de 50 % des troubles bipolaires de type I, 37 % des troubles bipolaires de type II) est fréquente ce dont on doit tenir compte lorsqu'on offre un traitement (APA, 2013). Ceux qui souffrent de

trouble bipolaire et de trouble lié à l'utilisation d'alcool présentent un plus grand risque de tentative de suicide (Oquendo et al, 2010).

Section 2 : Évaluation

2.1 Critères diagnostiques du DSM-5 ([American Psychiatric Association, 2013](#))

Il y a plusieurs types de trouble bipolaire :

- Le **trouble bipolaire de type I** est caractérisé par l'alternance entre des épisodes de manie et de dépression majeure. Pour poser un diagnostic de trouble bipolaire de type I, un seul épisode maniaque (ou plus) est nécessaire. Par contre, la vaste majorité des patients traversent un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs au cours de l'évolution de la maladie. Les épisodes hypomaniaques sont également fréquents chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire de type I, mais ils ne sont pas requis pour poser le diagnostic. La présence d'un épisode maniaque induit par un traitement antidépresseur (par exemple : médication ou psychothérapie) qui perdure au-delà de l'effet attendu pour ce traitement est maintenant reconnue comme une évidence suffisante pour poser un diagnostic de trouble bipolaire de type I.
- Le **trouble bipolaire de type II** est caractérisé par des épisodes d'hypomanie et de dépression majeure. Pour poser un diagnostic de trouble bipolaire de type II, un seul épisode hypomaniaque (ou plus) est nécessaire, accompagné(s) d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs.
- Le trouble bipolaire I ou II peut être à **cycle rapide** s'il y a 4 épisodes ou plus en un an.
- Dans le **trouble cyclothymique**, on note des épisodes avec des symptômes d'hypomanie et d'autres avec des symptômes dépressifs qui ne remplissent pas toutefois les critères d'un épisode de dépression majeure ou d'hypomanie. Les symptômes thymiques sont présents plus de la moitié du temps pendant deux ans.
- Le **trouble bipolaire autre spécifié** (symptômes dépressifs et d'hypomanie qui ne remplissent pas les critères diagnostiques des troubles précédents à cause de la durée ou du nombre de critères rencontrés à chaque épisode, épisodes d'hypomanie sans épisodes de dépression majeure, épisode de manie chez un individu avec un diagnostic de trouble psychotique, symptômes d'hypomanie et de dépression de trop courte durée pour poser un diagnostic de trouble cyclothymique).

- Le **trouble bipolaire induit par une autre condition médicale** (p. ex. hyperthyroïdie, sclérose en plaques) **ou par un médicament/substance** (p. ex. cocaïne, amphétamine ou autre stimulant, PCP ou autre hallucinogène, alcool, sédatif, hypnotique ou anxiolytique, L-Dopa et corticostéroïdes).

On peut poser un diagnostic de **dépression majeure** si le patient rencontre les critères suivants:

A. Pendant 2 semaines (5 des critères suivants dont l'un des 2 premiers) :

- tristesse presque tous les jours, pratiquement toute la journée
- perte d'intérêt pour presque toutes les activités, presque tous les jours, pratiquement toute la journée
- augmentation ou diminution de l'appétit
- augmentation ou diminution du sommeil
- fatigue
- agitation ou ralentissement psychomoteur
- difficulté à penser, indécision, trouble de concentration presque à tous les jours
- auto dévalorisation ou culpabilité excessive
- idées de mort récurrentes

B. Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement

C. Symptômes ne sont pas imputables aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale

On diagnostique un épisode de **manie** si le patient rencontre les critères suivants :

A. Humeur élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante pendant une semaine (ou toute durée si hospitalisé) associée à une augmentation inhabituelle et persistante du niveau d'énergie et/ou de l'activité orientée vers un but (social, scolaire, professionnel ou sexuel) presque tous les jours, presque toute la journée

B. 3 des symptômes suivants (ou 4 si l'humeur est seulement irritable) :

- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
- réduction des besoins de sommeil (p. ex. se sent reposé après 3 heures de sommeil)

- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
- fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent
- distractibilité
- augmentation des activités orientées vers un but ou agitation psychomotrice
- engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables

C. Altération marquée du fonctionnement ou psychose
 D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. corticostéroïdes ou abus d'amphétamines ou autres stimulants) ou d'une affection médicale

On diagnostique un épisode d'**hypomanie** si le patient rencontre les critères suivants :

A. Humeur élevée, expansive ou irritable de façon persistante pendant 4 jours associée à une augmentation inhabituelle et persistante du niveau d'énergie et/ou de l'activité orientée vers un but (social, scolaire, professionnel ou sexuel)

B. 3 des symptômes suivants (ou 4 si l'humeur est seulement irritable) :

- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
- réduction des besoins de sommeil
- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
- fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent
- distractibilité
- augmentation des activités orientées vers un but ou agitation psychomotrice
- engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables

C. Modification indiscutable du fonctionnement qui n'est pas habituel pour l'individu lorsqu'il n'est pas symptomatique

D. le changement est manifeste pour les autres

On diagnostique un trouble **cyclothymique** si :

A. Pendant 2 ans, il y a de nombreuses périodes où les symptômes d'hypomanie et dépressifs sont présents sans que soient réunis les critères d'hypomanie ou de dépression majeure

- B. Pendant les 2 années, il n'y a pas plus de 2 mois consécutifs sans les symptômes décrits en A.
- C. Aucun épisode dépressif majeur ou de manie n'est survenu pendant les 2 premières années du trouble.

Spécificateurs :

On peut ajouter des spécificateurs au diagnostic du trouble bipolaire afin de caractériser l'épisode actuel ou le plus récent.

Avec caractéristiques mixtes :

| En présence d'un épisode maniaque ou hypomaniaque | En présence d'un épisode dépressif majeur |
|--|---|
| <p>≥ 3 symptômes parmi les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humeur dysphorique ou dépressive rapportée par le patient ou notée par les proches • Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités (subjective ou objectivée par les proches) • Ralentissement psychomoteur • Fatigue ou perte d'énergie • Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive (pas seulement liée au fait d'être malade, i.e. se sentir « un fardeau pour les autres ») • Idées suicidaires | <p>≥ 3 symptômes parmi les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humeur élevée • Augmentation de l'estime de soi ou grandiosité • Volubilité • Tachypsychie • Augmentation du niveau d'énergie ou de l'activité orienté vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) • Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables • Diminution du besoin de dormir |

Avec détresse anxieuse : deux symptômes pendant la majorité des jours de l'épisode actuel :

- Sensation d'être survolté ou tendu
- Fébrilité inhabituelle
- Difficulté à se concentrer à cause des inquiétudes

- Peur d'une catastrophe
- Peur de perdre le contrôle

Avec cycle rapide : Quatre épisodes de manie, hypomanie ou dépression majeure dans les 12 derniers mois avec rémission partielle ou totale entre les épisodes pendant au moins 2 mois ou passage à un épisode de polarité inverse

Avec caractéristiques mélancoliques :

Un des symptôme suivant est présent :

- Perte de plaisir dans presque toutes les activités
- Perte de réactivité aux stimuli plaisants

Trois des symptômes suivants :

- Humeur dépressive caractérisée par l'abattement profond, désespoir, morosité ou le vide
- Dépression pire le matin
- Réveil matinal (deux heures avant l'heure de réveil habituel)
- Agitation ou retard psychomoteur marqué
- Anorexie ou perte de poids significative
- Culpabilité excessive ou inappropriée

Avec symptômes atypiques :

- Réactivité de l'humeur (suite à événement positif)
- Hypersomnie
- Paralysie de plomb (sentiment de lourdeur au niveau des bras et jambes)
- Sensibilité au rejet au long cours qui génère une diminution du fonctionnement social ou occupationnel

Avec symptômes psychotiques : délire ou hallucinations pendant l'épisode :

- Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur (grandiosité, invulnérabilité, suspicion, paranoïa)
- Caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur

Avec catatonie

- Immobilité motrice (catalepsie ou stupeur)
- Activité motrice excessive
- Négativisme ou mutisme extrême
- Mouvements volontaires particuliers : postures, mouvements stéréotypés, maniérismes proéminents, grimace proéminente
- Écholalie ou échopraxie

Avec début péripartum (débute pendant la grossesse ou moins de 4 semaines après l'accouchement)

Avec pattern saisonnier (pattern régulier d'un des types d'épisodes avec un début et une fin associé à des temps de l'année spécifiques sans qu'il n'y ait d'association avec un événement saisonnier comme le chômage hivernal, pendant au moins deux années consécutives sans épisodes de cette polarité à l'extérieur du pattern saisonnier pendant ce temps, plus d'épisodes saisonniers que non saisonniers dans la vie de l'individu)

2.2 Évaluation du trouble bipolaire

Distinguer le trouble bipolaire et la dépression majeure unipolaire

Les troubles bipolaires sont difficiles à diagnostiquer particulièrement au début. Seulement 20 % des patients bipolaires qui présentent un épisode de dépression reçoivent le bon diagnostic dans l'année qui suit la première consultation. La moyenne entre le début de la maladie et le diagnostic est de 5 à 10 ans (Baldessarini, 2007).

Il est en effet difficile de différencier le trouble bipolaire de la dépression unipolaire-surtout pour les patients qui se présentent avec un épisode dépressif et ceux qui ne présentent pas une histoire claire de manie ou d'hypomanie (Phillips et Kupfer, 2013). Ainsi, à titre d'exemple, la prévalence de trouble bipolaire chez les patients qui se présentent avec un épisode dépressif est de 28 % (Hantouche, 1998). Notons que :

- 1) Les individus atteints de trouble bipolaire II sont plus souvent en dépression.
- 2) Ils consultent surtout lorsqu'ils sont en dépression plutôt qu'en hypomanie car ils ne reconnaissent pas les conséquences de ces épisodes.
- 3) Les troubles bipolaires débutent souvent avec un épisode dépressif. Dans une étude sur 11 ans, la conversion au diagnostic de trouble bipolaire de type II était de 9 %.
- 4) Des symptômes d'hypomanie sont présents chez 30-55 % des patients durant l'épisode dépressif et sont communs pour la dépression unipolaire.

Face à un patient déprimé, il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une maladie bipolaire et donc que le patient n'a jamais présenté d'épisode de manie ou d'hypomanie dans le passé (cf. questionnaire sur la maladie bipolaire), si possible en confirmant avec un membre de la famille. On peut également demander s'il y a une histoire familiale de trouble bipolaire. On peut aussi soupçonner un trouble bipolaire si le patient déprimé ne répond pas à 2 ou 3 essais avec des antidépresseurs. Le tableau suivant présente des repères cliniques pour identifier les patients plus à risque de développer un trouble bipolaire.

Tableau : Repères cliniques pour identifier les patients déprimés unipolaires potentiellement plus à risque de développer un trouble bipolaire

- Facteurs liés aux épisodes dépressifs majeurs (EDM) :
 - Nombre : > 3 épisodes
 - Durée brève : < 3 mois
 - Âge d'apparition : ≤ 25 ans
 - Survenue d'EDM en post-partum
 - Symptômes psychotiques
 - Caractéristiques atypiques (par exemple : hypersomnie ou augmentation de l'appétit)
- Type de personnalité : Hyperthymique (recherche de sensations fortes, s'ennuie facilement lorsque non stimulé, change souvent de travail et/ou de partenaire de vie, etc.)
- Facteurs liés au traitement
 - Résistance aux traitements antidépresseurs (≥ 3 essais infructueux)
 - Épuisement rapide (souvent après quelques semaines) de l'effet positif des antidépresseurs (*poop-out syndrome*)
 - Agitation et/ou fébrilité suite à l'introduction d'un antidépresseur
- Histoire familiale de trouble bipolaire (chez les proches de premier degré)

*Traduit et adapté par Claude Blondeau à partir de Ghaemi (2002).

Dépression et psychose péri-partum

3 à 6 % des femmes présentent une dépression majeure pendant la grossesse ou pendant les semaines ou les mois qui suivent l'accouchement (Gaynes et al, 2005). 50% des épisodes de dépression majeure post-partum débutent avant l'accouchement (Yonkers et al, 2001). Ces épisodes sont souvent associés à une anxiété sévère et parfois des attaques de panique (Miller et al, 2006). Ils peuvent être associés à des symptômes psychotiques. L'infanticide est le plus souvent associé à des hallucinations mandatoires de tuer l'enfant ou délire que l'enfant est possédé. Les épisodes thymiques avec caractéristiques psychotiques surviennent chez 1/500 ou 1/1000 accouchements et semblent plus fréquents chez les primipares (Terp et Mortensen, 1998). Le risque est plus élevé lorsqu'il y a une histoire

d'épisode thymique post-partum, épisode de dépression ou trouble bipolaire ou histoire familiale de trouble bipolaire. Après un épisode de psychose post-partum, le risque de récurrence après chaque accouchement est de 30 et 50 % (Munk Olsen et al, 2009).

Risque suicidaire

Comme le risque de suicide est élevé, on l'évalue aussi soigneusement en explorant la présence d'idées suicidaires. Il faut vérifier l'intention de passer à l'acte, la présence d'un plan suicidaire et de préparatifs, les moyens disponibles ainsi que leur létalité potentielle. D'autres facteurs augmentent aussi le risque de passage à l'acte tels que la présence de psychose ou d'anxiété sévère, d'abus d'alcool ou de substances, la présence de tentatives suicidaires antérieures, d'une histoire familiale de suicide, de trouble de personnalité, d'agitation, d'insomnie importante et persistante ou d'impulsivité. Si on évalue que la sécurité du patient est compromise, on doit agir (p. ex. en le référant aux services d'urgence).

2.3 Examens de laboratoire

Des examens de laboratoires peuvent être indiqués pour s'assurer qu'on a exclu une condition organique à l'origine des oscillations de l'humeur (par exemple hyperthyroïdie, utilisation de drogues telles des stéroïdes/cocaïne/amphétamines, utilisation de médicaments, hyperparathyroïdie...).

Il faut donc faire un bilan de base qui comprend, au minimum une TSH et une FSC.

On doit aussi faire certaines prises de sang si on souhaite prescrire un stabilisateur de l'humeur ou un antipsychotique atypique.

Tableau : examens de laboratoires

| médicament | Avant d'entreprendre le traitement | Dosage de concentration plasmatique | Paramètres à surveiller |
|------------------------------|--|---|--|
| Lithium (eskalith, duralith) | <input type="checkbox"/> FSC, <input type="checkbox"/> analyse d'urine, <input type="checkbox"/> urée, créatinine, <input type="checkbox"/> électrolytes, calcémie <input type="checkbox"/> TSH, <input type="checkbox"/> ECG | Tous les 4 mois une fois la dose stabilisée : Lithémie 0.8-1mmol/l Epivalémie 350-700 µmol/l Tégrétolemie 17-50 µmol/l | <input type="checkbox"/> TSH et Créatinine tous les 6 mois, <input type="checkbox"/> Analyse d'urine à chaque année |
| Divalproex (épival) | <input type="checkbox"/> FSC, <input type="checkbox"/> fonction hépatique, <input type="checkbox"/> coagulogramme | | FSC et fonction hépatique 2 mois de suite puis tous les ans |
| Carbamazépine (tégrétole) | <input type="checkbox"/> FSC, <input type="checkbox"/> fonction hépatique, <input type="checkbox"/> électrolytes, <input type="checkbox"/> ECG si plus de 45 ans | | FSC tous les 2 mois |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Antipsychotique atypique (olanzapine, quetiapine, risperidone)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peser, signes vitaux, tour de taille, <input type="checkbox"/> glycémie à jeun, <input type="checkbox"/> bilan lipidique, <input type="checkbox"/> bilan hépatique | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Glycémie, bilan lipidique, bilan hépatique à 3, 6 mois et annuellement ; <input type="checkbox"/> Prolactinémie au besoin |
| <p>Clozapine</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peser, signes vitaux, tour de taille <input type="checkbox"/> sédimentation <input type="checkbox"/> créatinine kinase (CPK) <input type="checkbox"/> glycémie à jeun <input type="checkbox"/> bilan lipidique <input type="checkbox"/> bilan hépatique <input type="checkbox"/> électrolytes : Na, K, Cl <input type="checkbox"/> prolactine <input type="checkbox"/> EEG (si antécédent de convulsion, trauma crânien) <input type="checkbox"/> HbA1c (si diabète) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> FSC à toutes les semaines jusqu'à 26 semaines puis à toutes les deux semaines pendant 26 semaines puis à tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les 6 mois : cholestérol total, triglycérides, C-HDL, C- LDL, glycémie à jeun <input type="checkbox"/> Tous les 6 mois HbA1c si diabétique <input type="checkbox"/> Toutes les années : AST, ALT, prolactine |

2.4 Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation

Vous retrouverez les échelles mentionnées ici à la section 7 du présent document.

Dans l'approche cognitivo-comportementale, on considère comme indispensable de bien répertorier les symptômes du patient et d'en évaluer la gravité avant de débiter le processus thérapeutique. Les résultats sont ensuite réutilisés en cours de route (on peut demander au patient de remplir l'échelle de dépression avant chaque session) et en fin de traitement pour en mesurer l'efficacité.

Dans l'épisode dépressif majeur, on utilise surtout les inventaires de Beck pour la dépression et l'anxiété. Notons par contre qu'il ne s'agit pas d'échelles diagnostiques.

1. **L'Inventaire de Beck pour la dépression.** Cet inventaire permet d'identifier et de mesurer la gravité des symptômes dépressifs. Les principaux symptômes couvrant les sphères affective, cognitive, comportementale et biologique sont repassés à tour de rôle. Pour mesurer l'intensité du symptôme, on demande au sujet de choisir entre trois, quatre ou cinq phrases qui représentent chacune une intensité différente. Puis on met un pointage selon la phrase choisie, on additionne et le résultat final nous donne une meilleure idée de la gravité de la dépression.

2. **L'Inventaire de Beck pour l'anxiété.** La comorbidité entre la dépression et les troubles anxieux est importante. Cet inventaire permet de mieux évaluer les symptômes anxieux accompagnant la dépression. Des indications sont fournies pour interpréter les résultats des inventaires de Beck pour la dépression et l'anxiété. Rappelons que ces résultats ne sont qu'approximatifs et qu'ils doivent toujours être évalués à la lumière de la clinique.

3. On peut également se servir du **PHQ-9** pour évaluer les symptômes de dépression majeure et en suivre l'évolution en cours de traitement. Sensible aux changements et plus courte, cette échelle est particulièrement utile si vous comptez demander au patient de la compléter fréquemment.

4. Face à un patient déprimé, il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une maladie bipolaire et donc que le patient n'a jamais présenté d'épisode de manie ou d'hypomanie dans le passé (par exemple par le biais du **Questionnaire sur la maladie bipolaire**), si possible en confirmant avec un membre de la famille.

5. On peut aussi utiliser des échelles de mesure pour coter la présence de symptômes d'hypomanie ou de manie telle le **Questionnaire d'Altman** (ASRM).

D'autres mesures sont souvent utiles pour évaluer une dépression comme de prendre des informations auprès des membres de l'entourage ou de peser le patient pour vérifier s'il y a une modification du poids. Ajoutons que l'on doit toujours accorder beaucoup d'attention à l'évaluation et à la réévaluation du risque suicidaire.

Section 3 : Traitement pharmacologique

Avant de débiter un traitement chez un patient qui présente des symptômes de dépression majeure, il est préférable de s'assurer d'avoir exclu une condition organique (maladies physiques, substances psychoactives) pouvant causer ces symptômes. On suggère de faire un bilan de base comprenant au minimum une TSH et une FSC. Si on envisage donner un antipsychotique atypique, il faudra effectuer un suivi métabolique : peser et demander une glycémie à jeun, les enzymes hépatiques et un bilan lipidique, puis répéter à 3, 6 mois et annuellement.

Avant de prescrire un antidépresseur, il faut aussi s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une maladie bipolaire et donc que le patient n'a jamais présenté d'épisode de manie ou d'hypomanie dans le passé (cf. questionnaire sur la maladie bipolaire), si possible en confirmant avec un membre de la famille. On peut également demander s'il existe une histoire familiale de trouble bipolaire. En effet, la prescription d'un antidépresseur chez un patient bipolaire peut provoquer un virage en manie et amener une plus grande instabilité de l'humeur (cycles plus rapides et d'amplitude plus prononcée) ou l'apparition de caractéristiques mixtes.

Le choix du traitement pharmacologique dépend de la nature de l'épisode actuel, du type de trouble bipolaire, de l'évolution de la maladie. Les recommandations suivantes sont inspirées par le guide de pratique publié par l'*American Psychiatric Association* (2002, 2005):

- Épisode de manie :
 - 1^{ère} étape : Les premiers choix sont le lithium, le divalproex ou les antipsychotiques atypiques (tels l'olanzapine, risperidone, quetiapine, aripiprazole, ziprasidone) La carbamazépine est une alternative. Des benzodiazépines peuvent être utilisées en adjuvant pour une courte période de temps si le patient est agité. S'il prend un antidépresseur, il faut diminuer progressivement la dose et le cesser.
 - 2^{ème} étape : Si le patient ne répond pas, on peut combiner les stabilisateurs de l'humeur (lithium, divalproex ou, éventuellement, carbamazépine) ou ajouter un antipsychotique ou substituer un antipsychotique pour un autre.

- 3^{ème} étape : Dans les cas réfractaires, le clozaril et les électrochocs peuvent être considérés.
- Épisode dépressif :
 - 1^{ère} étape : lithium ou lamotrigine. Si le patient en prend déjà optimiser la dose. Éviter de donner un antidépresseur en monothérapie. L'olanzapine en combinaison avec la fluoxétine, la quétiapine sont efficaces pour la dépression bipolaire.
 - 2^{ème} étape : ajouter lamotrigine, bupropion ou paroxétine.
 - 3^{ème} étape : ajouter un autre ISRS ou venlafaxine ou IMAO à lamotrigine ou lithium.
 - 4^{ème} étape : si on a une dépression catatonique, psychotique ou une patiente enceinte, considérer ECT. Si on a une dépression psychotique, ajouter un antipsychotique.
- Traitement de maintien : lithium, divalproex, lamotrigine (efficacité limitée pour la prévention de la manie), olanzapine, quetiapine, risperidone LA, aripiprazole.

Ce guide de pratique datant de plus de 13 ans, on peut aussi se baser sur les recommandations du projet d'algorithme de *Harvard Algorithm Project* (<http://www.psychopharm.mobi>) et d'un groupe d'experts canadiens publiés par le *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) et l'*International Society for Bipolar Disorders* (ISBD) (2013) sur www.canmat.org.

Recommandations pour le traitement de la manie selon les lignes directrices du CANMAT

- Première ligne :
 - Monothérapie : lithium, divalproex, divalproex ER , olanzapine , risperidone, quetiapine, quetiapine XR, aripiprazole, ziprasidone, asenapine , paliperidone ER
 - À ajouter au lithium ou divalproex : risperidone, quetiapine, olanzapine, aripiprazole, asenapine
- Deuxième ligne :
 - Monothérapie : carbamazépine, carbamazépine ER, ECT, haloperidol
 - Combinaison : lithium + divalproex
- Troisième ligne :

- Monothérapie : chlorpromazine, clozapine, oxcarbazepine, tamoxifen, cariprazine
- Combinaison : lithium or divalproex + haloperidol, lithium + carbamazepine, adjunctive tamoxifen
- Non recommandé :
 - Monothérapie : gabapentin, topiramate, lamotrigine, verapamil, tiagabine
 - Combinaison : risperidone + carbamazepine, olanzapine + carbamazepine

Recommandations pour le traitement de la dépression bipolaire aigue selon les lignes directrices du CANMAT

- Première ligne :
 - Monothérapie : lithium, lamotrigine, quetiapine, quetiapine XR
 - Combinaison : lithium ou divalproex + ISRS, olanzapine + ISRS, lithium + divalproex, lithium ou divalproex + bupropion
- Deuxième ligne :
 - Monothérapie : divalproex, lurasidone
 - Combinaison : quetiapine + ISRS , modafinil en adjuvant, lithium ou divalproex + lamotrigine , lithium or divalproex + lurasidone
- Troisième ligne :
 - Monothérapie : carbamazepine, olanzapine, ECT
 - Combinaison : lithium + carbamazepine, lithium + pramipexole, lithium ou divalproex + venlafaxine, lithium + IMAO, lithium ou divalproex ou APA + ATC, lithium ou divalproex or carbamazepine + ISRS + lamotrigine, quetiapine + lamotrigine
- Non recommandé :
 - Monothérapie : gabapentin, aripiprazole, ziprasidone
 - Combinaison : adjuvant ziprasidone , adjuvant levetiracetam

APA = antipsychotique atypique; ECT = électroconvulsivothérapie; IMAO = inhibiteur de la monoamine oxidase; ATC = antidépresseur tricyclique; ISRS = inhibiteur sélectif de la recapture sérotonine; XR = extended release.

Recommandations pour un traitement de maintien du trouble bipolaire selon le CANMAT

- Première ligne :
 - Monothérapie : lithium, lamotrigine (efficacité limitée pour la prévention de la manie), divalproex, olanzapine, quetiapine, risperidone LA , aripiprazole

- Ajouter au lithium ou divalproex: quetiapine, risperidone LA , aripiprazole , ziprasidone
- Deuxième ligne :
 - Monothérapie : carbamazépine, paliperidone ER
 - Combinaison : lithium + divalproex, lithium + carbamazépine, lithium ou divalproex + olanzapine, lithium + risperidone, lithium + lamotrigine, olanzapine + fluoxétine
- Troisième ligne :
 - Monothérapie : asénaline
 - Adjuvant : phénytoïne, clozapine, ECT, topiramate, oméga-3-, oxcarbazépine, gabapentine, asénaline
- Non recommandé :
 - Monothérapie : gabapentine, topiramate, ou antidépresseurs
 - Adjuvant : flupenthixol

LA = long-acting injection; ER = extended release; ECT = électroconvulsivothérapie.

Tableau : Médication la plus fréquemment prescrite

| médication | Dose initiale (mg) | Marge posologique (mg/j) | Effets secondaires plus fréquents | Rôle dans le traitement |
|---------------------------|--------------------|--------------------------|---|---|
| Divalproex (épival) | 250 TID | 750-1750 | Somnolence, gain de poids, tremblement, effets gastro-intestinaux, inflammation hépatique/pancréatique, dyscrasies sanguines dont la thrombocytopénie, rash, tératogène | Traitement aigu de la manie, prophylaxie dans le trouble bipolaire classique, épisodes mixtes, cycles rapides |
| Carbamazépine (tégrétole) | 100 BID | 600-1200 | Somnolence, effets gastro-intestinaux, inflammation hépatique, anémie | Traitement aigu de la manie, |

| | | | | |
|------------------------------|--|---|--|---|
| | | | aplasique, rash, tératogène | prophylaxie dans les épisodes mixtes |
| Gabapentin (neurontin) | 300 die augmenter par pallier de 300 selon l'état clinique | 900-1800 | Somnolence, étourdissements, ataxie, fatigue nystagmus, tremblements, diplopie | Adjuvant si trouble anxieux, insomnie, sevrage ROH |
| Lamotrigine (lamictal) | Sem 1 : 25 id Sem 3 : 50 id Sem 5: 100 id Sem 6: 200 id | 100-500 | Rash, Stevens-Johnson, céphalées, étourdissements, ataxie, fatigue, nystagmus, tremblements, diplopie | Dépression bipolaire |
| Lithium (eskalith, duralith) | 300 B-TID | 900-1800 | Gain de poids, tremblement, nausée, pollakiurie, hypothyroïdie, insuffisance rénale | Traitement aigu de la manie, dépression bipolaire, traitement d'entretien |
| Olanzapine (zyprexa) | Manie aiguë : débiter à 10 mg et augmenter par pallier de 5 mg selon l'état clinique | Manie aiguë 10-30 mg Maintien/adjuvant : 5-20 mg | Étourdissements, somnolence, constipations, élévation des transaminases hépatiques, gain de poids, hyperglycémie, symptômes extrapyramidaux, hypotension orthostatique | Traitement aigu de la manie ; traitement d'entretien ; traitement adjuvant de la dépression bipolaire |

| | | | | |
|----------------------------|--|---|---|---|
| Quetiapine (seroquel) | Manie aiguë : Débuter à 100 mg et augmenter de 100 mg par jour | Manie aiguë : 400- 800 mg Maintien/adjuvant : 50-300 | Somnolence, étourdissements, sécheresse buccale, hypotension orthostatique, élévation des transaminases hépatiques, gain de poids, constipation | Traitement aigu de la manie ; traitement de la dépression |
| Risperidone (risperdal) | Manie aiguë : 2 ou 3 mg puis augmenter par pallier de 1 mg selon état clinique | Manie aiguë :1-4 mg Maintien :0.5-3 mg | Insomnie, agitation, symptômes extrapyramidaux, hyperprolactimémie, anxiété, céphalées, gain de poids | Traitement aigu de la manie ; traitement adjuvant de la dépression |
| Aripiprazole (Abilify) | 5-10 mg am | 15-30 mg | Akathisie, agitation, anxiété, céphalées, étourdissements, nausées, constipation, insomnie, somnolence | Traitement aigu de la manie |
| Asénapine (Saphris) | 5-10 mg BID sublingual | 5-10 mg BID | Somnolence, céphalées, insomnie, étourdissements, akathisie, effets extrapyramidaux | Traitement aigu de la manie |
| Clozapine (Clozaril) | 12.5-25 mg | 350-450 mg | Fatigue, somnolence, étourdissements, hypotension, bouche sèche, vision embrouillée, constipation, sialorrhée, prise de poids, soif, pollakiurie, nausée, brûlements d'estomac | Traitement aigu de la manie |

| | | | | |
|--------------------------|--|--------------|---|--|
| Palipéridone (Invega) | 3-6 mg | 3-12 mg | Agitation, anxiété, céphalées, étourdissements, sommolence, tachycardie, réactions extrapyramidales (akathisie, tremblements, hypertonie, dystonie), réactions au point d'injection) | Traitement aigu de la manie |
| Ziprasidone (Zeldox) | 20-40mg BID | 40-80 mg BID | Nausées, vomissements, diarrhée, constipation, dyspepsie, parkinsonisme, sommolence, étourdissements | Traitement aigu de la manie |
| Lurasidone (Latuda) | 40 mg die | 20-60 mg die | Sommolence, nausées, akathisie, effets extrapyramidaux (autres que l'akathisie), insomnie | |
| Topiramate (topamax) | 25 BID puis augmenter par pallier de 25 par semaine jusqu'à 100 et par pallier de 50 jusqu'à 200 | 50-500 | Sommolence, étourdissements, ataxie, troubles de la parole, nystagmus, paresthésie, glaucome, lithiases rénales, effets cognitifs | Traitement adjuvant du trouble bipolaire (ex. prise de poids) |

Par ailleurs, outre la prescription de médicaments, on peut suggérer au patient bipolaire d'autres interventions somatiques :

- Cesser la consommation de stimulants tels le café, le thé, le chocolat ou les boissons gazeuses caféinées s'il est agité, souffre d'anxiété ou d'insomnie.
- Cesser la consommation d'alcool car il est reconnu que même la consommation modérée d'alcool contribue à la persistance des états dépressifs. Il peut également contribuer à la

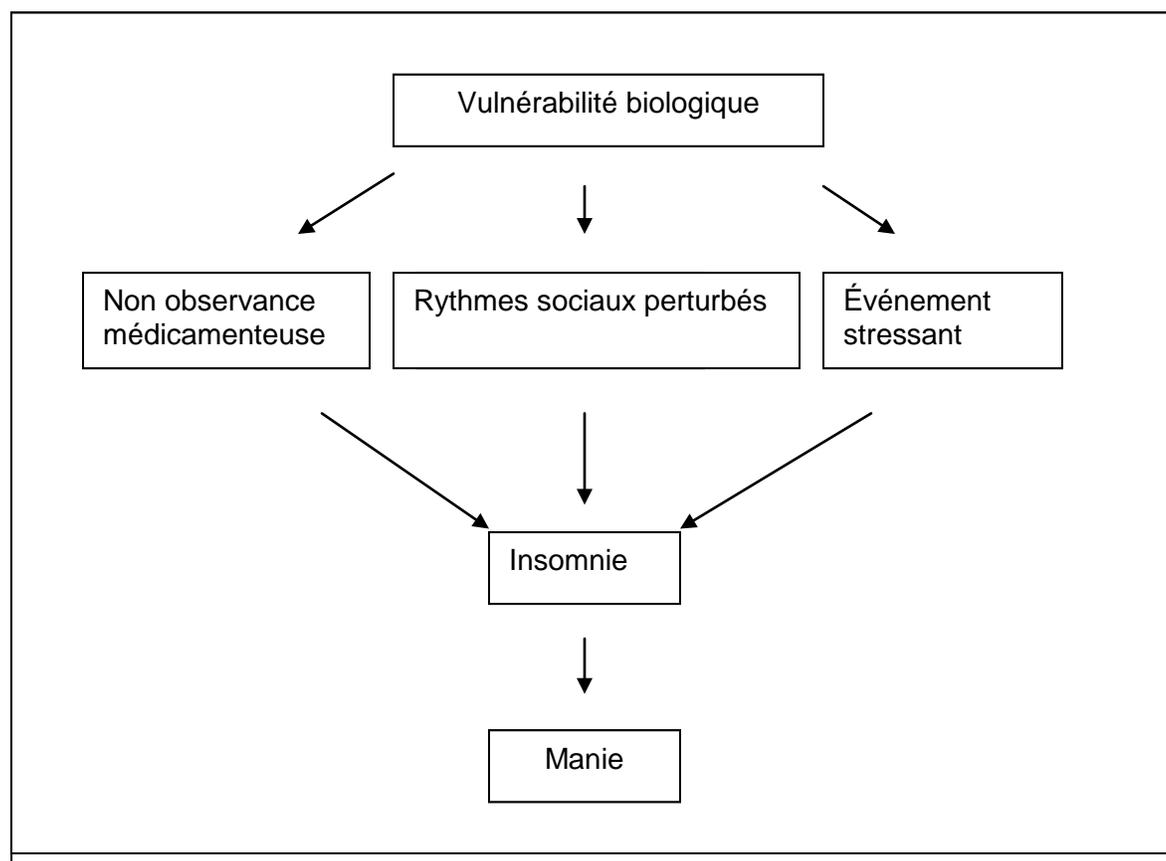
désinhibition, l'anxiété et l'insomnie. Si le patient est incapable de cesser de consommer, recommander les alcooliques anonymes ou des ressources de désintoxication (1-800-265-2626).

- S'abstenir de consommer des drogues qui induisent une instabilité de l'humeur et s'il est incapable de le faire par lui-même, suggérer des ressources de désintoxication.
- Si le patient présente de l'insomnie, on peut l'encourager à : éviter les stimulants, baisser la température de la chambre, faire de l'exercice le jour, limiter les siestes, se réveiller tous les jours à la même heure, ne pas se mettre au lit avant d'être somnolent, s'il ne dort pas au bout de 15 minutes il doit sortir du lit et lire quelque chose d'ennuyeux jusqu'à ce qu'il s'endorme en répétant la procédure si nécessaire. L'insomnie étant un facteur aggravant des troubles de l'humeur, il est parfois indiqué d'utiliser des médicaments hypnotiques pendant les épisodes qui pourront généralement être diminués graduellement et cessés quand l'épisode est résorbé.
- Faire de l'exercice s'il est déprimé et se reposer s'il est en hypomanie.

Section 4 : Modèle cognitivo-comportemental

On a longtemps considéré que le trouble bipolaire se traitait essentiellement sinon exclusivement par la médication. Comme certains symptômes peuvent persister malgré une médication appropriée, comme la maladie a un impact sur l'individu et comme les patients cherchent à moduler le cours de leur maladie par des moyens non-pharmacologiques, on a plus récemment élaboré des protocoles cognitivo-comportementaux qui ciblent des maladies psychiatriques sévères et persistantes comme la schizophrénie et le trouble bipolaire. Ces approches sont utilisées de concert avec les médicaments pour retarder la survenue de rechutes, en atténuer l'intensité et en raccourcir la durée (c.f. Cochran, 1984 ; Perry, 1998 ; Scott, 2001 ; Lam, 2003 ; Colom, 2003 ; Miklowitz, 2003).

Les protocoles de de traitement du trouble bipolaire se basent souvent sur le modèle d'instabilité de l'humeur de Ehlers et al. (1988).



Vulnérabilité biologique

Certaines personnes sont nées avec une prédisposition génétique ou biologique qui amène le développement du trouble bipolaire. Entre autres, le taux du trouble bipolaire chez les parents au premier degré des personnes bipolaires est de 8 % alors qu'il est de 1 % dans la population générale.

Le système nerveux d'un patient porteur du trouble bipolaire réagit fortement lorsqu'il est soumis à un stress ou si le cycle veille-sommeil est perturbé. Ainsi dans le modèle d'engagement comportemental (Gray, 1980 ; Depue, 1982 ; Carver, 1994), on suggère que le système d'activation comportemental (SAC) a une plus grande variabilité de base chez le patient bipolaire ce qui confère une plus grande sensibilité aux facteurs de stress et une moins bonne capacité de récupération après une disruption. On note donc des oscillations de l'humeur extrêmes selon les événements et une plus grande difficulté à atteindre un état de neutralité. Notons que le SAC favorise les comportements d'approche suite à l'obtention de récompenses ou en l'absence de punition. Les patients en manie élaborent ainsi beaucoup de projets, sous-estimant les risques et surestimant les chances de succès.

Sensibilité aux événements stressants

Les patients bipolaires sont sensibles au stress. Ainsi, des événements perturbateurs peuvent favoriser l'apparition de rechutes en manie et en dépression. Chacun est sensible à certains types d'événements. Par exemple, on note que le perfectionnisme et le besoin d'approbation se retrouvent souvent chez les bipolaires. Or si un patient tient beaucoup à l'approbation d'autrui (ex. *si on ne m'approuve pas, je ne vauds rien*), les chances de rechute en cas de conflit interpersonnel ou de rupture sont plus élevées (ex. l'individu conclue qu'il ne vaut rien) que si sa valeur personnelle ne dépend pas des autres. D'autre part, si sa valeur personnelle dépend de ce qu'il accomplit (ex. *je vauds quelque chose si je finis mes études ou si je travaille fort*), il peut, suite à un épisode dépressif ou maniaque, essayer de « rattraper le temps perdu » : il se met alors à travailler fort dès qu'il a un peu d'énergie, diminuer les heures de sommeil, négliger les loisirs, diminuer la dose des médicaments. Ce cercle vicieux entraîne des rechutes à courte échéance. On peut dans ce cas encourager le patient à ne pas définir sa valeur personnelle selon le jugement d'autrui ou son labeur (ex. j'aimerais que tout le monde m'approuve ou j'aimerais travailler/étudier mais si ce n'est pas le cas, ce n'est pas la fin du monde). Il peut être amené à rechercher une vie équilibrée (ex. ne pas négliger la vie personnelle, ne pas faire d'heures supplémentaires, accomplir une tâche de façon progressive en travaillant un peu chaque jour).

Aussi, selon le concept de la haute expression émotionnelle (*High Expressed Emotions*), si l'individu est soumis à des critiques, de l'hostilité, une surimplication émotionnelle de son entourage (ex. sa famille), il est à risque de faire une rechute. Or les problèmes avec l'entourage sont fréquents lorsque l'individu est atteint du trouble bipolaire. Par exemple, lors des épisodes dépressifs, les familles peuvent se sentir inquiètes puis frustrées par l'apathie de leur proche. Lors des épisodes d'hypomanie, les dépenses excessives, l'irritabilité et les projets grandioses peuvent inquiéter et irriter. Avec le temps, certaines familles deviennent surprotectrices et infantilisent le patient. D'autres prennent leur distance pour se protéger émotionnellement ce qui peut être interprété comme un rejet.

De plus, on sait que les capacités de résolution de problèmes interpersonnels sont diminuées chez les patients souffrant de trouble bipolaire. Ceci peut aussi exacerber les tensions interpersonnelles.

Il peut donc être intéressant de faire de la psychoéducation auprès du patient et de la famille. En effet, si la famille est au courant des causes, signes et symptômes de la maladie, utilité et limite du traitement, elle peut offrir un soutien plus efficace au patient. On peut aussi enseigner des techniques de communication (cf. annexe) et de résolution de problème afin de diminuer les conflits interpersonnels qui pourraient favoriser la rechute.

Rythmes sociaux perturbés

Dans le modèle des *zeitgebers* sociaux (Willilams, 1988 ; Ehlers, 1989), la présence des relations interpersonnelles et des tâches sociales amène l'individu à respecter une routine quotidienne qui favorise un cycle veille-sommeil régulier. Par exemple, on se lève le matin pour aller travailler, on voit ses proches en soirées et on dort la nuit pour pouvoir aller travailler le lendemain. Or, le maintien des rythmes circadiens est important pour le bien être de l'individu (i.e. dormir la nuit et être éveillé et actif le jour). Chez le bipolaire, la perturbation du cycle veille-sommeil (ex. changement d'horaire suite à un voyage, travail de nuit ou privation de sommeil) peut entraîner des rechutes. On encourage donc le patient à respecter une routine où il dort au moins 7 h par nuit et où il travaille le jour sans faire d'excès.

Autres facteurs qui peuvent amener une instabilité de l'humeur

L'abus de substances peut aussi agir comme facteur déclencheur d'une rechute. Or, un grand nombre de patients atteints d'un trouble bipolaire (35-75 %) utilisent des substances pour composer avec les variations d'humeur (ex. cocaïne ou amphétamines dans les épisodes dépressifs, marijuana pour dormir ou diminuer

l'anxiété, caféine pour diminuer la fatigue, etc...). Ces substances peuvent amener le déclenchement de la maladie, provoquer des rechutes ou diminuer les chances de rémission. Une approche éducative, motivationnelle et des références à des ressources appropriées (p.ex. AA, centres de désintoxication) s'avèrent souvent utile.

Non observance médicamenteuse

Finalement, les médicaments permettent de stabiliser le système nerveux et l'arrêt de médicaments augmente le risque de rechute (34 % avec médicaments vs 81-91 % sans médicaments, dans les 5-40 mois suivant l'épisode). Les médicaments diminuent aussi le risque suicidaire. Malheureusement, plus de 50 % des patients atteints du trouble bipolaire arrêtent la médication une fois et 35 % le font plus de 2 fois (Jamison, 1979). En fait, dans tous les types de maladies chroniques, 50 % des patients prennent les médicaments tels que prescrits par leur médecin. Quelles sont les raisons du manque d'observance médicamenteuse ? Dans le cas du trouble bipolaire, les patients peuvent, entre autres, penser qu'ils ne sont pas malades. S'ils sont conscients d'avoir fait un épisode de dépression ou de manie, ils peuvent penser qu'ils ne feront pas de rechutes. Ils peuvent souhaiter retrouver l'euphorie des épisodes d'hypomanie. Ils peuvent considérer que les médicaments sont des béquilles et que s'ils font preuve de force morale, ils pourront contrôler les variations de l'humeur. Des proches peuvent déconseiller la prise de médicaments, etc... Selon Leventhal (1986), si le patient ne prend pas sa médication, on doit explorer ses craintes, ses attitudes et ses croyances :

- Facteurs démographiques : Est-ce que le patient est jeune et oublie ses médicaments par insouciance ? Est-ce qu'il est plus âgé et que des facteurs cognitifs entravent la prise de médicaments ?
- Est-ce que l'entourage dit au patient de ne pas prendre ses médicaments ?
- Est-ce que le patient croit qu'il y a plus d'avantages que d'inconvénients à prendre la médication ? Est-ce qu'on peut diminuer les inconvénients (Ex. diminuer les effets secondaires, simplifier la cédule d'administration des médicaments, etc...)
- Est-ce qu'il croit être malade ? Est-ce qu'il croit que la maladie est assez grave pour qu'on doive la contrôler avec des médicaments ?
- Est-ce qu'il connaît les signes de rechute ? Est-ce que son entourage les connaît ? Si oui, le patient peut être en mesure de demander l'augmentation de la dose de certains médicaments s'il détecte des signes qui annoncent une rechute.

On encourage le clinicien à être réaliste et à ne pas s'attendre à une observance constante chez le patient bipolaire. Il est préférable de faire savoir au patient qu'on encourage une discussion ouverte au sujet de la

médication. Notons que la réactance peut être forte chez le patient bipolaire (certaines études démontrent même que les bipolaires remettent en question leurs propres conseils écrits lorsqu'ils font une rechute). Donc, tout en maintenant que la médication est nécessaire, on peut faire valoir au patient qu'il est celui qui doit prendre la décision d'adhérer ou non à ce point de vue. On peut favoriser la prise de la médication en évoquant les causes et l'évolution de la maladie (par exemple, dire au patient que plus il y a de rechutes, plus celles-ci sont rapprochées, durables et intenses ; l'informer que plus la maladie évolue, plus il y a d'épisodes dépressifs plutôt que maniaques), en diminuant les effets secondaires de la médication (ex. en diminuant les doses de médicaments) et en simplifiant le régime d'administration (ex. prescrire les médicaments une fois par jour au coucher ou au repas, acheter une montre qui sonne lorsqu'on doit prendre les médicaments, autres rappels...).

Résumé

On invite donc le patient à composer avec le trouble bipolaire en :

- Prenant fidèlement ses médicaments
- Évitant l'alcool, les drogues, les substances stimulantes (ex. café)
- Respectant une routine quotidienne : activités le jour et sommeil la nuit (ex. 7h par nuit)
- Gérant son stress (ex. résolution de problèmes ou techniques de communication)

Section 5 : Principales étapes du traitement cognitivo-comportemental du trouble bipolaire

Les objectifs de la TCC du trouble bipolaire sont les suivants :

1. renseigner le patient et les proches au sujet du trouble bipolaire, son traitement et les difficultés fréquemment rencontrées dans ce type de thérapie
2. enseigner l'auto-observation des symptômes de manie et de dépression (présence, sévérité, évolution)
3. améliorer l'observance au traitement pharmacologique
4. enseigner des techniques cognitivo-comportementales pour faire face aux problèmes cognitifs, affectifs et comportementaux associés avec les symptômes de manie et de dépression
5. enseigner à faire face aux facteurs de stress qui interfèrent avec le traitement ou qui engendrent des épisodes de manie ou de dépression

Il s'agit habituellement d'un protocole de traitement de 20 sessions hebdomadaires qui sont plus espacées à la fin du traitement (les dernières sessions peuvent être cédulées à toutes les deux semaines).

Le contenu des sessions est un guide. Il faut adapter le protocole au patient. Nous présenterons ici le protocole de Lam et al (2010) et vous trouverez en annexe, le protocole de Basco et al (2005) à titre indicatif.

Étape 1 (session 1 à 5). Les sessions initiales se concentrent sur l'évaluation et la psychoéducation concernant le trouble bipolaire et les traitements psychologiques et pharmacologiques. On fera une histoire de cas en détaillant l'histoire de la maladie actuelle, l'histoire personnelle et en établissant les buts de la thérapie.

Étape 2 (sessions 6 à 15). L'individu apprend à reconnaître sa propre signature de la rechute (i.e. les signes de rechute qui lui sont propres) en dépression, en manie et en hypomanie et développe un plan d'action afin d'éviter la rechute.

Étape 3 (session 16 à 20). L'individu continue à appliquer les techniques apprises et modifie son comportement si on identifie des problèmes potentiels.

5.1 Évaluation

L'évaluation se fera selon les paramètres mentionnés à la section 2.2 incluant l'évaluation clinique, les examens de laboratoire, les échelles pertinentes.

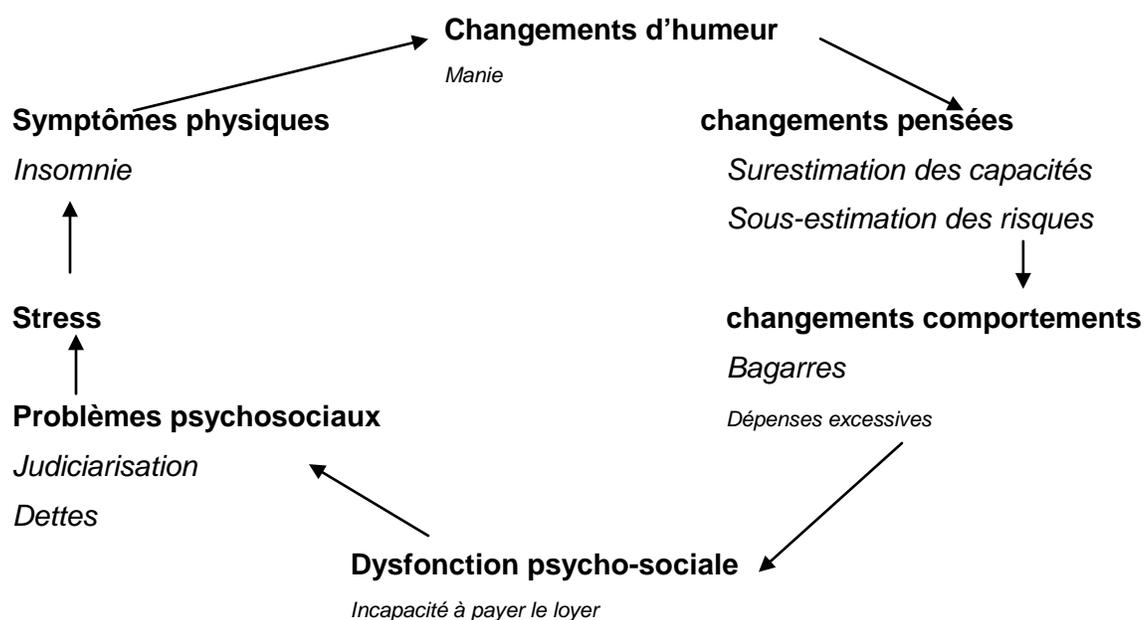
En cours d'évaluation, on bâtit aussi une conceptualisation cognitivo-comportementale longitudinale et transversale personnalisée.

Le thérapeute complétera le graphique de l'évolution de la maladie (*Life Chart*) avec le patient. On procèdera à une recension détaillée de l'histoire de la maladie en décrivant en détail chaque épisode (les symptômes, les facteurs précipitants, l'impact fonctionnel, le rôle de l'observance au traitement). On consignera ces informations sur un document intitulé « graphique de l'évolution de la maladie (*Life Chart*) ». .

5.2 Psychoéducation et établissement d'une alliance thérapeutique

5.2.1 Expliquer le modèle

Le thérapeute présente le modèle d'instabilité de l'humeur selon lequel le trouble bipolaire résulte d'une combinaison entre la prédisposition génétique et les effets environnementaux. Il présente le modèle cognitif qui met en lumière le rôle des pensées et des comportements dans les maladies psychiatriques. Par exemple, dans le cas de la manie (selon Basco et Rush, 1996, 2005) :



Il explique que la TCC est une approche structurée et qu'on utilisera un agenda à chaque session pour prioriser certains problèmes. Le patient devra s'impliquer activement et compléter des tâches à domicile. Entre autres, on s'attardera, en thérapie, au rôle de la routine au niveau du travail, du sommeil et de la diète qui favorise une stabilisation de l'humeur.

5.2.2 Fixer des objectifs

Le thérapeute identifie les buts fonctionnels du patient qui peuvent être en lien ou non avec les symptômes. Qu'est-ce que le patient aimerait faire mais qu'il est incapable de faire actuellement? Il établit la liste des buts lors de la deuxième session mais on pourra y revenir par la suite. Il utilise une approche de résolution de problème pour établir les étapes qui doivent être complétées pour atteindre ces buts. Il discute avec le patient de la façon de continuer à travailler pour atteindre ces buts malgré la présence de symptômes (p. ex., l'évitement ou le retrait). Il identifie les obstacles qui empêchent d'atteindre ces buts et des pistes de solution pour surmonter ces problèmes.

5.3 Prescrire les médicaments

c.f. section 3 sur la médication

5.4 Auto-observation des fluctuations de l'humeur

Le thérapeute explique lors de la première session que l'auto-observation sera un élément clé du traitement. Le patient complètera une échelle de mesure de l'humeur, un graphique de l'humeur et répondra à quelques questions concernant la médication à chaque session.

Voici quelques exemples d'échelles de mesure de l'humeur à faire remplir avant chaque session : l'inventaire de Beck de dépression, le questionnaire d'Altman pour les symptômes de manie et l'échelle du désespoir de Beck peut être utilisée si on craint le suicide (<http://www.choixdecariere.com/pdf/5671/11-2010.pdf>).

5.5 Améliorer l'observance au traitement

Le thérapeute prodigue des informations concernant le diagnostic du trouble bipolaire et son étiologie. Il répond aux questions du patient et des proches pour débusquer les fausses croyances. Il explique qu'il est souvent difficile de prendre régulièrement la médication qui est requise au long cours. Il faut s'attendre à des difficultés et trouver des solutions.

Il présente les médicaments stabilisateurs de l'humeur tels le lithium et les anticonvulsivants, les antipsychotiques et les antidépresseurs. Il répond aux questions concernant le traitement à long terme avec des stabilisateurs de l'humeur et l'effet recherché. Il débusque les croyances erronées au sujet du traitement et aide le patient à les remettre en question. Les discussions au sujet du rôle de la médication peuvent s'échelonner sur plusieurs sessions.

Le thérapeute donne des informations pendant la session et remet des documents qui renseignent sur les différents médicaments, sur leurs avantages et inconvénients. Ceci permet de promouvoir la généralisation des informations prodiguées à chaque séance.

Il utilise le graphique de l'évolution de la maladie du patient (*Life Chart*) pour faire le lien entre la prise de la médication et un profil symptomatique avantageux/le rétablissement fonctionnel (i.e. la capacité à accomplir les tâches).

Il effectue avec le patient une liste des avantages et désavantages de prendre la médication vs ne pas la prendre.

S'il n'est pas le prescripteur, il encourage le patient à discuter de la pharmacothérapie avec le médecin et à assumer un rôle actif dans son traitement (par exemple, en discutant des effets secondaires et des façons de les minimiser).

Il peut l'aider à trouver des façons de surmonter les obstacles associés à l'observance au traitement en effectuant une résolution de problèmes (par exemple, s'il oublie de prendre les médicaments, il peut acheter une dosette, associer la prise de médicaments et certains gestes quotidiens, utiliser des signaux d'alarme etc..).

5.6 Activation comportementale pour la dépression et régulation du niveau d'activités en phase hypomaniaque

On débute par l'auto-observation des activités. Le patient indique les activités à chaque heure et cote son humeur pour la journée (de -10 à +10 avec une humeur « normale » entre -5 à +5) dans un registre des activités quotidiennes. Il apprend ainsi à identifier des variations naturelles de l'humeur. On identifie des variations dans les habitudes de sommeil, et dans le type et le nombre de tâches accomplies pour anticiper la rechute. On continue à compléter ce registre pendant toute l'étape 2. On fait le lien entre les activités et les variations de l'humeur.

On peut suggérer des modifications comportementales en réponse aux fluctuations de l'humeur (par exemple, activation comportementale lorsque l'humeur est dépressive et régulation du niveau d'activités en cas d'hypomanie). Pour plus de détail concernant l'activation comportementale, SVP vous référer au guide de pratique sur le traitement de la dépression.

Pour ce faire, on étudie d'abord le registre d'activités quotidiennes puis on note les cotes sur les échelles. Si on constate la présence de symptômes indiquant un prodrome de rechute, on étudie la présence de facteurs comportementaux. Il faut viser un équilibre entre les activités plaisantes et valorisantes (p. ex. travail/tâches à domicile vs loisirs). On note la quantité et la régularité du sommeil et les patterns de routine ou de chaos.

On peut par la suite planifier les activités de la semaine. S'il y a trop de tâches, on peut cédule des activités de relaxation et de loisirs. Si l'individu est inactif car il est déprimé, il faut établir des cibles comportementales réalistes et effectuer une planification des activités de la semaine et envisager l'assignation des tâches graduées. Si l'individu a des horaires de sommeil variables, le thérapeute peut enseigner la relaxation et suggérer au patient d'établir des heures de coucher et de lever régulières (c.f. guide de pratique sur l'insomnie).

5.7 Réévaluation cognitive

5.7.1. Identifier les pensées automatiques

Le thérapeute présente le rôle de l'identification des pensées dans le modèle TCC. Il aide le patient à faire le lien entre les pensées négatives et la dépression, entre les pensées trop positives et la

manie/l'hypomanie. Il l'encourage à adopter une position plus nuancée, plus « objective » en commençant par l'identification des patterns de pensée. Il faut d'abord remplir les trois premières colonnes d'un tableau d'enregistrement des pensées automatiques. On peut assigner des lectures au besoin. On peut identifier et discuter des problèmes rencontrés lorsqu'on tente d'identifier les pensées automatiques. On peut identifier des thèmes au niveau des pensées afin d'élaborer des hypothèses au sujet des croyances sous-jacentes.

5.7.2. Réévaluer les pensées automatiques

Le thérapeute présente la réévaluation cognitive (ou restructuration cognitive). Il donne des exemples de réévaluation cognitive et remplit des tableaux d'enregistrement des pensées automatiques avec le patient. Il révise les tableaux d'enregistrement des pensées automatiques remplis par le patient.

On peut parler des triades cognitives de Beck dans la dépression vs la manie (vision de soi, du monde et du futur trop négative dans la dépression et trop positive dans la manie) ainsi que des distorsions cognitives propres à chaque état. Par exemple dans la manie :

- Trop optimiste quant à l'issue des événements
- Se fier trop à la chance ('je vais m'en tirer')
- Sous-estimer le danger ('ça va marcher')
- Surestimation de ses talents et aptitudes ('je ne peux pas me tromper')
- Disqualifier le négatif/minimiser les problèmes/ne pas penser aux conséquences négatives ('je n'ai aucun problème')
- Se fier à la gratification immédiate ('je veux ce que je veux, quand je le veux')
- Soupçons et paranoïa ('tout le monde me regarde')
- Mauvaise interprétation des intentions d'autrui :
 - Percevoir un contenu sexuel ('ils me veulent')
 - Percevoir une agression ('ils veulent m'avoir')
- Utilisation inappropriée de l'humour ('ils pensent que je suis drôle')

Le thérapeute présente ensuite le rôle des expériences comportementales et donne des exemples concrets. Il propose des expériences comportementales à faire et remet le tableau des expériences comportementales à remplir. Il aide le patient à faire le lien entre les expériences comportementales et les exercices de réévaluation cognitive précédents. Il identifie et résout les problèmes si la tâche à domicile n'a

pas été faite. Il souligne l'importance de ces expériences pour la réévaluation cognitive et propose d'autres expériences comportementales.

5.7.3. Identifier et réévaluer les croyances dysfonctionnelles

Le thérapeute fait le lien entre les pensées automatiques négatives et les croyances dysfonctionnelles sous-jacentes (par exemple, via la technique de la flèche descendante). Il fait le lien entre la persistance des croyances dysfonctionnelles et les rechutes. Il aide le patient à remettre en question les croyances dysfonctionnelles (en utilisant des techniques cognitives et comportementales telles les expériences comportementales). Il aide le patient à élaborer des croyances alternatives qu'il pourra mettre à l'épreuve via des expériences comportementales dont il consignera les résultats dans un journal de bord (i.e. « *Positive Data Log* »).

5.8 Développer un profil personnel de la maladie et un plan d'action en cas de rechute

Le patient identifie les signes de rechute pour l'hypomanie et la manie ainsi que pour la dépression en utilisant les fiches retrouvées en annexe. Le thérapeute peut aussi utiliser les informations recueillies dans l'histoire de cas, le graphique d'évolution de la maladie, les registres d'activité, les graphiques de l'humeur, les échelles de mesure et les tableaux d'enregistrement des pensées automatiques pour établir une « signature de la rechute » en dépression ou en manie/hypomanie (i.e. les signes et les symptômes qui annoncent une rechute pour le patient). Il aide le patient à établir un plan de prévention de la rechute en dépression et en manie/hypomanie (i.e. stratégies d'intervention à appliquer si on soupçonne un début de rechute). Par exemple, lorsque le patient identifiera de signes de rechute en manie, il pourra : prendre une médication prescrite au besoin en cas d'insomnie, demander conseil à deux personnes de confiance avant de prendre de grandes décisions, remettre sa carte de crédit à un proche, éviter de sortir en soirée, éviter l'alcool, les drogues et les substances stimulantes, retarder la prise de décision impulsive en attendant 48 heures avant d'agir, minimiser la stimulation, ralentir ses mouvements, éviter l'exercice vigoureux, éviter les appels téléphoniques nocturnes, imaginer la pire issue possible, faire de la relaxation, etc...Il peut utiliser les fiches intitulées « suggestions en cas de dépression » et « suggestions en cas d'hypomanie et de manie ». Le patient consigne ses plans personnalisés dans les fiches retrouvées en annexe.

5.9 Terminaison

5.9.1. Révision des buts

Le patient et le thérapeute font la liste des outils cognitivo-comportementaux enseignés pendant la thérapie. Ils font la recension des progrès obtenus via la révision des problèmes et des buts thérapeutiques initiaux. On établit un lien entre l'utilisation des techniques cognitivo-comportementales et l'atteinte des buts thérapeutiques. Le thérapeute explique qu'il faut continuer à appliquer les techniques pour obtenir des gains supplémentaires. Il évalue si le patient comprend bien comment utiliser ces techniques et s'y réfère de façon « automatique » en cas de problèmes.

5.9.2. Auto-soins

Le thérapeute s'assure que le patient comprend bien l'importance de la diète et de la routine, les conséquences des comportements à risques et de l'utilisation des substances toxiques.

5.9.3. Conséquences de la maladie

Le thérapeute encourage les discussions au sujet des préjugés, de la culpabilité et des deuils associés à la maladie et ses conséquences (par exemple, promiscuité, jeu pathologique, fraude ou jugement d'autrui). Il discute de l'impact des relations familiales et des responsabilités envers les enfants.

5.9.4. Résumé de la thérapie

Le thérapeute demande au patient de faire un résumé écrit des choses apprises en thérapie afin qu'il puisse s'y référer en cas de rechute. Le thérapeute peut ajouter des commentaires.

Section 6 : Déroulement du traitement

1^{re} ENTREVUE

Évaluation et établissement des buts de la thérapie

1. Histoire de cas habituelle
2. Éliminer l'organicité
3. Poser le diagnostic
4. Expliquer le diagnostic
5. Rencontrer le conjoint et les membres de la famille ou de l'entourage s'ils sont disponibles et s'assurer de leur collaboration dans la mesure du possible
6. Évaluer les buts et les attentes du patient et de la famille
7. Décrire les grandes lignes du plan de traitement en conciliant les objectifs du patient et de la famille avec ceux du thérapeute
8. Décrire brièvement le modèle cognitivo-comportemental
9. Prescrire la médication indiquée
10. Prendre les mesures d'urgence qui s'imposent :
 - a. hospitalisation
 - b. garde en établissement
 - c. arrêt de travail
 - d. empêcher les prises de décision trop brusques inspirées par la pathologie : séparation du conjoint, vente d'un commerce ou de la maison
11. Noter les épisodes de dépression et de manie sur le graphique de l'évolution de la maladie (*Life Chart*)
12. Travaux à domicile :
 - a. compléter les échelles de mesure si non complétées : inventaire de Beck pour la dépression, questionnaire d'Altman, questionnaire sur la maladie bipolaire, inventaire de Beck pour l'anxiété
 - b. compléter le graphique de l'évolution de la maladie
 - c. lire le document intitulé « Le traitement du trouble bipolaire : un guide à l'intention des patients et de leur famille »

2^e à 5^{ème} ENTREVUES

Étape 1 : psychoéducation

1. Suivi : suivi signifie ici, comme dans les entrevues qui vont suivre, de s'informer sur l'évolution de la situation en général et de la symptomatologie en particulier. Revoir soigneusement les échelles de mesure. Assurer le suivi pharmacologique. Compléter au besoin les formulaires d'assurance ou autres documents, ce qui est préférable de faire en début d'entrevue.
2. Revoir avec le patient les travaux à domicile. Demander au patient ce qu'il pense du document lu, du diagnostic et de la pertinence du plan de traitement.
3. Psychoéducation : expliquer la nature du trouble bipolaire, les causes, l'évolution, les facteurs de risque et de protection, le rôle du traitement pharmacologique et non-pharmacologique. Utiliser les documents suivants si pertinents :
 - a. La psychothérapie du trouble bipolaire
 - b. Le trouble bipolaire et la psychothérapie cognitive : information pour le patient
 - c. Ressources complémentaires pour le traitement du trouble bipolaire
 - d. Les habitudes de vie et les maladies affectives
 - e. Sites web:
 - i. http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Mental_Health_Information/Bipolar_Disorder/bipolar_infoguidefr.pdf
 - ii. <http://www.revivre.org/>
 - iii. <http://www.dbsalliance.org>
4. Présenter le graphique de l'humeur
5. Travaux à domicile :
 - a. Lire les documents nommés ci-haut
 - b. Remplir le graphique de l'humeur, l'inventaire de Beck pour la dépression ou le questionnaire d'Altman

5^e à 16^{ème} ENTREVUES

Étape 2 : identifier les signes de rechute et développer un plan d'action en cas de rechute

1. Suivi : continuer de compléter les échelles de mesure appropriées (ex. inventaire de Beck pour la dépression, graphique de l'humeur, etc...) avant chaque séance et s'en servir pour suivre l'évolution de la symptomatologie. Surveiller de près les effets secondaires des médicaments. Ajuster la médication au besoin.
2. Revoir avec le patient les travaux à domicile.
3. Chacun des items suivant sera abordé pendant 1 à 2 sessions, habituellement de façon séquentielle (la tâche à domicile suggérée est indiquée pour chaque compétence à acquérir) :
 - ◆ Auto-observation des activités : remplir le registre des activités quotidiennes et coter l'humeur de -10 à +10 à chaque jour
 - ◆ Planification des activités : augmenter le nombre d'activités plaisantes et valorisantes en phase dépressive et diminuer le nombre d'activités en phase hypomane et céduer ces activités dans le registre d'activités quotidiennes, viser une routine avec des heures de lever et de coucher régulières. On peut aussi utiliser le document intitulé « rythmes sociaux : adopter une routine de vie »
 - ◆ Assignation des tâches graduées : diviser une tâche complexe en plusieurs étapes réalisables, faire la liste des tâches à réaliser en fixer des sous-objectifs pour chaque tâche, prioriser les tâches en trois catégories (A, B, C) et rayer les tâches lorsque complétées
 - ◆ Identification des pensées automatiques : remplir les trois premières colonnes du tableau d'enregistrement des pensées automatiques
 - ◆ Réévaluation cognitive : remplir toutes les colonnes du tableau d'enregistrement des pensées automatiques, identifier les distorsions cognitives
 - ◆ Expériences comportementales : remplir le tableau d'expériences comportementales
 - ◆ Identification des croyances dysfonctionnelles : remplir la feuille de travail sur les croyances conditionnelles
 - ◆ Réévaluation des croyances dysfonctionnelles : remplir le tableau d'expériences comportementales et noter les résultats dans un journal de bord (noter tout ce qui confirme la nouvelle croyance)
 - ◆ Développement d'un profil personnel de la maladie : utiliser les informations recueillies dans l'histoire de cas, le graphique d'évolution de la maladie, le graphique de l'humeur, les registres d'activité, les échelles de mesure et les tableaux d'enregistrement des pensées automatiques pour établir une « signature de la rechute » en dépression ou en manie/hypomanie (i.e. les signes et les symptômes qui annoncent une

rechute). Compléter les documents suivants : « identifier les signes de rechute pour la dépression » et « identifier les signes de rechute pour la manie ou l'hypomanie »

- ◆ Élaboration d'un plan d'action en cas de rechute en manie et en dépression : inscrire les stratégies d'intervention pour chaque phase de la rechute. Compléter les documents : « plan d'action en cas de rechute d'épisode de dépression » et « plan d'action en cas de manie ou d'hypomanie »
- ◆ Observance à la médication :
 - a. Lire les documents qui renseignent sur les différents médicaments, sur leurs avantages et inconvénients.
 - b. Noter sur le graphique de l'évolution de la maladie s'il y a un lien entre la prise de la médication et un profil symptomatique avantageux/le rétablissement fonctionnel (i.e. la capacité à accomplir les tâches).
 - c. Compléter la liste des avantages et désavantages de prendre la médication vs ne pas la prendre.
 - d. Discuter de la pharmacothérapie avec le psychiatre (obstacles à la prise de médication, questions, etc...)

4.Travaux à domicile :

- c. Faire la/les tâche à domicile qui correspond à chaque item
- d. Remplir le graphique de l'humeur, l'inventaire de Beck pour la dépression et le questionnaire d'Altman

16^e à 20^{ème} ENTREVUES

Étape 3 : terminaison : appliquer les techniques apprises et modifier le comportement si on identifie des problèmes potentiels.

1. Suivi
2. Revoir les échelles de mesure complétées par le patient. Si les résultats sont insatisfaisants, réévaluer la situation et reprendre au besoin certains aspects du traitement
3. Revenir sur les craintes face à la fin de la thérapie si nécessaire
4. Discuter des conséquences de la maladie si nécessaire : discussions au sujet des préjugés, culpabilité et deuil associés à la maladie et ses conséquences (par exemple, promiscuité, jeu pathologique, fraude ou jugement d'autrui). Discuter de l'impact des relations familiales et des responsabilités envers les enfants.
5. Assurer le suivi pharmacologique au long cours (thérapeute ou médecin de famille)
6. Revoir les objectifs du patient : demander au patient comment il a réussi à les atteindre et ce qu'il doit faire pour les maintenir
7. Demander au patient de faire un résumé de la thérapie en utilisant la fiche intitulée « résumé de la thérapie ». On demande au patient de noter les origines de son problème, les facteurs qui ont contribué au maintien des symptômes, ce qu'il a appris en thérapie, ce qui pourrait contribuer à une rechute, ce qu'il doit faire s'il y a une rechute.
8. Prévoir des entrevues de consolidation si indiquées

Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement

INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

Nom : _____

Date : _____

Résultat : _____

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1. Lisez attentivement toutes les phrases.
2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.

- | | | | | | |
|-----|--|--|-----|---|---|
| 1. | 0 () 1 () 2 () | Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. | 11. | 0 () 1 () | Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. |
| | 2 () 3 () | Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter. | | 2 () 3 () | Je me sens irrité(e) tout le temps. Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement. |
| 2. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer | 12. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout. |
| 3. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme). | 13. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je prends des décisions aussi bien que d'habitude. J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout. |
| 4. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout. | 14. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait. Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. Je me sens laid(e) et répugnant(e). |
| 5. | 0 () 1 () 1 () 2 () 3 () | Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigné. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigné presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigné. | 15. | 0 () 1 () 1 () 2 () 3 () | Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit. Je ne peux faire aucun travail. |
| 6. | 0 () 1 () 2 () 3 () 3 () | Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e). | 16. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je peux dormir aussi bien que d'habitude. Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude. Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures. |
| 7. | 0 () 1 () 1 () 2 () 3 () | Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais. | 17. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. Je me fatigue plus facilement qu'avant. Je me fatigue à faire quoi que ce soit. Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit. |
| 8. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal. | 18. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Mon appétit est aussi bon que d'habitude. Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude. Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. Je n'ai plus d'appétit du tout. |
| 9. | 0 () 1 () 2 () 2 () 3 () 3 () | Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais. | 19. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement). J'ai perdu plus de 5 livres. J'ai perdu plus de 10 livres. J'ai perdu plus de 15 livres. |
| 10. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux. | 20. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens. |
| | | | 21. | 0 () 1 () 2 () 3 () | Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe. |

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

| Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par... | Pas du tout | Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e) | Modérément C'était très déplaisant mais supportable | Beaucoup Je pouvais à peine le supporter |
|---|-------------|---|--|---|
| 1. Sensations d'engourdissement ou de picotement | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Bouffées de chaleur | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. «Jambes molles», tremblements dans les jambes | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Incapacité de se détendre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Crainte que le pire ne survienne | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Étourdissement ou vertige, désorientation | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Battements cardiaques marqués ou rapides | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Terrifié(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Nervosité | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Sensation d'étouffement | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Tremblements des mains | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Tremblements, chancelant(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Crainte de perdre le contrôle de soi | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Respiration difficile | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Peur de mourir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Sensation de peur, «avoir la frousse» | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Indigestion ou malaise abdominal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Rougeur du visage | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Transpiration (non associée à la chaleur) | 0 | 1 | 2 | 3 |

Utilisé par le Laboratoire d'Étude du Trauma
Traduction française : Mark Freeston (1989)

**COMMENT INTERPRÉTER LES RÉSULTATS
DES INVENTAIRES DE BECK
POUR LA DÉPRESSION ET L'ANXIÉTÉ**

| | |
|--------------|--|
| 0 à 9 : | normal |
| 10 à 19 : | dépression ou anxiété légères |
| 20 à 25 : | dépression ou anxiété modérées |
| 26 à 29 : | dépression ou anxiété modérées à sévères |
| 30 à 40 : | dépression ou anxiété sévères |
| 41 ou plus : | dépression ou anxiété très sévères |

Ces inventaires ne sont pas des outils diagnostiques doivent être utilisés dans un contexte avant tout clinique et les chiffres ci-dessus ne constituent que des repères permettant de mieux se situer pour ceux qui sont moins familiers avec ces échelles de mesure.

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT-9 (PHQ - 9)

Nom : _____ Date : _____

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

| | Jamais | Plusieurs jours | Plus de sept jours | Presque tous les jours |
|--|--------|-----------------|--------------------|------------------------|
| 1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Peu d'appétit ou trop manger | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Mauvaise perception de vous-même ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensés à vous blesser d'une façon ou d'une autre | 0 | 1 | 2 | 3 |

_____ 0 _____ + _____ + _____ + _____

= TOTAL : _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout
difficile(s)

Plutôt
difficile(s)

Très
difficile(s)

Extrêmement
difficile(s)

Mis au point par les Drs Robert L. Spitzer, Janet B. Williams et Kurt Kroenke et collègues, et une bourse d'étude de Pfizer Inc. Aucune permission requise pour reproduire, traduire, afficher ou distribuer.



Clinique des maladies affectives

Questionnaire de screening pour trouble bipolaire

Mode d'emploi

Questionnaire sur la maladie bipolaire (MDQ, Mood Disorder Questionnaire)

Utilité : Questionnaire couramment utilisé et devenu un classique. Lorsqu'on soupçonne la présence de bipolarité de type I ou II.

Mode d'emploi : au moment de l'évaluation au MEL, au lieu de poser soi-même les questions habituelles de screening, remettre le questionnaire au patient, qui le remplit au cours de l'entrevue. Il faut environ 5 minutes, donc à peu près le même temps que si on posait les questions nous-mêmes.

Score : Item A, réponse à 7 OUI ou plus;
item B, réponse OUI;
item C, problème modéré ou sérieux

sont suggestifs de trouble bipolaire (type à déterminer selon histoire ou évolution).

Échelle diagnostique du spectre bipolaire (BSDS, ou Bipolar Spectrum Disorder Scale)

Utilité : Lorsqu'on soupçonne la présence de bipolarité. Serait plus sensible pour détecter la présence de bipolarité de type II

Mode d'emploi : au moment de l'évaluation au MEL, au lieu de poser soi-même les questions habituelles de screening, remettre le texte au patient, qui le remplit au cours de l'entrevue. Il faut environ 7 minutes, donc à peu près le même temps que si on posait les questions nous-mêmes.

Interprétation : Seuil optimal pour un diagnostic positif : score de 13 ou plus.

Probabilité de trouble bipolaire, selon le score total :

| | |
|-------|---------------------|
| 0-6 | très improbable |
| 7-12 | peu probable |
| 13-19 | modérément probable |
| 20-25 | hautement probable |

Questionnaire d'Altman

Nom _____ Date _____ Score _____

CONSIGNES :

1. Ce questionnaire comporte 5 groupes d'énoncés. Veuillez lire attentivement chacun de ces groupes d'énoncés.
 2. Choisissez l'énoncé de chaque groupe qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours de la dernière semaine**.
 3. Encerclez le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi.
 4. **Important:** Veuillez noter que l'expression « occasionnellement », utilisé dans certains des énoncés ci-bas, signifie une fois ou deux fois; le mot « souvent » fait référence à plusieurs fois; alors que le mot « fréquemment » veut dire la plupart du temps.
-

- 1) 0 Je ne me sens pas plus heureux(se) ou plus gai(e) que d'habitude.
 1 Je me sens occasionnellement plus heureux(se) ou plus gai(e) que d'habitude.
 2 Je me sens souvent plus heureux(se) ou plus gai(e) que d'habitude.
 3 La plupart du temps, je me sens plus heureux(se) ou plus gai(e) que d'habitude.
 4 Je me sens toujours plus heureux(se) ou plus gai(e) que d'habitude.

- 2) 0 Je n'ai pas plus confiance en moi que d'habitude.
 1 J'ai occasionnellement plus confiance en moi que d'habitude.
 2 J'ai souvent plus confiance en moi que d'habitude.
 3 La plupart du temps, j'ai plus confiance en moi que d'habitude.
 4 J'ai toujours extrêmement confiance en moi.

- 3) 0 Je n'ai pas besoin de moins de sommeil que d'habitude.
 1 J'ai besoin occasionnellement de moins de sommeil que d'habitude.
 2 J'ai souvent besoin de moins de sommeil que d'habitude.
 3 J'ai fréquemment besoin de moins de sommeil que d'habitude.
 4 Je peux rester actif(ve) jour et nuit sans jamais dormir et sans me sentir fatigué(e).

- 4) 0 Je ne parle pas plus que d'habitude.
 1 Je parle occasionnellement plus que d'habitude.
 2 Je parle souvent plus que d'habitude.
 3 Je parle fréquemment plus que d'habitude.
 4 Je parle constamment et je ne peux être interrompu(e).

- 5) 0 Je n'ai pas été plus actif(ve) (socialement, sexuellement, au travail, à la maison, ou à l'école) que d'habitude.
 1 J'ai été occasionnellement plus actif(ve) que d'habitude.
 2 J'ai souvent été plus actif(ve) que d'habitude.
 3 J'ai fréquemment été plus actif(ve) que d'habitude.
 4 Je suis constamment actif(ve) ou toujours à la course.

Consignes pour la cotation Questionnaire d'Altman (ASRM)

On détermine le score au ASRM en faisant la somme des réponses aux 5 items, chaque item étant coté sur une échelle de 0 à 4. Si, en réponse à un item, un sujet a choisi plusieurs énoncés, on retiendra l'indice le plus élevé. Le score total maximal est de 20.

Référence originale :

Altman, E.G., Hedeker, D., Peterson, J.L., & Davis, J.M. (1997) The Altman Self-Rating Mania Scale. *Biological Psychiatry*, 42(10), 948-955.

Référence de la version francophone :

Hawke, L., Provencher, M. D., Côté, P., & Bélanger, M.-È. (2008). Adaptation francophone et validation de deux échelles pour mesurer la manie. Document non publié, École de psychologie, Université Laval.

Le traitement du trouble de bipolaire : un guide à l'intention des patients et de leur famille

Traduction et adaptation par Thanh-Lan Ngô, M.D., psychiatre

Programme des Maladies Affectives

Hôpital du Sacré Cœur de Montréal

31 mars 2015

Basé sur :

- Kahn, D., Keck, PE, Perlis, RH, Otto, MW, Ross, R. (2004) Treatment of bipolar disorder : a guide for patients and families. A postgraduate medicine special report. December 2004

Le trouble bipolaire (anciennement, la psychose maniaco-dépressive) est un trouble biologique sévère qui atteint 1 % de la population adulte. Même si les symptômes et la sévérité varient, le trouble bipolaire a un impact considérable sur ceux qui ont cette maladie et sur leur famille, conjoint(e) et amis. Si vous avez reçu un diagnostic de trouble bipolaire vous vous posez probablement beaucoup de questions au sujet de la maladie, de ses causes et des traitements qui sont disponibles. Ce guide propose des réponses aux questions fréquemment posées sur le trouble bipolaire. Les informations concernant le traitement sont basées sur la recherche et une enquête auprès de 50 experts sur le trouble bipolaire.

QU'EST-CE QUE LE TROUBLE BIPOLAIRE?

En tant qu'êtres humains, nous avons tous déjà ressenti une grande variété d'émotions-la joie, la tristesse, la colère, etc.... Les émotions désagréables et les changements d'humeur sont des réactions normales à la vie quotidienne, et il est souvent possible d'identifier un lien entre les émotions et les situations. Par contre, quand les oscillations d'humeur sont extrêmes, qu'elles sont disproportionnées, qu'elles semblent surgir de façon inopinée et qu'elles ont un impact majeur sur le fonctionnement, ces variations peuvent être attribuables à un trouble de l'humeur. Les troubles de l'humeur affectent les émotions. Il y a deux types de troubles de l'humeur. Dans les troubles unipolaires (un pôle), comme le trouble dépressif majeur, on note une baisse de l'humeur. Dans les troubles bipolaires (deux pôles), on peut aussi noter une élévation excessive de l'humeur. Tous les troubles de l'humeur sont associés à des modifications chimiques dans le

cerveau. Les troubles de l'humeur sont des maladies traitables pour lesquels il existe des interventions spécifiques.

Comment pose-t-on le diagnostic ?

Bien que le trouble bipolaire soit une maladie biologique, il n'existe pas tests de laboratoire ou d'examens radiologiques qui permettent de confirmer le diagnostic. Le médecin pose le diagnostic lorsqu'il constate la présence d'un ensemble de symptômes qui sont présents de façon concomitante. Pour poser le bon diagnostic, le clinicien doit questionner la personne qui est malade et, si possible, les membres de la famille. Le clinicien voudra savoir quels symptômes sont présents actuellement et quels symptômes se sont déjà manifestés dans le passé.

Quels sont les symptômes du trouble bipolaire?

Le trouble bipolaire est une maladie caractérisée par des cycles de changements de l'humeur. La personne peut présenter des périodes d'élévation de l'humeur puis des périodes d'humeur dépressive et, parfois, des moments où l'humeur est normale. On peut trouver quatre types d'épisodes thymiques (i.e. affectifs) dans le trouble bipolaire :

La manie. La manie débute souvent par une augmentation du niveau d'énergie, de la créativité, et de l'aisance sociale. Par contre, ces sentiments peuvent rapidement se transformer en euphorie (humeur extrêmement élevée) ou en irritabilité excessive. Les gens atteints de manie manquent souvent d'autocritique et ne réalisent pas qu'il y a un problème. Ils peuvent blâmer les gens qui tentent de le leur refléter. Lors de l'épisode de manie, les symptômes suivants sont présents pendant au moins une semaine et empêchent la personne de fonctionner normalement :

- L'humeur est élevée, euphorique et/ou irritable de façon anormale et persistante, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire). Une augmentation inhabituelle et persistante du niveau d'énergie et/ou de l'activité orientée vers un but (social, scolaire, professionnel ou sexuel) est associée à la modification de l'humeur,

- Et au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante :
 - Réduction du besoin de sommeil mais niveau d'énergie très élevé
 - Désir de parler constamment, parler si rapidement que les autres ne vous suivent pas
 - Fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent
 - Distractibilité : l'attention se déplace rapidement entre différents sujets en quelques minutes
 - Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
 - Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice
 - Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (dépenses excessives d'argent, activité sexuelle inappropriée, investissements mal avisés)

Dans des cas sévères, la personne peut présenter des symptômes psychotiques tels des hallucinations (entendre ou voir des choses qui ne sont pas là) ou des délires (croyance ferme que des choses fausses sont vraies)

L'hypomanie. L'hypomanie est une forme plus légère de la manie. L'individu présente des symptômes similaires mais d'intensité moins sévère et causant moins d'impact fonctionnel. Pendant l'épisode d'hypomanie, l'humeur peut être élevée, la personne se sent mieux que d'habitude et est plus productive. Elle ne pense pas qu'il y a un problème. Plus tard, elle peut même cesser de prendre des médicaments pour ressentir à nouveau l'hypomanie. Par contre, l'hypomanie est souvent suivie d'un épisode de manie ou de dépression.

La dépression majeure. Les symptômes suivants sont présents pendant au moins 2 semaines (5 des critères suivants dont l'un des 2 premiers) :

- tristesse presque tous les jours, pratiquement toute la journée
- perte d'intérêt pour presque toutes les activités, presque tous les jours, pratiquement toute la journée
- augmentation ou diminution de l'appétit
- augmentation ou diminution du sommeil
- fatigue
- agitation ou ralentissement psychomoteur
- difficulté à penser, indécision, trouble de concentration presque à tous les jours

- auto dévalorisation ou culpabilité excessive
- idées de suicide ou de mort récurrentes

La dépression sévère peut parfois inclure des hallucinations ou des délires

Caractéristiques mixtes : Lorsque les symptômes de manie et de dépression sont présents en même temps ou qu'ils alternent fréquemment dans la même journée, on parle d'un épisode avec des caractéristiques mixtes. Par exemple, lorsque l'épisode de manie s'accompagne de 3 symptômes de de dépression majeure, on parle d'un épisode de manie avec des caractéristiques mixtes. La personne est excitée ou agitée mais aussi irritable et déprimée.

Quels sont les différents types de troubles bipolaires ?

La fréquence et le type d'épisodes peuvent varier. Certaines personnes ont un nombre équivalent d'épisodes de manie et de dépression, d'autres en présentent plus d'un type et moins d'un autre. La plupart des patients avec un trouble bipolaire ont en moyenne 4 épisodes durant les 10 premières années de la maladie. Plusieurs années peuvent s'écouler entre les premiers 2 ou 3 épisodes de manie ou de dépression. Par contre, sans traitement, les épisodes sont plus fréquents. Parfois, ces épisodes sont déclenchés par les changements de saison (par exemple, hypomanie l'été et dépression l'hiver). Une petite proportion de patients présente des cycles fréquents ou de façon continue toute l'année. Les épisodes peuvent durer des jours, des mois et parfois des années. En moyenne, sans traitement, les épisodes de manie et d'hypomanie durent quelques mois alors que les épisodes dépressifs durent souvent plus de 6 mois. Certains récupèrent complètement entre les épisodes et peuvent être asymptomatiques pendant des années. D'autres peuvent présenter une dépression à bas bruit ou des variations légères de l'humeur. Voici la terminologie utilisée pour décrire ces patrons :

- Dans le **trouble bipolaire de type I**, la personne présente des épisodes de manie et, presque toujours, des épisodes de dépressions. Si la personne a présenté dès le début un épisode de manie, on peut poser un diagnostic de trouble bipolaire même si la personne n'a pas encore eu un épisode de dépression. Il est probable que la personne présentera des épisodes de dépression et de manie à moins de recevoir un traitement efficace.
- Dans le **trouble bipolaire de type II**, la personne ne présente que des épisodes d'hypomanie et de dépression, pas d'épisode de manie. Ce type de trouble bipolaire peut

être difficile à reconnaître car l'hypomanie peut sembler normale si la personne est simplement très productive et évite les problèmes. Les individus atteints du trouble bipolaire de type II ne se préoccupent pas souvent des épisodes d'hypomanie et demandent un traitement seulement lorsqu'ils sont déprimés. Malheureusement, si on prescrit seulement un antidépresseur, sans stabilisateur de l'humeur, pour un trouble bipolaire de type II, on peut déclencher un épisode de manie ou des cycles plus fréquents.

- Les troubles bipolaires de type I et II peuvent être à **cycle rapide**. Dans ce type de trouble, la personne présente au moins 4 épisodes à chaque année (manie, hypomanie ou dépression). Ceci survient chez 5-15 % des patients avec le trouble bipolaire. Les cycles rapides peuvent parfois être déclenchés par la prise d'antidépresseurs sans stabilisateurs de l'humeur. Les troubles bipolaires à cycle rapide sont plus fréquents chez les femmes.

Y'a-t-il d'autres conditions psychiatriques qui peuvent être confondues ou coexister avec le trouble bipolaire ?

Le trouble bipolaire peut être confondu avec d'autres troubles incluant les troubles anxieux et psychotiques tels la schizophrénie et le trouble schizoaffectif, parce qu'on peut parfois retrouver des symptômes anxieux et psychotiques dans le trouble bipolaire. Les patients qui souffrent de trouble bipolaire peuvent présenter d'autres troubles concomitants. Les plus fréquents sont l'abus de substance, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble panique. Si vous vous demandez si on a posé le bon diagnostic, n'hésitez pas à demander à votre médecin de vous expliquer ce qui l'a amené à poser le diagnostic de trouble bipolaire.

Quand commence le trouble bipolaire?

Le trouble bipolaire débute généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, même si parfois il commence dans l'enfance ou dans la quarantaine ou la cinquantaine. Lorsque le premier épisode survient après 50 ans, la cause la plus probable est un autre problème médical qui imite le trouble bipolaire tel qu'une maladie neurologique ou les effets des drogues, de l'alcool ou un médicament.

Pourquoi doit-on diagnostiquer et traiter le trouble bipolaire le plus tôt possible ?

En général, les patients bipolaires ont vu 3 ou 4 médecins et leur maladie évolue depuis 8 ans lorsqu'ils reçoivent le bon diagnostic. Il est important de recevoir le bon diagnostic, le bon traitement pour éviter :

- Le suicide. Le risque est plus élevé pendant les premières années de la maladie.
- L'abus d'alcool ou de drogues. Plus de la moitié des individus souffrant de trouble bipolaire vont présenter un abus d'alcool ou de drogues. Pour certains, il s'agit d'une tentative d'automédication mais on note que les patients bipolaires qui ont un abus de substance ont un moins bon pronostic.
- Problèmes maritiaux et professionnels. Le traitement rapide améliore la probabilité d'avoir un mariage stable et un travail productif.
- Traitement incorrect, inapproprié ou partiel. Lorsqu'on pose le diagnostic de dépression majeure unipolaire plutôt que de trouble bipolaire, on peut donner un antidépresseur sans stabilisateur de l'humeur. Ceci peut déclencher un épisode de manie et assombrir le pronostic.

Quelles sont les causes du trouble bipolaire ?

Les études tendent à démontrer que le trouble bipolaire est causé par une anomalie au niveau du fonctionnement du cerveau ou au niveau de la communication entre les cellules nerveuses. On ne connaît pas la nature précise de l'anomalie biochimique, mais ce trouble est associé à une vulnérabilité au stress émotionnel et physique. Conséquemment, des facteurs de stress (par exemple, des expériences bouleversantes, l'usage de drogues ou l'insomnie) peuvent déclencher un épisode même s'ils ne causent pas le trouble bipolaire.

Tout comme dans d'autres maladies physiques, on note une interaction entre une vulnérabilité génétique et des facteurs de stress environnementaux. Par exemple, les maladies cardiaques peuvent être le résultat d'une interaction entre des taux de cholestérol élevés ou une hypertension artérielle qui diminuent progressivement l'apport d'oxygène au cœur et un événement stressant (par exemple, l'exercice physique ou une tension émotionnelle) qui occasionne une douleur à la poitrine ou une crise cardiaque si l'apport d'oxygène est trop bas. Le traitement comprend la prise de médicaments pour diminuer le taux de cholestérol et la tension artérielle ainsi qu'un changement au niveau des habitudes de vie (par exemple, l'exercice, la diète, la diminution des facteurs de stress qui pourraient déclencher une attaque). Dans le trouble bipolaire, la médication peut corriger les déséquilibres au niveau de la chimie du cerveau et la psychothérapie ainsi que les modifications des habitudes de vie (par exemple,

diminution du stress, bonnes habitudes de sommeil, éviter les abus de substances) peuvent diminuer encore plus les symptômes et diminuer les risques de rechute.

Est-ce que le trouble bipolaire est héréditaire?

Le trouble bipolaire est plus fréquent dans certaines familles. On a identifié certains gènes qui pourraient être associés à la maladie ce qui suggère que plusieurs problèmes biochimiques peuvent être présents dans le trouble bipolaire. Comme d'autres troubles héréditaires complexes, le trouble bipolaire ne survient que chez certains individus à risque sur le plan génétique. Par exemple, si un individu a le trouble bipolaire mais que son épouse ne l'a pas, les risques de transmettre la maladie à l'enfant est relativement modeste. Le risque est augmenté si plusieurs membres de la famille ont le trouble bipolaire.

COMMENT TRAITE-T-ON LE TROUBLE BIPOLAIRE ?

Les étapes de traitement

- **Phase aiguë** : Le traitement permet de mettre fin à l'épisode de manie, d'hypomanie et de dépression.
- **Phase de maintien** : Le traitement vise à diminuer le risque de rechute.

Eléments clés du traitement

Les médicaments sont nécessaires pour presque tous les patients pendant la phase aiguë et de maintien.

La psychoéducation est critique pour aider les patients et les familles à composer avec le trouble bipolaire et pour prévenir les complications.

La psychothérapie aide les patients et leur famille à composer avec les pensées, les émotions et les comportements problématiques de façon constructive. On met l'emphase sur la détection précoce et le traitement des épisodes; la modification des niveaux d'activité et de stress et la résolution de problèmes.

Les groupes de soutien offrent de l'aide et une compréhension qui peut promouvoir la stabilité au long cours. Les participants rapportent qu'ils se sentent acceptés par le groupe, que les pairs peuvent les aider à suivre le plan de traitement et qu'ils peuvent partager leurs expériences avec des gens qui ont déjà eu le même type d'expérience.

TYPES DE MEDICAMENTS

Trois types de médicaments sont couramment employés dans les troubles de l'humeur : les stabilisateurs de l'humeur, les antidépresseurs et les antipsychotiques. Votre médecin peut aussi prescrire d'autres médicaments pour diminuer l'insomnie, l'anxiété et la fébrilité. Nous ne connaissons pas à fond le mécanisme d'action de chacun de ces médicaments mais ils agissent tous sur des produits chimiques dans le cerveau qu'on appelle des neurotransmetteurs qui sont impliqués dans le fonctionnement des cellules nerveuses.

Quels sont les neurotransmetteurs potentiellement impliqués dans le traitement des troubles de l'humeur ?

Les cinq neurotransmetteurs potentiellement impliqués dans le traitement des troubles de l'humeur sont :

- La sérotonine qui joue sur les émotions (tristesse, anxiété, colère), le sommeil, la réponse sexuelle et la digestion.
- La norépinéphrine qui est impliquée dans la concentration, l'humeur (anxiété), les mouvements, la tension artérielle, l'énergie, l'appétit et le sommeil.
- La dopamine qui fait partie du système de la récompense (ex. plaisir) et qui peut être impliquée dans la psychose (si trop actif comme dans les troubles psychotiques) et les troubles du mouvement (si trop diminué dans le cerveau).
- Le glutamate excite le système nerveux et est impliqué dans la mémoire.
- Le GABA calme le système nerveux, diminue l'anxiété, l'insomnie et l'agitation.

Qu'est-ce qu'un stabilisateur de l'humeur ?

Un stabilisateur de l'humeur permet de traiter des épisodes aigus de manie ou de dépression, de prévenir des rechutes, n'aggrave pas la dépression ou la manie et n'augmente pas la fréquence des cycles de l'humeur. Il se donne surtout dans le trouble bipolaire. On croit qu'il agit surtout en diminuant l'hyperexcitabilité du système nerveux central ce qui permettrait de diminuer les oscillations extrêmes de l'humeur en réaction au stress.

Le lithium, l'acide valproïque et la carbamazépine sont des stabilisateurs de l'humeur; les deux premiers sont les plus utilisés. L'acide valproïque et la carbamazépine étaient, initialement, des médicaments utilisés dans le traitement de l'épilepsie, un autre trouble affectant le cerveau. Des

recherches plus récentes ont permis d'ajouter d'autres médicaments à la liste des stabilisateurs de l'humeur, entre autres des nouveaux anticonvulsivants et des antipsychotiques atypiques de la nouvelle génération. La sismothérapie (ou traitement par les électrochocs) permet aussi de stabiliser l'humeur.

Lithium (carbolith TM, duralith TM)

Le lithium est un élément (un sel) plutôt qu'un composé chimique (substance synthétisée en laboratoire). Dans les années 1950 on a découvert ses effets sur le comportement et il est utilisé comme stabilisateur de l'humeur depuis plus de 30 ans. Il semble être plus efficace pour les manies « pures » ou euphoriques (lorsqu'il y a peu d'éléments dépressifs dans l'épisode d'humeur élevée). Il peut aider aussi dans la dépression, surtout s'il est utilisé en conjonction avec d'autres médicaments. Il semble moins efficace dans la manie mixte (présence simultanée des symptômes de dépression et de manie) et les cycles rapides (plus de 4 épisodes dans un an). En surveillant les taux de lithium dans le sang, on peut diminuer les effets secondaires et s'assurer que le patient reçoit une dose adéquate afin d'obtenir une bonne réponse au traitement. Les effets secondaires les plus fréquents sont le gain de poids, les tremblements, la nausée, la tendance à uriner fréquemment. Il peut affecter la glande thyroïde et les reins, c'est pourquoi on fait des prises de sang régulières afin de s'assurer que ces organes fonctionnent bien. Il faut avoir mangé avant de prendre le lithium afin de diminuer la probabilité d'avoir des effets secondaires (surtout des malaises gastro-intestinaux). Les effets secondaires suivants doivent être immédiatement signalés à votre médecin ou votre infirmière car ils peuvent être l'indice d'une trop grande quantité de lithium dans l'organisme et il peut être nécessaire d'ajuster la posologie sans délai : selles liquides (plus de 2 fois par jour), vomissements, tremblements marqués des mains ou des jambes, langage incohérent, malaises graves, faiblesse générale anormale ou somnolence. Un examen clinique et des analyses sanguines démontreront si les symptômes sont causés par le lithium ou d'autres facteurs.

Acide valproïque (épival TM)

L'acide valproïque est utilisé dans le traitement de l'épilepsie depuis plusieurs décennies. Il est étudié dans le traitement du trouble bipolaire. Il est efficace dans le traitement de la manie euphorique et les épisodes mixtes ainsi que les cycles rapides, les complications dues à l'abus de substances et les troubles anxieux. On peut en donner une dose initiale importante en début

de traitement pour contrôler la manie rapidement. Les effets secondaires les plus fréquents sont la somnolence, le gain de poids, les tremblements et les problèmes gastro-intestinaux. Les prises de sang et l'ajustement des doses peuvent diminuer les effets secondaires. L'acide valproïque peut causer une inflammation hépatique légère et affecter la production d'un type de cellules dans le sang appelé plaquettes. Ces effets secondaires causent rarement des complications graves mais il est important de déterminer le fonctionnement du foie et le niveau des plaquettes par des prises de sang régulières.

Autres anti-convulsivants utilisés comme stabilisateurs de l'humeur

- **Carbamazépine (tégrétol TM)** : Il semble avoir un profil similaire à l'acide valproïque. Il est disponible depuis plusieurs années et il est efficace dans le trouble bipolaire (par exemple, manie euphorique et mixte). Les effets secondaires les plus fréquents sont la somnolence et les troubles gastro-intestinaux. Il existe un risque faible de suppression de la moelle épinière et d'inflammation hépatique. Aussi, la carbamazépine peut interagir de façon complexe avec plusieurs médicaments. C'est pourquoi on doit faire des prises de sang régulières.
- **Lamotrigine (lamictal TM)** : Il s'agit d'un médicament relativement nouveau. Les recherches suggèrent une efficacité dans la phase dépressive du trouble bipolaire et possiblement la dépression unipolaire. Il existe un faible risque (0,3 %) de développer une allergie sous forme de rash (éruptions cutanées) sérieux. Ce risque est diminué si on augmente la dose du médicament lentement. Même si au total, il y a moins d'effets secondaires qu'avec les autres stabilisateurs de l'humeur, on rapporte aussi, occasionnellement, des étourdissements, des maux de tête et des troubles visuels.
- **Gabapentin (neurontin TM)** : Les études concernant le gabapentin tendent à démontrer qu'il ne stabilise pas bien l'humeur. Par contre, il peut aider à diminuer l'anxiété, aider à dormir et il peut être utile chez les gens souffrant de dépendance aux substances. Il a peu d'interactions médicamenteuses et peut donc être utilisé avec d'autres médicaments afin d'augmenter leur efficacité. Parmi les effets secondaires possibles, on retrouve la fatigue, la sédation et les étourdissements.

- **Topiramate (topamax ™)** : Les études concernant le topiramate n'ont pas démontré qu'il stabilise bien l'humeur. Par contre, il ne semble pas contribuer à la prise de poids et il peut même en faire perdre. D'autres effets secondaires possibles sont la somnolence, les étourdissements, le ralentissement cognitif, les troubles de mémoire. Il doit être évité chez les gens qui ont déjà eu des pierres aux reins.

Qu'est-ce qu'un antidépresseur ?

Les antidépresseurs traitent les symptômes de la dépression. Dans le trouble bipolaire, ils doivent être utilisés avec un stabilisateur de l'humeur. Si on n'utilise pas de stabilisateur de l'humeur, les antidépresseurs peuvent contribuer à un passage en manie. La majorité des études sur les antidépresseurs concernent la dépression unipolaire (donc des individus qui ont eu seulement des épisodes de dépression, sans jamais avoir eu d'épisodes de manie). Plusieurs types d'antidépresseurs sont disponibles avec différents mécanismes d'actions et de profils d'effets secondaires.

- Inhibiteurs de la recapture de sérotonine (celexa ™, cipralex ™, luvox ™, paxil ™, prozac ™, zoloft ™)
- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine (effexor ™)
- Inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la norépinéphrine (wellbutrin ™)
- Modulateur de la norépinéphrine (réméron ™)
- Modulateur de la sérotonine (désyrel ™)
- Inhibiteur de la monoamine oxydase, qui dégrade la sérotonine (nardil ™, parnate ™, manérix ™)-ils sont efficaces mais les deux premiers (nardi ™ et parnate ™) requièrent une diète spéciale (sans tyramine) afin d'éviter des effets secondaires dangereux
- Tricyclique qui agit sur la sérotonine et la noradrénaline (élavil, anafranil, norpramin, aventyl)-ils sont efficaces mais peuvent donner plus d'effets secondaires (ex. constipation, bouche sèche, vision trouble...) ou déclencher un épisode maniaque ou des cycles rapides.

Qu'est-ce qu'un antipsychotique ?

Les antipsychotiques contrôlent les symptômes psychotiques, tels les hallucinations ou les délires qui peuvent parfois survenir dans les épisodes dépressifs ou maniaques sévères.

Les antipsychotiques peuvent aussi être utilisés même s'il n'y a pas de symptômes psychotiques. Ils peuvent agir comme des calmants, pour diminuer l'insomnie, l'anxiété, l'impulsivité et l'agitation. Les recherches démontrent qu'ils stabilisent l'humeur, donc qu'ils peuvent aider dans le traitement des épisodes de manie et de dépression. Ils peuvent donc être utilisés seuls ou ajoutés aux stabilisateurs de l'humeur et aux antidépresseurs même s'il n'y a pas de psychose.

Il y a deux types d'antipsychotiques : les antipsychotiques conventionnels ou typiques (plus anciens) et les antipsychotiques atypiques (plus nouveaux). Les antipsychotiques conventionnels peuvent occasionner un effet secondaire sérieux soit la dyskinésie tardive (mouvements répétitifs involontaires). Ils peuvent aussi causer de la rigidité musculaire, de la difficulté à rester en place et des tremblements. On peut alors donner des médicaments pour contrer ces effets secondaires et diminuer la dose de l'antipsychotique. Les antipsychotiques atypiques semblent causer moins de dyskinésie tardive (possiblement 1 % par année) et d'effets secondaires musculaires. C'est pourquoi ils sont souvent considérés comme des traitements de premier choix.

Plusieurs antipsychotiques atypiques sont sur le marché :

- Aripiprazole (Abilify™)
- Asénapine (Saphris™)
- Clozapine (clozaril™)
- Lurasidone (Latuda™)
- Olanzapine (zyprexa™)
- Quetiapine (seroquel™)
- Risperidone (risperdal™)
- Ziprasidone (Zeldox™)

Les dernières études tendent à démontrer que les antipsychotiques atypiques sont des stabilisateurs de l'humeur. Parmi les effets secondaires à surveiller, on retrouve le gain de poids, la somnolence, la possibilité de diabète et d'augmentation des taux de cholestérol. Même s'il s'agit d'un médicament très efficace, on utilise rarement la clozapine comme premier choix car elle peut causer un effet secondaire rare et sérieux au niveau du sang qui requiert des prises de sang hebdomadaires.

Parmi les antipsychotiques conventionnels, on retrouve l'haloperidol (haldol™), perphenazine (trilafon™) et chlorpromazine (largactil™). Même s'il ne s'agit pas d'un premier choix, ces

médicaments peuvent aider des patients qui ne répondent pas aux autres médicaments ou qui ont des effets secondaires importants avec les antipsychotiques atypiques.

PHASE AIGUE DU TRAITEMENT

Quel stabilisateur de l'humeur choisir dans la manie aiguë ?

On choisira habituellement le lithium, l'acide valproïque ou un antipsychotique atypique. Habituellement, votre médecin se basera sur votre histoire de traitement (si un médicament vous a déjà aidé, dans le passé), le sous type de trouble bipolaire (par exemple, si vous avez des cycles rapides), votre état actuel (manie euphorique ou mixte), les effets secondaires que vous craignez.

Tous ces médicaments sont indiqués dans la manie « pure » ou euphorique, mais si on a un état mixte, l'acide valproïque ou l'olanzapine peuvent être préférés. On combine parfois ces médicaments afin d'obtenir une meilleure réponse. S'il reste des symptômes, on peut ajouter un troisième stabilisateur de l'humeur.

La carbamazépine peut être une bonne alternative. Elle peut aussi être efficace pour l'épisode mixte et les cycles rapides. Elle peut être combinée avec le lithium, mais la combinaison avec l'acide valproïque peut être plus compliquée.

Les autres anticonvulsivants (lamotrigine, gabapentin et topiramate) sont plutôt des adjuvants (médicaments à ajouter à la médication principale).

En combien de temps agissent les stabilisateurs de l'humeur ?

Les stabilisateurs agissent habituellement après quelques semaines. On ajoute souvent des médicaments, au début, pour diminuer rapidement l'insomnie, l'anxiété ou l'agitation qui caractérisent souvent l'état de manie :

- Antipsychotique : surtout s'il y a une psychose mais aussi si la personne est agitée, insomniaque ou anxieuse
- Benzodiazépine (ex. lorazépam-ativan, oxazépam-sérox, clonazépam-rivotril etc...) : un calmant. On peut devenir dépendant de ces médicaments si on en prend pendant plusieurs semaines et on doit éviter de le prescrire à des patients qui ont déjà eu des problèmes d'alcool ou de drogues

Ces médicaments peuvent causer de la somnolence et on en diminue la dose puis on les cesse après l'épisode de manie. On doit parfois les poursuivre plus longtemps si l'anxiété ou l'insomnie persistent.

Traitement pour l'épisode de dépression ?

On recommande de traiter le trouble bipolaire avec une combinaison de médicament et psychothérapie. Le médecin peut débuter avec un médicament surtout si la dépression est sévère ou si elle est accompagnée de symptômes psychotiques et que le patient a de la difficulté à participer à la psychothérapie. Dans le trouble bipolaire, un stabilisateur de l'humeur peut parfois traiter les épisodes plus légers. Par contre, dans les dépressions plus sévères, on doit parfois donner un antidépresseur malgré les risques de provoquer un épisode de manie ou une accélération des cycles. C'est pour diminuer ces risques qu'on prescrit l'antidépresseur avec un stabilisateur de l'humeur. Pour la dépression psychotique, on peut utiliser un antipsychotique, généralement en combinaison avec un antidépresseur, le lithium ou la lamotrigine. Les antidépresseurs devraient toujours être utilisés avec un stabilisateur de l'humeur pour éviter de déclencher un épisode de manie et on devrait les éviter si possible lorsqu'il y a des cycles rapides.

Dans la dépression unipolaire (absence d'épisodes de manie ou d'hypomanie à l'histoire), on peut utiliser les antidépresseurs seuls.

Les antidépresseurs prennent souvent plusieurs semaines à faire effet (ex. 4 à 6 semaines). La plupart des individus auront une réponse avec le premier antidépresseur. Par contre, on doit parfois essayer 2 ou 3 antidépresseurs différents avant d'en trouver un qui sera efficace et qui comportera moins d'effets secondaires. Au début, en attendant que l'antidépresseur fasse effet, on pourra prescrire un médicament calmant pour diminuer l'insomnie, l'anxiété ou l'agitation.

Si la dépression persiste, on peut ajouter un autre médicament (ex. lithium, lamictal, un antipsychotique atypique, buspar, hormones thyroïdiennes etc...) ou prescrire un autre médicament.

Stratégies pour limiter les effets secondaires

Tous les médicaments utilisés pour traiter le trouble bipolaire peuvent produire des effets secondaires désagréables : il y a aussi la possibilité d'avoir une réaction rare mais sérieuse. Les

effets secondaires peuvent être différents d'une personne à l'autre, et certains individus n'auront aucun effet secondaire. Si on a des effets secondaires avec une médication, on n'en n'aura pas nécessairement avec une autre.

Certaines stratégies peuvent diminuer ou prévenir l'apparition des effets secondaires. On peut, par exemple, commencer à une dose plus faible et augmenter la dose progressivement. Dans le cas du lithium, acide valproïque et carbamazépine, des prises de sang permettront de ne pas donner une dose trop élevée. S'il y a des effets secondaires, la dose pourrait être diminuée ou un autre médicament pourra être ajouté afin de les contrer. **Il faut parler des effets secondaires avec votre médecin pour qu'il puisse vous aider à trouver la meilleure des solutions sans mettre en péril votre santé.**

Psychothérapie

Dans les dernières décennies, on a développé des psychothérapies qui peuvent traiter le trouble bipolaire de façon efficace. Elles sont presque toujours utilisées avec la médication mais peuvent parfois être une alternative pour des patients qui peuvent difficilement prendre un médicament à cause d'un autre problème de santé (par exemple, maladie cardiaque ou hépatique, obésité, problèmes rénaux ou grossesse). La psychothérapie peut aussi aider les patients bipolaires qui présentent d'autres problèmes tels un trouble anxieux, un trouble alimentaire ou l'abus de substances.

On a plus souvent recours à la psychothérapie lors des épisodes de dépression que lors des épisodes de manie. En effet, durant ces épisodes, les patients peuvent avoir de la difficulté à écouter le thérapeute. La psychothérapie peut aider l'individu à faire face à ses problèmes, à réaliser qu'il a changé et que ses buts ne sont plus les mêmes, à comprendre les effets de la maladie sur ses relations personnelles. Elle peut aider à prévenir les rechutes en donnant des outils qui permettent de gérer les facteurs de stress qui peuvent déclencher un épisode et qui peuvent favoriser la prise régulière de médication.

Les études démontrent que les types suivants de psychothérapies peuvent diminuer les symptômes dépressifs et les rechutes :

- **La thérapie cognitivo-comportementale** comprend un volet psychoéducatif concernant la maladie et son traitement pharmacologique, la modification des pensées et croyances qui génèrent une dépression, la résolution de problèmes et l'établissement de buts de traitement.

- **La thérapie centrée sur les familles** permet de renseigner la famille au sujet de la maladie et améliore la communication et la résolution de problème.
- **La psychothérapie interpersonnelle** vise à améliorer les relations, la capacité à interagir avec les autres et à réduire l'impact de la maladie affective sur la relation. Elle peut inclure la thérapie des rythmes sociaux qui vise à maintenir des routines personnelles et sociales qui permettent de stabiliser les rythmes corporels, plus particulièrement le cycle veille sommeil de 24 heures.

La psychothérapie peut se faire de façon individuelle (vous et le thérapeute), en groupe (avec d'autres patients qui ont le même problème) ou avec la famille. La personne qui effectue la thérapie peut être le médecin ou un autre professionnel, tel un travailleur social, un psychologue, un infirmier ou un psychothérapeute qui travaille en collaboration avec votre médecin.

Comment améliorer l'efficacité de la psychothérapie?

- Aller aux rendez-vous
- Être honnête
- Compléter les tâches à domicile
- Dire au thérapeute si on trouve que la psychothérapie fonctionne (ou pas)

La psychothérapie peut prendre plus de temps à fonctionner que les médicaments (2 mois) mais les bénéfices peuvent être maintenus à long terme. La psychothérapie tout comme la médication fonctionne différemment pour chaque personne.

Sismothérapie (ou thérapie par les électrochocs)

La sismothérapie peut parfois sauver la vie des patients aux prises avec un trouble de l'humeur. Malheureusement, elle a reçu une très mauvaise presse dans les médias. La sismothérapie peut être une option importante à considérer si la personne est très suicidaire ou qu'elle est très malade et qu'elle ne peut pas attendre quelques semaines avant que la médication ne fonctionne (ex. le patient ne mange plus ou ne boit plus), si plusieurs médicaments ont été essayés, s'il y a des conditions médicales ou une grossesse qui empêchent la prescription sécuritaire de médicaments, ou si le patient est psychotique (ex. hallucinations et délire). La sismothérapie est administrée dans un établissement médical, et le patient est sous anesthésie. Un traitement habituel comprend 6 à 12 sessions étalées sur quelques semaines. L'effet

secondaire le plus fréquent est la perte de mémoire temporaire, mais la mémoire revient quelques semaines après le traitement.

L'hospitalisation

Plusieurs patients souffrant de trouble bipolaire I (i.e. les patients qui ont déjà eu un épisode de manie) seront hospitalisés au cours de leur maladie. La manie et la dépression peuvent altérer le jugement et l'autocritique. C'est pour cette raison que ces patients pourront parfois être hospitalisés contre leur gré ce qui peut être bouleversant pour les patients et leur famille. Par contre, par la suite, la plupart des patients seront reconnaissants d'avoir pu recevoir de l'aide pendant l'épisode aigu.

- L'hospitalisation est indiquée :
- Lorsque la sécurité est compromise à cause d'impulsion ou d'action suicidaires, d'homicide ou agressives
- Lorsque la détresse ou la dysfonction requièrent une surveillance constante
- Pour prévenir l'accès aux drogues si l'abus de substances est un problème récurrent
- Lorsque le patient a une condition médicale instable
- Lorsque la réaction à la médication doit être surveillée de façon étroite

TRAITEMENT PREVENTIF

Les stabilisateurs de l'humeur sont des outils essentiels qui permettent de diminuer le risque de rechute. Environ un tiers des individus souffrant de trouble bipolaire n'auront pas de symptômes s'ils prennent des stabilisateurs de l'humeur. Les autres auront moins d'épisodes et ceux-ci seront moins sévères.

Il ne faut pas se laisser abattre si on a une rechute; il faut évaluer le succès d'un traitement sur une longue période en identifiant la fréquence et la sévérité des épisodes. Il est utile d'avertir votre médecin si votre humeur change afin qu'il ajuste les médicaments dès que vous notez des signes qui pourraient annoncer une rechute. Ceci peut aider à stabiliser l'humeur et à prévenir la rechute. L'ajustement de la médication est considéré comme faisant partie de la routine du traitement (comme l'ajustement de la dose d'insuline dans le diabète). La plupart des individus avec le trouble bipolaire reçoit plusieurs types de médicaments afin de mieux stabiliser l'humeur (par exemple, on peut ajouter un antidépresseur ou un antipsychotique à un stabilisateur de l'humeur).

Il est difficile de prendre correctement les médicaments tels que prescrits (ce qu'on appelle l'observance) sur une longue période, que ce soit pour traiter une maladie physique (ex. diabète ou haute pression) ou le trouble bipolaire. On peut être tenté d'arrêter de prendre des médicaments pour plusieurs raisons. On peut penser qu'on n'en a plus besoin parce qu'on n'a plus de symptômes. Les effets secondaires peuvent être trop pénibles. On peut s'ennuyer de l'euphorie qui accompagne les épisodes de manie. Par contre, les études démontrent que l'arrêt des médicaments cause souvent une rechute dans les semaines et les mois qui suivent. Lorsqu'on arrête le lithium, par exemple, le taux de suicide augmente beaucoup. L'arrêt brutal de lithium (vs la diminution progressive de la dose) augmente le risque de rechute. Si vous pensez cesser votre médication, il est suggéré de le faire sous supervision médicale. Si on n'a eu qu'un épisode de manie, il est possible d'envisager de cesser les médicaments après un an. Par contre, s'il y a une histoire familiale de trouble bipolaire ou que l'épisode a été très sévère, il faudra songer à le prendre pour plusieurs années. S'il y a eu deux épisodes de manie ou de dépression, il faudra prendre la médication à vie. On ne songera à la cesser que si une condition médicale ou un effet secondaire l'empêche d'être utilisée de façon sécuritaire ou si une femme envisage une grossesse. Même ces situations n'entraînent pas automatiquement un arrêt de la médication. On pourra souvent penser à des médicaments de substitution. Parlez-en à votre médecin.

EDUCATION ET SOUTIEN : APPRENDRE À GÉRER LE TROUBLE BIPOLAIRE

La psychoéducation et le soutien sont des éléments importants du traitement. Les patients et leur famille doivent recevoir une information basée sur les données probantes et participer à la prise de décision.

Que puis-je faire pour mieux gérer la maladie?

Il est important de bien connaître la maladie. Comme le trouble bipolaire est une maladie chronique, il est important de s'informer au sujet de la maladie et de son traitement. On peut lire des livres, aller à des conférences, parler au médecin et au thérapeute et contacter des groupes de soutien tel REVIVRE (Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires) pour avoir accès à une information à jour et recevoir des conseils pour gérer la maladie.

Les techniques suivantes peuvent diminuer les variations de l'humeur et gérer le stress qui peut parfois engendrer des épisodes plus sévères :

- Maintenir de bonnes habitudes de sommeil. Aller au lit à la même heure tous les soirs et se lever à la même heure le matin. Les heures de sommeil irrégulières peuvent amener des modifications chimiques qui peuvent déclencher des épisodes. Si vous devez partir en voyage et être soumis à un décalage horaire, demandez conseil à votre médecin.
- Maintenir une routine de vie. Éviter d'être trop occupé ou de dépasser ses limites.
- Éviter l'alcool et les drogues illicites. Les drogues et l'alcool peuvent engendrer des rechutes et diminuer l'efficacité des médicaments. Il peut être tentant d'utiliser l'alcool et les drogues pour traiter les troubles de l'humeur et du sommeil mais ils aggravent souvent le problème. Si vous avez de la difficulté à cesser l'alcool/les drogues, demandez à votre médecin de vous aider et renseignez-vous au sujet des groupes de soutien (tel les Alcooliques Anonymes). Plusieurs ressources sont disponibles : http://www.dependances.gouv.qc.ca/index.php?aide_en_ligne. Même de petites quantités d'alcool, de café, des médicaments en vente libre pour le rhume, les allergies ou la douleur peuvent nuire au sommeil, l'humeur ou le traitement pharmacologique. Il peut être difficile de se priver d'un verre de vin ou d'une tasse de café matinale mais il peut s'agir de la « goutte d'eau qui fait déborder le vase ».
- Demandez l'aide de votre famille et vos amis. Se renseigner au sujet de la maladie peut diminuer les tensions engendrées par la maladie. Il n'est pas facile de vivre avec quelqu'un qui présente des oscillations de l'humeur et même les familles les plus calmes peuvent parfois avoir besoin d'aide extérieure pour gérer le stress engendré par la maladie. Demandez à votre médecin et votre thérapeute de vous renseigner au sujet du trouble bipolaire. Une thérapie familiale ou un groupe de soutien peuvent être utiles <http://www.alpabem.qc.ca/> <http://www.agpamm.ca/> www.amiquebec.org.
- Diminuer le stress au travail. Bien sûr, il faut faire de son mieux au travail mais éviter les rechutes est crucial et peut augmenter la productivité à long terme. Si le trouble de l'humeur interfère avec votre capacité à travailler, demandez à votre médecin s'il est préférable de l'endurer ou de demander un arrêt de travail. Vous pourrez décider d'en parler ou non à vos patrons et à vos collègues. Si vous n'êtes pas en mesure de travailler, vous pourrez demander à un membre de votre famille d'aviser votre employeur que vous avez des ennuis de santé, que vous recevez un traitement médical et que vous reviendrez au travail dès que possible.

- Apprenez à reconnaître les signes précurseurs d'une rechute. Les signes précurseurs d'un épisode peuvent varier d'une personne à l'autre et sont différents pour la manie et pour la dépression. Plus vite vous détecterez la rechute, plus vite elle pourra être traitée. Des modifications mineures de l'humeur, du sommeil, de l'énergie, de l'estime personnelle, des intérêts sexuels, de la concentration, de la volonté d'entreprendre de nouveaux projets, l'apparition d'idées de mort (ou un optimisme soudain) et même des changements au niveau des tenues vestimentaires ou des habitudes de toilettage peuvent être des signes précoces d'une rechute. Soyez particulièrement attentifs aux modifications des habitudes de sommeil car il s'agit d'un signe fréquent de rechute. Comme la perte de jugement peut être un signe fréquent, demandez à un membre de famille de vous aviser s'ils observent des signes précurseurs que vous pourriez avoir manqué.
- Contacter un groupe de soutien. Des groupes de soutien tels REVIVRE, DBSA ou NAMI peuvent vous permettre de partager votre expérience avec d'autres et de vous renseigner au sujet des façons de gérer la maladie.
- Participer à un projet de recherche. Ceux qui participent à un projet de recherche peuvent bénéficier d'évaluations médicales et psychiatriques approfondies et parfois avoir accès à des médicaments qui ne sont pas encore disponibles.

Et si je veux arrêter de prendre des médicaments?

Il est normal d'avoir des doutes concernant le traitement. Si vous avez l'impression qu'un traitement ne fonctionne pas et qu'il cause des effets secondaires intolérables, dites-le à votre médecin- n'arrêtez pas et n'ajustez pas la médication vous-même. Les symptômes qui surviennent lorsqu'on arrête la médication peuvent être plus difficiles à traiter. N'hésitez pas à demander un deuxième avis si ça ne va pas bien. Les consultations peuvent être bénéfiques.

À quelle fréquence devrais-je parler à mon médecin?

Pendant l'épisode de manie aiguë ou de dépression, on peut parler à son médecin à toutes les semaines pour évaluer les symptômes, la dose de médicaments ou les effets secondaires. Lorsque vous irez mieux, vous pourrez voir votre médecin moins souvent, à quelques mois d'intervalle. Appelez votre médecin si vous notez :

- des idées suicidaires ou de violence

- des changements de l'humeur, du sommeil ou du niveau d'énergie
- des changements au niveau des effets secondaires
- besoin de prendre des médicaments en vente libre (pour le rhume, la douleur)
- une maladie physique aiguë ou besoin d'une chirurgie, d'un traitement dentaire extensif ou de changer vos autres médicaments
- un changement au niveau de votre condition médicale (p. ex. une grossesse)

Comment puis-je noter les progrès dans le traitement?

Un graphique de l'humeur peut être un outil efficace pour gérer l'humeur. On peut y noter les variations quotidiennes de votre humeur, les activités, les habitudes de sommeil, la médication, les effets secondaires et les événements importants. On peut utiliser une échelle visuelle qui peut permettre de situer l'humeur de haut (manie) en bas (dépression) avec l'état normal au milieu. Votre médecin pourra vous remettre une échelle. Souvent, on peut consigner rapidement l'humeur de la journée. En observant les changements dans les habitudes de sommeil et/ou la présence de facteurs de stress particuliers, vous pourrez commencer à identifier les signes précurseurs qui annoncent la rechute et les facteurs de stress auxquels vous êtes sensibles. Suivre l'effet des médicaments pendant plusieurs mois ou plusieurs années vous permettra de découvrir lesquels fonctionnent mieux pour vous.

Qu'est-ce que la famille et les amis peuvent faire pour aider?

Si un des membres de votre famille ou un de vos amis souffre du trouble bipolaire, vous pourriez chercher à vous informer au sujet de cette maladie, de ses causes et des traitements. Parlez au médecin si c'est possible. Apprenez à reconnaître les signes qui annoncent une rechute dépressive ou en manie. Demandez à votre proche ce qu'elle aimerait que vous fassiez lorsque vous notez la réapparition de ces symptômes.

- Encouragez la personne à adhérer au traitement, à voir son médecin, à éviter les drogues et l'alcool. Si la personne ne se sent pas bien ou qu'elle a des effets secondaires sévères, encouragez la personne à consulter mais suggérez lui d'éviter de cesser la médication contre avis médical.
- Si votre proche fait une rechute dépressive ou en manie et qu'elle vous accuse d'ingérence, souvenez-vous qu'elle ne vous rejette pas mais qu'il s'agit d'un symptôme de la maladie.

- Soyez alerte aux signes précurseurs de suicide et prenez les menaces au sérieux. Si la personne finalise ses affaires, parle de suicide, évoque des moyens de se suicider, semble de plus en plus désespérée, avisez le médecin ou d'autres membres de la famille, d'autres amis. Appelez le 911 ou l'urgence si la situation devient désespérée.
- Si la personne a fait un épisode de manie, élaborer un plan d'action lorsqu'elle est stable afin de savoir quoi faire en cas de rechute. L'individu pourrait vous demander de garder les cartes de crédit, les clés de voiture, révoquer les privilèges bancaires, et vous pourriez convenir ensemble des critères qui vous aideront à savoir quand aller à l'hôpital.
- Partagez la responsabilité d'aider le patient avec d'autres proches. Ceci diminue la pression qui pèse sur les proches et prévient l'épuisement ou le ressentiment.
- Lorsque les patients sont en convalescence laissez les récupérer à leur rythme et évitez d'avoir des attentes trop élevées ou trop basses. Faites des choses avec eux plutôt que pour eux afin qu'ils puissent améliorer leur estime personnelle. Traitez les personnes normalement lorsqu'elles auront récupéré mais soyez à l'affût des signes précurseurs de la rechute. S'il y a une rechute, il est possible que vous le notiez avant que la personne s'en rende compte. Partagez vos observations avec votre proche en faisant preuve de délicatesse et suggérez qu'il en parle avec leur médecin.
- Démontrez de l'optimisme. Si vous vous attendez à ce qu'il récupère, vous envoyez un message important à votre proche.
- Il est important de différencier une bonne journée de l'hypomanie et une mauvaise journée de la dépression. Les patients avec le trouble bipolaire ont des bonnes et des mauvaises journées comme tout le monde. Avec l'expérience, on peut faire la différence entre les deux
- Cherchez un médecin/thérapeute qui va 1) miser sur les forces du patient plutôt que se centrer sur la maladie, 2) viser la récupération complète plutôt que simplement la diminution des symptômes et 3) croire que le patient va récupérer
- Contactez des groupes de soutien (comme REVIVRE, ALPABEM, AQPAMM)

GROUPES DE SOUTIEN

REVIVRE Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires. www.revivre.org

ALPABEM Organisme communautaire de soutien aux familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale www.alpabem.qc.ca

AQPAMM Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale www.aqpamm.ca

AMIQ Québec Action pour la santé mentale www.amiquebec.org

SITES WEB PERTINENTS:

DBSA Depression and Bipolar Support Alliance www.DBSAAlliance.org

NAMI National alliance on mental illness www.nami.org

NMHA National Mental Health Association www.nmha.org

Madison Institute of Medicine (Lithium Information Center et Stanley Center for the Innovative Treatment of Bipolar Disorder) www.miminc.org

Massachusetts General Hospital Bipolar Clinic and Research Program.
www.manicdepressive.org

www.moodwings.net.au site d'auto-thérapie pour le trouble bipolaire

www.lltff.ca *Living life to the full.* Site d'auto-thérapie pour la dépression et l'anxiété

www.moodgym.anu.edu.au site d'auto-thérapie pour la dépression et l'anxiété

www.tccmontreal.com guides de thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles de l'humeur et les troubles anxieux

www.crestbd.ca *Bipolar disorder research*

www.douglas.qc.ca/page/bipolar-disorders-program

www.canmat.org. *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment* énoncés de pratique pour le traitement des troubles de l'humeur

www.camh.ca/fr centre de toxicomanie et de santé mentale. Contient des fiches d'information en français sur le trouble bipolaire

QUELQUES LIVRES SUR LE TROUBLE BIPOLAIRE

The bipolar disorder survival guide. D. J. Miklowitz. Guilford, 2010

Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. M.R. Basco, A.J.Rush. Guilford, 2005

Coping with bipolar disorder: A guide to living with manic depression. S. Jones, P. Hayward, D. Lam. Oneworld Publications, 2002

An unquiet mind, a memoir of moods and madness. K. R. Jamison. Vintage, 1997

Le trouble bipolaire. Pour ceux qui en souffrent et leurs proches. Marie Josée Filteau et Jacques Beaulieu

La psychothérapie du trouble bipolaire

Thanh-Lan Ngô, M.D., FRCPC

Psychiatre

Chef du Programme des Maladies Affectives

Hôpital du Sacré Cœur de Montréal

Avril 2015

Le trouble bipolaire est caractérisé par des épisodes de surexcitation (manie) et de fléchissement de l'humeur (dépression) et elle atteint 1 à 3% de la population. Elle peut avoir des impacts majeurs sur le fonctionnement psycho-social.

On a longtemps considéré que le trouble bipolaire se traitait essentiellement sinon exclusivement par la médication. Par contre, on sait maintenant que pour obtenir un résultat thérapeutique optimal, les approches thérapeutiques psychosociales jouent un rôle important comme traitement d'appoint.

Elles permettent de cibler les symptômes résiduels, l'adaptation à la maladie, l'adhésion au traitement et le fonctionnement social et occupationnel. Parmi les mesures psychothérapeutiques étudiées, les preuves d'efficacité sont les plus probantes pour les approches suivantes :

- **La psychoéducation.** Elle se fait généralement de façon didactique. Le thérapeute prodigue des informations au sujet des symptômes, des causes et du traitement du trouble bipolaire. Il évoque l'importance de la régulation des rythmes biologiques (ex. le cycle veille-sommeil), l'identification des facteurs qui déclenchent une rechute, des profils personnels de maladie (identification des prodromes de rechute) et des plans de prévention en cas de rechute. Le thérapeute peut également évoquer les comportements à risque (incluant l'abus de substances), la gestion du stress et les stratégies de résolution de problème.
- **La psychothérapie cognitivo-comportementale** est une intervention psychologique structurée et limitée dans le temps. Dans cette intervention, le patient travaille en collaboration avec le thérapeute afin de reconnaître les relations entre les pensées, les émotions, les sensations corporelles et les comportements. Il identifie les pensées associées aux réactions problématiques et procède à une réévaluation cognitive afin

d'explorer des points de vue alternatifs et moduler les changements d'humeur. Il utilise des stratégies comportementales afin de composer avec les fluctuations thymiques (p.ex. planification des activités plaisantes/valorisantes ou assignation des tâches graduées pour contrer la procrastination lors des épisodes dépressifs et plan d'hypostimulation en période d'hypomanie).

- **La psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux** cible les facteurs de rechute incluant les modifications des rythmes circadiens et sociaux, la non-adhésion au traitement et les événements stressants. Elle enseigne à stabiliser la routine quotidienne et le cycle d'éveil/sommeil ainsi qu'à mieux gérer les multiples problèmes psychosociaux associés à cette pathologie chronique (p.ex. deuil/pertes, conflits interpersonnels, transition de rôle, déficit interpersonnel/isolement). Le patient tente de moduler les symptômes en apprenant à s'adapter à ces situations ou à résoudre ces problèmes interpersonnels.
- **La psychothérapie centrée sur la famille** requiert la participation des membres de la famille et est centrée sur l'amélioration de l'adaptation familiale, de la communication et de la résolution de problèmes. En effet, la recherche démontre que le stress interpersonnel contribue aux ruptures relationnelles et à une diminution du soutien social alors que la haute expression émotionnelle (i.e. critique, surimplication émotionnelle, hostilité) augmente le risque de rechute.

LE TROUBLE BIPOLAIRE ET LA PSYCHOTHÉRAPIE COGNITIVE : INFORMATION POUR LE PATIENT

Dr Martin D. Provencher
Psychologue et Professeur agrégé
École de psychologie, Université Laval

1.0 Introduction

Le trouble bipolaire amplifie les expériences émotionnelles courantes de tristesse et de fatigue, de bonheur et d'énergie, d'irritabilité et de colère, de créativité et de sensualité :

« Quand on est sur un *high*, c'est formidable. La timidité disparaît, les mots et les gestes deviennent subitement appropriés et il y a un sentiment de certitude quant au pouvoir de séduire et d'attirer les autres. On découvre de l'intérêt envers des gens auparavant sans intérêt. La sensualité devient envahissante et le désir de séduire et d'être séduit est irrésistible. Des sentiments d'aisance, de vivacité, de pouvoir, de bien-être, d'invincibilité financière et d'euphorie s'infiltrent jusqu'à la moelle des os. Mais à un moment donné, tout cela change. Les idées défilent trop rapidement et sont trop nombreuses et la confusion est ensuite remplacée par la peur et les inquiétudes. On devient alors irritable, en colère, apeuré, incontrôlable et pris dans les filets des idées noires. ... Tout cela se poursuit sans fin jusqu'à ce que ce soit les autres qui se souviennent de vos comportements – vos comportements bizarres, frénétiques et sans but... » Description faite par une patiente dans le livre *Manic-Depressive Illness* de Goodwin et Jamison (1990).

Cette même patiente raconte par la suite les conséquences de ses épisodes de manie : cartes de crédit annulées, émission de chèques sans provision, explications à fournir au travail, excuses à présenter, souvenirs intermittents d'hommes vagues, amitiés perdues et un mariage en ruines.

Le trouble bipolaire est une maladie répandue. La probabilité de développer un trouble bipolaire à un moment donné dans sa vie est entre 1 et 2 sur 100. La prévalence exacte de la maladie dépend des critères utilisés pour sa définition. Il y a une forte composante génétique dans le trouble bipolaire. Souvent le patient a une histoire familiale de dépression ou de trouble bipolaire. Malgré cela, la maladie est souvent décrite comme étant d'origine biologique et d'expression comportementale et psychologique. De plus, l'apparition ou la réapparition de la maladie est souvent reliée à des facteurs environnementaux de stress, en particulier au début de la maladie. Ainsi les facteurs biologiques et de stress (modèle diathèse-stress) font partie de l'étiologie du trouble bipolaire. Il existe certaines preuves qui démontrent que, si le trouble bipolaire n'est pas traité, il s'ensuit des épisodes plus fréquents et plus sévères, souvent sans liens évidents, avec un stress environnemental. Depuis les trente dernières années, le traitement s'est beaucoup amélioré grâce à la découverte du lithium et des antidépresseurs.

Certains patients rapportent que la médication tel le lithium permet :

« d'éviter mes *highs* attirants mais désastreux, de diminuer mes dépressions, de mettre de l'ordre dans mes pensées confuses, de me ralentir, de me stabiliser, de me rendre supportable, de ne pas ruiner ma carrière et mes relations interpersonnelles, d'éviter d'être hospitalisé, de rester en vie et de suivre une psychothérapie. La psychothérapie donne un sens à la confusion, tient en laisse les terribles pensées et émotions, redonne un certain contrôle et permet d'apprendre quelque chose de cette expérience. ... Aucune pilule ne peut régler mon problème de ne pas vouloir prendre des médicaments; parallèlement, aucune psychothérapie seule ne peut prévenir mes manies et dépressions. J'ai besoin des deux. » (Goodwin & Jamison, 1990).

Certains patients moins chanceux continuent à avoir des rechutes de manie ou de dépression malgré la prise régulière d'une médication. Dans ces cas, une psychothérapie spécifique pourrait permettre à ceux-ci de regarder d'autres façons de faire face à leur maladie en identifiant, notant par écrit et réagissant dès les premiers symptômes de la maladie (prodromes); en établissant une routine de vie équilibrée et régulière au niveau de l'alimentation, de l'exercice et du sommeil; en évitant les sources de stress inutiles présentes dans leur environnement; en apprenant certaines techniques pour mieux contrôler leur stress; et en réexaminant leurs règles de vie. C'est dans ce contexte qu'on peut considérer le rôle de la psychothérapie comme agissant sur le stress qui est une des causes de la maladie.

2.0 La psychothérapie cognitive

La psychothérapie cognitive est une forme de psychothérapie qui vise à fournir aux patients des outils pour faire face aux émotions négatives et pour prévenir les rechutes de la maladie. Elle est ponctuelle et se centre sur le présent. Elle examine le passé du patient seulement dans le but de mieux comprendre le présent et de replacer les problèmes actuels dans leur contexte. Elle est centrée sur l'identification et la résolution de problèmes actuels. Le patient et le psychologue travaillent en équipe pour faire face à certains problèmes que le patient présente. Les deux parties s'entendent sur certaines tâches qui doivent être faites entre les séances dans le but de pratiquer ce qui a été appris en psychothérapie et parfois pour recueillir de l'information utile pour les prochaines séances. Au fur et à mesure que progresse la psychothérapie, le psychologue et le patient se concentrent ensuite sur certaines des « règles de vie » ou « croyances fondamentales » du patient dans le but de produire des changements à plus long terme. Ce qui suit représente certains des concepts de base de la psychothérapie cognitive.

2.1 Pensée, Humeur et Comportement

Nos pensées, nos comportements et nos émotions agissent les uns sur les autres. La plupart d'entre nous avons vécu des moments où nous ne voulions pas sortir de la maison parce que notre humeur était basse et que nous voulions être seuls. Or, malgré cela, nous sommes sortis, nous nous sommes amusés et par la suite nous nous sommes sentis mieux (c'est le comportement qui agit sur l'humeur). Par contre, nous avons aussi fait l'expérience de décider de ne pas sortir et de poireauter à la maison. Nous n'y avons pas trouvé de réconfort et en fait nous nous sommes sentis encore plus déprimés. Ce type d'expériences est régulièrement vécu par les patients cliniquement dépressifs. Pour combattre cet état dépressif, le psychologue va souvent utiliser des techniques comportementales, telles qu'entreprendre des activités agréables, viser de petits objectifs et se tenir occupé, pour ainsi aider le patient à sortir de sa dépression. Lorsque le patient est dans un état de légère surexcitation (hypomanie), le

psychologue va suggérer au patient de résister à la tentation de sortir et de s'exposer à une plus grande stimulation. En fait, il l'encourage à en faire moins et à entreprendre des activités calmanes pour sortir de son état *high*.

On sait que lorsque les gens sont dépressifs, ils ont plus de pensées négatives. Lorsqu'ils sont euphoriques, ils ont plus de pensées optimistes et irréalistes. Dans les cas d'état émotionnel extrême, ces pensées peuvent être déraisonnablement dépressives ou optimistes et elles surgissent dans l'esprit sans réel effort (pensées automatiques). De plus, ces pensées peuvent éventuellement paraître très réelles malgré l'évidence objective contraire. Cela provoque, à son tour, un état émotionnel encore plus extrême. Par exemple, si la personne est dépressive, elle peut avoir des pensées culpabilisantes à l'effet que sa dépression soit le résultat de sa propre faiblesse et de son incompétence. Puis, à leur tour, ces pensées la rendent encore plus dépressive. En contrepartie, quand la personne est sur un *high*, elle croit posséder des habiletés qui sortent de l'ordinaire et elle devient très irritée quand les autres ne comprennent pas son point de vue ou ne changent pas le leur. Elle devient encore plus exaltée justement à cause de cette conviction de posséder des habiletés inhabituelles et encore plus irritée face aux gens qu'elle perçoit moins aptes et qui refusent d'accepter ses idées.

En psychothérapie cognitive, on enseigne d'abord au patient à observer ses pensées et comportements. On lui apprend à reconnaître ses pensées automatiques dès qu'elles apparaissent et à les noter sur papier. On lui apprend aussi à observer ses comportements ou activités et à les noter. Par la suite, ces pensées et ces comportements sont utilisés pour modifier l'humeur. Le patient apprend à faire face à ses pensées automatiques à l'aide de techniques qui lui permettent de prendre un certain recul et de considérer la réalité de ces pensées automatiques. On lui apprend aussi à régulariser le niveau de ses activités et à utiliser des comportements pouvant agir sur son humeur.

2.2 Premiers signes d'alerte (prodromes)

La prise de médication régulière et une meilleure compréhension de la maladie sont deux facteurs importants qui permettent au patient de mieux gérer la maladie. Cependant, les patients qui progressent le plus sont ceux qui ont appris à observer leurs humeurs et à reconnaître les premiers signes d'alertes. Certains patients apprennent à observer leurs humeurs de façon très sophistiquée. Par exemple, un patient a appris à observer non seulement l'état de son humeur mais aussi le cours de son humeur sur une période de plusieurs jours : « c'est normal de se sentir joyeux suite à des vacances sur les pentes de ski, mais si mon humeur continue à s'exalter durant plusieurs jours, alors je me rends compte que je vais devoir être prudent. » Les premiers signes d'alerte varient selon les individus. Cependant, les plus courants sont la perte de sommeil, se réveiller tôt en se disant que « c'est merveilleux d'avoir trois heures de plus pour ranger mes affaires avant d'aller travailler » et la fatigue. Pour un patient entre autres, l'alerte sonne quand il commence à se concentrer un peu trop sur « la pensée du jour » entendue à la radio. Comme les premiers signes d'alerte sont particuliers à chaque individu, la meilleure façon de les identifier consiste à analyser les épisodes précédents de la maladie avec l'aide du psychologue et à noter tous les signes possibles. Certains patients peuvent identifier les situations ou les antécédents stressants, telle une période de travail exigeante, qui peuvent mener à la reconnaissance des premiers signes. L'analyse des épisodes antérieurs et de leurs effets fait partie du processus psychothérapeutique.

2.3 Une routine de vie équilibrée et régulière

Les psychologues cliniciens observent qu'un style de vie chaotique et peu structuré peut provoquer de nouveaux épisodes de manie et de dépression. Ainsi, plusieurs psychologues suggèrent aux patients souffrant de trouble bipolaire qu'une routine de vie structurée est importante. Les habitudes de sommeil régulières sont cruciales. Le manque de sommeil ou un surplus de fatigue précèdent souvent l'apparition d'états prodromiques (signes d'alerte) ou d'hypomanie. Par exemple, certains patients se retrouvent en état d'hypomanie suite à un long voyage ou à un décalage horaire à cause de la perturbation du sommeil. Voilà pourquoi il est essentiel d'éduquer les patients sur l'importance du sommeil et d'une routine de vie équilibrée. Le fait de suivre une routine quotidienne équilibrée et régulière, de bien manger et de faire de l'exercice peut aider à régulariser le sommeil. Or, un des buts de la psychothérapie cognitive est d'établir une bonne routine d'autogestion de ses propres habitudes de vie.

2.4 Faire face aux « règles de vie » ou « croyances fondamentales »

On apprend tous des règles de vie ou croyances fondamentales à partir d'expériences de vie, particulièrement les expériences marquantes de notre enfance, pour nous permettre de faire face à la multitude d'informations auxquelles nous sommes exposés. Parfois ces règles et croyances peuvent être très rigides et nous nuire au lieu de nous aider. Par exemple, certains patients souffrant de trouble bipolaire croient fortement qu'ils doivent être super-performants sinon ils ne valent rien. La réussite a une importance primordiale à leurs yeux. Lorsqu'ils échouent dans certaines tâches, ils entreprennent des projets encore plus gros afin de compenser cet échec. Cette « spirale vers le haut » se poursuit jusqu'à ce qu'ils ne puissent plus la gérer et ils finissent par vivre un épisode de manie. D'autres patients ont des règles et croyances différentes. Un des buts de la psychothérapie cognitive est d'analyser ces règles et croyances et d'apprendre à les rendre plus flexibles et adaptées.

3. Conclusion

Ce présent document a comme objectif d'informer les patients souffrants de trouble bipolaire en décrivant brièvement ce que sont la maladie et la psychothérapie cognitive. Certains des points présentés dans ce texte peuvent s'appliquer à vous, d'autres ne s'appliquent pas. Vous pourriez vouloir partager votre expérience avec votre psychologue. Pour vous aider à le faire, il peut être intéressant d'écrire vos commentaires dans les marges et de partager vos pensées ou vos interrogations avec votre psychologue.

4. Livres de référence

Burns, D. D. (1985). *Être bien dans sa peau*. Québec : Les éditions héritage.

Jamison, K. R. (1997). *De l'exaltation à la dépression*. Paris : Robert Lafond.

Greenberger, D., & Padesky, C. A. (2004). *Dépression et anxiété: Comprendre et surmonter par l'approche cognitive*. Ville Mont-Royal, Québec : Décarie éditeur.

Leblanc, J., et al. (1996). *Démystifier les maladies mentales : Les dépressions et les troubles affectifs cycliques*. Montréal : Gaëtan Morin.

Miklowitz, D. J. (2002). *The bipolar survival guide: what you and your family need to know*. New York: Guilford Press.

Thériault, C., Chamberlain-Thériault, L., & Richard, P. (1994). *Les hauts et les bas de la maniaco-dépression*. Québec : Leméac.

Le trouble bipolaire : guide d'information. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale (2000). Brochure d'information disponible à http://www.camhx.ca/fr/About_Addiction_Mental_Health/Mental_Health_Information/Bipolar_Disorder/bipolar_infoguidefr.pdf

Texte tiré de Lam, D. H., Jones, S. H., Hayward, P., & Bright, J. A. (1999). *Cognitive therapy for bipolar disorder*. New York: John Wiley and Sons, tous droits réservés. Traduit et adapté de l'anglais par Martin D. Provencher, Ph.D.

Ressources complémentaires pour le traitement du trouble bipolaire

Livres :

The bipolar survival guide de David Miklowitz

An unquiet mind de Kay Redfield Jamison

Un rayon de lumière. L'histoire de Nick Traina mon fils. Danielle Steel

Coping with bipolar disorder. Seven Jones, Peter Hayard et Dominic Lam

Le trouble bipolaire. Pour ceux qui en souffrent et leurs proches. Marie Josée Filteau et Jacques Beaulieu

Sites web pertinents :

www.revivre.org

www.camh.ca/fr

www.dbsalliance.org

www.mcmanweb.com

www.moodswings.net.au

<http://www.douglas.gc.ca/info/troubles-bipolaires>

www.tccmontreal.com

www.beatingbipolar.org

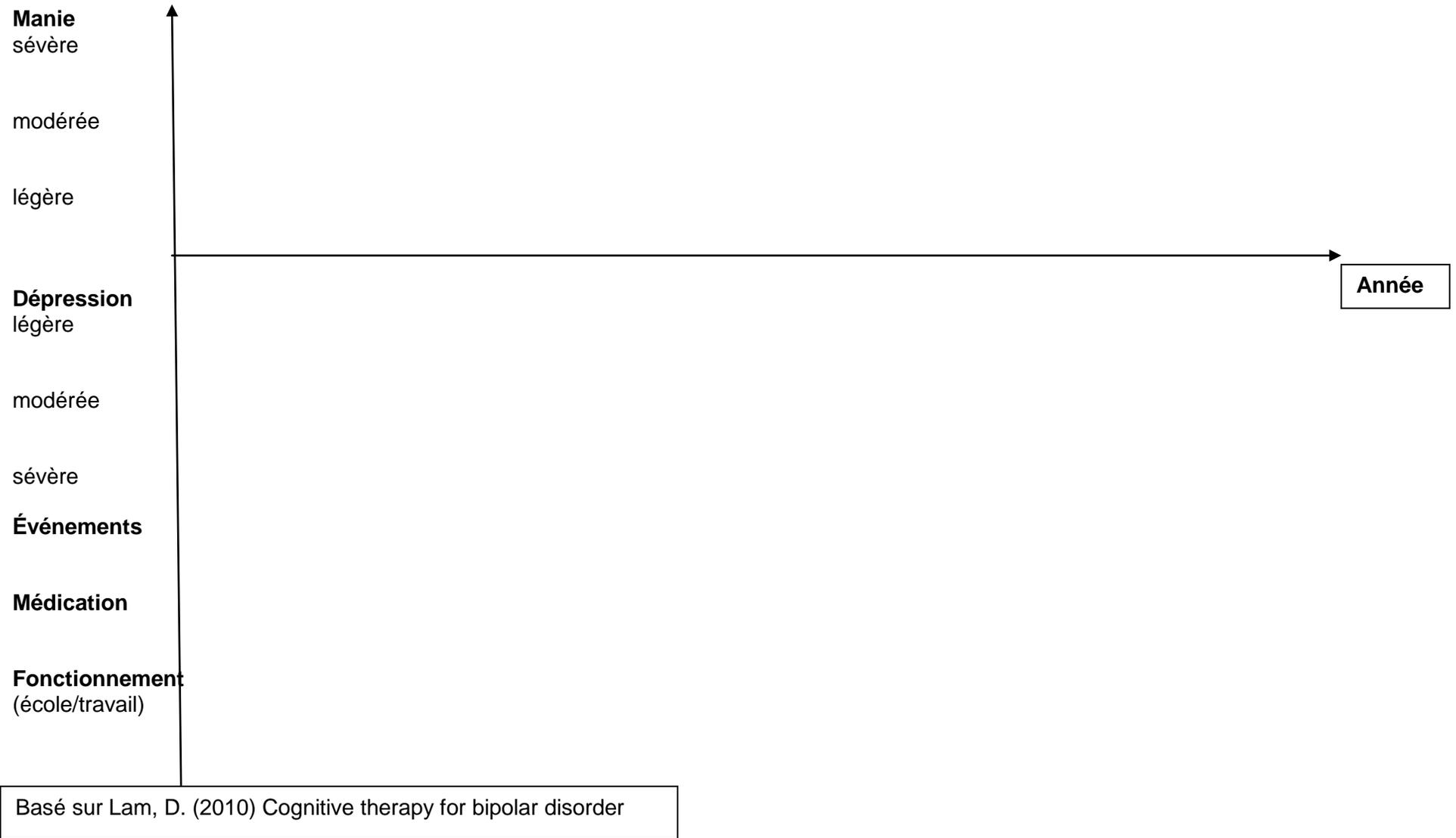
Groupes de soutien :

REVIVRE. Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires.

ALPABEM. Organisme communautaire de soutien aux familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale

Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale. Organisme communautaire de soutien aux familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale

Graphique de l'évolution de la maladie (Life Chart)



Légende pour le graphique de l'humeur

| Niveaux | Humeur | Impact sur le fonctionnement |
|-----------|---|--|
| Niveau +4 | Humeur euphorique, rires inappropriés, incapable d'arrêter de parler, incohérence des idées, communication impossible, délires et hallucinations, hostile, non-collaborateur. | Négation du besoin de dormir, tenue débraillée, vêtement extravagant, hyperactivité continue, exprime son intérêt sexuel à son entourage, passage à l'acte, assauts, destruction d'objets, hospitalisation nécessaire. |
| Niveau +3 | Humeur exaltée et inappropriée à l'événement, plein d'humour, propos à thème sexuel, logorrhéique, difficile à interrompre, fuites des idées, idées de grandeur ou paranoïdes, irritabilité fréquente, seuil de frustration bas, tendance à exiger rapidement des autres, énergie excessive. | Diminution marquée du besoin de dormir, apparence négligée ou provocatrice, maquillage excessif, difficulté à maintenir votre attention, jugement pauvre, comportement impulsif, dépenses excessives. |
| Niveau +2 | Joyeux, humeur appropriée à l'événement, optimiste, confiance en soi augmentée, distrait, perd le fil de sa pensée, propos à thèmes religieux, augmentation certaine de l'intérêt sexuel, épisode de colère ou d'irritabilité. | Dort + 1 heure de moins que la normale, apparence peu soignée ou tenue vestimentaire inappropriée à la saison, augmentation de la gestuelle, difficulté à se centrer sur une activité, productivité augmentée (projets spéciaux), demandes à répétition. |
| Niveau +1 | Humeur légèrement exaltée, plus sociable, volubile, pensée rapide, facilement distrait, irritabilité observée par les autres, augmentation de l'énergie, intérêt sexuel légèrement augmenté, sarcastique. | Dort 1 heure de moins que la normale, tenue légèrement négligée, bruyant par moment, méfiant, vos performances peuvent augmenter. |
| Niveau -1 | Sentiment de dévalorisation et que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, anxieux et émotif, se préoccupe de ses malaises physiques, ressent de la tension et de l'irritabilité, idées et sentiments d'incapacité vis-à-vis du travail, des activités et des loisirs, diminution de l'énergie. | Difficultés occasionnelles à s'endormir (délai de + ½ heure), a besoin de se stimuler pour démarrer la journée, diminution du besoin de s'alimenter, fatigue, faiblesse. |
| Niveau -2 | Ressent humeur dépressive, sentiment d'impuissance, idées de culpabilité concernant des erreurs passées, s'inquiète pour un rien, plus irritable, méfiant, perte d'énergie, désir de mort. | Difficultés régulières à s'endormir, fournit des efforts pour fonctionner et maintenir l'intérêt, problèmes de concentration et de la pensée, perte de l'appétit, ambivalence et indécision, apathie. |
| Niveau -3 | Incapable d'éprouver du plaisir, perte marquée d'énergie, manifeste des craintes amplifiées, parle de son état comme une punition, présente une irritabilité et une anxiété marquées, idées récurrentes de mort ou pensées suicidaires. | Difficultés marquées du sommeil : réveils fréquents, agitation, insomnie matinale, hypersomnie, période d'endormissement longue, détérioration significative du fonctionnement (absentéisme, fardeau), perte marquée de l'appétit, isolement social. |
| Niveau -4 | Craintes exprimées spontanément, agitation très marquée, trouble au niveau de la mémoire et de la concentration, gestes ou tentatives de suicide, délires ou hallucinations. | Trouble du sommeil, incapacité au travail et à prendre soin de soi, requiert l'hospitalisation. |

Pour les femmes ayant des menstruations, encrer vos jours de menstruations sur le graphique de l'humeur.

Réalisé par Brigitte Charron, stagiaire, inf. B. Sc. et
Line Roy, inf. M. Sc.
Clinique des maladies affectives, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
2001/01/22



Clinique des maladies affectives

Directives pour le graphique de l'humeur

Directives générales

Inscrire le nom du client, le nom du thérapeute ainsi que le mois et l'année en cours. Utilisez toujours un graphique pour chaque mois. Par exemple, si nous sommes le 10 janvier, commencez le graphique au jour 10, puis le mois de février sera inscrit sur un autre graphique. Le traitement pharmacologique sera inscrit en bas du graphique.

Les heures de sommeil

Les heures de sommeil sont inscrites de deux façons, soit T : le temps passé au lit en heures (le client est éveillé ou non) et D : les heures totales dormies. Ces données sont approximatives, mais elles pourront donner un aperçu de la quantité de sommeil du client.

Graphique

Le client se servira de la légende à l'endos du graphique pour déterminer le niveau qui correspond le mieux à son humeur. La légende a été élaborée en tenant compte de l'humeur (comment le client se sent) et de l'impact sur le fonctionnement de la personne. Un membre de la famille (conjoint ou autre) pourra aider le client à remplir cette section.

Médication :

Le but de cette section est de voir si le client est assidu à son traitement pharmacologique. S'il prend régulièrement sa médication, il n'aura qu'à faire un (+) dans le carreau. Par contre, s'il omet une ou plusieurs doses de médicament dans la journée, il l'indiquera par un (0). Il devra alors préciser pourquoi il a omis sa médication et de quel médicament il s'agit dans la section des commentaires. La période de non-assiduité au traitement pharmacologique sera facilement observable. Le client indiquera aussi tout médicament pris en PRN dans la section commentaires et il pourra alors justifier cette prise de médicament.

Commentaires

Cette section est très importante pour inscrire les événements significatifs qui affectent l'humeur du client (conflits, stress au travail ou à la maison, perte d'emploi, déménagement, naissance, mariage, etc.). On pourra ainsi avoir une représentation chronologique de ces événements. Tout commentaire utile sera aussi inscrit dans cette section. Par exemple, les symptômes psychotiques, l'hospitalisation, les tentatives de suicide, l'arrêt de la médication, etc.

Menstruations

Les femmes ayant des menstruations devront encercler les jours correspondants sur le graphique de l'humeur (première section).

Brigitte Charron, stagiaire, inf. B. Sc., Line Roy, inf. M. Sc., Jean Leblanc, m.d., janvier 2001

Registre des activités quotidiennes

Cotez de 0-10 le degré de plaisir (P) et de valorisation (V) associé à chaque activité (0: pas du tout, 10: maximal)

| heures | lundi | mardi | mercredi | jeudi | vendredi | samedi | dimanche |
|--------|-------|-------|----------|-------|----------|--------|----------|
| 6-7h | | | | | | | |
| 7-8h | | | | | | | |
| 8-9h | | | | | | | |
| 9-10h | | | | | | | |
| 10-11h | | | | | | | |
| 11-12h | | | | | | | |
| 12-13h | | | | | | | |
| 13-14h | | | | | | | |
| 14-15h | | | | | | | |
| 15-16h | | | | | | | |
| 16-17h | | | | | | | |
| 17-18h | | | | | | | |
| 18-19h | | | | | | | |
| 19-20h | | | | | | | |
| 20-21h | | | | | | | |
| 21-22h | | | | | | | |
| 22-23h | | | | | | | |
| 23-24h | | | | | | | |
| 24-1h | | | | | | | |
| 1-2h | | | | | | | |
| 2-3h | | | | | | | |
| 3-4h | | | | | | | |
| 4-5h | | | | | | | |
| 5-6h | | | | | | | |

Rythmes sociaux : adopter une routine de vie

Semaine du :

| activité | lundi | mardi | mercredi | jeudi | vendredi | samedi | dimanche |
|--|-------|-------|----------|-------|----------|--------|----------|
| Sortir du lit | | | | | | | |
| 1 ^{er} contact avec une personne | | | | | | | |
| Déjeuner | | | | | | | |
| Début du travail, travail ménager, bénévolat | | | | | | | |
| Dîner | | | | | | | |
| Fin du travail | | | | | | | |
| Souper | | | | | | | |
| Se coucher au lit | | | | | | | |

Commentaires :

Adapté de Frank, E. (2005) Treating bipolar disorder. Guilford Press: New York

Tableau d'enregistrement des pensées automatiques

| situation | émotions | Pensées automatiques (ou images) | Faits qui soutiennent la pensée automatique | Faits qui contredisent la pensée automatique | Pensées alternatives/ équilibrées | Évaluer l'intensité des émotions |
|--|---|---|--|--|--|--|
| <p>Avec qui étiez vous? Que faisiez vous? Quand était-ce? Où étiez vous?</p> | <p>Décrivez chaque émotion en un mot. Évaluez l'intensité de l'émotion (0-100%)</p> | <p>Quelles pensées/images traversaient votre esprit avant que vous ne vous sentiez ainsi?</p> | <p>Encerclez la "pensée chaude" dans la colonne précédente. Écrivez les faits qui vous mènent à cette conclusion. (évitez la lecture de la pensée ou l'interprétation des faits)</p> | <p>Y'a-t-il des faits qui ne concordent pas tout à fait avec cette pensée?</p> | <p>Écrivez une pensée alternative qui rend compte des deux côtés de la médaille. Évaluez le degré de croyance (0-100%)</p> | <p>Copiez les émotions de la 2^{ème} colonne. Évaluez l'intensité de chaque émotion de 0-100%.</p> |

Traduit de Greenberger et Padesky (1995) Mind over mood. Traduit par Thanh-Lan Ngô, M.D.

Tableau d'enregistrement des expériences comportementales

| date | Situation | Prédiction | Expérience | Résultat | Qu'ais-je appris? |
|------|-----------|---|---|--|--|
| | | Qu'est ce qui va arriver? Comment le saurez-vous? Évaluez le degré de conviction (0-100%) | Comment allez vous tester cette prédiction? | Que s'est il passé? La prédiction était-elle juste? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Conclusion (évaluez le degré de conviction de 0-100%) 2. Évaluez la probabilité que ce qui a été prédit survienne plus tard (0-100%) |

Traduit par Thanh-Lan Ngo, M.D.

Signes et symptômes annonçant une rechute: Quels sont ceux qui s'appliquent à vous?

Cochez les signes et les symptômes présents lorsque vous faites une rechute et mettez-les en ordre d'apparition (ceux qui apparaissent au début de la rechute jusqu'à ceux qui sont présents lorsque l'épisode est à son apogée). Les inscrire dans le tableau plan d'action en cas de rechute.

| | |
|-----------------------------|--|
| Fatigue | High |
| Tristesse | Idées vont vite |
| Pas faim | Peur de devenir fou |
| Difficulté de concentration | Anxieux |
| Baisse de la confiance | Parle plus |
| Ne veut pas voir les gens | Créatif |
| S'inquiéter beaucoup | Irritable |
| Pense à la mort | Plus d'intérêt dans le sexe ou la religion |
| Se néglige | Énergique, très actif |
| Se sentir coupable | Hallucinations visuelles |
| Penser à la mort | Dépense beaucoup d'argent |
| Pas intéressé au sexe | Moins coopératif |
| Tout est une montagne | Se sentir dans un autre monde |
| Idées suicidaires | Se sentir fort ou puissant ou très important |
| Autres : | Pas besoin de dormir |
| | Désinhibé, extravagant |
| | Impliqué dans trop de projets |
| | Autres : |

Identifier les signes de rechute pour la dépression

Pour prévenir les rechutes, il faut être en mesure d'identifier les signes qui annoncent un épisode de dépression afin, par la suite, d'élaborer un plan d'action individualisé pour intervenir rapidement et éviter l'apparition d'un épisode complet.

Exercice 1 : Quelques questions à poser pour identifier les signes qui annoncent une rechute dépressive:

1. Quel sont les signes qui indiquent que vous êtes en train de faire une rechute dépressive?
 - Pensées (comment on pense, ce qu'on pense): idées qui reviennent, croyances, vision des autres, vitesse de la pensée (ex. pensées vont plus lentement, on ne peut s'intéresser à rien, les gens ont l'air de bouger trop vite, être paralysé par le doute, se critiquer, regretter des actions passées, avoir de la difficulté à se concentrer, incapable de prendre des décisions, penser à se tuer ou à se faire du mal, ruminer et s'inquiéter etc...)
 - Émotions (ressenties): triste, vide, irrité, anxieux, sensible, désespéré, coupable, honteux etc...
 - Comportement (ce qu'on fait): changement dans la routine, la conduite automobile, les relations avec autrui, faire des choses inhabituelles (ex. s'isoler, faire moins de choses, éviter les relations sexuelles, manger moins souvent)
 - Sensations corporelles: énergie, appétit, sommeil, libido (ex. vouloir dormir plus, se réveiller au milieu de la nuit, être incapable de se rendormir, se réveiller une heure ou deux avant l'heure de lever habituelle, être fatigué, avoir peu de désir sexuel, bouger et parler lentement, avoir peu d'appétit, etc...)

2. Comment avez-vous perçu cette période de changement (i.e. la dépression) dans le passé?

3. Y'avait-il un thème prédominant (ex. religion, politique, gens célèbres, campagnes, organisations, environnement, santé, argent, valeur personnelle, etc...)?

4. Comment votre vie change-t-elle quand vous avez une rechute?

5. Qu'est-ce que les autres remarquent?

6. Quels commentaires vous fait-on?

7. De quoi parlez-vous?

8. Quels sont les contextes (des changements, des événements ou des circonstances) associés à ces symptômes (ex. augmentation du stress au travail, arrêter ou prendre sa médication de façon irrégulière, manquer les rendez-vous chez le médecin, boire ou prendre de la drogue, commencer des nouveaux projets, changer ses heures de travail, voyager à travers des fuseaux horaires, plus de conflits familiaux ou de couple, commencer une nouvelle relation ou en finir une, changer son contexte financier).

Exercice 2 : Voici quelques signes et symptômes qui peuvent annoncer une rechute:

1. identifiez ceux qui s'appliquent à vous,
2. ajoutez-en d'autres que vous avez identifiés grâce à l'exercice précédent
3. tentez de les classer en ordre chronologique (en commençant par celui qui apparaît en premier lorsque vous faites une rechute dépressive puis ceux qui apparaissent par la suite) en les numérotant.

- Fatigue
- Tristesse
- Pas faim
- Difficulté de concentration
- Baisse de la confiance
- Ne veut pas voir les gens
- S'inquiéter beaucoup
- Pense à la mort
- Se néglige
- Se sentir coupable
- Pas intéressé au sexe
- Tout est une montagne
- Idées suicidaires
- insomnie
- Pas d'intérêts et de plaisirs
- Ne peut pas se lever le matin
- Pas de motivation
- Autres :

Identifier les signes de rechute pour l'hypomanie et la manie

Pour prévenir les rechutes, il faut être en mesure d'identifier les signes qui annoncent un épisode d'hypomanie et de manie afin, par la suite, d'élaborer un plan d'action individualisé pour intervenir rapidement et éviter l'apparition d'un épisode complet.

Exercice 1 : Quelques questions à poser pour identifier les signes qui annoncent une rechute en hypomanie/manie:

1. Quel sont les signes qui indiquent que vous êtes en train de faire une rechute en hypomanie/manie?
 - Pensées (comment on pense, ce qu'on pense): idées qui reviennent, croyances, vision des autres, vitesse de la pensée (ex. pensées vont plus vite, je pense que je peux tout faire, je pense qu'on me regarde ou qu'on rit de moi, je suis plus intéressé par la religion ou le mysticisme, je me sens intelligent et j'ai confiance en moi, j'ai plusieurs nouvelles idées qui peuvent demander de l'argent, j'ai des perceptions extra-sensorielles, les autres me semblent plates et pas ouverts d'esprit, je pense avoir des aptitudes psychiques, je pense à me faire mal ou à me tuer, je rumine, je suis facilement distrait etc...)
 - Émotions (ressenties): heureux, impatient, plus réactif, plus irritable, euphorique, anxieux, comme un yoyo etc...
 - Comportements (ce qu'on fait): routine, conduite automobile, relation avec autrui, faire des choses inhabituelles (ex. dépenser beaucoup d'argent ou de façon impulsive, recevoir plusieurs contraventions pour excès de vitesse ou conduire sans faire attention, coucher avec plusieurs personnes ou plusieurs fois avec la même personne, jouer au casino appeler les gens, se faire beaucoup de nouveaux amis, s'investir dans plusieurs projets, parler plus vite ou plus fort, confronter les gens, être plus intéressé par le sexe etc...)
 - Sensations corporelles : énergie, appétit, sommeil, libido (ex. dormir deux heures de moins que d'habitude mais ne pas se sentir fatigué le lendemain, se réveiller souvent pendant la nuit, se coucher tard et faire de petites siestes le jour, ne pas dormir etc...)

2. Comment avez-vous perçu cette période de changement (i.e. l'hypomanie/manie) dans le passé?

3. Y'avait-il un thème prédominant (ex. religion, politique, gens célèbres, campagnes, organisations, environnement, santé, argent, valeur personnelle etc...)?

4. Comment votre vie change-t-elle quand vous avez une rechute?
5. Qu'est-ce que les autres remarquent?
6. Quels commentaires vous fait-on?
7. De quoi parlez-vous?
8. Quels sont les contextes (des changements, des événements ou des circonstances) associés à ces symptômes (ex. augmentation du stress au travail, arrêter ou prendre sa médication de façon irrégulière, manquer les rendez-vous chez le médecin, boire ou prendre de la drogue, commencer des nouveaux projets, changer ses heures de travail, voyager à travers des fuseaux horaires, plus de conflits familiaux ou de couple, commencer une nouvelle relation ou en finir une, changer son contexte financier).

Exercice 2 : Voici quelques signes et symptômes qui peuvent annoncer une rechute:

1. identifiez ceux qui s'appliquent à vous,
2. ajoutez-en d'autres que vous avez identifiés grâce à l'exercice précédent
3. tentez de les classer en ordre chronologique (en commençant par celui qui apparaît en premier lorsque vous faites une rechute dépressive puis ceux qui apparaissent par la suite) en les numérotant.

- « High »
- Idées vont vite
- Peur de devenir fou
- Anxieux
- Parle plus
- Créatif
- Irritable
- Plus d'intérêt dans le sexe ou la religion
- Énergique, très actif
- Hallucinations visuelles
- Dépense beaucoup d'argent
- Moins coopératif
- Se sentir dans un autre monde
- Se sentir fort ou puissant ou très important
- Pas besoin de dormir
- Désinhibé, extravagant
- Impliqué dans trop de projets
- Distract, éparpillé
- Sens aiguisés
- Créatif
- Plus de projets
- Plus sociable
- Optimiste
- Autres :

Suggestions en cas de dépression

1. Biologique:

- ◆ Prendre les médicaments prescrits
- ◆ Ne pas boire de l'alcool ou prendre des drogues
- ◆ Exercice 30-45 minutes, 3 fois par semaine
- ◆ Marches de 30 minutes le matin

2. Comportemental:

- Ne pas rester au lit trop longtemps: se coucher et se lever à des heures régulières
- Établir une routine
- Faire des activités plaisantes et valorisantes
- Ne pas éviter: affronter les tâches en les divisant en plusieurs étapes

3. Cognitif:

- Ne pas se critiquer de façon indue
- Ne pas passer son temps à ruminer
- Lire « *Être bien dans sa peau* » de David Burns

4. Social:

- Ne pas s'isoler, utiliser son réseau de soutien

PLAN D'ACTION EN CAS D'EPISODE DE MANIE OU D'HYPOMANIE

Nom du médecin : tél :

Nom du thérapeute : tél :

Tél de l'urgence de l'hôpital :

1. Symptômes annonçant une rechute :
2. Situations qui peuvent contribuer à une rechute :
3. Que faire en cas de rechute (ex. appeler votre médecin, faire une prise de sang pour vérifier les niveaux de médicaments dans votre sang, prendre la médication telle que prescrite, préserver des heures de sommeil régulières, routine de vie régulière, éviter alcool, drogues ou caféine, éviter de prendre des décisions majeures incluant au niveau financier, remettre les cartes de crédit/débit et clés de la voiture à quelqu'un en qui on a confiance, éviter les situations sexuelles à risque, prioriser, réduire le nombre de tâches, adopter un comportement moins excessif, se retenir, activités calmes, se reposer, prioriser, réduire le nombre de tâches, arrêt de travail)?
4. Que peuvent faire vos proches pour vous aider (ex. appeler votre médecin, vous dire ce que vous faites qui les inquiète, vous dire qu'ils vous aiment, vous aider à ne pas trop en faire, appeler l'urgence, vous rappeler de prendre vos médicaments, vous amener aux rendez-vous médicaux, s'occuper de vos enfants, vous accompagner lorsque vous sortez le soir, vous aider à contrôler vos finances, vous rappeler de respecter le cycle de veille-sommeil, vous aider à éviter l'alcool et les drogues)?
5. Que voulez que votre médecin fasse (ex. vous rencontrer rapidement, prendre votre prise de sang, modifier votre prescription de médicaments, appeler l'hôpital et organiser une admission élective si nécessaire)?

Basé sur Miklowitz, D. *The bipolar survival guide*. 2002.

Traduit par Thanh-Lan Ngô, M.D., 2007

Suggestions en cas d'hypomanie et de manie

1. Biologique:

- ◆ Médication
- ◆ Éviter les substances stimulantes (café, thé, cola, chocolat)

2. Comportemental:

- ◆ Planification des activités: sommeil adéquat, moins d'activités, plus de temps pour s'asseoir et écouter
- ◆ Relaxation
- ◆ Minimiser stimulation environnementale (chambre tranquille, sombre)
- ◆ Observation des mouvements: s'asseoir pour manger, parler plus lentement, éviter de trop gesticuler)
- ◆ Éviter les confrontations

3. Cognitif:

- ◆ Auto-verbalisation:
« Ralentis...une chose à la fois... »
- ◆ Fiches mémo:
« Une bonne idée maintenant, sera bonne plus tard »
- ◆ Avant de prendre une décision:
Coûts-bénéfices des décisions: 2 colonnes
Pas de grandes décisions irréversibles:
délai de 48h
feedback de 2 personnes en qui vous avez confiance
Résolution de problème anticipatoire
Imaginer les conséquences négatives
- ◆ Pendant l'épisode de manie, quelques questions à se poser:
Pourquoi ai-je besoin de le faire maintenant? Est-ce qu'il pourrait y avoir un avantage à attendre?
Ai-je déjà eu des idées qui me semblaient fantastiques qui n'ont pas été si bonnes que ça en fin de compte?
Qu'est-ce qui va arriver si j'attends quelques jours?
Qu'est-ce que mon meilleur ami me conseillerait de faire? Qu'est-ce que je conseillerais à mon meilleur ami?
Qu'est-ce que je pourrais faire afin de m'assurer qu'il s'agit d'une bonne décision?

4. Social:

Donner le plan d'intervention à quelqu'un en qui on a confiance
Établir des règles afin d'éviter l'impulsivité (ex. remettre ses clés ou sa carte de crédit, s'entendre sur un couvre-feu/si on doit donner son numéro aux étrangers, éviter l'alcool et les drogues)

Plan d'action en cas de rechute (tableau résumé)

| Stade du prodrome | Signes et symptômes indiquant une rechute | Plan d'action (ce que je peux faire et ce que mes proches/mon équipe de traitement peut faire) |
|--|---|--|
| <p align="center">Début (les premiers signes et symptômes qui annoncent la possibilité d'une rechute)</p> | | |
| <p align="center">Milieu (les signes qui apparaissent lorsque la rechute progresse)</p> | | |
| <p align="center">Tardif (les signes et symptômes présents lorsque la rechute est inévitable)</p> | | |

Les habitudes de vie et les maladies affectives

Par Thanh-Lan Ngô, M.D.

8 mars 2006

En adoptant des habitudes de vie saine, vous augmentez vos chances de guérison et vous contribuez à prévenir des rechutes. Voici quelques éléments à considérer :

1) **Mangez 3 repas par jour** :

- Une alimentation saine et équilibrée vous permet d'avoir assez d'énergie pour accomplir vos tâches pendant la journée. On peut comparer le corps à une voiture : si on ne met pas d'essence dans la voiture, elle ne fonctionnera pas et si on ne mange pas, on peut s'attendre à être fatigué.
- En prenant le temps de s'asseoir pour manger trois fois par jour, on s'assure de prendre des pauses régulières pour s'occuper de soi.
- Il est recommandé de privilégier les aliments sains (ex. fruits et légumes, produits céréaliers à grains entiers, poissons, légumineuses, viandes maigres, produits laitiers faibles en matières grasses) plutôt que les aliments non nutritifs (ex. chocolat, chips etc...) qui peuvent augmenter la fatigue.
- Quelques aliments qui auraient possiblement des vertus anti-déprime : les glucides (ex. pâtes, riz) peuvent procurer un calme, la vitamine B6 (ex. viande, poisson, légumineuses, graines, céréales), le lait chaud favorise le sommeil, le magnésium (ex. noix, graines, tofu, flétan, épinards, pommes de terre, riz brun) peut diminuer l'hyperémotivité, le chocolat (maximum de 2 carrés par jour) aurait des vertus euphorisantes et stimulantes (mais il pourrait contribuer à l'insomnie) et les oméga 3 (ex. poissons) pourraient favoriser une stabilité émotionnelle.

2) **Évitez les substances toxiques** :

- Les drogues peuvent contribuer à des perturbations de l'humeur. Ainsi la marijuana peut augmenter l'anxiété et la paranoïa ainsi qu'enlever la motivation à agir. Les amphétamines et la cocaïne peuvent provoquer des rechutes en manie. Le PCP et LSD peuvent amener des états psychotiques etc...
- La consommation modérée d'alcool peut contribuer à la persistance des états dépressifs et à la désinhibition qui pourrait amener les gens à poser des gestes regrettables. De plus, l'alcool favorise l'endormissement mais amène des périodes de micro-éveils pendant la nuit ce qui se traduit par un état de fatigue le lendemain.
- Le tabac peut contribuer à l'insomnie. Il nuit également à la santé en général (ex. oxygénation, cancer, etc...)

- La caféine peut augmenter l'anxiété (et même provoquer des crises de panique) et diminuer la qualité du sommeil. Évitez de boire du café, du chocolat, du thé et des colas (ex. Coca-Cola, Pepsi, Mountain Dew)
- 3) **Faites de l'exercice** :
- Selon certaines études, l'exercice est un antidépresseur naturel qui pourrait être aussi efficace que certains antidépresseurs pharmacologiques pour la dépression légère à modérée. On recommande de faire au moins 3 séances d'exercice de 30-45 minutes, 3 fois par semaine. Idéalement, il faudrait viser 6 sessions d'exercice par semaine. On peut penser à différentes façons de faire de l'exercice : marcher, faire de la bicyclette stationnaire ou non, acheter des cassettes d'exercice, s'inscrire au gym, etc...
 - L'exercice diminue aussi l'anxiété, améliore la qualité du sommeil, augmente le niveau d'énergie, fait perdre du poids, etc...
- 4) **Un horaire équilibré** :
- Il faut éviter de surcharger son horaire afin d'éviter le découragement si toutes les tâches ne sont pas accomplies.
 - On peut viser un équilibre entre le travail, les loisirs, la vie familiale, les amis. On planifie de faire des activités plaisantes et valorisantes. Y'a-t-il des activités qu'on aimait faire mais qu'on a délaissées ?
 - On se lève et on se couche à des heures régulières afin de ne pas être constamment en décalage horaire et afin de favoriser une stabilité émotionnelle. Pour les gens souffrant de trouble bipolaire, des variations au niveau de l'horaire (ex. vacances, sorties nocturnes, travail à des horaires irréguliers ou nocturnes etc...) peuvent amener une rechute. Par ailleurs, les gens qui souffrent de dépression peuvent passer beaucoup de temps au lit car ils souffrent de fatigue. Or pour chaque journée passée au lit, on perd 3% de sa masse musculaire donc on devient plus faible et on diminue la qualité du sommeil nocturne ce qui diminue le niveau d'énergie. Idéalement, on doit viser 7-8 heures au lit ce qui correspond aux besoins normaux de sommeil. Si on dépasse ce nombre d'heures, on risque de diminuer la qualité du sommeil qui est diluée.
 - On prend le temps de faire de la relaxation. Par exemple, on peut inspirer et expirer profondément 5 fois ou se concentrer sur le moment présent...
- 5) **Adoptez de bonnes habitudes de sommeil** :
- Lorsqu'on dort mal, on est fatigué, on a de la difficulté à se concentrer, on peut être anxieux et irritable, on peut se plaindre de douleurs, toutes les tâches peuvent nous paraître insurmontables, etc...

- Pour favoriser le sommeil (inspiré du livre « *Vaincre les ennemis du sommeil* » de Charles Morin):
 - a. L'exercice physique régulier peut approfondir le sommeil mais seulement s'il est fait avant le début de la soirée.
 - b. Il faut éviter l'alcool, la caféine et la nicotine.
 - c. Une légère collation en soirée peut être bénéfique mais il faut éviter les soupers copieux.
 - d. La chambre à coucher doit être ordonnée, tranquille, obscure. On vise une température modérée et une bonne aération.
 - e. On prend une heure pour se détendre avant de se coucher.
 - f. On peut développer un rituel avant d'aller au lit (ex. se brosser les dents).
 - g. On réserve le lit uniquement au sommeil et aux activités sexuelles.
 - h. On ne reste au lit que si on dort et on se couche seulement si on est somnolent. Si on ne dort pas, il faut sortir du lit après 15 minutes, aller dans une autre pièce pour lire un ouvrage ennuyant et lorsqu'on s'endort, on revient se coucher. On répète la procédure jusqu'à ce qu'on reste endormi.
 - i. Toujours se lever à la même heure le matin, peu importe l'heure à laquelle on s'est couché.
 - j. On évite de faire des siestes durant la journée.
 - k. On n'essaie pas de dormir à tout prix. Plus on s'inquiète du manque de sommeil, plus on stimule notre système nerveux, et moins on arrive à dormir.

6) **Exposez-vous à la lumière** :

- Pour les gens souffrant de dépression saisonnière, l'achat d'une lampe de thérapie ou d'un simulateur d'aube peut être considéré. Sinon, une marche tous les matins au réveil, pendant 30 minutes peut être une alternative intéressante.

7) **Élargissez votre réseau de soutien** :

- Un bon réseau de soutien peut aider à protéger des rechutes. Si vous avez des amis ou une famille, assurez-vous de planifier des contacts téléphoniques et des sorties avec eux même si l'envie vous manque. Si vous souffrez de solitude, vous pourriez envisager de vous inscrire à des cours, sortir faire des activités à l'extérieur (ex. resto, marche ou cinéma), vous joindre à des groupes (ex. randonnées pédestres, clubs d'ornithologie, clubs de lecture, aller à REVIVRE ou d'autres organismes communautaires, etc...), faire du bénévolat.

8) **Développez une vie spirituelle** :

- La religion est un facteur de protection dans le cas de la dépression. La foi peut aider certaines personnes à traverser des épreuves et les groupes d'appartenance (ex. église) peuvent constituer un bon réseau de soutien.
- La méditation peut possiblement diminuer le risque de rechute dans la dépression. Elle incite les gens à s'attarder au moment présent, à éviter de ruminer et à lâcher prise. Des livres tels que « *Où tu vas, tu es* » de Jon Kabat-Zinn détaillent cette approche qui peut aussi être apprise via des cours de gestion du stress par la méditation (ex. ceux donnés par l'Institut Appliqué de la Pleine conscience). Des CD et MP3 de méditations dirigées peuvent également être utiles (p.ex. www.tccmontreal.com)

Identifier et remettre en questions les croyances conditionnelles et fondamentales

1. Identifier l'origine de cette croyance
2. Noter les conséquences à court, moyen et long terme
3. Explorer les bénéfices et les désavantages de cette croyance
4. Noter les incohérences : faire la liste des faits qui ne correspondent pas à cette croyance
5. Considérer des croyances alternatives. Faites une liste des possibilités : Comment voudriez-vous agir? Comment aimeriez-vous être? Connaissez-vous quelqu'un qui agit ainsi? Utilisez votre imagination. Identifiez la croyance qui pourrait correspondre à ce nouveau comportement?
6. Changer le comportement lié aux croyances. Faites la liste des comportements qui correspondraient à la nouvelle croyance
7. Tester les nouvelles croyances via les expériences comportementales : quelles expériences comportementales pourriez-vous faire pour tester la validité de cette croyance ?
8. Écrire le résultat dans un journal de bord

Habiletés de communication en 4 étapes

L'écoute active

Regarder la personne qui parle

Prêter attention à ce qu'elle dit

Acquiescer par un signe de la tête ou dire « uh-huh »

Poser des questions pour clarifier

Vérifier ce que vous avez entendu

L'expression positive des sentiments

Regarder la personne

Utiliser le « je »

Dire précisément qu'est-ce qu'elle a fait pour vous plaire

Dire comment cette action vous a fait sentir (émotion)

Demande positive pour un changement

Regarder la personne

Dire précisément en « je » ce que vous aimeriez qu'elle fasse

Dire comment elle vous ferait sentir

Lors de la demande positive en vue d'un changement, utilisez des phrases comme :

« J'aimerais que tu... »

« J'apprécierais réellement si tu faisais... »

« C'est très important pour moi que tu m'aides avec... »

Expression négative de sentiments concernant un comportement spécifique

Regarder la personne

Lui parler fermement

Dire exactement en « je » ce qu'elle a fait qui vous bouleverse

Lui dire comment vous vous sentez

Suggérer comment la personne peut éviter ce comportement dans le futur

Traduit de Miklowitz et Goldstein (1997)

Résumé de la thérapie

Quelles sont les origines de mon problème?

Quels facteurs ont contribué au maintien des symptômes?

Qu'ai-je appris en thérapie (idées et techniques) ?

Quels facteurs pourraient contribuer à une rechute?

Que dois-je faire en cas de rechute?

Bibliographie

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington DC : American psychiatric publishing.
- Basé sur Lam, . (2010) Cognitive therapy for bipolar disorder
- Diagnostic conversion from depression to bipolar disorders : results of a long-term prospective study of hospital admissions. *J affect disord*; 84 (2-3), 149-157.
- Baldessarini, R.J., Tondo, L., Baethge, C.J., Lepri, B., Bratti, I.M. (2007). Effects of treatment latency on response to maintenance treatment in manic-depressive disorders. *Bipolar Disord*, 9, 386–393
- Basco, M.R., Rush, A.J. (2005). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. New York: Guilford Press.
- Bauer, M, Mc Bride, L. (1996). Structured group psychotherapy for bipolar disorder : the Life Goals Program. New York : Springer Publishing Company.
- Bowden, C.L. (2005). Bipolar disorder and work loss. *Am J Manag Care*. 11:S91–S94.
- Colom, F., Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bowden, C.L. (2005). Bipolar disorder and work loss. *Am J Manag Care*. 11:S91–S94.
- Chaloult, L., Ngo, T. L., Goulet, J., & Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*: Gaetan Morin Éditeur.
- Dickerson, F.B., Boronow, J.J., Stallings, C.R., et al. (2004). Association between cognitive functioning and employment status of persons with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*, 55(1):54–58.
- Ehlers, C., Frank, E., et Kupfer, D. (1988). Social zeitgebers and biological rhythms: A unified approach to understanding the etiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 45, 948-952.
- Frank E.(2007). Interpersonal and social rhythm therapy : a means of improving depression and preventing relapse in bipolar disorder. *J Clin Psychol*; 63 : 463-473.
- Ghaemi, S.N., Ko, J.Y., Goodwin, F.K. (2002.) Cade's disease and beyond : misdiagnosis, antidepressant use, and proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry*, 47 (2) : 125-134.

Gildengers, A.G., Mulsant, B.H., Al Jurdi, R.K., et al (2010). The relationship of bipolar disorder lifetime duration and vascular burden to cognition in older adults. *Bipolar Disord*, 12(8):851–858.

Goodwin, F.K., Jamison, K.R., Ghaemi, S. (2007). *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*. 2nd edition. New York: Oxford University Press.

Hartlage, S.A., Freels, S., Gotman, N., Yonkers, K. (2012). Criteria for premenstrual dysphoric disorder: secondary analyses of relevant data sets. *Arch Gen Psychiatry*, 69(3):300-5.

Hartlage, S.A., Breaux, C.A. & Yonkers, K.A. (2014). Addressing concerns about the inclusion of premenstrual dysphoric disorder in the DSM-5. *J Clin Psychiatry*, 75 (1) : 70-76.

Hirschfeld, R., Lewis, L., Vornik, L.A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 64, 161–174.

Iglewicz, A., Seay, K., Zetumer, S.D. et al. (2013). The removal of the bereavement exclusion in the DSM-5 : Exploring the évidence. *Curr Psychiatry Rep*, 15 (413) : 1-9.

Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al.(2010). Research Domain Criteria (RDoC) : Toward a new classification Framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*, 167 : 748-751.

Jamison, K.R. (2000). Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*,.61(Suppl 9):47-51.

Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., et al. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 59(6):530–537.

Judd, L.L.¹, Akiskal, H.S., Schettler, P.J. et al. (2005). Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study .*Arch Gen Psychiatry*. 62(12):1322-30.

Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., et al. (2003). The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders? *J Affect Disord* ,73(1–2):19–32.

Kupfer, D.J. & Regier, D.A. (2011). Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *Am J Psychiatry*, 168 (7) : 672-674.

Kupfer, D.J., Kuhl, E.A. & Regier, D.A. DSM-5 : The future arrived (2013). *JAMA*, 309 (16):1691-1692.

Kupfer, D.J., Kuhl, E.A. & Wulsin, L. (2013). Psychiatry's integration with medicine : The role of DSM-5. *Annu Rev Med*, 64 : 385-392.

Lam, D. (2010). Cognitive therapy for bipolar disorder. New York:Wiley

Lauder, S.D., Berk, M., Castle, D.J., Dodd, S. Berk, L. (2010). The role of psychotherapy in bipolar disorder. *MHA*. 193,4, S31-S35

MacQueen, G.M., Young, L.T., Joffe, R.T. et al. (2001). A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiat scand*, 103:163-170

Marangell, L.B., Bauer, M.S., Dennehy, E.B., et al (2006). Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disord* 8(5 pt 2):566–575.

Merikangas, K.R., Akiskal, H.S., Angst, J., et al. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 64(5):543–552.

Michalak, E. E., Livingston, J. D., Hole, R., Suto, M., Hale, S., & Haddock, C. (2011). 'It's something that I manage but it is not who I am': Reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illness*, 0(0), 1-16.

Miklowitz, D.J.(2010). The bipolar survival guide. New York: Guilford Press.

Miklowitz, D.J., Johnson, S.L. (2009). Social and familial factors in the course of bipolar disorder : basic processes and relevant interventions. *Clin Psychol*, 16: 281-296

Miklowitz, D, George, E, Richards J et al.(2003). A randomized study of family focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 904-912

Oquendo, M.A., Currier, D., Liu, S.M., et al. (2010). Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry* ,71(7):902–909.

Pacchiarotti, I., Bond, D.J., Baldessarini, R.J. et al. (2013).The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders. *Am J Psychiatry*, 170 (11) : 1249-1262.

Perlis, R.H., Ostacher, M.J., Patel, J. et al. (2006). Predictors of recurrence in bipolar disorder: Primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*,163: 217-224.

Picardi, A., Gaetano. (2014) Psychotherapy of Mood Disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10, 140-158.

Scott, J., Colom, F., Vieta, E. (2007). A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*, 10: 123-129

Scott, J., Paykel, E., Morriss, R. et al. (2006). Cognitive-behavioral therapy for severe and recurrent bipolar disorders. *Br J Psychiatry*, 188 :313-320.

Scott, J. (2005). Psychotherapy for bipolar disorders-efficacy and effectiveness. *J Psychopharmacol*, 20:46-50

Steiner, M., Steinberg, S., Stewart, D. et al. (1995). Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. Canadian fluoxetine/pre-menstrual dysphoria collaborative group. *N Eng J Med*, 332 (23) : 1529-34.

Steiner, M., Li, T.(2013). Luteal phase and symptom-onset dosing of SSRIs/SNRIs in the treatment of premenstrual dysphoria : Clinical evidence and rationale. *CNS Drugs*, 27 : 583-589.

Vieta E et Valenti M. (2013). Mixed states in DSM-5 : Implications for clinical care, education, and research. *J affect disord*, 148: 28-36.

Yatham, L.N., Kennedy, S.H., O'Donovan, C. et al. (2006). CANMAT Guidelines for Management of patients with bipolar disorder: An Update for 2007. *Bipolar Disorders*,8 (6), 721-739.

Yatham LN¹, Kennedy SH, O'Donovan C et al. (2005). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disord*.7 Suppl 3:5-69.

Yatham, L.N, Kennedy, S.H., Parikh, S.V. (2013). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord*. 15(1):1-44

Annexe

Protocole de Basco et Rush : TCC du trouble bipolaire

Texte tiré de Basco, M.R., Rush, A.J. (2005) *“Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder”*. Guilford Press, tous droits réservés. Traduit et adapté de l’anglais par Thanh-Lan Ngô, M.D.

Objectifs de la TCC du trouble bipolaire

6. renseigner le patient et les proches au sujet du trouble bipolaire, son traitement et les difficultés fréquemment rencontrées dans ce type de thérapie
7. enseigner l’auto-observation des symptômes de manie et de dépression (présence, sévérité, évolution)
8. améliorer l’observance au traitement pharmacologique
9. enseigner des techniques cognitivo-comportementales pour faire face aux problèmes cognitifs, affectifs et comportementaux associé avec les symptômes de manie et de dépression
10. enseigner à faire face aux facteurs de stress qui interfèrent avec le traitement ou qui engendrent des épisodes de manie ou de dépression

Session 1 : survol de la thérapie cognitivo-comportementale

But de la session :

L’objectif de la session est d’expliquer aux patients et leur famille le but de la thérapie cognitivo-comportementale du trouble bipolaire. Les patients pourront ainsi se préparer au traitement et les proches, s’ils sont présents, pourront connaître ce qui sera offert et ce qui est attendu des patients. On établit une alliance thérapeutique avec les patients et les membres de la famille.

Objectifs spécifiques :

1. survol du processus thérapeutique
2. spécifier le rôle du patient : faire les tâches à domicile
3. spécifier le rôle du thérapeute : enseigner les techniques cognitivo-comportementales
4. spécifier le rôle de la famille : détection des symptômes, soutien des patients

Procédure :

1. présenter les membres de l'équipe, donner les numéros de téléphone de la clinique et en cas d'urgence
2. réviser le plan de traitement. Présenter les responsabilités du patient, des proches, du thérapeute
3. expliquer le but du traitement, des tâches à domicile. Donner documents à lire.

Session 2 : Qu'est-ce que le trouble bipolaire?

But de la session :

Prodiguer des informations concernant le diagnostic du trouble bipolaire et son étiologie.
Répondre aux questions du patient et des proches pour débusquer les fausses croyances.

Objectifs spécifiques :

1. donner des définitions et des exemples de la dépression, de la manie et du trouble bipolaire
2. présenter les aspects biologiques des maladies affectives
3. présenter la relation entre les facteurs psychosociaux comme le stress et les rechutes dépressives et en manie

Procédure :

1. sonder les réactions suite aux lectures assignées. Assigner d'autres lectures
2. parler du diagnostic de trouble bipolaire. Donner des exemples de symptômes.
Demander à la famille de décrire leurs expériences de manie, dépression et autres symptômes
3. donner des documents à lire

Session 3 et 4 : traitement médicamenteux du trouble bipolaire

But de la session : présenter les médicaments stabilisateurs de l'humeur tels le lithium et les anticonvulsivants, les antipsychotiques et les antidépresseurs. Répondre aux questions concernant le traitement à long terme des stabilisateurs de l'humeur et l'effet recherché.
Informé le patient et les proches et débusquer les croyances erronées au sujet du traitement.

Objectifs spécifiques :

1. revue de la pharmacologie, toxicité, effets secondaires et effets positifs
2. parler de l'interaction entre les drogues et l'alcool et les médicaments et les symptômes du trouble bipolaire
3. débusquer les croyances erronées au sujet des stabilisateurs de l'humeur incluant la possibilité de dépendance
4. identifier les problèmes avec les médicaments et les questions à discuter avec le médecin

Procédure :

1. évaluer l'observance médicamenteuse
2. demander si le patient a des questions concernant la lecture des documents
3. présenter les médicaments couramment prescrits tels le lithium, l'acide valproïque, la carbamazépine, les antipsychotiques et les antidépresseurs. Présenter les effets bénéfiques, les effets secondaires et les interactions avec d'autres médicaments et les drogues/alcool
4. Présenter le graphique de l'humeur

Session 5: profil personnel des symptômes du trouble bipolaire

But de la session : Aider les patients et leurs proches à comprendre comment les symptômes qu'ils présentent sont causés par le trouble bipolaire et que d'autres ont déjà eu des expériences similaires. Enseigner au patient et à ses proches la différence entre les variations normales de l'humeur et les symptômes de trouble bipolaire

Objectifs spécifiques :

1. Faire le lien entre les expériences quotidiennes et les symptômes du trouble bipolaire
2. Aider le patient et ses proches à faire la différence entre les variations normales de l'humeur et les symptômes de dépression et de manie.

Procédure :

1. Discuter des tâches à domicile
2. Demander aux patients et aux membres de la famille de décrire l'impact du trouble bipolaire sur leur vie et leurs proches

3. Remplir la liste des symptômes
4. Tâche à domicile : compléter la liste des symptômes

Session 6 : auto-observation des symptômes

But de la session :

Pour prévenir les rechutes dépressives et de manie, on doit identifier les signes précurseurs de la rechute. L'identification rapide des signes et des symptômes qui annoncent la rechute permettent de traiter rapidement afin d'éviter l'apparition d'un épisode de manie ou de dépression complet. Pour ce faire, le patient et ses proches doivent identifier les signes et les symptômes du trouble bipolaire. Le patient doit d'abord identifier et étiqueter les symptômes du trouble bipolaire puis surveiller les changements au niveau symptomatique (comme les variations de l'humeur) qui indiquent un virage en manie ou en dépression. On utilisera le graphique de l'humeur pour noter les fluctuations des symptômes.

Objectifs spécifiques :

Présenter le graphique de l'humeur

Procédure :

Expliquer comment compléter le graphique de l'humeur. Le compléter pour la veille et le jour même. Modifier le graphique au besoins

Choisir la tâche à domicile

Tâche à domicile :

Demander de remplir un graphique de l'humeur pour une semaine afin de distinguer l'humeur normale et symptomatique

Session 7. Observance au traitement

But de la session :

Le thérapeute explique qu'il est souvent difficile de prendre régulièrement la médication qui est requise au long cours. Il faut s'attendre à des difficultés et trouver des solutions. On veut aider les patients à parler à leur médecin de la difficulté à prendre les médicaments régulièrement et permettre de résoudre les problèmes actuels et éventuels à suivre le traitement prescrit

Objectifs spécifiques :

Introduire le modèle cognitivo-comportemental de l'observance

Demande s'il y a des obstacles actuels ou futurs pour l'observance au traitement

Développer un plan d'action pour surmonter ces obstacles

Procédure :

Demander s'il y a des questions concernant le graphique de l'humeur. Si ne l'a pas rempli, le remplir de façon rétrospective pour la dernière semaine. Assigner la tâche à domicile pour la prochaine semaine : remplir le graphique de l'humeur

Introduire le modèle de l'observance

Identifier les contextes qui augmentent et diminuent la possibilité de suivre le plan de traitement de façon explicite. Que se passe-t-il?

Demander au patient de décrire leur plan de traitement actuel. Évaluer les attitudes et les croyances du patient concernant leur diagnostic et leur plan de traitement. Identifier les fausses croyances au sujet des diagnostics ou des traitements et y répondre avec la psychoéducation ou la restructuration cognitive.

Évaluer le niveau d'observance actuel. Demander aux patients comment ils prennent leurs médicaments. Comparer le plan et le comportement actuel. Évaluer les difficultés avec le plan et effectuer des changements pour accommoder l'horaire et le style de vie. Coordonner avec le psychiatre.

Évaluer et surmonter les obstacles actuels et prévus. Si le patients nie présenter des difficultés, revoir les problèmes présentés dans e passer, en choisir un, et procéder à l'intervention

Remettre les documents au sujet des tâches à domicile

Tâche à domicile :

Mise en application du plan pour surmonter les obstacles à l'observance

Demander aux patients de remplir le graphique de l'humeur pendant la semaine

Session 8 : biais cognitifsBut de la session :

On introduit les premiers concepts cognitivo-comportementaux pour offrir une façon de composer avec les oscillations de l'humeur qui peuvent survenir malgré la pharmacothérapie

Objectifs de la session :

Présenter le concept des pensées biaisées de façon négative ou positive

Expliquer que les biais cognitifs peuvent influencer l'interprétation des événements et les actions subséquentes

Faire le lien entre l'humeur, les événements, les pensées et les comportements

Procédure :

1. Évaluer l'observance au traitement
2. Discuter de la tâche à domicile au sujet de l'observance. Est-ce que le patient a noté des obstacles à l'observance qui ont été anticipés ou planifiés lors de la dernière session? Si oui, est-ce que l'intervention a été utile? Sinon, qu'est-ce qui s'est passé? Élaborer un autre plan pour surmonter les obstacles.
3. Réviser le graphique de l'humeur pour la dernière semaine. Noter lorsque l'humeur oscille de façon plus extrême et faire le lien avec les événements
4. Pensée biaisée. Définir les variations de l'humeur et les pensées automatiques négatives. Faire le lien entre les événements, les variations de l'humeur et les pensées automatiques. Donner des exemples de variations négatives et positives de l'humeur et modification concomitante de ses cognitions (ex. perspective). Demander au patient de donner des exemples et les écrire.
5. Demander au patient de lire un document sur la thérapie cognitive

Tâche à domicile :

Lecture d'un document sur la réévaluation cognitive tel :

Greenberger, D. Padesky, C. (2004), Chapitre 2: C'est la pensée qui prime. Chapitre 4 : Situations, humeurs et pensée. Dans *Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive*. Décarie éditeur.

Burns, D. (1980) Chapitre 3 : Comprenez vos humeurs. Dans *Être bien dans sa peau*. Les éditions Héritage inc.

Session 9 : Changements cognitifs dans la dépressionBut de la session :

Enseigner à observer les pensées afin de détecter les pensées biaisées et identifier les distorsions cognitives lorsqu'elles sont présentes. L'identification des pensées automatiques négatives peut favoriser l'observation plus attentive des symptômes ou d'utiliser une intervention cognitive pour les pensées automatiques négatives qui sera abordée lors de la prochaine session.

Objectifs de la session :

1. Réviser le concept des pensées automatiques négatives
2. Enseigner l'auto-observation des pensées et l'identification des pensées automatiques négatives
3. Enseigner l'identification des distorsions cognitives

Procédure :

1. Évaluer l'observance au traitement
2. réviser les tâches à domicile assignées lors de la session précédente
3. réviser le concept de pensée automatique négative. Demander un exemple de modification de l'humeur lors de la semaine précédente et les pensées automatiques associées
4. inscrire les pensées automatiques négatives dans le tableau d'enregistrement des pensées automatiques
5. définir la distorsion cognitive (ou biais d'interprétation ou erreur cognitive). Donner une liste des plus fréquentes. Identifier les distorsions cognitives contenues dans le tableau d'enregistrement des pensées automatiques
6. assigner la tâche à domicile

Tâche à domicile :

Remplir un tableau d'enregistrement des pensées automatiques

Identifier des exemples de distorsions cognitives si non fait pendant la session

Session 10 : Changements cognitifs dans la dépression

But de la session :

Enseigner à observer les pensées afin de détecter les pensées biaisées et identifier les distorsions cognitives lorsqu'elles sont présentes. L'identification des pensées automatiques

négatives peut favoriser l'observation plus attentive des symptômes ou d'utiliser une intervention cognitive pour les pensées automatiques négatives qui sera abordée lors de la prochaine session.

Objectifs de la session :

4. Réviser le concept des pensées automatiques négatives
5. Enseigner l'auto-observation des pensées et l'identification des pensées automatiques négatives
6. Enseigner l'identification des distorsions cognitives

Procédure :

7. Évaluer l'observance au traitement
8. réviser les tâches à domicile assignées lors de la session précédente
9. réviser le concept de pensée automatique négative. Demander un exemple de modification de l'humeur lors de la semaine précédente et les pensées automatiques associées
10. inscrire les pensées automatiques négatives dans le tableau d'enregistrement des pensées automatiques
11. définir la distorsion cognitive (ou biais d'interprétation ou erreur cognitive). Donner une liste des plus fréquentes. Identifier les distorsions cognitives contenues dans le tableau d'enregistrement des pensées automatiques
12. assigner la tâche à domicile

Tâche à domicile :

Remplir un tableau d'enregistrement des pensées automatiques

Identifier des exemples de distorsions cognitives si non fait pendant la session

Session 11 : Changements cognitifs dans la manie

But de la session :

Enseigner au patient à observer leurs pensées et identifier les « pensées biaisées de façon positive » ou les pensées irritables qui pourraient signaler l'apparition de la manie et intervenir avec des méthodes qui contiennent et organisent les symptômes cognitifs. Lorsque les patients

remarquent qu'ils veulent entreprendre un grand nombre d'activités, ont une plus grande confiance en soi et sont plus grandioses ou que leurs pensées sont plus éparpillées ou désorganisées, ils peuvent utiliser ces indices pour observer plus attentivement les changements qui peuvent annoncer une rechute en manie ou en hypomanie afin d'intervenir de façon appropriée.

Les modifications cognitives qui sont associées au début de l'hypomanie et de la manie sont souvent subtiles au début de l'épisode puis peuvent s'accroître.

Objectifs de la session :

1. Réviser le type de pensées qui peuvent indiquer une rechute en manie
2. Enseigner l'auto-observation des humeurs positives et des pensées hypomanes et maniaques associées
3. Enseigner la restructuration cognitive de ces pensées
4. Enseigner à évaluer les plans avant d'agir

Procédure :

1. Évaluer l'observance au traitement
2. Réviser les tâches à domicile assignées lors de la session précédente
3. Réviser le concept de pensée automatique positive qui est associée au début de l'épisode d'hypomanie ou de manie. Demander un exemple de pensée typique de l'épisode d'hypomanie ou de manie.
4. Inscrire les pensées automatiques positives dans le tableau d'enregistrement des pensées automatiques
5. Dire quand et comment identifier les pensées qui annoncent la manie. Utiliser la restructuration cognitive pour évaluer les pensées biaisées et les modifier. Identifier le meilleur moment pour aviser le psychiatre de ces modifications cognitives
6. enseigner la technique des avantages vs inconvénients et l'établissement des buts (i.e. dans la première colonne, faire la liste des activités actuelles et planifiées pour le futur; dans la deuxième colonne, écrire la date prévue de l'activité/date limite; dans la troisième colonne, mettre en ordre de priorité puis choisir un nombre limité d'activités pour la prochaine semaine pour éviter l'éparpillement)
7. Assigner la tâche à domicile

Tâche à domicile :

Remplir un graphique de l'humeur pour la semaine. Lorsque l'humeur n'est plus dans les limites de la normale, demander de remplir un tableau d'enregistrement des pensées automatiques. Demander de s'attarder plus particulièrement aux élévations de l'humeur.

Lectures possibles :

Greenberger, D. Padesky, C. (2004), Chapitre 5: les pensées automatiques Chapitre 6 : la recherche des indices. Chapitre 7 : les pensées substitutives. Dans *Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive*. Décarie éditeur.

Burns, D. (1980) Chapitre 4 : L'estime de soi, la première chose à améliorer. Dans *Être bien dans sa peau*. Les éditions Héritage inc.

Session 12 : Aspects comportementaux de la dépression

But de la session :

Enseigner au patient deux techniques pour cibler les conséquences comportementales de la dépression soit l'assignation des tâches graduées et la planification des activités plaisantes et valorisantes.

Objectifs de la session :

1. Réviser les problèmes comportementaux habituels associés à la dépression (se sentir dépassé, le cycle de la fatigue, etc...)
2. enseigner l'assignation des tâches graduées (ATG) et la planification des activités plaisantes et valorisantes.

Procédure :

1. Évaluer l'observance au traitement
2. Réviser les tâches à domicile assignées lors de la session précédente. Identifier les variations de l'humeur et faire le lien avec les circonstances entourant ces variations
3. réviser le concept de se sentir dépassé et expliquer le but de l'ATG. Demander au patient de donner des exemples de moments où il s'est senti dépassé. Comment a-t-il composé avec ce type de problème dans le passé?
4. décrire comment faire l'ATG. Choisir une tâche que le patient a de la difficulté à compléter et établir des étapes réalistes qui permettront de finir le projet.

5. expliquer l'importance d'éprouver du plaisir et de la valorisation lors des épisodes dépressifs. Évaluer le niveau de plaisir actuel dans la vie du patient. Si indiqué, planifier des activités plaisantes lors de la semaine qui vient.
6. décrire le cycle de la fatigue. Demander au patient de décrire leur expérience. Expliquer comment les deux techniques précédentes permettront de briser ce cercle vicieux. Si le patient est actuellement dans ce cycle, établir un plan pour briser le cercle vicieux et le mettre à exécution dans la prochaine semaine.

Tâche à domicile :

1. compléter la première étape de l'ATG si on a identifié un problème. Réviser cette tâche lors de la session subséquente et continuer à assigner des étapes si indiqué. Progressivement, transférer la responsabilité d'évaluer la progression au patient.
2. planifier des activités plaisantes ou valorisantes pour briser le cycle de la fatigue sin indiqué. Réviser ces tâches. Continuer à assigner ce type de tâche si utile cliniquement
3. compléter le graphique de l'humeur

Lectures possibles :

Greenberger, D. Padesky, C. (2004), Chapitre 10: comprendre la dépression Dans *Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive*. Décarie éditeur.

Burns, D. (1980) Chapitre 5 : Votre apathie : comment vous en guérir. Dans *Être bien dans sa peau*. Les éditions Héritage inc.

Session 13 : Aspects comportementaux de la manie

But de la session :

Enseigner au patient à reconnaître que l'augmentation du niveau d'activité peut signaler la rechute en hypomanie ou en manie et enseigner à limiter ou contenir la désorganisation comportementale

Objectifs de la session :

1. enseigner à observer le niveau d'activité
2. enseigner la technique de l'établissement des buts pour limiter le niveau d'activités avant qu'il ne devienne problématique

3. discuter comment utiliser de façon positive les commentaires d'autrui

Procédure :

1. Évaluer l'observance au traitement
2. Réviser les tâches à domicile assignées lors de la session précédente.
3. expliquer qu'une augmentation du niveau d'activités peut signaler le début d'un épisode de manie ou d'hypomanie. Utiliser le graphique de l'humeur et ajouter le niveau d'activités
4. expliquer que l'établissement des buts est une façon de limiter le niveau d'activités lorsque celui-ci est anormalement élevé.
5. discuter des épisodes précédents lorsque l'entourage a émis des commentaires sur le comportement. Est-ce que l'information a été accueillie positivement ou rejetée? Discuter de la façon d'utiliser cette rétroaction de façon constructive
6. comparer et effectuer un contraste entre les expériences de maîtrise et de plaisir dans les états normaux, déprimés et maniaques. Si on note des pensées biaisées positivement, utiliser la fiche intitulée « Identifier les signes de rechute pour l'hypomanie et la manie » pour mettre en contexte ces pensées et éviter de passer à l'action trop rapidement (par exemple, attendre 48 heures et demander à deux personnes si elles croient que nos projets devraient être mis à exécution).
7. assigner une tâche à domicile

Tâche à domicile :

1. remplir le graphique de l'humeur en indiquant le niveau d'activité et l'humeur

Session 14 : problèmes psychosociaux

But de la session :

Discuter des conséquences psychosociales de la maladie bipolaire. Les sessions suivantes permettront d'identifier et de résoudre les problèmes psychosociaux, incluant les problèmes interpersonnels

Objectifs de la session :

1. donner des exemples de problèmes psychosociaux fréquemment rencontrés par les gens atteints du trouble bipolaire

2. identifier les problèmes psychosociaux du patient (passés ou actuels)

Procédure :

1. Évaluer l'observance au traitement
2. Réviser le graphique de l'humeur. Faire le lien entre les émotions et le comportement
3. expliquer que les problèmes psychosociaux ou interpersonnels peuvent exacerber ou être exacerbés par les symptômes de dépression ou de manie
4. demander au patient de décrire ses difficultés psychosociales : l'informer qu'on en parlera plus en détail lors de la prochaine session
5. assigner la tâche à domicile

Tâche à domicile :

Remplir le graphique de l'humeur et/ou d'activités

Session 15 : évaluation du fonctionnement psychosocial

But de la session :

Évaluer le fonctionnement psychosocial et interpersonnel, forces et faiblesses. Si on identifie des crises aiguës dans les relations interpersonnelles, encourager à inviter le proche à la prochaine session

Objectifs de la session :

1. évaluer les problèmes psychosociaux qui gênent le patient
2. évaluer les forces et faiblesses interpersonnelles (ressources, compétences)
3. établir des buts de traitement pour cibler ces problèmes psychosociaux

Procédure :

1. Évaluer l'observance au traitement
2. Réviser le graphique de l'humeur et/ou d'activité
3. évaluer la qualité des relations interpersonnelles actuelles incluant le cercle social, le degré de contact avec autrui, la qualité de ces interactions, le degré de soutien perçu, et toute autre difficulté dans les relations primaires
4. évaluer les stressseurs psychosociaux actuels

5. identifier les forces qui facilitent l'adaptation psychosociale et les faiblesses qui nuisent au fonctionnement quotidien
6. évaluer les sources de soutien disponibles
7. établir une liste des buts de traitement pour les sessions subséquentes
8. assignation de la tâche à domicile

Tâche à domicile :

Compléter la liste des problèmes et des buts pour le traitement

Session 16 : résolution de problème

But de la session :

Les patients et leurs proches peuvent avoir de la difficulté à parler de leurs problèmes et à trouver des solutions. On peut suggérer une approche structurée pour résoudre les problèmes psychosociaux. On peut inviter les proches à participer à cette session. Le thérapeute est un modèle qui démontre l'efficacité des techniques de résolution de problème en les utilisant pour résoudre les problèmes associés à l'observance au traitement, l'horaire des rendez-vous ou la résolution des crises.

Objectifs de la session :

1. enseigner une procédure structurée pour identifier et définir des problèmes
2. enseigner une procédure structurée pour résoudre les problèmes
3. mettre en pratique la procédure pendant la session

Procédure :

1. Évaluer l'observance au traitement
2. choisir un des problèmes psychosociaux identifié lors de la dernière session et effectuer une résolution de problème
3. assigner la tâche à domicile

Tâche à domicile :

Effectuer une résolution de problème avec un problème modérément dérangeant

Sessions 17-20 : résolution des problèmes psychosociaux

But de la session :

Résoudre les problèmes psychosociaux qui constituent une source de stress pour le patient. Cibler un problème par session (on peut s'attarder à un problème pendant plus d'une session). Diviser le but en étape si nécessaire. Évaluer comment la résolution de problème peut être appliquée au jour le jour. Le patient doit être capable d'appliquer cette technique seul et savoir quand utiliser cette technique

Objectifs de la session :

1. cibler un problème identifié précédemment

Procédure :

1. Évaluer l'observance au traitement
2. choisir un des problèmes psychosociaux identifié lors de la dernière session et effectuer une résolution de problème
3. identifier les occasions propices à l'utilisation de cette stratégie (p. ex. lorsque soumis à un stress comme un événement significatif ou une transition de rôle développemental, lorsque le patient est symptomatique, lorsque d'autres identifient des problèmes). L'évaluation régulière du fonctionnement psychosocial permet de régler rapidement les problèmes avant qu'ils ne soient insolubles.
4. assigner la tâche à domicile

Tâche à domicile :

Mise en pratique des solutions identifiées pendant les sessions de résolution de problème. Évaluer l'efficacité des solutions et établir un nouveau plan d'action au besoin.

Lectures possibles :

Fiche sur la résolution de problèmes