Virginie Masson
709 Kervelt
29880 PLOUGUERNEAU

Superviseur
Laetitia BELLAIS

Thérapie Cognitive et Comportementale d'un trouble bipolaire chez une femme de 42 ans

Mémoire Module 3

Rennes 2019/2020

1. Résumé 3
2. Cadre de travail 3
3. Motif de consultation 3
4. Anamnèse 4
4.1. Histoire de l'épisode actuel 4
4.2.Histoire du trouble 5
4.3.Histoire prodromique et facteurs de risque 5
4.4.Histoire de vie 6
4.4.1.Relation familiales et sentimentales 6
4.4.2.Environnement 7
4.4.3.Scolarité, travail 7
5. Diagnostic 7
5.1.Démarche diagnostique 7
5.2.Diagnostics différentiels 9
6. Cadre théorique 10
6.1. Définition et épidémiologie 10
6.2. Hypothèses explicatives 11
6.3. Trouble bipolaire et TCC 12
7. Lignes de bases 16
7.1.Echelles d'évaluation 16
7.2.Evaluations comportementales et scores aux échelles d'évaluation 17
8. Analyse fonctionnelle 18
9. Analyse de la demande 20
10. Projections thérapeutiques avec réflexions sur les précautions diverses 21
11. Présentation d'au moins deux séances sous forme verbatim abrégée 24
11.1.Présentation de la restructuration cognitive : séance 9 24
11.2.Application de la restructuration cognitive : séance 11 25
12. Analyse de l'échec ou de la réussite 27
12.1.Evolution de objectifs comportementaux et des échelles d'évaluation 27
12.2.Difficultés rencontrées 28
13. Bibliographie 29
Annexe 1 : Définition d'une signature de la maladie 31

1. Résumé

Ce mémoire expose le cas de Mme. T atteinte d'un trouble bipolaire. Elle est âgée de 42 ans et a été diagnostiquée il y a 2 ans. Après avoir exposé la démarche diagnostic et différentielle, deux analyses fonctionnelles (SORC et SECCA) sont utilisées pour mettre en avant les difficultés rencontrées par Mme. T et les boucles de renforcement. Deux objectifs sont définis suite à ces analyses. La description du trouble, les modèles théoriques et les axes de prise en soins sont également abordés. Un graphique permet d'analyser l'évolution des axes de travail. Ma position de psychologue a été questionnée au travers la mise en place de la validation des émotions.

2. Cadre de travail

Je suis installée en libéral depuis début mars où je consulte le samedi. Mon activité a débuté une semaine avant le confinement, de ce fait les consultations se sont faites par téléphone jusqu'à ce qu'il nous soit possible de reprendre notre activité en présentiel. La quasi-totalité des séances se sont faites par téléphone. A sa demande, nous avons poursuivi les entretiens téléphoniques compte tenu de son lieu d'habitation relativement éloigné du cabinet et part sa profession qui l'amène à voyager à l'étranger très régulièrement et notamment les week-end. Un entretien par skype depuis l'étranger a également été réalisé.

3. Motif de consultation

Mme. T est adressée par son psychiatre qu'elle voit depuis 2 ans. Mme. T m'informe qu'elle souffre d'un trouble bipolaire diagnostiqué il y a 2 ans et qu'elle a besoin de comprendre ce qui appartient à la maladie et ce qui fait partie d'elle. Elle m'explique que le diagnostic a été difficile à accepter et que cela ne fait pas très longtemps qu'elle l'accepte. Seuls son mari et sa soeur sont au courant de son trouble bipolaire. Son mari ne souhaite pas en entendre parler et ses enfants ne sont pas au courant, par conséquent elle fait tout pour « faire bonne figure, faire comme si tout va bien ». Ce qui la motive à consulter sont ce qu'elle appelle des « crises », c'est-à-dire des journées entières où elle ressent énormément d'angoisse avec l'impression de « devenir folle », que ses pensées l'envahissent, qu'elles défilent et qu'elle ne peut s'empêcher de chercher une explication à ses pensées. Lors de ces « crises » son « corps se tend », sa tête est en « ébullition », ça « se sert à l'intérieur » et son « plexus solaire est bloqué », elle n'arrive plus à respirer et à l'impression « de se perdre dans sa vie ». Durant toute cette journée elle ne peut rien faire et attend que ces sensations désagréables passent. Elle se répète en boucle que « tout va bien » mais cela ne l'aide pas. A la fin

de ces journées elle est dans un état d'épuisement. Pour Mme. T ces « crises » sont de plus en plus violentes et elle à l'impression qu'elle est de plus en plus mal après chaque phase dépressive. Elle a alors l'impression de devoir « reconstruire un puzzle, cela ne peut plus durer longtemps » et a peur de perdre le contrôle en devenant agressive avec son mari, ou de tout quitter pour mener une autre vie. Elle craint également de ne plus être assez attentive en voiture à cause de ses pensées et de provoquer un accident. Depuis décembre, Mme. T a vécu 4 « crises » de ce type qu'elle a de plus en plus de mal à supporter.

4. Anamnèse

4.1. Histoire de l'épisode actuel

Mme. T a repris les cours à la faculté de psychologie il y a 1 an et demi en complément de son travail d'hôtesse de l'air à temps plein. Afin de pouvoir assister aux cours la semaine, Mme. T choisi ses dates de vol le week-end. Elle peut parfois enchainer un vol et une journée de cours sans dormir. Elle n'a quasiment aucun jours de repos sauf l'été lorsque les cours prennent fin. Mme. T fait remonter sa dernière phase dépressive à décembre après ses derniers partiels. Sa dernière crise remonte à début mars suite à un vol long courrier de 14h à San Diego du Chili durant lequel elle dû faire plusieurs nuits blanches. Lors de son escale, elle décrit un état de fatigue extrême, une angoisse majeure avec l'impression de ne pas pouvoir faire le retour, des idées qui défilent, l'impression de devenir folle, et ce constant besoin de comprendre pourquoi elle se retrouve dans cet état. Depuis décembre, elle décrit des idées qui l'envahissent, selon lesquelles son mari la trompe, ses amies la trahissent, et avoir « envie de tout fliquer ». Elle dit se créer « un univers qui n'est pas la réalité ». Elle ressent également une fatigue importante, un sentiment de tristesse, un « vide permanent », des insomnies dues à ses idées qui défilent, une diminution de l'appétit, davantage de difficultés pour se concentrer, se souvenir et une lenteur à la réflexion. Ces expériences désagréables peuvent s'atténuer et se transformer en une « énergie folle » associée à une diminution de l'angoisse et ce, dans une même journée.

Actuellement, Mme. T ne travaille pas et dit se sentir mieux grâce au confinement car cela l'oblige à ne pas sortir. Pour autant, Mme. T s'active au quotidien chez elle (fait le ménage, de la cuisine, du jardinage…) et ses pensées continuent à l'envahir et rendent impossible l'action de se reposer ou d' être dans « l'instant présent ». Elle appréhende la reprise de son travail, et ne sait pas si elle aura la force de reprendre.

4.2. Histoire du trouble

Mme. T fait remonter des fluctuations thymiques depuis le lycée avec une première phase dépressive en première après avoir redoublé et qui s'est accentuée après un deuxième redoublement en terminale. A cette époque, Mme. T subit le stress du choix d'orientation avec l'impression « qu'elle n'allait pas y arriver », qu'elle « était une mauvaise personne ». Durant cette phase Mme. T a pu se sentir très triste et ressentir une importante fatigue avec l'incompréhension totale de ce qui était en train de lui arriver. Après le bac, des vacances avec ses amies vont lui permettre de ressentir une amélioration de son état jusqu'à « un grand bien être ». La durée de cette période n'est pas très claire pour Mme. T.

Une deuxième phase dépressive significative pour Mme. est apparue à la naissance de son fils, il y a 12 ans. Mme. T a alors débuté une psychanalyse qui a durée 7 ans. Mme. T a mal vécu cette thérapie, disant que « ça allait de pire en pire, je ruminais et il n'y avait pas d'échanges avec le thérapeute ». D'autres vacances, un an après la naissance de son fils, vont induire une période très agréable durant plusieurs mois avant que le moral diminue de nouveau.

Une troisième phase dépressive s'est produite il y a 6 ans lors d'un déménagement à Tahiti pour 2 ans afin de suivre son mari militaire. Elle décrit une période très difficile à vivre à cause de l'éloignement familial, du changement d'environnement et de culture. A leur retour en France, Mme. T entame une Gestalt Thérapie pendant 2 ans et demi ce qui lui a permis de « reprendre confiance en elle et de reprogrammer certaine idées ».

On constate que les phases dépressives sont clairement identifiées alors que la durée des phases hypomaniaques est plus difficilement mesurable pour Mme. T.

Mme. T consulte un psychiatre depuis 2 ans. Après plusieurs essais de traitement elle est actuellement sous Oxazépine, Lithium depuis 2 semaine et Tercian depuis 2 mois.

4.3. Histoire prodromique et facteurs de risque

Mme. T ne décrit pas de dysfonctionnement significatif dans son comportement ou dans ses rapports sociaux avant sa première phase dépressive au lycée. Elle fait état de beaucoup de non-dits dans sa famille avec des comportements de certains proches qu'elle ne comprend pas à l'époque. Elle décrit une tante (côté paternel) qui pouvait faire des crises de colère extrêmes et avoir des

phases dépressives sévères. Cette tante s'est suicidée à l'âge de 70 ans en se jetant dans un puit suite à sa séparation avec son mari. Mme. T fait également état de son père « bipolaire » qui a pris beaucoup de médicaments et qui l'ont rendu « comme un légume ». Elle a appris le diagnostic de son père il y a peu en parlant du sien avec sa soeur. D'autres évènements traumatisants sont également à noter :

- La mort de son oncle, marin, dans un accident de bateau de plaisance (côté maternelle). Mme. T associe cela à un suicide car elle ne comprend pas comment un professionnel comme lui aurait pu avoir un accident sur ce type de bateau.
- Le suicide par strangulation de son cousin à l'âge de 19 ans (le fils de son oncle marin décédé).

En outre, il est important de prendre en compte les facteurs de risques liés à son travail d'hôtesse de l'air. Mme. T part en voyage durant 3 à 6 jours. Elle est affectée aux vols longs courriers. Durant ses journées de travail, Mme. T se lève vers 4h du matin et peut parfois se coucher à 00h ou 15h le lendemain et cumuler les nuits blanches. A cela, s'ajoute le décalage horaire et l'angoisse de rester seule en escale. Lorsqu'elle est de retour, Mme. T a généralement 6 jours de repos à la maison qu'elle met à profit depuis un an et demi pour étudier.

Mme. T boit beaucoup de café lors des vols pour rester éveillée. Sa consommation a augmenté en journée depuis qu'elle a repris les études. Il n'y a pas d'autre prise d'excitant.

4.4. Histoire de vie

4.4.1.Relation familiales et sentimentales

Mme. T a deux enfants, une fille de 14 ans et un fils de 12 ans. Elle est mariée à un marin d'état, toujours en exercice. Elle a une soeur avec qui elle entretient de bonnes relations. Elle décrit un bon réseau amical, qu'elle voit très fréquemment.

Avant d'être avec son mari actuel, Mme. T a eu quelques histoires qu'elle qualifie de désagréables. Elle décrit ces personnes comme n'étant pas très gentilles, pas tendres et blessantes verbalement. Par la suite, elle a rencontré un homme qui était déjà en couple. Cette relation a duré une année, espérant qu'il finisse par quitter sa copine. Une longue période a séparé cette dernière relation avec celle qu'elle entretient actuellement avec son mari se pensant « incapable d'aimer ».

Mme. T ne repère pas de difficultés au niveau familial car son rythme à la fac la semaine correspond bien aux horaires scolaires de ses enfants.

Mme. T entretient de bonnes relations avec ses parents, ce qui n'a pas toujours été le cas. Les parents de Mme. T étaient commerçants et la valeur travail est très importante. Elle a entendu à de nombreuses reprises qu'il fallait travailler pour être quelqu'un. Pour eux, le travail est défini comme un métier manuel et non intellectuel. Mme. T regrette l'absence de ses parents lorsqu'elle était enfant/ado, ceux-ci étant toujours occupés par le travail. Elle décrit un manque affectif qu'ils n'ont jamais réussi à combler. Jeune adulte, les relations entre eux sont devenus plus complexes, Mme. T attendant toujours que ses parents lui apportent ce qu'ils ne pouvaient pas satisfaire en réalité.

4.4.2.Environnement

Elle vit avec son mari et ses deux enfants à proximité de sa famille. Elle vit dans un petit bourg au bord de la mer où elle et son mari retrouve fréquemment leurs amis au café.

4.4.3.Scolarité, travail

Au lycée, Mme. T a redoublé sa première et sa terminale se pensant « capable de rien ». La question de l'orientation a été compliquée pour elle. A cette époque Mme. T est tentée par les études supérieures à la faculté mais ses parents et ses proches ne la soutiennent pas dans cette idée. Selon eux, elle n'était pas faite pour des études dans lesquelles il n'y a pas de cadre. Elle s'est donc orientée vers un BTS tourisme puis à passé les concours pour devenir hôtesse de l'air chez Air France où elle a pu être formée. Mme. T exerce son métier depuis 21 ans, métier qu'elle apprécie beaucoup. Toutefois, il lui arrive de culpabiliser lorsqu'elle raconte son travail à ses parents, ceux-ci ne considérant par le métier d'hôtesse de l'air comme un travail en tant que tel.

Depuis 1 an et demi, Mme. T a repris les cours à la fac de psychologie.

5. Diagnostic

5.1. Démarche diagnostique

Même si Mme. T est arrivée avec son diagnostic, j'ai réalisé 3 entretiens de 45 minutes afin de répertorier les différents symptômes et d'exclure différentes hypothèses. Des échelles d'évaluation ont été utilisées pour affiner la démarche diagnostique (voir ligne de base).

Au vu des éléments recueillis, une hypothèse a été retenue selon le DSM-V :

- **Trouble bipolaire de type II :**

Symptômes de l'épisode hypomaniaque	Symptômes de l'épisode dépressif caractérisé
A : Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours. B : Au cours de cette période, Mme. T présente les symptômes suivants : - Réduction du besoin de sommeil ce qu'elle a tendance à normaliser à cause des conditions de travail d'hôtesse de l'air - Plus grande communicabilité que d'habitude - Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent - Distractibilité, Mme. T se dit incapable de rester inactive et lorsqu'elle se pose comme pour regarder un film avec ses enfants, elle ne peut s'empêcher de penser à autre chose - Augmentation de l'activité orientée vers un but (reprise des cours à la fac pendant ses jours de repos) et agitation psychomotrice (doit toujours s'activer, « il y a toujours un petit truc à faire ») C : L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique D : La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres E : La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. F : L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance.	A : Mme. T présente une humeur dépressive sur une durée d'au moins 2 semaines quasiment toute la journée et tous les jours dont se plaint la personne ainsi que : - Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir - Perte ou gain de poids en l'absence de régime ou diminution marquée de l'appétit - Insomnies - Agitation psychomotrice - Fatigue et perte d'énergie - Sentiment de dévalorisation - Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer - Pensées de mort récurrentes sans idées suicidaires B : Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative et une altération du fonctionnement social C : Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale

Spécification : Avec détresse anxieuse

Sentiment de tension
Sentiment d'agitation inhabituel
Difficultés de concentration dues à ses soucis
Peur que quelque chose d'horrible ne survienne
Sentiment d'une possible perte de contrôle de soi

Spécification : état mixte

épisode dépressif avec symptômes hypomaniaques car quand elle est en phase hypomaniaque il n'y a pas de symptôme dépressif

5.2. Diagnostics différentiels

Sur la base du DSM-V, plusieurs hypothèses ont pu être écartées :

Troubles anxieux	
Trouble panique	Il n'y a pas de montée brusque de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes. L'anxiété forte et latente et peut rester présente pendant plusieurs jours. On note tout de même des douleurs thoraciques accompagnant cette période d'anxiété et une difficulté à respirer ainsi que l'impression de devenir folle.
Agoraphobie	Il n'y pas de peur ou anxiété associée à la présence dans des lieux ouverts, clos, dans une foule ou d'être seule à l'extérieur.
Anxiété généralisée	Il n'y a pas de soucis excessifs concernant différents évènements ou activités.

Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques	
Schizophrénie	Hormis la tristesse ne répond à aucun critère
Trouble schizo-affectif	Présence de symptômes dépressifs comme énoncés précédemment mais le critère A de la schizophrénie n'est pas rempli
Trouble schizophréniforme	Idem
Trouble délirant	Absence d'idée délirante

Trouble de la personnalité	
Cluster A : Personnalité paranoïaque	Méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres (idées de tromperie, d'abandon) qui est apparu il y a 9 ans (à l'âge de 31 ans). Ne répond pas à au moins quatre critères. Uniquement le critère 2 est présent : est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés
Cluster B : Personnalité borderline	Pas d'instabilité marquée dans les relations interpersonnelles. Ses envies de fuir sa vie actuelle est en lien avec une angoisse provoquée par des pensées dysfonctionnelles. Aucune impulsivité et agressivité n'est noté. Hormis le critère 7 : sentiments chronique de vide aucun autre critère n'est rempli
Personnalité histrionique	Ne répond à aucun critère
Personnalité dépendante	Ne répond à aucun critère

Troubles obsessionnels-compulsifs	
TOC	Présence de pensées récurrentes et persistantes qui sont ressenties à certains moments comme intrusives et inopportunes et qui entrainent une anxiété ou une détresse importante Mme. T fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou action (s'active mais ne met pas en place de rituels) Ne répond pas au critère B : les obsessions ne sont pas à l'origine d'une perte de temps considérable mais peuvent provoquer un mal être important. Mme. T continue à mener ses activités comme habituellement.

6. Cadre théorique

6.1. Définition et épidémiologie

Le trouble bipolaire est une maladie cyclique de l'humeur alternant des phases aiguës (dépression, manie, hypomanie, mixte) avec des phases normothymiques ou asymptômatiques (Besnier, 2008).

Le trouble bipolaire touche environ 500 000 personnes en France (Docteur *et al*., 2012). C'est la 6ème pathologie en termes d'années de vie perdues ou vécues avec un handicap et le risque de suicide est 12,3 fois supérieur à celui de la population générale. Cette augmentation peut s'expliquer par l'altération significative au niveau des relation sociales et professionnelles (Dusser, Romo & Leboyer, 2009) et par les comorbidités de l'axe I et II présentées chez 87% d'entre eux (Docteur *et al.,* 2012). Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur connu depuis l'antiquité et décrit pour la première fois comme une fluctuation extrême de l'humeur au 17ème siècle. Anciennement appelée psychose maniaco-dépressive, plusieurs classifications ont été élaborées. La conception du trouble bipolaire est vu depuis longtemps comme une maladie hétérogène et complexe. Kraeplin a distingué jusqu'à 18 « types évolutifs de folie maniaco-dépressive ». Plusieurs auteurs ont établi des classifications qui prennent en compte la fluctuation thymique mais aussi leur intensité, leur durée et les tempéraments associés. D'autres classifications plus récentes, comme celle d'Akiskal et Pinto en 2001 en classe 8 allant du trouble bipolaire 1/2 : « trouble schizo-bipolaire » au trouble bipolaire IV : « dépression sur fond de tempérament hyperthymique » (Gay, 2008)

Du fait de son hétérogénéité, les symptômes présentés par les patients diffères. Toutefois, ils sont classés en 4 grandes catégories de symptômes : les symptômes thymiques (irritabilité,

euphorie, dépression, labilité, expansivité) ; les symptômes cognitifs (idées mégalomaniaques, fuite des idées, distractibilité, trouble de la concentration, confusion) ; les symptômes psychotiques (idée délirante de grandeur, idée de persécution, syndrome d'influence, hallucination) ; les comportements et activités (hyper-activité, réduction du sommeil, violence-agression, logorrhée, exhibitionnisme, hypersexualité, extravagance, préoccupation religieuse) (Gay, 2008). Les comorbidités associées le plus souvent sont anxieuses, addictives et les troubles de la personnalité notamment de type bordeline (Docteur *et al.,* 2012). Cette hétérogénéité dans l'expression de la maladie induit malheureusement un retard du diagnostic en moyenne de 9 ans et de ce fait un défaut de prise en charge du trouble tout en nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels (Gay, 2008).

Une conceptualisation de spectre des troubles bipolaires a été élaborée ajoutant aux différentes formes de trouble bipolaire des frontières communes avec les tempéraments et les personnalités sans pour autant parler de trouble. Dans ce spectre sont ajoutées les tempéraments cyclothymique, hyperthymique, dysthymique et irritable. La frontière tiendrait sur les aspects prémorbide au trouble (état de vulnérabilité qui précéderait la pathologie de l'humeur) (Gay, 2008).

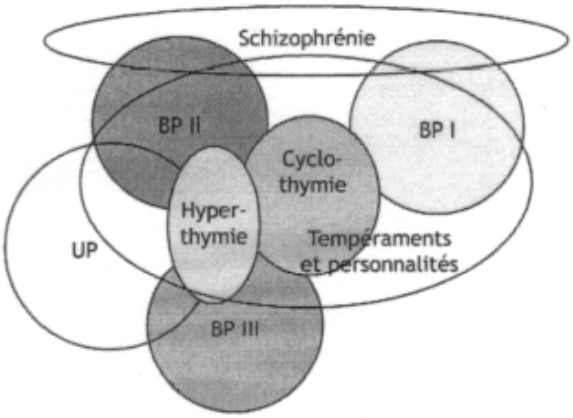


Figure 1 Spectre des troubles bipolaires.

6.2. Hypothèses explicatives

Plusieurs facteurs favorisant l'apparition et la rechute du trouble bipolaire (facteurs précipitants) ont été mis en exergue tel que les évènements de vie stressants (souvent dans les 1 à 3 mois avant la rechute) comme la perte d'un proche, un changement d'emploi ou de lieu d'habitation, la prise de toxiques, d'excitants, la privation de sommeil, les bouleversements hormonaux comme la grossesse, les « jet-lags », le surmenage professionnel etc. (Hamdani & Gorwood, 2006).

Plusieurs hypothèses ont été élaborés pour expliquer la vulnérabilité des personnes à un trouble bipolaire :

- L'hypothèse neurodéveloppementale met en avant des anomalies au niveau des région frontales et en particulier du lobe pré-frontal (taille plus petite) impliquant des déficits attentionnels. D'autres anomalies neuro-anatomiques seraient impliquées telles qu'une hyperactivation du cortex cingulaire antérieur gauche impliqué dans la prise de décision, une anomalie des lobes temporaux où se trouve l'amygdale, région impliquée dans la reconnaissance des émotions, ainsi qu'une anomalie au niveau des ganglions de la base qui permet la connexion entre le cortex préfrontal et les régions limbiques impliquées dans la régulation de l'humeur (Hamdani & Gorwood, 2006).
- L'hypothèse neurobiologique se penche sur le rôle de plusieurs systèmes de neurotransmission (monoaminergique, noradrénalique, dopaminergique) ainsi que sur le rôle des modifications hormonales (ex: accouchement) (Hamdani & Gorwood, 2006).
- L'hypothèse génétique argumente un risque de 5 à 10 % supérieur à celui de la population normale (1 à 2%) lorsqu'un parent du premier degré est déjà touché par un trouble bipolaire (Gay, 2008 ; Hamdani & Gorwood, 2006)

Cette dernière hypothèse est reprise dans le modèle biopsychosocial à laquelle s'ajoute une vulnérabilité provenant de la personnalité et un rôle de l'environnement comme élément déclencheur. Dans ce modèle il est également pris en compte une vulnérabilité biologique qui induirait une sensibilité accrue aux évènements pouvant déclencher une rechute c'est-à-dire que des évènements anodins peuvent induire une fluctuation brutale de l'humeur (Gay, 2008).

6.3. Trouble bipolaire et TCC

Alors que l'efficacité des TCC dans le traitement de la dépression et des troubles anxieux n'est plus à discuter, leur efficacité dans le trouble bipolaire est toujours sujet à discussion notamment du fait des petits échantillons utilisés dans les différentes études (Hawke *et al.,* 2013). En effet, plusieurs études mettent en avant l'efficacité des TCC sur le trouble bipolaire mais avec un impact réduit sur les rechutes (diminution de la sévérité des symptômes lors des rechutes mais efficacité jusqu'à 18 mois) (Bi Yu Ye et *al.,* 2016 ; Gut-Fayand, 2008 ; Hawke, Velyvis & Parikh, 2013 ; Kai Jo Chiang *et al.,* 2017 ;).

Pour autant, les recherches mettent en exergue l'impact positif sur la diminution du nombre de rechute, sur l'observance médicamenteuse, sur la régulation des comportements (sommeil, activité…), pour faciliter l'identification des symptômes précurseurs de la rechute ainsi que sur

l'apprentissage de stratégies d'adaptation lors des rechutes avec une amélioration de la qualité du fonctionnement psychosocial (Gut-Fayant, 2008 ; Kai Jo Chiang *et al.,* 2017). Aussi, l'efficacité des TCC sur le trouble bipolaire serait plus efficiente sur le trouble de type I comparé au trouble de type II, probablement dû au fait que les rechutes dépressives dans le type II sont plus sévères que dans le type I (Kai Jo Chiang *et al.,* 2017). Certains auteurs mettent en évidence l'effet bénéfique des sessions supérieures à 90 min comparée à des sessions plus courtes (Kai Jo Chiang *et al.,* 2017).

La phase de psycho-éducation apparait essentielle et déterminante dans la prévention et la diminution du nombre de rechutes. Les patients impliqués dans cette démarche percevraient avec plus de facilité les symptômes précurseurs des rechutes maniaques et dépressives. Aussi, l'application de plans d'actions adaptés et réfléchis en amont favorise également la diminution du nombre de rechutes. La psycho-éducation de groupe participe aux échanges autour du diagnostic et de la stigmatisation et permettrait l'amélioration de l'estime de soi chez ces patients (Richardson & White, 2019).

Actuellement, il existe deux modèles de référence dans le traitement du trouble bipolaire en TCC.

Modèle de Lam, Jones & Hayward, 1999

Ce modèle s'appuie sur le modèle vulnérabilité-stress (Mirabel Sarron, 2012) et comprend 3 phases réparties en 20 séances. Il est établi pour un groupe. (Docteur *et al.,* 2012 ; Gay, 2008 ; Rosner, Mirabel-Sarron, Guelfi *et al.,* 2007)

1ère phase : Psychoéducation (1ère à 5ème séance)
Psycho-éducation du trouble bipolaire et ses traitements
Identification des cognitions, des émotions et des comportements
La construction de l'histoire de la maladie (grâce au life-shart) et de l'histoire personnelle
Définition d'objectifs

2ème phase : Mise en place et utilisation d'outils cognitivo-comportamentaux (séance 6 à 16)
Auto-observation des activités quotidiennes et de l'humeur et planification d'activité et routine
Assignation de tâches en les priorisant
Identification des pensées automatiques, des distorsions, des croyances dysfonctionnelles et apprentissage de la restructuration cognitive.

2ème phase : Mise en place et utilisation d'outils cognitivo-comportamentaux (séance 6 à 16)
Mise en évidence d'une signature personnelle de la maladie Les patients sont invités à repérer les pensées automatiques spécifiques qu'ils présentent dans le cas de symptômes dépressifs et de symptômes maniaques pour mieux anticiper les rechutes et ainsi remettre en question les pensées automatiques négatives dues à la détérioration de l'humeur ou aux idées grandioses liées à la manie/hypomanie.
Elaboration d'un plan d'action avec des stratégies en cas de rechute dépressive et maniaque
Identification des schémas et mise à jour des schémas dysfonctionnels Le travail sur les schémas vise à les assouplir grâce à différentes techniques de restructuration cognitives (questionnement socratique, reformulation, mise à distance, pondération, remise en question du postulat, continuum, évidence pour et contre, camembert de responsabilité).

3ème phase : consolidation et prévention de la rechute (17 à 20ème séance)
Vérification de l'utilisation des techniques apprises et identification des signes précurseurs de rechutes

Modèle de Basco & Rush, 1996 (Gay, 2008 ; Rosner, Mirabel-Sarron, Guelfi *et al.*, 2007)

Séance 1	Alliance thérapeutique et présentation de la thérapie au patient et membre de la famille si besoin
Séance 2	Psychoéducation du trouble bipolaire, faire participer la famille dans le repérage des symptômes et identification des fausses croyances
Séance 3 et 4	Echanges sur les traitements médicamenteux et présentation du graphique de l'humeur
Séance 5	Poursuivre le repérage des symptômes à domicile et échanges atour des conséquences du trouble dans la vie quotidienne
Séance 6	Identification des symptômes prodromiques et apprendre à se servir du graphique pour identifier les fluctuations de l'humeur et symptômes prodromiques au quotidien
Séance 7	Repérer les obstacles à la prise de traitement
Séance 8	Travail sur les biais cognitifs et leur incidences dans la vie quotidienne et la prise de traitement. Apprentissage à l'identification des pensées automatiques. Début de la restructuration cognitive
Séance 9-10	Apprentissage à l'auto-observation des pensées automatiques et distorsion liées à la dépression et remplissage du tableau d'enregistrement des pensées

Séance 11	Apprentissage à l'auto-observation des pensées automatiques et changements cognitifs liées à la manie, restructuration cognitive et élaboration de plans d'actions. Aide à la priorisation et report de tâche.
Séance 12	Travail comportemental en lien avec la dépression (assignation de tâches graduées et de tâches plaisantes et valorisantes)
Séance 13	Observation des activités en phase de manie et prioriser les activités, apprendre à différer les décisions de quelques jours.
Séance 14	Identification des problèmes psycho-sociaux
Séance 15	Etablir les ressources relationnelles et les faiblesses du patient, identifier ce qui est aidant et non aidant pour lui. Déterminer des objectifs
Séance 16 à 20	Résolution de problèmes

En 2009, Dusser, Romo & Leboyer ont élaboré un programme en 6 séances de gestion du stress et prévention des rechutes dans le trouble bipolaire permettant de diminuer l'anxiété des patients et apprendre à anticiper et gérer les situations anxiogènes de façon plus adaptées. Pour mettre en place leur programme elles se sont basée sur le concept de stress comme l'ont définit Lazarus et Folkman, c'est-à-dire : *« la façon dont l'individu construit cognitivement la perception d'une situation stressante (stress perçu), analyse sa capacité à faire face (contrôle perçu), et de mettre en place des stratégies de coping (ensemble des efforts cognitifs et comportementaux du sujet, variables et instables pour aménager (réduire, minimiser, contrôler, dominer ou tolérer) la demande interne ou externe, fait par la transaction sujet environnement, évalué comme dépassant les ressources de l'individu ».* Ici, elles expliquent que la gestion du stress permet d' « a*gir et d'interagir sur l'environnement et de changer le regard et la perception stressante et anxieuse des évènements extérieurs ».* Pour leur étude, des patients diagnostiqués avec un trouble bipolaire de type I et II sont recrutés, et sont en phase normothymiques lors de la réalisation du programme. Malgré la petite taille de l'échantillon, les résultats mettent en avant une meilleure gestion du stress avec une diminution de l'anxiété évaluée sur la base de symptômes physiques ainsi qu'une diminution du stress concernant des situations perçues comme menaçantes. En revanche, il n'est pas observé d'impact significatif sur les symptômes dépressifs.

Séance 1	Apprendre à repérer les stresseurs et les hiérarchiser
Séance 2	Apprentissage de techniques de respiration (30 min) et échanges autour des émotions (primaires, secondaires, intensité, fonction)
Séance 3	Relaxation (concentration sur les sensations corporelles : 30 min) et pratique 3x/ semaine

Séance 4	Restructuration cognitive (analyse des distorsions et utilisation de la technique de décentration) et relaxation (attention visage/main)
Séance 5	Techniques comportementales (gestion du temps, hygiène de vie) et relaxation (détente musculaire à faire tous les jours)
Séance 6	Résolution de problèmes et relaxation (pensée et imagerie mentale)

7. Lignes de bases

7.1. Echelles d'évaluation

- **BDI (Beck Depression Inventory, Beck *et al.,* 1961)** : Cet outil permet une estimation quantitative de l'intensité de la dépression. Il comporte 21 items qui décrivent des manifestations comportementales spécifiques à la dépression, gradués de 0 à 3 par une série de 4 énoncés reflétant le degré de sévérité du symptôme.
- **Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer & Janet, 2001)** : outil de repérage et d'appréciation de la sévérité des symptômes dépressifs. 9 items allant de 0 à 3 (jamais, plusieurs jours, plus de sept jours, presque tous les jours).
- **Questionnaire sur la maladie bipolaire (MDQ : The Mood Disorder Questionnaire, Hirscheld *et al.,* 2000)**. Questionnaire en 3 items. L'item A contient 13 questions avec réponse par oui ou non. L'item B permet de savoir si les symptômes se sont présentés durant la même période. L'item C permet d'estimer la gravité des répercussions des symptômes.
- **Questionnaire d'Altman (Altam *et al.,* 1997)** : 5 items avec échelle de Likert de 0 à 4. Permet de coter la présence de symptômes de manie ou d'hypomanie.
- **Echelle de Beck pour l'anxiété (Epstein, Brown & Steer, 1988) :** Comme la BDI, cette échelle permet une évaluation quantitative des symptômes anxieux pour estimer son intensité. Elle comporte 21 items sur une échelle de Likert de 0 à 3. 0 représentant « pas du tout » et 3 « beaucoup ». Cette auto-évaluation doit être remplie sur les symptômes présents au cours de la semaine qui s'est écoulée.
- **Questionnaire des schémas précoces inadaptés de Young (YSQ-L3, Young, 2003) :** Ce questionnaire permet d'évaluer la présence des 18 schémas précoces inadaptés de Young. Il se compose de 232 items et le patient doit dire à quel point chaque item lui correspond. Echelle de cotation va de 1 à 6, 1 étant « cela est complètement faux pour moi » et 6 « Me décrit parfaitement ». Chaque schéma est représenté par un nombre défini d'items. La présence d'un schéma dysfonctionnel est mesurée par le nombre de réponse 5 ou 6 pour chaque items d'un schéma. Cette mesure est exprimée en pourcentage.

Tableau 1 : Présentation des échelles d'évaluation utilisées et leur interprétation

Echelles	Cut-off / interprétation
BDI	0-9 : dépression mineure 10-18 : dépression légère 19-29 : dépression modérée 30-63 : dépression sévère
Inventaire de Beck pour l'anxiété	>20 : anxiété significative
PHQ-9	0-4 : absence de dépression 5-9 : Dépression légère 10-14 : Dépression modérée 15-19 : Dépression modérément sévère 20-27 : Dépression sévère
MDQ	Suggestif d'un trouble bipolaire si Item A : au moins 7 réponses OUI (score à 8 + 4 items entre le oui et le non) Item B : OUI (oui indiqué par Mme. T) Item C : problèmes modérés ou sérieux (problème modéré indiqué)

7.2. Evaluations comportementales et scores aux échelles d'évaluation

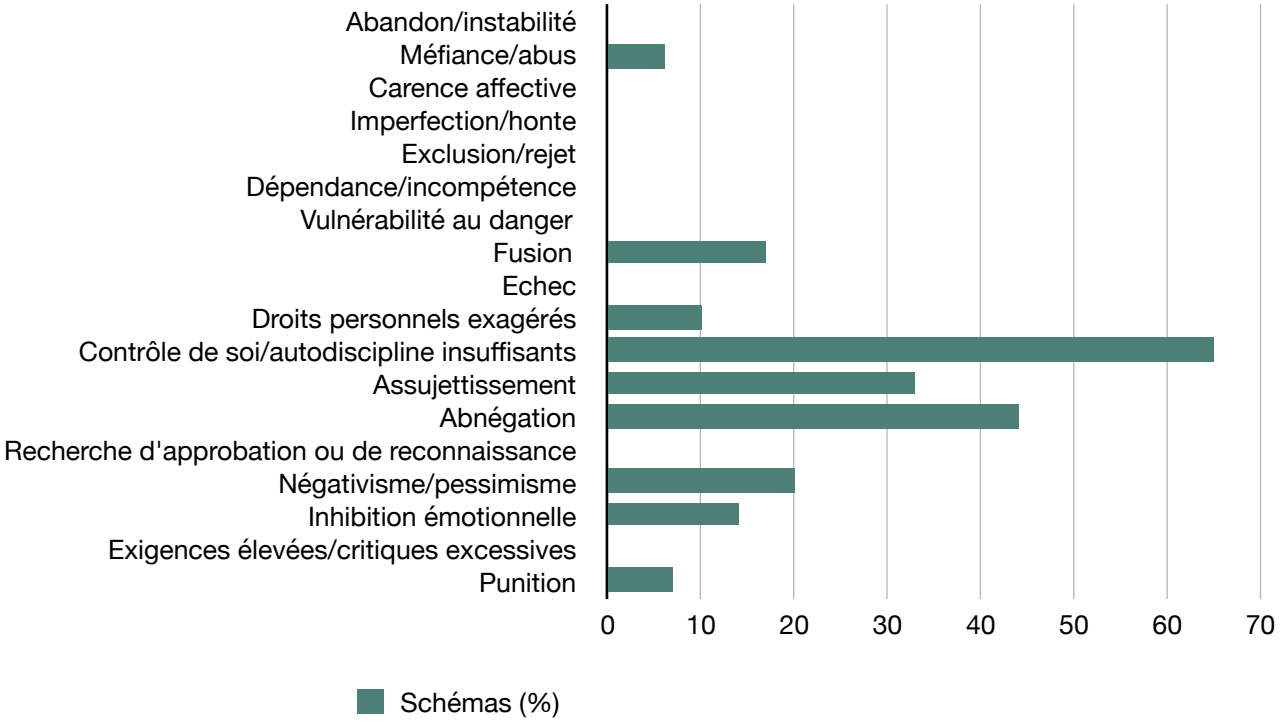


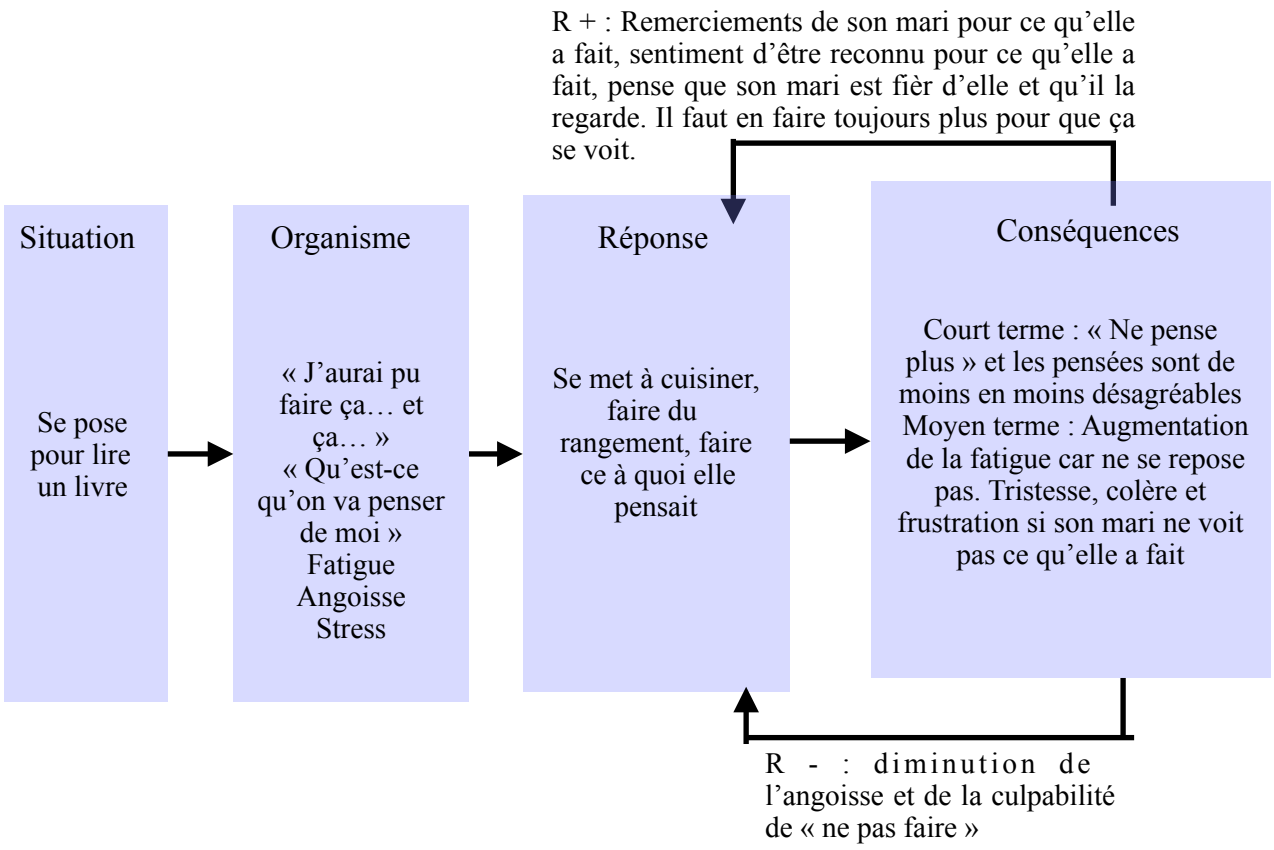
Figure 1 : Présence des 18 schémas chez Mme. T représentés en pourcentage

Tableau 2 : Ligne de base à la séance 1 pour le premier objectif et à la séance 12 pour le deuxième

	Séance 1 (23/03/2020)	Séance 12 (06/06/2020)
BDI	18	
Inventaire de Beck pour l'anxiété	19	
PHQ	9	
Nombre de « crises » par mois	2	
Nombre d'activités détente (pendant au moins 30 min / semaine)	0	
Nombre d'activités seules ou sans son mari et/ou ses enfants / semaine		2

8. Analyse fonctionnelle

• *Premier objectif :* Augmenter le nombre d'activités plaisir et détente sans culpabiliser « réussir à se poser » (Lecture, méditation, Reiki, Yoga, peinture).



DIACHRONIE

Données structurales : Côté paternel : père diagnostiqué avec un trouble bipolaire. Une tante avec des fluctuations d'humeur extrêmes qui s'est suicidée. Côté maternel : plusieurs suicides

Facteurs déclenchants initiaux : Premier épisode dépressif en première face à une période de stress vis-à-vis de son orientation.

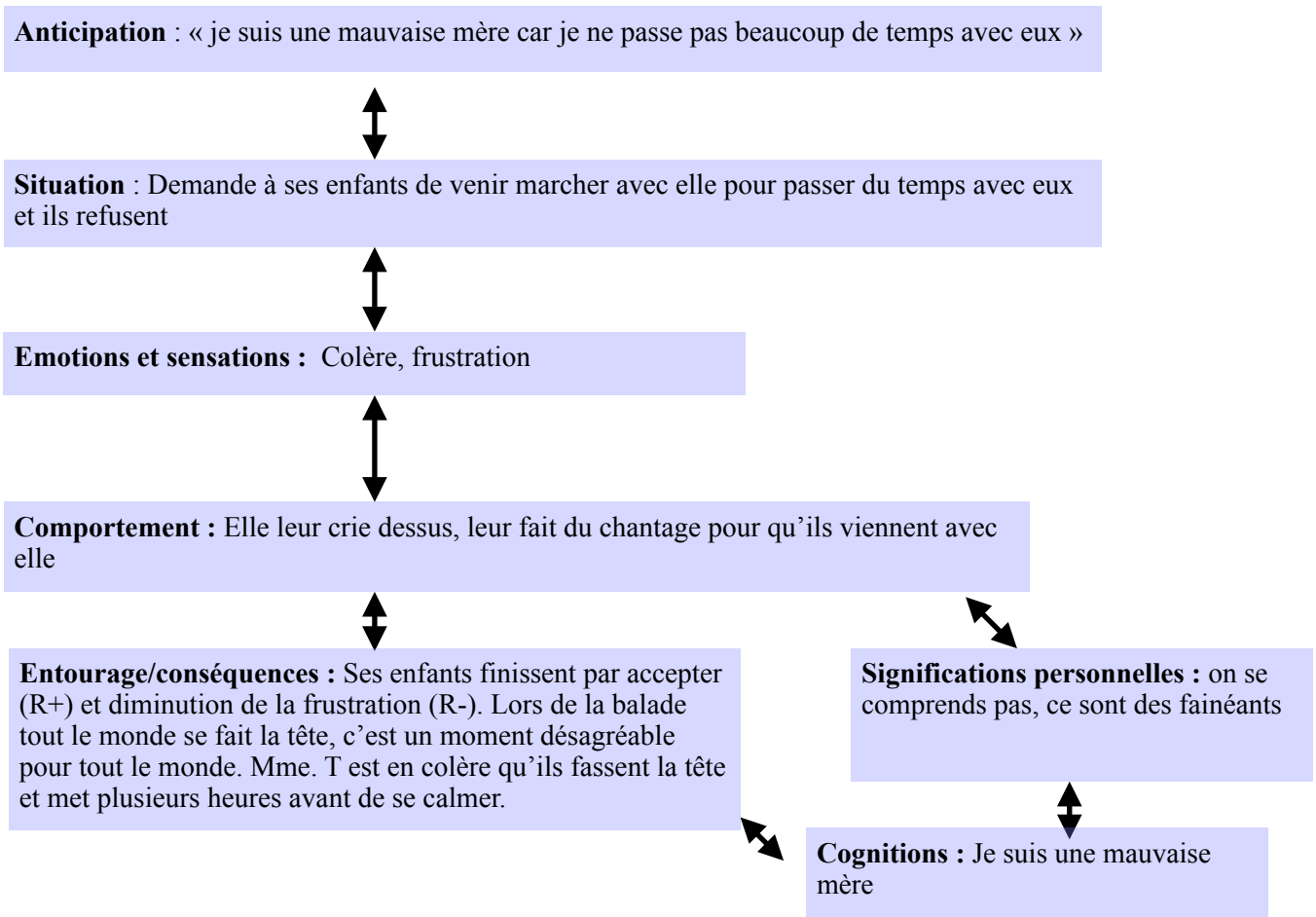
Facteurs historiques de maintien : La croyance dysfonctionnelle selon laquelle « si on ne travaille pas on est rien, on est feignant » entendu dans la bouche de ses parents à de multiples reprises. Mme. T se sent toujours obligée d'en faire plus pour satisfaire ses proches, en particulier ses parents et son mari. Son mari la félicite ou la remercie pour ce qu'elle a fait. Mme. T se sent regardée par son mari, il lui prête de l'attention.

Facteurs précipitants : Les partiels du premier semestre cumulés à un long vol long courrier (14h de vol) ce qui comprend le stress de se retrouver seule en escale, les nuits blanches et la prise d'excitants.

Tentatives de traitements antérieurs : Psychanalyse durant 7 ans et Gestalt-thérapie pendant 2 ans. Suivi psychiatrique depuis ans. Mise en place d'un traitement médicamenteux.

• *Deuxième objectif « faire les choses pour moi sans être dépendante des autres»:* Augmenter le nombre d'activités seule (sans mon mari et/ou ses enfants:randonnée, plage, sortie avec les copines)

SECCA SYNCHRONIQUE (phase normothymique)



DIACHRONIE

Données structurales : Côté paternel : père diagnostiqué avec un trouble bipolaire et un tante avec des sautes d'humeur extrêmes qui s'est suicidée. Côté maternel : plusieurs suicides

Facteurs déclenchants initiaux : Premier épisode dépressif en première face à une période de stress vis-à-vis de son orientation.

Facteurs historiques de maintien : Manque affectif décrit par Mme. T, ses parents passant beaucoup de temps au travail et n'en avait pas beaucoup pour elle et sa soeur. Besoin de reconnaissance de la part de ses parents. Elle attendait qu'ils passent du temps avec elle et qu'ils s'intéressent à elle. Elle exprime une recherche constante vis-à-vis de ses parents pour combler ses besoins d'affection. Elle considère que les « bonnes mères » sont celles qui passent du temps avec leurs enfants. Pendant longtemps elle à cru que s'ils étaient en colère cela voulait dire qu'ils attendaient quelque chose d'elle. Actuellement, ses enfants sont gentils, lui porte de l'attention, lui font des compliments lorsqu'elle passe du temps avec eux (faire un gâteau, soirée jeux de société, soirée crêpe), ce qui vient renforcer le fait que passer du temps avec eux fait d'elle une bonne mère dans ces moments.

Facteurs précipitants : Son fils est tombé malade (maux de gorge) et son amie lui a dit que ça ressemblait à une angine. Elle s'en est voulu de ne pas y avoir pensé avant elle, le médecin a confirmé ce que son amie lui a dit. A eu l'impression que son ami pensait qu'elle était une mauvaise mère.

Tentatives de traitements antérieurs : Psychanalyse durant 7 ans et gestalt-thérapie pendant 2 ans. Suivi psychiatrique depuis 2 ans. Mise en place d'un traitement médicamenteux.

9. Analyse de la demande

Lors de notre premier entretien, l'objectif de Mme. T était de pouvoir distinguer ce qui fait parti de son trouble bipolaire et ce qui « fait parti d'elle ». Aussi, elle souhaitait ressentir moins d'angoisse liée à ses pensées qui défilent en particulier celles où elle à peur de se retrouver seule. Je lui ai proposé et expliqué ce que sont les TCC et a accepté de commencer ce travail.

Suite à l'analyse fonctionnelle qu'elle a validé, nous avons mis en place un contrat thérapeutique qui s'étaye autour de l'augmentation des comportements de détente et d'activités plaisir que Mme. T est dans l'incapacité à mettre en place actuellement. En effet, malgré son désir, Mme. T est incapable de lire un livre plus de quelques minutes, ou de prendre du temps pour elle comme pour faire du Yoga. Elle se dit parasitée par les pensées qui défilent et lorsqu'elle se trouve

dans cet état d'esprit, elle s'évertue à trouver des réponses aux questions qu'elle peut se poser ou à pourquoi telle pensée est présente, en vain. Aussi, la valeur travail prend beaucoup de place chez Mme. T, comme elle l'est chez ses parents. De ce fait, s'octroyer du temps pour soi sans qu'il y ait de résultat palpable au final est culpabilisant pour Mme. T. Elle souhaiterait donc augmenter ce type d'activité (lecture, méditation, Reïki, peinture) sans culpabiliser « de ne rien faire ». Mme. T distingue ces activités des activités plaisir qu'elle peut faire avec ses enfants, comme regarder un film ou faire des jeux de société, car elles ont une fonction neutralisante des pensées.

Pour répondre à ce premier objectif, je lui ai décrit les différentes étapes et techniques que nous allions utiliser (cf. projections thérapeutiques). Mme. T est en accord avec ce qui est présentés et souligne avant tout son intérêt pour le travail sur les pensées « qui lui empoisonnent la vie ».

Le deuxième objectif à travailler est celui de parvenir à faire des activités seules sans avoir besoin du regard d'autrui et notamment de son mari ou de ses enfants, comme par exemple : aller marcher seule, aller à la plage, faire des sorties entre filles avec ses copines. Cet objectif est venu en complément du premier durant les séances de restructuration cognitive (séance 12) et suite à un conflit avec ses enfants (voir analyse fonctionnelle).

10. Projections thérapeutiques avec réflexions sur les précautions diverses

A ce jour, 16 séances ont été réalisées. Je vais décrire ici ce qui a été fait pour chaque séance. Je me suis essentiellement basée sur le programme de Basco & Rush (1996) car je trouvais qu'il s'adaptait mieux à un suivi individuel. Cependant, je me suis inspirée de la 3ème partie du programme de Lam, Jones & Hayward (1999) concernant le repérage et le travail sur les schémas dysfonctionnels.

Première phase : Analyse de la demande et évaluation diagnostique : 3 séances

3 entretiens de 45 minutes ont été utiles au recueil des symptômes pour établir des hypothèses diagnostiques et faire le diagnostic différentiel, faire une description de l'histoire de la maladie et du début de problème actuel, de l'évolution de la maladie… Les attentes du patient vis-à-vis d'un thérapeute ont été abordées. Début de l'alliance thérapeutique. *Tâches à domicile : remplir les différentes échelles d'évaluation.*

Deuxième phase : Auto-observation, analyse fonctionnelle et définition d'objectifs : 2 séances

2 séances ont permis d'introduire l'utilisation du graphique d'évolution de la maladie (life-shart) et du graphique de l'humeur. Une première analyse fonctionnelle sur une situation problème a pu être élaborée. Plusieurs analyses fonctionnelles ont été effectuées afin de cibler les évitements et les renforcements du problème. Définition d'un premier objectif par la patiente. *Tâche à domicile : continuer à remplir la life shart, introduction du relevé d'activités quotidiennes et remplir le graphique de l'humeur.*

Troisième phase : Psycho-éducation et introduction du tableau d'enregistrement des pensées : 3 séances

1 séances de 1h15 a été nécessaire afin d'aborder la psycho-éducation du trouble bipolaire, de faire un point sur l'hygiène de vie ainsi que pour conseiller une lecture. Une seconde séance de 45 minutes a été utilisée pour aborder les notions de pensées automatiques, de traitement de l'information et de distorsions cognitives. Une troisième séance a permis d'introduire le tableau d'enregistrement des pensées grâce à plusieurs exemples en séances de situations problèmes survenues durant la semaine. *Tâche à domicile : lire le livret d'information sur le trouble bipolaire « guide à destination des patients : vivre avec un tb bipolaire » et des vidéos sur les pensées automatiques dysfonctionnelles que l'ont nous avais présenté durant la formation.*

Quatrième phase : Travail comportemental et restructuration cognitive : 8 séances et plus

Séance 8 : Exercices de respiration et reprise de la relaxation de Jacobson qu'elle pratiquait déjà.

Tâche à domicile : s'exercer sur les exercices de respiration et remplir le TEP

Séance 9 : Mise en évidence des cercles vicieux grâce au TEP et début de la restructuration cognitive sur ses idées de trahison vis-à-vis de son mari et de ses amies.

Tâche à domicile : entrainement à la *relaxation + introduction d'au moins 2 moments détente de 30 min dans son planning d'activités parmi les activités qu'elle a défini + continuer à remplir planning d'activités et graphique de l'humeur*

Séance 10 : Poursuite de la restructuration cognitive sur les idées de trahison et début de la définition d'une signature de la maladie (symptômes annonciateurs d'une rechute dépressive et hypomaniaque).

Tâche à domicile : Poursuite de la liste des symptômes, remplissage du TEP avec pensées alternatives et poursuite du planning d'activité

(avec au moins 3 moments détente de 30 min dans la semaine)et du graphique de l'humeur

Séance 11 : Restructuration cognitive sur ses idées d'incapacité à apprendre de nouvelles choses et donc de poursuivre ses études et début d'un plan d'action en cas de rechute dépressive

Tâche à domicile : TEP avec pensées alternatives, planning d'activité (avec au moins 4 moments détente de 30 min) et graphique de l'humeur et plan d'action

Séance 12 : Restructuration cognitive sur le fait d'être une mauvaise mère et définition d'un nouvel objectif.

Tâche à domicile : TEP avec pensées alternatives + remplissage d'outils d'auto-observation.

Séance 13-14 : Restructuration cognitive sur le fait d'être une mauvaise mère et début de définition d'un plan d'action en cas de rechute hypomaniaque.

Tâches à domicile : entrainement à la restructuration cognitive, poursuite du remplissage des outils d'auto-observation et du plan d'action

Séance 15 : Discussion autour de la valeur travail, des évènements de vie qui ont contribué à une exigence sur le travail et des croyances dysfonctionnelles qui y sont liées. Restructuration cognitive sur son haut niveau d'exigences concernant le travail via le TEP.

Tâche à domicile : entraînement à la restructuration cognitive, poursuite du remplissage des outils d'auto-observation et questionnaire des schémas de Young.

Séance 16 : Analyse des schémas et discussion sur les évènements passés contribuant à leurs créations.

Tâche à domicile : remplissage des outils d'auto-observation + TEP avec poursuite de la restructuration cognitive

Mme. T semble avoir bien compris le cercle vicieux qui vient l'empêcher de prendre du temps pour se détendre, elle se dit satisfaite de pouvoir s'octroyer davantage de temps pour elle et se reposer. Elle en ressent les bénéfices au niveau de l'anxiété et de la fatigue. Toutefois, elle reste parasitée par ses pensées automatiques parfois source de conflits avec ses proches. Le remplissage du tableau d'enregistrement des pensées est un peu compliqué, Mme. T n'apprécie pas le fait de les écrire car « c'est comme si je les revivais de nouveau ». J'ai précisé à Mme. T qu'il n'était pas nécessaire de retranscrire toutes les pensées mais uniquement les plus douloureuses au sein d'une journée pour pouvoir travailler la restructuration cognitive. La restructuration cognitive a été bénéfique pour Mme. T, elle indique que « pour la première fois de ma vie je peux contrôler mes pensées », Mme. T prends de plus en plus de temps pour elle et pour se détendre. Il reste néanmoins

des pensées autour de la valeur travail et d'un besoin de reconnaissance qui rendent difficile le fait de faire les choses pour elle uniquement sans se soucier du regard de ses proches.

Cinquième phase : Projection sur les prochaines séances : introduction de la notion de schéma, restructuration cognitive et résolution de problème

Explication de la notion de schéma et de ceux qui sont inadaptés chez Mme. T.

Journal d'auto-observation des schémas

Hiérarchisation des schémas : du schéma générant le moins de souffrance à celui qui en génère le plus et travailler dessus lors de la mise en évidence dans le journal d'auto-observation.

Test historique : listing de preuves qui militent pour justifier la croyance liée au schéma et de celles qui permettent de le réfuter (dissonance affective)

Questionnaire des parents de Young : Description des comportements des figures d'attachement dans diverses situations.

Cout bénéfices des schémas : avantages présents et passés et impacts négatifs d'un schéma grâce à la validation de l'utilité de l'existence et de la fonction du schéma

Assouplissement des schémas grâce aux techniques de restructuration cognitive

Pont affectif : décrire une scène pendant l'enfance où elle a ressenti une émotion similaire

Lettre aux parents qui l'ont blessé durant l'enfance ou l'adolescence. Le patient se connecte avec ses émotions en la lisant à voix haute et s'affirme par rapport à ses besoins affectifs non comblés.

Résolution de problèmes

Prévention de la rechute en appliquant des stratégies pour faire face à chaque phase (plan d'action des rechutes dépression vs hypomanie)

11. Présentation d'au moins deux séances sous forme verbatim abrégée

11.1. Présentation de la restructuration cognitive : séance 9

Afin d'introduire la restructuration cognitive j'ai expliqué le principe de distorsion cognitive à Mme. T. Je lui ai expliqué le principe du traitement de l'information. Que parfois nous pouvons faire des erreurs dans notre façon de traiter les informations, c'est ce qu'on appelle les biais cognitifs. Je lui ai expliqué que ces biais sont des erreurs de jugement dans le tri, l'analyse et la mémorisation des informations qui nous parviennent. De ce fait, la prise de décision est plus rapide et ne prend pas en compte tous les éléments d'une situation. Je lui ai également expliqué que nos schémas et nos biais cognitifs vont influencer nos pensées. J'ai introduit la notion de schéma

comme étant une croyance très forte à propos de soi-même et qui se construit à partir des expériences de vie durant l'enfance. Ces schémas peuvent rester latent durant plusieurs années avant de s'activer de nouveau. Ensuite, je lui ai expliqué ce que sont les biais cognitifs, qu'ils peuvent être de plusieurs natures. On retrouve les biais d'interprétation qui vont évaluer une information ambigüe comme étant un danger potentiel, les biais attentionnels qui vont sélectionner les stimuli menaçants et laisser de côté les autres informations pertinentes, et les biais contre-attentionnels qui vont induire des comportements d'évitements des situations jugées comme menaçantes. Enfin, je lui ai présenté différentes distorsions cognitives en lui précisant que nous allions apprendre à les reconnaitre.

Explication de la restructuration cognitive :

- Thérapeute : « Face aux pensées qui vous font souffrir et que l'on a commencé à identifier grâce au tableau d'enregistrement des pensées, nous allons nous entrainer pendant plusieurs séances à la restructuration cognitive. La restructuration cognitive se décline en plusieurs techniques que nous allons apprendre et pour lesquelles on va s'entrainer afin que vous puissiez les réutiliser seule au quotidien. La restructuration cognitive est une boite à outils qui va vous permettre de penser autrement les situations qui posent problèmes, ce sont des pensées alternatives. Ces différentes techniques vont vous aider à changer vos lunettes, celles qui voient certaines situations comme menaçantes, pour les remplacer par des lunettes qui vous renvoient le reflet de situations plus réalistes ».
- Patiente : « C'est tout à fait ce dont j'ai besoin, c'est insupportable de souffrir autant. Je suis tout le temps en train de chercher le pourquoi du comment. »

11.2. Application de la restructuration cognitive : séance 11

Mme. T : « J'ai l'impression d'être une mauvaise mère »

Thérapeute : « Qu'est-ce que signifie pour vous « être une mauvaise mère » ? »

Mme. T : « Ne pas s'occuper physiquement d'eux »

Thérapeute : « Sur une échelle de 0 à 100 %, à quel point y croyez vous en ce moment ? »

Mme. T : 70 %

Thérapeute : « Est-ce que vous avez l'impression que vous ne vous occupez pas physiquement d'eux ? »

Mme. T : « Non mais je travaille beaucoup et je ne passe pas suffisamment de temps avec eux »

Thérapeute : « Vos enfants vous ont ils déjà dit quelque chose ou fait quelque chose qui allait en ce sens ? »

Mme. T : « Non… »

Thérapeute : « Qu'est-ce qui vous fait dire que vous êtes une mauvaise mère ? »

Mme. T : « Ma fille à loupé le bus, j'étais énervée car je passe tout mon temps à m'occuper d'elle et elle s'en fichait. Je sais que si j'avais vu les choses autrement je n'aurai pas réagit comme ça ».

Thérapeute : « Vous passez donc beaucoup de temps à vous occuper d'elle et j'entends bien que cela vous a mis en colère. Avez-vous d'autres preuves selon lesquelles vous êtes une mauvaise mère ? »

Mme. T : « Je me mets en colère contre mes enfants ou parfois j'oublie un rendez-vous pour mes enfants, ou si j'oublie de leur acheter une nouvelle paire de chaussure… »

Thérapeute : « Maintenant avez-vous des preuves comme quoi vous êtes une bonne mère ? »

Mme. T : « En ce moment, on fait l'école à la maison ça me prend beaucoup de temps. On fait souvent des soirées jeux de sociétés, ils me disent des choses gentilles quand je cuisine quelque chose qu'ils aiment, je leur fait des gâteaux.»

Thérapeute : « Très bien, continuons sur cette idée. Etes vous tout le temps en colère contre vos enfants ou cela arrive-t-il lorsqu'il est arrivé quelque chose qui vous a contrarié ? »

Mme. T : « Non pas tout le temps bien-sur ».

Thérapeute : « Selon vous, est-ce que se mettre en colère contre eux veut forcément dire que vous êtes une mauvaise mère ? »

Mme. T : « Mais non… »

Thérapeute : « Très bien, vous commencez à voir les choses différemment. Est-ce que vous voulez bien continuer sur cette idée pour continuer l'entrainement à la restructuration cognitive ? »

Mme.T : « Oui »

Thérapeute : « Ok, maintenant si cette situation arrivait à l'une de vos amies et qu'elle vous racontait qu'elle s'était mise en colère contre son enfant est-ce que vous la jugeriez aussi sévèrement ? »

Mme. T : « Non bien sur que non. En le disant je me rend compte que c'est stupide. »

Thérapeute : « Est-ce que se mettre en colère ou oublier un rendez-vous fait forcément de vous une mauvaise mère ? »

Mme. T : « Non, je sais bien que non. »

Thérapeute : « Maintenant, sur une échelle de 0 à 100 % à combien croyez-vous que vous êtes une mauvaise mère par rapport à cette situation ? »

Mme. T : 30 %

12. Analyse de l'échec ou de la réussite

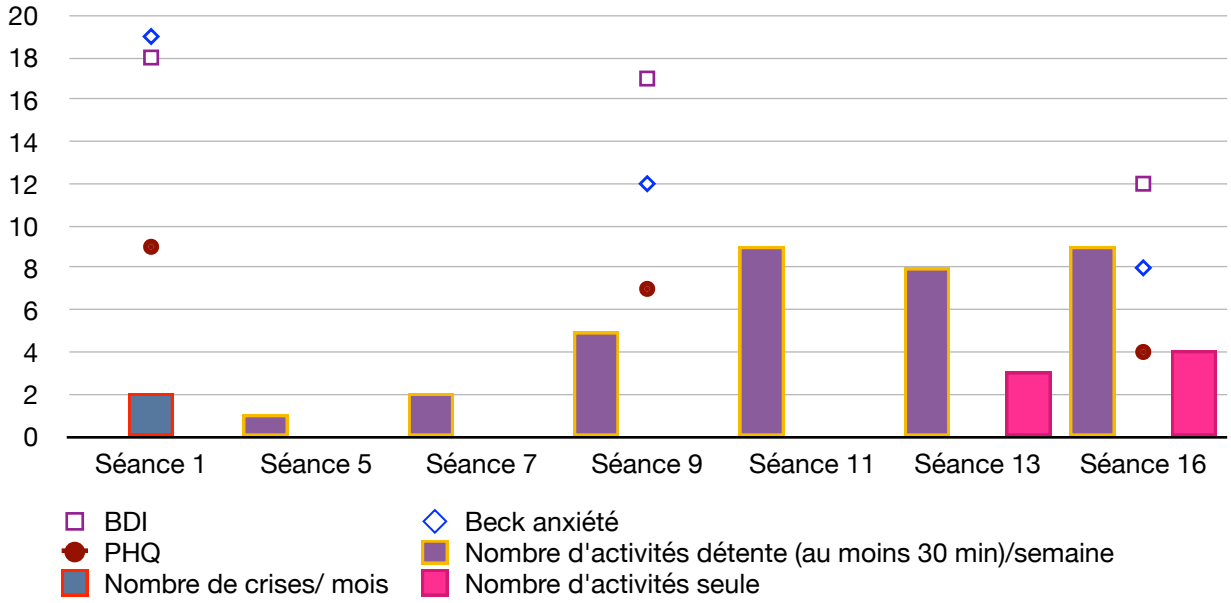


Figure 2 : Evolution de la ligne de base en 16 séances

12.1. Evolution de objectifs comportementaux et des échelles d'évaluation

Il est important de rappeler que Mme. T est hôtesse de l'air et qu'elle n'a effectué que 2 vols depuis le déconfinement. Cumulé aux vacances scolaires, cela lui permet d'avoir beaucoup de temps pour travailler sur les points abordés et pour mettre en place les comportements fixés dans les objectifs. Bien-sûr ce travail sera à maintenir lorsque Mme. T aura repris ses vols même si les moments de détente risque naturellement de diminuer avec la reprise du travail, de la fac et de l'école des enfants. Toutefois, il faut noter que Mme. T a demandé une diminution de son temps de travail qui sera effectif à partir de janvier afin de pouvoir assurer ses cours à la fac en parallèle. Aussi, elle a bien pris conscience des facteurs de risques liés à son trouble bipolaire, les comportements et l'hygiène de vie passés qui ont favorisé les décompensations en phase hypomaniaque ou dépressive. De ce fait, elle réfléchi à faire sa troisième année de psychologie en 2 ans. Le nombre d'activités seule est également à prendre avec précaution pendant le mois de mars et avril étant donné la situation du confinement.

On peut donc constater qu'au fur et à mesure des séances Mme. T a réussi à planifier des activités telles que des moments de lecture, du Reiki, de la méditation et du Yoga dans son planning d'activités. Elle arrive parfois à prévoir plusieurs sessions dans la même journée. Elle décrit une petite amélioration de son humeur malgré les pensées qui restent présentes ainsi qu'une anxiété moindre. Mme. T garde une impression de brouillard le matin mais les pensées anxiogènes ont diminuées en intensité. Mme. T se rend compte petit à petit que c'est son état hypomaniaque qui lui manque et que c'est cet état qu'elle a comme état de référence, état qui fait qu'elle se sent bien. Elle

accepte au fur et à mesure, qu'être bien ce n'est pas forcement de multiplier les activités et les projets ou d'être euphorique.

Concernant le nombre d'activités réalisées seule, sans le soutien de son mari ou de ses enfants celui-ci augmente légèrement. Elle dit être parvenu à aller à la plage avec ses enfants sans attendre que son mari se propose de venir avec eux. Elle prend également conscience qu'elle demande à son mari des choses qu'il ne peut pas lui apporter (besoin d'attention et de reconnaissance qu'elle attend de ses parents).

12.2. Difficultés rencontrées

Mme. T attendant beaucoup de cette thérapie, j'ai parfois eu l'impression d'aller trop vite pour répondre à ses attentes. Me rendant compte de cela, je me suis remise en question sur l'intérêt pour la patiente de la suivre dans cette course infernale contre le temps.

J'ai eu quelques difficultés à cadrer les entretiens, j'ai eu parfois le sentiment que le déroulement des entretiens étaient pris dans le flux des pensées et du discours de Mme. T. Il était parfois compliqué de travailler sur une situation précise sans qu'elle diverge vers d'autres situations impliquant d'autres pensées automatiques.

Une autre de mes difficultés à été l'impression de ne pas être assez empathique envers Mme. T, comme si les outils utilisés et le cadre très structuré des TCC m'empêchaient d'établir une bonne alliance thérapeutique que je parvenais pourtant à mettre en place jusqu'ici. Pour autant, Mme. T ne montrait aucun signe selon lequel l'alliance thérapeutique ne s'était pas mise en place. C'était mon interprétation de la situation, pour autant je n'étais pas totalement satisfaite de la façon dont je menais les entretiens. C'est lors des cours de l'option « troubles neuropsychologiques » que j'ai réalisé ce qui me manquait : la validation des émotions. Nous l'avions vu en formation et à cette époque je ne m'étais pas encore mise en libéral. Je pratique déjà la validation des émotions auprès d'un public cérébro-lésé durant mes entretiens et cela ne m'a donc pas tout de suite sauté aux yeux. Le fait de me mettre en libéral et d'appréhender des troubles que je n'avais jusqu'ici pas pris en charge était source d'anxiété pour moi et j'étais davantage focalisé à suivre de manière stricte les différents protocoles. Je me suis rendu compte que ceci avait pour fonction de me rassurer. Cette option a donc été une révélation pour moi. La validation des émotions étant particulièrement importante avec un public âgé et souffrant de maladies neurodégénératives ou d'aidants familiaux, nous avons pratiqué plusieurs de jeux de rôles autour de cette notion que ce soit auprès de patients que d'aidants. Me rendre compte de cette difficulté et mettre en place les actions pour y faire face m'a aidé dans le déroulement des entretiens avec Mme. T et bien-sûr avec mes autres patients.

13. Bibliographie

Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, et al. The Altman Self-Rating Mania Scale. *Biological Psychiatry.* 1997 ; 42 (10) : 948-955.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5.* Washington, DC : American Psychiatric Publishing. 2013.

Basco MR, Rush A. *Cognitive behavioural therapy for bipolar disorder.* New-York : Guilford press; 1996.

Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck Depression Inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry.* 1961 ; 4 : 561-571.

Beck AT, Epstein N, Brown G, et al. An inventory for measuring clinical anxiety : Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1988 ; 56 (6) : 893-897.

Besnier N. Le trouble bipolaire : pathologie des cognitions et des émotions. *L'Information Psychiatrique.* 2008 ; 84 (2) : 129-135.

Chiang KJ, Tsai JC, Liu D at al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder : A meta-analysis of randomized controlled trials. *Plos One.* 2017; 12 (5). Disponible sur : https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176849

Docteur A, Mirabel-Sarron C, Siobud-Dorocant E, Goujon D, et al. Les thérapies comportementales et cognitives dans la prise en charge de patients bipolaires I comorbides. *Psychiatrie, Science Humaines, Neurosciences*. 2012 ; 10 (2) : 69-83.

Dusser I, Romo L & Leboyer M. Elaboration et évaluation d'un programme de gestion du stress pour patients souffrant de troubles bipolaires. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive.* 2009 ; 19 (2) : 56-60.

Gay G. Les troubles bipolaires et les autres troubles de l'humeur. *L'Encéphale.* 2008 ; 4 : 130-137.

Gut-Fayand A. Devenir fonctionnel et thérapeutiques psycho-sociales dans le trouble bipolaire. *L'Encéphale.* 2008 ; 4 : 154-157.

Hamdani N, Gorwood P. Les hypothèses étiopathogéniques des troubles bipolaires. *L'Encéphale*. 2006 ; 32 (4) : 519-525.

Hawke L, Velyvis V, & Parik SV. Bipolar disorder with comorbid anxiety disorders : impact of comorbidity on treatment outcome in cogitive-behavioral therapy and psychoeducation. *International Journal of Bipolar Disorders.* 2013 ; 1 : 15- 20.

Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL et al. Development and Validation of a Screening Instrument for Bipolar Spectrum Disorder : The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry.* 2000 ; 157 (11) : 1873-1875.

Kroenke K, Spitzer RL & William JBW. Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine.* 2001 ; 16 (9) : 606-613.

Lam D, Jones S, Hayward P. *Cognitive therapy for bipolar disorder: a therapist's guide to concept. Methods and practice.* New York : Ed Wiley; 1999.

Mirabel-Sarron C., Giachetti R. Les thérapies non-médicamenteuses dans les troubles bipolaires. *L'encéphale.* 2012 ; 4 : 160-166.

Richardson T & White L. The impact of a CBT-based bipolar disorder psychoeducation groupe on views about diagnosis, perceveid recovery, self-esteem and stigma. *The Cognitive Behaviour Therapist.* 2019 ; 12(43) ; doi:10.1017/S1754470X19000308.

Rosner M, Mirabel-Sarron C, Guelfi JD, et al. Comment les thérapies cognitivo-comportementales préviennent les rechutes chez le patient bipolaire. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive.* 2007; 17 :109-14.

Ye BY, Jiang ZY, Li X et al. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder : An updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2016 ; 70 : 351 - 361.

Young JE, *Young Schema Questionnaire Long form 3 (YSQ-L3)*. New York : Schema therapy Institute. 2003.

Annexe 1 : Définition d'une signature de la maladie

Symptômes caractéristiques de la phase dépressive	Phase euthymique	Phase maniaque/hypomaniaque
Pensées envahissantes d'abandon Pensées envahissantes autour du travail Lenteur dans la réflexion Difficultés pour se souvenir Effort pour faire ce qu'elle a faire, fait les choses par obligation Diminution de l'appétit avec perte de poids importante (crise) Insomnies, difficultés à s'endormir, pensées qui défilent la nuit Sensation de brouillard le matin Angoisse latente (sup à 6/10)	Meilleur concentration (capacité de concentration sup à 20 min) Diminution des angoisses (4/10) Augmentation de l'appétit Bon sommeil sans réveil nocturne Reste plus longtemps éveillée le soir (23h) Diminution des angoisses le soir Diminution des pensées d'abandon et autour du travail	Irritabilité Difficultés à accepter les remarques Absence de pensées autour de l'abandon Augmentation des activités (jugée comme productives = cuisine, ménage, jardinage…) dans une même journée Energie folle Sentiment de bien être +++ Diminution du besoin de dormir (environ 5h) Absence de la sensation de brouillard le matin Hypersensibilité au niveau des sens Augmentation de la libido