

LE PROTOCOLE UNIFIÉ DE BARLOW : MODALITÉS D'APPLICATION EN LIBÉRAL ET EN INSTITUTION

Charline Dellouve, Montpellier
Thibaut Josse, Paris



Conflit d'intérêt

Les deux intervenants proposent des formations rémunérées sur le thème abordé.

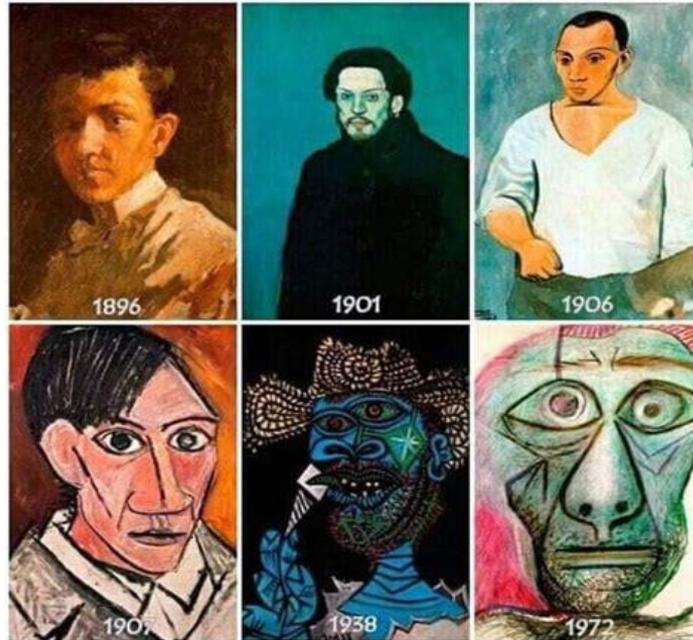
Plan

- ▶ Approche dimensionnelle et processuelle
- ▶ Contexte d'élaboration du PU
- ▶ Délivrance du PU
- ▶ Implémenter le PU dans les pratiques



Approche catégorielle/ Approche fonctionnelle

L'évolution de la psychopathologie et de la TCC...



Approche catégorielle

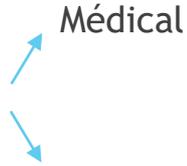
▶ Sain/normal = sans symptôme



▶ Pathologique/anormal = symptômes



▶ Symptômes → Diagnostic → Traitement



Psychothérapeutique (TCC)



Apports de l'approche catégorielle

Concrétisation/opérationnalisation !!

- Communication **claire**
- Traitements différentiels/spécifiques **validés**
- **Modèles** spécifiques des troubles cliniques



Prenons quelques minutes...

- ▶ Aurélien consulte pour la première fois
- ▶ Il est très gêné par sa timidité, il l'a toujours été, actuellement le retentissement est majeur !
- ▶ Ses difficultés correspondent à un diagnostic de TAS

Une TCC ciblant l'anxiété sociale semble très appropriée !

Mais quel protocole choisir ? Clark ? Rapee ? Wells ?



Prenons ENCORE quelques minutes...

- ▶ Aurélien souhaite traiter sa timidité (diagnostic de TAS)
- ▶ La poursuite de l'évaluation révèle aussi :
 - ▶ Il a moins de motivation, l'humeur est triste, il rumine beaucoup, on retrouve beaucoup d'autocritiques (diagnostic d'EDC léger-moyen)
 - ▶ Des obsessions d'erreurs et de symétrie et des compulsions envahissantes et qui maintiennent un fond anxieux élevé (diagnostic de TOC)
 - ▶ Des soucis excessifs sur le travail, l'avenir, les imprévus; il procrastine et/ou surinvestit spécialement son travail. Cela retentit énormément sur son moral et le maintient dans une anxiété haute, sans parler des problèmes d'argent...
 - ▶ Un perfectionnisme avec des exigences élevées
 - ▶ Des éléments évocateurs d'un probable TDAH
- ▶ Bien entendu tous ces problèmes le gênent et entraînent souffrance



Prenons ENCORE quelques minutes...

- ▶ Aurélien souhaite traiter sa timidité (diagnostic de TAS)
- ▶ La poursuite de l'évaluation révèle aussi EDC, TOC, TAG, perfectionnisme, probable TDAH

Projet thérapeutique :

TCC TAS

+ TCC Dépression si persiste

+ TCC TOC

+ TCC TAG

+ TCC perfectionnisme

+ TCC TDAH si avéré

- Par où **commencer** ?
- Combien de **séances** ??
- Combien d'**AF** réaliser ?
- Combien de **modèles**, de **stratégies**, etc., dois-je connaître/apprendre ?
- Et Aurélien va-t-il rester **motiver** ?!



Limites de l'approche catégorielle



CONSTAT 1

Problèmes des protocoles/prises en charge centrés sur un diagnostic :

- ▶ Nombre significatif de patients **non répondant** (20 à 50%)
- ▶ Très nombreux donc **difficile de former**
- ▶ **Statut** empirique parfois douteux
- ▶ **Complexes** = difficiles à disséminer

Limites de l'approche catégorielle



CONSTAT 2

- ▶ Recherches récentes en psychopathologie : **points communs** plutôt que différences entre les troubles
- ▶ **Recoupement** de symptômes (PNR, évitement etc) (Analyse factorielle des troubles)
- ▶ Taux de **comorbidité ++** (75% pour toute la vie et plus de 50% actuelle)
- ▶ **Souffrance** sub-clinique significative
- ▶ **Généralisation** des effets des traitements sur les troubles non traités
- ▶ **Etiologies communes** (vulnérabilités)

Limites de l'approche catégorielle



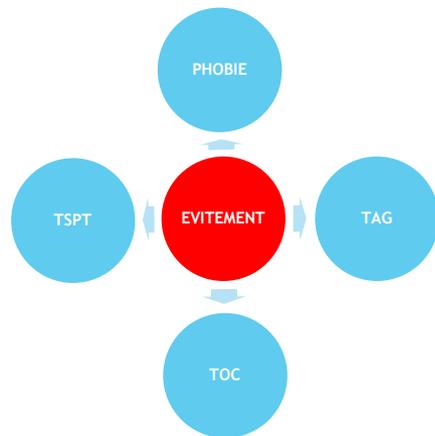
- **Distinction artificielle** d'entités plus larges s'exprimant de différentes manières ?
- **Syndrome/facteurs communs** sous jacents participant au développement et au maintien des troubles ?
- Processus communs = possibilité d'un **traitement commun** ?

Approche fonctionnelle/dimensionnelle

- ▶ Continuum entre ce qui fonctionnel et dysfonctionnel

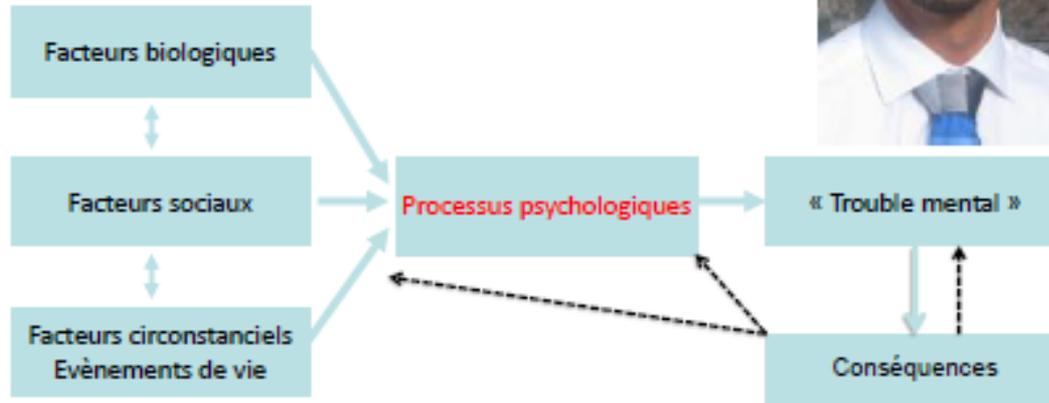


- ▶ Perspective transdiagnostique



Approche fonctionnelle « processuelle »

Modélisation (diachronique et synchronique)
des troubles mentaux par **médiation psychologique**
(Kinderman; dia de P. Philippot)



Kinderman, P., & Tai, S. (2007). Empirically Grounded Clinical Interventions. Clinical Implications of a Psychological Model of Mental Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 1-14.



Notion de trouble émotionnel

Selon le dictionnaire de l'APA :

1. Tout trouble psychologique caractérisé avant tout par des réactions émotionnelles inadéquates ou disproportionnées par rapport aux circonstances. On parle aussi de maladie émotionnelle (emotional illness).
2. plus largement, tout trouble mental

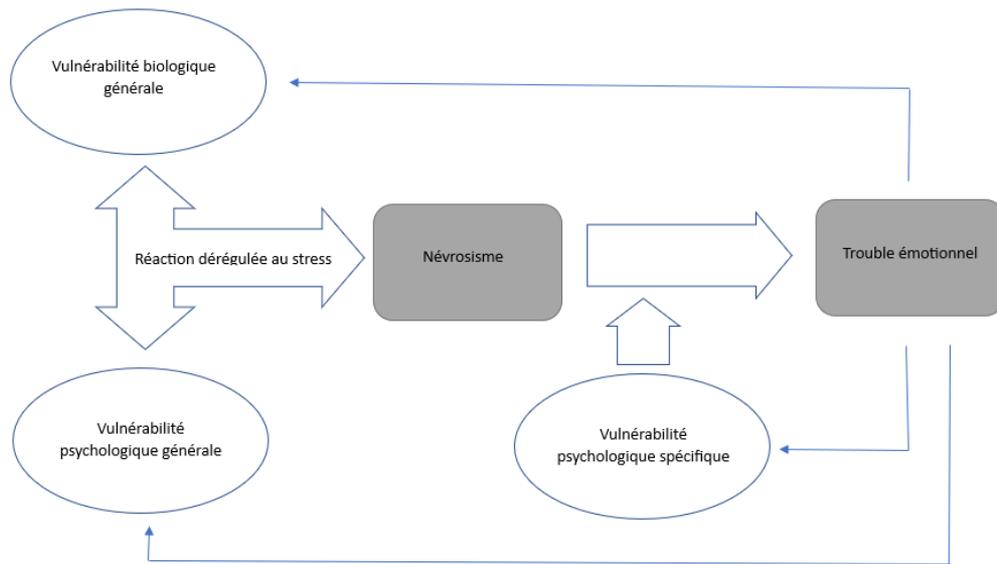
=> Utilisé principalement pour parler des TH et des TA

=> Mais peut aussi être utilisé pour tout trouble présentant au premier plan une dimension émotionnelle

Le modèle de la triple vulnérabilité

Rend compte du développement des TE

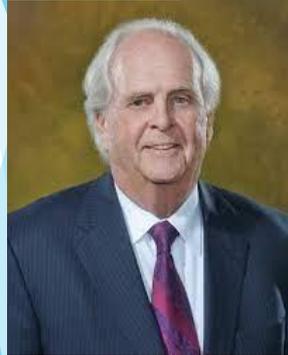
1. Vulnérabilité biologique générale
2. Vulnérabilité psychologique générale
3. Vulnérabilité psychologique spécifique



Et le Protocole Unifié de traitement transdiagnostique des difficultés émotionnelles dans tout ça?

Le PU comme traitement processuel transdiagnostique

- traitement TCC « evidence-based »
- ciblant les processus psychologiques ...
- ... communs aux différents troubles émotionnels



3 composantes centrales des troubles émotionnels

1. Affects négatifs **fréquents** et/ou intenses
(émotionnalité négative marquée, de l'ordre du tempérament pour Barlow)
2. Réactivité **aversive** aux expériences émotionnelles
(vision négative de leur vie émotionnelle)
3. **Efforts** pour éviter, supprimer, contrôler leurs émotions
(coping évitant motivé par l'émotion)

Bullis, Boettcher, Sauer-Zavala, & Barlow. (2019) What is an emotional disorder?: A transdiagnostic definition.



L'évitement se retourne contre moi et mène à d'autres émotions intenses

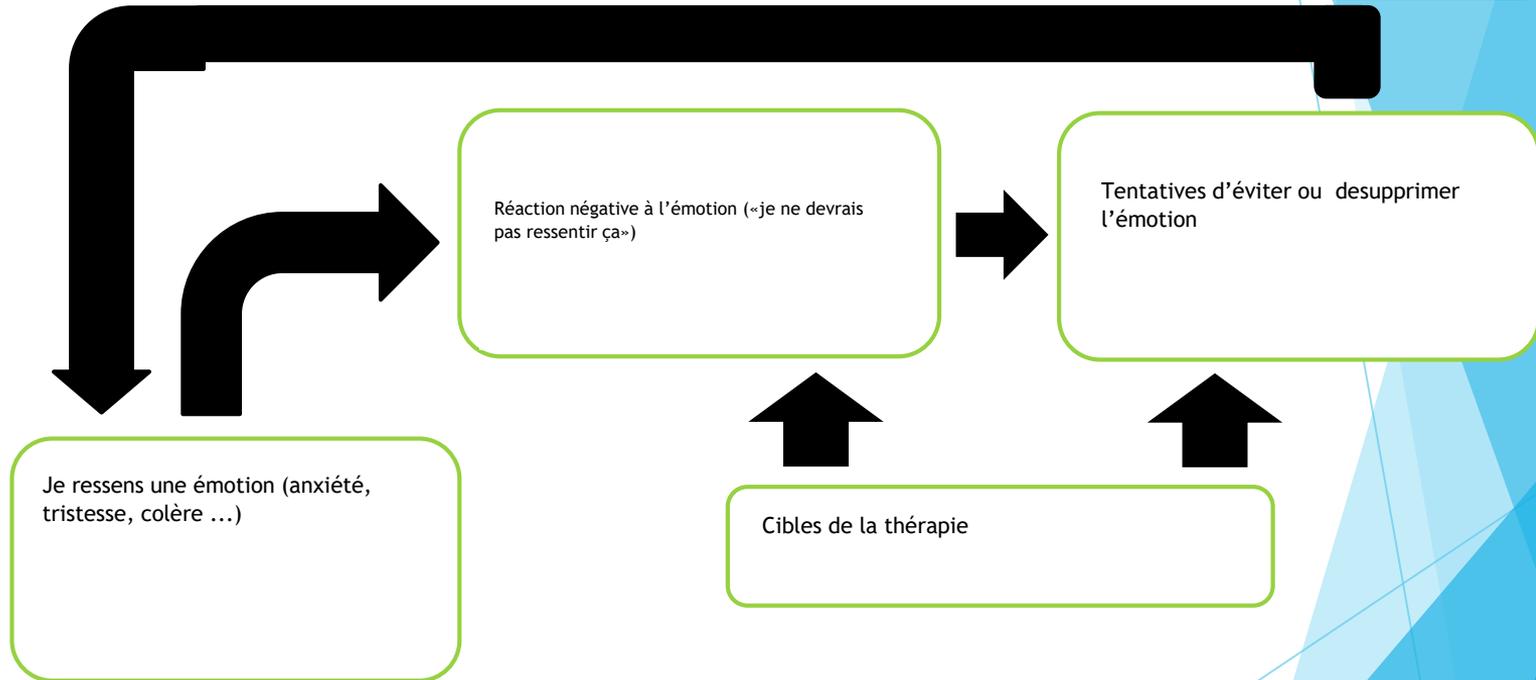


Fig. 1.1 : Modèle fonctionnel des troubles émotionnels



Stratégies thérapeutiques agissant sur les facteurs communs

- ▶ Haut niveau de sensibilité à l'angoisse -> exposition interoceptive
- ▶ Bas niveau de pleine conscience -> pleine conscience des émotions
- ▶ Evitement expérientiel -> contrer les comportements émotionnels et l'évitement émotionnel
- ▶ Attributions et évaluations négatives -> réévaluation cognitive



Exemples de réactions aversives à des vécus émotionnels

- ▶ Le cœur s'emballa en rentrant dans un métro bondé -> « Si mon cœur bat encore plus vite, je vais devoir sortir du train » ; « Je suis vraiment nul de faire des attaques de panique et de pas réussir à m'en sortir »
- ▶ => Trouble panique
- ▶ Pensées intrusives sur le fait de faire du mal à son bébé -> « Je suis vraiment un monstre » ; « Je suis un père horrible » ; « Je pourrai jamais le dire à ma femme »
- ▶ => TOC
- ▶ Nervosité avant de faire une présentation -> « Ils vont voir que je suis pas bien » ; « Je vais jamais progresser si je suis même pas capable de faire une présentation »
- ▶ => Trouble d'anxiété sociale
- ▶ Se rappeler un moment gênant -> « Je mourrais de honte si ça arrivait encore » ; « J'ai honte rien que d'y penser »
- ▶ => Trouble d'anxiété sociale

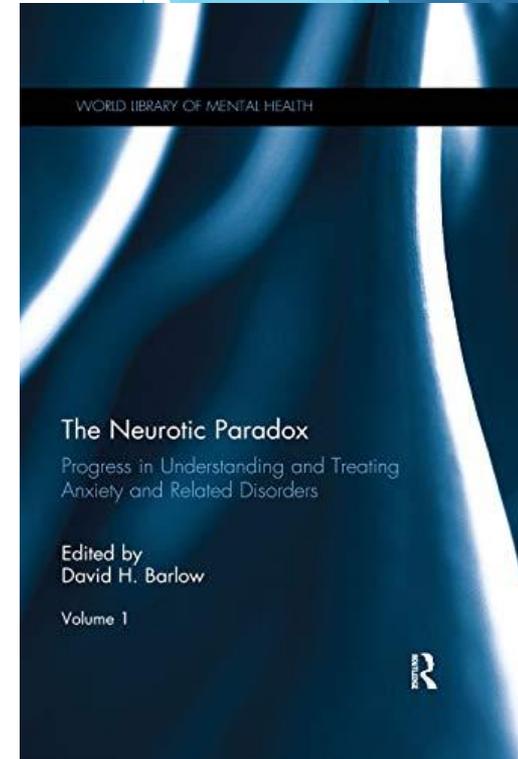
Exemples de réactions aversives à des vécus émotionnels

- ▶ Se réveiller un peu déprimé -> « Je vais passer une journée horrible » ; « Tout va bien dans ma vie, je devrais pas me sentir mal »
- ▶ => Troubles dépressifs
- ▶ Anxiété avant un examen -> « Je ne vais pas réussir à me concentrer et je vais avoir une mauvaise note » ; « Pourquoi j'arrive jamais à rester calme ? »
- ▶ => TAG
- ▶ Peur que l'avion s'écrase -> « Je suis vraiment débile, tout le monde sait que c'est rare » ; « Il faut pas que j'y pense, ça va porter malheur »
- ▶ => Phobie spécifique
- ▶ S'inquiéter que son partenaire ne veuille rompre -> « Je peux pas vivre sans lui »
- ▶ => BPD
- ▶ Colère quand le chien casse quelque chose -> « Quel crétin, il a pas fait exprès, pourquoi je m'énerve comme ça ? »
- ▶ -> Tout trouble émotionnel !

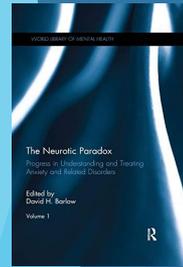
Fondements du PU

- ▶ Le protocole de la thérapie se base sur une **théorie des émotions**

« *Névrosisme* »



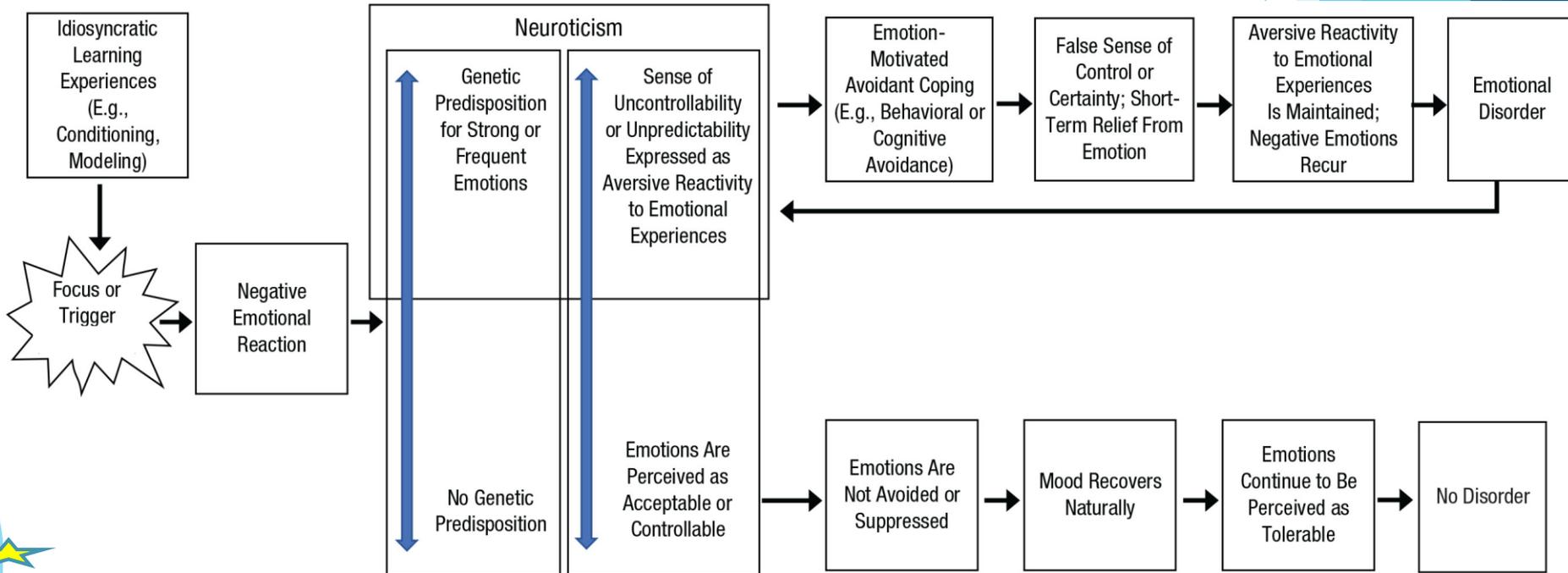
WHAT IS NEUROTICISM ?



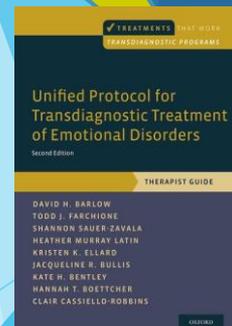
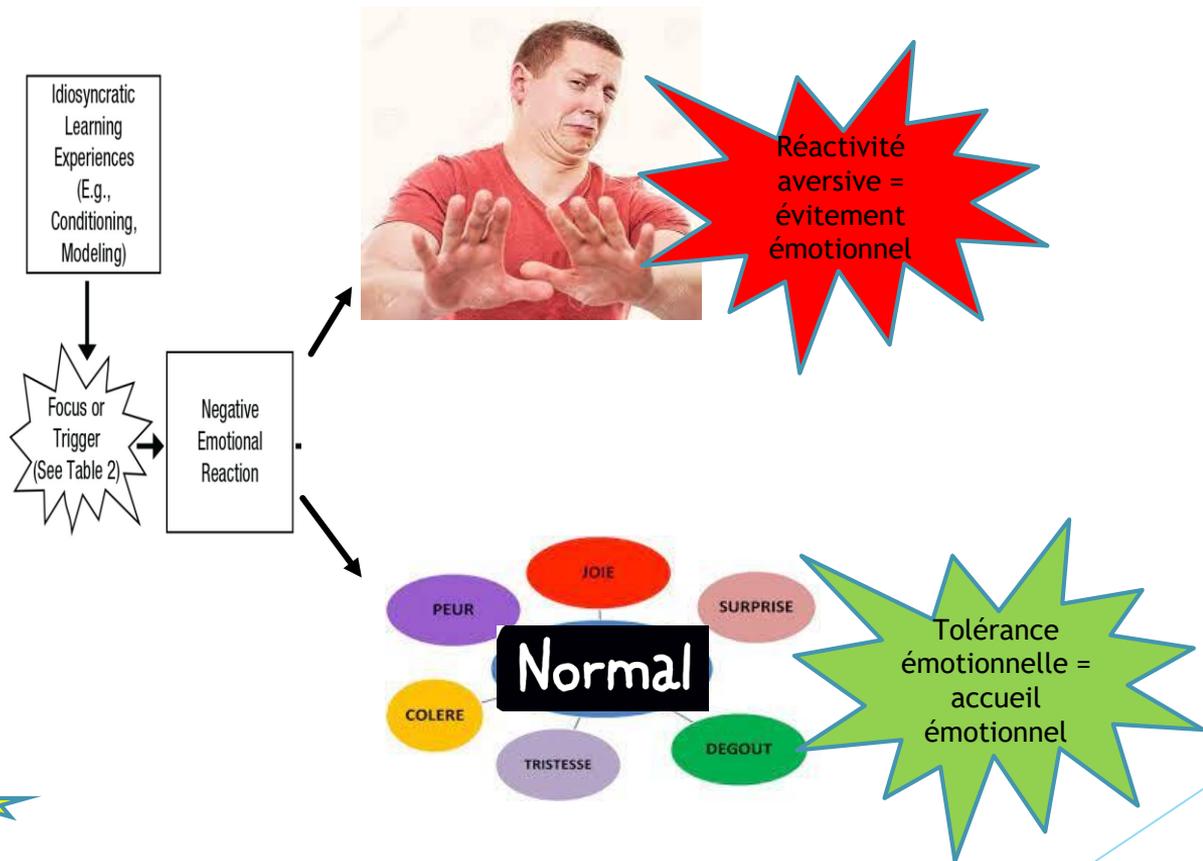
- ▶ *Tendency to experience frequent, intense negative emotions (e.g., anxiety, fear, anger) associated with a sense of uncontrollability (the perception of inadequate coping) in response to stress associated with intense emotions*
- ▶ Dimension **tempéramentale** pour Barlow
- ▶ Fortement associé à une gamme de problèmes de santé mentale et physique (eczéma, IBS, asthme ...) courants (Malouff et al., 2007; Saulsman & Page, 2004; Rogers et al., 2019)
- ▶ Contribue de manière significative à la cooccurrence de troubles mentaux (Putman et Silk, 2005)
- ▶ Prédit la survenue de troubles mentaux, le recours aux traitements et leur efficacité



Barlow & Allen, 2007



PU = modifier la voie fonctionnelle entre névrosisme et psychopathologie



Quelques chiffres

Deux revues systématiques + méta-analyses récentes :

Sakiris & Berle (2019) & Carlucci, Saggino, & Balsamo (2021)

- ▶ Réduction importante des symptômes d'anxiété et de dépression
- ▶ Fonctionnement amélioré et meilleure qualité de vie
- ▶ En individuel ou en groupe
- ▶ Taille d'effet de modérée à importante en post-traitement pour l'anxiété et la dépression (follow-ups de 3 et 6 mois)
- ▶ Le PU fait mieux que les conditions contrôles actives et passives



The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders

A Randomized Clinical Trial

David H. Barlow, PhD; Todd J. Farchione, PhD; Jacqueline R. Bullis, PhD; Matthew W. Gallagher, PhD; Heather Murray-Latin, PhD; Shannon Sauer-Zavala, PhD; Kate H. Bentley, MA; Johanna Thompson-Hollands, PhD; Laren R. Conklin, PhD; James F. Boswell, PhD; Amantia Ametaj, MA; Jenna R. Carl, PhD; Hannah T. Boettcher, MA; Clair Cassiello-Robbins, MA

On constate une amélioration de la symptomatologie par rapport à la liste d'attente tant pour le PU que pour les Protocoles diagnostic-spécifiques, qui se maintenait en follow-up.

De plus, pour le PU :

- ▶ 64% des patients ne présentaient plus au follow-up les critères de leur diagnostic principal
- ▶ Des améliorations comparables ont été retrouvées pour les quatre trouble anxieux principaux
- ▶ Les résultats suggèrent une efficacité équivalente du PU et des Protocoles centrés sur un diagnostic



D'autres applications

- Trouble dépressif majeur
- Trouble de stress post-traumatique
- Trouble bipolaire
- TCA
- Borderline PD
- Trouble dissociatif de l'identité
- Insomnie
- Suicidalité et para-suicidalité
- Douleur chronique
- IBS
- Anxiété et dépression liées à une maladie de Parkinson



Forme Ado & Forme Enfants

Randomized Controlled Trial > Behav Modif. 2019 May;43(3):330-360.

doi: 10.1177/0145445517753940. Epub 2018 Jan 27.

A Randomized Controlled Pilot Trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children

Sarah M Kennedy ¹, Emily L Bilek ², Jill Ehrenreich-May ¹

Affiliations + expand

PMID: 29374963 DOI: 10.1177/0145445517753940

[Int J Environ Res Public Health](#). 2022 Feb; 19(3): 1782.
Published online 2022 Feb 4. doi: [10.3390/ijerph19031782](#)

PMCID: PMC8835210
PMID: [35162806](#)

The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children (UP-C) in Portugal: Feasibility Study Results

Brígida Caiado,^{1*} Ana Góis,¹ Bárbara Pereira,² Maria Cristina Canavarro,¹ and Helena Moreira¹

Jorge Osma, Academic Editor, María Vicenta Navarro-Haro, Academic Editor, and Amanda Díaz-García, Academic Editor

> [Child Psychiatry Hum Dev](#). 2022 Jun;53(3):582-598. doi: 10.1007/s10578-021-01151-4.
Epub 2021 Mar 17.

Youth Top Problems and Early Treatment Response to the Unified Protocols for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents

Lauren Milgram ¹, Niza A Tonarely ², Jill Ehrenreich-May ²

Affiliations + expand

PMID: 33733398 DOI: 10.1007/s10578-021-01151-4



Le PU en pratique

- ▶ Ou PU
- ▶ Cible les réponses d'évitement des émotions qui produisent du soulagement à CT mais maintiennent un contexte favorisant le retour des émotions désagréables à long terme.
- ▶ TCC : techniques bien connues mais centrées sur les émotions et appuyées sur la conceptualisation
- ▶ En individuel ou en groupe
- ▶ Constitué de 8 modules, dont 5 modules centraux
- ▶ Pour les personnes souffrant de troubles anxieux, de dépression unipolaire et d'autres troubles pour lesquels une composante émotionnelle est au premier plan (TCA, BPD ...) + patients à la souffrance infra-clinique mais réelle

Avantages d'un traitement transdiagnostique

- ▶ Adapté au traitement de troubles comorbides
- ▶ Tient compte des autres émotions => adapté au traitement de la souffrance psychique de manière générale
- ▶ Permet de comprendre les liens fonctionnels entre symptômes appartenant à plusieurs diagnostics
- ▶ Percevoir les points communs entre les patients et les différences au sein d'un diagnostic
- ▶ Conceptualisation plus simple
- ▶ Facile à disséminer
- ▶ Pas besoin de se former à de nombreux protocoles spécifiques
- ▶ Applicable en groupe sur patients présentant des problématiques diverses

Aspects pratiques

- ▶ Relation thérapeutique : positionnement de collaboration classique en TCC
- ▶ Importance d'avoir une conceptualisation très claire
- ▶ Tâches assignées et entraînement entre chaque séance (motiver ++ !)
- ▶ Commencer chaque séance par la revue des tâches
- ▶ Lire le chapitre sur les sujets abordés après la séance

La conceptualisation

- ▶ Evaluation fonctionnelle : comprendre les difficultés du patient en termes de conceptualisation transdiagnostique tenant compte des facteurs communs aux troubles émotionnels :
 - ▶ Emotions désagréables
 - ▶ Réactions aversives aux émotions ou vision négative de celles-ci
 - ▶ Tentatives d'éviter ou de supprimer les émotions désagréables
- ▶ C'est aussi le moment où on peut expliquer au patient les fondements du traitement et ce qu'est un trouble émotionnel

Modalités de délivrance du PU

- ▶ **Module 1 : Etablir des objectifs et maintenir sa motivation (1 séance)**
- ▶ **Module 2 : Comprendre les émotions (1 à 2 séances)**
- ▶ **Module 3 : Pleine conscience des émotions (1 à 2 séances)**
- ▶ **Module 4 : Flexibilité cognitive (1 à 2 séances)**
- ▶ **Module 5 : Contrer les comportements émotionnels (1 à 2 séances)**
- ▶ **Module 6 : Comprendre et confronter les sensations physiques (1 à 2 séances)**
- ▶ **Module 7 : Exposition aux émotions (3 à 6 séances)**
- ▶ **Module 8 : Faire le point sur les progrès et envisager la suite (1 séance)**

Cas clinique transdiagnostique

- ▶ Retrouvons Aurélien



Aurélien

Tempérament anxieux
Mère TOC
Harcèlement scolaire

Inquiétudes
Obsessions
Démotivation
Fatigue
Insomnies
Soirée entre amis



Neuroticism

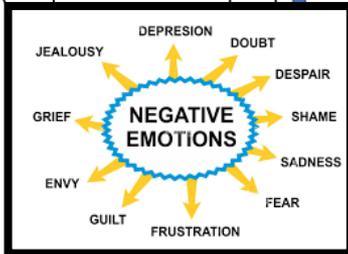
Genetic Predisposition for Strong or Frequent Emotions

Sense of Uncontrollability or Unpredictability Expressed as Aversive Reactivity to Emotional Experiences

Idiosyncratic Learning Experiences (E.g., Conditioning, Modeling)

Focus or Trigger (See Table 2)

Negative Emotional Reaction



Emotion-Motivated Avoidant Coping (E.g., Behavioral or Cognitive Avoidance)

False Sense of Control or Certainty; Short-Term Relief From Emotion

Aversive Reactivity to Emotional Experiences Is Maintained; Negative Emotions Recur

Emotional Disorder

Refuser l'invitation
Ne pas parler
Surveiller symptômes
Ruminer / S'inquiéter
Procrastiner
Perfectionnisme
Vérifications
Lavages
Surplanification

Maintient TAS
TAG TOC
Dépression
Insomnies etc

Exemples d'interventions dans les différents modules

- ▶ **MODULE 3** : s'entraîner à rester ancré quand il sent la peur monter et quand il repère ses PNR et à ne pas juger ses sensations physiques, étiqueter les pensées obsessionnelles
- ▶ **MODULE 4** : Apprendre à réévaluer le danger des manifestations de peur (décatastropher), remettre en perspective les conséquences de ses performances sociales, repérer les exigences
- ▶ **MODULE 5** : travailler plus vite, relire une seule fois, prendre la parole pendant les réunions, rester dans la pièce quand l'angoisse monte, mettre sa caméra pendant les réunions, quitter son domicile sans vérifier, faire une activité agréable
- ▶ **MODULE 6** : hyperventiler, tourner sur place
- ▶ **MODULE 7** : aller parler à des inconnus, accepter d'aller communiquer dans un festival, faire volontairement des erreurs dans les mails, arriver volontairement en retard au travail, déranger les objets



Aurélien

► Evaluation & conceptualisation + 15 séances selon PU

Prénom	Moment (Début vs fin thérapie)	Sévérité du problème		Qualité de vie (Impact)		HADS			
		Score /8	Progression	Score /40	Progression	Score total /42 (cut-off 15)	Anxiété /21 (cut-off 11)	Dépression /21 (cut-off 11)	Progression Score total
Aurélien	Début	6		35		27	16	11	
	Fin (fév 2023)	3	-50%	21		17	9	8	-37%

Sévérité TAG (GAD severity measure)			LSAS (anxiété sociale)			Y-BOCS			ASI - 3 (sensibilité à l'anxiété)		
Score total /40	Sévérité	Progression	Score total /144	Sévérité	Progression	Score total /40	Sévérité	Progression	Score total /72	Sensibilité à l'anxiété	Progression
21	Modérée		114	Très sévère		21	Modéré		37	Modérée	
10	Faible	-52%	51	Faible	-55%	12	Léger	-43%	15	Très faible	-59%

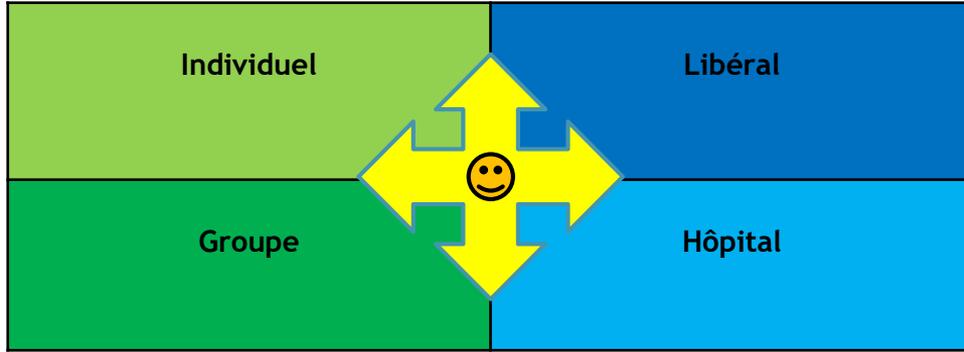


Pour qui ?

- ▶ Indications :
 - ▶ Personnes souffrant d'un trouble anxieux / dépressif / « émotionnel »
 - ▶ Ok si trouble chronique comorbide stabilisé (BPD, etc.)
- ▶ Sévérité des troubles « modulant » les indications:
 - ▶ Urgence médicale (suicidaire, décompensation psy/somatique, etc.)
 - ▶ Comportements para/suicidaires ou impulsifs 'non stabilisés'
 - ▶ Dépression sévère
- ▶ Pas dans les indications primaires pour :
 - ▶ Troubles &/ou symptômes psychotiques, TSA etc
 - ▶ Personnalité paranoïaque/narcissique ...



Comment ?



Format groupe ?

• L



Normalisation

Soutien / Inspiration
/ Émulation

« **Restructuration**
cognitive » entre
pairs

Un début/une fin =
motivation

Contexte sécurisé pour
s'exposer aux autres
« **Economique** » pour
le thérapeute

Craintes

L'enfer c'est les autres

Représentation d'une
expérience « privée » de la
thérapie

Format groupe ?

▶ Hétérogénéité/Homogénéité

- ▶ Expertise du thérapeute (des pathologies et/ou du protocole) ?
- ▶ Selon indication initiale tb anxieux et dépression → Puis élargir à d'autres troubles émotionnels ?

▶ Indication au groupe

- ▶ Profil et sévérité des problématiques
- ▶ Problématique au premier plan type TSPT suite agression sexuelle, dissociations fréquentes non régulées, personnalité ...

Quand ?

- ▶ Début de PEC
- ▶ En complément
- ▶ En terminaison
- ▶ En « First step » / première intention

Mise en place

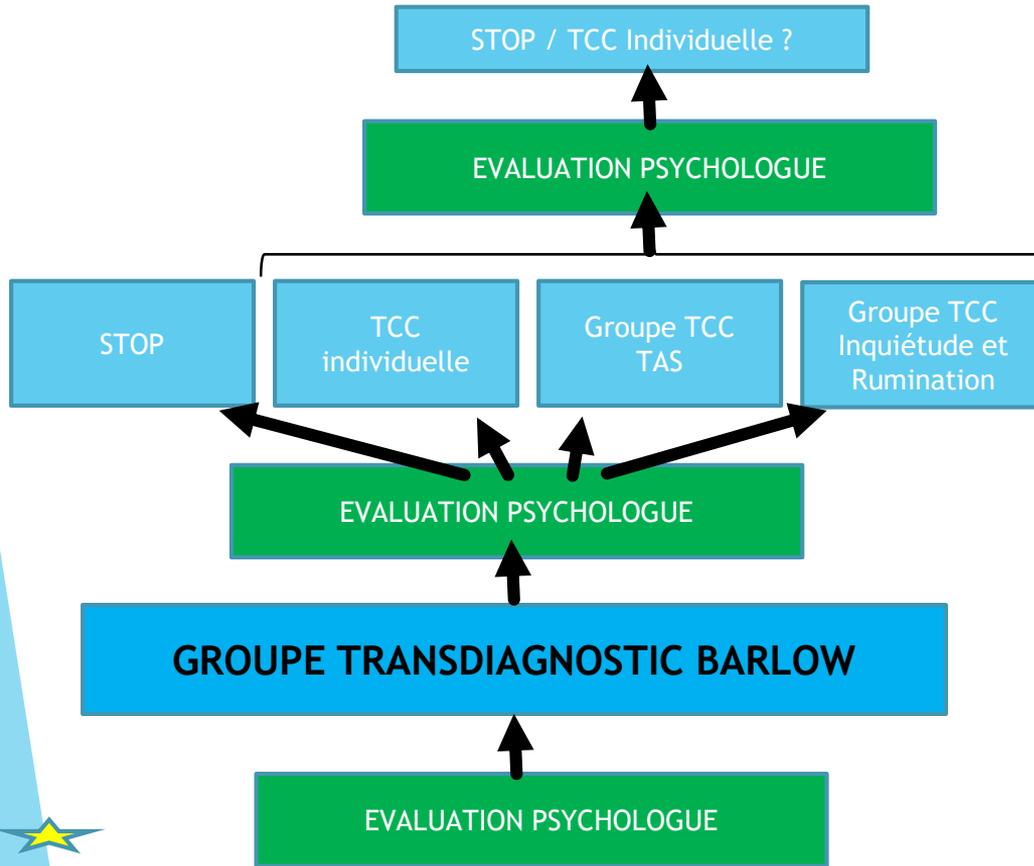
- ▶ En hospitalier
- ▶ Ou en libéral
- ▶ En présentiel
- ▶ Ou en visio

Filière spécialisée troubles anxieux complexes

- ▶ Unité intersectorielle / filière « support » / PEC initiale trouble anxio-dépressif ou PEC complémentaire
- ▶ Adressages
 - ▶ Filière /interne: suite évaluation pluridisciplinaire
 - ▶ Autres services du CHU : CMP de secteurs, filière TCA, Centre Soins Universitaire, Centre régional psychotrauma, Centre expert bipolaire etc
- ▶ Nombre important de demandes
- ▶ Peu de moyens
- ▶ Pluralité des diagnostics (TAG, TAS, TP, Agoraphobie, Phobies...)
- ▶ Comorbidités +++ (Dépression, TOC, TSPT, douleur chronique, TPerso, TCA ...)



Parcours de soin (environ 80% des indications)



Au CMP

- ▶ En groupe
- ▶ Recrutement de patients en liste d'attente pour voir un psychologue en cs individuelle
- ▶ Psychiatrie de secteur -> forte tension, délais d'attente très longs, mode de prise en charge très adapté
- ▶ Permet en réponse plus rapide de première intention qui couvre les besoins de nombreux patients

Libéral

- ▶ Ouverture et curiosité des patients
- ▶ Indications larges
- ▶ Se prête bien à la souffrance sous-clinique : tout le monde a des émotions
- ▶ Possibilité de constituer des petits groupes
- ▶ Proposer en première intention aux patients qui demandent un rdv

Le Protocole Unifié en groupe - Programme

1. Introduction et explication du traitement, stratégies d'augmentation de la motivation, établir des objectifs (Module 1)
2. Psychoéducation sur le rôle adaptatif des émotions, modèle à 3 composantes (Module 2)
3. Cours naturel des émotions et rôle de l'évitement, pleine conscience des émotions (Module 2-3)
4. Flexibilité cognitive, pièges cognitives et recherche d'interprétations alternatives, flèche descendante (Module 4)
5. Identification des stratégies d'évitement émotionnel, justification du remplacement des comportements émotionnels par des comportements alternatifs (Module 5)
6. Psychoéducation sur le conditionnement intéroceptif, tests d'induction de symptômes, exercices intéroceptifs (Module 6)
- 7-11. Justification de l'exposition, créer des hiérarchies individuelles, expositions situationnelles centrées sur les émotions (Module 7)
12. Passage en revue des compétences, insistance sur la continuation des expositions, revue des progrès et des objectifs futurs, stratégies de prévention de la réponse (Module 8)

Une séance en groupe

- ▶ Debriefing long, revenir sur ce qu'ont eu à faire entre les séances
- ▶ Psychoéducation du concept abordé ce jour avec des exercices en groupe complet
- ▶ Entraînement en binôme
- ▶ Tour de table final et tâches pour la prochaine fois

Qu'en disent les participants APRES ?

- ▶ Nouveau « mode de fonctionnement » qui perdure/se généralise
- ▶ Meilleure acceptabilité des émotions 'problématiques' au quotidien
- ▶ Intérêt du groupe ++
- ▶ Bénéfices des expositions aux sensations physiques intégrées parfois à postériori



Merci à tous pour votre attention !

- ▶ Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à nous contacter :
 - ▶ Charline Dellouve : 0666387962 - charline.dellouve@hotmail.fr
 - ▶ Thibaut Josse : 0684575421 - thibaut.josse@gmail.com

