



Thérapies comportementales et cognitives du trouble bipolaire : actualités et perspectives

Rev Med Suisse 2006 ; 2 : 2104-7

Y. Khazaal
V. Pomini

Dr Yasser Khazaal
Section des troubles anxieux
et de l'humeur
Département de psychiatrie, CHUV
Av. d'Echallens, 9
1004 Lausanne
yasser.khazaal@chuv.ch

Valentino Pomini
Site de Cery
Bâtiment des Cèdres
1008 Prilly

Cognitive behavioral treatments of bipolar disorder : current knowledge and perspectives

A significant proportion of patients with bipolar disorder experience relapse, psychosocial impairment and persistent symptoms despite available pharmacotherapy. Prognosis is frequently worsened by poor adhesion to mood stabilizing agents. Cognitive and behavioural therapy (CBT) tends to diminish depressive symptoms, improve treatment adherence and reduce the risk of depressive and manic relapses. CBT effect appears to diminish in patients with a history of over twelve episodes. Most studies exclude patients with comorbid psychiatric disorder, rapid cycling, schizoaffective disorder or patients lacking adherence to mood stabilizing agents. Patients would benefit from development of CBT techniques focusing on the mentioned problems.

Une partie importante des patients avec un diagnostic de trouble bipolaire expérimentent des rechutes thymiques, des symptômes subsyndromaux et une altération du fonctionnement socioprofessionnel malgré les traitements stabilisateurs de l'humeur. Le pronostic du trouble est péjoré par la fréquente non-compliance à ces traitements. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) tendent à réduire les symptômes dépressifs, à améliorer l'adhésion aux traitements et à réduire les risques de rechute maniaque ou dépressive. Leur impact est cependant moins bon sur les personnes ayant présenté plus de douze épisodes. Par ailleurs, les comorbidités, les cycles rapides, le trouble schizo-affectif bipolaire et les refus de traitements thymorégulateurs ont reçu peu d'attention. Les TCC pourraient, à l'avenir, être adaptées à ces problématiques.

INTRODUCTION

Le trouble bipolaire continue à être un défi pour la psychiatrie moderne. Malgré une prophylaxie adéquate, près de 60% des patients rechutent dans les deux ans qui suivent un épisode aigu.¹ Près de 50% des patients présentent des symptômes résiduels ou subsyndromaux en dehors des épisodes thymi-

ques.² Après un premier épisode maniaque, seul un cinquième des personnes retrouve son niveau professionnel antérieur et plus de 60% n'ont pas récupéré à une année leur niveau de fonctionnement antérieur.³ De manière générale, la récupération fonctionnelle, sur 6 à 24 mois, est deux à trois fois moins fréquente que la rémission syndromique.⁴

Le trouble bipolaire se caractérise, également par une forte comorbidité, en particulier avec les toxicodépendances⁵ et les troubles anxieux. Le diagnostic différentiel ou de comorbidité avec un trouble de personnalité, en particulier *borderline*, peut être difficile, notamment dans les troubles bipolaires de type II (alternance d'épisodes d'hypomanie et de dépression) et lors de manifestations cliniques subsyndromales. Enfin, la comorbidité aggrave chacun des deux troubles pris séparément.

Historiquement, l'approche psychothérapeutique du trouble bipolaire est apparue assez tardivement, en raison de la prédominance des modèles génétiques et biologiques, de la disponibilité de traitements pharmacologiques efficaces et de la croyance relativement répandue d'une rémission totale du trouble au décours des épisodes. Au vu cependant des données actuelles sur le trouble bipolaire, une approche psychiatrique de nature essentiellement biologique et accompagnée de quelques interventions sociales apparaît insuffisante. L'intervention psychothérapeutique, dont il n'existe peut-être pas de modèle définitif dans ce domaine, doit occuper assurément une place de choix. Les approches cognitives et comportementales, par leur capacité à s'intégrer assez facilement dans diverses modalités de traitement psychiatrique, ont certainement contribué à favoriser l'insertion d'une véritable approche psychothérapeutique dans le traitement de cette affection.



POURQUOI UNE PSYCHOTHÉRAPIE DU TROUBLE BIPOLAIRE ?

Divers arguments parlent en faveur de l'adoption d'une psychothérapie du trouble bipolaire, en regard surtout des limitations des approches pharmacothérapeutiques et de la dynamique même du trouble.

Place et limites de la pharmacothérapie

Les traitements thymorégulateurs ont une efficacité bien documentée sur le nombre et la durée des épisodes.⁶ L'impact de ces traitements est cependant mitigé pour une partie des personnes traitées. La prophylaxie pharmacologique ne semble protéger des rechutes thymiques guère plus de la moitié des patients. De plus, son impact sur la récupération fonctionnelle et la fréquence de symptômes résiduels apparaît somme toute modeste.

Mais sans doute le problème-clé de la psychopharmacologie concerne la compliance médicamenteuse des patients: environ la moitié d'entre eux arrêtent le traitement prophylactique, souvent dans les six mois qui suivent son introduction.⁶ Or, la non-adhérence ou l'adhérence partielle aux thymorégulateurs est une des causes importantes de rechute, de suicide, de comorbidité et d'abus de substances.

Parmi les facteurs associés à ce phénomène: le jeune âge et plus particulièrement un début récent du trouble.⁷ Une moins bonne acceptation de la sévérité de la maladie ainsi qu'un manque d'*insight* font partie des attitudes associées à la non-adhérence au traitement.⁸

La dynamique du trouble et ses conséquences psychosociales

L'occurrence d'un trouble bipolaire peut se révéler traumatique pour la personne, non seulement à cause des manifestations cliniques mais également par les mesures de contrainte parfois utilisées lors des hospitalisations.⁹ Ceci pourrait conduire à des attitudes d'évitement: la personne évite de penser à certains aspects des événements en lien avec le trouble ou évite les structures de soins.¹⁰ De telles attitudes peuvent altérer ses capacités à reconnaître le trouble et à y faire face.

Le caractère souvent spectaculaire des symptômes lors des phases aiguës, les conséquences parfois dramatiques qui y sont associées, l'invalidité résultant d'une récupération symptomatique et fonctionnelle partielle peuvent induire des perturbations importantes de l'image de soi, de la relation à soi, des croyances personnelles en lien avec la santé, la sécurité et les perspectives d'avenir. Les manifestations cliniques du trouble et leurs conséquences conduisent la personne à des tentatives plus ou moins conscientes d'adaptation. Elle va se poser des questions sur ce qui lui arrive. En résultat généralement une théorie personnelle dont va dépendre la mise en place de stratégies de *coping* face aux problèmes qui sont posés. L'efficacité de ces stratégies modulera au fil des expériences les représentations individuelles et la manière de faire face au trouble bipolaire.

Mais la répétition des épisodes maniaques et dépressifs altère souvent aussi la qualité des relations interpersonnelles; ce qui amène à situer les problèmes également sur un plan davantage psychosocial. La persistance du risque

de rechute peut instaurer une hypervigilance de l'entourage vis-à-vis des émotions et comportements de la personne. Ces derniers peuvent être perçus, parfois à tort, comme les symptômes d'un nouvel épisode, et stimuler des craintes et du stress au sein de l'entourage et par voie de retour auprès du patient. De surcroît, les difficultés à revenir au fonctionnement psychosocial antérieur peuvent être interprétées comme les signes d'un manque de volonté, de paresse, voire de provocation. La confusion entre ce qui est attribuable au trouble et ce qui ne l'est pas conduit à des incompréhensions, voire à des attitudes de rejet. La famille ou l'entourage risque alors de s'enfermer avec la personne dans une dynamique défavorable à haut niveau d'émotions exprimées (critiques, hostilité et engagement émotionnel excessifs de la famille ou de l'entourage proche vis-à-vis du patient) favorisant les rechutes, ceci indépendamment de l'intensité des symptômes et de l'adhérence au traitement lors de l'épisode index. Cette dynamique va à l'encontre de la mise en place d'un bon support social ou familial dont il a été montré qu'il semble être un élément plutôt protecteur contre les rechutes.

LES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES DU TROUBLE BIPOLAIRE

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) du trouble bipolaire se sont jusqu'à aujourd'hui surtout axées autour de *coping*, dans ses diverses facettes: monitoring et analyse fonctionnelle des symptômes, problèmes d'adhérence au traitement,¹¹ identification et gestion des prodromes de rechute, interventions précoces.¹¹⁻¹³

Qu'il s'agisse de suivis individualisés ou de programmes standardisés, l'aspect psycho-éducatif occupe une place de choix,^{14,15} à côté de l'auto-observation et d'autres techniques cognitives ou comportementales visant la gestion du stress,^{11,16} le traitement des symptômes dépressifs,^{17,18} l'aménagement de l'environnement, l'amélioration de l'adaptation sociale,¹⁹ la stabilisation des rythmes circadiens et du cycle veille/sommeil,²⁰ l'aide à la réalisation d'objectifs personnels²¹ et le traitement des abus de substances.^{22,23} Plus récemment, des approches cognitives centrées sur les schémas (système de croyances rigide et mal adapté généré dans l'enfance et réactivé par le trouble bipolaire et ses conséquences) ont été intégrées dans le traitement de personnes avec un trouble bipolaire.²⁴

ÉTUDES D'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS TCC

Les études évaluatives de la TCC du trouble bipolaire ont en général ciblé des patients avec un trouble bipolaire stabilisé, présentant ou non des symptômes subsyndromaux et qui sont suivis sur le plan pharmacologique et psychiatrique.¹⁹ Leurs résultats indiquent que les TCC tendent à diminuer les rechutes dépressives et maniaques,^{11,16,25} les symptômes dépressifs¹⁶⁻¹⁸ ainsi que les symptômes persistants d'anxiété et d'irritabilité.¹⁸ Elles améliorent également la qualité du fonctionnement social.^{16,25,26} Une méta-analyse conclut à une diminution du nombre de rechutes dans l'année suivant le début des



interventions TCC étudiées.²⁷ Enfin, les études portant sur la comorbidité avec les abus de substances concluent à une diminution des conduites de consommation.^{22,23}

La seule étude contrôlée dont nous disposons sur l'évaluation de l'impact d'une TCC à moyen terme (30 mois) signale un taux de rechutes thymiques durant l'année du traitement inférieur dans le groupe TCC par rapport au groupe contrôle (44% de rechutes contre 75%). Mais ce bénéfice est perdu dans les dix-huit mois qui suivent l'intervention.²⁸ Par ailleurs, les résultats d'une importante étude multicentrique randomisée et contrôlée (TCC vs traitement habituel) vont globalement dans le même sens, en remettant en question une éventuelle supériorité de la TCC par rapport à un traitement usuel.²⁰ Elle n'a pas mis en évidence de différences entre les groupes au niveau de la fréquence des rechutes, ni à la fin du traitement ni à dix-huit mois.

Les études évaluant la TCC du trouble bipolaire présentent certaines limitations méthodologiques et leurs résultats méritent donc à chaque fois d'être interprétés avec précaution. A l'exception de deux études,^{20,28} les échantillons comprennent moins de 100 sujets. Les patients non adhérents au traitement et/ou présentant des comorbidités sont en général exclus. Les troubles bipolaires à cycles rapides (plus de quatre épisodes par an) et les troubles schizo-affectifs bipolaires n'ont par ailleurs pas bénéficié d'attention spécifique.²⁰ Les approches TCC ont été plutôt proposées en période euthymique, dépressive ou hypomane, l'épisode maniaque étant habituellement aussi un critère d'exclusion.²⁰ Dès lors, sur le plan de l'échantillonnage, on peut raisonnablement questionner la portée des résultats.

Par ailleurs, un certain nombre de points demeurent encore mal étudiés. Par exemple, malgré la forte comorbidité entre trouble bipolaire et trouble anxieux (et les limites connues des options pharmacologiques validées dans le traitement des troubles anxieux chez ces patients), les TCC ont été peu développées dans ce domaine. De même, les interventions psychothérapeutiques ciblant les comorbidités avec un trouble de personnalité ont également peu fait l'objet de recherches sérieuses. Enfin, nous ne connaissons pas grand-chose de l'impact de ces approches sur le moyen et long terme, la durée des suivis étant au plus de trente mois après le début du traitement.

CONCLUSIONS

Les données actuelles indiquent clairement l'intérêt d'insérer une approche psychothérapeutique dans la stratégie de soins du trouble bipolaire. Les TCC représentent ici une approche psychothérapeutique possible dont la validation empirique commence à être de mieux en mieux documentée. Ainsi, elles font actuellement partie des traitements recommandés en complément des approches pharmacologiques, dans le but entre autres de réduire les risques de rechute. Cependant, l'accès des patients à ces approches est aujourd'hui limité à quelques centres spécialisés et un travail de dissémination de ces approches mériterait sans doute une certaine attention, avec l'appui des structures dirigeantes des centres psychiatriques, l'organisation de formations spécifiques, la motivation de

«champions locaux» et le suivi de leur application par un pool de formateurs et de chercheurs.

Il n'en reste pas moins qu'un certain nombre de développements doivent aussi être réalisés dans le champ de la psychothérapie du trouble bipolaire. Les comorbidités, les cycles rapides, et les troubles schizo-affectifs bipolaires ont reçu peu d'attention. L'adaptation des TCC à ces formes cliniques et sous-populations constitue un défi thérapeutique encore à relever. Par ailleurs, le développement parallèle de modèles scientifiques d'analyse et de compréhension des troubles permettra de mettre mieux en évidence les facteurs impliqués dans les cas de mauvaise réponse au traitement (moins bonne acceptation du modèle médical et de la prophylaxie, plus grande propension aux rechutes possiblement liée à des modifications induites par les épisodes antérieurs, appauvrissement du réseau social, troubles cognitifs, etc.). Il devrait par là même stimuler la créativité des thérapeutes dans leur recherche d'interventions opérantes.

Une des caractéristiques communes des TCC du trouble bipolaire est leur tendance à adopter et à transmettre le modèle médical du trouble, or celui-ci n'est pas acceptable pour une partie des patients. La *concordance therapy*²⁹ ouvre ici également une nouvelle voie : par un questionnement collaboratif avec le patient autour de ses représentations personnelles du trouble, cette approche vise la construction d'une compréhension commune du trouble bipolaire et à l'élaboration de stratégies personnelles efficaces pour y faire face. La récente introduction dans les lois cantonales suisses du droit aux directives anticipées semble offrir une autre perspective intéressante, en y intégrant notamment le modèle de la *concordance therapy*. Ce droit, en donnant au patient la possibilité de se déterminer face au médecin dans les traitements qu'il souhaite recevoir ou non en cas de perte de discernement, ouvre des perspectives assez intéressantes pour le suivi des personnes opposées au modèle médical ou ayant présenté un nombre important d'épisodes traités sous contrainte. Ce modèle, utilisé à Lausanne, reste à valider de manière plus large.¹⁰

Les voies d'amélioration de la TCC du trouble bipolaire sont certainement encore très nombreuses à explorer et il serait bien orgueilleux d'énoncer ici que la TCC représente la seule voie psychothérapeutique viable pour ce type de patients. Cette approche est certes utilisée encore de façon plutôt confidentielle dans la clinique usuelle, mais elle pourrait bien devenir à terme un élément privilégié de la stratégie de traitement, par le fait qu'elle adopte un modèle psychologique, voire bio-psycho-social compatible et cohérent avec les données en évolution de la recherche dans ce domaine. Il en dérive aussi bien une stratégie de prise en charge et des techniques d'intervention adaptées à ces patients souvent difficiles.

En l'absence d'un accès direct à des soins psychiatriques ou à une approche TCC adaptée, le généraliste a un rôle important dans le processus de questionnement du patient autour des manifestations du trouble bipolaire. Il peut être, à certaines phases de la maladie, le seul soignant accepté et ainsi être le promoteur de l'accès à des soins psychiatriques, voire le dispensateur de ces soins. Son rôle de médecin de proximité peut également se révéler très utile, lors des interventions précoces visant à prévenir les rechutes. ■



Stratégie de recherche et critères de sélection

Les données utilisées pour cette revue ont été identifiées par une recherche Medline des articles publiés en anglais ou en français. La recherche a porté sur les termes suivants: *psychotherapy, behavior cognitive therapy, coping, insight, treatment adherence, relapse prevention* et *bipolar disorder*. Les articles en lien avec le rationnel des approches ciblées ainsi que les études contrôlées ont été insérés dans cette revue. Les études portant sur des interventions sur les proches des patients ainsi que les études d'évaluation des thérapies interpersonnelles et les études d'évaluation de la psycho-éducation au sens strict n'ont pas été incluses dans cette revue.

Le sujet de cet article a été proposé par le groupe de praticiens du Chablais.

Implications pratiques

- > Investiguer les attitudes et croyances de la personne en rapport avec les manifestations du trouble bipolaire
- > Investiguer les difficultés de récupération fonctionnelle et leurs causes possibles
- > En dehors des épisodes thymiques caractérisés, rechercher une symptomatologie résiduelle ou subsyndromale
- > Proposer une psychothérapie cognitive et comportementale, notamment en cas de réponse partielle au traitement, de symptômes dépressifs persistants, ou résiduels

Bibliographie

- 1 Geddes JR, Burgess S, Hawton K et al. Long-term lithium therapy for bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Psychiatry* 2004;161:217-22.
- 2 Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM, et al. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry* 1998;155:646-52.
- 3 Conus P, Cotton S, Abdel-Baki A, et al. Symptomatic and functional outcome 12 months after a first episode of psychotic mania: Barriers to recovery in a catchment area sample. *Bipolar Disord* 2006;8:221-31.
- 4 Tohen M, Strakowski SM, Zarate C Jr, et al. The McLean-Harvard first-episode project: 6-month symptomatic and functional outcome in affective and non-affective psychosis. *Biol Psychiatry* 2000;48:467-76.
- 5 Khazaal Y, Preisig M, Zullino D. Toxicodépendance et trouble bipolaire. In Médecine et Hygiène, editor. *Toxicodépendance: problèmes psychiatriques courants*. 2005:73-79.
- 6 * Schumann C, Lenz G, Berghofer A, et al. Non-adherence with long-term prophylaxis: A 6-year naturalistic follow-up study of affectively ill patients. *Psychiatry Res* 1999;89:247-57.
- 7 Yen CF, Chen CS, Yeh ML, et al. Correlates of insight among patients with bipolar I disorder in remission. *J Affect Disord* 2004;78:57-60.
- 8 Colom F, Vieta E. Non-adherence in psychiatric disorders: Misbehaviour or clinical feature? *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:161-3.
- 9 Khazaal Y, Bonsack C, Borgeat F. [Coercion in psychiatry: Current knowledge and perspectives]. *Rev Med Suisse* 2005;1:515-8.
- 10 * Khazaal Y, Richard C, Matthieu-Darekar S, et al. Advance directives in bipolar disorder, a cognitive behavioural conceptualization. *Int J Law Psychiatry*, 2006. Ref Type: In Press.
- 11 Scott J. Cognitive therapy as an adjunct to medication in bipolar disorder. *Br J Psychiatry Suppl* 2001; 41:S164-8.
- 12 Bauer MS. An evidence-based review of psychosocial treatments for bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull* 2001;35:109-34.
- 13 Lam D, Wong G, Sham P. Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorder – a naturalistic study. *Psychol Med* 2001;31:1397-402.
- 14 Colom F, Vieta E, Martinez A, et al. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychother Psychosom* 1998;67:3-9.
- 15 Sajatovic M, Davies M, Hrouda DR. Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2004;55:264-9.
- 16 * Lam DH, Watkins ER, Hayward P, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:145-52.
- 17 Zaretsky AE, Segal ZV, Gemar M. Cognitive therapy for bipolar depression: A pilot study. *Can J Psychiatry* 1999;44:491-4.
- 18 Fava GA, Bartolucci G, Rafanelli C, et al. Cognitive-behavioral management of patients with bipolar disorder who relapsed while on lithium prophylaxis. *J Clin Psychiatry* 2001;62:556-9.
- 19 Gonzalez-Pinto A, Gonzalez C, Enjuto S, et al. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: An update. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:83-90.
- 20 ** Scott J, Paykel E, Morriss R, et al. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 188:313-20.
- 21 Bauer MS, McBride L, Chase C, et al. Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: A feasibility study. *J Clin Psychiatry* 1998;59:449-55.
- 22 Bellack AS, Bennett ME, Gearon JS, et al. A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:426-32.
- 23 Weiss RD, Griffin ML, Greenfield SF, et al. Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: Results of a pilot study. *J Clin Psychiatry* 2000;61:361-7.
- 24 Ball J, Mitchell P, Malhi G, et al. Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: Reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:41-8.
- 25 Lam DH, Bright J, Jones S, et al. Cognitive therapy for bipolar illness: A pilot study for relapse prevention. *Cognitive Ther Res* 2000;24:503-20.
- 26 Patelis-Siotis I, Young LT, Robb JC, et al. Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: A feasibility and effectiveness study. *J Affect Disord* 2001; 65:145-53.
- 27 Scott J, Gutierrez MJ. The current status of psychological treatments in bipolar disorders: A systematic review of relapse prevention. *Bipolar Disord* 2004; 6:498-503.
- 28 Lam DH, Hayward P, Watkins ER, et al. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry* 2005; 162:324-9.
- 29 * Scott J. A pilot study of concordance therapy for individuals with bipolar disorders who are non adherent with lithium prophylaxis. *Tacchi Mj. Bipolar Disord* 2002;4:386-92.

* à lire

** à lire absolument