

Anaïs Courtel
10, rue Neuve-Popincourt
75011 Paris

Tuteur : Fabrice Boulet

Mémoire AFTCC Module 3

Thérapie comportementale et cognitive d'une patiente de 24 ans souffrant de bipolarité type 2

Année 2019-2020

SOMMAIRE

I – RESUME	3
II - CADRE DE TRAVAIL	3
III – MOTIF DE CONSULTATION	3
IV – ANAMNESE	4
1 HISTOIRE DE L'EPISODE ACTUEL	4
2 HISTOIRE DU TROUBLE	4
3 HISTOIRE PRODROMIQUE ET FACTEURS DE RISQUES	4
4 HISTOIRE DE VIE	5
5 ENVIRONNEMENT	6
6 SCOLARITE, ETUDES, TRAVAIL	6
V – DIAGNOSTIC	6
1 DEMARCHE DIAGNOSTIQUE	6
2 HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES	6
3 DIAGNOSTIQUES DIFFERENTIELS	11
VI- CADRE THEORIQUE	11
INTRODUCTION	11
DESCRIPTION DU TROUBLE	12
EPIDEMIOLOGIE	12
TRAITEMENTS :	12
VII – LIGNES DE BASE	14
1 DESCRIPTION DES QUESTIONNAIRES EVENTUELS	14
2 BILAN DES EVALUATIONS ET LIGNE DE BASE	15
VIII – ANALYSE FONCTIONNELLE	15
IX – ANALYSE DE LA DEMANDE ET CONTRAT THERAPEUTIQUE	19
X – PROJECTIONS THERAPEUTIQUES AVEC REFLEXIONS SUR LES PRECAUTIONS DIVERSES	20
XI – PRESENTATION DE DEUX SEANCES	23
1 – EXPLICATION D'UNE METHODE A LA PATIENTE : LA RELAXATION PROGRESSIVE DE JACOBSON	23
2 – APPLICATION D'UNE METHODE EN SEANCE : RESTRUCTURATION COGNITIVE AVEC LES COLONNES DE	
BECK	25
XII – ANALYSE DE L'ECHEC ET DE LA REUSSITE	27
ANALYSE DE L'EVOLUTION DES INDICES OBSERVES EN PHASE D'INTERVENTION	27
PROJECTION SUR L'EVOLUTION DE LA THERAPIE	29
IDENTIFICATION DES DIFFICULTES	29
REFLEXION SUR L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE	29
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES	31

I – Résumé

Dans ce mémoire est proposé l'étude du cas de Marina, jeune patiente russe de 24 ans, souffrant d'un trouble bipolaire type 2. Après une démarche de diagnostic différentiel complète, je me suis attardée à modéliser sa problématique à l'aide d'une grille SECCA. Une proposition thérapeutique comportant des éléments comportementaux, cognitifs et émotionnels a été faite à la patiente et des objectifs comportementaux clairs ont été posés conjointement. Une attention particulière a été accordée à l'alliance thérapeutique tout au long de cette prise en charge.

II - Cadre de travail

Je suis psychologue sociale diplômée depuis 2010, j'exerce depuis dix ans mon activité au sein de diverses entreprises du privé, notamment en cabinet de recrutement. Depuis septembre 2018, j'ai débuté la formation de l'AFTCC avec le projet de m'installer en libéral. Pour cela, j'ai débuté une activité en libérale à temps partiel au sein d'un cabinet pluridisciplinaire et suis supervisée par l'un des psychologues TCC du cabinet. Le cabinet affiche une orientation parentalité et périnatalité, toutefois les patients reçus par les psychologues consultent pour un panel de problématiques larges.

III – Motif de consultation

Marina est venue me consulter en début d'année 2020 sur la recommandation d'un autre psychologue du cabinet. Lors de notre première rencontre, elle m'indique avoir une longue histoire avec les troubles mentaux, avoir vu plusieurs psychologues et psychiatres en France et en Russie et être toujours en incertitude face à son diagnostic. On lui a parlé de dépression, de bipolarité puis de cyclothymie, des traitements médicamenteux ont été prescrits et plus ou moins bien suivis.

Depuis quelques mois, elle a suspendu son traitement et a récemment noté pour la première fois l'arrivée d'idées noires et de pensées suicidaires. Elle m'explique ses attentes pour la thérapie : « Je ressens trop d'émotions négatives qui me submergent et je n'ai aucune stratégie pour les gérer, les exprimer. Soit je ne sors plus de mon lit, soit je me blesse ou deviens agressive. Je veux apprendre à mieux les gérer ».

Après lui avoir expliqué les principes d'une TCC, je lui propose de prendre plusieurs séances supplémentaires afin d'évaluer l'ensemble des troubles, de comprendre les facteurs d'apparition et de maintien de ceux-ci, puis de définir ensemble des objectifs plus précis ainsi qu'une méthode thérapeutique structurée permettant de les atteindre. Elle est d'accord avec cette proposition.

En parallèle de cela, je l'invite à refaire un point avec son psychiatre sur son traitement.

IV – Anamnèse

1 | Histoire de l'épisode actuel

Marina est russe et arrive en France en septembre 2018 pour suivre des études. Elle est alors sous traitement (Zoloft, Quétiapine et Carbamazépine). Après une période très positive, la dépression revient et au printemps 2019, son psychiatre en France revoit son traitement : suppression de la Carbamazépine, changement de l'antidépresseur (Venlafaxine/37,5mg) et augmentation de la Quétiapine (50mg), ce qui fonctionne bien pendant quelques mois. Durant l'été 2019, sa relation amoureuse se termine dans de mauvaises conditions. Loin de chez elle, soumise à un statut précaire, elle traverse alors une période très difficile émotionnellement, matériellement et financièrement, qui précipite un nouvel épisode dépressif. Puis elle retombe amoureuse, se sent bien durant quelques semaines puis de plus en plus dépressive. Fin 2019, elle arrête son traitement sur les conseils de son entourage. La dépression s'intensifie : elle pleure beaucoup, ne sait plus où elle va dans la vie, se sent envahie d'émotions douloureuses, d'idées noires auxquelles elle répond ponctuellement en se mutilant légèrement (se pique avec une aiguille ou frappe le mur). Les idées suicidaires sont présentes, mais elle n'a jamais envisagé de passer à l'acte. Elle décide alors de consulter un psychologue.

2 | Histoire du trouble

Marina décrit une histoire ponctuée de fluctuations importantes de l'humeur, avec un premier épisode dépressif, associé d'une prise d'antidépresseur, en 2013 alors qu'elle a 17 ans. Les suivants surviendront en 2016, 2018, 2019 et 2020 (cf Annexe 1 - Graphique de l'histoire de la maladie). Ces épisodes sont entrecoupés de périodes où son humeur est assez haute, ses psychiatres russes évoquent d'abord une dépression, puis une bipolarité et enfin une cyclothymie et lui prescrivent antidépresseurs, antipsychotiques et normothymiques. Elle se sent mieux mais supporte mal les effets secondaires du traitement. De plus, elle est mal à l'aise avec le diagnostic, ne se reconnaissant pas dans la description des épisodes de manie ou d'hypomanie.

Son arrivée en France semble marquer un tournant dans l'histoire de son trouble. Fragilisée dans de nombreux domaines (situation précaire, problèmes de papiers, de logement, d'argent, relations sentimentales difficiles), son humeur est de plus en plus instable et les épisodes dépressifs marqués et rapprochés. Durant ces épisodes dépressifs, Marina décrit le sentiment de perte de contrôle total sur ses émotions : elle n'arrive pas à arrêter de pleurer, a parfois des comportements qu'elle qualifie d'« hystérique » (crie, gesticule, devient plus violente).

3 | Histoire prodromique et facteurs de risques

Les entretiens anamnestiques font ressortir de nombreux éléments prodromiques et facteurs de risque :

- Un père alcoolique décrit comme tyrannique et violent avec sa mère. Elle en a parfois peur, même s'il n'a jamais levé la main sur elle. Souvent absent, il est infidèle et a de nombreuses maîtresses.
- Une mère présente qui assure ses besoins matériels mais froide, critique, qui ne la soutient pas.
- Le divorce difficile des parents quand elle a 8 ans, à la suite duquel Marina vivra avec sa mère.

- Un environnement amical que Marina décrit comme parfois toxique et manipulateur.
- Un environnement familial où les émotions ne sont pas exprimées.

4 | Histoire de vie

4.1 Présentation de la patiente

Marina est une jeune femme de 24 ans, d'origine russe. D'apparence soignée, souriante, elle semble timide lors de notre première rencontre et me dit être anxieuse à l'idée de parler d'elle, ce qu'elle fait finalement volontiers. Cultivée, elle s'exprime clairement et dans un bon français. Elle semble assez distante avec ses émotions, racontant de façon factuelle et détachée une histoire de vie complexe.

4.2 Relations familiales et sentimentales

4.2.1 Relations familiales

Marina est la seule enfant d'un couple d'acteurs russes (j'apprendrai plus tard qu'elle a deux demi-frères qu'elle connaît peu, issus des remariages de son père). Elle a grandi en Russie dans une famille qu'elle décrit comme perturbée :

- Relation à la mère : Marina décrit une femme forte pour qui elle a de l'admiration, mais aussi une mère froide et distante, peu affectueuse, qui ne la soutenait pas et la critiquait beaucoup. Peu présente à cause de son travail, elle laissait souvent Marina livrée à elle-même. Aujourd'hui, elles entretiennent de bons rapports même si la relation reste distante.
- Relation au père : très instable émotionnellement, Marian craignait son père qui changeait d'humeur brusquement. Présent et affectueux durant ses premières années, il était aussi très dur, accablant et culpabilisant quand elle faisait des bêtises, lui faisant sentir qu'elle n'était pas à la hauteur. Elle ne s'est pas sentie aimée par ce père avec qui elle n'a que très peu de contact aujourd'hui.
- Relations aux grands-parents : Marina a passé beaucoup de temps chez sa grand-mère paternelle, très religieuse, qu'elle décrit comme dépressive. Elle évoque également une grand-mère maternelle agoraphobe et un grand-père maternel alcoolique.

Issue d'une famille russe et réticente à la psychiatrie et à la psychologie, aucun trouble n'a été officiellement diagnostiqué. L'expression des émotions était réduite au minimum : elles n'étaient ni nommées ni discutées et Marina se sent démunie aujourd'hui face à ses propres émotions, qu'elle ne sait ni reconnaître et ni gérer.

4.2.2 Relations sentimentales et amicales

- Relations amoureuses : depuis qu'elle a 17 ans, Marina n'a jamais été célibataire. Elle relate une première très longue histoire stable et calme avec un jeune homme effacé, suivie de plusieurs histoires tumultueuses et émotionnellement difficiles.

- Relations amicales : Marina a quelques amis en France sur qui elle peut s'appuyer. Elle mentionne toutefois n'avoir eu que peu de vrais amis. D'une façon générale, elle a tendance à maintenir une distance avec les gens pour se protéger émotionnellement.

5 | Environnement

Marina vit avec son ami dans un appartement parisien dont il paie le loyer car elle n'a que peu de ressources. Elle se sent donc dépendante de lui.

6 | Scolarité, études, travail

Inscrite à l'université en Russie, elle relate une première année difficile qui coïncide avec son premier épisode dépressif. Suite à cela, elle réalise des études plutôt brillantes, mais souligne l'impact de son humeur dépressive sur ses capacités de travail et sa motivation. Elle décroche malgré cela une bourse lui permettant de poursuivre ses études en France et est actuellement étudiante en Master de Littérature Française à la Sorbonne. Elle a également deux petits boulots alimentaires de quelques heures par semaine.

V – Diagnostic

1 | Démarche diagnostique

La patiente a été vue trois fois quarante-cinq minutes pour cette démarche diagnostique. Deux entretiens anamnestiques approfondis ont fait ressortir de nombreux éléments thymiques ainsi que des facteurs de risques importants quant au développement de la personnalité.

Afin d'avoir un aperçu global, j'ai fait passer à Marina une MINI qui a fait ressortir les points suivants : Plusieurs épisodes dépressifs majeurs avec caractéristiques mélancoliques / Présence d'éléments d'hypomanie / Des attaques de paniques (mais pas un trouble panique) / Une phobie sociale modérée / Une dépendance au tabac.

De plus, les éléments recueillis lors des entretiens anamnestiques laissent entrevoir un profil de personnalité borderline.

2 | Hypothèses diagnostiques

2.1 Trouble bipolaire de type II - 296.89 (F31.81)

Pour un diagnostic de trouble bipolaire II, il est nécessaire de remplir les critères suivants d'un épisode hypomaniaque actuel ou passé et les critères suivants d'un épisode dépressif caractérisé actuel ou passé :

Épisode hypomaniaque

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable, de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours consécutifs.

→ *Oui. Les épisodes durent quelques semaines et sont toujours consécutifs à un évènement, elle identifie donc bien le début caractérisé par un changement d'humeur radical et un haut niveau d'énergie ou d'irritabilité.*

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.

→ *Oui, elle se sent sûre d'elle et a l'impression d'être plus séduisante, plus capable et compétente.*

2. Réduction du besoin de sommeil

→ *Ce critère n'est pas rempli.*

3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.

→ *Durant ces épisodes, la patiente est volubile, sociable et se fait beaucoup d'amis.*

4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.

→ *Elle a le sentiment d'avoir beaucoup d'idées et d'envies, mais n'a pas le sentiment de fuite des idées.*

5. Distractibilité (p. ex. l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée.

→ *Elle ne note pas de changement par rapport à d'habitude sur ce point.*

6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.

→ *Oui, elle se sent plus active socialement et note une augmentation de sa libido pendant ces périodes.*

7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

→ *Non. Elle a envie de dépenser de l'argent mais arrive à se contrôler. Elle ne s'est jamais mise en difficulté.*

C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

→ *Oui, les différences de fonctionnement sont notables.*

D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

→ *La patiente n'est pas proche de sa famille et a relativement peu d'amis. Elle relate que seulement l'une de ses amies a noté cette différence de fonctionnement et lui en a fait part.*

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. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.

→ *Absence de caractéristiques psychotiques.*

F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement).

→ *Non*

Les critères de l'épisode hypomaniaque sont remplis, bien que les épisodes semblent être d'intensité faible.

Épisode dépressif caractérisé

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure).

→ *La patiente relate de longues périodes durant lesquelles elle est triste et emplit de sentiments négatifs de façon continue, pleure parfois sans pouvoir s'arrêter.*

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

→ *Durant ces périodes, la patiente exprime que rien ne lui fait envie ni plaisir.*

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

→ *La patiente a une perte d'appétit significative pendant ces périodes.*

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

→ *Oui. Elle relate des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes et une difficulté à se lever.*

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

→ *La patiente se sent plus lente dans ses déplacements.*

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

→ *La patiente se reconnaît dans ce critère.*

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).

→ *La patiente relate une dévalorisation quotidienne. Le sentiment de culpabilité est absent.*

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.

→ *La patiente se reconnaît dans ce critère.*

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

→ *Oui. Elle a des idées suicidaires depuis quelques mois, a déjà réfléchi à la façon dont elle pourrait s'y prendre, mais sans élaborer de plan précis ni envie de passer à l'acte. Aucune TS n'est à relever.*

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

→ *Oui. Elle fait état d'une grande souffrance quotidienne et de difficultés qui pèsent sur son couple.*

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

→ *Non*

Les critères d'un épisode dépressif majeur sont remplis

Trouble bipolaire de type II

A. Les critères sont remplis pour au moins un épisode hypomaniaque (critères A-F d'épisode hypomaniaque) et au moins pour un épisode dépressif caractérisé (critères A-C d'épisode dépressif caractérisé).

→ *Comme détaillé ci-dessus, ces critères sont remplis.*

B. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque.

→ *Aucun épisode maniaque n'a été rapporté.*

C. L'apparition de(s) l'épisode(s) hypomaniaque(s) et de(s) l'épisode(s) dépressif(s) n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques.

→ *Aucun élément allant dans le sens de ces troubles n'a été noté durant les entretiens d'évaluation.*

D. Les symptômes de dépression ou l'imprévisibilité causés par l'alternance fréquente entre des périodes de dépression et d'hypomanie entraînent une souffrance importante ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

→ La souffrance de la patiente est visible et importante dans les périodes de dépression. Cela impacte fortement ses relations amoureuses et a déjà eu des conséquences non négligeables sur ses études.

Les critères d'un trouble bipolaire type II sont remplis

2.2 Personnalité borderline - 301.83 (F60.3)

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés.

→ Oui. Elle est généralement méfiante et distante pour ne pas être blessée par les gens. Dans ses relations amoureuses, elle est d'abord détachée et très exigeante. Les signes d'éloignement donnent lieu à des disputes et menaces de séparation. Mais si la séparation est effectivement envisagée, elle fait tout pour l'éviter.

2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.

→ Les relations intimes sont au cœur de la vie de la patiente. Elle ne décrit pas d'idéalisation, mais un amour intense pour son partenaire qui se transforme en haine à la moindre étincelle.

3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.

→ Oui. Elle peut se sentir belle, intelligente, capable de tout et le lendemain moche, stupide et impuissante. Elle a souvent l'impression de ne pas bien savoir qui elle est et adopte les centres d'intérêt de ses partenaires.

4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).

→ La patiente ne se reconnaît pas dans ce point.

5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.

→ Oui. Elle adopte des comportements d'automutilation modérés (frapper un mur, se piquer avec une aiguille) depuis une année environ, lorsque les émotions sont trop fortes et douloureuses. Elle parle régulièrement de suicide mais n'a jamais fait de tentative.

6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).

La patiente se sent souvent irritable sans raison.

7. Sentiments chroniques de vide.

→ La patiente ne se reconnaît pas dans ce point.

8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).

→ *Oui. Elle relate de fréquentes disputes avec son ami et des épisodes de colère incontrôlée où elle devient « hystérique » (crie, gesticule, frappe) et où elle perd le contrôle de ses émotions.*

9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

→ *La patiente ne se reconnaît pas dans ce critère.*

Les critères de la personnalité borderline semblent réunis.

3 | Diagnostiques différentiels

- **Trouble dépressif** : la présence d'épisodes hypomaniaques, même de faible intensité, élimine le trouble dépressif.
- **Trouble bipolaire type I** : l'absence d'épisode maniaque exclu ce diagnostic.
- **Trouble cyclothymique** : des épisodes dépressifs majeurs et au moins un épisode hypomaniaque ont été identifiés ce qui exclut le trouble cyclothymique.
- **Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques apparentés** : aucun symptôme psychotique n'a été relevé ni mentionné durant les entretiens d'évaluation.
- **Trouble panique et autres troubles anxieux** : des éléments anxieux sont manifestes notamment dans les moments émotionnels forts, mais insuffisants pour définir un trouble anxieux.
- **Trouble de l'usage d'une substance** : la patiente a une consommation modérée d'alcool et de cigarettes et ne consomme pas de drogues.
- **TDAH** : les symptômes tels qu'une élocution rapide, un défilement des pensées, une distractibilité aiguë ou une réduction du besoin de sommeil sont absents du tableau.

Les diagnostics de troubles de la personnalité sont longs et difficiles à poser. De plus, un certain nombre d'échanges ont eu lieu durant la période de quarantaine ce qui peut perturber sensiblement la patiente. Nous poserons donc le diagnostic suivant :

Bipolarité type II et personnalité à symptomatologie borderline

VI- Cadre théorique

Introduction

Dans ce chapitre je m'attacherai à présenter brièvement les troubles bipolaires et leur épidémiologie, ainsi que les différents traitements ayant fait preuve de leur efficacité. Je m'intéresserai également aux

approches récentes présentant l'importance des schémas dans le développement et le maintien des troubles bipolaires et des traits de personnalité borderline associés.

Description du trouble

Selon la HAS (Note de cadrage – Troubles bipolaires, Juin 2014), « Le trouble bipolaire est une pathologie chronique débutant chez l'adulte jeune et dont le handicap est très important. Il s'agit d'un trouble récurrent de l'humeur alternant des phases d'expansion de l'humeur avec une augmentation de l'énergie et des activités (manie ou hypomanie), et des baisses de l'humeur (dépression), avec des intervalles libres plus ou moins longs. Le trouble bipolaire est l'une des pathologies psychiatriques les plus sévères. Cette pathologie psychiatrique a de nombreuses comorbidités et conduit le plus fréquemment aux tentatives de suicide. »

Epidémiologie

D'après les travaux de F. Rouillon (2009) et de la HAS mettent en lumière les données suivantes :

- Prévalence en population générale de 1% (TBP I - Rouillon) à plus de 3% (TBP I, II et Trouble cyclothymique - Rouillon, 1 à 2,5% (HAS) et de 0,4% (HAS) pour le TBP II ;
- Sexe Ratio : 1 (HAS, Rouillon) ;
- Apparition entre 17 et 40 ans, plus précisément à 20 ans pour le TBP II (HAS, Rouillon) ;
- Forte composante génétique (HAS) ;
- Pas d'influence des origines ethnoculturelles ou du niveau socio-économique (Rouillon) ;
- Plus fréquent en zone urbaine ;
- Plus fréquent chez les célibataires, divorcés que chez les individus mariés n'ayant jamais divorcé ;
- Prévalence du suicide chez les patients atteint de TBP : 15%.

Traitements :

Les objectifs du traitement sont la rémission des symptômes durant les phases aiguës de la maladie, la prévention des récives et la neuroprotection.

Approche pharmacologique

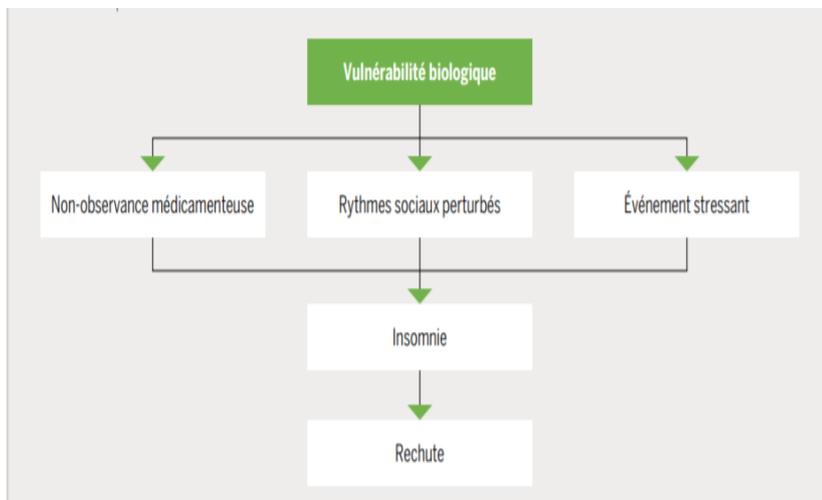
La HAS recommande les traitements pharmacologiques composés de thymorégulateurs ou antipsychotiques, possiblement combinés aux antidépresseurs. Le traitement médicamenteux a longtemps été considéré comme le seul efficace sur les troubles bipolaires. Toutefois, la résistance de certains patients aux traitements et la persistance d'épisodes thymiques importants malgré la prise du traitement ont incité au développement de psychothérapies associées.

Conceptualisation théorique et approches psychothérapeutiques

Le modèle théorique actuel pour expliquer les troubles bipolaires est biopsychosocial : on s'intéresse aux interactions complexes entre vulnérabilité génétique et modifications des systèmes de régulation du stress

sous des influences environnementales diverses. Les traitements vont donc s'attacher à proposer une médication adaptée, des stratégies psychoéducatives et une adaptation du cadre de vie.

Le modèle d'instabilité de l'humeur d'Ehlers et al. 1988 a permis de conceptualiser la maladie et de construire de nombreux protocoles de traitement psychothérapeutiques du trouble bipolaire :



Non-observance médicamenteuse : fréquente dans ce trouble, elle accroît le risque de rechute.

Rythmes sociaux perturbés : le maintien de rythmes biologiques et sociaux est primordial, leur perturbation est un facteur de rechute important.

Évènement stressant : les patients bipolaires sont très vulnérables au stress.

Conflit, rupture, évènement de vie à valence émotionnelle forte sont des facteurs de rechute.

Comme résumé dans l'article de Mirabel-Sarron et Giachetti (2012) ; de nombreuses études sur les différentes psychothérapies du trouble bipolaire démontrent une efficacité accrue de la psychoéducation, des thérapies cognitivo-comportementales (TCC), de la psychothérapie interpersonnelle et aménagement des rythmes sociaux (TIPARS) et la psychothérapie centrée sur la famille. D'après Miklowitz et al. (2008), l'analyse des protocoles de traitement de ces psychothérapies révèle la présence de facteurs communs :

- La psychoéducation sur les symptômes, causes et traitements du trouble bipolaire ainsi que des facteurs augmentant les risques de rechute, y compris le rôle de l'abus d'alcool et d'autres drogues ;
- L'auto-observation des variations de l'humeur et du sommeil et l'établissement d'une régularité des rythmes sociaux ;
- Le repérage du prodrome de rechute et application des plans d'action pour composer avec la rechute ;
- L'amélioration de l'observance médicamenteuse.

Il est intéressant de noter que ces approches, particulièrement efficaces si elles sont menées au cours des périodes euthymiques, le sont également en phase dépressive (Miklowitz et al., 2009).

Parmi les approches TCC, **le programme de Lam** (Lam et al., 2010) représente la référence internationale actuellement. Il peut être pratiqué en groupe ou individuellement, et est composé de trois phases successives :

Phase 1 : Psychoéducation, séances 1 à 5 : Le trouble bipolaire et ses traitements / Construction de l’alliance thérapeutique / Identification des cognitions, émotions et comportements / Construction du graphique de l’évolution de la maladie / Définitions des objectifs personnels.

Phase 2 : outils comportementaux et cognitifs, séances 6 à 16 : Auto- enregistrement de l’humeur et des activités quotidiennes / Mise en relation des variations de l’humeur avec l’activité / Apprentissage d’outils comportementaux (résolution de problème, séquençage de tâche) / Décentration cognitive / Identification des schémas cognitifs et reformulation.

Phase 3 : consolidation, séance 17 à 20 : Vérification de l’utilisation des techniques apprises.

Dans leur travaux, Newman et al. (2002) proposent un modèle du trouble bipolaire qui tient compte des schémas précoces inadaptés (SPI) des patients. Des SPI à valence positives seraient activés en phase (hypo)maniaque, et à valence négative en phase dépressive. L’expérience subjective qui en découle entre en résonance avec la vulnérabilité biologique des patients, influençant ainsi affects et comportements.

En 2016, Dadomo et al. illustrent la façon dont les SPI induisent des réponses émotionnelles inadaptées dans divers troubles mentaux, dont les troubles de la personnalité et la bipolarité type 2. Dans une revue systématique de littérature scientifique récente, Munuera et al. (2020) évaluent la pertinence de l’approche centrée sur les schémas comme modèle de compréhension des troubles bipolaires et concluent que « les SPI apparaissent comme une piste importante à investiguer en pratique. En effet [...] les SPI pourraient apparaître comme moteur ou du moins pourraient aggraver la symptomatologie des troubles bipolaires. Inversement, la symptomatologie favoriserait l’émergence de SPI congruents et leur renforcement ». La thérapie des schémas semble donc être une piste prometteuse pour le traitement des troubles bipolaires, toutefois l’absence d’un pattern homogène de schémas activés et l’hétérogénéité clinique de la bipolarité ne permet pas encore d’indiquer cette approche de façon systématique et homogène.

VII – Lignes de base

1 | Description des questionnaires éventuels

Les symptômes dépressifs assortis d’anxiété, d’instabilité émotionnelle et d’irritabilité sont au cœur de la souffrance de la patiente. Sa demande est d’apprendre à gérer ces émotions. Après les premiers entretiens diagnostiques et anamnestiques, nous lui avons proposé de compléter les échelles suivantes :

- **Beck Depression Inventory** - Abrégée (annexe 2) – Auto-questionnaire de 13 items permettant la mesure subjective de la dépression.

Interprétation des résultats : [0 – 4] : pas de dépression / [4 – 7] : dépression légère / [8 – 15] : dépression modérée / [16 et plus] : dépression sévère.

- **State Trait Anxiety Inventory** – Forme Y-A (annexe 3) – Auto-questionnaire de 20 items permettant de mesurer l’anxiété état.

Interprétation des résultats : [moins de 35] : anxiété très faible / [36 – 45] : anxiété faible / [46 – 55] : anxiété moyenne / [56 – 65] : anxiété élevée / [plus de 65] : anxiété très élevée

Lors de la première passation, Marina a un score de 20 à la BDI ce qui indique une dépression majeure, et un score de 66 à la STAI-Y ce qui indique un niveau d’anxiété très élevé.

2 | Bilan des évaluations et ligne de base

Nous proposerons à la patiente de compléter ces deux échelles avant chaque séance afin de mesurer l’évolution et la stabilisation de ces deux dimensions.

D’autre part, la patiente nous exprime qu’en temps normal, elle aime avoir une activité physique régulière, qui lui fait beaucoup de bien, ce qu’elle ne fait plus en période dépressive. Le nombre de séance d’activité physique hebdomadaire permettra de mesurer l’évolution de l’état de la patiente (il est alors de 0).

Enfin, l’intensité de ses disputes avec son conjoint permettra de mesurer l’efficacité du travail sur la gestion de émotions. En début de thérapie elle évalue alors l’intensité de ces disputes à 10/10.

Résultats	Séance 2 (Ligne de base)	Séance 6	Séance 7	Séance 8	Séance 9	Séance 10	Séance 11	Séance 12
BDI	20	13	7	9	6	10	13	10
STAI-Y	66	71	40	44	43	60	57	49
Séances d’act. physique hebdo	/	1	1	2	3	2	3	3
Intensité des disputes avec le conjoint (0-10)	/	10	5	7	5	8	6	5

VIII – Analyse fonctionnelle

La demande initiale de la patiente concerne la gestion de ses émotions. Durant les épisodes dépressifs, ses affects négatifs sont douloureux et envahissants, souvent assortis d’une très grande sensibilité et d’une irritabilité/agressivité qui s’exprime très souvent envers son partenaire. Ces deux situations étant étroitement liées mais ne présentant pas les mêmes problématiques à la patiente, je les ai conceptualisées séparément au travers d’analyses fonctionnelles. Pour cela j’ai utilisé la grille SECCA de Jean Cottraux (1985) qui permet une analyse diachronique et synchronique.

Diachronie :

- **Données structurales**

- Antécédents familiaux : troubles psychologiques dans la famille rapportés par Marina, non diagnostiqués : dépression, anxiété, humeur très instable.
- Traits de personnalité borderline (réactivité émotionnelle forte depuis l'enfance, réactions parfois explosives, besoin excessif d'être aimée et soutenue).

- **Facteurs déclencheurs initiaux**

- Le premier épisode dépressif majeur a lieu après l'entrée à l'université dans un contexte humainement hostile et exigeant. De plus, des disputes violentes éclatent avec son père qui la menace de l'expulser de son appartement, elle a peur et s'enfuit chez sa grand-mère.

- **Facteurs de maintien historiques**

- Séparation des parents à un jeune âge.
- Environnement invalidant : père peu présent, violent et imprévisible. Mère présente mais émotionnellement froide et distante, souvent dévalorisante.
- Peu d'amis, évolution dans un milieu où les enfants se moquaient beaucoup les uns des autres.

- **Facteurs de maintien actuels**

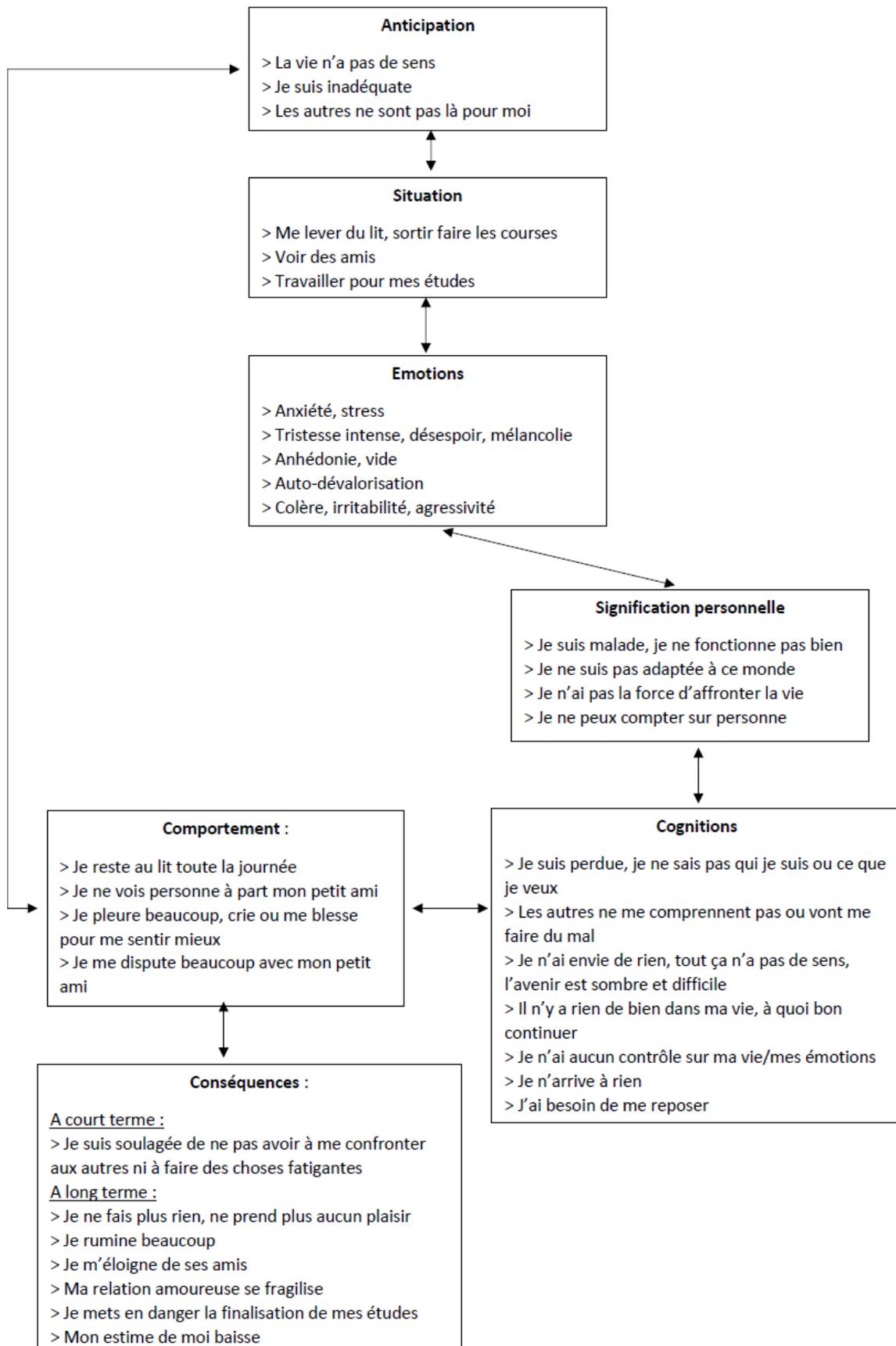
- Déracinement : Marina vit en France, sa famille et ses amis sont en Russie.
- Instabilité financière, problèmes administratifs et de logement.
- Errement diagnostic, modification des traitements médicamenteux.
- Relation amoureuse instable.
- Peu d'amis.

- **Facteurs précipitants la dernière phase**

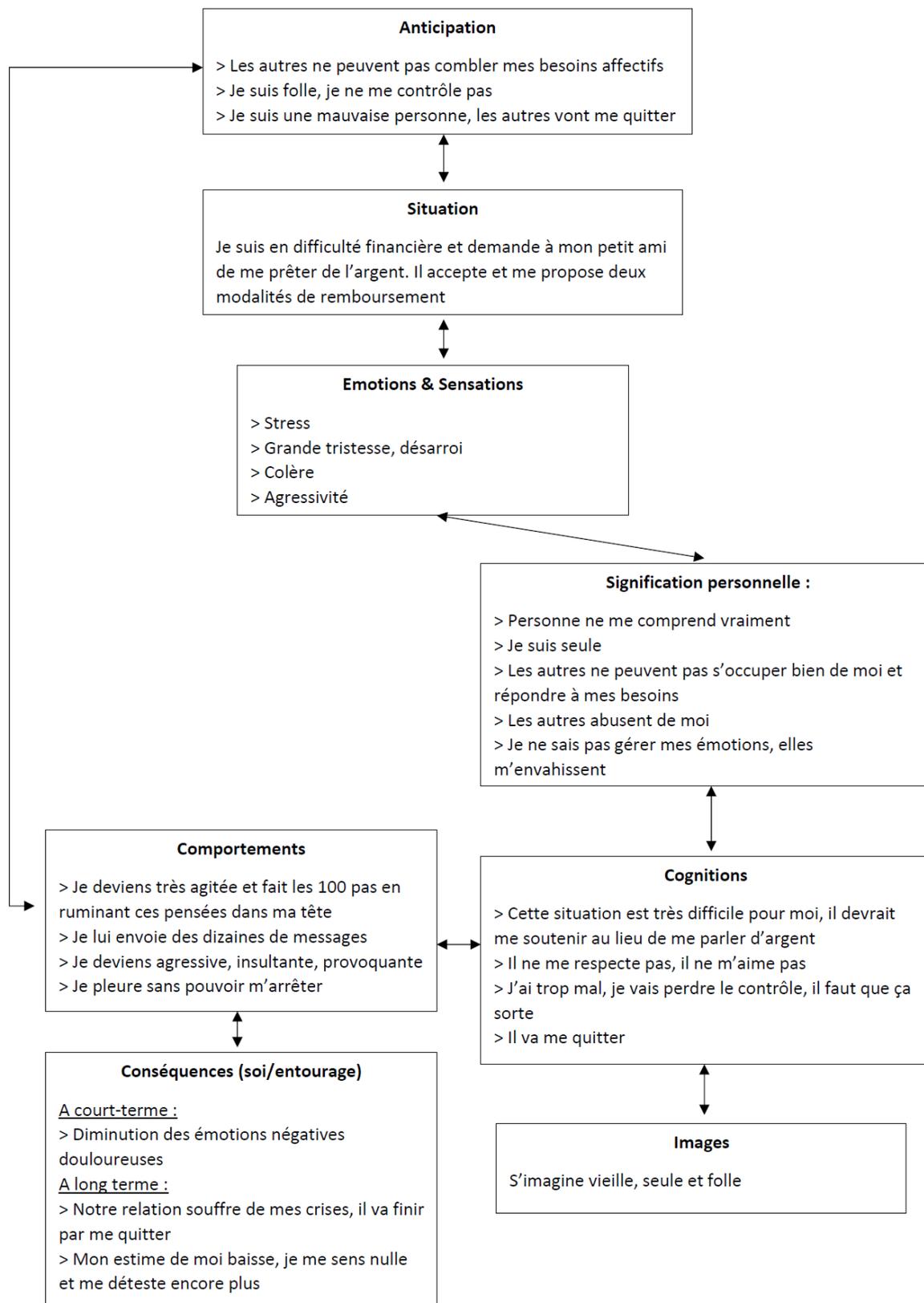
- Problèmes de visa : crainte d'être expulsée du territoire français.
- Stress dû au mémoire académique à écrire.
- Disputes avec le petit-ami.

Synchronie :

Situation 1 : Mener des actions en phase dépressive



Situation 2 : Je me dispute avec mon petit ami



Ces analyses ont été réalisées en entretien avec la patiente, afin qu'elle comprenne la façon dont ses comportements la soulagent sur le moment mais contribuent à maintenir ou aggraver ses troubles. Nous avons également mis en lumière sa réactivité au stress. Des facteurs précipitants ont été identifiés pour chaque épisode dépressif, et les disputes violentes n'arrivent que dans les périodes dépressives, lorsque Marina se sent

stressée et désemparée. Lors de périodes euthymique ou hypomaniaque, elle prend davantage de recul sur les situations et sur ses émotions, limitant ainsi la durée et l'intensité des disputes.

En conséquence, il nous semble approprié de cibler d'abord le trouble bipolaire et plus spécifiquement la gestion des épisodes dépressifs.

IX – Analyse de la demande et contrat thérapeutique

Marina est venue me consulter dans un état de grande souffrance psychologique, sa demande initiale est de mieux gérer ses émotions pour ne plus en souffrir. Les premiers entretiens lui ont permis d'identifier les éléments contextuels et les stressseurs précédant chaque épisode dépressif. En parallèle, je l'ai également invitée à lire des documents sur les troubles bipolaires. Elle comprend que son cadre de vie instable peut-être en partie à l'origine de rechutes dépressives et évoque donc la volonté de « mettre de l'ordre dans tout ça ».

Afin de dessiner des objectifs plus clairs, nous travaillons en séance à terminer la phrase suivante : « Quand j'irai mieux, je serai capable de/je ferai ... ».

Voici ses réponses :

- Avoir des projets, faire des plans et m'y tenir (sur du moyen terme : travailler mon mémoire de fin d'étude, gérer mes documents administratifs, trouver un travail) ;
- Avoir des disputes constructives avec mon petit ami (dire ce que je pense, exprimer mes émotions et mes attentes de façon claire et raisonnable) ;
- Avoir une activité physique régulière ;
- Voir mes amies régulièrement et passer de bons moments.

Après un temps de psychoéducation sur le trouble bipolaire et les émotions, j'ai à nouveau présenté à Marina les principes de fonctionnement de la TCC. J'ai mis en évidence l'importance de travailler au niveau comportemental sur ce qu'elle fait ou ne fait plus en raison de son trouble, au niveau cognitif sur les pensées et croyances sous-jacentes au trouble, et au niveau émotionnel sur l'identification et la gestion des émotions.

Au regard de ces différents éléments, nous avons élaboré conjointement les objectifs suivants :

Objectif 1 : Etablissement d'une routine de vie

Nous avons évoqué l'importance d'une bonne hygiène de vie (alimentation, sommeil, activité physique) et d'un rythme stable dans la gestion du trouble bipolaire, ainsi que l'importance de maintenir les activités et les contacts sociaux pour gérer les épisodes dépressifs.

Le premier objectif a été précisé comme suit :

- Régulariser les heures de sommeil (en semaine : lever entre 7h et 9h, coucher entre 22h et minuit. Le weekend : lever entre 9h et 11h, coucher entre 23h et 1h) ;
- Faire du sport (yoga/vélo) trois fois par semaine ;

- Voir ses amis au moins deux fois par mois.

Objectif 2 : Apprendre à gérer les crises avec mes proches et particulièrement mon petit ami

J'ai présenté à Marina la différence entre un comportement soumis, agressif ou affirmé ; les techniques d'affirmation de soi, ainsi que la restructuration cognitive et certains outils de gestion émotionnelle.

Le second objectif a été précisé comme suit :

- Verbaliser mes attentes et mes besoins affectifs à mon petit ami ;
- Rester calme quand nous ne sommes pas d'accord ;
- Ecrire un journal une fois par semaine.

X – Projections thérapeutiques avec réflexions sur les précautions diverses

Lorsque j'écris ces lignes, 12 séances ont été réalisées avec la patiente en l'espace de quatre mois. Les 5 premières ayant été dédiées aux entretiens anamnestiques, à la passation des échelles et à l'élaboration de l'analyse fonctionnelle et du contrat thérapeutique.

La thérapie se déroulera en 22 séances au minimum, réparties en 6 phases. Je préconise des séances hebdomadaires ou toutes les deux semaines, de 45 minutes. La structure des séances sera schématiquement toujours la même : résumé de la dernière séance et revue des tâches assignées / point sur l'observance du traitement médicamenteux / présentation des objectifs de la séance / travail thérapeutique / résumé de la séance et prescription de tâches assignées pour la prochaine séance.

Phase 1 | Diagnostic et alliance thérapeutique : 3 séances

- Séance 1 et 2 : ces séances sont dédiées à l'histoire de vie de la patiente, à l'exposé de sa problématique et à la passation de la MINI.

Tâche assignée : compléter le graphique d'évolution de la maladie ainsi que les échelles BDI et STAI. Ces premières mesures seront utilisées comme ligne de base.

- Séance 3 : debrief du graphique et des résultats des questionnaires, présentation du diagnostic : bipolarité type 2, éléments de personnalité borderline.

L'établissement d'une bonne alliance thérapeutique a été au cœur de nos préoccupations durant cette première phase.

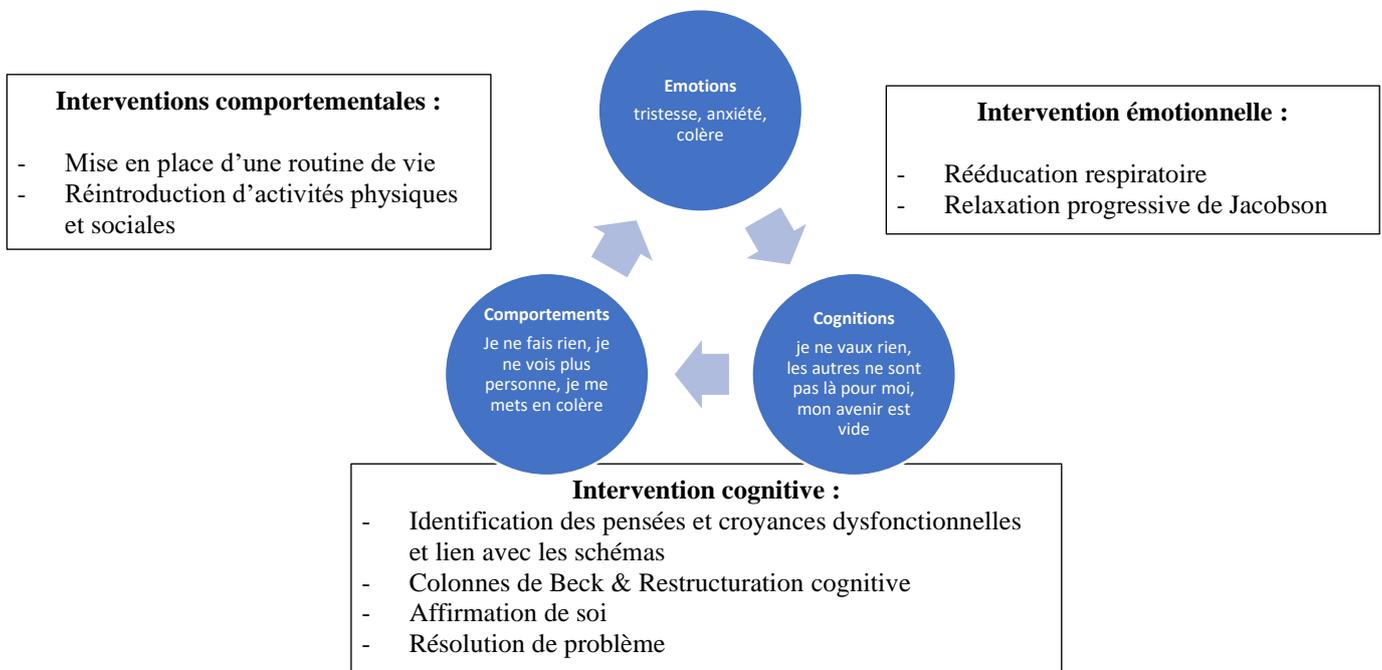
Phase 2 | Analyse fonctionnelle, psychoéducation et contrat thérapeutique : 2 séances

- *Une séance* complète a été dédiée à l'analyse fonctionnelle. Nous avons répété cette analyse pour plusieurs situations concrètes, afin qu'elle comprenne bien la mécanique de sa problématique et qu'elle commence à percevoir l'interaction pensées/émotions/comportements.

Tâche assignée : identifier des situations problématiques et réaliser ses propres analyses fonctionnelles.

- *La séance suivante* s'est concentrée sur la psychoéducation : présentation du trouble bipolaire et de l'impact de l'hygiène de vie et des rythmes biologiques et sociaux / présentation de la triade de Beck / introduction à l'affirmation de soi et à la gestion des émotions / introduction aux schémas précoces inadaptés et leurs conséquences sur la vision du monde.

A des fins pédagogiques, j'ai schématisé la problématique (plus spécifiquement les épisodes dépressifs) de Marina et les approches qui seront utilisées :



Je lui ai expliqué l'importance d'établir des objectifs concrets et comportementaux pour donner une direction claire à la thérapie et de mesurer son efficacité et nous avons détaillé le contrat thérapeutique. Pour stabiliser la patiente j'interviendrai d'abord au niveau comportemental, puis travaillerai sur les volets émotionnels et enfin cognitifs. La patiente est d'accord avec cette façon de procéder.

Tâche assignée : Compléter le registre des activités quotidiennes (annexe 4) pour identifier les horaires (sommeil/repas) et activités, les événements de la semaine et les variations de l'humeur.

A la fin de la phase 2, nous proposons à la patiente de compléter la BDI et la STAI avant chaque séance.

Phase 3 | Intervention comportementale : mise en place d'une routine de vie : 2 séances

- *Séance 1 : Prise de conscience.* Sur la base du travail effectué par la patiente, nous discutons des activités menées, du plaisir/déplaisir associé, des problématiques rencontrées. Nous établissons un lien entre les événements/activités et les variations de l'humeur et rédigeons ensemble un planning pour la semaine suivante intégrant des horaires de sommeil plus réguliers ainsi qu'une activité physique (séance yoga à la maison) et une activité sociale (moment avec une amie).

Tâche assignée : Mise en œuvre du planning et évaluation de l'humeur plusieurs fois dans la journée. Listing des activités procurant du plaisir.

- Séance 2 : Activation comportementale. La revue des tâches assignées permet de constater l'amélioration de l'humeur avec les activités ce qui est motivant pour la patiente. Nous travaillons à l'élaboration du planning de la semaine suivante en augmentant les tâches. Afin de prévenir l'échec, nous lui enseignons la technique de séquençage des tâches complexes.

Tâche assignée : Mise en œuvre du planning.

L'activation comportementale a bien été comprise par la patiente comme un point clé de son traitement. Elle fera l'objet d'un suivi régulier tout au long de la thérapie.

Phase 4 | Gestion des émotions enseignement de techniques de relaxation : 2 séances

- Durant ces séances nous effectuons un travail sur les émotions. Nous travaillons sur l'identification des éléments déclencheurs, nous nommons ces émotions et nous intéressons aux sensations physiques associées. Nous initions au cabinet le contrôle respiratoire et la relaxation progressive de Jacobson pour que Marina puisse différencier les états de tension de ceux de détente. L'objectif est de lui donner des outils pour mieux maîtriser ses états émotionnels, renforcer son sentiment d'efficacité personnelle et augmenter le seuil de déclenchement des réactions excessives de colère ou de tristesse.

Tâche assignée : Mettre en œuvre du planning / Intégrer un entraînement au contrôle respiratoire tous les jours et faire trois séances de relaxation dans la semaine.

Durant les phases 3 et 4, les prémices du travail cognitif sont abordées autour de situations de disputes conjugales rapportées par la patiente.

Phase 5 | Intervention cognitive / 11 séances

- Séance 1 et 2 : Identifier les pensées automatiques (PA). Lors de ces séances nous reprenons des exemples de disputes de couples ou de difficultés rencontrées pour se mettre en action (sortir voir des amis, aller faire des courses) et complétons ensemble les quatre premières colonnes du tableau d'enregistrement des pensées (TEP) de Beck (annexe 5). L'objectif est que Marina prenne conscience de ses PA dans ces situations et comprenne leur lien avec les émotions ressenties et les comportements adoptés. Je lui présente également les distorsions cognitives fréquentes. Nous réalisons également un exercice de photolangage en séance pour travailler l'identification des émotions, mais aussi faire ressortir ses biais cognitifs. Nous repérons les patterns suivants :

- Situations : mon copain ne m'a pas embrassée/ne m'a pas écrit de sms/m'a fait un reproche → émotion : tristesse/colère → PA : il ne m'aime pas et ne me respecte pas / nous allons nous séparer → comportement : je le harcèle/je deviens agressive/je pleure.
- Situations : je dois aller faire une course/voir des amis/travailler → émotions : anxiété/détresse/grande fatigue/tristesse → PA : je n'ai pas la force d'affronter les autres/ils vont me juger/je ne suis pas capable de quoi que ça soit → je reste chez moi, j'évite les autres, je pleure.

Les biais cognitifs fréquemment repérés sont le filtre mental, la lecture de la pensée, la disqualification du positif, la personnalisation et le raisonnement émotionnel.

Tâche assignée : compléter les colonnes Situation – Emotion – Pensées du TEP de Beck.

- Séance 3 et 4 : Restructuration cognitive. L'objectif de ces séances est que Marina identifie les biais cognitifs et remette en question ses pensées. Pour cela, j'utilise le questionnement socratique. Nous introduisons les colonnes suivantes dans le TEP de Beck : « faits qui soutiennent la PA », « faits qui contredisent la PA », « pensées alternatives », « réévaluation de l'émotion ».

Tâche assignée : Compléter les colonnes de Beck pour les évènements de la semaine. Réaliser des analyses fonctionnelles des situations identifiées.

Nous en sommes là aujourd'hui avec la patiente. A date, elle fait du yoga deux à trois fois par semaine, a trouvé un job alimentaire et me rapporte réussir à prendre un peu plus de recul sur ses émotions. Voici les projections thérapeutiques pour la suite de la thérapie.

- Séance 5 et 6 : Enseignement des techniques de résolution de problème et d'affirmation de soi. Ces outils lui permettront d'aborder différemment les problèmes et de mieux communiquer, notamment avec son conjoint. Nous travaillerons les outils en séance. *Techniques utilisées : Grille de résolution de problème / Analyses de cas et jeux de rôle pour l'affirmation de soi.*
- Séance 7 à 11 : identifier et réévaluer les croyances fondamentales. L'objectif est d'identifier les croyances profondes et les schémas précoces inadaptés sous-jacents à la problématique de Marina. *Techniques utilisées : Flèche descendante / Questionnaire des schémas de Young / Technique de la chaise vide / Intégration d'une colonne « schéma actif » dans le tableau des colonnes de Beck / Lecture du livre « Je réinvente ma vie » de Jeffrey Young.*

Phase 6 | Clôture de la thérapie / 2 séances

- Séance 1 : identification des prodromes de rechute / rédaction d'un plan d'action en cas de rechute dépressive
- Séance 2 : Bilan globale de la thérapie

Des séances de suivi à 3 puis 6 mois seront programmées.

XI – Présentation de deux séances

1 – Explication d'une méthode à la patiente : la relaxation progressive de Jacobson

Thérapeute (T) : Marina, comme évoqué en début de séance, nous allons aujourd'hui nous intéresser à mes méthodes de relaxation, afin que vous ayez des techniques pour vous détendre quand vous repérez une émotion négative qui monte comme de l'anxiété, de l'irritation, de la colère.

Patiente (P) : Ok, en plus que j'ai de plus en plus envie de pratiquer la méditation ces derniers temps.

T : Entendu, bonne nouvelle ! Notre travail d'aujourd'hui va porter sur l'apprentissage d'une technique de relaxation progressive. Cela n'est pas de la méditation, mais nous pourrons en reparler à une autre occasion si cela vous intéresse.

P : Ok.

T : Je vais d'abord vous présenter le fonctionnement de cette technique, qui s'appelle la relaxation progressive de Jacobson, pourquoi elle est efficace, puis nous ferons une première mise en pratique en séance pour que vous me disiez ce que vous en pensez. Ça vous va ?

P : Oui, allons-y.

T : Tout d'abord, revenons sur les moments où vous vous sentez tendue, stressée, agressive. Quand l'émotion arrive et qu'elle grandit, quels sont les changements que vous sentez dans votre corps ?

P : Il est tendu, mes muscles sont crispés, ma mâchoire aussi. Souvent j'ai mal au ventre. Parfois j'ai chaud...C'est un peu pareil quand je suis stressée ou anxieuse.

T : Ok. Alors vous voyez, dans notre corps, il y a un ensemble de choses qui marchent sans qu'on ne demande rien. Votre cœur, vos poumons, votre système digestif par exemple, fonctionnent en dehors de votre contrôle conscient par l'intermédiaire de ce qu'on appelle le système nerveux autonome. De façon schématique, ce système nerveux est divisé en deux : une partie qui active, accélère, excite cet ensemble, c'est le système nerveux sympathique, et une partie qui a une action opposée, le système nerveux parasympathique. Ces deux systèmes fonctionnent un peu comme un interrupteur, quand l'un se met en route, l'autre s'arrête.

P : (rires) Ok oui, ça me rappelle mes cours de sciences au lycée.

T : Oui exactement. Quand on est stressé, irrité, c'est le système nerveux sympathique qui s'active.

P : Ok je comprends. Quand je suis anxieuse, je peux sentir mon cœur qui bat et je respire plus fort.

T : D'autre part, vous comprenez qu'un muscle ne peut pas être tendu et détendu en même temps.

P : Non, c'est sûr !

T : Ce que nous indique Jacobson et qui est très intéressant, c'est que bien sûr, toute tension psychique se traduit par une tension musculaire, mais qu'une tension musculaire entrainera une tension psychique. Donc la détente musculaire entrainera une diminution de la tension psychique.

P : Ok donc si mon corps et mes muscles sont détendu, je serai moins stressée ou irritée.

T : Exactement. Il a développé une méthode en plusieurs étapes pour apprendre à détendre ses muscles, jusqu'à ce que vous soyez capable de repérer rapidement quels muscles sont tendus et de les détendre. Vous allez donc apprendre à activer votre système parasympathique, apprendre à être calme.

P : Mmmm (acquiescement)

T : Alors, comment ça fonctionne : on va se concentrer sur un groupe musculaire à la fois, qu'on va contracter le plus fort possible, pendant quelques secondes, en observant bien la sensation, la gêne apportée par cette contraction. Puis on relâche les muscles, et observer les sensations de la détente. On répètera cela pour tous les groupes musculaires du corps. C'est un exercice que vous devrez répéter chez vous cette semaine.

P : Ok, je comprends bien le principe. Mais vous savez quand je deviens hystérique parce que je m'engueule avec mon copain, je ne peux pas faire ça du tout.

T : Oui bien sûr. Cette méthode est efficace pour une anxiété légère à modérée. Utilisée au quotidien, elle peut vous permettre d'être globalement plus détendue et de ne pas accumuler les tensions qui peuvent vous mettre dans des conditions propices à ces grosses disputes. Mais quand l'émotion extrême s'est installée, cette technique ne sera pas efficace.

P : D'accord.

T : Est-ce clair pour vous ? Vous sentez-vous prête à faire une première séance avec moi maintenant ?

P : Oui, allons-y.

2 – Application d'une méthode en séance : restructuration cognitive avec les colonnes de Beck

T : Marina, aujourd'hui nous allons reprendre des exemples de situations vécues cette semaine, qui vous semblent typique de votre problématique. On peut reprendre une situation où vous vous êtes sentie particulièrement triste ou irritée.

P : Je peux repenser à une situation avec Daniel (son petit ami), on s'est encore engueulés.

T : Entendu, décrivez-moi la situation.

P : J'avais rendez-vous avec Daniel, Gare du Nord, on devait se retrouver après sa journée de travail pour aller dans un nouveau restaurant. Je suis arrivée à l'heure, et puis il n'arrivait pas et ne répondait pas à mes messages. Finalement il est arrivé avec 20 minutes de retard et ne m'a pas prévenue. Moi j'étais super énervée et je lui ai crié dessus, on s'est engueulés assez fort.

T : Ok. Alors reprenons les choses plus en détail pour bien comprendre ce qui s'est passé. Vous arrivez donc à la gare sur votre lieu de rendez-vous.

P : Oui, j'arrive au bout du quai là où son train arrive à 18h30, comme prévu. Au début pendant les 5 premières minutes ça allait, je sais que les trains sont parfois en retard. Mais bon, j'étais un peu stressée quand même, il sait en plus que c'est difficile pour moi en ce moment de sortir, prendre le métro et tout. Je lui ai envoyé un message sur whatsapp.

T : Qu'est-ce que vous avez ressenti à ce moment-là ?

P : J'étais stressée, anxieuse comme je vous ai dit, un peu tendue aussi parce que je me disais qu'il aurait pu prévoir que les trains ont parfois du retard, au lieu de me laisser attendre toute seule. Et puis il aurait dû me prévenir aussi.

T : Sur une échelle de 0 à 100%, où se situait votre anxiété à ce moment-là ?

P : A ce moment je dirais...à 40% peut-être.

T : Et une fois ces premières minutes d'attente passées ?

P : Ah bah là, j'ai « switché » assez vite. Je suis devenue très en colère, très irritée, j'avais envie de pleurer et de crier. Là en l'espace de quelques minutes je suis passée à 100% !

T : Ok. Donc l'émotion était désagréable mais sous contrôle les premières minutes, puis elle a très vite pris beaucoup d'ampleur. Qu'avez-vous pensé à ce moment-là ? Que vous disiez-vous ?

P : Je me disais qu'il est mal élevé, que ça ne se fait pas de faire perdre du temps aux gens, c'est précieux le temps ! J'avais envie de lui faire comprendre que c'est inacceptable de faire ça.

T : D'accord. Le fait qu'il le fasse, ça voulait dire quoi pour vous à ce moment-là ?

P : Ça veut dire qu'il ne me respecte pas. Et donc ça veut dire que sûrement il ne m'aime pas. Quand on aime quelqu'un on ne lui fait pas ça. J'étais hors de moi !

T : Qu'est-ce que vous avez fait du coup ?

P : Au début j'ai marché dans la gare pour essayer de me calmer. Mais j'avais toutes ces pensées dans ma tête et je devenais agressive, alors je lui ai envoyé plein de messages méchants. J'avais perdu le contrôle, je suis devenue agressive, vulgaire, j'avais envie de lui faire mal.

T : Comment vous sentiez-vous ?

P : Très en colère, triste, désespérée car je me disais que ça voulait dire qu'on allait finir par se séparer.

T : Que s'est-il passé ensuite ?

P : Finalement il est arrivé, il s'est excusé et m'a expliqué qu'il n'avait de réseau. Moi j'étais encore très en colère alors je ne l'écoutais pas vraiment, on s'est engueulés pendant 10 minutes puis petit à petit je me suis calmée, j'ai compris.

T : Entendu. Revenons sur vos pensées « Il ne m'aime pas », « il ne me respecte pas ». A ce moment-là, à quel point y croyez-vous ? Prenez une échelle de 0 à 10.

P : Je ne sais pas trop...Je dirais 8 ou 9.

T : Ah ? Et pourquoi pas 10 ?

P : Parce que comme je vous l'ai dit, je sais qu'il peut y avoir des retards de train par exemple, ce n'est pas forcément de sa faute. Ce n'est pas comme s'il l'avait décidé.

T : D'accord, donc si je comprends bien, le fait que Daniel soit en retard et ne vous ai pas prévenue, ça ne veut pas forcément dire qu'il ne vous aime pas et ne vous respecte pas.

P : Peut-être...

T : Qu'est-ce que ça aurait pu vouloir dire d'autre alors ?

P : Et bien peut-être qu'il n'avait plus de batterie pour me prévenir, ou bien qu'il n'avait pas vu l'heure ou encore que le portable était au fond de son sac et qu'il ne l'a pas entendu.

T : D'accord. Donc il aurait pu y avoir plein de raisons expliquant la situation.

P : C'est vrai. En plus il n'est pas très organisé, il aurait pu avoir oublié son portable au travail aussi.

T : Mmm. Du coup, quelle pensée aurait-pu être plus adaptée à ce moment-là ?

P : C'est difficile de dire ça après coup ! J'imagine que j'aurais pu penser qu'il avait un problème avec son téléphone et qu'il n'allait pas tarder. J'aurais pu me dire qu'en plus c'est lui qui a proposé d'aller au restaurant pour me faire plaisir, donc sûrement qu'il m'aime.

T : Comment vous seriez-vous sentie si vous aviez eu ces pensées-là ?

P : Mieux c'est sûr ! Je serai peut-être allée l'attendre dans un café en regardant Facebook...

T : Ok. Vous voyez, c'est tout l'intérêt de cet exercice. On décompose le cercle situation – pensées – émotions – comportement, on prend conscience des pensées automatiques, souvent négatives, qui génèrent des émotions négatives et des comportements inappropriés. On les remet en question et éventuellement on les modifie un peu si elles nous semblent inadaptées. Avec le temps, vous saurez le faire de plus en plus rapidement. Comment vous sentez-vous après cet exercice ?

P : C'est intéressant. C'est vrai que j'ai des pensées très négatives qui me viennent souvent et qui me rendent triste ou irritables, alors que ça n'est pas vraiment justifié.

XII – Analyse de l'échec et de la réussite

Analyse de l'évolution des indices observés en phase d'intervention

Synthèse des douze séances :

Phase 1
Diagnostic,
Alliance
Thérapeutique
MINI/BDI/STAI
(Séances 1 - 2)

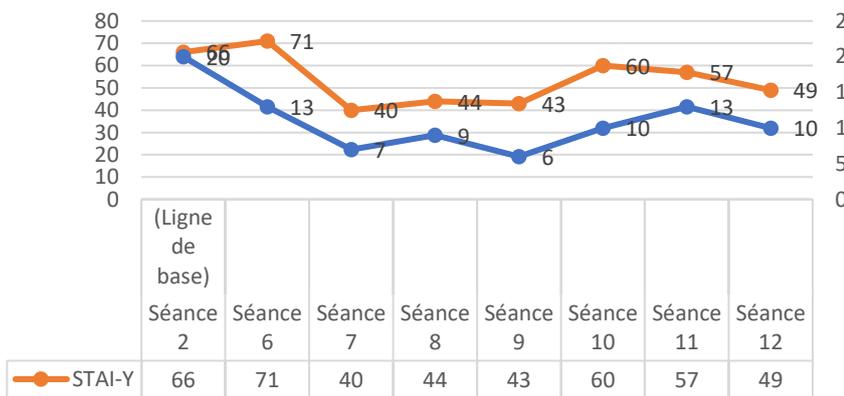
Phase 3 :
Intervention
comportementale
Routine de vie
Séances 6 & 7

Phase 5 (en cours)
Intervention Cognitive
Identification des
PA/Restructuration
cognitive
Séance 10 à 12

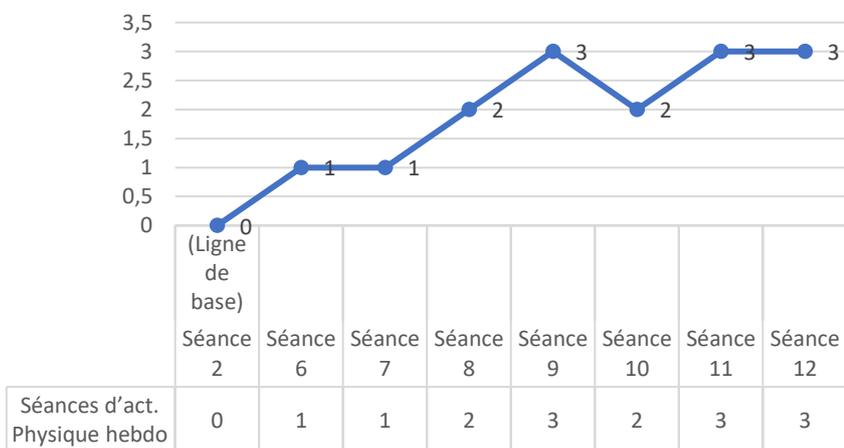
Phase 2
Analyse fonctionnelle
et Contrat
Thérapeutique
Fixation d'objectif
comportementaux
(Séance 3 à 5)

Phase 4
Gestion des émotions et
techniques de relaxation
Contrôle
respiratoire/Jacobson
Séances 8 & 9

Evolution des résultats BDI - STAI-Y



Evolution du nombre de séances d'activité physiques par semaine



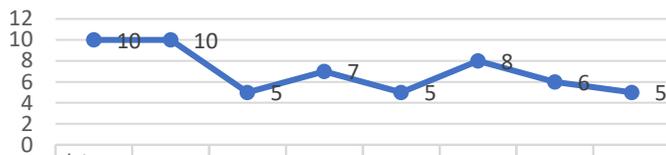
Les résultats de la BDI et de la STAI ont globalement baissé même s'ils restent fluctuants.

On observe une baisse significative dès la séance 6, à savoir le début de la thérapie à proprement parler. Les approches comportementales et émotionnelles semblent avoir eu un impact intéressant sur l'état global de Marina. On constate une hausse des résultats en séance 10, qui correspond au début de la démarche cognitive. Toutefois il convient de rester prudent quant à toute interprétation, notant que cela correspond également à une période de confinement difficile pour la patiente.

L'adoption d'une routine de vie et notamment d'une activité physique régulière semble être bien intégrée,

malgré quelques fluctuations. Marina est fière de dire qu'elle fait 2 à 3 séances de yoga par semaine et qu'elle souhaite se mettre à la natation avec une amie. Elle tente de stabiliser ses horaires de sommeil et utilise les techniques respiratoires et de relaxation le soir pour s'endormir plus facilement.

Intensité des disputes avec le conjoint (0-10)



(Ligne de base)	Séance 2	Séance 6	Séance 7	Séance 8	Séance 9	Séance 10	Séance 11	Séance 12
Intensité des disputes avec le conjoint (0-10)	10	10	5	7	5	8	6	5

L'intensité des disputes avec le conjoint est aléatoire, mais semble baisser significativement. Dans les moments difficiles, Marina me dit se sentir capable de prendre plus de hauteur sur la situation et donc de mieux gérer ses émotions, même si elles sont parfois encore très intenses. Le travail cognitif l'aide à se sentir moins sensible à tous les petits aléas

du quotidien.

Projection sur l'évolution de la thérapie

La thérapie va se poursuivre avec Marina, avec une intensification du travail cognitif.

Travailler sur l'affirmation de soi me semble essentiel, afin d'aider Marina à verbaliser et communiquer ses attentes auprès des autres sans crainte ni agressivité, mais aussi apprendre à formuler et à recevoir une critique.

Un travail plus en profondeur sur les croyances profondes et certains schémas précoces inadaptés me semble également indispensable. Marina dispose de facultés cognitives développées et montre une réelle motivation pour le travail thérapeutique, ce qui est de bon augure pour la suite de la thérapie.

Identification des difficultés

Marina est Russe. Les différences culturelles avec l'Europe dans le rapport avec les troubles psychologiques, mais aussi dans les relations familiales, amicales, amoureuses sont nombreuses et impactantes pour la compréhension du vécu de la jeune femme.

L'histoire de la maladie et les difficultés diagnostiques ont été douloureuses pour Marina qui se sentait perdue. Une bonne alliance thérapeutique ainsi qu'une psychoéducation adaptée ont été indispensables pour qu'elle se reconnaisse dans le diagnostic que nous lui avons présenté et qu'elle s'engage pleinement dans la thérapie.

Enfin, la période de confinement durant laquelle les entretiens ont été réalisés en visio, et le réajustement du traitement par le psychiatre en cours de thérapie ont également été des éléments déstabilisants pendant plusieurs séances.

Réflexion sur l'alliance thérapeutique

Une attention particulière a été portée dès les premières séances à l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique avec Marina. Cela a bien fonctionné et très vite, Marina m'a dit qu'elle se sentait vraiment

écoutée par un psy pour la première fois. Cette alliance a été cruciale pour l'avancée de la thérapie, notamment durant les phases dépressives. En effet, même durant ces phases difficiles, elle a continué à se confier à moi et à faire au mieux ses tâches assignées.

Bibliographie

Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema Therapy for Emotional Dysregulation : Theoretical Implication and Clinical Applications. *Frontiers in Psychology*, 7, 15-32. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01987>

Ehlers, C. L. (1988). Social Zeitgebers and Biological Rhythms. *Archives of General Psychiatry*, 45(10), 948. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800340076012>

Lam, D. H., Jones, S. H., & Hayward, P. (2010). *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder : A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice* (2e éd.). Wiley-Blackwell.

MIKLOWITZ, D. A. V. I. D. J., GOODWIN, G. U. Y. M., BAUER, M. A. R. K. S., & GEDDES, J. O. H. N. R. (2008). Common and Specific Elements of Psychosocial Treatments for Bipolar Disorder : A Survey of Clinicians Participating in Randomized Trials. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(2), 77-85. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000314314.94791.c9>

Miklowitz, D. J., & Scott, J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder : cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disorders*, 11, 110-122. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00715.x>

Mirabel-Sarron, C., & Giachetti, R. (2012). Les thérapies non-médicamenteuses dans les troubles bipolaires. *L'Encéphale*, 38, S160-S166. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(12\)70094-5](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(12)70094-5)

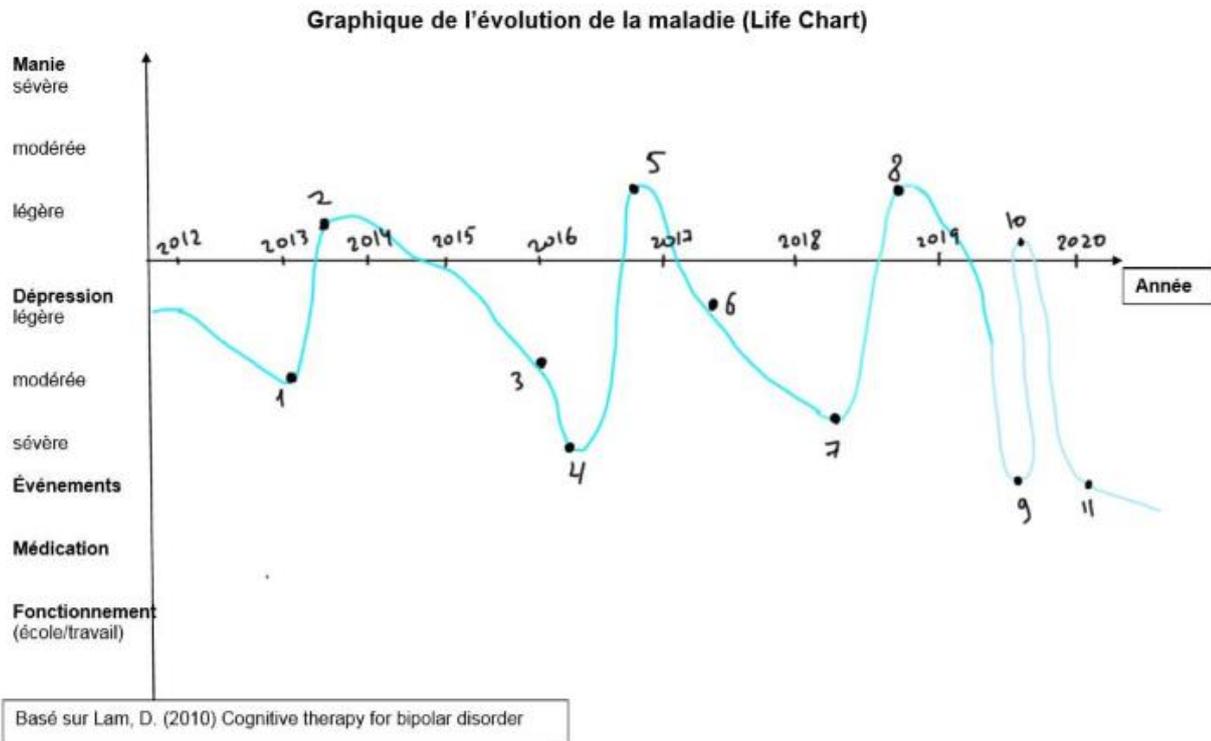
Munuera, C., Weil, F., Minois, I., Zanouy, L., Gard, S., Roux, P., & M'Bailara, K. (2020). L'exploration des Schémas Précoces Inadaptés (SPI) chez les personnes adultes atteintes de troubles bipolaires : une revue systématique de la littérature scientifique. *L'Encéphale*, 46(1), 65-77. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.09.005>

Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N., & Gyulai, L. (2001). *Bipolar Disorder : A Cognitive Therapy Approach* (1st éd.). American Psychological Association.

Rouillon, F. (2009). Épidémiologie du trouble bipolaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(10), 793-795. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.09.015>

Annexes

Annexe 1 – Graphique de l'évolution de la maladie



G.	Je ne pense pas à me faire du mal.	0
	Je pense que la mort me libérerait.	1
	J'ai des plans précis pour me suicider.	2
	Si je le pouvais, je me tuerais.	3
<hr/>		
H.	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
	Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
	J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
<hr/>		
I.	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
<hr/>		
J.	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux.	2
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3
<hr/>		
K.	Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
<hr/>		
L.	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
	Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
<hr/>		
M.	Mon appétit est toujours aussi bon.	0
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
	Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
13 J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Je me sens indécis(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Je suis décontracté(e), détendu(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Je suis satisfait(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Je me sens de bonne humeur, aimable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 4 : Registre des activités quotidiennes

Registre des activités quotidiennes

Nom : _____ Semaine du _____ au _____

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7h-8h							
8h-9h							
9h-10h							
10h-11h							
11h-12h							
12h-13h							
13h-14h							
14h-15h							
15h-16h							
16h-17h							
17h-18h							
18h-19h							
19h-20h							
20h-21h							
21h-22h							
22h-23h							
23h-00h							
00-01h							
01h-02h							
02h-03h							
03h-04h							
04h-05h							
05h-06h							
06h-07h							

Annexe 5 : Tableau d'enregistrement des pensées de Beck

Tableau d'enregistrement des pensées - Beck

Situation (ce qui s'est passé)	Emotions (noter l'intensité de 0 à 100%)	Pensées automatiques (ce que je me suis dit)	Comportement (ce que j'ai fait)	Faits qui soutiennent la PA	Fait qui contredit la PA	Pensées alternatives (quelles pensées seraient plus adaptées)	Réévaluation de l'émotion (noter l'intensité de 0 à 100%)

