



Psychothérapie interpersonnelle

et des rythmes sociaux (PTIRS), pour le
traitement du trouble bipolaire I et II:

un mini-guide de pratique

première édition

2
0
1
9

Renée Leblanc
Jean Leblanc

Éditeur: Thanh-Lan Ngô - psychopap



Éditeur: Thanh-Lan Ngô - psychopap
Montréal, QC, Canada
2019

ISBN 978-2-925053-04-0

Dépôt légal 3^e trimestre 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2019

Bibliothèque et Archives Canada 2019

1^{re} édition

Psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux (PTIRS), pour le traitement du trouble bipolaire I et II : Un mini guide de pratique

Renée Leblanc^a, M.Ps, et

Dr Jean Leblanc,^{a,b} MD, FRCPC

Résumé

Les troubles bipolaires sont des pathologiques récurrentes qui atteignent de façon importante le fonctionnement d'un individu, que ce soit par le pôle dépressif ou le pôle maniaque (ou hypomaniaque dans le cas du type II). Il est bien connu que les perturbations du rythme circadien contribuent à l'apparition d'épisodes pathologiques. Ce rythme circadien est grandement influencé par les marqueurs sociaux du temps (zeitgebers) et la régularisation de ces derniers peut favoriser l'euthymie chez les patients atteints de troubles bipolaires. Des interventions comportementales ciblant la régularité des routines sont ainsi associées à la psychothérapie interpersonnelle (déjà reconnue efficace pour le traitement de la dépression), qui permet quant à elle d'aborder les difficultés psychosociales souvent fréquentes dans le trouble bipolaire pour former la psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux (PTIRS).

Mots clés Thérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux • Trouble bipolaire • Psychothérapie • Pavillon Albert-Prévost • Guide de pratiques

^a Clinique des maladies affectives, Pavillon Albert-Prévost, Hôpital Sacré-Cœur-de-Montréal, CIUSSS du Nord de l'Île de Montréal

^b Université de Montréal, département de psychiatrie

Table des matières

Trouble bipolaire	1
Facteurs reliés à un changement au niveau des rythmes biologiques et sociaux	2
Facteurs psychosociaux et répercussions sur le trouble bipolaire	2
Fondements théoriques de la PTIRS	3
Description de la PTIRS	3
Adaptation brève de groupe de la PTIRS	6
Efficacité	6
Conclusion	7
Bibliographie	8
Annexes	9
La PTIRS en résumé	21

psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux

Troubles bipolaires: traitements et limites

Le trouble bipolaire est caractérisé par la survenue d'épisodes de dépression et de manie ou hypomanie, et une grande variabilité dans l'apparition de ces épisodes de changement de l'humeur. Le présent guide se réfère aux diagnostics les plus fréquents, à savoir le trouble bipolaire I et le trouble bipolaire II.

La prévalence à vie du trouble bipolaire est d'environ 2%, selon les définitions que l'on donne au "spectre bipolaire", et les répercussions de la maladie sur les individus et leur entourage sont souvent dévastatrices. Le traitement pharmacologique est en théorie relativement efficace, mais on constate dans les faits un taux de rechute élevé (40-60% de rechute après 2 ans), malgré une prescription de médication adéquate. La fidélité au traitement est de 25 à 50% de non-conformité, et même si un traitement adéquat est suivi fidèlement, on note un impact négatif fréquent de la maladie sur le fonctionnement social.

Plusieurs facteurs sont responsables de la fréquence des rechutes et de la non observance au traitement:

- besoin de vivre l'état d'euphorie
- négation de la maladie
- conviction d'être guéri (par exemple, au début de la transformation d'un épisode dépressif en un épisode maniaque)
- désir de conserver la maîtrise de soi et d'y arriver sans l'aide de médication
- effets secondaires du médicament
- comobidités: par exemple trouble de personnalité limite (borderline), ou trouble de l'utilisation problématique d'une substance

Facteurs reliés à un changement au niveau des rythmes biologiques et sociaux

Plusieurs facteurs ont été identifiés comme ayant une incidence significative sur le déclenchement d'épisodes dépressifs ou maniaques. Les modifications des cycles circadiens (horloge biologique) sont des facteurs déterminants dans le déclenchement d'épisodes affectifs. Ceci est particulièrement notable dans les modifications du cycle veille/sommeil, et entre autres de la durée du sommeil et de l'heure de réveil, qui ont été associées à l'apparition de cycles maniaques ou hypomaniaques chez les individus porteurs de trouble bipolaire.

Une phase maniaque se traduit entre autres par une diminution de la durée du sommeil. Cependant plusieurs études ont démontré que l'inverse est également vrai, à savoir que des modifications des rythmes biologiques (par exemple au niveau des paramètres du sommeil) déclenchent des épisodes de manie/hypomanie. Les voyages à travers plusieurs fuseaux horaires, ou des changements au niveau des horaires de travail (travail de jour --> travail de nuit) en sont un exemple.

Des événements de vie, même considérés comme agréables ou heureux, peuvent perturber les cycles de vie et modifier la chronobiologie des personnes; la naissance d'un enfant entraîne des modifications majeures de l'horaire des parents, ou encore une promotion au travail entraîne parfois des changements d'horaire et influence sur les paramètres circadiens.

Facteurs psychosociaux et répercussions sur l'évolution du trouble bipolaire

Des éléments de contexte ont été reliés à l'apparition d'épisodes affectifs. La "survie symptomatique" est réduite lorsque surviennent des événements stressants, qui ont un effet de déstabilisation, soit par leur effet direct sur le sujet, soit par les répercussions émotives et comportementales chez les proches, entraînant une perturbation de l'environnement et du soutien qu'il apporte au sujet. L'entourage du patient, en effet, connaissant les conséquences négatives d'une décompensation symptomatique, présente dans ces circonstances des attitudes soit indûment surprotectrices, soit à l'inverse une anxiété hors de proportion avec le stresser environnemental.

Le patient lui-même développe parfois des convictions ou croyances à l'endroit de la maladie et du traitement. Il peut s'agir d'attitudes défaitistes face à la l'autoperception d'être démunie face à l'évolution de sa pathologie. Ou au contraire une attitude de surestimation de sa capacité à contrôler par lui-même les changements de l'humeur annonçant un nouvel épisode affectif. Ces éléments sont aussi associés au fait qu'il est difficile pour un sujet bipolaire d'accepter le fait d'être porteur d'une pathologie sévère et sournoise, ce qui modifie sa vision de lui-même et sa perception de l'avenir. Des auteurs ont parlé à ce sujet d'un deuil que le patient a à faire de son sentiment d'intégrité personnelle (*grieving of the lost healthy self*).

Psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux (PTIRS)

La PTIRS a comme base théorique le fait qu'un dysfonctionnement des rythmes biologiques (circadiens) et que des stressseurs environnementaux ou psychosociaux sont étroitement reliés au développement d'épisodes de bipolarité.

Les objectifs thérapeutiques vont viser à rétablir un meilleur équilibre des dynamiques biologiques et psychosociales de façon à prévenir la survenue d'épisodes qui y sont reliés. Deux approches conceptuelles sont utilisées à cet effet: une approche comportementale est axée sur le rétablissement et/ou le maintien d'une stabilité des rythmes circadiens, et une approche interpersonnelle, de même nature que celle utilisée dans le traitement de la dépression unipolaire, qui vise à atténuer les effets des différents stressseurs et événements de vie à la fois sur la régulation chronobiologique et sur le déclenchement d'épisodes affectifs.

Conduite de la psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux (PTIRS)

La phase initiale de la thérapie se déroule sur trois à cinq séances rapprochées. Elle permet de jeter les bases du déroulement subséquent du traitement, et elle consiste à:

- Effectuer l'histoire longitudinale de la maladie, à la fois par un questionnaire, et par la constitution d'un graphique illustrant de façon longitudinale la survenue d'épisodes antérieurs et les événements de vie qui ont pu contribuer à la survenue de ces épisodes
- Bien documenter les signes et changements au niveau de l'humeur et du comportement ayant précédé l'apparition des épisodes affectifs antérieurs
- Faire l'inventaire interpersonnel: on utilise ici la même approche que dans la psychothérapie interpersonnelle de la dépression (PTI) (voir le mini-guide PTI) en utilisant entre autres le Cercle interpersonnel
- Donner de l'information au patient sur le trouble bipolaire
- Identifier un domaine problématique (focus): deuil pathologique, transitions de rôle difficiles, conflits interpersonnels ou déficits interpersonnels (voir le mini-guide PTI)
- Amorcer l'analyse des rythmes sociaux à l'aide du Social Rhythm Metric (SRM) simplifié (traduction française en annexe)

La phase intermédiaire: les rencontres de thérapie, à cette phase, ont lieu aux deux semaines pendant trois mois, puis une fois par mois sur une durée de deux ans. Le travail thérapeutique comporte, en proportion variable selon la clinique:

- un travail minutieux sur la régularisation des rythmes sociaux, et
- sur le ou les focus propres à la PTI (psychothérapie interpersonnelle) classique, qui ont été identifiés lors des séances initiales:
 - Deuil pathologique
 - Conflits interpersonnels
 - Transitions de rôle difficiles
 - Déficits interpersonnels (ou sensibilité interpersonnelle)

La régularisation (ou stabilisation) des rythmes sociaux comporte plusieurs étapes:

- Détecter les rythmes sociaux les plus instables
- Définir des objectifs de changement, et proposer des étapes réalistes de changement
- Identifier les déclencheurs des perturbations des rythmes sociaux
- Rechercher l'équilibre approprié entre périodes de repos, d'activité, de stimulation, et viser à respecter cet équilibre
- Tout en développant une capacité d'adaptation aux changements de vie, qu'ils soient planifiés ou imprévus

L'échelle Social Rhythm Metric (version française en annexe) est utilisée comme outil important vers l'atteinte des objectifs de cette phase du traitement. À chacune des séances, l'échelle est remise au patient avec la recommandation de la remplir chaque jour en fin de journée, et de la rapporter à la séance suivante pour discussion. Elle fournit l'occasion d'échanges avec le thérapeute et permet d'objectiver les liens entre les rythmes sociaux et les variations de l'humeur chez le patient. Son utilisation est soutenue mais espacée à des intervalles de 2 à 4 semaines en cours de traitement selon les besoins cliniques.

Les outils thérapeutiques propres à la psychothérapie interpersonnelle de la dépression (PTI) sont également mis en place à la phase intermédiaire du traitement.

Les quatre focus (ou domaines problématiques) de la PTI sont utilisés de façon classique (voir mini-guide sur la PTI et dépression) et un aspect important du focus "transitions de rôle difficiles" est ajouté, à savoir le grief of the lost healthy self. Il est important, pour le patient, de reconnaître chez lui l'existence du trouble bipolaire et la nécessité, en période d'euthymie, d'éviter à la fois les facteurs psychologiques susceptibles d'influencer la stabilité de son état clinique, et aussi les modifications de ses rythmes sociaux susceptibles de déstabiliser ses rythmes biologiques. Effectivement, durant les phases d'euthymie - parfois très longues - le patient peut en venir à se considérer comme "guéri" et à ne plus craindre que ses écarts d'habitudes provoquent un nouvel épisode. C'est ce deuil du Soi sain que le patient doit apprendre à faire.

L'approche interpersonnelle et l'approche comportementale visant les rythmes sociaux sont utilisées de façon stratégiquement variables en fonction du tableau clinique, les deux approches faisant souvent l'objet d'attention au cours d'une même séance, mais l'une ou l'autre peut aussi être utilisée de façon exclusive au cours d'un certain nombre de séances, suivie par l'approche autre lors de séances subséquentes.

Les différentes interventions effectuées tiennent compte que, contrairement à la PTI du trouble dépressif, dans le cas de la PTIRS il s'agit d'une maladie qui requiert une approche à long terme, que les visées du traitement sont des changements graduels et soutenus des comportements, et que les différentes interventions mettent en lumière l'interaction entre événements interpersonnels et rythmes sociaux (par exemple, une dispute avant d'aller au lit entraîne une perturbation du sommeil et potentiellement interfère sur les rythmes sociaux et biologiques).

Ce travail thérapeutique sur la stabilisation des rythmes sociaux permet en même temps une approche de psychoéducation, qui sert à introduire un autre objectif clinique essentiel à savoir la reconnaissance des indicateurs de rechute ou de décompensation maniaque ou dépressive. L'accent sera alors mis sur le fait que des modifications de l'humeur sous forme, par exemple, d'un sentiment de bien-être ou d'exaltation, une accélération des pensées ou de l'activité, une diminution du besoin de sommeil, sont souvent vécues par le patient comme une amélioration psychique, une disparition de symptômes dépressifs résiduels, alors qu'en réalité ils sont des signaux annonciateurs d'une décompensation hypo-/maniaque, comme avaient débuté les épisodes antérieurs.

La phase terminale se traduit par une réduction graduelle de la fréquence des séances, et une possibilité, selon la condition clinique, de suivi aux trois ou quatre mois de façon prolongée, de façon à maintenir ou consolider les acquis et à prévenir les rechutes. De façon générale, on aura, à ce stade, ciblé un ou deux aspects particulièrement pertinents et l'attention clinique sera portée sur ces aspects. Le thérapeute visera à établir des stratégies de résolution des problèmes interpersonnels et d'amélioration du fonctionnement social, la revue des déclencheurs des perturbations des rythmes sociaux et la détection précoce des symptômes cibles identifiés en cours de thérapie.



À quel moment commencer la PTIRS?

Il est techniquement plus facile d'introduire la PTIRS lorsque l'état clinique du patient s'est stabilisé. Cependant les études ont montré que la prévention des rechutes est favorisée si la PTIRS est amorcée avant que l'épisode affectif soit complètement résolu, possiblement parce qu'il est plus facile pour le patient d'être sensibilisé à la réalité des symptômes, surtout maniaques, que lorsque la thérapie est amorcée en période de rémission, où la tendance est plus marquée, chez le patient, à minimiser l'existence ou la portée des symptômes et à écarter la nécessité d'un travail psychothérapeutique.

Dans l'évaluation des résultats, on a également noté que la PTIRS, comparée à d'autres approches psychosociales du trouble bipolaire, amène de meilleures attitudes, chez le patient, vis-à-vis les rythmes sociaux, ce qui est corrélé à une meilleure prévention des rechutes.

Adaptation brève de groupe de la PTIRS

Inspirée de la forme individuelle de la PTIRS, une adaptation brève de groupe a été développée s'échelonnant sur 12 rencontres d'une heure trente chacune, précédées d'une rencontre individuelle. La rencontre individuelle pré-groupe vise plusieurs objectifs soit : l'histoire longitudinale de la maladie; la psychoéducation sur le diagnostic de trouble bipolaire; la mesure des symptômes par un questionnaire; l'inventaire interpersonnel avec identification du focus problématique.

Les 12 rencontres sont regroupées en 2 modules, soit le module des rythmes sociaux (5 rencontres) et le module interpersonnel (7 rencontres). Le premier englobe les thèmes suivants: rythmes circadiens et facteurs stabilisateurs et perturbateurs de ces rythmes; facteurs favorables et nuisibles au sommeil (hygiène du sommeil, consommation de substances, gestion de la stimulation etc.); introduction de l'échelle Social Rythm Metric II et son utilisation.

Le module interpersonnel, quant à lui, cible les objectifs suivants : consolider le lien entre événements/rythmes sociaux/symptômes, avec la poursuite de l'utilisation de l'échelle SRM-II; faciliter le deuil du Soi sain; développer des stratégies liées au focus identifié en rencontre pré-groupe (ex. habiletés de communication, résolution de problème interpersonnel, adaptation à nouveau rôle, etc.); prévention de rechutes.

Efficacité

L'ensemble des études (notamment celle de Miklowitz, 2008) sur les psychothérapies utilisées comme traitements d'appoint du trouble bipolaire a démontré qu'elles permettaient d'améliorer les relations interpersonnelles et la qualité de vie des patients. La PTIRS a, de façon plus spécifique, des effets sur les symptômes de manie par son attention à reconnaître et corriger les situations et événements susceptibles de perturber les rythmes biologiques. Elle a également un effet bénéfique sur les symptômes de type dépressif par son utilisation des stratégies de la PTI classique de la dépression. Dans cette optique, des auteurs (p.ex. Swartz et Frank, 2008) ont postulé que la PTIRS pourrait être particulièrement efficace dans le trouble bipolaire II, dans lequel prédominent les phases dépressives.

Une étude portant sur des groupes pour des patients hospitalisés (Swartz et al, 2011) démontre que cette approche peut être proposée à une population transdiagnostique et être associée à une diminution de symptômes dépressifs ainsi qu'une augmentation de la participation à des groupes de thérapie.

Conclusion

La psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux est une thérapie structurée, limitée dans le temps. Elle a comme base théorique le fait qu'un dysfonctionnement des rythmes biologiques (p.e. circadiens) et que des stressors environnementaux ou psychosociaux sont étroitement reliés au développement d'épisodes de bipolarité. Les objectifs thérapeutiques vont viser à rétablir un meilleur équilibre des dynamiques biologiques et psychosociales de façon à prévenir la survenue d'épisodes qui y sont reliés. Elle vise à améliorer la régularité des routines quotidiennes, cibler le deuil des pertes associées avec le trouble bipolaire, la résolution des problèmes interpersonnels tels des deuils non résolus, des disputes interpersonnelles, des transitions de rôle, et l'isolement. Il s'agit d'une approche qui un effet bénéfique sur les symptômes dépressifs, les relations interpersonnelles et la qualité de vie des patients.

Commentaires et questions au sujet du contenu de ce mini-guide peuvent être formulés sur psychopap.com

Bibliographie

Volume de référence:

Frank, Ellen. *Treating Bipolar Disorder – A Clinician’s Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy*. Guilford Press, 2005

Articles:

Bottai, T., Aubin, V., Loftus, J., & Swartz, H. A. (2014). 65. Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) ou thérapie interpersonnelle et d'aménagement des rythmes sociaux (TIPARS). In *Les troubles bipolaires* (pp. 512-526). Lavoisier.

Bouwkamp, C. G., de Kruiff, M. E., van Troost, T. M., Snippe, D., Blom, M. J., de Winter, R. F., & Judith Haffmans, P. M. (2013). Interpersonal and social rhythm group therapy for patients with bipolar disorder. *International journal of group psychotherapy*, 63(1), 97-115.

Frank, E. (2007). Interpersonal and social rhythm therapy: A means of improving depression and preventing relapse in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 63(5), 463-473.

Haynes, P. L., Gengler, D., & Kelly, M. (2016). Social rhythm therapies for mood disorders: an update. *Current psychiatry reports*, 18(8), 75.

Hoberg, A. A., Ponto, J., Nelson, P. J., & Frye, M. A. (2013). Group interpersonal and social rhythm therapy for bipolar depression. *Perspectives in psychiatric care*, 49(4), 226-234.

Leibenluft E, Albert PS, Rosenthal NE, Wehr TA. Relationship between sleep and mood in patients with rapid-cycling bipolar disorder. *Psychiatry Res*. 1996; 63(2-3): 161-8.

Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *The American journal of psychiatry*. 2008; 165(11): 1408-19.

Shen GH, Alloy LB, Abramson LY, Sylvia LG. Social rhythm regularity and the onset of affective episodes in bipolar spectrum individuals. *Bipolar Disord*. 2008; 10(4): 520-9.

Swartz, H., Frank, E., & Frankel, D. (2008). Psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux (PTIRS) dans le trouble bipolaire II: structure du traitement et exemples cliniques. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 151-184.

Swartz, H. A., Frank, E., O'Toole, K., Newman, N., Kiderman, H., Carlson, S., ... & Houck, P. R. (2011). Implementing interpersonal and social rhythm therapy for mood disorders across a continuum of care. *Psychiatric Services*, 62(11), 1377-1380.

Site web de formation en PTIRS :

<https://www.ipsrt.org/>

Présentations powerpoint :

Bottai, T. (2013) Thérapie interpersonnelle et aménagement des rythmes sociaux pour les troubles bipolaires. Réunion de l'Association bipolaire Provence

Verdeli, H. (2013) Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder : strategies and techniques. University of Pittsburgh School of Medicine

Vidéos :

Calabrese, J. Frank, E. (2014) Treatment choices : options for bipolar disorder. Webinar au sujet du traitement du trouble bipolaire incluant le PTIRS

Annexe II : YMRS (version française)

Échelle de manie de R.C. YOUNG (YMRS) – traduction S. Favre, J.-M. Aubry, A. McQuillan, G. Bertschy,

Guide pour attribuer des points aux items : le but de chaque item est d'estimer la sévérité de cette anomalie chez le patient. Lorsque plusieurs descriptions sont données pour un degré particulier de sévérité, une seule description est suffisante pour pouvoir attribuer ce degré.

Les descriptions données sont des guides. On peut les ignorer si c'est nécessaire pour évaluer la sévérité, mais ceci doit plutôt être l'exception que la règle.

1. Élévation de l'humeur

0. Absente

1. Légèrement ou possiblement élevée lorsqu'on l'interroge

2. Élévation subjective nette ; optimiste, plein d'assurance ; gai ; contenu approprié

3. Élevée, au contenu inapproprié ; plaisantin

4. Euphorique ; rires inappropriés ; chante

2. Activité motrice et énergie augmentées

0. Absentes

1. Subjectivement élevées

2. Animé ; expression gestuelle plus élevée

3. Énergie excessive ; parfois hyperactif ; agité (peut être calmé)

4. Excitation motrice ; hyperactivité continuelle (ne peut être calmé)

3. Intérêt sexuel

- 0. Normal ; non augmenté
- 1. Augmentation légère ou possible
- 2. Clairement augmenté lorsqu'on l'interroge
- 3. Parle spontanément de la sexualité ; élabore sur des thèmes sexuels ; se décrit comme étant hyper sexuel
- 4. Agissements sexuels manifestes (envers les patients, les membres de l'équipe, ou l'évaluateur)

4. Sommeil

- 0. Ne rapporte pas de diminution de sommeil
- 1. Dort jusqu'à une heure de moins que d'habitude
- 2. Sommeil réduit de plus d'une heure par rapport à l'habitude
- 3. Rapporte un moins grand besoin de sommeil
- 4. Nie le besoin de sommeil

5. Irritabilité

- 0. Absente
- 1. Subjectivement augmentée
- 2. Irritable par moment durant l'entretien ; épisodes récents d'énervement ou de colère dans le service
- 3. Fréquemment irritable durant l'entretien ; brusque ; abrupt
- 4. Hostile, non coopératif ; évaluation impossible

6. Discours (débit et quantité)

0. Pas augmenté

1. Se sent bavard

2. Augmentation du débit ou de la quantité par moment ; prolix par moment

3. Soutenu ; augmentation consistante du débit ou de la quantité ; difficile à interrompre

4. Sous pression ; impossible à interrompre ; discours continu

7. Langage – troubles de la pensée

0. Absent

1. Circonstanciel ; légère distractivité ; pensées rapides

2. Distractivité ; perd le fil de ses idées ; change fréquemment de sujet ; pensées accélérées

3. Fuite des idées ; réponses hors sujet ; difficile à suivre ; fait des rimes, écholalie

4. Incohérent ; communication impossible

8. Contenu

0. Normal

1. Projets discutables ; intérêts nouveaux

2. Projet(s) particulier(s) ; hyper religieux

3. Idées de grandeur ou de persécution ; idées de référence

4. Délires ; hallucinations

9. Comportement agressif et perturbateur

0. Absent, coopératif

1. Sarcastique ; parle fort par moment, sur la défensive

2. Exigeant ; fait des menaces dans le service

3. Menace l'évaluateur ; crie ; évaluation difficile

4. Agressif physiquement ; destructeur ; évaluation impossible

10. Apparence

0. Soignée et habillement adéquat

1. Légèrement négligé

2. Peu soigné ; modérément débraillé ; trop habillé

3. Débraillé ; à moitié nu ; maquillage criard

4. Complètement négligé ; orné ; accoutrement bizarre

11. Introspection

0. Présente ; admet être malade ; reconnaît le besoin de traitement

1. Éventuellement malade

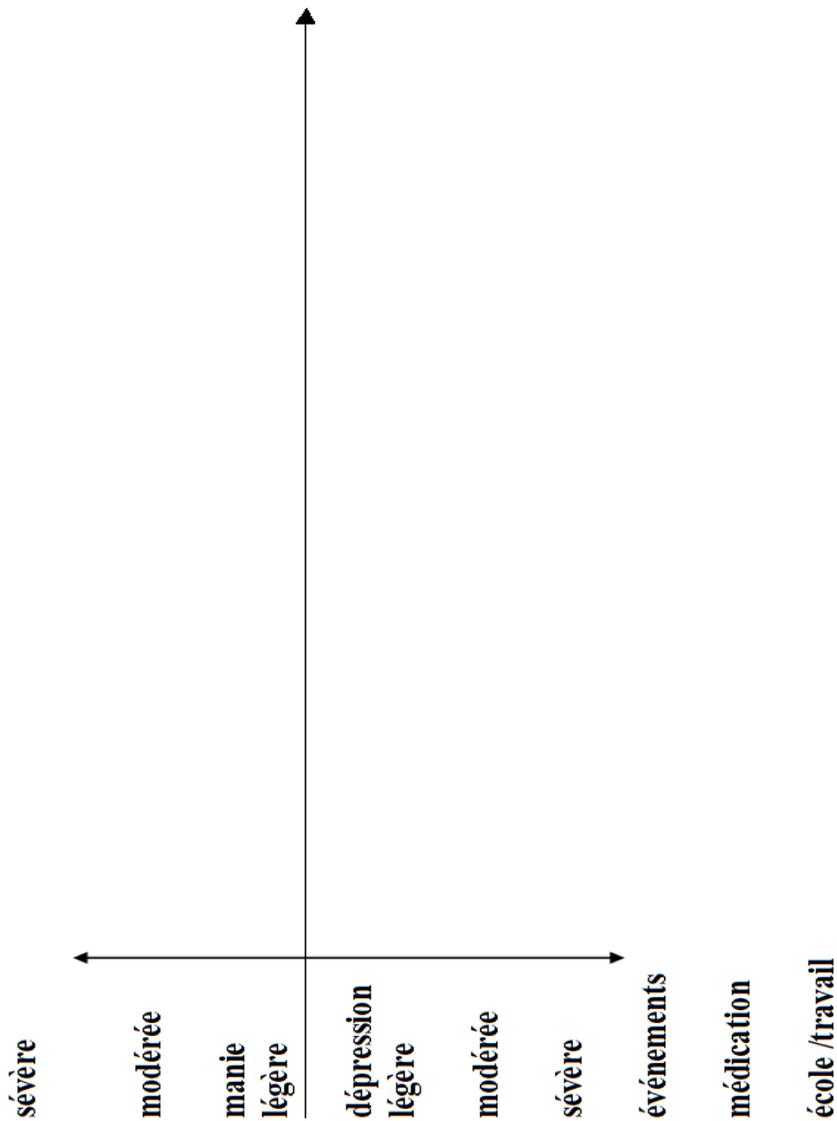
2. Admet des changements de comportement, mais nie la maladie

3. Admet de possibles changements de comportement, mais nie la maladie

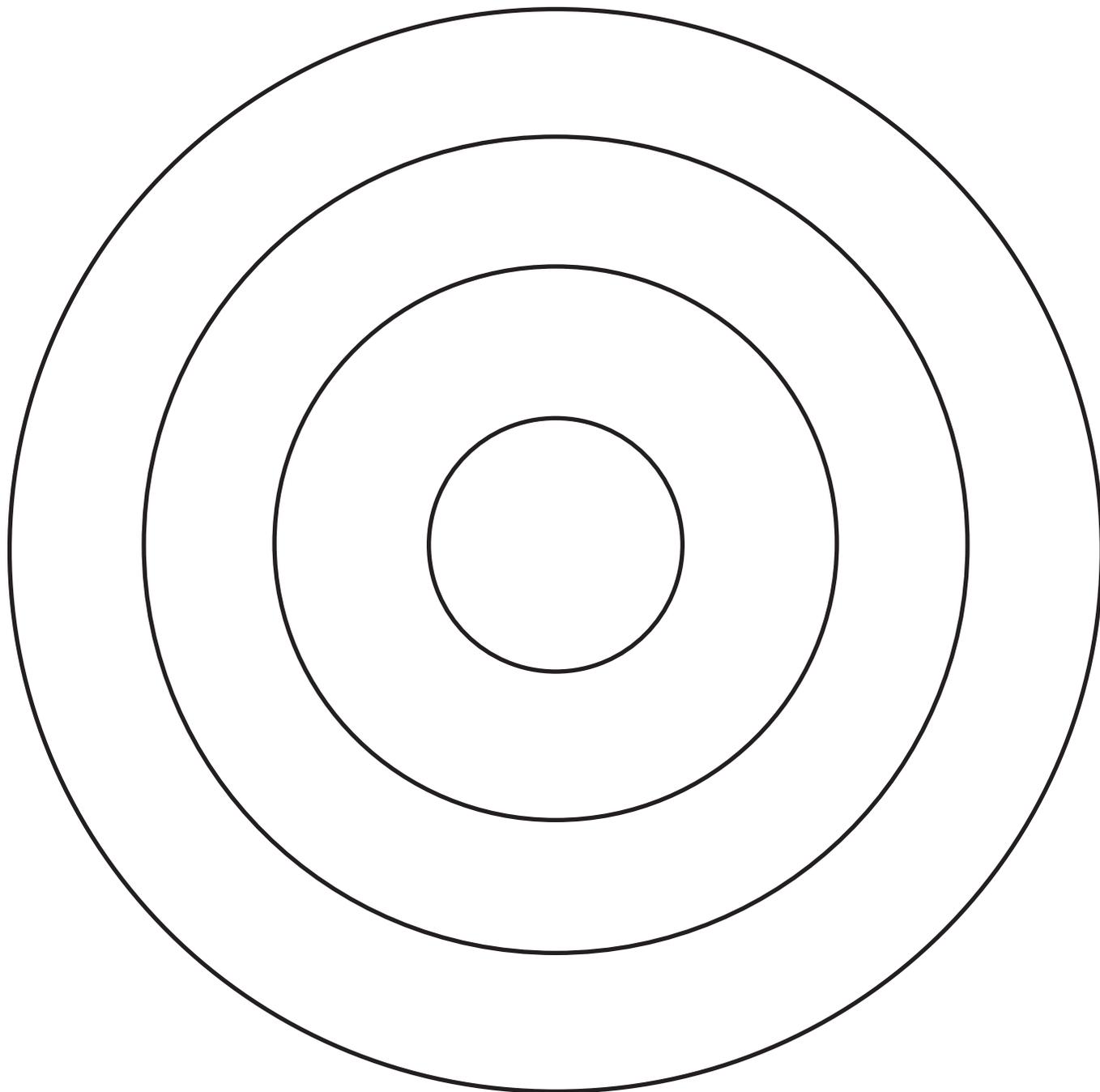
4. Nie tout changement de comportement

Réf.- FAVRE, S., AUBRY, J.M., GEX-FABRY, M., RAGAMA-PARDOS, E., MCQUILLAN, A., BERTSCHY, G., 2003, Traduction et validation française de l'échelle de manie de Young (YMRS). Encéphale, 29, 6, 499-505.

Évolution de la maladie (‘life chart’)



Annexe IV
Inventaire personnel (Cercle de proximité)





Graphique de l'humeur

Nom : _____ Thérapeute : _____ Mois/année : _____

Jours	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Heures de sommeil	T																														
D																															
Manie	+4																														
	+3																														
	+2																														
	+1																														
Humeur normale	0																														
	-1																														
	-2																														
	-3																														
	-4																														
Médication																															
+ si oui, 0 si non (à préciser dans les commentaires)																															
Commentaires																															
Indiquez tout événement significatif affectant votre humeur																															

T : Temps passé au lit (en heures)
D : heures totales Dormies



Directives pour le graphique de l'humeur

Directives générales

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

Les heures de sommeil

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

Graphique

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

Médication :

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

Commentaires

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

Menstruations

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

Légende pour le graphique de l'humeur

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

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

Annexe VI : Échelle Social Rhythm Metric (français)

SOCIAL RHYTHM METRIC-II : VERSION 5 ITEMS (SRMII-5)

Nom : _____ Semaine du : _____

INSTRUCTIONS:

Écrire dans la colonne HC, l'heure ciblée idéale pour accomplir l'activité.

Puis, inscrivez dans la colonne HR, l'heure réelle de réalisation de l'activité.

Enfin, précisez dans la colonne P, le nombre de personnes avec laquelle ou lesquelles vous avez réalisé l'activité :

0=seul; 1= autre(s) personne(s) présente(s); 2= autre(s) personne(s) activement impliquée(s); 3= autre(s) personnes(s) très enrichissante(s).

Activités	Dimanche		Lundi		Mardi		mercredi		Jeudi		vendredi		Samedi		Dimanche		
	HC	HR	P	HC	HR	P	HC	HR	P	HC	HR	P	HC	HR	P	HC	
Levée du lit																	
Premier contact interpersonnel																	
Débuter le travail/le bénévolat/les études/les activités familiales																	
Souper																	
Se coucher pour la nuit																	
Votre humeur de : - 5 à +5 - 5 = très déprimée +5 = humeur exaltée																	

Adapté de Frank, E. (octobre, 2006)

Traduit de l'anglais par Diane Allaire, M. Ps.

Annexe VII

Psychoéducation sur l'hygiène de sommeil

TABLEAU 65-V. – Principes d'une bonne hygiène de sommeil.

-
1. Ne rester au lit que le temps de sommeil
 2. Se lever tous les jours à la même heure, y compris le week-end
 3. Faire de l'exercice physique durant la journée, ce qui améliore le sommeil, mais ne pas en faire le soir durant les 4 heures avant le coucher
 4. La chambre doit être confortable, sans lumière ou bruit gênants
 5. La température de la chambre doit être modérée, entre 16 et 19 °C
 6. Ne pas aller se coucher en ayant très faim
 7. Ne pas aller se coucher après un repas trop copieux
 8. Restreindre l'absorption de liquides le soir pour éviter d'être dérangé(e) durant la nuit par des mictions impérieuses
 9. Éviter l'alcool le soir qui perturbe la qualité du sommeil
 10. Éviter les stimulants comme le café, le thé ou le tabac
 11. En cas de soucis, prendre un peu de temps durant la soirée pour les écrire et les clarifier, ce qui évitera de trop les ressasser lors de l'endormissement
 12. La chambre doit être réservée au sommeil ou à l'activité sexuelle
 13. Aucune autre activité n'est autorisée dans la chambre : repas, travail, télévision, etc.
 14. Éviter une lumière brillante dans la chambre le soir : ordinateur, télévision, lampe halogène, qui modifie les sécrétions endocriniennes nocturnes
 15. Ne pas regarder le réveil lors de l'endormissement ou au cours de la nuit lors d'un réveil, car cela entraîne de l'anxiété et nuit au sommeil
 16. Ne pas essayer de tomber de sommeil. Si le sommeil ne vient pas, se lever et faire une activité tranquille, hors de la chambre, dans une ambiance sereine, telle que lire un livre ennuyeux
 17. Développer des routines d'endormissement
 18. Éviter tout sommeil durant la journée : grasses matinées, siestes
-

La psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux en résumé

Qu'est-ce que la PTIRS? La PTIRS a comme base théorique le fait qu'un dysfonctionnement des rythmes biologiques (circadiens) et que des stressseurs environnementaux ou psychosociaux sont étroitement reliés au développement d'épisodes de bipolarité.

Objectifs: Les objectifs thérapeutiques vont viser à rétablir un meilleur équilibre des dynamiques biologiques et psychosociales de façon à prévenir la survenue d'épisodes qui y sont reliés. Deux approches conceptuelles sont utilisées à cet effet: une approche comportementale est axée sur le rétablissement et/ou le maintien d'une stabilité des rythmes circadiens, et une approche interpersonnelle, de même nature que celle utilisée dans le traitement de la dépression unipolaire, qui vise à atténuer les effets des différents stressseurs et événements de vie à la fois sur la régulation chronobiologique et sur le déclenchement d'épisodes affectifs.

À qui s'adresse-t-elle? Elle a été conçue pour traiter le trouble bipolaire. Elle pourrait possiblement aider les patients souffrant de dépression et d'insomnie.

Comment l'appliquer?

1. Phase initiale (3-5 séances) : débiter avant la rémission complète des symptômes
 - Histoire longitudinale de la maladie : Life Chart
 - Inventaire interpersonnel : le cercle personnel
 - Psychoéducation sur le trouble bipolaire
 - Identifier un domaine problématique
 - Amorcer l'analyse des rythmes sociaux : Social Rhythm Metric simplifié
2. Phase intermédiaire : Régularisation des rythmes sociaux et travail sur le focus (deuil pathologique, transition de rôle dont le deuil du soi sain, conflits interpersonnels, déficit interpersonnel)
3. Phase terminale : diminution graduelle de la fréquence des séances ciblant : résolution de problèmes interpersonnels, amélioration du fonctionnement social, revue des déclencheurs des perturbations de rythmes sociaux, détection des symptômes cibles

Quels sont les outils disponibles?

- Questionnaire sur le trouble bipolaire
- YMRS
- Évolution de la maladie (Life chart)
- Inventaire interpersonnel : cercle de proximité
- Graphique de l'humeur
- Social Rhythm Metric simplifié

Comment se former?

Frank, Ellen. *Treating Bipolar Disorder – A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy*. Guilbord Press, 2005

<https://www.ipsrt.org/>

Renée Leblanc
Psychologue

Dr Jean Leblanc
Psychiatre

Département de psychiatrie
CIUSSS-NIM

Ce guide s'intègre dans une série de mini-guides sur la psychothérapie, élaborés en collaboration avec le Centre de Psychothérapie affilié au Pavillon Albert-Prévost. Ces guides tentent principalement de répondre aux questions que peuvent se poser les thérapeutes débutants et se veulent une introduction aux différents types de psychothérapie existants.

