

Communication

# Les thérapies de groupe pour patients bipolaires

## *Group therapy for outpatients with bipolar disorder*

E. Siobud-Dorocant\*, C. Mirabel-Sarron, A. Docteur, M. Bachelart,  
D. Goujon, J.-D. Guelfi, F. Rouillon

*Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, hôpital Sainte-Anne, université René-Descartes (Paris-V),  
100, rue de la Santé, 75674 Paris cedex 14, France*

Disponible sur Internet le 28 octobre 2009

---

### Résumé

Le traitement classique et consensuel du trouble bipolaire est une thymorégulation médicamenteuse. Ce traitement est incomplètement efficace chez de nombreux patients. Plusieurs approches psychothérapeutiques de groupe sont proposées. Une première approche, psychoéducatrice, s'adresse à tous les patients. Historiquement, un programme long est proposé. Plus récemment, des programmes courts sont évalués pour répondre aux difficultés liées à la durée de la thérapie, trop longue pour beaucoup de patients. Une seconde approche, issue des thérapies cognitives et comportementales peut être proposée à presque tous les patients, en particulier les plus complexes. L'évaluation de l'ensemble des programmes présentés conclut à leur impact favorable sur le cours de la maladie.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Maladie bipolaire ; Psychoéducation ; Psychothérapie ; Thérapie comportementale et cognitive

### Abstract

The consensus makes mood stabilizer the treatment of bipolar disorder. However, numerous patients are not in complete remission despite a controlled observance. Every patient can follow a psycho educational program. The most complex situations can be helped by behavioral and cognitive therapy for bipolar disorder. Evaluations emphasize positive impact.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Keywords*: Behavioral and cognitive therapy; Bipolar disorder; Psychoeducation; Psychotherapy

---

## 1. Introduction

Le trouble de l'humeur bipolaire est une maladie grave, source de handicap important. Il toucherait dans sa forme la plus caractéristique environ 1 % de la population [12]. Le traitement par thymorégulateurs fait actuellement l'objet d'un consensus. Ce traitement a considérablement modifié le cours de la maladie en augmentant significativement la durée de la rémission clinique. Toutefois, il est insuffisant. La compliance thérapeutique reste difficile. Elle est un facteur majeur de récurrence. La plupart des patients bipolaires traités par thymorégulateurs acquièrent progressivement une stabilité de

l'humeur. Toutefois, 37 % conservent des fluctuations de l'humeur [8]. Ces éléments cliniques et fonctionnels favoriseraient les récurrences thymiques. Le terme de psychoéducation recouvre aujourd'hui des interventions de psychoéducation au sens strict, des interventions intégrant psychoéducation et thérapie cognitive et comportementale ainsi que des interventions d'information hors champ psychoéducatif.

## 2. Les programmes psychoéducatifs

L'objectif de cette approche en association avec un traitement thymorégulateur est d'augmenter l'observance médicamenteuse et la connaissance de la maladie du patient. La diminution de taux de récurrences, l'amélioration de la qualité de vie en serait la conséquence. Pour ce faire, deux types d'intervention sont proposés :

---

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : docteur.siobud@yahoo.fr (E. Siobud-Dorocant).

- des programmes courts de moins de dix séances ;
- des programmes longs de dix à 20 séances.

### 2.1. Les programmes longs

La référence internationale est le programme de Barcelone proposé par Colom et Vieta [3]. La thérapie se déroule en 20 séances (Tableau 1). Les changements induits par la psychoéducation sont les suivants :

Changement de premier niveau :

- prise de conscience de la maladie.
- détection précoce des symptômes.
- observance du traitement.

Changement de deuxième niveau :

- contrôle du stress.
- la régulation du style de vie.
- la prévention des conduites suicidaires.

Changement de troisième niveau :

- augmentation des connaissances et de la gestion sur l'impact des épisodes thymiques (passés ou futurs).
- augmentation des activités sociales et interpersonnelles entre les épisodes.
- l'abrasion maximale des symptômes résiduels qui permet l'amélioration de la qualité de vie.

La diminution des épisodes n'intervient qu'après l'acquisition de changement de niveau 3. La non-acquisition du niveau 1 marquerait l'absence d'impact de la psychoéducation.

#### 2.1.1. Évaluation

L'évaluation de la psychoéducation du patient a été réalisée par Colom et al. en 2003 [2]. Une étude randomisée contrôlée chez 120 patients bipolaires 1 et 2, en suivi ambulatoire, sous thymorégulateur et stable cliniquement depuis six mois au moins conclut à l'impact positif. Leur étaient appliqués le programme en 20 séances puis un suivi clinique de deux ans. Le « marqueur » était le taux de récurrence thymique (Tableau 2). Le suivi de ce programme diminue significativement le taux de récurrences.

Plus récemment, l'impact positif d'une intervention psychoéducative est réaffirmé lors d'une étude préliminaire de patients bipolaires 2 [4]. L'adjonction à la thymorégulation d'une psychoéducation constituerait un bénéfice médicoéconomique à long terme à cinq ans [13].

### 2.2. Les programmes courts

Une équipe bordelaise conclut à l'impact positif, en termes de connaissance de la maladie et du traitement, de quatre séances psychoéducatives chez 38 patients bipolaires hospitalisés [14].

Tableau 1  
Phases du programme psychoéducatif.

<i>Phase 1</i>	<i>Prise de conscience de la maladie</i>
Séance 1	Présentation du programme et des règles du groupe
Séance 2	Qu'est-ce que le trouble bipolaire ?
Séance 3	Facteurs étiologiques et déclenchants
Séance 4	La manie et l'hypomanie
Séance 5	La dépression et les épisodes mixtes
Séance 6	Évolution et pronostic
<i>Phase 2</i>	<i>Adhésion au traitement pharmacologique</i>
Séance 7	Les thymorégulateurs
Séance 8	Les antimaniaques
Séance 9	Les antidépresseurs
Séance 10	Les taux plasmatiques des thymorégulateurs
Séance 11	Grossesse et conseils
Séance 12	Les thérapies alternatives ou la psychopharmacologie.
Séance 13	Les risques de l'arrêt du traitement.
<i>Phase 3</i>	<i>Les abus de substances</i>
Séance 14	Les substances psychoactives
<i>Phase 4</i>	<i>La détection précoce des épisodes thymiques</i>
Séance 15	Détection précoce des épisodes maniaque et hypomaniaque
Séance 16	Détection précoce des épisodes dépressif et mixte
Séance 17	Quelle attitude adopter au tout début d'un épisode thymique
<i>Phase 5</i>	<i>Rythme de vie et gestion du stress</i>
Séance 18	Importance de la régularité des habitudes de vie
Séance 19	Les techniques de contrôle du stress
Séance 20	La résolution de problème

Tableau 2  
Récidives.

	Groupe psychoéducation (%)	Groupe témoin (%)
Récidives de tout type	67 ( $p < 0,001$ )	92
Récidives maniaques	45 ( $p < 0,003$ )	75
Récidives dépressives	41 ( $p < 0,001$ )	72
Récidives mixtes	20 ( $p < 0,003$ )	45

#### 2.2.1. Les psychothérapies des rythmes sociaux et des relations interpersonnelles d'Ellen Franck

Cet auteur présente une adaptation des thérapies interpersonnelles aux malades bipolaires. Elle développe un modèle associant des éléments de chronobiologie et des techniques des thérapies interpersonnelles. En effet, elle insiste sur le nécessaire respect des rythmes biologiques de base (sommeil, alimentation), sur le maintien et l'équilibre dans les stimulations sociales et les activités sociales. Au cours d'une thérapie limitée dans le temps, les patients apprennent à améliorer leurs relations interpersonnelles et à réguler leurs rythmes quotidiens [11].

L'évaluation de ce programme par étude contrôlée randomisée sur 175 patients inclus en phase aiguë faite par Franck et al. conclut à l'augmentation significative de la durée des rémissions cliniques [6]. Une autre étude contrôlée de l'auteur et randomisée sur deux ans et demi montrerait une reprise plus rapide des activités sociales chez les patients ayant suivi ce programme dès la phase aiguë [7].

Tableau 3  
Déroutement du programme de Lam.

---

*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 de la life-chart  
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  
Identification des signes précurseurs des rechutes

---

### 3. Indications de la psychoéducation

#### 3.1. Les patients

La psychoéducation devrait être proposée à tous les patients, même si aujourd'hui elle l'est aux patients les plus sévèrement atteints. Ils sont inclus quand ils sont normothymiques, sans addiction au premier plan, traités par thymorégulateur depuis plus de six mois.

#### 3.2. La famille

L'entourage proche des patients, parents, amis, peut aussi bénéficier d'une éducation à la maladie.

#### 3.3. Les thérapeutes

Les intervenants doivent avoir une expérience de la thérapie de groupe. Ils sont psychiatres, psychologues ou infirmiers psychiatriques, ce qui exclut les patients et les accompagnants sociaux. Ils animent les groupes à deux.

Le groupe doit être homogène, en excluant les personnalités antisociales ou trop rigides.

### 4. Les thérapies cognitives et comportementales

L'approche psychothérapeutique comportementale et cognitive s'intéresse au trouble bipolaire dès les années 1990. Deux équipes proposent un programme pour des groupes de patients : Bauer et McBride, ainsi que Lam et al. dont le travail est aujourd'hui la référence internationale. Tous les programmes sont structurés autour de trois phases :

- une phase éducative ;
- une phase d'apprentissage de techniques comportementales et cognitive ;
- enfin une phase de consolidation.

Tous ont pour objectif final de diminuer le taux de récurrence.

#### 4.1. Les programmes

Le programme de Lam et al. s'appuie sur le modèle stress vulnérabilité. Les rechutes sont favorisées par l'inadaptation des réponses du patient face aux prodromes puis aux premiers symptômes thymiques. À partir du modèle de Beck, l'auteur propose une stratégie plus adaptée prévenant l'évolution spontanée vers l'épisode thymique (Tableau 3) [9].

Le programme de Bauer et McBride comporte deux étapes, la première en cinq sessions de groupe fermé concerne la psychoéducation, la seconde en groupe semi-ouvert identifie et s'attache à la réalisation d'objectifs personnels dans le domaine social et professionnel grâce à des outils comportementaux et cognitifs (Tableau 4) [1].

#### 4.2. Indications des thérapies cognitives et comportementales

Ces psychothérapies acceptent les patients présentant une ou plusieurs comorbidités telles qu'un trouble de la personnalité ou un trouble anxieux. Les patients présentant une addiction sévère non sevrée au premier plan du tableau clinique et ceux qui ne prennent pas de thymorégulation sont exclus. Les thérapeutes sont deux, psychiatre ou psychologue clinicien, formés aux thérapies cognitive et comportementale.

Tableau 4  
Les deux programmes (Bauer et McBride et Lam).

Programme	Bauer et McBride	Lam
Durée	20 séances sur un an	20 séances sur un an
Objectifs	Mieux gérer la maladie et améliorer le fonctionnement social	Améliorer la compliance médicamenteuse et l'information sur la maladie. Prévenir les récurrences
Psychoéducation	Oui	Oui
Restructuration cognitive	Non	Oui
Techniques comportementales	Oui	Oui
Identification et gestion des facteurs de stress	Oui	Oui
Stratégie de coping	Non	Oui
Identification et modification des schémas dysfonctionnels	Non	Non
Participation de l'entourage	Oui	Non

### 4.3. Évaluation des programmes comportementaux et cognitifs

L'évaluation de ces pratiques est difficile de par les contraintes de l'évaluation en général des psychothérapies. Les études sont peu nombreuses. Deux études contrôlées sont retrouvées dans la littérature.

Lam et al. concluent en 2005 par une diminution significative du taux de récurrence à deux ans dans le groupe ayant suivi le programme [10].

Docteur et al. concluent à une diminution des rechutes, à une amélioration du fonctionnement social et de la qualité du *coping*, à une amélioration de l'estime de soi, et enfin à une diminution des attitudes dysfonctionnelles [5].

Les deux auteurs sont également réservés sur le maintien à long terme du bénéfice de ces thérapies.

## 5. Conclusion

L'intérêt d'une intervention psychologique en complément du traitement médicamenteux s'affirme progressivement. La littérature internationale présente plusieurs approches dont l'impact est favorable sur le cours de la maladie bipolaire. Tous ces programmes améliorent significativement les connaissances des patients sur la maladie et les traitements. Certains améliorent le maintien des routines biologiques, la gestion du stress ainsi que la résolution de problème. La rémission clinique pourrait s'améliorer qualitativement et quantitativement. Il serait donc intéressant de proposer à tous les patients dès le début d'associer au traitement thymorégulateur une psychoéducation structurée. Dans les situations complexes répondant mal aux régulateurs de l'humeur à cause de comorbidités, il faut savoir proposer une aide psychothérapique spécifique complémentaire.

## 6. Conflit d'intérêt

Aucun.

## Références

- [1] Bauer MS, McBride L. Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire : une approche structurée, le programme d'objectifs personnels. Paris: Médecine & Hygiène; 2002.
- [2] Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:402–7.
- [3] Colom F, Vieta E. Manuel de psychoéducation pour les troubles bipolaires. Marseille: Solal; 2006.
- [4] Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, Goikolea JM, Popova E, Bonnin CM, et al. Psychoeducation for bipolar 2 disorder: an exploratory 5-year outcome subanalysis. *J Affect Disorders* 2009;112:30–5.
- [5] Docteur A, Mirabel-Sarron C, Urdapilleta I, Siobud-Dorocant E, Guelfi JD, Rouillon F. Évaluation clinique et cognitive d'une thérapie comportementale et cognitive de groupe chez des patients bipolaires 1. *J Ther Comportementale Cogn* 2007;17:79–83.
- [6] Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagioni AM, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar 1 disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:996–1004.
- [7] Frank E, Soreca I, Swartz HA, Fagioli AM, Mallinger, Thase ME, et al. The role of interpersonal rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar 1 disorder. *Am J Psychiatry* 2008;165:1559–65.
- [8] Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:1635–40.
- [9] Lam D, Jones S, Hayward P. Cognitive therapy for bipolar disorder : a therapist's guide to concept, methods and practice. New York: Wiley; 1999
- [10] Lam D, Hayward P, Watkins E, Wright K, Sham P. Relapse prevention in patients with bipolar disorders: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry* 2005;162:324–9.
- [11] Mirabel-Sarron C, Lignac-Solignac I. Les troubles bipolaires. Paris: Dunod; 2009.
- [12] Rouillon F. Épidémiologie des troubles bipolaires. Données actuelles. *L'Encéphale* 1997;7–11 [sp1].
- [13] Scott J, Colom F, Benabarre A, Cruz N, Valenti M, Goikolea JM, et al. Long term mental health resource utilisation and cost of care following group psychoeducation or unstructured group support for bipolar disorders: a cost-benefit analysis. *J Clin Psychiatry* 2009;70:378–86.
- [14] Tournier M, Cougnard A, Verdoux H, Droulout T. Évaluation d'un programme de psychoéducation individuel chez des patients hospitalisés pour un trouble bipolaire. *Ann Med Psychol* 2008;166:286–91.

## Discussion

*Dr Perol.*— La psychoéducation est actuellement multiple et polymorphe ; il ne faudrait pas que les psychiatres croient qu'il faut absolument une équipe formée au TCC pour faire de la psychoéducation ; l'exemple de l'équipe de Barcelone confirme l'efficacité d'un programme de huit à dix séances, principalement « éducatives ». Malheureusement, à peine une équipe psychiatrique sur dix en France a mis en place ce traitement efficace, donc indispensable. . .

*Réponse du Rapporteur.*— C'est exact. La psychoéducation *stricto sensu* devrait être proposée à tous les patients. Elle ne nécessite pas de connaissance en TCC. Les programmes développés en TCC montrent un intérêt particulier pour les patients, d'autant plus qu'ils sont comorbides. La qualité des soins gagnerait dans l'état actuel de nos connaissances à augmenter l'accès des patients aux psychoéducations.

DOI de l'article original : [10.1016/j.amp.2009.09.009](https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.09.009)