



Module de formation sur le trouble bipolaire

Adaptation du *Life Goals Program*

Lilly

Préface

Psychoéducation de groupe

L'objectif général de la psychoéducation consiste à fournir aux patients des renseignements sur les différents aspects de leur maladie et de son traitement. En outre, la thérapie de groupe facilite l'intégration des concepts et encourage chez chacun des membres un changement comportemental motivé. Cet objectif est atteint grâce à un climat non menaçant d'acceptation entre des patients qui partagent une maladie ou des expériences communes. Ici, le rôle de l'animateur consiste à fournir non seulement de l'information, mais aussi une plateforme de collaboration qui mise sur les compétences de chacun des membres du groupe en tant qu'expert de sa propre maladie. Cela renforce chez les membres la sensation d'autonomie et de responsabilité, de même que l'impression de contrôle sur leur maladie et leur traitement.

Survol du Life Goals Program

Le *Life Goals Program* est un programme structuré de psychoéducation sur le trouble bipolaire qui se divise en deux phases séquentielles. La première phase consiste en six rencontres de psychoéducation de groupe qui informent les participants sur le trouble bipolaire et son traitement. Chaque rencontre suit un ordre du jour précis et est divisée par sujets. La deuxième phase se déroule selon une formule de groupe ouvert conçue pour identifier les objectifs personnels que les patients ont été incapables d'atteindre en raison de la maladie. Le déroulement de cette phase dépend davantage du contenu que de l'ordre du jour et la durée en est adaptée selon les besoins et les objectifs des membres. Cela signifie que la durée de la participation des patients à la Phase 2 du programme ne dépend pas d'un nombre spécifique de rencontres, mais plutôt de l'atteinte des objectifs fixés.

Il est important que l'animateur garde à l'esprit que le trouble bipolaire est une maladie dont l'évolution est variable et imprévisible. De plus, le changement est habituellement un processus graduel. L'un des objectifs globaux du *Life Goals Program* consiste à aider les membres à composer de façon constructive avec les limites que leur impose la maladie. Sachant cela, des atteintes réalistes devraient être fixées pour les patients et les animateurs de façon à maximiser une perception appropriée de la réussite du programme.

Préface

Le Life Goals Program, une rencontre à la fois

Rencontre	Description
Rencontre individuelle préalable aux rencontres de groupe	
	La première rencontre individuelle devrait avoir lieu environ une semaine avant la première rencontre de groupe. Son objectif consiste à évaluer l'intérêt, la disponibilité et la capacité du patient à participer au <i>Life Goals Program</i> .
PHASE I	
1 ^{ère} rencontre : Orientation	Cette rencontre est conçue pour orienter les membres du groupe vers l'environnement de thérapie de groupe, pour commencer à établir la relation thérapeutique, pour donner une description objective du trouble bipolaire et pour explorer les conséquences des séquelles psychiatriques sur le traitement du trouble bipolaire.
2 ^e rencontre : Manie, 1 ^{ère} partie	Cette rencontre a pour but de favoriser la sensibilisation des membres aux signes, symptômes et éléments déclencheurs d'un épisode (hypo)maniaque de telle sorte qu'ils seront en mesure de prendre part à la surveillance de leur maladie et à la mise en application de comportements de prise en charge efficaces.
3 ^e rencontre : Manie, 2 ^e partie	Cette rencontre est conçue pour aider les membres à entamer le processus d'association des premiers signes, symptômes et éléments déclencheurs d'un épisode maniaque à l'instauration d'un comportement de prise en charge efficace.
4 ^e rencontre : Dépression, 1 ^{ère} partie	Cette rencontre a pour but de favoriser la sensibilisation des membres du groupe aux signes, symptômes et éléments déclencheurs d'un épisode dépressif, ce qui leur permettra de prendre part à la surveillance de la maladie et à l'instauration de comportements de prise en charge efficaces.
5 ^e rencontre : Dépression, 2 ^e partie	Cette rencontre est conçue pour aider les membres du groupe à entamer le processus d'association des premiers signes, symptômes et éléments déclencheurs d'un épisode dépressif à l'instauration d'un comportement de prise en charge efficace.
6 ^e rencontre : Traitements du trouble bipolaire	Compte tenu du rôle important que joue la pharmacothérapie dans la prise en charge du trouble bipolaire, un pharmacien spécialisé dirige la présentation des médicaments utilisés pour maîtriser la maladie. Cette rencontre touche également à la collaboration entre le patient et l'équipe soignante, à la psychothérapie comme traitement adjuvant et aux rythmes circadiens.
Reprise de la 6 ^e rencontre (facultatif)	La 6 ^e rencontre peut être reprise en compagnie de la famille et des amis du patient dans le but de favoriser le dialogue entre eux.

Module de formation sur le trouble bipolaire

Préface

7 ^e et 8 ^e rencontres (facultatif)	Comme le programme met l'accent sur l'acquisition de compétences spécifiques visant à reconnaître les éléments déclencheurs et les symptômes de la manie et de la dépression, il peut se révéler utile pour les patients de participer à deux rencontres additionnelles au cours desquelles ils feront l'apprentissage d'autres techniques de gestion du stress incluant des techniques cognitives et des compétences comportementales. Les rencontres peuvent être adaptées selon les besoins de la clientèle et de l'environnement.
PHASE 2	
Le nombre de rencontres est déterminé en fonction de l'atteinte des objectifs individuels.	Les groupes qui participent à la Phase 2 sont formés à partir de cohortes multiples qui ont terminé la Phase 1. Cette deuxième phase aborde les aspects psychologiques, sociaux et professionnels du trouble bipolaire qui influent sur la vie des patients. Les objectifs individuels sont articulés et formulés de façon à permettre l'évaluation des progrès et la réussite du programme.
Rencontre individuelle consécutive aux rencontres de groupe	
	La deuxième rencontre individuelle devrait avoir lieu au plus tard deux semaines après la dernière rencontre de groupe. Elle a pour but de compléter et d'éclaircir les renseignements reçus durant les rencontres de groupe par le biais de discussions personnalisées sur les connaissances acquises et les nouvelles compétences du patient relativement à la maîtrise de sa maladie.

La production de ce CD a été rendue possible grâce à la collaboration des personnes suivantes :

Philippe Baruch, M.D., M. Sc. psychiatre, Centre hospitalier Robert-Giffard

Serge Beaulieu, M.D., Ph. D., FRCPC, psychiatre, Institut Douglas

Nathalie Dion, B. Pharm., M. Sc., pharmacienne, Centre hospitalier Robert-Giffard

Ellen Paquet, inf., B. Sc., Institut Douglas

Nancy Poirier, M. Ps., psychologue, Institut Douglas

Martin D. Provencher, Ph. D., psychologue, École de psychologie, Université Laval

Rébecca Sablé, DESS, neuropsychologue, Institut Douglas

Julie St-Amand, M. Ps., psychologue, Centre hospitalier Robert-Giffard

Julie Tremblay, M.D., M. Sc., FRCPC, psychiatre, Centre hospitalier Robert-Giffard

Auteurs de la version originale du *Life Goals Program* : Mark S. Bauer, M.D. et Linda McBride, M. Sc. inf. (2001 et 2003 – 2^e édition)

Adaptation française : Jean-Michel Aubry, M.D. (2001)

Compétences de gestion de la maladie

Phase 1 : Compétences de gestion de la maladie

Vue d'ensemble du programme

Préparation du thérapeute

Le psychothérapeute qui anime une thérapie de groupe avec des sujets atteints de maladie bipolaire devrait être un thérapeute professionnel expérimenté dans la psychothérapie de groupe, familiarisé avec les concepts et la pratique des thérapies cognitives et comportementales, et ayant une bonne compréhension clinique du trouble bipolaire. Ce manuel sert de guide pour faciliter l'établissement d'un ordre du jour spécifique considéré utile aux personnes qui apprennent à gérer le trouble bipolaire. Bien que ce manuel soit très structuré, la majorité du contenu de chaque rencontre sera déterminé par le style personnel du thérapeute et par les caractéristiques individuelles des participants.

Instructions pour le thérapeute

L'ambiance du groupe

Le Programme d'objectifs personnels propose une approche psychoéducative associée à la résolution de problèmes pour un traitement psychosocial du trouble bipolaire, au moyen de stratégies cognitives, comportementales et interpersonnelles non intrusives pour les groupes. Le rôle du thérapeute est de transmettre des informations aux participants et de faciliter l'intégration de nouveaux concepts et comportements. Les participants apprennent à développer une conception plus juste d'eux-mêmes, de leur maladie et de leur environnement, ainsi qu'à établir des buts réalistes et à aborder de manière plus efficace leurs problèmes (Beck, *et al.*, 1979). Les solutions aux problèmes courants liés aux séquelles transitoires et chroniques de la maladie bipolaire en sont la cible principale. Les dynamiques d'interaction ne sont pas développées en profondeur, même si elles font partie intégrante des fonctions curatives sous-jacentes à la thérapie de groupe (Yalom, *et al.*, 1975). Des interprétations de manifestations inconscientes et la stimulation interpersonnelle sont évitées en faveur de discussions sur l'impact de comportements spécifiques dans les situations de la vie courante.

En accord avec l'approche de Goodwin et Jamison (1990), l'orientation de cette thérapie de groupe est d'adopter une approche « souple ». Ce style implique que la confrontation est considérée comme intrusive et potentiellement génératrice de rechutes (Kufferle, *et al.*, 1988). De façon similaire aux techniques d'entrevue motivationnelle (Miller & Rollnick, 2002), la modification de comportement est vue comme un processus qui est déterminé par l'individu et qui doit être accompagné d'une motivation personnelle. *En d'autres termes, le changement s'opère lorsque le participant reconnaît et compare les coûts et les bénéfices de comportements particuliers.*

Le rôle du thérapeute à cet égard est de soutenir l'effort du patient pour gérer sa maladie et de faciliter les processus qui peuvent activer le développement de stratégies plus efficaces, lorsque celles qui sont habituellement utilisées sont insuffisantes. Il est important que l'individu travaille à un rythme qui lui est propre afin de pouvoir intégrer les processus associés au changement comportemental; dans le cas contraire, il est probable que le participant résistera et/ou quittera le groupe prématurément (Prochaska & DiClemente, 1984; Miller & Rollnick, 2002). Par exemple, le processus de changement décrit par Prochaska et Di Clemente consiste en quatre étapes : (1) précontemplation : n'est pas prêt à envisager un changement de comportement, (2) contemplation : commence à envisager un changement de comportement, (3) action : pose des gestes concrets pour changer un comportement, et (4) maintien : le comportement est changé. Toutefois, avec une maladie chronique, il est plus juste de voir les participants comme étant dans un processus; ils peuvent progresser dans le cycle de changement, mais aussi revenir à leur comportement habituel et moins efficace; donc, les mêmes problèmes devront être abordés à nouveau. C'est le cycle naturel de changement comportemental qui caractérise la gestion d'une maladie chronique. Ainsi, les individus doivent souvent faire de multiples tentatives pour adopter une stratégie d'adaptation plus efficace avant qu'elle devienne stable et constante.

Phase 1 : Compétences de gestion de la maladie

L'approche technique du thérapeute

L'environnement de groupe crée un climat d'acceptation rassurant qui encourage la participation autodirigée à l'apprentissage et au changement comportemental. Les participants sont encouragés à questionner et à explorer à la fois leurs propres idées et celles des autres, aussi bien qu'à partager des expériences constructives. Une relation de collaboration entre le thérapeute et chaque participant est conseillée pour renforcer le sens de l'autonomie et de la responsabilité par rapport à ses changements comportementaux.

Le thérapeute est l'expert en ce qui concerne les aspects cliniques et le traitement, mais doit aussi reconnaître et mettre à profit la variabilité des expériences personnelles des participants. Cette approche renforce l'estime de soi des participants et leur sentiment de contrôle concernant les aspects spécifiques de leur maladie et de leur traitement. Chaque participant est, en fait, expert dans le domaine de sa propre maladie!

Le processus et les composantes didactiques du programme de thérapie de groupe sont fondés sur le questionnement et sur les contributions individuelles des participants plutôt que sur des exposés non-interactifs limités aux interprétations des thérapeutes. Au moyen de questions, le thérapeute stimule la réflexion des participants, leurs valeurs et leurs perceptions, et finalement guide les participants dans l'élaboration individuelle de méthodes pour la résolution de problèmes (Beck *et al.*, 1979).

Tout au long de ce manuel, l'approche implicite à la psychoéducation et au développement de compétences de gestion est de commencer par des discussions générales sur les différents aspects de la maladie afin d'encourager la participation des membres (par exemple, en générant des discussions de groupe sur les symptômes de la manie). Le thérapeute mobilise ensuite chaque participant pour se concentrer sur les aspects pertinents de sa propre maladie (par exemple, par les tâches du cahier tels qu'établir une liste des déclencheurs personnels de la manie).

D'après notre expérience, la tolérance des participants à la stimulation de l'interaction de groupe et à la

découverte de soi est variable. De même, certains thèmes comme le suicide et la psychose peuvent être difficiles à supporter. Il est fortement conseillé au thérapeute de moduler le degré de participation et d'offrir un appui basé sur l'observation d'indices verbaux et non verbaux. Ainsi, les questions relatives au processus et au déroulement du programme devraient être abordées (par exemple, les différences d'approche interpersonnelle entre les participants ou entre les participants et le thérapeute), sans toutefois perturber l'ordre du jour de la rencontre.

On nous pose souvent des questions sur l'inclusion de participants avec un trouble schizo-affectif. Des participants avec un trouble schizo-affectif ont été impliqués dans le programme de groupe depuis ses débuts. Généralement, ces participants apprennent avec succès les habiletés de gestion de la maladie, bénéficient du climat de soutien et tolèrent les techniques cognitives, comportementales et interpersonnelles de faible intensité. Certains participants avec des troubles de la pensée sévères ont eu de la difficulté à tolérer le cadre du programme. Il est suggéré que le thérapeute rencontre et évalue tous les participants potentiels avant de commencer le programme et établit les buts selon les caractéristiques des participants et leur profil de symptômes.

Il est important que le thérapeute garde à l'esprit que le trouble bipolaire suit un parcours variable et imprévisible. La flexibilité du thérapeute est nécessaire pour compenser de telles variations au niveau de l'humeur, de la cognition, des comportements, ainsi que les caractéristiques de dépendance des personnes souffrant de cette maladie. Le thérapeute met des limites sur les questions qui sont en dehors du champ de préoccupation, tout en étant prêt à gérer les crises inévitables qui sont exprimées au sein du groupe. De telles crises devraient être gérées d'une manière appropriée, en collaboration avec les autres intervenants concernés.

Par ailleurs, si un des participants « s'égare » alors qu'il n'est pas dans une situation de crise, le thérapeute peut relever que le sujet est important, puis convenir du lieu et du moment où il pourra être discuté. Au besoin, les thèmes prévus à l'ordre

Phase 1 : Compétences de gestion de la maladie

du jour peuvent être retirés et reformulés pour être adaptés aux buts de la rencontre. Fréquemment, des thèmes évoqués à plusieurs reprises par les participants représentent des questions qui peuvent être reformulées sous forme de but à orientation comportementale que les participants peuvent travailler au cours de la Phase 2.

Même les individus les plus collaborants risquent de ne jamais réussir à contrôler complètement leur maladie. Ils sont souvent vulnérables à un certain degré d'instabilité de l'humeur, soit spontanément, soit à la suite de stress psychosociaux. De plus, le changement désiré est typiquement un processus graduel. En adoptant des attentes réalistes, le participant et le thérapeute pourront minimiser la frustration, la déception, le déni et le ressentiment. Ainsi, un des buts principaux du programme est d'aider les participants à faire face de manière constructive aux limitations dues à la maladie.

Soulignons que dans la thérapie de groupe pour des personnes souffrant d'un trouble mental chronique caractérisé par des récurrences tel que le trouble bipolaire, il peut se révéler difficile de prévenir l'abandon des participants. Cela requiert du thérapeute qu'il soit disponible afin de maintenir le contact avec les participants et de positionner le groupe comme un outil pour promouvoir, développer et/ou restaurer le fonctionnement optimal chez des personnes souffrant de maladie bipolaire. Il devrait maintenir un contact actif avec les différents participants afin de pouvoir aider ceux qui manquent des rencontres à surmonter les obstacles perturbant leur participation au groupe. Typiquement, les participants qui adhèrent aux règles de base du programme de groupe sont toujours les bienvenus pour rejoindre leur cohorte (décris dans la rencontre 1).

Vue d'ensemble des deux phases

Sommaire et réalisation

Le programme est structuré en deux étapes séquentielles : Phase 1 et Phase 2. Ce manuel décrit de manière détaillée chacune des six rencontres de la Phase 1 et donne une esquisse des techniques utilisées pour la Phase 2. La Phase 1 est organisée

de telle manière que chaque rencontre est divisée en différents points clefs. La Phase 2 est basée sur le contenu plutôt que sur un ordre du jour spécifique et la durée est individualisée pour chaque participant en fonction des besoins personnels et des objectifs à atteindre, comme décrit ci-dessous. Un plan de la première rencontre de la Phase 2 est fourni pour le thérapeute qui souhaiterait avoir des indications pour introduire les participants aux idées et aux concepts inhérents aux processus de cette deuxième phase du programme. Les rencontres de groupe ont lieu une fois par semaine et durent 75 minutes.

Les groupes sont composés de 5 à 7 participants et d'un thérapeute. Ils sont organisés afin d'avoir une participation stable, mais à l'occasion, des participants de plusieurs cohortes de la Phase 1 seront regroupés pour entreprendre la Phase 2. Il faut avoir suivi toutes les rencontres de la première phase avant de pouvoir commencer la Phase 2.

Le niveau du contenu et du langage utilisé pour la Phase 1 et la Phase 2 est destiné à des gens qui peuvent lire et écrire le français et qui ont au moins un niveau de scolarité secondaire, bien que le programme ait été utilisé sans problème avec des groupes de personnes ayant un niveau de formation élevé (p. ex. : dans un service de santé pour des étudiants universitaires). On peut aussi concevoir que le matériel du programme soit utilisé avec des participants semi-illettrés si une assistance supplémentaire pour les tâches écrites leur est donnée. La version originale anglaise (Bauer & McBride, 2003) et une version espagnole (contacter les auteurs) est disponible.

Il est sans doute préférable de commencer la Phase 1 lorsque la personne n'est pas dans une situation de détresse ou de désorganisation aiguë, bien qu'en aucun cas, l'absence de symptômes ne soit nécessaire pour pouvoir la débuter. La présence de symptômes hypomaniaques et, plus particulièrement, maniaques ou psychotiques qui diminuent la capacité de réflexion au début du groupe peut compromettre l'alliance thérapeutique et l'affiliation au groupe. Cependant, de tels symptômes survenant une fois que l'alliance et la cohésion du groupe se sont développées peuvent généralement être gérés dans

Phase 1 : Compétences de gestion de la maladie

le contexte de groupe. Dans certains cas, il peut être utile de commencer la participation au groupe vers la fin d'une hospitalisation pour un épisode maniaque ou dépressif. Dans cette situation, le groupe peut servir de soutien dans la transition de statut intra-hospitalier (interne) à ambulatoire (externe) en commençant le processus de réhabilitation et en renforçant le réseau social du participant. La dépendance active à une substance n'est pas une contre-indication à la participation (Bauer *et al.*, 1998), mais l'intoxication actuelle en est une.

Nous avons fait un effort pour minimiser les biais culturels, bien que le programme requière des capacités d'expression orale et écrite. Même s'il est structuré, le manuel est écrit de façon à ce que le contenu soit adaptable au contexte et aux besoins spécifiques de chaque groupe. Le contexte culturel de chaque groupe s'exprimera au fur et à mesure du programme.

Les rencontres peuvent se dérouler dans une petite salle équipée soit d'une table de conférence soit de chaises si chaque participant a un plateau qui lui permet d'écrire. Un panneau avec des feuilles interchangeables ou un tableau noir ou blanc est également nécessaire, ainsi que les moyens pour installer les planches qui seront exposées au groupe. Les planches sont des pages individuelles du manuel qui devront être agrandies pour être affichées et également photocopiées pour être distribuées aux participants au début de chaque rencontre. Deux des planches utilisées dans la Phase 1 doivent également être réduites à la taille d'une carte de crédit, afin de rentrer dans le portefeuille. Une fois complétées par les participants, elles pourront être pliées et plastifiées afin d'être plus résistantes.

Nous suggérons de constituer un dossier pour chaque membre du groupe et de garder les dossiers à la clinique ou à l'hôpital dans un lieu sûr et confidentiel, étant donné que les feuilles de travail peuvent être utilisées au cours des deux phases et qu'il est facile d'oublier de les rapporter s'ils les emmènent chez eux. Souvent, l'équipe soignante peut offrir un lieu de dépôt plus sûr que ce que le participant pourrait utiliser chez lui. Toutefois, il faut insister sur la notion de propriété individuelle de ces dossiers qui seront traités de manière strictement confidentielle.

Phase 1

La première phase dure 6 semaines et est axée sur l'identification des signes précurseurs et des déclencheurs de rechute, ainsi que sur le développement de compétences pour limiter le nombre de rechutes et la progression d'un épisode donné. À chaque rencontre, plusieurs éléments clefs doivent être traités. Pour commencer le programme, les nouveaux participants assistent à une réunion d'orientation qui comprend l'information de base sur la structure du groupe et sur le trouble bipolaire. Deux semaines sont ensuite consacrées à la manie et deux à la dépression. La séquence de ces rencontres a été changée depuis la première édition de ce manuel suite aux commentaires de plusieurs groupes et collègues qui ont implanté le programme. Débuter avec les rencontres sur la dépression était décourageant pour les participants et nous avons donc décidé de considérer d'abord la manie. Une sixième rencontre a été ajoutée pour consolider les stratégies d'autogestion dans un plan de traitement détaillé qui inclut des stratégies de collaboration entre l'individu en traitement et son intervenant, la régulation des activités quotidiennes et de la routine de sommeil, et la prise de décisions informées.

Lors de la première rencontre sur la manie et celle sur la dépression, les participants travaillent sur l'identification des symptômes au cours d'un tel épisode, dans le but d'établir une liste de leurs propres symptômes. Lors de la deuxième rencontre sur chacun des épisodes d'humeur, la discussion générale se focalise sur l'identification de stratégies d'adaptation efficaces et inefficaces. Chaque participant développe finalement une liste de ses propres profils de réactions, tout en incorporant des idées venant d'autres participants.

Chaque rencontre de la Phase 1 commence avec le fondement de la rencontre, suivie par les *objectifs* de la rencontre et un résumé des *points clefs* qui seront traités. Le fondement de la rencontre introduit la logique sous-jacente aux objectifs de cette rencontre. Ces derniers sont basés sur des stratégies comportementales que les participants essayent de réaliser avec l'aide du thérapeute. Chaque point clef constitue une idée distincte et, essentiellement, une partie des objectifs de la rencontre. Des guides

Phase 1 : Compétences de gestion de la maladie

standardisés de présentation des divers points clefs sont fournis comme référence au thérapeute; c'est le *contenu didactique du thérapeute*. Ces guides incluent les présentations orales du thérapeute et des questions pour faciliter les discussions de groupe et pour obtenir de l'information des participants à propos de leurs valeurs, leurs idées et leurs émotions sur des sujets pertinents.

Nous recommandons au thérapeute d'utiliser le verbatim du contenu didactique du thérapeute. Toutefois, il peut arriver que les besoins des participants requièrent certains changements dans la manière de présenter les informations. Dans ce cas, le contenu devrait être présenté dans un langage aussi proche que possible que celui employé dans le manuel. Les points clefs ont été élaborés pour être présentés dans l'ordre écrit. Cependant, il arrive que le déroulement de la rencontre nécessite de modifier l'ordre de certains de ces points. Par exemple, dans la 5^e rencontre sur la dépression, deuxième partie, le thérapeute peut décider de parler des abus de substances et du suicide (point clef 3) avant que le groupe n'ait complètement terminé le point clef 2. Il est possible que certains participants abordent ces sujets lors du point clef 2, en préparant leur liste de réactions à un épisode dépressif. Dans ce cas, il peut être judicieux de traiter en profondeur les abus de substances et le comportement suicidaire au moment où ces sujets sont évoqués. Il n'en demeure pas moins nécessaire de couvrir chaque point clef complètement et de s'assurer que le contenu de chaque rencontre a été entièrement couvert avant de passer à la rencontre suivante.

Le rythme de chaque rencontre devrait être déterminé par l'appréciation du thérapeute sur la capacité des différents participants à intégrer le matériel et le maintien du protocole. Il est évident qu'un participant avec un meilleur niveau de fonctionnement progressera plus rapidement que celui qui est symptomatique ou dont les facultés de réflexion sont altérées.

Les participants confronteront parfois le thérapeute avec des opinions divergentes au sujet de la maladie et des stratégies d'adaptation. L'approche à adopter devrait être celle d'un questionnement neutre qui explore la pensée et la logique des participants,

en mettant l'accent sur les coûts et bénéfices des approches spécifiques présentées.

Chaque rencontre devrait débuter avec un bref résumé de 1 à 2 minutes sur la rencontre précédente afin de clarifier les enjeux et renforcer le contenu de la rencontre. Une partie du résumé devrait être axée sur le devoir de la rencontre précédente. De cette façon, les participants étant plus sévèrement atteints ont un peu de temps pour compléter les devoirs et l'importance du devoir est soulignée pour le groupe.

Il est nécessaire d'avoir complété la Phase 1 avant de pouvoir passer à la Phase 2. Les habiletés développées dans la Phase 2 demandent une certaine facilité au niveau des habiletés développées dans la Phase 1. De plus, ce format séquentiel sert à transmettre le message que l'on doit d'abord apprendre à gérer la maladie avant d'essayer d'atteindre les objectifs que l'on aura choisis.

Phase 2

La Phase 2 est centrée sur les aspects psychologiques, sociaux et occupationnels de la maladie bipolaire et leurs effets sur la vie de l'individu. Alors que les rencontres de la Phase 1 sont élaborées de manière à transmettre des informations spécifiques et générer des réponses spécifiques de la part des participants, la Phase 2 utilise un cadre semi-structuré pour aborder des objectifs sélectionnés individuellement. Le thérapeute aide le participant à élaborer un objectif spécifique qui est important pour lui, dans le domaine de la gestion de la maladie, du fonctionnement social ou occupationnel, ou des loisirs. L'objectif est ensuite articulé et reformulé en termes spécifiques qui permettent aux participants et au thérapeute d'évaluer les progrès accomplis. Les objectifs peuvent inclure des objectifs variés comme améliorer l'observance à la médication, corriger l'hygiène du sommeil, débuter une relation sentimentale, faire un apprentissage professionnel, chercher un emploi ou augmenter ses contacts sociaux ou ses loisirs pendant les temps libres.

Quel que soit l'objectif identifié, il doit être formulé de façon à ce que celui qui l'a choisi en soit le principal responsable, avec une dépendance minimum par rapport aux autres pour la réussite de l'objectif fixé. Par exemple, « se marier » dépend d'une autre

Phase 1 : Compétences de gestion de la maladie

personne, aussi bien que du comportement de celui qui fixe cet objectif. Par contre, « proposer un rendez-vous à quelqu'un » est formulé comme une tâche qui dépend principalement de celui qui prend l'initiative.

La durée de participation au groupe dans la Phase 2 n'est pas basée sur le nombre de rencontres, mais est déterminée par l'accomplissement des objectifs choisis. Lorsque l'objectif d'un participant a été atteint, la fin de sa participation peut alors être planifiée. Le participant peut également formuler un deuxième objectif ou développer de façon plus poussée le premier objectif. Par exemple, un individu qui pratique les stratégies efficaces pour gérer un épisode d'(hypo)manie ou de dépression peut continuer le processus.

En formulant et en travaillant ces objectifs, un large éventail de solutions pour la gestion de la maladie peuvent émerger et doivent être travaillées en vue d'accomplir la tâche prévue. Les exemples incluent des problèmes avec la relation de collaboration entre le participant et son intervenant, le manque de confiance en soi, le désespoir, le déni/acceptation de la maladie, le vécu au sujet d'un traitement et des épisodes antérieurs, les inquiétudes quant à l'impact de la maladie sur la famille et les amis, ainsi que sur la transmission génétique et les effets secondaires des médicaments (voir par exemple, Goodwin & Jamison, 1990, pp. 725-740). De plus, les participants doivent souvent aborder l'ambivalence par rapport au diagnostic et la nécessité de prendre des médicaments, aussi bien que l'impact des préjugés dans le contexte d'un soutien de groupe.

Les participants sont aidés dans ce processus par le thérapeute et les réactions du groupe. De cette façon, les différentes fonctions curatives de la thérapie interpersonnelle de groupe (voir chapitre 6) contribuent aux fonctions curatives du traitement lui-même. Ces fonctions consistent à fournir des informations, susciter de l'espoir, établir l'universalité d'une expérience personnelle et élaborer un « esprit de groupe » par le biais de la cohésion du groupe. Les stratégies cognitivo-comportementales sont utilisées en conjonction à ces fonctions. Elles peuvent aider les participants à surmonter les obstacles afin d'avoir accès à des stratégies de résolution de problèmes efficaces, comme remettre en question les croyances et les valeurs qui vont à l'encontre de l'objectif recherché.

L'entrée en Phase 2 peut également se faire « en cours de route » puisque lorsque certains participants terminent la Phase 2, d'autres qui ont fini la Phase 1 peuvent prendre leur place, créant une hétérogénéité concernant l'adaptation fonctionnelle à la maladie et le niveau de sophistication par rapport à la résolution de problèmes. Cette hétérogénéité peut être considérée comme un avantage puisque les participants les plus expérimentés peuvent commencer à agir comme ressources pour ceux qui sont moins avancés. Ce principe est une stratégie sous-jacente des groupes d'entraide autonomes pour les maladies affectives, tels que ceux qui sont parrainés par la *National Depressive and Manic-Depressive Association* (NDMDA; maintenant *Depression and Bipolar Support Alliance*, DBSA) et dans les relations de parrainage des programmes en 12 étapes destinés à traiter les abus de substances.

Liste du matériel

Questionnaire pour l'évaluation du thérapeute lors de la Phase 1 (à remplir par le superviseur ou un collègue).

Rencontre 1, Orientation

Phase 1

Thérapeute

Ordre du jour du Programme d'objectifs personnels

Tableau noir ou blanc avec marqueurs

Acétales ou planches de la taille d'une affiche :

- Le spectre des troubles de l'humeur
- Le cerveau
- La neurotransmission
- Les préjugés face à la maladie psychiatrique
- Stratégies pour gérer les préjugés

Participants

Horaire et lieux des rencontres

Papier et crayons

Cahier ou feuilles distribuées :

- Le spectre des troubles de l'humeur
- Le cerveau
- La neurotransmission
- Les préjugés face à la maladie psychiatrique
- Stratégies pour gérer les préjugés

Phase 1 : Compétences de gestion de la maladie

Rencontre 2, Manie – 1^{ère} partie

Thérapeute

Ordre du jour du Programme d'objectifs personnels

Tableau noir ou blanc avec marqueurs

Acétates ou planches de la taille d'une affiche :

- Profil personnel de manie
- Déclencheurs personnels d'un épisode maniaque

Participants

Horaire et lieux des rencontres

Papier et crayons

Cahier ou feuilles distribuées :

- Profil personnel de manie
- Déclencheurs personnels d'un épisode maniaque

Rencontre 3, Manie – 2^e partie

Thérapeute

Ordre du jour du Programme d'objectifs personnels

Tableau noir ou blanc avec marqueurs

Acétates ou planches de la taille d'une affiche :

- Réactions à un épisode maniaque et aux stress qui peuvent déclencher un épisode maniaque – 1 : coûts et bénéfices
- Réactions à un épisode maniaque et aux stress qui peuvent déclencher un épisode maniaque – 2 : coûts et bénéfices
- Plan d'action : résumé des stratégies pour faire face à la manie et aux stress qui peuvent déclencher un épisode de manie
- Plan d'action en cas de manie

Participants

Horaire et lieux des rencontres

Papier et crayons

Cahier ou feuilles distribuées :

- Réactions à un épisode maniaque et aux stress qui peuvent déclencher un épisode maniaque – 1 : coûts et bénéfices
- Réactions à un épisode maniaque et aux stress qui peuvent déclencher un épisode maniaque – 2 : coûts et bénéfices
- Plan d'action : résumé des stratégies pour faire face à la manie et aux stress qui peuvent déclencher un épisode de manie
- Plan d'action en cas de manie

Rencontre 4, Dépression – 1^{ère} partie

Thérapeute

Ordre du jour du Programme d'objectifs personnels

Tableau noir ou blanc avec marqueurs

Acétates ou planches de la taille d'une affiche :

- Profil personnel de la dépression
- Déclencheurs personnels d'un épisode dépressif

Participants

Horaire et lieux des rencontres

Papier et crayons

Cahier ou feuilles distribuées :

- Profil personnel de la dépression
- Déclencheurs personnels d'un épisode dépressif

Rencontre 5, Dépression – 2^e partie

Thérapeute

Ordre du jour du Programme d'objectifs personnels

Tableau noir ou blanc avec marqueurs

Acétates ou planches de la taille d'une affiche :

- Réactions à un épisode dépressif et aux stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif – 1 : coûts et bénéfices
- Réactions à un épisode dépressif et aux stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif – 2 : coûts et bénéfices
- Plan d'action : résumé des stratégies d'adaptation pour faire face à la dépression et aux stress qui peuvent déclencher un épisode de dépression
- Plan d'action en cas de dépression

Participants

Horaire et lieux des rencontres.

Papier et crayons.

Cahier ou feuilles distribuées :

- Réactions à un épisode dépressif et aux stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif – 1 : coûts et bénéfices
- Réactions à un épisode dépressif et aux stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif – 2 : coûts et bénéfices
- Plan d'action : résumé des stratégies d'adaptation pour faire face à la dépression et aux stress qui peuvent déclencher un épisode de dépression
- Plan d'action en cas de dépression

Phase 1 : Compétences de gestion de la maladie

Rencontre 6, Traitements pour le trouble bipolaire

Thérapeute

Ordre du jour du Programme d'objectifs personnels

Tableau noir ou blanc avec marqueurs

Acétates ou planches de la taille d'une affiche :

- Les objectifs du traitement pour le trouble bipolaire
- Plan de soin personnel
- Mes activités quotidiennes et ma routine de sommeil
- Médicaments actuels
- Coûts et bénéfices du traitement
- Groupe d'entraide et psychothérapie
- Les bases d'une relation de traitement fondée sur la collaboration
- Hygiène du sommeil
- Les grandes classes de médicaments utilisés pour traiter le trouble bipolaire
- Prendre des décisions informées et évaluer le traitement
- Les psychothérapies pour le trouble bipolaire

Participants

Horaires et lieux des rencontres

Papier et crayons

Cahier ou feuilles distribuées :

- Les objectifs du traitement pour le trouble bipolaire
- Plan de soin personnel
- Mes activités quotidiennes et ma routine de sommeil
- Médicaments actuels
- Coûts et bénéfices du traitement
- Groupe d'entraide et psychothérapie
- Les bases d'une relation de traitement fondée sur la collaboration
- Hygiène du sommeil
- Les grandes classes de médicaments utilisés pour traiter le trouble bipolaire
- Prendre des décisions informées et évaluer le traitement
- Les psychothérapies pour le trouble bipolaire
- Liste des groupes d'entraide locaux

Phase 2

Thérapeute

Ordre du jour du Programme d'objectifs personnels

Feuilles de travail du Programme d'objectifs personnels

Tableau noir ou blanc avec marqueurs

Acétates ou planches de la taille d'une affiche pour les rencontres 1 à 6

Participants

Horaires et lieux des rencontres

Papier et crayons

Cahier ou feuilles distribuées pour les rencontres 1 à 6

Feuilles de travail du Programme d'objectifs personnels

RENCONTRE

1

Orientation

Fondement

Cette rencontre est conçue pour introduire les participants au cadre de la thérapie de groupe, commencer à établir une relation thérapeutique, transmettre une description objective du trouble bipolaire et explorer l'impact des préjugés sur le traitement du trouble bipolaire.

Objectifs de la rencontre

1. Les participants seront familiarisés au programme thérapeutique d'objectifs personnels, avec notamment les lignes de conduite concernant les interactions entre les participants.
2. Les participants apprendront que le trouble bipolaire est une maladie mentale qui a une base biologique.
3. Les participants apprendront que le trouble bipolaire est une maladie récurrente avec un large éventail de symptômes et de gravité de symptômes.
4. Les participants commenceront à identifier les préjugés relatifs à leur maladie, ce qui facilitera l'observance au traitement et les comportements de prise en charge autonomes.

Points clefs

Point clef 1 : Établir la relation et l'environnement thérapeutiques.

Dans les rencontres initiales, il est primordial d'établir la relation thérapeutique et le cadre de la thérapie de groupe. Les explications du thérapeute concernant les objectifs du programme et la mise au point d'une relation de soutien amélioreront le développement d'un sentiment de confiance et d'harmonie.

Point clef 2 : Le spectre bipolaire : gravité et profils de la maladie.

La maladie bipolaire est caractérisée par une exacerbation des fluctuations normales de l'humeur à des degrés de gravité variables, incluant le trouble cyclothymique, le trouble bipolaire de type II et le trouble bipolaire de type I. Le spectre bipolaire

est un outil descriptif dont l'usage permet de comprendre les différents degrés de variabilité de la maladie bipolaire.

Point clef 3 : Normaliser les symptômes psychotiques.

Les épisodes de la maladie peuvent être accompagnés de psychoses. Dans les psychoses, il peut y avoir des délires, des hallucinations, de la paranoïa ou d'autres altérations des perceptions.

Point clef 4 : Transmettre de l'information précise sur les causes de la maladie bipolaire.

La maladie bipolaire est une maladie chronique qui résulte d'un dysfonctionnement biologique, probablement mieux compris comme une incapacité du cerveau à réguler l'activité des neurones (cellules du cerveau) impliqués dans la régulation de l'humeur. Une vulnérabilité génétique ainsi que des facteurs psychosociaux et environnementaux influencent la sévérité de la psychopathologie, le nombre de rechutes et l'adaptation de chaque individu à sa maladie.

Point clef 5 : Reconnaître la prévalence élevée des symptômes bipolaires et les préjugés liés à la maladie bipolaire.

Le trouble bipolaire est une maladie mentale qui s'accompagne de préjugés. Les préjugés influencent les croyances des membres du groupe, ce qui peut les amener à se sentir différents, à avoir honte, à faire du déni et à utiliser des stratégies de gestion de la maladie inadaptées. Sensibiliser les participants à l'influence des préjugés peut améliorer l'estime de soi et promouvoir le développement de stratégies de gestion de la maladie efficaces.

Script

Point clef 1 : Établir la relation et l'environnement thérapeutiques.

Contenu didactique du thérapeute

Bienvenue dans le Programme thérapeutique d'objectifs personnels. Vous connaissez peut-être la maladie bipolaire par son ancien nom, « maladie maniaco-dépressive ». À présent, nous utilisons l'appellation bipolaire pour accentuer la notion de « pôles » ou d'extrêmes concernant les changements d'humeur qui peuvent survenir. Nous utilisons le terme maniaco-dépressif parce que nous pensons qu'il décrit la maladie de façon plus précise étant donné que la manie et la dépression ne sont pas toujours opposées. Toutefois, les deux termes sont corrects; utilisez celui avec lequel vous êtes le plus confortable. Ce programme est divisé en deux parties : la Phase 1 et la Phase 2. La Phase 1

Directives au thérapeute :

Demandez aux participants d'inscrire leur nom sur un carton. Commencez le groupe en souhaitant la bienvenue aux participants et en vous présentant, vous et vos collègues. Demandez aux participants de dire leur nom à tour de rôle.

comprend 6 rencontres. Durant ces rencontres nous parlerons de sujets tels que : ce qu'est la maladie bipolaire, l'impact des préjugés et leur influence sur votre traitement, les traitements pour la maniaco-dépression, les signes et symptômes de dépression et de manie, les déclencheurs qui peuvent entraîner un épisode de dépression et/ou de manie et les moyens pour gérer efficacement cette maladie. Certains sujets que nous abordons dans ce groupe seront nouveaux pour vous, et d'autres seront familiers. Nous pensons qu'il est important pour vous d'avoir une opportunité de vous pencher sur la meilleure façon de gérer votre trouble bipolaire, peu importe que les sujets dont nous allons discuter soient familiers ou non. Vous aurez aussi la possibilité de poser des questions. Aujourd'hui, nous allons parler de ce qu'est le trouble bipolaire, de ses causes et de comment les préjugés peuvent affecter votre traitement.

Ce programme couvre plusieurs sujets complexes qui peuvent représenter un défi. On ne s'attend pas à ce que, en six rencontres, vous ayez tout en main pour gérer cette condition. Ce groupe est le début d'un processus et nous allons souvent réviser cette information durant la Phase 2.

- Je me demande ce que les gens imaginent que l'on va discuter dans ce groupe?
- Est-ce qu'il y en a qui ont certaines inquiétudes par rapport à leur présence ici?
- Je me demande ce que d'autres personnes vous ont dit au sujet de ce programme de traitement en groupe?
- Est-ce que l'un d'entre vous a déjà participé à un groupe comme celui-ci? Si c'est le cas, quelle a été votre expérience?
- D'autres commentaires sur le fait d'être ici?

Il y a quelques lignes de conduite très importantes à connaître pour participer à un groupe comme celui-ci. La plus importante est que nous promettons de garder tout ce qui se dit ici comme confidentiel et que nous ne parlions jamais des participants et de ce qu'ils disent en dehors du groupe. Il y a une exception : si un participant a besoin de soins

1^{ère} rencontre | Orientation

urgents, je vais discuter avec un membre de l'équipe traitante. Par exemple, si une personne est à haut risque de faire une tentative de suicide ou représente un danger pour elle-même ou pour autrui. Laissez-nous savoir ce que vous voulez et si vous rencontrez un problème. Nous sommes là pour vous aider à planifier une façon d'affronter vos difficultés quand elles surviennent. Si quelque chose ne va pas, nous vous demandons de nous en parler avant de quitter le groupe et de partir pour le reste de la journée. Si vous prévoyez que vous allez manquer un rendez-vous ou une rencontre, informez-nous. Tout le monde dans ce groupe devrait se sentir libre de participer et de parler beaucoup ou peu selon son niveau de confort. Nous demandons que vous ne vous présentiez pas au groupe sous l'influence d'alcool ou de drogues.

- Quelqu'un a-t-il des commentaires ou des questions?
- Que pensez-vous des points que nous venons de discuter? Y en a-t-il d'autres dont vous voudriez parler?

Vous allez travailler ici en tant que groupe pendant plusieurs semaines. Pendant cette période, vous aborderez des sujets et des problèmes communs à plusieurs d'entre vous. Parfois, vous pourrez aider les autres participants, parfois ce sont les autres qui vous aideront. Une partie du travail de groupe consiste à donner et recevoir de l'information ou des conseils des participants. Notre expérience nous indique que les informations et les conseils sont utiles s'ils sont désirés par l'autre personne, mais ils le sont beaucoup moins s'ils ne sont pas désirés. Nous vous demandons donc d'évaluer si vos conseils sont les bienvenus avant de les transmettre. De cette manière, les personnes peuvent décider si elles sont aptes à recevoir des conseils et des commentaires à ce moment précis. Ce que nous avons également appris, c'est que les commentaires sont les plus utiles lorsqu'ils sont proposés comme suggestions, ou à travers un exemple d'expérience personnelle, plutôt que comme critique.

- Que pensez-vous de cela?
- Est-ce que tout le monde est confortable avec cela?

Point clef 2 : Le spectre bipolaire : gravité et profils de la maladie.

Contenu didactique du thérapeute

Notre humeur varie en fonction des événements qui se produisent dans la vie de tous les jours. Dans le trouble bipolaire, les changements d'humeur vont au-delà des variations quotidiennes habituelles. Les « bas » sont accompagnés d'une humeur triste ou déprimée, parfois avec l'impression que tout va mal et que cela ne pourra jamais s'arranger. Les « hauts » sont plus difficiles à décrire. Très souvent, les hauts du trouble bipolaire s'accompagnent de joie et d'optimisme. Ils peuvent aussi être dominés par l'irritabilité. Souvent, le sentiment principal est celui de « rapidité » ou « d'accélération », comme si la personne avait trop d'énergie et ne pouvait plus « arrêter son moteur ». Quelquefois, les hauts se manifestent principalement par une accélération et une irritabilité.

Directives au thérapeute :

Dans certains cas, il peut être utile de demander au groupe d'écrire une déclaration, ou un contrat, signifiant qu'ils acceptent de s'abstenir de consommer de l'alcool ou des drogues et de le faire signer par tous les participants. Les lignes directrices pour donner des conseils devraient être incluses dans ce contrat.

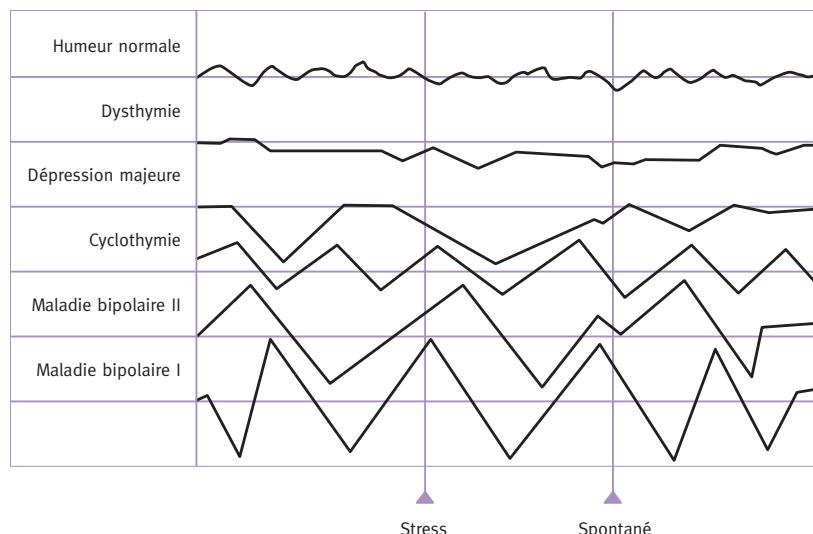
1^{ère} rencontre | Orientation

Directives au thérapeute :

Exposez la Planche 1 : « Le spectre des troubles de l'humeur ». Pointez chaque type d'humeur durant la discussion.

PLANCHE 1 :

Le spectre des troubles de l'humeur



La sévérité des changements d'humeur est variable. Ce graphique peut nous aider à visualiser les degrés d'humeur extrêmes, s'échelonnant de l'humeur normale à la dépression et la manie. C'est ce qu'on appelle le spectre bipolaire.

L'humeur normale est une réponse affective à des événements quotidiens. Ainsi, il existe une certaine variabilité de l'humeur qui fait que chaque jour nous passons par des hauts et des bas mineurs, même en l'absence de stress ou d'événements particuliers. Dans certains troubles de l'humeur, les personnes sont constamment déprimées, même lorsque surviennent des événements heureux. La dysthymie et la dépression majeure en sont des exemples.

Dans la cyclothymie et les troubles bipolaires type I et type II, les « hauts » et les « bas » de l'humeur sont plus importants. Quelquefois, ils surviennent dans un contexte de réaction au stress. Tout changement dans la routine, bon ou mauvais, peut constituer un stress. Toutefois, des changements d'humeur importants peuvent arriver même en l'absence d'événements positifs ou négatifs. Des variations importantes de l'humeur peuvent donc survenir dans le trouble bipolaire, soit spontanément soit en réaction à un stress.

Dans le trouble bipolaire type I, l'épisode maniaque est plus grave que dans le type II. Nous appelons hypomanie les périodes de « haut » atténuées dans la maladie bipolaire de type II, ce qui veut dire manie atténuée. Dans le type I et II du trouble bipolaire, les périodes de dépressions ont la même gravité.

- Est-ce que l'un des profils vous semble familier? Peut-être sont-ils arrivés à vous ou à quelqu'un que vous connaissez?
- Quelle a été votre expérience? Est-ce que l'un d'entre vous a présenté un épisode dépressif ou maniaque qui semblait survenir tout à fait par hasard, sans aucune raison?

Directives au thérapeute :

En vous référant à la Planche 1 (« Le spectre des troubles de l'humeur »), indiquez les exemples de rechutes qui sont induites par des stress et celles qui surviennent spontanément.

Module de formation sur le trouble bipolaire

1^{ère} rencontre | Orientation

- Est-ce que l'un d'entre vous peut se souvenir d'une rechute provoquée par un stress?

Point clef 3 : Normaliser les symptômes psychotiques.

Contenu didactique du thérapeute

Un sens de la réalité modifié est souvent associé aux extrêmes des phases dépressives ou maniaques. C'est ce que les professionnels appellent « psychose ». La psychose est un terme médical. Il peut y avoir des hallucinations; c'est-à-dire voir ou entendre des choses que les autres ne voient pas ou n'entendent pas. Lors d'un délire, il y a des croyances inhabituelles, comme croire que des messages spéciaux vous sont adressés. La paranoïa est un autre exemple de délire. La paranoïa signifie une méfiance extrême, telle que la croyance que les gens conspirent contre vous. C'est bien plus extrême que la sensibilité intense que les personnes déprimées éprouvent lorsqu'elles sont avec d'autres personnes. Ces expériences peuvent s'accompagner de confusion, de peur intense ou de gêne. Par contre, pour certaines personnes, elles peuvent parfois être rassurantes.

- Avez-vous entendu parler ou connaissez-vous d'autres personnes qui ont vécu des expériences de ce type qui s'accompagnaient de confusion, de peur intense, ou d'un sentiment de réconfort, durant les phases de manie ou de dépression?

Point clef 4 : Transmettre de l'information précise sur les causes de la maladie bipolaire.

Contenu didactique du thérapeute

Le cerveau est la source de toutes les pensées, émotions et comportements. Il est constitué de milliards de cellules. Regardons ensemble la Planche 2. Nous voyons ici le cortex et le cervelet. Chaque partie du cerveau a une fonction spécifique. Par exemple, les centres responsables de l'équilibre lorsque l'on marche sont situés dans le cervelet. Quand on regarde une coupure transversale du cerveau, on peut voir plusieurs autres aires. La couche extérieure nommée lobe frontal est l'endroit où les pensées sont produites. La section ombrée sous la couche extérieure est appelée « système limbique »; plusieurs centres pour la régulation de l'humeur sont situés dans le système limbique. La

portion inférieure du cerveau qui est en forme de poignée est le bulbe rachidien. C'est l'endroit où sont régulées des fonctions corporelles de bases, par exemple, l'appétit et les besoins sexuels. Même si le cerveau est composé de plusieurs parties distinctes, elles sont toutes interconnectées. Ceci explique pourquoi les changements d'humeur influencent les pensées et les comportements.

Directives au thérapeute :

En abordant la psychose, il importe de rester d'abord dans les généralités. Les participants peuvent être très réticents à parler de leurs expériences psychotiques. Il n'est généralement pas utile de leur dire que ces expériences ne sont pas réelles, car elles sont souvent ressenties de manière intense; par exemple, elles peuvent être considérées comme des expériences spirituelles ou être reliées à des facteurs culturels ou intrapsychiques. D'où l'importance de ne pas porter de jugement tout en ne soutenant pas leur interprétation de la réalité.

Module de formation sur le trouble bipolaire

1^{ère} rencontre | Orientation

PLANCHE 2 :

Le cerveau

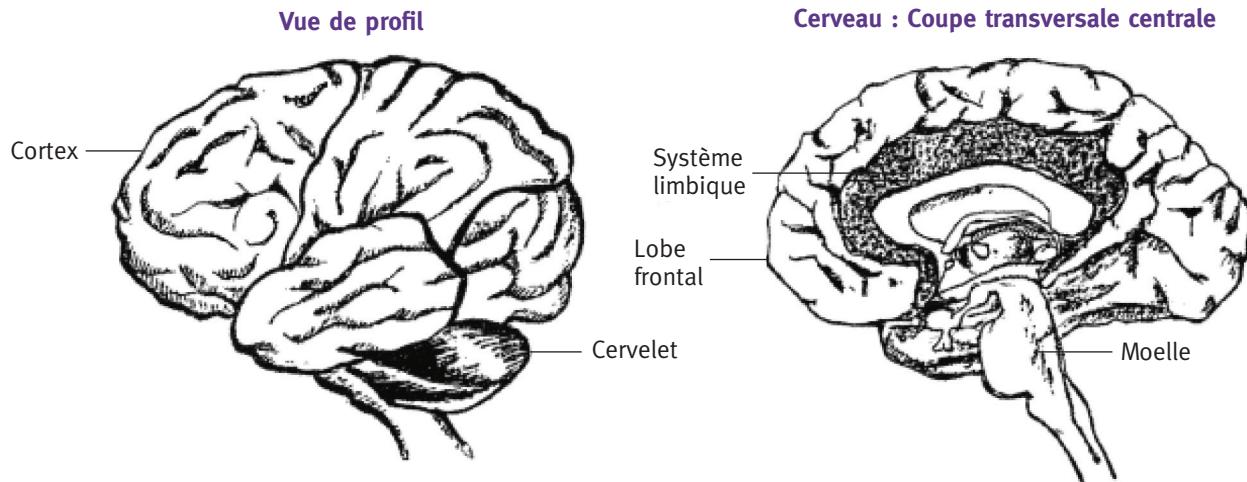
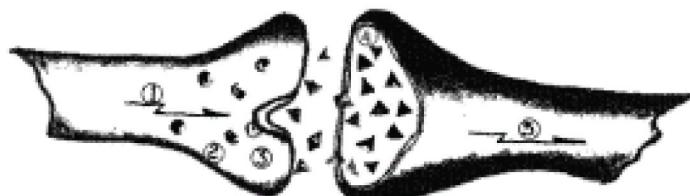


PLANCHE 3 :

La neurotransmission

Le trouble bipolaire peut être causé par des changements au niveau :

1. Des impulsions électriques dans les neurones
2. De la disponibilité des neurotransmetteurs dans les neurones
3. De la sécrétion des neurotransmetteurs par les neurones
4. De la liaison des neurotransmetteurs aux neurones cibles
5. De l'influx nerveux transmis par la liaison des neurotransmetteurs aux neurones cibles



Les impulsions électriques libèrent des agents chimiques appelés neurotransmetteurs.
Les neurotransmetteurs envoient des messages aux neurones cibles.
Les changements chimiques dans les neurones cibles déclenchent de nouveaux influx nerveux.

Noter que chacun de ces points peut être influencé par les médicaments utilisés pour le traitement du trouble bipolaire.

1^{ère} rencontre | Orientation

- Des questions?

Regardons maintenant la Planche 3, Neurotransmission. La neurotransmission est le déplacement d'une impulsion nerveuse à travers une synapse, la synapse étant l'espace entre les cellules nerveuses. La neurotransmission est facilitée par les neurotransmetteurs. Un neurotransmetteur est une substance chimique qui se situe dans les neurones et qui contrôle l'activité des cellules cérébrales. Vous avez peut-être entendu parler de plusieurs neurotransmetteurs comme le GABA, la sérotonine, l'épinéphrine, et la dopamine. Quand les neurotransmetteurs d'une cellule cérébrale sont diffusés dans la synapse, ils s'attachent à une cellule cérébrale voisine à un endroit nommé récepteur. Cette activité crée une impulsion électrique qui stimule l'activité cellulaire. Les énoncés de la Planche 3 donnent plus d'information sur les cellules cérébrales et la neurotransmission. Le trouble bipolaire se développe lorsqu'il y a un déséquilibre dans ce système. Les médicaments utilisés pour traiter le trouble bipolaire agissent pour stabiliser ce déséquilibre à une ou plusieurs des étapes décrites sur le diagramme.

Point clef 5 : Reconnaître la prévalence élevée de symptômes bipolaires et les préjugés liés à la maladie bipolaire.

Contenu didactique du thérapeute

La maladie bipolaire touche environ 1 personne sur 100 dans le monde. Elle affecte des personnes de tous les milieux et il y a plusieurs célébrités qui vivent avec cette maladie. On peut parfois se sentir très seul lorsque l'on a cette maladie, car, comme pour d'autres problèmes, il n'est pas facile d'en parler ouvertement. Discuter de la maladie bipolaire ne fait pas partie d'une conversation courante et les gens peuvent avoir peur de subir de la discrimination. En résumé, c'est une maladie fréquente et la plupart des personnes qui en sont affectées n'en parlent pas. Néanmoins, beaucoup de gens arrivent à vivre de manière satisfaisante avec cette maladie.

- Avez-vous rencontré d'autres personnes souffrant de cette maladie avant de venir ici?
- Comment était leur vie?

Directives au thérapeute :

Référez à la Planche 2 (« Le cerveau ») et à la Planche 3 (« La neurotransmission »), et discutez de la transmission neuronale et l'organisation du cerveau en rapport avec la régulation de l'humeur. Donnez des détails concernant la base biochimique de la maladie en s'adaptant au niveau de compréhension des participants. La profondeur de l'information dépendra beaucoup du contexte culturel et du niveau de scolarité des participants. Il est clair que la présentation sera faite à un niveau différent si elle s'adresse à des étudiants, des diplômés ou des professionnels ou si elle a lieu avec des participants qui n'ont pas terminé l'école secondaire. Quel que soit le niveau de la présentation, le message le plus important à transmettre est que le trouble bipolaire a une base biologique, comme c'est le cas pour les maladies physiques, et que l'organe concerné est le cerveau. Un exemple de présentation est fourni plus bas.

1^{ère} rencontre | Orientation

- Avez-vous entendu parler de gens célèbres atteints de cette maladie?
- Pensez-vous que les gens qui ont une maladie bipolaire doivent faire face aux mêmes problèmes que ceux qui ne sont pas bipolaires?

Contenu didactique du thérapeute

Nos idées sur les causes de la maladie bipolaire proviennent de ce que nous avons entendu par d'autres personnes, de la famille, d'amis, de voisins, ainsi que des professionnels de la santé. Comme culture nous sommes également beaucoup influencés par les médias : les films, la télévision, les livres, les journaux et les magazines.

- D'où viennent vos informations sur la maladie bipolaire?
- De quelles causes de maladie bipolaire avez-vous entendu parler?

Certaines idées qui circulent sur le trouble bipolaire sont exactes et d'autres inexactes. Nos émotions et nos pensées par rapport au trouble bipolaire sont influencées par ce que nous apprenons d'autres personnes. Les préjugés sont causés par le fait que les gens ont des croyances erronées sur le trouble bipolaire. Il est possible de reconnaître les préjugés à travers des attitudes négatives, des restrictions et de la discrimination. Les préjugés sont nourris par des stéréotypes, des mythes et des fausses perceptions. Ils influencent ce que les gens pensent et comment ils se sentent par rapport à leur trouble bipolaire et aussi la façon dont les autres agissent face à une personne qui a un trouble bipolaire. Les personnes ayant un trouble bipolaire vivent avec les préjugés quotidiennement. Ils peuvent avoir un impact puissant sur la façon dont une personne avec un trouble bipolaire pense, vit et gère sa condition.

- Quels commentaires négatifs sur le trouble bipolaire avez-vous entendus avant de venir dans ce groupe?
- Comment ces commentaires peuvent-ils influencer la façon dont une personne se sent face à un diagnostic de trouble bipolaire?
- Comment ces idées et ces émotions peuvent-elles influencer la façon dont une personne réagit face à un diagnostic de trouble bipolaire?

Directives au thérapeute :

Pendant la discussion, faites deux listes avec les suggestions des participants : une sur les sources d'information sur le trouble bipolaire et l'autre sur les causes du trouble bipolaire dont ils ont entendues parler. Révisez chaque liste. Soulignez les causes exactes du trouble bipolaire.

Contenu didactique du thérapeute

Il est clair que les préjugés influencent la façon dont nous pensons, percevons et réagissons face à un diagnostic de trouble bipolaire, ou face à quelqu'un qui a un trouble bipolaire ou une autre maladie mentale. Généralement, devant un défi, qu'il s'agisse de gérer les préjugés ou autre chose, les gens adoptent des comportements typiques dans le but de minimiser la souffrance ou pour faire en sorte que les choses aillent le mieux possible. Ces réponses s'appellent des stratégies d'adaptation. Essentiellement, chacun fait un effort pour s'adapter à ce qui lui arrive de la meilleure façon qu'il connaît.

- Que peut-on faire pour gérer l'impact des préjugés?

1^{ère} rencontre | Orientation

Contenu didactique du thérapeute

La façon dont une personne gère les préjugés dépend de la situation qui est spécifique à l'individu, au groupe ou à la société. Différentes stratégies d'adaptation peuvent être aidantes pour différentes personnes à différents moments.

Contenu didactique du thérapeute

À ce stade, nous avons parlé du trouble bipolaire comme d'une maladie qui affecte environ 1 personne sur 100. Elle est causée par un déséquilibre biochimique dans les régions du cerveau qui régulent l'humeur. Le stress, bon ou mauvais, ainsi que tout changement de routine peut entraîner une variation de l'humeur, mais ceci peut également se produire sans cause apparente. Parfois, les symptômes de cette maladie peuvent être très inquiétants parce que des changements au niveau de la pensée et de la perception peuvent accompagner le changement d'humeur. Par exemple, une personne peut entendre des voix ou croire que quelqu'un lui veut du mal. Ces changements d'humeur et de perception affectent le comportement et peuvent entraîner des problèmes au plan familial et professionnel. Nous avons également parlé des préjugés et appris comment ils pouvaient

affecter la façon dont une personne pense, se sent et réagit au fait d'avoir un trouble bipolaire.

Certaines stratégies pour faire face aux préjugés ont été discutées.

Il faut retenir que les préjugés sont reliés à la façon dont l'individu se perçoit lui-même et apprend à gérer son trouble bipolaire.

Directives au thérapeute :

Générez une liste des stratégies proposées par les participants pour gérer l'impact des préjugés. Renforcez toutes les participations.

Directives au thérapeute :

L'objectif de la discussion qui suit est de faire réaliser aux participants comment les préjugés affectent leur vie et les décisions qu'ils prennent pour gérer leur maladie. Notez les pensées, les idées et les croyances des participants sous le titre « pensées ». Facilitez la discussion en encourageant les participants à mettre l'accent sur les informations d'ordre général et non personnel. Puis, générez une liste de « sentiments/émotions » à partir des informations issues de la colonne « pensées ». Dans une troisième colonne, sous le titre « comportements », faites la liste des réactions qu'une personne peut avoir par rapport aux pensées et aux sentiments énumérés. Le but de cet exercice est de susciter une réflexion sur l'impact négatif des préjugés sur la façon dont les participants pensent, se sentent et réagissent par rapport à leur trouble bipolaire. Montrez la Planche 4A si nécessaire pour alimenter la discussion.

Module de formation sur le trouble bipolaire

1^{ère} rencontre | Orientation

PLANCHE 4A :

Les préjugés face à la maladie psychiatrique

Pensées	Émotions/sentiments	Comportements
<p>Exemples</p> <ul style="list-style-type: none">• Avoir moins de valeur• Identité changée	<ul style="list-style-type: none">• Honte• Souffrance• Doute• Peur• Démoralisation	<ul style="list-style-type: none">• Rejeter le diagnostic• Ne pas prendre ses médicaments• Ne pas rapporter ses symptômes

PLANCHE 4B :

Stratégies pour gérer les préjugés

1. Identifiez et côtoyez des gens qui ne vous jugent pas et obtenez du soutien :
 - Amis et membres de la famille compréhensifs
 - Thérapie (de groupe, individuelle, familiale)
 - Soutien de la communauté, groupe d'entraide
2. Apprenez les stratégies d'adaptation et les moyens pour gérer la maladie. Si possible, travaillez avec un partenaire.
3. Éducation : parlez de la maladie avec des personnes de confiance afin de prévenir les malentendus.
4. Ne vous confiez pas à propos du trouble bipolaire à des gens qui pourraient vous juger, l'objectif étant d'éviter les réactions potentielles de discrimination.

Module de formation sur le trouble bipolaire

1^{ère} rencontre | Orientation

Dans les prochaines rencontres, nous parlerons des épisodes de manie et de dépression, et nous allons travailler sur les différentes manières de gérer efficacement ces épisodes. Plusieurs des techniques d'adaptation dont nous allons parler se sont révélées utiles pour beaucoup de personnes et pas seulement pour les individus qui souffrent de cette maladie. Dans la Rencontre 6, nous discuterons des traitements pour le trouble bipolaire et chacun d'entre vous va compléter un Plan de soin personnel.

- Avez-vous des questions?

Directives au thérapeute :

Présentez la Planche 4B, « Stratégies pour gérer les préjugés ». Discutez des différents items sur la liste et montrez les points communs avec la liste du groupe. Ne contestez pas les réactions des participants.

Directives au thérapeute :

Remerciez les participants pour leur présence et leur participation. Discutez des possibilités de stationnement. Dites au groupe que vous pouvez garder leur cahier de façon sécuritaire s'ils le désirent. Saluez les participants. Rappelez leur la date, l'heure et le lieu de la prochaine rencontre.

RENCONTRE
2

Manie – 1^{ère} partie

Module de formation sur le trouble bipolaire

2^e rencontre | Manie – 1^{ère} partie

Fondement

Au cours de cette rencontre, nous poursuivons la familiarisation des participants avec l'identification des signes, symptômes et déclencheurs individuels d'un épisode maniaque ou hypomaniaque afin de les outiller pour prendre part à l'observation de leur état et de les aider à adopter des comportements d'adaptation efficaces.

Objectifs de la rencontre

1. Les participants développeront une liste personnelle de signes et symptômes d'(hypo)manie.
2. Les participants identifieront la variabilité de leur propre profil de récurrence d'épisodes (hypo)maniaques.
3. Les participants développeront une liste personnelle de déclencheurs connus et potentiels d'épisodes (hypo)maniaques.

Points clefs

Point clef 1 : Identifier les objectifs de la rencontre concernant le développement d'habiletés personnelles qui permettent de reconnaître l'(hypo)manie et ses déclencheurs.

Le trouble bipolaire est caractérisé par des changements d'humeur extrêmes associés à des changements dans les comportements et la cognition. La reconnaissance des symptômes est la première étape, permettant au participant d'adopter des stratégies d'adaptation pour prévenir, limiter, ou mieux gérer un épisode d'(hypo)manie.

Point clef 2 : Identifier le profil de récurrence des épisodes et les signes et symptômes personnels de manie. Élaborer un Profil personnel de manie.

Un épisode maniaque peut survenir de différentes façons. Les symptômes peuvent arriver lentement avec une aggravation progressive; ils peuvent aussi survenir rapidement, quelquefois directement après une phase dépressive; ou bien les symptômes de manie et de dépression peuvent être entremêlés. Afin de contrôler leur maladie efficacement, les participants doivent connaître leur profil personnel. Les profils individuels sont variables en durée et en fréquence des épisodes.

La validation du profil individuel des participants se fera au moyen de discussion sur la variabilité des symptômes et la manière dont ils surviennent. Encouragez les participants à devenir conscients des symptômes de manie reconnus par leur famille, leurs amis et leurs collègues.

Point clef 3 : Identifier les déclencheurs personnels d'(hypo)manie. Compléter une liste de Déclencheurs personnels d'un épisode maniaque.

Un épisode maniaque peut être déclenché par des événements stressants, des changements psychologiques ou physiques ou la non-observance du plan de traitement (médication, hygiène du sommeil). Cependant, les rechutes peuvent survenir spontanément malgré un bon suivi médical et une bonne gestion de la maladie. Aider les participants à reconnaître les déclencheurs potentiels de rechutes peut être une stratégie de prévention efficace.

Script

Point clef 1 : Identifier les objectifs de la rencontre concernant le développement d'habiletés personnelles qui permettent de reconnaître l'(hypo)manie et ses déclencheurs.

Contenu didactique du thérapeute

La semaine dernière, nous avons parlé des directives pour être membre du groupe, de la biologie de base associée au trouble bipolaire et de la façon dont les symptômes varient en gravité et peuvent inclure la psychose. Nous avons également discuté comment les préjugés envers la maladie affectent les personnes

Directives au thérapeute :

Souhaitez la bienvenue au groupe à nouveau et distribuez les cahiers des participants qui vous les avaient laissés suite à la première rencontre. Distribuez les feuilles de travail pour cette rencontre aux participants ayant oublié leur cahier à la maison.

Module de formation sur le trouble bipolaire

2^e rencontre | Manie – 1^{ère} partie

atteintes de ce trouble dans leur façon de penser, ressentir et réagir. Les préjugés peuvent affecter la façon dont vous prenez soin de vous-même et collaborez avec votre intervenant.

Aujourd’hui et la semaine prochaine, nous parlerons de la phase maniaque du trouble bipolaire. Comme vous le savez, les changements d’humeur importants sont une des caractéristiques de la maladie bipolaire, aussi bien les « hauts » que les « bas ». Les « hauts » sont appelés manie. Les discussions sur la manie peuvent générer des souvenirs et des émotions difficiles. Soyez assurés que nous sommes sensibles à ces questions et qu’il est important pour nous que tout le monde soit confortable.

Directives au thérapeute :

En animant la discussion suivante, une attention particulière devrait être accordée au sentiment de culpabilité et de remords concernant des actions accomplies lors d’un épisode maniaque. Souvent, les participants considèrent ces événements tellement embarrassants et honteux qu’ils hésitent à en parler. Soyez à l’affût de signaux verbaux et non verbaux et renforcez la tolérance et les commentaires dénués de jugement parmi les participants. D’un autre côté, il arrive parfois que les participants exagèrent leurs expériences de manie. Ceci peut être minimisé en encourageant les participants à se pencher sur la gamme complète des symptômes maniaques et leurs impacts négatifs.

Nous ne nous attendons pas à ce que les participants partagent de l’information personnelle s’ils ne souhaitent pas le faire.

- Est-ce que quelqu’un a des questions?

Certaines personnes avec un trouble bipolaire n’éprouvent que des symptômes modérés de phases « hautes » et ne nécessitent pas d’être hospitalisées. Cette forme atténuée de manie s’appelle l’« hypomanie ». Pour simplifier nos discussions, je vais utiliser le terme manie pour référer aux « hauts » du trouble bipolaire de type I et de type II, même si la manie et l’hypomanie ne sont pas exactement la même chose. Cet aspect de la maladie peut être vécu de manière très variable d’une personne à l’autre. Même s’il y a des symptômes communs, la manie est une expérience très personnelle. Lors de la rencontre d’aujourd’hui, vous dresserez une liste de vos signes et symptômes personnels de manie, élaborerez un profil qui décrit la manière dont les épisodes maniaques se produisent et identifierez les stresseurs personnels ou les « déclencheurs » qui peuvent causer ou aggraver la manie. Le but de connaître vos symptômes personnels de manie est de pouvoir identifier le début d’un épisode et réagir aux premiers symptômes avec un plan bien conçu pour prévenir, limiter ou vous aider à gérer l’épisode maniaque.

- Nous aborderons d’abord les symptômes maniaques qui sont communs à la plupart des personnes bipolaires, puis nous identifierons les symptômes que vous pensez que nous avons laissés de côté. Est-ce que quelqu’un a des questions jusqu’ici?
- Quels sont les autres mots que l’on utilise pour nommer la manie, à part « haut »?
- Certaines personnes se sentent bien pendant ces périodes. D’autres se sentent plutôt accélérées et irritable. Quelle a été votre expérience personnelle?

Point clef 2 : Identifier le profil de récurrence des épisodes et les signes et symptômes personnels de manie. Élaborer un profil personnel de manie.

Contenu didactique du thérapeute

Parlons des signes et symptômes de la manie. La manie se traduit par la manière dont la personne pense, agit et ressent des émotions. Lorsqu’on parle

Module de formation sur le trouble bipolaire

2^e rencontre | Manie – 1^{ère} partie

de la manie, on peut donc y penser de la manière suivante : les pensées, sentiments et actions d'une personne maniaque représentent ses signes et symptômes. Pour l'instant, nous allons nous concentrer sur la gamme complète des symptômes de manie. Plus tard, si vous le voulez, vous aurez l'opportunité de décrire en détail vos expériences personnelles.

- Quels sont les exemples de pensées, sentiments/émotions et actions ou comportements qu'une personne peut éprouver ou faire quand elle est maniaque?
- Cela peut vous aider de penser à votre épisode le plus récent ou le plus grave afin de vous remémorer les signes et symptômes de la manie.
- Pendant un épisode maniaque, on fait très souvent des choses qu'on regrette ensuite. La manie peut avoir été un événement pénible et embarrassant. Il peut également être difficile de s'en rappeler. Souvent, plusieurs personnes ont des pertes de mémoire à propos des événements survenus pendant leurs épisodes maniaques.

Je vais vous demander d'ouvrir votre cahier à la Planche 5 (« Profil personnel de manie »). S'il vous plaît, prenez quelques minutes pour cocher sur cette liste les symptômes que vous avez eus lors de vos épisodes maniaques. Même si certains symptômes sur cette liste sont communs à plusieurs personnes ayant vécu un épisode maniaque, votre liste représente un groupe de symptômes personnels. Vous pouvez ajouter les symptômes que vous avez eus et qui n'apparaissent pas sur la liste, dans les espaces prévus. Vos symptômes peuvent être des changements distincts ou subtils dans votre façon de penser, de vous sentir ou d'agir, qui sont uniques à vous. Parfois, vos proches peuvent reconnaître des symptômes de manie qui vous échappent. C'est pour cette raison qu'il y a un espace prévu sur la feuille pour inclure les contributions de votre famille, de vos amis ou de vos collègues. Si vous travaillez à gérer cette condition avec un proche, vous pourriez lui poser la question plus tard et inclure sa ou ses réponses sur la feuille de travail. Marquez un *F* dans l'espace prévu pour les symptômes que vos proches ont identifiés.

Puis, marquez un *P* dans l'espace prévu pour les signes et les symptômes qui sont susceptibles

d'arriver en premier. Si vous êtes en mesure d'identifier les premiers symptômes, vous pourrez commencer à les gérer plus tôt, avant que la manie devienne incontrôlable.

- Est-ce qu'il y a des questions?

Dans votre profil personnel de manie, les pensées, les émotions et les comportements sont des symptômes fondamentaux de votre épisode maniaque ou hypomaniaque. Les signes et symptômes maniaques peuvent survenir de différentes manières :

1. Ils peuvent survenir lentement et s'aggraver progressivement avec le temps.
2. Ils peuvent survenir rapidement et le changement d'humeur peut être presque instantané.
3. Une personne peut avoir des symptômes maniaques et dépressifs mélangés.

Directives au thérapeute :

Écrivez les trois titres suivants sur le tableau : « Pensées », « Sentiment/Emotions », et « Comportements ». Questionnez les participants et écrivez chacune de leurs propositions sous le titre approprié. Une fois la liste élaborée, montrez la Planche 5 (« Profil personnel de manie »). Étant donné les dysfonctionnements cognitifs qui accompagnent fréquemment la manie et l'amnésie concernant les symptômes d'un épisode de manie, il peut s'avérer difficile de se rappeler d'un tel épisode.

Module de formation sur le trouble bipolaire

2^e rencontre | Manie – 1^{ère} partie

PLANCHE 5 :

Profil personnel de manie

1. Cochez les symptômes que vous avez vécus.
2. Marquez un « P » devant les symptômes qui sont précurseurs d'un épisode.
3. Marquez un « X » devant les symptômes qui arrivent rapidement et sans avertissement.
4. Marquez un « F » devant les symptômes qui sont reconnus par la famille, les amis et les collègues.
5. Ajoutez d'autres symptômes qui ne figurent pas sur la liste dans les espaces prévus.

√	P	X	F	<i>Pensées</i>
				Difficulté de concentration et trouble de mémoire
				Plus de préoccupations religieuses
				Impression d'avoir des pouvoirs spéciaux
				Pensées accélérées
				Le reste du monde est au ralenti
				Pensées qui passent du « coq à l'âne »
				Paranoïa : penser que les gens complotent contre vous
				Fausse impression que vous ne valez rien ou que vous êtes méchant
				Hallucinations : entendre des voix ou voir des choses qui ne sont pas réelles
				Idées suicidaires
√	P	X	F	<i>Émotions/Sentiments</i>
				Sentiment de « high », optimisme exagéré, euphorie
				Se sentir déprimé
				Avoir plus d'énergie
				Se sentir impatient, irritable
				Émotions qui changent rapidement
				Surestimation de soi, sentiment d'invulnérabilité
				Attitude « je sais tout »
√	P	X	F	<i>Comportements</i>
				Parler fort et vite, discuter d'un grand nombre de sujets
				Diminution de la durée du sommeil
				Trop de contacts sociaux, donner plus de conseils
				Augmentation de la libido (sexualité)
				Faire plus de projets
				Se fixer des objectifs qui ne sont pas réalistes
				Dépenser de l'argent impulsivement, achats compulsifs
				Avoir des conduites à risque

Module de formation sur le trouble bipolaire

2^e rencontre | Manie – 1^{ère} partie

Réfléchissez à votre profil personnel.

- Est-ce que l'un d'entre vous a fait un épisode maniaque qui est survenu rapidement et sans avertissement? Marquez un X dans l'espace prévu à côté des symptômes qui surviennent rapidement et sans avertissement.
- Est-ce que l'un d'entre vous a remarqué que la manie pouvait survenir graduellement et s'aggraver au cours du temps?
- Vous est-il arrivé, lors d'un épisode de manie, de ne plus être en mesure de réaliser les conséquences de vos actes ou de différencier ce qui était réel de ce qui ne l'était pas?

Point clef 3 : Identifier les déclencheurs personnels d'(hypo)manie. Compléter une liste de déclencheurs personnels d'un épisode maniaque.

Contenu didactique du thérapeute

Plusieurs parallèles peuvent être faits entre la maladie bipolaire et le diabète. Dans les deux cas, il s'agit d'une maladie médicale. Avec le diabète, ce sont les niveaux de sucre sanguin qui sont trop hauts ou trop bas, tandis qu'avec la maladie bipolaire c'est l'humeur qui est trop haute ou trop basse. Ces deux maladies sont causées par des déséquilibres biochimiques dans le corps. Les deux maladies peuvent s'aggraver spontanément, sans cause apparente. De plus, nous savons que certains facteurs peuvent déclencher un épisode maniaque. Pour certains, il peut s'agir de changements de l'environnement tels que des changements de saisons, ou des expériences personnelles stressantes telles que subir une opération chirurgicale ou avoir un autre problème de santé.

Le stress peut être lié à des changements de routine et à des événements de vie positifs ou négatifs, en fait, tout ce qui stimule vos émotions ou perturbe votre rythme de vie quotidien. Il est normal de réagir à un événement favorable ou défavorable avec une humeur positive ou négative, mais les personnes avec un trouble bipolaire peuvent être plus sensibles aux stresseurs qui surviennent dans leur vie. De plus, lorsque le stress déclenche un épisode thymique, celui-ci peut perdurer longtemps après que le stress en question ait disparu.

Directives au thérapeute :

Faites une liste, au tableau, des exemples fournis par le groupe. Une fois la liste terminée, discutez la Planche 6 (« Déclencheurs personnels d'un épisode maniaque »). Questionnez les participants sur la survenue d'un épisode maniaque à la suite ou lors d'un événement déclencheur mentionné sur la liste générale. Montrez les énoncés sur le tableau qui n'étaient pas dans la liste générale afin de reconnaître l'individualité des participants.

Module de formation sur le trouble bipolaire

2^e rencontre | Manie – 1^{ère} partie

PLANCHE 6 :

Déclencheurs personnels d'un épisode maniaque

Cochez tous les éléments qui ont déclenché chez vous des épisodes maniaques.
Complétez en écrivant vos expériences personnelles.

<i>Événements difficiles</i>	
<i>Événements heureux</i>	
<i>Changements de médicaments : pour des problèmes de santé physique ou mentale, prescrits ou en vente libre</i>	
Quels médicaments?	
<i>Maladie physique</i>	
Quelle maladie?	
<i>Prise de substances (drogue, alcool)</i>	
<i>Modification dans les habitudes d'usage du tabac</i>	
<i>Changements saisonniers</i>	
Quelle saison?	
<i>Changements dans la routine</i>	

Module de formation sur le trouble bipolaire

2^e rencontre | Manie – 1^{ère} partie

- Quels sont les types de stress de la vie quotidienne qui pourraient déclencher un épisode maniaque?
- En vous remémorant votre épisode maniaque le plus récent ou le plus grave, pouvez-vous identifier une situation de crise ou un stress qui s'est produit juste avant le début de cet épisode? Qu'en est-il d'un stress positif? Pouvez-vous en donner un exemple?
- Quelqu'un d'entre vous a-t-il fait l'expérience d'un épisode maniaque sans qu'il y ait d'événement déclencheur et tout en maintenant le plan de traitement?

J'aimerais que vous regardiez la Planche 6, « Déclencheurs personnels d'un épisode maniaque ». S'il vous plaît, prenez quelques minutes pour cocher les items qui ont pu déclencher un épisode maniaque dans votre passé. Puis, écrivez dans l'espace prévu les changements spécifiques dans votre vie quotidienne et les événements positifs ou négatifs qui ont déclenché un épisode de manie pour vous. Prenez le temps d'ajouter d'autres éléments vécus personnellement et qui ne sont pas sur la liste, incluant ceux que vous m'avez déjà nommés.

Maintenant, chacun de vous a un profil personnel de manie qui inclut les signes et les symptômes. Vous avez également fait une liste des stresseurs réels et des déclencheurs potentiels d'un épisode maniaque. La semaine prochaine, nous irons encore un peu plus loin avec cette information afin d'identifier les stratégies pour faire face à ces symptômes.

- Est-ce qu'il y a des questions ou des commentaires sur la rencontre d'aujourd'hui?

Directives au thérapeute :

Terminez la rencontre et mentionnez le sujet de discussion de la semaine suivante. Rappelez aux participants l'heure, la date et le lieu de la prochaine rencontre. Les remercier pour leur participation.

RENCONTRE

3

Manie – 2^e partie

Module de formation sur le trouble bipolaire

3^e rencontre | Manie – 2^e partie

Fondement

Cette rencontre est conçue pour aider les participants à commencer à associer la reconnaissance des signes, des symptômes et des déclencheurs de rechutes et la mise en route de comportements efficaces pour faire face à la manie.

Objectifs de la rencontre

1. Les participants identifieront les stratégies personnelles inefficaces pour faire face à l'(hypo)manie.
2. Les participants identifieront les stratégies personnelles efficaces, avec lesquelles ils peuvent réagir à l'apparition des signes et symptômes précurseurs de l'(hypo)manie.
3. Les participants identifieront les stratégies qui permettent de minimiser les facteurs déclencheurs qui peuvent contribuer à l'émergence d'une rechute (hypo)maniaque.
4. Les participants prendront connaissance du taux élevé de comorbidité entre la maladie bipolaire et l'abus de drogues et d'alcool.
5. Les participants développeront leur compréhension des conséquences négatives associées avec la non-observance à la médication et d'autres réactions qui augmentent la manie.

Points clefs

Point clef 1 : Transmettre le raisonnement concernant l'identification des stress qui peuvent déclencher un épisode de manie et des signes et symptômes précurseurs de la manie comme signaux pour initier des réponses efficaces.

Par le passé, les participants peuvent avoir fait appel à diverses stratégies pour gérer l'émergence des signes et symptômes maniaques et les stresseurs qui peuvent déclencher un épisode. Elles peuvent avoir été efficaces, partiellement efficaces, inefficaces ou même dommageables. Une démarche importante pour devenir un gestionnaire efficace de sa maladie est d'apprendre à reconnaître les stresseurs qui peuvent

déclencher un épisode et les signes et symptômes de manie comme un signal pour réagir. Reconnaître et réagir aux stresseurs et aux signes et symptômes précurseurs peut limiter l'intensité de la rechute, l'impact des stresseurs et de graves conséquences familiales, sociales et occupationnelles.

Point clef 2 : Apprendre à reconnaître les réactions adéquates et inadéquates aux signes et symptômes de l'(hypo)manie et aux stress qui peuvent déclencher un épisode de manie. Comprendre ces réactions en termes de coûts et bénéfices.

Un élément important de changement comportemental est d'apprendre à reconnaître les réactions adéquates ou inadéquates. Ces réactions peuvent réduire, neutraliser, contribuer à, faire durer ou aggraver un épisode maniaque. Un comportement inefficace peut servir à valider une cognition et un jugement de soi erronés. Cette façon négative de penser peut gravement entraver l'apprentissage de nouvelles stratégies. Un comportement adéquat et efficace peut jouer un rôle protecteur, à la fois au plan individuel et pour l'entourage. Souvent, les réactions pour faire face à un épisode maniaque comprennent à la fois des aspects adéquats et inadéquats. Le Point clef 3 aborde la question de l'abus de substances et la non-observance aux médicaments comme réactions pour faire face à la manie. Le Point clef 3 peut découler directement des apports du groupe sur le Point clef 2; il peut aussi avoir besoin d'être suggéré par le thérapeute comme mentionné ci-dessous.

Point clef 3 : Reconnaître le rôle, en termes de coûts et bénéfices, de l'abus de substances, de la non-observance aux médicaments et d'autres comportements qui prolongent les phases maniaques ou l'impact des stresseurs.

Les signes et symptômes précurseurs de manie peuvent être appréciés par certains participants. La manie et l'hypomanie peuvent être agréables et représenter un changement bienvenu après la dépression. Certaines personnes comparent ces états à l'effet d'une drogue. L'abus de substances et la non-observance à la médication sont des stratégies d'adaptation qui ont des conséquences négatives importantes sur la qualité de vie de l'individu et la réponse au traitement.

Point clef 4 : Développer un plan d'action personnel pour l'(hypo)manie.

La concentration, la mémoire et le jugement sont généralement détériorés lors d'(hypo)manie. Un plan d'action prédéterminé peut améliorer la prise en charge personnelle lors de tels épisodes.

Script

Point clef 1 : Transmettre le raisonnement concernant l'identification des stress qui peuvent déclencher un épisode de manie et des signes et symptômes précurseurs de la manie comme signaux pour initier des réponses efficaces.

Contenu didactique du thérapeute

Lors de la dernière rencontre, nous avons appris que les signes et symptômes maniaques peuvent être récurrents et que chacun de vous a un ensemble personnel de symptômes qui forment ce que nous avons nommé votre « Profil personnel de manie ». Nous avons également discuté, et vous avez développé une liste, des stresseurs connus et potentiels qui peuvent déclencher un épisode de manie. En vous familiarisant avec ces stresseurs et votre profil personnel, vous pouvez

apprendre à gérer votre maladie de façon plus efficace en réagissant à ces signes et symptômes le plus tôt possible au moyen d'un plan d'action bien établi.

Directives au thérapeute :

Accueillez le groupe et distribuez les cahiers de ceux qui vous les avaient laissés.

Distribuez des copies des planches de cette rencontre pour ceux qui auraient oublié leur cahier à la maison.

Aujourd'hui, nous allons commencer par passer en revue le « Profil personnel de manie » que vous avez mis au point la semaine passée. Ensuite, nous discuterons des moyens que vous avez utilisés jusqu'à maintenant pour faire face à une rechute maniaque et aux stress qui auraient déclenché un épisode. Nous réfléchirons à ces stratégies d'adaptation à l'aide d'une analyse coûts-bénéfices. Finalement, chacun d'entre vous formulera un Plan d'action pour la manie qui vous aidera à prévenir, limiter, ou gérer plus efficacement un épisode de manie.

- Passez en revue votre « Profil personnel de manie ». C'est la liste de vos signes et symptômes regroupés comme « Pensées », « Sentiments/Émotions » et « Comportements ».
- Avez-vous ajouté des éléments depuis la semaine dernière? Rappelez-vous que la famille, les amis ou les collègues peuvent avoir remarqué des changements dans votre comportement qui sont des signes précurseurs de manie. Si vous avez eu l'opportunité d'en discuter et avez de l'information à ajouter, vous pouvez le faire maintenant. Assurez-vous d'indiquer lesquels de ces signes et symptômes sont les premiers à émerger, et de marquer un *P* dans l'espace prévu. Marquez un *X* à côté des signes et symptômes qui arrivent rapidement.
- Maintenant, regardons comment vous avez essayé, par le passé, de gérer la manie ou les stress qui peuvent déclencher un épisode de manie. Rappelez-vous que les personnes qui ont le trouble bipolaire peuvent être très sensibles au stress et que le stress, au lieu d'entraîner des variations mineures dans l'humeur, pourrait provoquer un épisode de manie.

Point clef 2 : Apprendre à reconnaître les réactions adéquates et inadéquates aux signes et symptômes d'(hypo)manie et aux stress qui peuvent déclencher un épisode de manie. Comprendre ces réactions en termes de coûts et bénéfices.

Contenu didactique du thérapeute

Nous croyons que lorsque les personnes font face à un stress ou reconnaissent un signe précurseur de manie, ils font ce qu'ils peuvent pour soulager la douleur, ou pour s'assurer que les choses comme le travail ou leurs relations continuent d'aller aussi bien

3^e rencontre | Manie – 2^e partie

que possible. Ces réactions typiques sont nommées « comportements d'adaptation ». En général, les personnes font de leur mieux pour s'adapter aux symptômes de la maladie bipolaire et les autres problèmes qui surviennent dans la vie quotidienne. Certaines de ces réactions pour gérer les symptômes bipolaires et le stress peuvent être aidantes, d'autres neutres et d'autres nuisibles.

- Maintenant, prenez un moment pour regarder dans votre cahier la page sur les « Déclencheurs personnels d'un épisode maniaque ».
- Quelles sont les stratégies d'adaptation pour gérer le stress qui pourrait précipiter un épisode de manie?
- Que peut faire une personne qui commence à avoir des symptômes de manie?

Maintenant que nous avons une liste de certaines réactions possibles à un épisode de manie ou au stress qui peut déclencher un épisode de manie, la prochaine étape est de considérer les « coûts et les bénéfices » de ces réactions. Le terme « analyse des coûts et des bénéfices » est couramment utilisé dans les milieux financiers. Quand on y pense bien, c'est quelque chose que nous faisons de façon informelle chaque fois que nous prenons une décision. Les coûts et les bénéfices sont les avantages et les inconvénients d'un choix. Souvenez-vous aussi que, lorsque nous prenons des décisions, nous pesons généralement le pour et le contre de la décision et les comparons aux autres options possibles. Toutes les décisions et les stratégies d'adaptation ont des aspects positifs et négatifs, des bénéfices et des coûts. Il n'y a pas de décisions parfaites. En règle générale, pour les bonnes décisions, les bénéfices l'emportent sur les coûts.

- Est-ce qu'il y a des questions jusqu'à maintenant?

Parfois nous choisissons une stratégie pour gérer un problème simplement parce que c'est la façon dont nous l'avons toujours fait. Par exemple, quand les gens vivent la manie de façon agréable, ils peuvent penser aux bénéfices de l'épisode, non aux coûts, et décider de laisser l'épisode continuer. Sur le moment, ils pensent simplement qu'ils sont en pleine forme et que c'est le monde autour d'eux qui ne va pas bien.

Parfois, ces sensations représentent un changement bienvenu par rapport à la dépression. Cependant, même l'hypomanie a des coûts. Habituellement, des difficultés personnelles ou sociales les attendent au détour. La compréhension des coûts et des bénéfices de la manie est personnelle. C'est la personne qui la vit qui devra conclure sur le rapport entre ces coûts et bénéfices.

Directives au thérapeute :

Commencez une liste, sur le tableau, avec le titre « Comportements d'adaptation ». À ce stade, mettez l'accent sur les comportements d'adaptation eux-mêmes et non pas sur les coûts et bénéfices. Parler prématûrement des coûts et bénéfices peut parfois être perçu comme un jugement et peut inhiber les participants. Si ceux-ci ne contribuent pas ou peu à la discussion, c'est peut-être dû au souvenir d'expériences maniaques qui suscite des sentiments de déni, de honte et d'embarras. Une fois que les participants ont contribué à l'élaboration de la liste, présentez-leur la liste de la Planche 7 (« Réactions à un épisode maniaque et aux stress qui peuvent déclencher un épisode maniaque – 1 : coûts et bénéfices ») en mettant l'accent seulement sur la section supérieure qui énumère les réactions communes.

Module de formation sur le trouble bipolaire

3^e rencontre | Manie – 2^e partie

PLANCHE 7 :

Réactions à un épisode maniaque et aux stress qui peuvent déclencher un épisode maniaque – 1 : coûts et bénéfices

Exemples :

- Dépenser de l'argent, utiliser des cartes de crédit
- Maintenir une routine de sommeil
- Conduire vite
- Faire beaucoup de projets (travail, écriture)
- Ne pas consommer d'alcool ou de drogues
- Ratrapper le temps perdu pendant la dépression
- Jouer aux jeux de hasard (casino, etc.)
- Maintenir une routine d'activités quotidiennes
- Provoquer des disputes
- Avoir des contacts sociaux et des relations sexuelles plus impulsives
- Continuer de prendre les médicaments
- Arrêter le traitement
- Appeler le médecin/l'infirmière/le thérapeute
- Ne pas tenir compte des avis des autres
- Se retirer dans un environnement tranquille

<i>Réactions</i>	
Effets positifs (Bon pour vous, pour votre santé)	Effets négatifs (Qui créent plus de problèmes)

<i>Réactions</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

3^e rencontre | Manie – 2^e partie

Lors de la 1^{ère} rencontre, nous avons mentionné qu'il y a des célébrités qui ont une maladie bipolaire. Il est probable que, d'une certaine façon, leur maladie a pu les aider en termes de productivité, malgré que la plupart des aspects de la maladie soient plutôt handicapants. Dans votre propre expérience, vous avez peut-être ressenti que des symptômes modérés de manie peuvent être « utiles ».

Directives au thérapeute :

Ceci est une opportunité pour discuter de la non-observance à la médication et de l'abus de substances comme stratégie d'adaptation si elles sont soulevées par le groupe. Si ce n'est pas le cas, le thérapeute devrait développer une analyse coûts-bénéfices avec au moins une ou deux des réactions figurant dans la liste du groupe, en se gardant bien d'exprimer un jugement lorsqu'il aborde l'analyse coûts-bénéfices des réactions inefficaces pour faire face à la manie. Les techniques thérapeutiques qui peuvent mettre les participants plus à l'aise pendant cet exercice comprennent l'empathie, l'établissement d'un sens d'universalité et l'humour. Si la non-observance à la médication et l'abus de substances ne sont pas traités ici, passez au Point clef 3.

Directives au thérapeute :

Facilitez une analyse coûts-bénéfices de la manie en notant les suggestions du groupe sur le tableau ou utilisez la Planche 7 « Réactions à un épisode maniaque et aux stress qui peuvent déclencher un épisode maniaque – 1 : coûts et bénéfices ». Faites attention de ne pas porter de jugements sur les réponses des participants. Une prise de position pour ou contre la manie pourrait décourager le groupe à participer activement. Les changements efficaces proviennent d'une motivation personnelle et non d'une motivation extérieure.

- Quelles sortes d'avantages avez-vous retirés en étant maniaque ou hypomaniaque?
- Quels sont les désavantages de la manie?
- Avez-vous déjà essayé « d'intensifier » un épisode maniaque? On peut considérer ça comme une stratégie d'adaptation. Regardons les coûts et les bénéfices de

(comportements pour intensifier la manie).

Module de formation sur le trouble bipolaire

3^e rencontre | Manie – 2^e partie

Directives au thérapeute :

La question de l'abus de substances et de son impact aggravant sur le cours de la maladie bipolaire doit être abordée et soulignée. L'usage de drogues et d'alcool est courant dans les épisodes dépressifs et maniaques; toutefois, les problèmes qui en découlent peuvent être différents dans les deux phases. Pour des personnes en dépression, l'alcool et les drogues sont souvent utilisés pour atténuer les émotions difficiles. Pour des personnes en phase maniaque, les substances peuvent être utilisées soit pour diminuer, soit pour augmenter les symptômes.

La manie peut aussi augmenter le désir des substances sans lien apparent avec l'augmentation ou la diminution des symptômes. Facilitez une analyse coûts-bénéfices de l'abus de substances, puis de la non-observance à la médication, en utilisant la Planche 8 (« Réactions à un épisode maniaque et aux stress qui peuvent déclencher un épisode maniaque – 2 : coûts et bénéfices »). Les contributions des participants au sujet de l'abus de substances et de la non-observance aux médicaments devraient être inscrites au tableau et commentées d'une façon neutre. Le thérapeute devrait toujours conserver une façon impersonnelle de commenter l'abus de substances et la non-observance aux médicaments, précisément parce qu'une approche trop dirigée pourrait mettre les participants sur la défensive. Il devrait obtenir les idées du groupe sur les raisons qui peuvent les amener à abuser de substances et à être non-observants avec les médicaments pour gérer le stress et l'émergence de signes et symptômes maniaques.

Point clef 3 : Reconnaître le rôle, en termes de coûts et bénéfices, de l'abus de substances, de la non-observance aux médicaments et d'autres comportements qui prolongent les phases maniaques ou l'impact des stresseurs.

Contenu didactique du thérapeute

Il y a un taux élevé d'abus de substances et de dépendance associé au trouble bipolaire. La prévalence à vie d'abus de drogues ou d'alcool est d'environ 70 %, et le taux de consommateurs actifs de drogues ou d'alcool est de 30-35 %. L'abus de substances est un sujet important en ce qui concerne la manie. L'alcool ou les drogues peuvent être utilisés pendant une phase maniaque pour de nombreuses raisons, parfois pour augmenter et parfois pour diminuer les symptômes.

- Qu'arrive-t-il quand une personne prend des drogues ou de l'alcool quand elle est en phase maniaque ou en réponse à un stress qui peut déclencher la manie?
- Quelles sont les raisons pour lesquelles une personne utiliserait de l'alcool ou des drogues pendant une phase de manie?
- Quels seraient les points positifs, les avantages ou les bénéfices à utiliser des drogues et/ou l'alcool pendant la manie?
- Quels seraient les coûts ou points négatifs?
- Une autre réaction commune lors de la manie est de diminuer ou d'arrêter les médicaments prescrits. Qu'est-ce qui occasionne cela?
- Que se passe-t-il quand une personne cesse de prendre ses médicaments prescrits quand elle est en phase maniaque?
- Quels sont les avantages? Quels sont les inconvénients?

Module de formation sur le trouble bipolaire

3^e rencontre | Manie – 2^e partie

PLANCHE 8 :

Réactions à un épisode maniaque et aux stress qui peuvent déclencher un épisode maniaque – 2 : coûts et bénéfices

<i>Réactions</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

<i>Réactions</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

<i>Réactions</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

Module de formation sur le trouble bipolaire

3^e rencontre | Manie – 2^e partie

Directives au thérapeute :

Référez-vous à la Planche 8 (« Réactions à un épisode maniaque et aux stress qui peuvent déclencher un épisode maniaque – 2 : coûts et bénéfices »). Demandez aux participants d'élaborer les coûts et bénéfices pour au moins deux réactions personnelles à la manie. Idéalement, une des réactions devrait être bénéfique et l'autre devrait être inefficace et dommageable. Des feuilles supplémentaires peuvent être fournies aux participants pour leur permettre de travailler en groupe ou à domicile sur des exemples supplémentaires.

Contenu didactique du thérapeute

Prenez la Planche 8 (« Réactions à un épisode maniaque et aux stress qui peuvent déclencher un épisode maniaque – 2 : coûts et bénéfices ») dans votre cahier. Prenez les prochaines minutes pour faire une analyse coûts-bénéfices pour au moins une de vos réactions principales quand vous entrez en phase maniaque. Autrement dit, choisissez une de vos réactions typiques à un épisode de manie, et faites une liste des impacts positifs et négatifs de cette réaction.

Puis, prenez votre liste de Déclencheurs individuels d'un épisode maniaque, et identifiez une ou deux stratégies d'adaptation pour des stresseurs spécifiques. Faites la liste des coûts et des bénéfices associés à chaque réponse.

Point clef 4 : Développer un plan d'action personnel pour la manie.

Contenu didactique du thérapeute

À ce stade, vous avez construit votre « Profil personnel de manie » et avez fait la liste de quelques réactions que vous avez mises en pratique dans le passé pour faire face à la manie et aux stress qui peuvent déclencher un épisode maniaque. Nous avons analysé minutieusement plusieurs de ces réactions pour faire face à la manie et aux stress qui peuvent déclencher un épisode, en utilisant l'analyse coûts-bénéfices. Vous allez maintenant développer un Plan d'action personnel pour faire face à un épisode maniaque. Ceci est un plan que vous écrirez sur une feuille et une carte. Vous pourrez prendre la carte avec vous dans votre sac ou votre portefeuille lorsque vous quitterez la rencontre.

- D'après vous, que serait-il important d'inclure dans un plan d'action pour la gestion d'un épisode maniaque?
- D'après vous, que serait-il important d'inclure dans un plan d'action pour la gestion de stress qui peuvent déclencher une manie?
- Il peut être utile de penser à ce qui a pu vous aider dans le passé?

3^e rencontre | Manie – 2^e partie

À ce stade, chacun de vous a commencé à identifier les signes et symptômes précurseurs de manie et les stresseurs qui peuvent déclencher un épisode maniaque. Vous avez aussi mis au point un plan d'action pour gérer les signes et symptômes de tels épisodes. Cette connaissance vous permettra de mieux gérer votre maladie et de prévenir ou de limiter les changements d'humeur futurs. Soyez patient, il faut du temps et de la pratique pour apprendre à gérer le stress et les symptômes de manie efficacement. Vous avez également complété une carte : Plan d'action pour la manie. Gardez-la dans votre portefeuille. Vous pouvez l'utiliser comme une référence rapide. La semaine prochaine, nous allons commencer à parler de la partie dépression de la maladie bipolaire.

Directives au thérapeute :

Terminez la rencontre et notez le jour, la date, l'heure et le lieu de la prochaine rencontre. Ramassez les cahiers des participants qui désirent les garder sur place.

Directives au thérapeute :

Inscrivez les suggestions des participants au tableau et discutez le raisonnement sous-jacent à chacune de leurs idées. Après avoir abordé toutes les idées des participants, exposez la Planche 9 (« Plan d'action : résumé des stratégies pour faire face à la manie et aux stress qui peuvent déclencher un épisode de manie »). Passez la liste en revue et discutez-en avec les participants. Renforcez les contributions du groupe figurant sur la liste au tableau, particulièrement celles qui sont « personnelles » et qui ne sont pas incluses dans la liste générique. Puis demandez aux participants de remplir la Planche 9 « Plan d'action : résumé des stratégies pour faire face à la manie et aux stress qui peuvent déclencher un épisode de manie ». Ensuite, demandez à chaque participant de remplir la carte à mettre dans son portefeuille (Planche 10, « Plan d'action en cas de manie »). Souvenez-vous que les participants les plus perturbés au plan cognitif ou affectif, pourraient avoir besoin d'aide. Le thérapeute peut choisir de discuter des points généraux sur les cartes pour stimuler leur mise au point.

Module de formation sur le trouble bipolaire

3^e rencontre | Manie – 2^e partie

PLANCHE 9 :

Plan d'action : résumé des stratégies pour faire face à la manie et aux stress qui peuvent déclencher un épisode de manie

1. Prévenir votre intervenant quand vous avez des symptômes précurseurs de manie ou que vous vivez des stress qui peuvent déclencher un épisode de manie.
2. Discuter des changements de médicaments pour un problème de santé physique avec votre intervenant.
3. Faire rapidement une évaluation du problème de santé et traiter si nécessaire.
4. Ne pas consommer de l'alcool ou des drogues (remarque : une simple augmentation de la consommation de tabac peut diminuer l'effet des médicaments prescrits).
5. Maintenir sa routine d'activités quotidiennes.
6. Diminuer le manque de sommeil.
7. Solliciter le soutien de votre entourage : _____
8. Être conscient de vos comportements d'adaptation personnels. Faire la liste de ce qui est efficace pour vous :
 -
 -
 -
9. Être conscient de vos comportements d'adaptation personnels. Faire la liste de ce qui est inefficace pour vous :
 -
 -
 -

Module de formation sur le trouble bipolaire

3^e rencontre | Manie – 2^e partie

PLANCHE 10 :

Plan d'action en cas de manie

1. Contrôler les médicaments	6. Utiliser ce qui est efficace :
2. Contrôler : alcool/drogues/tabac	•
3. Reconnaître les facteurs de stress :	7. Éviter ce qui est inefficace :
• Physiques	•
• Émotionnels	8. Contacter l'équipe soignante
4. Maintenir les activités quotidiennes et le sommeil	Téléphone : _____
5. Solliciter le soutien de votre entourage	9. Contacter le groupe de soutien
	Téléphone : _____

Plan d'action en cas de manie

1. Contrôler les médicaments	6. Utiliser ce qui est efficace :
2. Contrôler : alcool/drogues/tabac	•
3. Reconnaître les facteurs de stress :	7. Éviter ce qui est inefficace :
• Physiques	•
• Émotionnels	8. Contacter l'équipe soignante
4. Maintenir les activités quotidiennes et le sommeil	Téléphone : _____
5. Solliciter le soutien de votre entourage	9. Contacter le groupe de soutien
	Téléphone : _____

Plan d'action en cas de manie

1. Contrôler les médicaments	6. Utiliser ce qui est efficace :
2. Contrôler : alcool/drogues/tabac	•
3. Reconnaître les facteurs de stress :	7. Éviter ce qui est inefficace :
• Physiques	•
• Émotionnels	8. Contacter l'équipe soignante
4. Maintenir les activités quotidiennes et le sommeil	Téléphone : _____
5. Solliciter le soutien de votre entourage	9. Contacter le groupe de soutien
	Téléphone : _____

RENCONTRE

4

Dépression – 1^{ère} partie

Fondement

Cette rencontre est conçue pour faciliter la prise de conscience des signes, des symptômes et des éléments déclencheurs d'une rechute dépressive. Ceci permettra de participer à la gestion de la maladie et de développer des stratégies d'adaptation efficaces.

Objectifs de la rencontre

1. Les participants développeront une liste personnelle de signes et symptômes de dépression.
2. Les participants identifieront la variabilité de leur propre profil de récurrence d'épisodes dépressifs.
3. Les participants développeront une liste personnelle de déclencheurs connus et potentiels d'épisodes de dépression.

Points clefs

Point clef 1 : Identifier les objectifs de la rencontre concernant le développement d'habiletés personnelles qui permettent de reconnaître la dépression et les éléments déclencheurs.

La maladie bipolaire est caractérisée par des changements extrêmes de l'humeur, associés à des changements comportementaux et cognitifs. L'identification des symptômes est le premier pas conduisant à l'adoption d'une stratégie permettant de prévenir, limiter et/ou aider le participant à faire face à une rechute dépressive.

Point clef 2 : Identifier le profil des rechutes et les signes et symptômes personnels de dépression. Élaborer un Profil personnel de dépression.

Un épisode dépressif peut être caractérisé par des changements d'humeur, de comportements ou de cognitions qui surviennent de manière progressive ou abrupte. Les symptômes peuvent débuter lentement, s'aggravant progressivement, ou débuter rapidement, à l'occasion passant directement de la dépression à la manie et vice-versa. Pour contrôler efficacement leur maladie, les participants doivent connaître leur profil personnel. Ceux-ci varient en durée et en fréquence des épisodes. La validation du profil individuel des participants se fera au moyen de discussions sur

la variabilité des symptômes et la manière dont ils surviennent. Encouragez les participants à devenir conscients des symptômes de dépression reconnus par la famille, les amis et les collègues.

Point clef 3 : Identifier les déclencheurs personnels de la dépression et compléter une liste de Déclencheurs personnels d'un épisode dépressif.

L'instabilité qui caractérise la maladie peut être aggravée par un changement dans la routine, des événements stressants de la vie courante, des changements psychologiques ou physiques ou la non-observance du plan de traitement (médicaments, hygiène du sommeil). Toutefois, il est important de reconnaître que c'est une des particularités de la maladie d'avoir des rechutes et des rémissions spontanées. Cette complexité peut dérouter et démoraliser les participants. Apprendre à reconnaître les déclencheurs potentiels peut être une technique efficace de gestion de la maladie et de prévention des rechutes.

Script

Point clef 1 : Identifier les objectifs de la rencontre concernant le développement d'habiletés personnelles qui permettent de reconnaître la dépression et les éléments déclencheurs.

Directives au thérapeute :

Accueillir de nouveau les membres du groupe et distribuer les cahiers et les feuilles d'exercice s'il y a lieu.

Contenu didactique du thérapeute

Durant les dernières semaines, nous avons discuté des directives pour être membre de ce groupe, des bases biologiques de la maniaco-dépression qui en font une maladie qui peut être traitée et de différents symptômes qui peuvent inclure la psychose. Nous avons aussi parlé des préjugés et de leur influence potentiellement nuisible sur l'apprentissage de techniques permettant de gérer le trouble bipolaire de façon efficace. Dans les deux dernières semaines, nous avons parlé de vos profils personnels de manie et des stresseurs qui peuvent déclencher un épisode maniaque. Chacun d'entre vous a développé un plan pour gérer la manie et les stress qui peuvent déclencher un épisode de manie, et a pratiqué la prise de décision pour une gestion efficace du trouble basée sur une analyse coûts-bénéfices approfondie.

Directives au thérapeute :

- *Écrivez trois titres sur le tableau : « Pensées », « Sentiments/émotions », « Comportements ». Questionnez les participants et notez chacune de leurs contributions telles qu'exprimées sous le titre approprié.*
- *Quand le groupe a élaboré une liste d'une longueur raisonnable, exposez la Planche 11 (« Profil personnel de la dépression »). Le tableau peut aussi être utilisé pour stimuler la discussion si le groupe ne contribue pas assez. Soulignez les contributions des participants en révisant la liste.*

Aujourd'hui et la semaine prochaine, nous allons parler de la dépression comme faisant partie de la maladie bipolaire. D'ici la fin de la rencontre d'aujourd'hui, vous serez aptes à faire une liste de vos propres signes et symptômes dépressifs, de décrire les profils de vos épisodes dépressifs et d'identifier les déclencheurs qui peuvent causer ou aggraver la dépression.

Il y a des signes et symptômes de la maladie qui sont communs pour beaucoup de gens, mais les épisodes sont toujours un peu différents pour chacun d'entre vous. Nous allons commencer par examiner les symptômes dépressifs communs à la plupart des personnes. Ensuite, nous identifierons les symptômes que nous aurions oubliés de citer. Après cela, chacun d'entre vous pourra élaborer son propre Profil de dépression. Quand votre Profil de dépression sera complété, nous développerons une Liste des déclencheurs individuels d'un épisode dépressif.

- Avez-vous des questions jusqu'ici?

Point clef 2 : Identifier le profil des rechutes et les signes et symptômes personnels de la dépression. Élaborer un profil personnel de dépression.

Contenu didactique du thérapeute

Parlons des signes et symptômes de la dépression. Comme la manie, la dépression est caractérisée par la façon dont la personne parle, pense et agit. Ainsi, en parlant de la dépression il peut être utile de l'aborder de la manière suivante : les pensées, sentiments/émotions et comportements d'une personne représentent ses signes et symptômes dépressifs.

- Quelles sont les pensées, émotions et actions typiques d'une personne déprimée?
- Il peut être utile de se rappeler les signes et symptômes dépressifs en repensant à votre épisode le plus récent ou le plus sévère.

PLANCHE 11 :

Profil personnel de la dépression

1. Cochez les symptômes que vous avez vécus.
2. Marquez un « P » devant les symptômes qui sont précurseurs d'un épisode.
3. Marquez un « X » devant les symptômes qui arrivent rapidement et sans avertissement.
4. Marquez un « F » devant les symptômes qui sont reconnus par la famille, les amis et les collègues.
5. Ajoutez d'autres symptômes qui ne figurent pas sur la liste dans les espaces prévus.

√	P	X	F	<i>Pensées</i>
				Difficultés de concentration et trouble de mémoire
				Les choses vont mal et ne vont pas s'améliorer
				Difficultés à prendre des décisions
				Penser que les autres ne se préoccupent pas de vous, alors que ce n'est peut-être pas le cas
				Pensées fréquentes de mort ou de suicide
				Paranoïa : penser que les gens complotent contre vous
				Fausse impression que vous ne valez rien ou que vous êtes méchant
				Hallucinations : entendre des voix ou voir des choses qui ne sont pas réelles
				Pensées liées aux problèmes causés par la dépression dans le passé
√	P	X	F	<i>Émotions/Sentiments</i>
				Sentiment de dévalorisation
				Sentiment de culpabilité sans raison
				Sentiment de tristesse sans raison
				Facilement irritable
				Se sentir mal même quand tout va bien
				Moins d'énergie
				Changement d'appétit
√	P	X	F	<i>Comportements</i>
				Nervosité, agitation ou impatience
				Trouble du sommeil : insomnie ou hypersomnie
				Difficultés à commencer ou à terminer des projets
				Évitement des contacts sociaux
				Arrêter le travail ou les activités habituelles
				Conflits et disputes sans raison apparente
				Pleurs fréquents sans raison suffisante
				Élaborer un plan de suicide

Ouvrez s'il vous plaît vos cahiers à la Planche 11 (« Profil personnel de dépression »). Dans vos cahiers respectifs, cochez les symptômes qui correspondent à votre expérience de la dépression. Même si quelques symptômes sur cette liste font partie de l'expérience de la dépression pour plusieurs personnes, la liste que vous élaborez est un ensemble de symptômes qui vous est propre. Le plus important est que vous identifiez, dans les espaces prévus, les symptômes de dépression personnels qui ne sont pas énumérés. Ces symptômes sont uniques et le fait d'en être conscient peut améliorer votre habileté à reconnaître qu'une dépression est imminente. Il arrive parfois que la famille, des amis ou des collègues reconnaissent des symptômes dépressifs dont nous ne sommes pas conscients.

Directives au thérapeute :

Notez qu'il est normal de commenter explicitement ou implicitement sur l'acceptabilité sociale de certaines réactions. Par exemple, il est difficile de ne pas répondre à « Je bats ma femme » en expliquant que c'est un symptôme socialement inacceptable, alors que « je m'isole » peut être commenté de manière plus neutre. Il est essentiel qu'une atmosphère de tolérance et de compréhension soit établie par le thérapeute afin de conserver un milieu qui soit thérapeutique. Gardez à l'esprit, cependant, que lorsqu'un membre du groupe se met en danger ou met en danger son entourage, il faut pouvoir réagir d'une manière appropriée.

Pour cette raison, nous avons inclus des lignes sur les feuilles pour ces symptômes que d'autres personnes dans votre vie pourraient rapporter. Inscrivez un *F* dans l'espace prévu pour les symptômes que les autres remarquent lorsque vous devenez déprimé.

- Regardez les signes et les symptômes sur votre Profil personnel de dépression. Votre profil semble-t-il exact? Y a-t-il autre chose à ajouter à votre liste?

Ces pensées, sentiments et comportements représentent les symptômes qui forment le « noyau » de votre dépression. Certains apparaissent plus tôt que d'autres. Marquez d'un *P* ceux qui sont susceptibles d'apparaître en premier. Si vous pouvez identifier les signes précurseurs, vous pouvez réagir rapidement, avant que la dépression ne devienne plus grave. Ceux-ci peuvent être considérés comme des « signaux d'alarme ».

- Avez-vous des questions?

Contenu didactique du thérapeute

Une réapparition de signes et symptômes dépressifs peut survenir de différentes façons :

1. Les symptômes réapparaissent lentement et graduellement, s'intensifiant avec le temps.
2. Les symptômes réapparaissent assez rapidement, en passant parfois directement d'une humeur à l'autre. Marquez un *X* dans l'espace prévu à côté des symptômes qui arrivent rapidement et sans avertissement.
3. Une personne peut avoir des symptômes maniaques et dépressifs entremêlés, c'est-à-dire, une humeur déprimée ou irritable, associée à une accélération maniaque. Pendant un épisode dépressif sans symptômes maniaques, une personne n'a pas d'énergie ni d'intérêt.

- Je me demande ce que vous avez vécu?

Point clef 3 : Identifier les déclencheurs personnels de la dépression. Compléter une liste de déclencheurs personnels d'un épisode dépressif.

4^e rencontre | dépression – 1^{ère} partie

Contenu didactique du thérapeute

Nous allons maintenant parler des déclencheurs connus et potentiels de dépression. Rappelez-vous que la maladie bipolaire peut être comparée au diabète. Dans le cas du diabète, le taux de sucre sanguin peut monter ou descendre parce que le corps n'arrive pas à le contrôler. Dans la maladie bipolaire, ce sont les humeurs de la personne qui montent ou descendent trop. Dans les deux cas, il y a des périodes de stabilité où la personne va bien et des périodes où elle ne va pas bien. Comme avec le diabète, la maladie bipolaire peut devenir plus instable soit à cause d'un stress, soit de façon spontanée, parce que l'instabilité fait partie de la maladie.

Les stress peuvent provenir d'événements positifs ou négatifs de la vie ou de changements de routine, en fait, de tout ce qui stimule vos émotions ou perturbe votre vie quotidienne. Il est normal de réagir à une bonne ou mauvaise expérience par une humeur adaptée. Les personnes atteintes de trouble bipolaire peuvent être plus sensibles que les autres au stress et au changement : la recherche sur le trouble bipolaire a montré une relation entre le stress et l'instabilité de l'humeur. Ainsi, si le stress déclenche une rechute, celle-ci peut durer longtemps après que l'événement stressant ait disparu.

- Quels types de stress de la vie quotidienne pourraient provoquer une rechute dépressive ou y contribuer selon vous?
- En pensant à votre rechute la plus récente ou la plus grave, vous souvenez-vous si une crise, un stress mineur ou un changement de routine était survenu avant que vous ne vous sentiez déprimé?
- Qu'en est-il d'un événement positif? De quoi s'agissait-il?
- L'un d'entre vous a-t-il éprouvé une dépression sans avoir aucun déclencheur et tout en maintenant le plan de traitement?
- Est-ce que quelqu'un a eu un épisode de dépression déclenché par une manie?

Vous vous souvenez que nous avons passé en revue une liste des signes et symptômes dépressifs, puis

Directives au thérapeute :

Montrez la Planche 12 (« Déclencheurs personnels d'un épisode dépressif »). Identifiez les similarités entre la liste du groupe et la liste générique. Reconnaissez l'individualité des participants en soulignant les items qui sont sur la liste du groupe et qui n'apparaissent pas sur la liste générique.

chacun de vous a ajouté ses expériences personnelles. Nous allons faire un exercice semblable avec les déclencheurs de la dépression.

Directives au thérapeute :
Faites une liste sur le tableau des exemples énumérés par les participants.

J'aimerais que vous preniez quelques minutes pour remplir la Planche 12. Vous devez cocher les items qui ont déclenché une rechute dépressive dans votre passé. Puis, notez s'il y a eu un changement de routine ou un événement spécifique dans votre vie, positif ou négatif, qui a déclenché, d'après vous, un épisode dépressif par le passé ou qui pourrait en déclencher un dans le futur. Assurez-vous d'ajouter les éléments déclencheurs personnels que vous avez expérimentés, ceux que vous m'avez donnés pour faire la liste au tableau.

PLANCHE 12 :

Déclencheurs personnels d'un épisode dépressif

Cochez tous les éléments qui ont déclenché chez vous des épisodes dépressifs.
Complétez en écrivant vos expériences personnelles.

<i>Événements difficiles</i>
<i>Événements heureux</i>
<i>Changements de médicaments : pour des problèmes de santé physique ou mentale, prescrits ou en vente libre</i>
Quels médicaments?
<i>Maladie physique</i>
Quelle maladie?
<i>Prise de substances (drogue, alcool)</i>
<i>Modification dans les habitudes d'usage du tabac</i>
<i>Changements saisonniers</i>
Quelle saison?
<i>Changements dans la routine</i>

- Maintenant que vous avez identifié votre liste personnelle de déclencheurs d'une rechute dépressive, voulez-vous ajouter un point que nous aurions oublié?

Aujourd'hui, nous avons appris que les signes et les symptômes dépressifs sont communs à beaucoup de personnes, mais que chacun de nous a un éventail de symptômes qui émergent selon un profil que nous appelons votre « Profil personnel de dépression ». Vous avez aussi élaboré une liste de changements de routine et d'éléments stressants qui peuvent, selon vous, déclencher ou contribuer à des rechutes. La semaine prochaine, nous pousserons cette étape un peu plus loin en identifiant des stratégies pour gérer ces symptômes et les stress qui peuvent mener à une dépression.

Directives au thérapeute :

Terminez la rencontre et donnez le jour, la date, l'heure et le lieu de la prochaine rencontre. Félicitez les participants pour le travail accompli durant cette rencontre.

RENCONTRE

5

Dépression – 2^e partie

Fondement

Cette rencontre est conçue pour aider les participants à commencer à associer la reconnaissance des signes, des symptômes et déclencheurs de rechutes et la mise en route de comportements efficaces pour faire face à la dépression.

Objectifs de la rencontre

1. Les participants identifieront les stratégies personnelles inefficaces pour faire face à la dépression.
2. Les participants identifieront les stratégies personnelles efficaces, avec lesquelles ils peuvent réagir à l'apparition des signes et symptômes précurseurs de la dépression.
3. Les participants identifieront les stratégies qui permettent de minimiser les facteurs déclencheurs qui peuvent contribuer à l'émergence d'une rechute dépressive.
4. Les participants prendront connaissance du taux élevé de comorbidité avec l'abus de substances et d'alcool dans la maladie bipolaire.
5. Les participants prendront connaissance du taux élevé de comportements suicidaires associés à la maladie bipolaire.

Points clefs

Point clef 1 : Transmettre le raisonnement concernant l'identification des signes et symptômes précurseurs de la dépression et des stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif comme signaux pour initier des réponses efficaces.

Auparavant, chaque participant a utilisé différentes stratégies pour faire face à l'émergence de signes et symptômes dépressifs. Les méthodes utilisées ont pu être efficaces, partiellement efficaces, inefficaces ou dommageables. La première étape, afin de pouvoir gérer efficacement sa maladie, consiste à apprendre à reconnaître les stresseurs qui peuvent déclencher une dépression et l'émergence des signes et symptômes comme un signal pour réagir. Par le passé, les participants ont peut-être réagi à l'émergence

des symptômes avec des sentiments de peur, de désespoir, de passivité et/ou des réponses inefficaces. Reconnaître et répondre efficacement aux stress, aux signes et aux symptômes précurseurs de dépression peut limiter l'intensité de l'épisode, l'impact du stresseur, et le dysfonctionnement familial, social et professionnel.

Point clef 2 : Apprendre à reconnaître les réactions adéquates et inadéquates aux signes et symptômes de la dépression et aux stress qui peuvent déclencher un épisode de dépression. Les comprendre en termes de coûts et bénéfices.

Un élément important de changement comportemental est d'apprendre à reconnaître les réactions adéquates et inadéquates qui peuvent faire durer ou aggraver un épisode dépressif et les stress qui peuvent déclencher la dépression. Un comportement inefficace peut servir à valider une cognition et un jugement de soi erronés. Cette façon négative de penser peut gravement entraver l'apprentissage de nouvelles stratégies. Un comportement adéquat et efficace peut jouer un rôle protecteur, à la fois au plan individuel et pour l'entourage. Souvent, les réactions pour faire face à un épisode dépressif comprennent à la fois des aspects adéquats et inadéquats. Il y a un taux élevé d'abus de substances et de comportements suicidaires chez les personnes atteintes de maniaco-dépression. Durant cette rencontre nous allons aborder ces sujets avec des exercices spécifiques conçus pour réaliser les coûts sérieux qui sont associés à ces comportements. Le Point clef 3 peut découler directement des suggestions du groupe sur le Point clef 2; il peut aussi avoir besoin d'être suggéré par le thérapeute comme mentionné ci-dessous.

Point clef 3 : Reconnaître l'abus de substances et les comportements suicidaires comme des stratégies inefficaces pour gérer la dépression et le stress qui peut déclencher ou maintenir un épisode dépressif. Commencer à comprendre leur association fréquente au trouble bipolaire.

Beaucoup de gens boivent de l'alcool et/ou consomment des drogues pour compenser l'humeur dépressive. Une attention particulière doit être portée à l'usage de drogues et d'alcool compte tenu des taux élevés de comorbidité de l'abus de ces substances dans le trouble bipolaire. La prévalence à vie de

5^e rencontre | Dépression – 2^e partie

l'alcoolisme et de l'abus d'alcool est de 35 % à 45 %. La prévalence à vie de l'abus et de la dépendance de substances est également élevée. La prévalence à vie pour l'abus et la dépendance à l'alcool et aux drogues combinés est supérieure à 70 %, avec des taux d'abus de substances actuel entre 35 % et 45 %. Ainsi, plus de la moitié des personnes avec un trouble bipolaire ont eu des problèmes significatifs avec la consommation d'alcool ou de drogues.

Les personnes avec un trouble bipolaire sont également à très haut risque de suicide. L'émergence d'idées suicidaires, avec ou sans planification ou intention de passer à l'acte, est souvent associée à une dépression sévère. Les participants peuvent ne pas avoir évoqué ce sujet pendant la discussion sur les réactions à un état dépressif durant cette rencontre ou les rencontres antérieures pour différentes raisons. Tout d'abord, ils ne reconnaissent peut-être pas le suicide comme un effort pour soulager la douleur liée à la dépression, même si c'est une stratégie d'adaptation à la maladie. Deuxièmement, les participants peuvent être gênés d'admettre qu'ils ont eu des idées ou des comportements

suicidaires, étant donné que généralement, ceux-ci sont les réactions les moins acceptables socialement.

Point clef 4 : Mettre au point un Plan personnel pour faire face à la dépression.

Lorsque l'on vit un épisode dépressif, la concentration, la mémoire et la pensée logique peuvent être affectées. De ce fait, l'élaboration d'un plan d'action prédéterminé pour gérer l'émergence de signes et symptômes dépressifs a plus de chances d'améliorer l'efficacité de la prise en charge autonome.

Script

Point clef 1 : Transmettre le raisonnement concernant l'identification des signes et symptômes précurseurs de la dépression et des stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif comme signaux pour initier des réponses efficaces.

Contenu didactique du thérapeute

La semaine dernière, nous avons appris que les signes et symptômes dépressifs peuvent être récurrents et que chacun d'entre vous a un éventail particulier de symptômes qui constituent son profil personnel de dépression. En vous familiarisant avec votre profil personnel, vous pouvez gérer votre maladie en répondant à ces signes et symptômes aussitôt que possible, selon un plan d'action bien établi.

Nous avons également discuté des stresseurs qui peuvent déclencher ou maintenir un épisode de dépression et chacun de vous a élaboré une liste personnelle. Aujourd'hui nous allons commencer à parler de stratégies de gestion pour minimiser ces stresseurs afin de limiter les futurs épisodes dépressifs.

- Est-ce que quelqu'un a des questions?

Point clef 2 : Apprendre à reconnaître les réactions adéquates et inadéquates aux signes et symptômes de la dépression et aux stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif. Les comprendre en termes de coûts et bénéfices.

Pour débuter, nous allons discuter des moyens que vous avez utilisés dans le passé pour faire face à une dépression. Ensuite, nous discuterons les éventuels

Directives au thérapeute :

Accueillir les participants, distribuer les cahiers d'exercice ou, si les participants les ont apportés chez eux et que certains les ont oubliés, fournir des copies des feuilles d'exercice des différentes rencontres.

5^e rencontre | Dépression – 2^e partie

coûts et bénéfices de ces différentes stratégies. Finalement, chacun d'entre vous formulera son propre « Plan d'action » pour faire face à la dépression, ce qui vous aidera à prévenir ou à gérer un épisode dépressif majeur.

Relisez les signes et symptômes de votre « Profil personnel de dépression ». Si vous vous souvenez bien, c'est votre liste de signes et symptômes avec les colonnes « Pensées », « Sentiments/Émotions » et « Comportements ».

- Avez-vous pensé à d'autres signes et symptômes personnels depuis la semaine dernière? S'il vous plaît, prenez un moment pour les ajouter à votre liste.

Si vous avez eu l'occasion de parler avec des membres de votre famille, des amis ou des collègues qui auraient observé des symptômes, ajoutez ces symptômes à votre liste et indiquez un *F* dans l'espace prévu. Assurez-vous de marquer un *P* à côté des symptômes qui arrivent *en premier* et un *X* à côté des symptômes qui émergent *rapidement*. Puis prenez un moment pour réviser vos déclencheurs individuels d'un épisode de dépression.

- Avez-vous quelque chose à ajouter à cette liste?

Nous allons réviser brièvement le concept de « comportements d'adaptation » et le processus d'une analyse coûts-bénéfices. Quand les gens sont déprimés, ils adoptent des comportements pour soulager leur souffrance ou pour essayer de faire aller les choses aussi bien que possible. Ces actions ou réponses sont appelées *comportements d'adaptation*. En fait, les gens essayent de s'adapter à ce qui leur arrive avec les moyens dont ils disposent. Certaines réactions utilisées pour faire face à la dépression sont utiles, alors que d'autres sont plutôt dommageables. Nous allons maintenant élaborer une liste de comportements d'adaptation que les gens utilisent quand ils sont déprimés ou quand ils font face à des stress. Plus tard, nous discuterons des points positifs et négatifs de ces réactions.

- Que font les gens lorsqu'ils deviennent déprimés?
- Comment réagissent-ils face à des stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif?

Maintenant que nous avons une liste de comportements d'adaptation pour faire face à la dépression et aux stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif, nous allons aller un peu plus loin dans cet exercice et considérer les coûts et les bénéfices. En fait, toutes les réactions pour faire face à la dépression ont des points positifs et négatifs – des bénéfices et des coûts. Il n'y a pas de solution parfaite à un problème. L'important est de choisir des solutions qui apportent davantage de bénéfices avec un faible coût.

Directives au thérapeute :

Commencez une liste sur le tableau avec le titre « Comportements d'adaptation ». À ce stade, mettez l'accent sur les réactions sans évaluer les coûts ou bénéfices. Parler des coûts et bénéfices prématûrement peut parfois être perçu comme un jugement et peut inhiber les participants. Si ceux-ci hésitent à contribuer à la discussion, c'est peut-être dû au souvenir d'expériences dépressives qui suscite des sentiments de déni, de honte et d'embarras. Une fois que les participants ont contribué à l'élaboration de la liste, présentez la Planche 13 (« Réactions à un épisode dépressif et aux stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif – 1 : coûts et bénéfices »), en mettant l'accent uniquement sur la partie supérieure qui donne une liste des réactions communes.

5^e rencontre | Dépression – 2^e partie

Directives au thérapeute :

Utiliser le tableau ou la Planche 13 pour démontrer l'exemple suivant, en faisant la liste des items dans les colonnes coûts-bénéfices.

Par exemple, le fait que vous soyez ici aujourd’hui me dit que vous avez pesé les « coûts » associés à conduire jusqu’ici, à trouver un stationnement et à gérer les gens ou les obstacles qui étaient sur votre chemin une fois ici et avant de quitter votre maison.

Le fait que vous soyez ici m’indique que vous avez décidé que les « bénéfices » de venir au groupe aujourd’hui sont plus importants que les « coûts ». Pour s’adapter

à une situation et prendre des décisions, il faut réfléchir aux coûts et aux

bénéfices. Mais parfois nous prenons une décision pour s’adapter à une situation simplement parce que nous agissons habituellement de cette façon. Nous développons des habitudes. Parfois, en y pensant bien, on s’aperçoit que cette réponse n’est pas toujours dans notre meilleur intérêt.

Voici un exemple : éviter les amis et les connaissances est un comportement fréquent lorsqu’on est déprimé. Ceci s’accompagne d’aspects positifs et négatifs. Du côté positif, on se sent moins submergé par les responsabilités et moins dévalorisé et coupable quand on n’est pas entouré par des gens qui se sentent bien. Souvent, l’isolement est un moyen d’éviter l’irritabilité ou l’anxiété lors des interactions sociales. Du côté négatif, le retrait social entraîne une diminution des contacts positifs et des expériences agréables avec l’entourage. Ceci peut entraîner des sentiments de culpabilité et de dévalorisation. L’entourage peut parfois commencer à attendre moins d’une personne déprimée. Les gens peuvent également lui faire comprendre qu’elle les a offensés ou mis en colère. Souvent, il y a aussi

des effets négatifs au plan matériel, tels que l’absentéisme au travail et la diminution de revenu.

Directives au thérapeute :

Le thérapeute facilitera une analyse coûts-bénéfices par les participants avec au moins un ou deux des comportements d’adaptation figurant dans la liste du groupe. Si les participants ont de la difficulté à commencer la liste, le thérapeute peut alimenter la discussion avec la liste générale. Faites attention de ne pas exprimer de jugement lorsque les participants font l’analyse coûts-bénéfices de réactions inefficaces pour faire face à la dépression et au stress. Le thérapeute peut utiliser la Planche 13 (« Réactions à un épisode dépressif ou aux stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif – 1 : coûts et bénéfices ») pour compléter l’analyse coûts-bénéfices. Rappelez-vous qu’il n’y a pas de réactions parfaites et que la plupart des réactions, à petite dose, peuvent aider une personne à gérer la dépression et le stress.

Les participants ne noteront pas nécessairement l’abus de substances ou les comportements suicidaires parmi leurs exemples. S’ils le font, le thérapeute devrait intégrer le contenu du Point clef 3 dans la discussion. Si l’abus de substances et les comportements suicidaires ne sont pas mentionnés par les participants, le thérapeute devrait continuer avec le Point clef 3 comme décrit.

PLANCHE 13 :

Réactions à un épisode dépressif et aux stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif – 1 : coûts et bénéfices

Exemples :

- Éviter les amis
- Arrêter ses activités et l'exercice physique
- Essayer de maintenir une routine quotidienne
- Aller chercher le soutien d'un ami en qui on a confiance
- Prier
- Arrêter le traitement
- Prendre rendez-vous avec le thérapeute/le médecin
- Arrêter de travailler
- Cesser de prendre les médicaments
- Se faire aider pour les tâches familiales/professionnelles
- Consommer de l'alcool et des drogues
- Planifier un suicide

<i>Réactions</i>	
Effets positifs (Bon pour vous, pour votre santé)	Effets négatifs (Qui créent plus de problèmes)

<i>Réactions</i>	
Effets positifs (Bon pour vous, pour votre santé)	Effets négatifs (Qui créent plus de problèmes)

Même si parfois l'isolement peut être aidant, par exemple durant les périodes de grande irritabilité, il est généralement préférable de ne pas choisir l'isolement comme seul et unique moyen pour faire face à une situation.

Directives au thérapeute :

Certains participants peuvent être en rémission d'abus d'alcool ou de drogues, alors que d'autres n'ont peut-être jamais eu ces problèmes. Certains sont peut-être actuellement dépendants, alors que d'autres sont abstinents. Le plus important, c'est que chacun aura une expérience différente du rôle que ces substances peuvent jouer dans leur maladie et dans leur vie (par exemple, déclenchement d'épisodes, automédication des symptômes, pas de relation évidente avec l'humeur). Les expériences avec l'abus de substances devraient être listées sur le tableau et les coûts-bénéfices liés à l'utilisation de drogues et d'alcool devraient être relevés d'une façon neutre par les autres participants et le thérapeute.

On insistera particulièrement sur ce sujet dans la Phase 2, lorsque l'exploration des coûts et bénéfices pour les objectifs personnels de chaque participant peut générer un effet de levier plus important pour le changement chez les participants qui ont un problème d'abus de substances. À ce stade, le thérapeute stimule la discussion, d'une manière non-personnelle, du rôle négatif que l'abus de substances peut jouer et des taux élevés de comorbidité.

Nous allons maintenant choisir un exemple à partir de votre liste au tableau.

Point clef 3 : Reconnaître l'abus de substances et les comportements suicidaires comme des stratégies inefficaces pour gérer la dépression et le stress qui peut déclencher ou maintenir un épisode dépressif. Commencer à comprendre leur association fréquente au trouble bipolaire.

Contenu didactique du thérapeute

Qu'en est-il de la consommation d'alcool et/ou de drogues?

- Que se passe-t-il quand une personne boit ou consomme des drogues alors qu'elle est déprimée?
- Pourquoi pensez-vous que les taux d'abus de substances sont si élevés chez les personnes avec une maladie bipolaire?

Malheureusement, il y a un taux de suicide élevé chez les personnes atteintes de trouble bipolaire et autres troubles de l'humeur. De plus, lorsque le trouble bipolaire est combiné avec l'usage de drogues ou d'alcool, le taux de suicide est encore plus élevé. Même s'il est difficile pour plusieurs personnes de parler du suicide, les idées suicidaires sont une stratégie d'adaptation que nous avons besoin d'inclure dans notre discussion d'aujourd'hui.

- Que pensez-vous du suicide comme solution à la dépression ou au stress?
- À quel stade de la dépression une personne pourrait-elle envisager le suicide?
- Quelles sont les raisons qui font que les personnes avec une maladie bipolaire ont un taux élevé de suicide, selon vous?

Directives au thérapeute :

Complétez une analyse coûts-bénéfices du suicide comme comportement d'adaptation à un épisode dépressif en utilisant les contributions des participants pour faire une liste.

5^e rencontre | Dépression – 2^e partie

- Quels sont les coûts et les bénéfices d'un comportement suicidaire?

Je veux conclure la discussion sur ce sujet très important en disant que le choix d'envisager le suicide peut être considéré comme un *symptôme* sérieux de la dépression ou comme une *tentative de gérer* le stress ou la dépression. Dans notre expérience, un traitement précoce et continu aide les gens à éviter le désespoir qui accompagne le stress et les épisodes dépressifs, et les idées suicidaires ont tendance à diminuer quand les gens ont des raisons de vivre. Ainsi, en développant des relations interpersonnelles et des objectifs personnels, on peut se protéger efficacement contre le suicide.

Prenez la Planche 14 « Réactions à un épisode dépressif et aux stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif – 2 : coûts et bénéfices » dans votre cahier. Prenez, s'il vous plaît, les prochaines minutes pour faire une analyse coûts-bénéfices pour une de vos réactions d'adaptation principales lorsque vous devenez déprimé. En d'autres mots, choisissez une des façons dont vous réagissez habituellement lorsque vous devenez déprimé et faites une liste des effets positifs et négatifs de cette réaction. Puis, prenez votre liste de Déclencheurs individuels d'un épisode dépressif. Identifiez une ou deux réactions à des stresseurs spécifiques et faites la liste des coûts et des bénéfices associés à chaque réponse.

Point clef 4 : Mettre au point un Plan d'action personnel pour faire face à la dépression.

Maintenant que vous avez élaboré votre Profil personnel de dépression et identifié vos signes d'alarme précoces et quelques-uns des comportements d'adaptation que vous avez utilisés dans le passé pour faire face au stress et à la dépression, vous allez mettre au point un Plan d'action personnel pour faire face à la dépression. Vous écrirez ce plan sur une feuille et sur une petite carte que vous garderez dans votre sac ou votre portefeuille et que vous emporterez avec vous aujourd'hui en quittant le groupe. Cette carte sera utile lorsque vous êtes déprimé et qu'il est difficile de réfléchir clairement et de vous rappeler des thèmes que nous avons abordés aujourd'hui.

- Qu'est-ce qui serait important d'inclure dans un plan d'action pour la dépression?
- Pensez à des réactions qui ont bien fonctionné pour vous dans le passé et réfléchissez à ce que vous avez appris aujourd'hui.
- Qu'est-ce qui serait important d'inclure dans un plan d'action pour gérer les stress qui peuvent mener à une dépression?

Directives au thérapeute :

Montrez et référez les participants à la Planche 14 (« Réactions à un épisode dépressif et aux stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif – 2 : coûts et bénéfices »), et demandez à chaque participant d'élaborer les coûts-bénéfices pour au moins deux de ses principales réactions au stress et aux signes et symptômes précoces de la dépression. Suggérez aux participants d'en choisir une qui est globalement bénéfique et une autre qui est dommageable. Des feuilles supplémentaires peuvent être fournies pour d'autres exemples que les participants peuvent développer pendant le groupe ou à domicile.

PLANCHE 14 :

Réactions à un épisode dépressif et aux stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif – 2 : coûts et bénéfices

<i>Réactions</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

<i>Réactions</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

<i>Réactions</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

Révisons brièvement le plan d'action de la Planche 15 (« Plan d'action : résumé des stratégies d'adaptation pour faire face à la dépression et aux stress qui peuvent déclencher un épisode de dépression »).

Je vais vous distribuer une carte au format « carte de crédit » pour que vous puissiez écrire votre Plan d'action personnel pour la dépression (Planche 16, « Plan d'action pour la dépression »). Remplissez la carte et gardez-la dans votre portefeuille.

Directives au thérapeute :

Les participants peuvent avoir besoin d'aide, en fonction de leur niveau de fonctionnement cognitif. Le thérapeute peut choisir de discuter certains points spécifiques de la carte pour stimuler les participants à la remplir. Terminez la rencontre en remerciant les participants pour leur contribution et rappelez-leur la rencontre suivante.

Directives au thérapeute :

Inscrivez les contributions des participants sur le tableau et faites suite à chacune d'entre elles en discutant avec le groupe le raisonnement sous-jacent aux suggestions.

Quand le groupe a fini de participer, montrez la Planche 15 (« Plan d'action : résumé des stratégies pour faire face à la dépression et aux stress qui peuvent mener à la dépression »). Passez en revue la liste en expliquant l'intérêt des différentes stratégies, particulièrement les stratégies 7 à 10, et demandez aux participants de compléter leur feuille de travail associée à la Planche 15.

PLANCHE 15 :

Plan d'action : résumé des stratégies d'adaptation pour faire face à la dépression et aux stress qui peuvent déclencher un épisode de dépression

1. Aviser votre intervenant des symptômes précurseurs de dépression et des stress susceptibles d'entraîner une dépression.
2. Discuter des changements de médicaments pour un problème de santé physique avec votre intervenant.
3. Faire rapidement une évaluation du problème de santé et traiter si nécessaire.
4. Ne pas consommer de l'alcool ou des drogues (remarque : une simple augmentation de la consommation de tabac peut diminuer l'effet des médicaments prescrits).
5. Maintenir sa routine d'activités quotidiennes.
6. Limiter les changements dans votre routine de sommeil.
7. Solliciter le soutien de votre entourage : _____
8. Être conscient de vos comportements d'adaptation personnels. Faire la liste de ce qui est efficace pour vous :
 -
 -
 -
9. Être conscient de vos comportements d'adaptation personnels. Faire la liste de ce qui est *inefficace* pour vous :
 -
 -
 -
10. Prévention du suicide

PLANCHE 16 :

Plan d'action en cas de dépression

1. Contrôler les médicaments	6. Utiliser ce qui est efficace :
2. Contrôler : alcool/drogues/tabac	•
3. Reconnaître les facteurs de stress :	7. Éviter ce qui est inefficace :
• Physiques	•
• Émotionnels	8. Contacter l'équipe soignante
4. Maintenir les activités quotidiennes	Téléphone : _____
5. Solliciter le soutien de votre entourage	9. Contacter le groupe de soutien
	Téléphone : _____

Plan d'action en cas de dépression

1. Contrôler les médicaments	6. Utiliser ce qui est efficace :
2. Contrôler : alcool/drogues/tabac	•
3. Reconnaître les facteurs de stress :	7. Éviter ce qui est inefficace :
• Physiques	•
• Émotionnels	8. Contacter l'équipe soignante
4. Maintenir les activités quotidiennes	Téléphone : _____
5. Solliciter le soutien de votre entourage	9. Contacter le groupe de soutien
	Téléphone : _____

Plan d'action en cas de dépression

1. Contrôler les médicaments	6. Utiliser ce qui est efficace :
2. Contrôler : alcool/drogues/tabac	•
3. Reconnaître les facteurs de stress :	7. Éviter ce qui est inefficace :
• Physiques	•
• Émotionnels	8. Contacter l'équipe soignante
4. Maintenir les activités quotidiennes	Téléphone : _____
5. Solliciter le soutien de votre entourage	9. Contacter le groupe de soutien
	Téléphone : _____

Les traitements pour le trouble bipolaire

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

Fondement

Cette rencontre est conçue pour conclure la Phase 1; elle permet aux participants de compléter un Plan de soin personnel. Au cours de cette rencontre, nous présentons aux participants les bases pour établir une relation de collaboration avec l'équipe traitante, ce qui complète les aptitudes d'autogestion développées dans les rencontres 1 à 5. Nous décrivons également le rôle de la thérapie pharmacologique, de la thérapie électroconvulsive (ECT) et de la thérapie basée sur les rythmes biologiques. Nous soulignons aussi le rôle essentiel des traitements psychosociaux, incluant les programmes d'entraide; les thérapies individuelles, familiales, ou de groupe; et la psychoéducation pour stabiliser le trouble bipolaire.

Objectifs de la rencontre

1. Les participants apprendront que les objectifs du traitement pour le trouble bipolaire sont d'améliorer les résultats cliniques et fonctionnels et de réduire les coûts personnels, incluant les difficultés relationnelles et l'impact sur le salaire et la productivité.
2. Les participants comprendront le modèle de soin basé sur la collaboration avec l'équipe traitante et le rôle essentiel des objectifs thérapeutiques clairs et définis conjointement, d'une communication efficace, du respect mutuel, et de la division des responsabilités entre l'individu et son intervenant.
3. Les participants apprendront l'importance des habitudes de vie saines comme une routine quotidienne structurée et la régulation du cycle éveil-sommeil pour améliorer la stabilité dans le trouble bipolaire.
4. Les participants apprendront les principales interventions pharmacologiques utilisées comme pierre angulaire du traitement du trouble bipolaire. Un bref résumé de la pertinence clinique et scientifique de la thérapie électroconvulsive est présenté.
5. Les participants reconnaîtront le rôle des programmes d'entraide; de la psychothérapie individuelle, de groupe, ou familiale; et de

la psychoéducation comme compléments essentiels aux traitements biologiques pour le trouble bipolaire.

Points clefs

Point clef 1 : Décrire le fondement de la rencontre.

Sensibilisez les participants au fondement de la rencontre : comprendre les objectifs du traitement du trouble bipolaire, développer les habiletés pour établir une relation de collaboration avec leur équipe traitante et apprendre les diverses possibilités de traitements complémentaires à la médication pour améliorer la stabilité de l'humeur. Ces possibilités incluent la régulation des rythmes circadiens, les traitements pharmacologiques et les traitements psychologiques. Durant la rencontre, les participants devront développer leur Plan de soin personnel pour le trouble bipolaire.

Directives au thérapeute :

La rencontre 6 est conçue pour le groupe de participants. Toutefois, elle peut être reprise pour les participants accompagnés de leur famille, de leurs amis ou de personnes significatives qui sont impliquées dans leur traitement. Elle peut se faire en rencontre de groupe ou individuelle.

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

Point clef 2 : Présenter le Modèle de soin basé sur la collaboration.

Le Modèle de soin basé sur la collaboration, en combinant les habiletés et l'expérience mutuelle de l'individu et de l'intervenant, peut améliorer le traitement du trouble bipolaire. Il est essentiel de définir conjointement des objectifs et de diviser clairement les responsabilités de l'individu et de l'intervenant pour avoir une relation de collaboration avec l'intervenant. Une communication efficace, un respect mutuel, et un plan d'urgence pour avoir accès à l'intervenant sont aussi indispensables.

Point clef 3 : Décrire la régulation du rythme circadien.

Les routines sociales régularisent ou synchronisent les rythmes circadiens. Les contacts sociaux, les activités quotidiennes et les autres facteurs environnementaux donnent des indices à l'horloge biologique et synchronisent les rythmes biologiques, particulièrement le sommeil. Des études soutiennent qu'il existe une relation entre la perturbation des rythmes circadiens et le début d'un épisode de manie ou de dépression aiguë. Minimalement, le maintien des rythmes circadiens peut être un complément aux traitements médicaux et psychosociaux. La restauration d'un cycle éveil-sommeil normal est une première étape pour gérer la manie et peut initier une réponse positive au traitement dans la dépression.

Point clef 4 : Discuter de la gestion de la médication, la pierre angulaire du traitement du trouble bipolaire.

La psychopharmacologie est la base du traitement du trouble bipolaire. Nous effectuons un bref survol des agents pharmacologiques utilisés pour traiter le trouble bipolaire. Nous ne suggérons pas de médicaments spécifiques. L'accent est mis sur la relation de collaboration entre l'intervenant et le participant pour prendre des décisions communes en ce qui concerne la gestion de la médication et pour discerner les coûts et les bénéfices de chaque Plan de médication personnel. Nous soulignons le rôle du participant, qui doit rapporter les effets secondaires de sa médication de façon bien informée et décrire sa réponse au traitement. La thérapie électroconvulsive est reconnue comme un traitement efficace avec une légitimité clinique et scientifique.

Point clef 5 : Discuter des programmes d'entraide; de la psychothérapie individuelle, de groupe et familiale; et de la psychoéducation pour le trouble bipolaire.

L'entraide, la psychothérapie et la psychoéducation représentent un complément essentiel au traitement médical pour le trouble bipolaire. Malgré les améliorations pharmacologiques, le trouble bipolaire est caractérisé par des symptômes chroniques, des problèmes fonctionnels et un taux élevé d'invalidité. Les traitements psychosociaux ont pour but d'apporter du soutien, de diminuer l'impact des événements stressants et d'améliorer les relations interpersonnelles; ceci peut améliorer l'issu du traitement et avoir un impact sur le niveau de fonctionnement social et occupationnel des individus.

Point clef 6 : Compléter un Plan de soin personnel pour le trouble bipolaire.

Il y a plusieurs caractéristiques personnelles à considérer en élaborant un Plan de soin personnel optimal. Le Plan de soin personnel s'inspire des informations recueillies pendant la rencontre et inclut l'information sur le profil personnel de manie et de dépression, les déclencheurs personnels des épisodes maniaques ou dépressifs et le plan de médication de chaque participant.

Script

Point clef 1 : Décrire le fondement de la rencontre.

Contenu didactique du thérapeute

Dans les 5 dernières rencontres, nous avons discuté de ce qu'est un trouble bipolaire, des causes et de l'impact des préjugés. Chacun de vous avez travaillé pour faire vos Profils personnels de manie et de dépression, votre liste personnelle de stresseurs qui peuvent déclencher un épisode et les stratégies spécifiques pour gérer les stresseurs et les premiers symptômes de perturbation de l'humeur. Aujourd'hui, nous allons parler des traitements pour le trouble bipolaire et chacun de vous complétera un Plan de soin personnel.

Nous commencerons par discuter des buts du traitement et de la façon de faire pour avoir une relation efficace avec votre intervenant. Nous croyons que cela est essentiel à un bon traitement. Nous

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

clarifierons le rôle de saines habitudes de vie, comme structurer sa routine quotidienne et sa routine de sommeil et de quelle façon ces stratégies aident à réguler notre humeur. Ensuite, nous discuterons de sujets spécifiques concernant la médication et les autres traitements. Pour compléter la rencontre, nous présenterons une variété de thérapies qui sont disponibles pour les participants et leur famille et qui peuvent avoir une influence positive sur l'efficacité de vos traitements. D'ici la fin de la rencontre d'aujourd'hui, chaque participant aura un Plan de soin personnel bien pensé. Ce Plan de soin personnel est la dernière tâche de la Phase 1 du Programme des objectifs de vie; toutefois il aura besoin de révision au cours des mois et des années à venir. Donc nous vous fournirons plusieurs copies. De plus, le Plan de soin personnel est un outil à utiliser dans votre travail avec votre intervenant.

- Avez-vous des questions?

Commençons par parler des objectifs du traitement. Par « objectif », nous entendons ce que vous voulez obtenir de votre traitement.

- Quels sont vos objectifs globaux ou vos attentes par rapport à l'efficacité du traitement pour le trouble bipolaire?

Regardons la Planche 17, « Les objectifs du traitement pour le trouble bipolaire ».

- Est-ce qu'il y a des questions?

Maintenant que nous avons revu les objectifs du traitement pour le trouble bipolaire, prenez le Plan de soin personnel (Planche 18A-E) dans votre cahier. Prenez un moment pour écrire un ou plusieurs de vos objectifs de traitement dans les espaces appropriés.

Dans la Phase 2 de ce programme, nous allons nous pencher davantage sur l'atteinte d'objectifs personnels. Nous allons travailler ensemble comme groupe pour cibler les problèmes qui interfèrent avec l'atteinte de nos objectifs personnels et des autres objectifs de traitement.

Directives au thérapeute :

Accueillez le groupe et distribuez les cahiers et les feuilles de travail appropriés. Comme on peut s'attendre à ce que le Plan de soin personnel change avec le temps, nous recommandons au thérapeute de distribuer plusieurs exemplaires des planches utilisées à la rencontre 6.

Directives au thérapeute :

Au fur et à mesure que les participants nomment leurs idées et leurs croyances sur les objectifs du traitement, écrivez-les au tableau. Ne faites pas de corrections ou de commentaires sur cette liste, même si certaines propositions peuvent être irréalistes. Une fois que le groupe a épuisé ses suggestions, sortez la Planche 17 (« Les objectifs du traitement pour le trouble bipolaire »). Discutez les objectifs et permettez aux participants de faire des commentaires.

Intégrer la liste des objectifs des participants inscrite au tableau dans la discussion.

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

Point clef 2 : Présenter le Modèle de soin basé sur la collaboration.

Contenu didactique du thérapeute

Il y a plusieurs modèles de soin dans les traitements en santé mentale. Plusieurs d'entre vous ont eu des expériences avec différents modèles. Quelques-uns de ces modèles peuvent avoir été aidants et d'autres moins aidants. Selon notre expérience, c'est lorsque les individus et l'intervenant travaillent en collaboration pour gérer le trouble bipolaire que la relation de traitement est la plus efficace et la plus satisfaisante. Collaborer signifie que l'individu et l'intervenant participent activement dans la reconnaissance de symptômes bipolaires et dans la prise de décisions sur le traitement en santé mentale de l'individu. Chacun apporte ses propres habiletés à la relation. Par exemple, votre intervenant a une formation spécialisée et des habiletés pour traiter le trouble bipolaire. Il a également l'expérience de ce qui a aidé d'autres personnes. Toutefois, vous avez des habiletés particulières et l'expérience de ce qu'est *vos* profil; c'est ce qui est ressorti durant

le travail de la Phase 1. De plus, des membres de la famille ou d'autres personnes importantes dans votre vie pourraient être capables de contribuer de façon constructive. Garder à l'esprit que le développement de la relation est un processus qui prend des efforts, du temps et de la patience.

- Quels sont les ingrédients pour une relation efficace individu-intervenant, selon vous?
- Quelles sont les caractéristiques que vous aimeriez retrouver chez votre intervenant?
- Quelle est votre responsabilité dans la relation de traitement?
- Qu'est-ce qui a fait que vos relations thérapeutiques précédentes se sont bien passées?
- Qu'est-ce qui a fait que la relation thérapeutique s'est mal passée?
- Qui appelez-vous quand votre intervenant ne travaille pas ou est en congé?

PLANCHE 17 :

Les objectifs de traitement pour le trouble bipolaire

1. Améliorer les symptômes :
 - Reconnaître, prévenir, limiter et/ou gérer les symptômes de la dépression.
 - Reconnaître, prévenir, limiter et/ou gérer les symptômes de la manie.
2. Améliorer le fonctionnement :
 - Améliorer ou maintenir les relations sociales.
 - Améliorer ou maintenir les relations familiales.
 - Atteindre ses objectifs de vie personnels au travail, dans les loisirs et dans les relations sociales.
3. Améliorer les aptitudes de gestion du stress :
 - Développer des aptitudes pour prévenir et/ou gérer les stress de la vie pour prévenir ou limiter les épisodes de dépression ou de manie précipités par un stress.

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

PLANCHE 18A :

Plan de soin personnel

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone (jour) : _____

Téléphone (soir) : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____

Adresse : _____

Relation : _____

Téléphone (jour) : _____

Téléphone (soir) : _____

Objectifs personnels de traitement :

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Équipe de traitement

Nom : _____

Prescripteurs de médication : _____

Thérapeute de groupe : _____

Thérapeute individuel : _____

Remplaçant pour la médication : _____

Numéros de téléphone

Mes attentes envers mon intervenant :

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ce que je vais faire pour collaborer efficacement avec mon équipe de traitement :

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

PLANCHE 18B :

Mes activités quotidiennes et ma routine de sommeil

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin							
Après-midi							
Soir							

Sleep-Wake Log*

Mois/ Jour	Sleep-Wake Log		
	Matin	Après-midi	Soir
1	1	2	3
2	4	5	6
3	7	8	9
4	10	11	12
5	1	2	3
6	4	5	6
7	7	8	9
8	10	11	12
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Instructions : colorier la case pour indiquer les heures de sommeil. Par exemple :

Mois/Jour	Matin	Après-midi	Soir
Mars/Vendredi	1	2	3
Mars/Samedi	4	5	6
Mars/Dimanche	7	8	9
Mars/Lundi	10	11	12
Mars/Mardi	1	2	3

Légende

- = Être éveillé au lit
- = Dormir

* Permission de réimprimer « Sleep-Wake Log » de Peter C. Whybrow, M.

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

PLANCHE 18C :

Médicaments actuels*

Date	Stabilisateurs de l'humeur	Dose	Instructions
Date	Antidépresseurs	Dose	Instructions
Date	Antipsychotiques	Dose	Instructions
Date	Autres médicaments psychiatriques	Dose	Instructions
Date	Médicaments pour une condition physique	Dose	Instructions

* Mettez à jour et ajoutez des feuilles lorsque nécessaire pour garder cette liste actuelle et pour fournir un aide-mémoire pratique de votre histoire de traitement.

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

PLANCHE 18D :

Coûts et bénéfices du traitement

<i>Médications ou autres traitements</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

<i>Médications ou autres traitements</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

<i>Médications ou autres traitements</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

PLANCHE 18E :

Plan de soin personnel – Groupe d'entraide et psychothérapie

Voici les thérapies que j'ai sélectionnées et pourquoi :

<i>Thérapie individuelle</i>	
<i>Thérapie familiale</i>	
<i>Thérapie de groupe</i>	
<i>National Depressive and Manic Depressive Association</i>	
<i>National Alliance of the Mentally Ill</i>	

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

Directives au thérapeute :

Écrivez les suggestions des participants au tableau et discutez-les brièvement au fur et à mesure. Une fois que les suggestions sont terminées, mettez la Planche 19 (« Les bases d'une relation de traitement fondée sur la collaboration »). Discutez les items sur la liste. Mettez l'accent sur l'importance de la communication, spécifiquement sur les symptômes précoce de manie et de dépression et sur les problèmes avec le traitement.

Prenez un moment pour retourner à votre Plan de soin personnel (Planche 18) et complétez 18A, « Équipe de traitement ». Puis, faites la liste de ce qui est important de retrouver pour vous chez un intervenant et les choses que vous allez faire pour collaborer à votre traitement. Indiquez aussi le nom et le numéro de téléphone d'une personne à contacter quand votre intervenant ne travaille pas ou est en vacances. Certains d'entre vous auront peut-être besoin de discuter de cela dans votre prochain rendez-vous avec votre intervenant. Vous êtes fortement encouragé à amener votre Plan de soin personnel à vos rendez-vous. Parlez-en et révisez-le fréquemment avec votre ou vos intervenants. Rappelez-vous que travailler efficacement avec son intervenant est un processus qui prend du temps, des efforts et beaucoup de renforcement.

PLANCHE 19 :

Les bases d'une relation de traitement fondée sur la collaboration

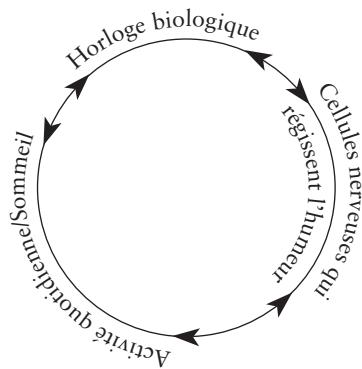
1. Des objectifs de traitement clairement définis
 - L'individu et l'intervenant travaillent ensemble pour atteindre un but commun et des objectifs réalistes qu'ils ont définis ensemble.
2. Une communication efficace
 - L'individu comprend la signification de ce que lui dit l'intervenant.
 - L'intervenant comprend la signification de ce que lui dit l'individu.
 - L'individu parle de ses symptômes de manie et/ou de dépression.
 - L'individu parle de ses problèmes avec les effets secondaires du traitement.
3. Des habiletés complémentaires et des responsabilités divisées
 - L'individu et l'intervenant reconnaissent leurs connaissances, leurs habiletés et leurs compétences respectives.
4. Le respect mutuel
 - L'intervenant et l'individu n'ont pas de préjugés l'un par rapport à l'autre.

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

Point clef 3 : Décrire la régulation des rythmes circadiens.

Contenu didactique du thérapeute

Au cours de la rencontre 1, nous avons discuté des bases biologiques qui sous-tendent le trouble bipolaire. Nous avons appris que nos pensées, nos humeurs et nos comportements sont réglés par les cellules du cerveau (neurones). Nous avons également appris que les cellules du cerveau contiennent des substances nommées neurotransmetteurs et que c'est un débalancement à ce niveau qui cause un épisode maniaque ou dépressif. Ce système du cerveau qui règle nos humeurs est relié à un autre système qui règle les rythmes biologiques ou notre « horloge biologique ». Notre horloge biologique règle notre sommeil et nos activités diurnes. Nous savons maintenant que certains facteurs de l'environnement, comme le stress, peuvent affecter ces systèmes et causer des symptômes. Nous avons discuté différentes façons de faire face à ces stresseurs dans les rencontres 2-5. Les stresseurs qui affectent votre horloge biologique peuvent aussi affecter les neurotransmetteurs et causer des symptômes.



- Avez-vous des questions jusqu'à maintenant?

Nos activités quotidiennes et nos habitudes de sommeil contribuent à régler notre horloge biologique. Structurer une routine par rapport à nos activités quotidiennes et à notre sommeil peut être un facteur de protection et aider à stabiliser notre humeur dans le trouble bipolaire. Les personnes qui souffrent d'un trouble bipolaire sont fortement vulnérables aux changements de routine parce que ces changements peuvent entraîner des variations

de l'humeur. Les facteurs qui aident à régler l'horloge biologique incluent les contacts sociaux et les activités quotidiennes. Ils agissent comme des indicateurs et signalent au cerveau de régler nos rythmes biologiques. Parmi les indices les plus puissants pour notre horloge biologique, on retrouve la lumière et les activités quotidiennes. Nous croyons que maintenir une routine structurée constitue un élément essentiel dans la prévention des rechutes du trouble bipolaire.

- Quels éléments souhaitez-vous inscrire à la liste des activités quotidiennes?
- Quelles activités faites-vous quotidiennement dans votre routine de soin personnel?
- Qu'en est-il des contacts avec la famille, des amis et des collègues? De l'heure des repas et de la prise de médicaments?
- Qu'est-ce que vous faites quotidiennement pour vous relaxer ou comme exercice?
- Quelle est votre routine de sommeil?

Directives au thérapeute :

Pendant la discussion, référez aux Planches 3 et 4 de la rencontre 2 afin de faciliter la compréhension de l'aspect biologique qui est discuté. Dessinez le diagramme de la boucle rétroactive pour faciliter la compréhension de la relation entre l'humeur et les rythmes biologiques.

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

Directives au thérapeute :

Écrivez les contributions des participants au tableau.

Une fois que le tableau est complet, référez les participants à la Planche 18B, « Mes activités quotidiennes et ma routine de sommeil ».

Utilisez les exemples du groupe pour illustrer la façon de compléter « l'Horaire des activités quotidiennes ».

Maintenant que nous avons fait une liste des choses qui peuvent être incluses dans votre horaire d'activités quotidiennes et votre routine de sommeil, vous pouvez commencer à travailler avec la Planche 18B (« Mes activités quotidiennes et ma routine de sommeil »). Vous pouvez prendre plus de temps pour compléter le tout à la maison. À mesure que vous devenez plus familier avec votre horaire d'activités quotidiennes et votre routine de sommeil, il est possible que

vous vous rendiez compte à quel point

le stress peut affecter votre routine de sommeil et mener à des symptômes précurseurs de manie ou de dépression. Porter attention à votre horaire d'activités quotidiennes et à votre sommeil est une stratégie qui peut vous permettre d'éviter une variation majeure de l'humeur.

Je porte votre attention à la Planche 18B, un agenda de sommeil appelé « Ma routine de sommeil ». Des instructions pour l'utilisation de cet agenda de sommeil figurent sur votre planche. L'agenda de sommeil est facile à utiliser et peut être un outil précieux dans la gestion globale de votre maladie bipolaire. Par exemple, il peut être une façon efficace pour vous et votre intervenant de surveiller votre progrès lors du traitement d'une perturbation de votre sommeil. Une réduction du nombre d'heures de sommeil est fréquemment un symptôme de la manie. Ainsi, cet agenda peut servir à signaler les symptômes précurseurs de la manie.

- D'après vous, est-ce qu'il y a d'autres façons dont l'agenda de sommeil peut contribuer à votre traitement?

Puisqu'une routine quant à vos habitudes de sommeil est un outil essentiel pour gérer le trouble bipolaire, revenons sur quelques règles à respecter pour une saine hygiène du sommeil.

Point clef 4 : Discuter de la gestion de la médication, la pierre angulaire du traitement pour le trouble bipolaire.

Contenu didactique du thérapeute

Maintenant nous allons discuter de plusieurs sujets importants concernant la médication utilisée pour traiter le trouble bipolaire. Nous n'allons pas réviser le Plan de médication de chaque participant. Notre objectif aujourd'hui est de discuter de stratégies pour vous aider à être confiant et informé quand vous prenez des décisions avec votre médecin sur vos médicaments et sur d'autres traitements médicaux. Spécifiquement, nous aimerions que vous utilisiez votre habileté d'analyse personnelle coûts-bénéfices pour évaluer au moins un des médicaments que vous utilisez. Cette approche vous aidera plus tard quand vous prendrez des décisions sur votre traitement avec votre médecin.

Mais d'abord, un peu d'information de base. Nous allons commencer par un bref survol des quatre grandes classes de médicaments utilisés pour traiter le trouble bipolaire.

- Est-ce qu'il y a des questions?

Il y a principalement quatre classes de médicaments utilisés pour traiter le trouble bipolaire. Il y a les stabilisateurs de l'humeur, les antidépresseurs, les antipsychotiques (aussi connus

Directives au thérapeute :

Référez-vous à la Planche 20. Décrivez brièvement chacun des items sur cette liste.

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

PLANCHE 20 :

Hygiène du sommeil

1. Utilisez votre chambre à coucher uniquement pour dormir. Pour discuter, pour la lecture et la télévision, utilisez d'autres endroits.
2. N'allez pas vous coucher avant d'être somnolent.
3. Levez-vous approximativement à la même heure tous les jours, même les fins de semaine; il est physiquement difficile de changer son rythme de sommeil continuellement.
4. Pas de sieste!
5. Pas d'alcool 2 heures avant de se coucher.
6. Pas de tabac 2 heures avant de se coucher.
7. Pas de caféine 6 heures avant de se coucher (il y a de la caféine dans le café, le thé, le chocolat, le cola et bien d'autres types de boissons gazeuses).
8. Évitez de boire trop de liquide le soir et allez à la toilette avant de vous coucher.
9. Prenez les médicaments du coucher (hs) environ une heure avant de vous coucher.
10. Faites de l'exercice physique de façon régulière (de préférence le matin ou l'après-midi).

Remarques :

- Suivez ces lignes de conduite à la lettre.
- Ne vous attendez pas à des changements rapides : une amélioration peut prendre 2 à 3 semaines pour se manifester.
- Si vous voulez vous lever plus tôt parce que vous dormez trop, avancez l'heure de votre réveil d'une demi-heure chaque jour jusqu'à ce que vous puissiez vous lever à l'heure voulue. Ceci fonctionne aussi si vous voulez vous coucher plus tôt le soir.

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

PLANCHE 21 :

Médicaments utilisés pour traiter le trouble bipolaire*

La dénomination commune (appellation chimique) est suivie par le(s) nom(s) de marque connue entre parenthèses.

Thymorégulateurs	Antipsychotiques — typiques
Carbamazépine (Tegretol) Lamotrigine (Lamictal) Lithium (Carbolith, Duralith) Valproate (Depakene)	Chlorpromazine Fluphénazine (Modecate) Halopéridol Loxapine Perphénazine Pimozide (Orap) Thiothixène (Navane) Trifluopérazine (Terfluzine)
Antidépresseurs	Antipsychotiques — atypiques
Tricycliques Amitriptyline (Elavil) Clomipramine (Anafranil) Désipramine Doxépine (Sinequan) Imipramine (Tofranil) Nortriptyline (Aventyl) Trimipramine	Clozapine (Clozaril) Olanzapine (Zyprexa) Quétiapine (Seroquel) Rispéridone (Risperdal) Ziprasidone (Zeldox)
Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine Citalopram (Celexa) Fluoxétine (Prozac) Paroxétine (Paxil) Sertraline (Zoloft)	Benzodiazépines Alprazolam (Xanax) Chlordiazépoxide Clonazépam (Rivotril) Clorazépate Diazépam (Valium) Flurazépam Lorazépam (Ativan) Oxazépam Témazépam (Restoril) Triazolam
Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) Mirtazapine (Remeron) Venlafaxine (Effexor)	Autres Buspirone (BuSpar) Gabapentine (Neurontin) Méthylphénidate (Ritalin) Topiramate (Topamax)
Agents hétérocycliques Bupropion (Wellbutrin) Trazodone (Desyrel)	
Inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) Phenelzine (Nardil) Tranylcypromine (Parnate)	

* Les médicaments ne sont pas nécessairement approuvés pour le traitement du trouble bipolaire au Canada. La liste ci-dessus reflète la seule opinion des auteurs originaux.

Référence additionnelle : Santé Canada. « Base de données sur les produits pharmaceutiques ». Dernière mise à jour : 01/24/2008.
<http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/databasdon/index-fra.php>. Consultée : 08/08/2008.

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

sous le nom de neuroleptiques ou tranquillisant majeur) et les benzodiazépines (aussi connus sous le nom de tranquillisants mineurs).

Les stabilisateurs de l'humeur incluent le lithium et un groupe de médicaments connu sous le nom d'anticonvulsifs. Les stabilisateurs de l'humeur sont la pierre angulaire du traitement pour le trouble bipolaire. Ils sont surtout bons pour traiter la manie, mais sont souvent utilisés à long terme pour prévenir de futurs épisodes de manie. Ceci signifie qu'ils sont la base du traitement. Plusieurs stabilisateurs de l'humeur ont une dose thérapeutique variable. Généralement, la médication a deux noms, le nom générique et le nom de marque. Nous avons inclus les deux noms dans la liste pour vous.

La prochaine classe de médicaments est les antidépresseurs. Ils peuvent être utilisés pour traiter la phase de dépression du trouble bipolaire. Les antidépresseurs sont prescrits seulement si l'individu est protégé de la manie par un niveau thérapeutique dans le sang d'un ou de plusieurs médications servant à stabiliser l'humeur. Certains antidépresseurs ont un effet sédatif et sont utilisés pour induire le sommeil. D'autres sont plus énergisants pour les gens qui sont ralents par leur dépression.

Les antipsychotiques sont souvent prescrits pour traiter la psychose, les hallucinations et les troubles de la pensée qui accompagnent les épisodes maniaques et dépressifs. Ils sont aussi utilisés pour traiter la manie. Cette classe a plusieurs noms. En plus d'être appelé antipsychotiques, on peut parler de neuroleptiques ou encore, leur nom plus vieux, tranquillisants majeurs.

S'il vous plaît, référez-vous à la Planche 18C, le Plan de soin personnel : médicaments actuels. Remplissez les espaces prévus avec le nom de vos médicaments.

Nous sommes tous au courant qu'il y a des avantages et des inconvénients associés à l'usage d'un médicament spécifique. Prenez un moment pour compléter l'analyse coûts-bénéfices d'un ou deux médicaments que vous prenez. Nous allons discuter d'un exemple.

Directives au thérapeute :

Référez à la Planche 21 (« Les grandes classes de médicaments utilisés dans le traitement du trouble bipolaire ») à travers cette rencontre. Vous pouvez brièvement discuter de certains médicaments spécifiques. Encouragez les participants à aborder les problèmes spécifiques avec leurs intervenants. Basez votre logique sur l'importance d'une relation thérapeutique collaborative entre l'individu et ses intervenants.

Directives au thérapeute :

Il faut donner du temps aux participants pour remplir le formulaire de médicaments. Puis, effectuez avec les participants une analyse coûts-bénéfices pour un médicament spécifique choisi par le groupe en utilisant la Planche 18D. Le thérapeute peut vouloir référer aux tables d'efficacité et d'effets secondaires pour les classes de médicaments dans le chapitre 4, ou au profil individuel de médicaments dans le Field Guide for Psychiatric Assessment and Treatment (Bauer, 2003).

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

Contenu didactique du thérapeute

Les médias nous fournissent beaucoup d'informations sur les nouveaux traitements, les médicaments, les suppléments alimentaires et les thérapies alternatives pour une variété de troubles. L'information des médias peut influencer beaucoup les consommateurs. Que vous écoutez une annonce ou que vous discutiez des traitements traditionnels avec votre médecin, il est important de prendre des décisions informées, d'être capable d'évaluer ce que vous entendez, et de considérer les coûts et les bénéfices pour vous.

Par exemple, le lithium est le premier agent utilisé pour stabiliser l'humeur pour traiter le trouble bipolaire. Son efficacité a été démontrée à plusieurs reprises par de bonnes études scientifiques. Certaines personnes qui prennent du lithium ont peu ou pas d'effets secondaires. D'autres peuvent avoir des tremblements au niveau des mains, la soif, et un besoin fréquent d'uriner. Les tremblements peuvent ne pas être un problème pour certains, mais peuvent être un gros problème pour un fabricant d'outils, une couturière ou un violoniste. Dans ce cas, pour prendre une décision informée, vous devez baser votre décision sur la façon dont votre propre maladie répond au lithium et sur les effets secondaires que vous pourriez vivre.

Directives au thérapeute :

Vous pouvez laisser du temps pour une brève discussion sur l'ECT. Mettez l'emphase sur le fait que la sélection de l'ECT est effectuée suite à l'évaluation des bénéfices et des inconvénients par l'individu et son intervenant.

Considérons un autre exemple. La thérapie électroconvulsive (ECT), en raison de son histoire controversée, a presque été éliminée comme traitement médical il y a 20 ans. De plus, plusieurs personnes ont beaucoup de réticences vis-à-vis l'ECT en raison de la façon dont elle a été présentée dans les médias. Toutefois, il y a plusieurs études cliniques réputées démontrant que c'est un traitement pertinent pour la dépression et la manie. Ces études ont été publiées dans des journaux réputés. L'ECT est habituellement considéré quand les autres traitements échouent, quand il y a des conditions médicales qui compliquent la situation et qui ne permettent pas l'usage d'autres traitements ou quand la situation requiert des résultats rapides. Il y a maintenant des procédures de traitement qui guident la pratique de l'ECT. Comme pour les autres traitements pour la manie et la dépression, une personne devrait évaluer les coûts et les bénéfices.

Il peut être facile de croire les annonces, particulièrement quand elles promettent des résultats importants. Les traitements à base d'herbes et « naturels » sont bien publicisés. En fait, il a été estimé que 20 à 30 % de la population des États-Unis utilise un ou plusieurs remèdes à base d'herbes. Il semble que la plupart des gens qui utilisent ces remèdes ont des maladies chroniques. Ce n'est pas parce que c'est « naturel » ou « à base d'herbes » que c'est sécuritaire ou mieux que la médecine traditionnelle. En effet, il n'y a pas de restrictions de la Food and Drug Administration (FDA) qui assurent un contrôle de la qualité par rapport à ces produits, ce qui signifie qu'on ne peut pas se fier à l'étiquette pour nous dire si ce qui est annoncé est réellement dans le produit ou présent dans la quantité indiquée. La décision revient au manufacturier. Plusieurs de ces produits en vente libre ont des effets secondaires, peuvent interagir avec d'autres médicaments, et peuvent causer des problèmes médicaux potentiellement dangereux. Il faut toujours parler avec votre intervenant avant de commencer un de ces remèdes. La décision d'en utiliser demeure bien entendu la vôtre. Mais votre intervenant peut avoir de l'information aidante ou de l'expérience à partager. Au minimum, il ou elle devrait savoir ce que vous prenez en raison des interactions avec vos médicaments et des effets secondaires.

- Avez-vous des questions?

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

- Quelles questions vous poseriez-vous ou poseriez-vous à votre fournisseur de soins concernant le choix des médicaments, des produits en vente libre ou d'autres traitements pour la prise en charge du trouble maniaco-dépressif?

Maintenant, révisons la Planche 22, « Prendre des décisions informées et évaluer les traitements ».

Nous vous encourageons à vous poser ces questions, à en discuter avec vos intervenants, puis à décider par la suite de prendre ou non un médicament spécifique ou d'essayer un nouveau traitement. Assurez-vous de discuter de votre réponse au traitement et des effets secondaires avec votre intervenant lors de votre prochain rendez-vous, ou plus tôt si vous avez des problèmes.

Point clef 5 : Discuter des programmes d'entraide; de la psychothérapie individuelle, familiale ou de groupe; et de la psychoéducation pour le trouble bipolaire.

Contenu didactique du thérapeute

Jusqu'ici dans cette rencontre, nous avons discuté de plusieurs sujets importants alors que vous développez votre Plan de soin personnel :

PLANCHE 22 :

Prendre des décisions informées et évaluer le traitement

1. Où avez-vous entendu parler de ce traitement? La source est-elle fiable?
2. Les preuves que le traitement est bénéfique proviennent-elles d'études scientifiques?
3. Les résultats ont-ils été publiés dans un journal réputé?
4. Les participants de l'étude étaient-ils similaires à vous (âge, genre, style de vie)?
5. Les résultats obtenus dans l'étude peuvent-ils être expliqués par d'autres facteurs (changement de saison, autres traitements ou médication)?
6. Est-ce que ce traitement demande que vous arrêtez un médicament ou un traitement ou que vous changez votre régime alimentaire?
7. L'information sur les dangers potentiels ou les « coûts » associés au traitement est-elle disponible?
8. Combien coûte le traitement?
9. Quel est le résultat d'une analyse coûts-bénéfices de ce nouveau traitement?
10. Est-ce que ce nouveau traitement en vaut la peine (bénéfices)?
11. Quelle est la recommandation de votre intervenant par rapport à ce nouveau traitement?

Directives au thérapeute :

Pendant que les participants donnent leurs idées sur les questions qui doivent être posées pour prendre une décision informée, faites une liste sur le tableau. Gardez la discussion centrée sur la question. Assurez-vous de ne pas corriger les contributions et de ne pas porter de jugement. Une fois que la liste au tableau est complète, référez à la Planche 22 (« Prendre des décisions informées et évaluer les traitements »). Révisez les items de la Planche et soulignez les contributions qui ont été apportées par les participants.

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

les objectifs du traitement, la formation d'une relation thérapeutique collaborative pour la prise de décision avec votre professionnel de la santé, l'importance d'avoir des activités quotidiennes structurées et une routine de sommeil, et des éléments importants à considérer avec votre intervenant quand vous prenez des décisions sur le choix d'une médication ou d'un autre traitement. Maintenant, nous allons parler de thérapies, de sources d'éducation et de programmes d'entraide disponibles pour aider les personnes avec un trouble bipolaire.

Directives au thérapeute :

Faire la liste des contributions sur le tableau sous les titres « Thérapie individuelle », « Thérapie familiale », « Thérapie de groupe » et « Entraide ». Fournissez une liste séparée des organismes locaux du Depressive and Bipolar Support Alliance (DBSA; avant appelé le National Depressive and Manic-depressive Association; NMDA) et du National Alliance for the Mentally Ill (NAMI). Une fois que la liste du groupe est terminée, référez à la Planche 23 (« Les psychothérapies pour le trouble bipolaire »). Révisez brièvement la liste.

Ensuite, référez les participants à la Planche 18E (« Plan de soin personnel – Entraide et psychothérapie »).

Demandez au groupe de cocher les psychothérapies qui pourraient être bénéfiques pour eux dans l'espace prévu.

Dans les rencontres 2 et 4, nous avons parlé des stresseurs personnels qui peuvent déclencher un épisode de manie ou de dépression. Même si le trouble bipolaire est une condition médicale avec une base biologique qui peut être traité de façon efficace avec des médicaments, le stress et le soutien social jouent également un rôle crucial dans l'évolution du trouble. Le stress peut déclencher un épisode de dépression ou de manie et peut affecter le temps de rétablissement. Le soutien de gens aidants peut réduire l'impact du stress.

Les psychothérapies sont conçues, en partie, pour vous aider à mieux gérer le stress. Le stress est un problème pour tous, pas uniquement pour les personnes qui ont un trouble de l'humeur. Pour cette raison, ces thérapies sont aidantes pour plusieurs personnes et pas seulement celles qui ont un trouble bipolaire.

Elles incluent les psychothérapies individuelles, familiales ou de groupe ainsi que les programmes de psychoéducation. De plus, il y a des groupes d'entraide dans la communauté. Prenez un moment pour revenir aux planches 6 (« Déclencheurs personnels d'un épisode maniaque ») et 12 (« Déclencheurs personnels d'un épisode dépressif »).

Pendant que vous révisez vos feuilles de travail :

- Quels sont les problèmes ou stresseurs pour lesquels vous pourriez bénéficier d'une thérapie individuelle?
- Quels sont les problèmes ou stresseurs pour lesquels vous pourriez bénéficier d'une thérapie familiale?
- Quels sont les problèmes ou stresseurs pour lesquels les personnes qui ont un trouble bipolaire bénéficieraient d'une thérapie de groupe?
- Comment une personne pourrait-elle bénéficier de la participation à un groupe d'entraide?

Révisons la Planche 23, « Les psychothérapies pour le trouble bipolaire ». Puis, regardons la Planche 18E, « Plan de soin personnel – Entraide et psychothérapie ». Écrivez dans les espaces prévus les raisons pour lesquelles vous pourriez vous impliquer dans une thérapie spécifique ou un groupe d'entraide.

- Si vous avez sélectionné une thérapie, comment allez-vous y accéder?

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

PLANCHE 23 :

Les psychothérapies pour le trouble bipolaire

Objectifs de toutes les psychothérapies

- Recevoir du soutien pour relever les défis du trouble bipolaire
- Acquérir une éducation sur le trouble bipolaire
- Améliorer le fonctionnement dans la vie de tous les jours malgré le trouble bipolaire
- Apprendre les compétences de gestion de la maladie
- Gérer les émotions, les pensées et les comportements bénéfiques et nuisibles

La thérapie individuelle

- Comprendre les événements du passé (particulièrement avec la thérapie psychodynamique et la thérapie de soutien)
- Travailler sur les relations sociales (particulièrement avec la thérapie interpersonnelle)
- Améliorer les schémas de pensées et de comportements (particulièrement la thérapie cognitive-comportementale)
- Stabiliser les rythmes sociaux (particulièrement la thérapie des rythmes sociaux)

La thérapie de groupe

- Recevoir un soutien mutuel
- Obtenir une éducation par les pairs à travers le partage d'expériences
- Améliorer les habiletés sociales
- Diminuer les préjugés

La thérapie familiale

- Aider à la résolution et à la prévention de conflit entre les membres de la famille
- Éduquer les membres de la famille sur le trouble bipolaire
- Augmenter les relations de soutien dans la famille

Les groupes d'entraide

- Obtenir diverses informations sur le trouble bipolaire
- Recevoir un soutien mutuel
- Assurer la défense des droits des personnes atteintes d'une maladie mentale
- Diminuer les préjugés
- Des exemples de groupes d'entraide et de collaboration stables
 - ➡ Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA; www.NDMDA.org; numéro de téléphone du bureau national: 800-826-3632; numéro local : _____)
 - National Alliance for the Mentally Ill (NAMI); www.NAMI.org; Numéro de téléphone du bureau national : 800-749-3197; numéro local : _____)

6^e rencontre | Les traitements pour le trouble bipolaire

Directives au thérapeute :

Terminez le groupe. Remerciez les membres pour leur participation. Fournissez de l'information sur la date, l'heure et le lieu de la Rencontre 6 pour les familles des membres intéressés. Fournissez la date, l'heure et le lieu de la Phase 2.

Point clef 6 : Compléter un plan de soin personnel pour le trouble bipolaire.

Contenu didactique du thérapeute

Vous avez tous développé un Plan de soin personnel. Ce plan est conçu comme un processus continu et va probablement changer et évoluer dans les prochains mois. Regardez-le attentivement. Nous vous encourageons à réviser ce plan avec votre intervenant, thérapeute ou quelqu'un dans votre vie qui est aidant ou qui pourrait apprendre à être aidant pour vous. Souvenez-vous que l'on ne s'attend pas à ce que vous appreniez tout sur le trouble bipolaire en seulement six semaines. Il faut beaucoup de pratique pour utiliser ces habiletés et développer vos ressources. Bien des fois, les participants sélectionnent des sujets à partir de leur Plan de soin personnel ou des rencontres 1-5 et les ciblent durant la Phase 2.

La Phase 2 commence (date, temps, lieu). La Phase 2 du Programme d'objectifs de vie est différente de la Phase 1. Pendant la Phase 2, il n'y a pas de présentation formelle par le thérapeute; cependant, nous allons revenir sur tous les points de la Phase 1 que vous désirez réviser. La Phase 2 est un groupe flexible dans lequel les membres travaillent sur des objectifs importants pour eux et révisent les compétences apprises dans la Phase 1. Le groupe nous permet de réfléchir ensemble à des solutions pour des problèmes communs à plusieurs personnes et d'obtenir du soutien pour gérer son stress.

- Des questions?



Gestion du stress et techniques cognitives

7^e rencontre | Gestion du stress et techniques cognitives

Fondement

Cette rencontre est conçue pour revoir avec les participants l'importance de la gestion de stress dans le cadre des troubles bipolaires. Cette rencontre vise également à introduire les participants aux techniques cognitives pouvant être utilisées dans la gestion du stress ainsi qu'à encourager leur pratique.

Objectifs de la rencontre

1. Les participants seront re-familiarisés avec le rôle du stress dans le cadre des rechutes bipolaires.
2. Les participants apprendront que la qualité des stratégies d'adaptation face au stress peut faire la différence entre la stabilité de l'humeur ou la rechute (modèle adapté de Lam *et al.*, 1999).
3. Les participants apprendront que les émotions, les pensées et les comportements sont intimement reliés et interdépendants (modèle adapté de Stuart, *et al.*).
4. Les participants apprendront les principales distorsions de la pensée pouvant accentuer la réaction de stress.
5. Les participants s'exerceront à corriger les distorsions de la pensée à l'aide de situations données.

Points clefs

Point clef 1 : Réviser le lien entre stress et troubles bipolaires.

Le stress, tel que discuté dans les rencontres précédentes, peut être à l'origine de rechutes dépressives ou maniaques. Les personnes bipolaires y sont particulièrement sensibles.

Point clef 2 : Apprendre le lien entre les stratégies d'adaptation et les épisodes lors des symptômes avant-coureurs.

Des stratégies d'adaptation nocives peuvent déclencher une rechute. À l'inverse, des stratégies bénéfiques peuvent éviter la rechute, donc préserver une stabilité relative de l'humeur.

Point clef 3 : Apprendre que les pensées, les émotions et les comportements sont intimement liés.

La gestion du stress peut être entreprise sous plusieurs angles. Habituellement, qu'importe l'angle ciblé (travailler les pensées, les émotions ou les comportements), une répercussion se produit sur les autres facteurs.

Point clef 4 : Introduire la notion de distorsion cognitive.

Les pensées, les émotions et les comportements s'interinfluencent. Les pensées, en particulier, lorsqu'elles sont soumises à des « erreurs de traitement », ou distorsions, peuvent occasionner une exacerbation des symptômes de stress en général ou du trouble bipolaire.

Directives au thérapeute :

Souhaitez la bienvenue au groupe à nouveau, et distribuez les cahiers des participants qui vous les avaient laissés suite à la dernière rencontre. Distribuez les feuilles de travail pour cette rencontre aux participants ayant oublié leur cahier à la maison.

7^e rencontre | Gestion du stress et techniques cognitives

Point clef 5 : Apprendre les principales distorsions cognitives et les impacts possibles sur l'humeur.

Plusieurs erreurs dans le traitement cognitif de l'information sont possibles. Chacune peut influencer différemment une personne et favoriser soit un état de stress, ou déclencher ou encore maintenir un épisode de manie/dépression.

Point clef 6 : Amorcer la pratique du processus de restructuration cognitive.

De bonnes habiletés à restructurer les pensées requièrent une pratique soutenue pendant une bonne période de temps. Il s'agit d'introduire les principes généraux de la méthode afin que les participants puissent s'exercer de façon autonome suite aux rencontres.

Directive au thérapeute :

Écrire au tableau le modèle suivant :



Adapté de : Lam DH, Jones SH, Hayward P, Bright JA (1999). *Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice*. New York, Wiley. p. 53.

Script

Point clef 1 : Réviser le lien entre stress et troubles bipolaires.

Contenu didactique du thérapeute

Nous débutons aujourd'hui la deuxième partie du programme de psychoéducation, soit la gestion du stress. Dans la deuxième rencontre sur la dépression, nous avons vu que les rechutes peuvent être soit spontanées ou dues au stress. Les personnes bipolaires sont plus sensibles au stress, particulièrement lorsqu'elles ont vécu plusieurs épisodes de la maladie. Nous vous rappelons que même les stresseurs positifs peuvent amener un déséquilibre neurochimique du cerveau.

Au cours des deux prochaines rencontres, nous reparlerons de l'importance des stratégies d'adaptation pour faire face au stress et comment les appliquer concrètement.

Aujourd'hui spécifiquement, nous discuterons d'un modèle expliquant le lien entre le stress, les stratégies d'adaptations et la rechute. Nous verrons aussi comment nos émotions, nos pensées et nos comportements peuvent être reliés et s'influencer. La deuxième partie de cette rencontre sera consacrée à l'apprentissage concret de techniques de gestion des pensées visant un meilleur contrôle du stress.

- Avez-vous des questions jusqu'à maintenant?

Point clef 2 : Apprendre le lien entre les stratégies d'adaptation et les épisodes lors des symptômes avant-coureurs.

Nous allons discuter d'une adaptation du modèle de Lam afin de mieux cerner les liens entre le stress et les symptômes de la maladie.

Comme vous pouvez constater, nous avons tout d'abord un élément stresseur quelconque.

- Quelqu'un a-t-il un exemple à fournir?

Par la suite, la personne répond à ce stresseur par une stratégie d'adaptation, c.-à-d. une façon de faire face à la situation du mieux possible.

7^e rencontre | Gestion du stress et techniques cognitives

- Comment quelqu'un peut répondre à la situation nommée? (répétez la situation donnée juste auparavant)
- D'après vous, cette façon d'y répondre favoriserait-elle davantage la stabilité de l'humeur, une potentielle rechute ou aurait-elle un impact neutre?

Point clef 3 : Apprendre que les pensées, les émotions et les comportements sont intimement liés.

Nous allons maintenant voir une autre façon de comprendre comment notre cerveau fonctionne soit pour gérer le stress ou même en créer.

Vous avez ici un triangle qui montre les liens entre les pensées, les émotions et les comportements (Stuart, et al.). Finalement, ce que le modèle nous apprend, c'est que peu importe que l'on change une pensée, un comportement ou une émotion, une répercussion se produira sur les deux autres facteurs. Donc, pour gérer le stress, nous pouvons nous y prendre de différentes façons.

- Auriez-vous un exemple de situation stressante avec les répercussions qu'elle peut apporter soit sur les pensées, les émotions ou les comportements?
- Peut-être un exemple impliquant le trouble bipolaire?

Directive au thérapeute :

Faire au moins deux exemples avec le groupe. Fournir des exemples au besoin si le groupe participe peu. Il faut également faire attention de ne pas juger les stratégies d'adaptation ou les impacts mentionnés par le groupe. Une stratégie peut fonctionner pour une personne mais non pour une autre.

Directive au thérapeute :

Reproduire au tableau le triangle suivant :



Directive au thérapeute :

Encore une fois, faire au moins deux exemples avec le groupe. Fournir des exemples au besoin si le groupe participe peu.

7^e rencontre | Gestion du stress et techniques cognitives

Point clef 4 : Introduire la notion de distorsion cognitive.

Comme nous venons d'en discuter, les pensées, les émotions, les comportements sont reliés. Ils s'influencent entre eux. Par exemple, si on pense qu'un bruit la nuit est causé par un voleur, nous risquons d'avoir peur, nous cacher ou appeler à l'aide. Par contre, si nous croyons que le bruit est causé par un chat qui se promène, nous resterons probablement plus calme et risquons de simplement nous rendormir.

Vous voyez encore comment nos pensées sont aussi très centrales pour déterminer nos émotions, nos comportements. Mais souvent, nous faisons tous des « erreurs » dans notre façon de traiter l'information (ou distorsions), ce qui nous amène dans des états moins agréables. Le but dans tout cela est d'apprendre à identifier ces pensées qui nous procurent des malaises, d'en ressortir les distorsions s'il y a lieu, afin de pouvoir les reformuler de façon plus réaliste.

Directive au thérapeute :

Renvoyer les participants à la Liste des distorsions cognitives en annexe. Faire une mise en garde : apprendre à corriger les distorsions est un processus qui prend du temps et s'acquiert avec la pratique. Certains participants peuvent être découragés de leurs premiers exercices et abandonner prématulement.

Par la suite, le thérapeute décrit brièvement chaque distorsion avec un exemple.

Point clef 5 : Apprendre les principales distorsions cognitives et les impacts possibles sur l'humeur.

Voyons d'abord les principales distorsions de la pensée auxquelles nous sommes confrontés.

Liste des distorsions cognitives

1) Tout ou rien

Classer les choses en uniquement deux catégories sans nuance. Percevoir les choses en noir ou blanc et rien au milieu.

Exemple : ma performance est bonne ou mauvaise; je suis grosse ou mince, belle ou laide, intelligente ou stupide; je suis aimé ou détesté; ma vie est un échec total. Aller d'un excès à un autre dans notre façon de voir les choses.

2) Surgénéraliser : les « toujours » et les « jamais »

Après une défaite ou un événement négatif, percevoir que c'est toujours comme ça. Tirer des conclusions universelles à partir d'une seule situation.

Exemple : j'ai échoué un examen ou un projet, donc je suis nul dans tout ce que j'entreprends dans ma vie. Je dors mal depuis une semaine, donc je vais dormir mal le reste de ma vie.

3) Filtre mental

Porter attention à un détail négatif en ignorant les autres éléments de la situation jusqu'à ce que notre vision de la réalité devienne noire et mélancolique, comme une goutte d'encre noire qui décolore toute la bouteille d'encre blanche.

Exemple : mon conjoint m'a acheté des fleurs mais ne m'a pas dit qu'il m'aime, je me dis : donc il n'a plus envie de moi.

7^e rencontre | Gestion du stress et techniques cognitives

4) Minimiser le positif

Rejeter les expériences positives en insistant qu'elles ne comptent pas pour telles raisons. On finit ainsi par garder une perception négative même si nos expériences contredisent cette perception.

Mon patron m'offre cette promotion parce qu'il n'a pas eu le temps de trouver quelqu'un de mieux. J'ai eu de la chance, je ne le méritais pas.

5) Sauter aux conclusions

Interpréter les événements de façon négative même quand on n'a pas l'information complète ou tous les faits en main pour supporter notre conclusion.

a) **Lire dans les pensées des autres** : conclure que quelqu'un a réagi négativement à nous sans avoir vérifié avec la personne que c'est vrai.

Exemple : elle ne m'a pas offert de dîner avec elle, donc je ne l'intéresse pas.

b) **L'erreur des diseuses de bonne aventure** : on anticipe que les choses ne vont pas bien aller, et on se sent et on agit comme si notre prédition est un fait établi.

Exemple : je prédis qu'elle va me rejeter, je suis nerveux, je me dis : elle va me rejeter, je ne ferais pas les premiers pas, d'ailleurs, elle ne me regarde même pas, elle n'est pas intéressée à moi.

6) Agrandir (catastrophier) ou minimiser

Exagérer l'importance des choses (telles que nos petites erreurs ou celles des autres), ou au contraire minimiser des choses positives jusqu'à ce qu'elles apparaissent insignifiantes (telles que nos qualités, nos accomplissements). Aussi, des fois on minimise les qualités d'une autre personne.

7) Raisonner les émotions

Supposer et croire que nos émotions négatives reflètent la réalité : si je me sens ainsi (incompétent, pas aimé), donc ça doit être vrai.

8) Les « je dois », et les « il faut »

On essaie souvent de se motiver en se disant « je dois », « il faut que je », comme si on n'est pas capable de faire les choses que si on est menacé ou puni. En fait, la conséquence est de se sentir coupable quand on se le dit pour nous-mêmes; et quand c'est dirigé vers les autres, on se sent en colère, frustré contre eux. Ces exigences absolues qu'on s'impose nous nuisent et ne sont pas nécessaires.

9) Se mettre des étiquettes : « Je suis un... »

C'est une forme de surgénéralisation. Au lieu de décrire nos erreurs, on s'appose une étiquette qui décrit notre personne en entier. Exemple : « je ne suis bon à rien » au lieu de « je n'ai pas été bon durant cette partie de baseball ». Aussi on applique des étiquettes négatives aux autres quand on n'est pas d'accord avec ce qu'ils font. Exemple : « c'est un perdant ». Ainsi, on décrit un événement avec une seule perspective et on généralise à partir d'une situation et notre perspective est très colorée et chargée émotivement.

10) Personnaliser

Inférer que l'action de l'autre est nécessairement reliée à nous. Exemple : « il ne m'a pas dit bonjour, donc il est fâché contre moi », ou « c'est ma faute si ma fille est malheureuse ». C'est se voir comme la cause d'un événement négatif dont on n'est pas principalement (ou pas du tout) responsable.

Contenu didactique du thérapeute

Nous allons maintenant faire un exercice en groupe. Il est possible, voire probable, que vous trouvez cet exercice un peu difficile au début. Mais les habiletés se développent avec la pratique, et il est démontré que cette technique peut être très précieuse lorsqu'on la maîtrise davantage.

- Quelqu'un peut-il me donner un exemple de situation jugée stressante?
- Quelles sont les pensées que l'on peut avoir face à cette situation?

7^e rencontre | Gestion du stress et techniques cognitives

Directive au thérapeute :

Diviser le tableau en trois catégories : Situation Distorsion Emotions (impacts). Écrire les réponses des participants sans corriger. Une fois l'exercice terminé, questionner simplement les distorsions (pourquoi ils ont choisi telle ou telle). Faire deux exemples.

Directive au thérapeute :

Renvoyer les participants à la page « Questions-clés pour la confrontation des pensées négatives ». Les lire avec le client et revenir aux situations amenées par les participants.

- Y a-t-il des distorsions dans ces pensées? Lesquelles selon vous?
- Quelles émotions résultent selon vous de ces distorsions?

Voici maintenant des questions afin de vous aider à déterminer à quel point vos pensées sont réalistes.

Questions-clés pour la confrontation des pensées négatives

- Qu'est-ce qui me prouve que cette pensée est vraie? Qu'est-ce qui me prouve que cette pensée est fausse?
- Est-ce que je fais une erreur en assumant une relation de cause à effet (c.-à-d., en croyant que telle chose cause telle autre chose)? Y a-t-il une autre explication possible?
- Est-ce que mon jugement est basé sur des impressions ou sur des faits?
- Est-ce que je suis assez près de la situation pour savoir vraiment ce qui se passe? Y a-t-il des informations que j'oublie de prendre en compte?
- Y a-t-il évidence de distorsions cognitives (tout ou rien, surgénéralisation, etc.)?

Point clef 6 : Amorcer la pratique du processus de restructuration cognitive.

Maintenant, à partir des distorsions identifiées, nous allons essayer de trouver des façons plus réalistes de percevoir la situation.

- Comment pourrait-on voir la situation différemment, de façon plus réaliste?

Il peut arriver parfois qu'il n'y ait pas de distorsion apparente dans une situation. À ce moment, il peut être pertinent de se poser des questions comme par exemple :

- Comment puis-je mieux accepter la situation?

7^e rencontre | Gestion du stress et techniques cognitives

- Qu'est-ce que je peux changer afin d'être plus confortable dans cette situation?

Un dernier mot sur les distorsions. Certaines d'entre elles peuvent s'appliquer spécifiquement dans la manie et la dépression (Lam *et al.*, 1999).

Les perceptions erronées spécifiques à chaque phase

Les perceptions erronées liées à la dépression :

- Tout ou rien
- Surgénéralisation
- Filtre mental
- Minimiser le positif
- Sauter aux conclusions
- Personnaliser

Les perceptions erronées liées à la manie :

- Être extrêmement positif sur des événements inconnus dont on ne peut pas prédire le résultat
- Avoir une confiance exagérée dans la chance
- Minimiser les risques et dangers
- Surestimer ses capacités

Les perceptions erronées liées à l'hypomanie :

- Ignorer le négatif, minimiser les problèmes de la vie
- Surévaluer la gratification immédiate
- Faire de fausses interprétations quant aux intentions des autres (percevoir séduction sexuelle, agressivité)

Directive au thérapeute :

Autant que possible, laisser les participants amener leurs propres idées, afin de promouvoir le sentiment d'efficacité personnelle. Utiliser de nouveau les situations précédemment amenées.

Directive au thérapeute :

Renvoyer les participants à la page intitulée « Les perceptions erronées spécifiques à chacune des phases ». Lire brièvement avec les clients. Répondre aux questions, aux difficultés envisagées.

7^e rencontre | Gestion du stress et techniques cognitives

Directive au thérapeute :

Inviter les participants à se référer à la grille d'auto observation dans leur cahier et leur donner les instructions pour la remplir. Laisser environ 10 minutes aux participants.

- *Des questions, des commentaires sur l'exercice?*
- *Comment avez-vous trouvé l'expérience?*

Directive au thérapeute :

Remercier les participants, indiquer la date, l'heure, l'endroit de la prochaine rencontre.

La restructuration cognitive : pour combattre les perceptions erronées :

- Examiner l'évidence pour et contre ces pensées
- Générer des pensées alternatives
- Dédramatiser
- Laisser tomber les « je dois », « il faut »
- Trouver la perception erronée afin de la corriger
- Avez-vous des questions, des commentaires en rapport avec toute la démarche de restructuration cognitive?
- Qu'est-ce qui pourrait être un obstacle selon vous à l'utilisation de cette technique?

Vous êtes invités à pratiquer ces exercices par vous-mêmes. Rappelez-vous que davantage de facilité vient avec la pratique. C'est pourquoi vous allez faire un de ces exercices ici, maintenant. Trouvez une situation qui soit susceptible d'augmenter votre niveau de stress ou qui s'applique au début d'un épisode de manie ou dépression. Complétez la grille par la suite.

Les habiletés comportementales de la gestion du stress

8^e rencontre | Les habiletés comportementales de la gestion du stress

Fondement

Cette rencontre vise à introduire les participants à la diversité des techniques comportementales pouvant être utilisées dans la gestion du stress. De plus, elle vise à outiller les participants à concrètement mettre en pratique des habiletés de relaxation musculaire et de respiration.

Objectifs de la rencontre

1. Les participants développeront des habiletés de pleine conscience/relaxation musculaire.
2. Les participants développeront des habiletés à effectuer des exercices de respiration.
3. Les participants apprendront divers moyens complémentaires de faire face aux symptômes précurseurs de manie.
4. Les participants apprendront divers moyens complémentaires de faire face aux symptômes précurseurs de dépression.

Points clefs

Point clef 1 : Amener les participants à expérimenter concrètement des méthodes de pleine conscience/relaxation musculaire et de respiration contrôlée pour gérer le stress sous le regard du thérapeute qui pourra les guider à travers leur pratique.

Point clef 2 : Identifier des moyens complémentaires à ceux déjà discutés au cours des 6 premières rencontres pour gérer les symptômes précurseurs de manie et de dépression.

D'autres auteurs (Lam *et al.*, Basco et Rush) ont suggéré des moyens additionnels à ceux présentés par Bauer et McBride pour faire face aux symptômes des troubles bipolaires. Ceux-ci seront présentés et pourront être intégrés au plan d'action des participants.

Script

La semaine dernière, nous avons revu ce qu'est la gestion du stress, son utilité pour le trouble bipolaire. Nous avons discuté deux modèles (ceux de Lam et

Directive au thérapeute :

Expliquer au groupe que maintenant nous allons passer à un aspect plus pratique et faire quelques exercices de relaxation et de respiration. Il peut être agréable si vous avez la place de fournir des tapis de sol/relaxation à chacun des membres du groupe et de s'installer par terre. Commencez par leur demander si eux-mêmes connaissent des exercices ou s'ils utilisent des méthodes particulières de relaxation. Rester neutre. Toutes les méthodes sont bonnes.

Une fois cela fait, montrez-leur un exercice de « balayage corporel » ainsi qu'un exercice de « respiration seconde » (exercice décrit ci-dessous). Faites ces exercices avec eux. Prenez votre temps. Si certaines personnes ne sont pas confortables, dites-leur de fermer les yeux.

Ce moment peut également être l'occasion de rappeler certaines règles d'hygiène de vie, alimentaires et de sommeil.

8^e rencontre | Les habiletés comportementales de la gestion du stress

de Stuart) pour nous aider à mieux comprendre. Aussi, nous avons pratiqué des techniques de restructuration de la pensée.

- Certains d'entre vous ont-ils pratiqué ces exercices pendant la semaine?
- Quels résultats avez-vous obtenus?
- Avez-vous éprouvé des difficultés particulières?

Directive au thérapeute :

Continuer à faire la même chose ensuite au niveau des mollets, des genoux, des cuisses, du bassin... Jusqu'à arriver à la tête.

Une fois cet exercice réalisé, demandez aux patients de partager leurs commentaires/impressions. Certains peuvent trouver cela difficile. Rassurez-les : cela demande de la pratique, notre esprit a tendance à vagabonder, il est difficile parfois de le ramener. Mais le fait d'en prendre conscience peut nous aider à mieux vivre le moment présent. En essayant d'être plus dans le moment présent, nous arriverons mieux à gérer notre stress et à vivre nos émotions.

Point clef 1 : Amener les participants à expérimenter concrètement des méthodes de pleine conscience/relaxation musculaire et de respiration contrôlée pour gérer le stress sous le regard du thérapeute qui pourra les guider à travers leur pratique.

Nous allons passer à la partie plus pratique de cette rencontre. Si nous nous référons de nouveau au diagramme triangulaire, ce serait davantage axé sur la composante comportementale.

Introduire aux patients le fait que la relaxation et la pleine conscience sont des stratégies très utiles pour se préserver des rechutes et maintenir un équilibre. De plus, au quotidien cela peut leur permettre de mieux gérer à la fois le stress mais aussi leurs émotions.

Les exercices que nous avons choisis de vous présenter dans ce manuel sont le « balayage corporel » ainsi que la « respiration secondaire ». Sachez qu'il en existe de nombreux et que si vous en connaissez vous-mêmes, n'hésitez pas à les utiliser.

Le « balayage corporel » est un exercice qui consiste à prendre conscience de chaque partie de son corps en essayant de ressentir ce qui se passe au niveau de ces différentes parties du corps. Généralement, on part du bas du corps pour remonter progressivement jusqu'à la tête. Il est préférable de faire cet exercice allongé mais il peut également se faire assis. Pour cette expérience, nous allons vous demander de vous installer confortablement, de ne croiser aucun membre et de desserrer tout ce qui peut bloquer la circulation (p. ex. délacer les chaussures). Ensuite, essayez de ressentir les sensations que vous pouvez avoir au niveau des pieds. (Y a-t-il des douleurs, le pied est-il tendu ou confortable, vous pouvez bouger les orteils pour prendre conscience de chaque partie du pied et ressentir l'énergie qui circule dans cette partie du corps).

Les exercices de respiration peuvent également être très utiles pour gérer notre stress et également peuvent nous aider à mieux vivre les émotions que nous ressentons au quotidien. Il existe de multiples exercices de respiration. Celui que nous allons vous présenter est une adaptation de la « respiration secondaire » présentée dans *Clinical Behavior Therapy* de Goldfried et Davidson.

8^e rencontre | Les habiletés comportementales de la gestion du stress

Point clef 2 : Identifier des moyens complémentaires à ceux déjà discutés au cours des 6 premières rencontres pour gérer les symptômes précurseurs de manie et de dépression.

Au cours des 6 premières rencontres, vous avez identifié des moyens de faire face aux symptômes qui annoncent un épisode de manie ou de dépression. Certaines de ces stratégies d'adaptation étaient davantage axées sur des comportements, des choses à faire.

- Lorsque vous avez des symptômes précurseurs de manie par exemple, qu'avez-vous noté dans la partie « à faire » de votre plan d'action?

Certains auteurs ont suggéré des moyens additionnels pouvant aider à gérer les symptômes. Lam *et al.*, par exemple, ont recommandé certaines méthodes possibles pour certains des comportements.

- Règles pour contrevenir à l'impulsivité :
 - Donner les clés de l'auto, cartes de crédit à une personne de la famille
 - Ne pas sortir et veiller tard, éviter de donner votre numéro de téléphone à des étrangers
 - Éviter alcool et drogues
 - Éviter les situations de confrontation
 - Se donner 48 heures avant de prendre une décision, avant d'agir
 - Consulter une personne en qui vous avez confiance avant de prendre des décisions importantes
 - Faire de l'imagerie à propos des conséquences négatives
 - Identifier et corriger les perceptions erronées
- Autres techniques pour la manie et l'hypomanie :
 - Minimiser les stimulations : quand vous avez trop d'énergie ou que vous êtes hyperactif; restez dans une chambre sombre et sans bruit pour vous calmer
 - Incorporer quotidiennement des exercices de relaxation
 - Établir un horaire d'activités qui n'est pas surchargé
 - Établir un horaire pour dormir même si on n'a pas sommeil (se coucher, exercices de relaxation), manger, travailler

Directive au thérapeute :

« Vous encourager votre patient à passer en respiration seconde en lui disant d'inspirer à fond (...) Après le patient ne doit pas retenir son expire, il doit souffler à fond ». Cet exercice peut se réaliser dans n'importe quelle position et n'importe quelle situation. Dans le cadre d'un groupe, il est recommandé de le faire assis par terre (la meilleure position étant allongée). Dans un premier temps, il est préférable que le thérapeute fasse l'exercice et ensuite, il pourra être réalisé en groupe. Cet exercice consiste à inspirer par le nez le plus possible en gonflant la poitrine (inspiration par les poumons et non par le ventre), une fois arrivé à capacité maximale, il suffit d'expirer par la bouche cet air emmagasiné et essayant de vider au maximum ses poumons. Ensuite, nous reprenons une respiration normale. Il est important de bien aviser les patients de reprendre une respiration normale pendant quelques secondes avant de recommencer l'exercice afin d'éviter des problèmes d'hyperventilation. Généralement, il est conseillé de répéter cet exercice 3/4 fois.

En faisant cet exercice, il est possible que cela déclenche des réactions comme des bâillements, le nez ou les yeux qui coulent (c'est le corps qui se détend et s'exprime). Mettez en avant l'avantage de cet exercice en montrant aux patients que l'avantage de cet exercice est qu'il peut se faire dans n'importe quelle circonstance (au travail dans son bureau, à la toilette, dans la rue...).

8^e rencontre | Les habiletés comportementales de la gestion du stress

Directive au thérapeute :

Noter les réponses des participants au tableau, comme toujours sans juger le contenu, jusqu'à ce qu'ils jugent la liste complète. Lire par la suite les moyens complémentaires se retrouvant dans leur cahier.

Procéder de la même façon pour les symptômes dépressifs.

Directive au thérapeute :

Après avoir répondu aux questions, remercier le groupe pour sa participation et les encourager à continuer d'utiliser les outils enseignés (en demandant l'aide de leur équipe soignante au besoin)

Basco et Rush, quant à eux, ont suggéré la possibilité d'établir un contrat thérapeutique, lorsque vous vous sentez bien, où vous autorisez une personne significative, à vos conditions, de contacter l'équipe soignante si vous n'êtes pas en état de le faire. Voyez l'exemple à la fin de votre cahier.

- Que pensez-vous de ces moyens?
- Avez-vous des questions?

Si on passait maintenant aux symptômes précurseurs de dépression...

- Qu'avez-vous inscrit dans la section « à faire » de votre plan d'action?

À travers la littérature, la majorité des auteurs s'entendent pour donner les conseils suivants aux personnes souffrant de symptômes de dépression :

- Se faire un horaire avec des activités et le respecter même si on n'a pas le goût
- Incorporer des activités plaisantes et des activités que l'on maîtrise (bref où on se sent adéquat ou qui peut nous éviter des problèmes comme payer un compte)
- Établir des heures régulières pour : dormir, manger, travailler
- Identifier et corriger les pensées erronées

Voilà donc ce qui conclue nos rencontres sur la gestion du stress.

- Avez-vous des questions, des commentaires sur ce que nous venons de voir, ou sur les deux dernières rencontres en général?

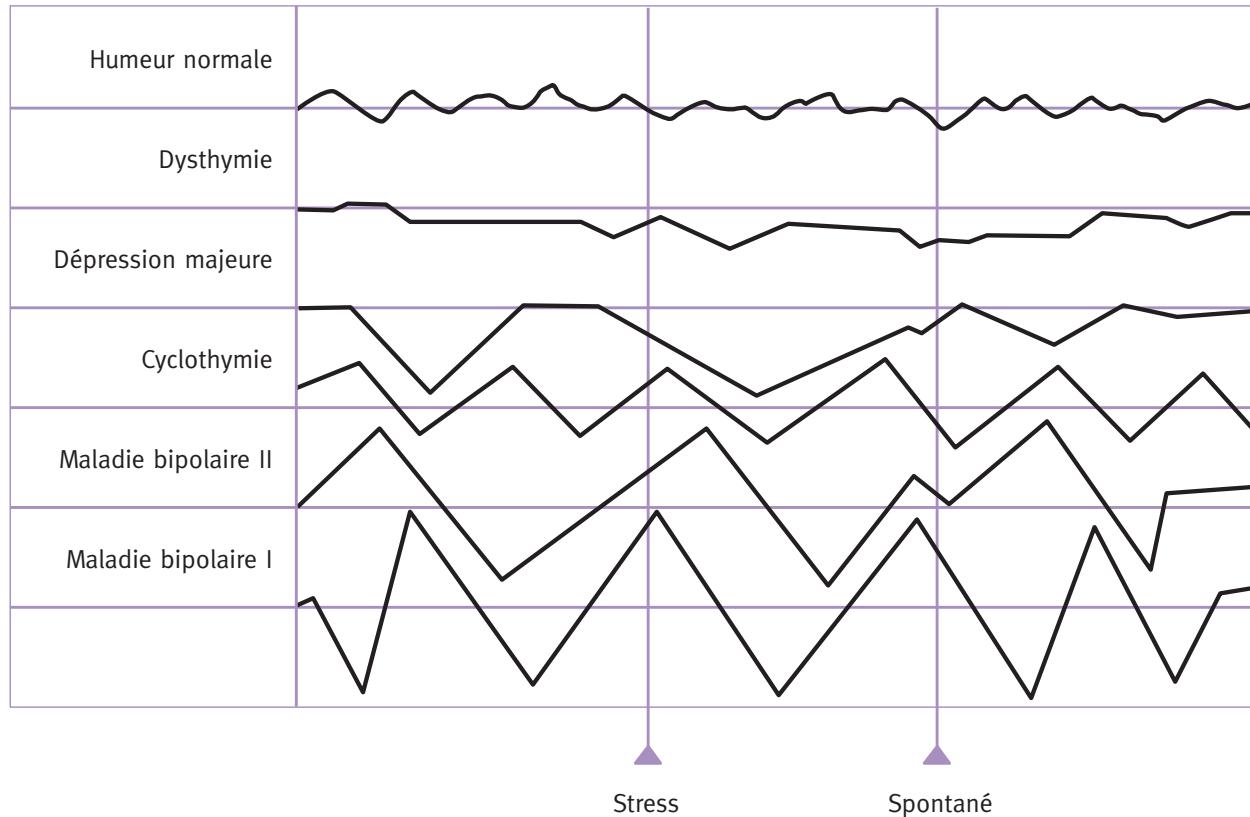
Références additionnelles

1. M.R. Basco and A.J. Rush. *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*, New York: The Guilford Press, 1996.
2. Stuart S, Wright JH, Thase ME, and Beck AT. *Cognitive Therapy with Inpatients*, General Hospital Psychiatry 1997;19:42-50.
3. D.H. Lam, S.H. Jones, P. Hayward, and J.A. Bright. *Cognitive therapy for bipolar disorder*, Chichester: John Wiley and Sons Ltd, 1999.
4. Goldfried MR and Davidson GC. *Clinical Behavior Therapy*, New York: Wiley, 1994.

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 1 :

Le spectre des troubles de l'humeur



Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 2 :

Le cerveau

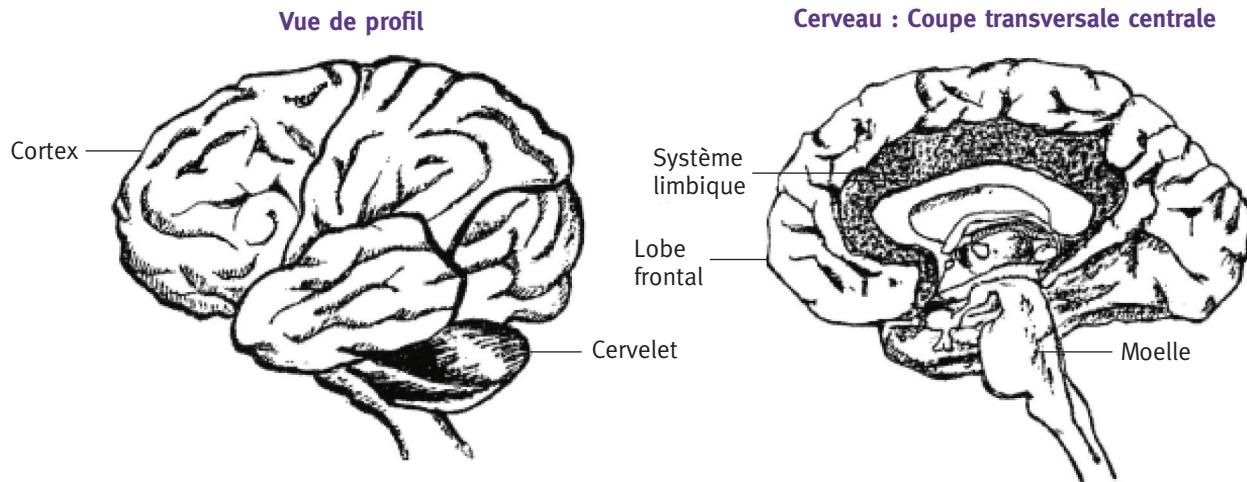
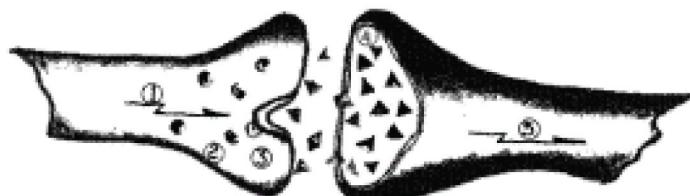


PLANCHE 3 :

La neurotransmission

Le trouble bipolaire peut être causé par des changements au niveau :

1. Des impulsions électriques dans les neurones
2. De la disponibilité des neurotransmetteurs dans les neurones
3. De la sécrétion des neurotransmetteurs par les neurones
4. De la liaison des neurotransmetteurs aux neurones cibles
5. De l'influx nerveux transmis par la liaison des neurotransmetteurs aux neurones cibles



Les impulsions électriques libèrent des agents chimiques appelés neurotransmetteurs.
Les neurotransmetteurs envoient des messages aux neurones cibles.
Les changements chimiques dans les neurones cibles déclenchent de nouveaux influx nerveux.

Noter que chacun de ces points peut être influencé par les médicaments utilisés pour le traitement du trouble bipolaire.

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 4A :

Les préjugés face à la maladie psychiatrique

Pensées	Émotions/sentiments	Comportements
<p>Exemples</p> <ul style="list-style-type: none">• Avoir moins de valeur• Identité changée	<ul style="list-style-type: none">• Honte• Souffrance• Doute• Peur• Démoralisation	<ul style="list-style-type: none">• Rejeter le diagnostic• Ne pas prendre ses médicaments• Ne pas rapporter ses symptômes

PLANCHE 4B :

Stratégies pour gérer les préjugés

1. Identifiez et côtoyez des gens qui ne vous jugent pas et obtenez du soutien :
 - Amis et membres de la famille compréhensifs
 - Thérapie (de groupe, individuelle, familiale)
 - Soutien de la communauté, groupe d'entraide
2. Apprenez les stratégies d'adaptation et les moyens pour gérer la maladie. Si possible, travaillez avec un partenaire.
3. Éducation : parlez de la maladie avec des personnes de confiance afin de prévenir les malentendus.
4. Ne vous confiez pas à propos du trouble bipolaire à des gens qui pourraient vous juger, l'objectif étant d'éviter les réactions potentielles de discrimination.

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 5 :

Profil personnel de manie

1. Cochez les symptômes que vous avez vécus.
2. Marquez un « P » devant les symptômes qui sont précurseurs d'un épisode.
3. Marquez un « X » devant les symptômes qui arrivent rapidement et sans avertissement.
4. Marquez un « F » devant les symptômes qui sont reconnus par la famille, les amis et les collègues.
5. Ajoutez d'autres symptômes qui ne figurent pas sur la liste dans les espaces prévus.

√	P	X	F	Pensées
				Difficulté de concentration et trouble de mémoire
				Plus de préoccupations religieuses
				Impression d'avoir des pouvoirs spéciaux
				Pensées accélérées
				Le reste du monde est au ralenti
				Pensées qui passent du « coq à l'âne »
				Paranoïa : penser que les gens complotent contre vous
				Fausse impression que vous ne valez rien ou que vous êtes méchant
				Hallucinations : entendre des voix ou voir des choses qui ne sont pas réelles
				Idées suicidaires
√	P	X	F	Émotions/Sentiments
				Sentiment de « high », optimisme exagéré, euphorie
				Se sentir déprimé
				Avoir plus d'énergie
				Se sentir impatient, irritable
				Émotions qui changent rapidement
				Surestimation de soi, sentiment d'invulnérabilité
				Attitude « je sais tout »
√	P	X	F	Comportements
				Parler fort et vite, discuter d'un grand nombre de sujets
				Diminution de la durée du sommeil
				Trop de contacts sociaux, donner plus de conseils
				Augmentation de la libido (sexualité)
				Faire plus de projets
				Se fixer des objectifs qui ne sont pas réalistes
				Dépenser de l'argent impulsivement, achats compulsifs
				Avoir des conduites à risque

Module de formation sur le trouble bipolaire

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 6 :

Déclencheurs personnels d'un épisode maniaque

Cochez tous les éléments qui ont déclenché chez vous des épisodes maniaques.
Complétez en écrivant vos expériences personnelles.

<i>Événements difficiles</i>
<i>Événements heureux</i>
<i>Changements de médicaments : pour des problèmes de santé physique ou mentale, prescrits ou en vente libre</i>
Quels médicaments?
<i>Maladie physique</i>
Quelle maladie?
<i>Prise de substances (drogue, alcool)</i>
<i>Modification dans les habitudes d'usage du tabac</i>
<i>Changements saisonniers</i>
Quelle saison?
<i>Changements dans la routine</i>

PLANCHE 7 :

Réactions à un épisode maniaque et aux stress qui peuvent déclencher un épisode maniaque – 1 : coûts et bénéfices

Exemples :

- Dépenser de l'argent, utiliser des cartes de crédit
- Maintenir une routine de sommeil
- Conduire vite
- Faire beaucoup de projets (travail, écriture)
- Ne pas consommer d'alcool ou de drogues
- Ratrapper le temps perdu pendant la dépression
- Jouer aux jeux de hasard (casino, etc.)
- Maintenir une routine d'activités quotidiennes
- Provoquer des disputes
- Avoir des contacts sociaux et des relations sexuelles plus impulsives
- Continuer de prendre les médicaments
- Arrêter le traitement
- Appeler le médecin/l'infirmière/le thérapeute
- Ne pas tenir compte des avis des autres
- Se retirer dans un environnement tranquille

Réactions

Effets positifs (Bon pour vous, pour votre santé)	Effets négatifs (Qui créent plus de problèmes)

Réactions

Effets positifs	Effets négatifs

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 8 :

Réactions à un épisode maniaque et aux stress qui peuvent déclencher un épisode maniaque – 2 : coûts et bénéfices

<i>Réactions</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

<i>Réactions</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

<i>Réactions</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

Module de formation sur le trouble bipolaire

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 9 :

Plan d'action : résumé des stratégies pour faire face à la manie et aux stress qui peuvent déclencher un épisode de manie

1. Prévenir votre intervenant quand vous avez des symptômes précurseurs de manie ou que vous vivez des stress qui peuvent déclencher un épisode de manie.
2. Discuter des changements de médicaments pour un problème de santé physique avec votre intervenant.
3. Faire rapidement une évaluation du problème de santé et traiter si nécessaire.
4. Ne pas consommer de l'alcool ou des drogues (remarque : une simple augmentation de la consommation de tabac peut diminuer l'effet des médicaments prescrits).
5. Maintenir sa routine d'activités quotidiennes.
6. Diminuer le manque de sommeil.
7. Solliciter le soutien de votre entourage : _____
8. Être conscient de vos comportements d'adaptation personnels. Faire la liste de ce qui est efficace pour vous :
 -
 -
 -
9. Être conscient de vos comportements d'adaptation personnels. Faire la liste de ce qui est inefficace pour vous :
 -
 -
 -

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 10 :

Plan d'action en cas de manie

1. Contrôler les médicaments	6. Utiliser ce qui est efficace :
2. Contrôler : alcool/drogues/tabac	•
3. Reconnaître les facteurs de stress :	7. Éviter ce qui est inefficace :
• Physiques	•
• Émotionnels	8. Contacter l'équipe soignante
4. Maintenir les activités quotidiennes et le sommeil	Téléphone : _____
5. Solliciter le soutien de votre entourage	9. Contacter le groupe de soutien
	Téléphone : _____

Plan d'action en cas de manie

1. Contrôler les médicaments	6. Utiliser ce qui est efficace :
2. Contrôler : alcool/drogues/tabac	•
3. Reconnaître les facteurs de stress :	7. Éviter ce qui est inefficace :
• Physiques	•
• Émotionnels	8. Contacter l'équipe soignante
4. Maintenir les activités quotidiennes et le sommeil	Téléphone : _____
5. Solliciter le soutien de votre entourage	9. Contacter le groupe de soutien
	Téléphone : _____

Plan d'action en cas de manie

1. Contrôler les médicaments	6. Utiliser ce qui est efficace :
2. Contrôler : alcool/drogues/tabac	•
3. Reconnaître les facteurs de stress :	7. Éviter ce qui est inefficace :
• Physiques	•
• Émotionnels	8. Contacter l'équipe soignante
4. Maintenir les activités quotidiennes et le sommeil	Téléphone : _____
5. Solliciter le soutien de votre entourage	9. Contacter le groupe de soutien
	Téléphone : _____

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 11 :

Profil personnel de la dépression

1. Cochez les symptômes que vous avez vécus.
2. Marquez un « P » devant les symptômes qui sont précurseurs d'un épisode.
3. Marquez un « X » devant les symptômes qui arrivent rapidement et sans avertissement.
4. Marquez un « F » devant les symptômes qui sont reconnus par la famille, les amis et les collègues.
5. Ajoutez d'autres symptômes qui ne figurent pas sur la liste dans les espaces prévus.

√	P	X	F	<i>Pensées</i>
				Difficultés de concentration et trouble de mémoire
				Les choses vont mal et ne vont pas s'améliorer
				Difficultés à prendre des décisions
				Penser que les autres ne se préoccupent pas de vous, alors que ce n'est peut-être pas le cas
				Pensées fréquentes de mort ou de suicide
				Paranoïa : penser que les gens complotent contre vous
				Fausse impression que vous ne valez rien ou que vous êtes méchant
				Hallucinations : entendre des voix ou voir des choses qui ne sont pas réelles
				Pensées liées aux problèmes causés par la dépression dans le passé
√	P	X	F	<i>Émotions/Sentiments</i>
				Sentiment de dévalorisation
				Sentiment de culpabilité sans raison
				Sentiment de tristesse sans raison
				Facilement irritable
				Se sentir mal même quand tout va bien
				Moins d'énergie
				Changement d'appétit
√	P	X	F	<i>Comportements</i>
				Nervosité, agitation ou impatience
				Trouble du sommeil : insomnie ou hypersomnie
				Difficultés à commencer ou à terminer des projets
				Évitement des contacts sociaux
				Arrêter le travail ou les activités habituelles
				Conflits et disputes sans raison apparente
				Pleurs fréquents sans raison suffisante
				Élaborer un plan de suicide

Module de formation sur le trouble bipolaire

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 12 :

Déclencheurs personnels d'un épisode dépressif

Cochez tous les éléments qui ont déclenché chez vous des épisodes dépressifs.
Complétez en écrivant vos expériences personnelles.

<i>Événements difficiles</i>	
<i>Événements heureux</i>	
<i>Changements de médicaments : pour des problèmes de santé physique ou mentale, prescrits ou en vente libre</i>	
Quels médicaments?	
<i>Maladie physique</i>	
Quelle maladie?	
<i>Prise de substances (drogue, alcool)</i>	
<i>Modification dans les habitudes d'usage du tabac</i>	
<i>Changements saisonniers</i>	
Quelle saison?	
<i>Changements dans la routine</i>	

PLANCHE 13 :

Réactions à un épisode dépressif et aux stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif – 1 : coûts et bénéfices

Exemples :

- Éviter les amis
- Arrêter ses activités et l'exercice physique
- Essayer de maintenir une routine quotidienne
- Aller chercher le soutien d'un ami en qui on a confiance
- Prier
- Arrêter le traitement
- Prendre rendez-vous avec le thérapeute/le médecin
- Arrêter de travailler
- Cesser de prendre les médicaments
- Se faire aider pour les tâches familiales/professionnelles
- Consommer de l'alcool et des drogues
- Planifier un suicide

<i>Réactions</i>	
Effets positifs (Bon pour vous, pour votre santé)	Effets négatifs (Qui créent plus de problèmes)

<i>Réactions</i>	
Effets positifs (Bon pour vous, pour votre santé)	Effets négatifs (Qui créent plus de problèmes)

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 14 :

Réactions à un épisode dépressif et aux stress qui peuvent déclencher un épisode dépressif – 2 : coûts et bénéfices

<i>Réactions</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

<i>Réactions</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

<i>Réactions</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

Module de formation sur le trouble bipolaire

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 15 :

Plan d'action : résumé des stratégies d'adaptation pour faire face à la dépression et aux stress qui peuvent déclencher un épisode de dépression

1. Aviser votre intervenant des symptômes précurseurs de dépression et des stress susceptibles d'entraîner une dépression.
2. Discuter des changements de médicaments pour un problème de santé physique avec votre intervenant.
3. Faire rapidement une évaluation du problème de santé et traiter si nécessaire.
4. Ne pas consommer de l'alcool ou des drogues (remarque : une simple augmentation de la consommation de tabac peut diminuer l'effet des médicaments prescrits).
5. Maintenir sa routine d'activités quotidiennes.
6. Limiter les changements dans votre routine de sommeil.
7. Solliciter le soutien de votre entourage : _____
8. Être conscient de vos comportements d'adaptation personnels. Faire la liste de ce qui est efficace pour vous :
 -
 -
 -
9. Être conscient de vos comportements d'adaptation personnels. Faire la liste de ce qui est *inefficace* pour vous :
 -
 -
 -
10. Prévention du suicide

PLANCHE 16 :

Plan d'action en cas de dépression

1. Contrôler les médicaments	6. Utiliser ce qui est efficace :
2. Contrôler : alcool/drogues/tabac	•
3. Reconnaître les facteurs de stress :	7. Éviter ce qui est inefficace :
• Physiques	•
• Émotionnels	8. Contacter l'équipe soignante
4. Maintenir les activités quotidiennes	Téléphone : _____
5. Solliciter le soutien de votre entourage	9. Contacter le groupe de soutien
	Téléphone : _____

Plan d'action en cas de dépression

1. Contrôler les médicaments	6. Utiliser ce qui est efficace :
2. Contrôler : alcool/drogues/tabac	•
3. Reconnaître les facteurs de stress :	7. Éviter ce qui est inefficace :
• Physiques	•
• Émotionnels	8. Contacter l'équipe soignante
4. Maintenir les activités quotidiennes	Téléphone : _____
5. Solliciter le soutien de votre entourage	9. Contacter le groupe de soutien
	Téléphone : _____

Plan d'action en cas de dépression

1. Contrôler les médicaments	6. Utiliser ce qui est efficace :
2. Contrôler : alcool/drogues/tabac	•
3. Reconnaître les facteurs de stress :	7. Éviter ce qui est inefficace :
• Physiques	•
• Émotionnels	8. Contacter l'équipe soignante
4. Maintenir les activités quotidiennes	Téléphone : _____
5. Solliciter le soutien de votre entourage	9. Contacter le groupe de soutien
	Téléphone : _____

Module de formation sur le trouble bipolaire

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 17 :

Les objectifs de traitement pour le trouble bipolaire

- 1. Améliorer les symptômes :**
 - Reconnaître, prévenir, limiter et/ou gérer les symptômes de la dépression.
 - Reconnaître, prévenir, limiter et/ou gérer les symptômes de la manie.
- 2. Améliorer le fonctionnement :**
 - Améliorer ou maintenir les relations sociales.
 - Améliorer ou maintenir les relations familiales.
 - Atteindre ses objectifs de vie personnels au travail, dans les loisirs et dans les relations sociales.
- 3. Améliorer les aptitudes de gestion du stress :**
 - Développer des aptitudes pour prévenir et/ou gérer les stress de la vie pour prévenir ou limiter les épisodes de dépression ou de manie précipités par un stress.

Module de formation sur le trouble bipolaire

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 18A :

Plan de soin personnel

Personne à contacter en cas d'urgence :	
Nom : _____	Nom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Téléphone (jour) : _____	Relation : _____
Téléphone (soir) : _____	Téléphone (jour) : _____
Téléphone (soir) : _____	
Objectifs personnels de traitement :	
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
Équipe de traitement	
Nom : _____	_____
Prescripteurs de médication : _____	_____
Thérapeute de groupe : _____	_____
Thérapeute individuel : _____	_____
Remplaçant pour la médication : _____	_____
Numéros de téléphone	
Mes attentes envers mon intervenant :	
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
Ce que je vais faire pour collaborer efficacement avec mon équipe de traitement :	
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 18B :

Mes activités quotidiennes et ma routine de sommeil

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin							
Après-midi							
Soir							

Sleep-Wake Log*

Mois/ Jour	Matin			Après-midi			Soir					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
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												

Instructions : colorier la case pour indiquer les heures de sommeil. Par exemple :

Mois/Jour	Matin	Après-midi	Soir
Mars/Vendredi	1	2	3
Mars/Samedi	4	5	6
Mars/Dimanche	7	8	9
Mars/Lundi	10	11	12
Mars/Mardi	13	14	15

Légende

- = Être éveillé au lit
- = Dormir

* Permission de réimprimer « Sleep-Wake Log » de Peter C. Whybrow, M.

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 18C :

Médicaments actuels*

Date	Stabilisateurs de l'humeur	Dose	Instructions
Date	Antidépresseurs	Dose	Instructions
Date	Antipsychotiques	Dose	Instructions
Date	Autres médicaments psychiatriques	Dose	Instructions
Date	Médicaments pour une condition physique	Dose	Instructions

* Mettez à jour et ajoutez des feuilles lorsque nécessaire pour garder cette liste actuelle et pour fournir un aide-mémoire pratique de votre histoire de traitement.

PLANCHE 18D :

Coûts et bénéfices du traitement

<i>Médications ou autres traitements</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

<i>Médications ou autres traitements</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

<i>Médications ou autres traitements</i>	
Effets positifs	Effets négatifs

Module de formation sur le trouble bipolaire

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 18E :

Plan de soin personnel – Groupe d'entraide et psychothérapie

Voici les thérapies que j'ai sélectionnées et pourquoi :

<i>Thérapie individuelle</i>	
<i>Thérapie familiale</i>	
<i>Thérapie de groupe</i>	
<i>National Depressive and Manic Depressive Association</i>	
<i>National Alliance of the Mentally Ill</i>	

Module de formation sur le trouble bipolaire

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 19 :

Les bases d'une relation de traitement fondée sur la collaboration

1. Des objectifs de traitement clairement définis
 - L'individu et l'intervenant travaillent ensemble pour atteindre un but commun et des objectifs réalistes qu'ils ont définis ensemble.
2. Une communication efficace
 - L'individu comprend la signification de ce que lui dit l'intervenant.
 - L'intervenant comprend la signification de ce que lui dit l'individu.
 - L'individu parle de ses symptômes de manie et/ou de dépression.
 - L'individu parle de ses problèmes avec les effets secondaires du traitement.
3. Des habiletés complémentaires et des responsabilités divisées
 - L'individu et l'intervenant reconnaissent leurs connaissances, leurs habiletés et leurs compétences respectives.
4. Le respect mutuel
 - L'intervenant et l'individu n'ont pas de préjugés l'un par rapport à l'autre.

Module de formation sur le trouble bipolaire

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 20 :

Hygiène du sommeil

1. Utilisez votre chambre à coucher uniquement pour dormir. Pour discuter, pour la lecture et la télévision, utilisez d'autres endroits.
2. N'allez pas vous coucher avant d'être somnolent.
3. Levez-vous approximativement à la même heure tous les jours, même les fins de semaine; il est physiquement difficile de changer son rythme de sommeil continuellement.
4. Pas de sieste!
5. Pas d'alcool 2 heures avant de se coucher.
6. Pas de tabac 2 heures avant de se coucher.
7. Pas de caféine 6 heures avant de se coucher (il y a de la caféine dans le café, le thé, le chocolat, le cola et bien d'autres types de boissons gazeuses).
8. Évitez de boire trop de liquide le soir et allez à la toilette avant de vous coucher.
9. Prenez les médicaments du coucher (hs) environ une heure avant de vous coucher.
10. Faites de l'exercice physique de façon régulière (de préférence le matin ou l'après-midi).

Remarques :

- Suivez ces lignes de conduite à la lettre.
- Ne vous attendez pas à des changements rapides : une amélioration peut prendre 2 à 3 semaines pour se manifester.
- Si vous voulez vous lever plus tôt parce que vous dormez trop, avancez l'heure de votre réveil d'une demi-heure chaque jour jusqu'à ce que vous puissiez vous lever à l'heure voulue. Ceci fonctionne aussi si vous voulez vous coucher plus tôt le soir.

Module de formation sur le trouble bipolaire

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 21 :

Médicaments utilisés pour traiter le trouble bipolaire*

La dénomination commune (appellation chimique) est suivie par le(s) nom(s) de marque connue entre parenthèses.

<i>Thymorégulateurs</i>	<i>Antipsychotiques — typiques</i>
Carbamazépine (Tegretol) Lamotrigine (Lamictal) Lithium (Carbolith, Duralith) Valproate (Depakene)	Chlorpromazine Fluphénazine (Modecate) Halopéridol Loxapine Perphénazine Pimozide (Orap) Thiothixène (Navane) Trifluopérazine (Terfluzine)
<i>Antidépresseurs</i>	<i>Antipsychotiques — atypiques</i>
Tricycliques	Clozapine (Clozaril) Olanzapine (Zyprexa) Quétiapine (Seroquel) Rispéridone (Risperdal) Ziprasidone (Zeldox)
Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine	Benzodiazépines
Citalopram (Celexa) Fluoxétine (Prozac) Paroxétine (Paxil) Sertraline (Zoloft)	Alprazolam (Xanax) Chlordiazépoxide Clonazépam (Rivotril) Clorazépate Diazépam (Valium) Flurazépam Lorazépam (Ativan) Oxazépam Témazépam (Restoril) Triazolam
Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)	<i>Autres</i>
Mirtazapine (Remeron) Venlafaxine (Effexor)	Buspirone (BuSpar) Gabapentine (Neurontin) Méthylphénidate (Ritalin) Topiramate (Topamax)
Agents hétérocycliques	
Bupropion (Wellbutrin) Trazodone (Desyrel)	
Inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO)	
Phenelzine (Nardil) Tranylcypromine (Parnate)	

* Les médicaments ne sont pas nécessairement approuvés pour le traitement du trouble bipolaire au Canada. La liste ci-dessus reflète la seule opinion des auteurs originaux.

Référence additionnelle : Santé Canada. « Base de données sur les produits pharmaceutiques ». Dernière mise à jour : 01/24/2008.
<http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/databasdon/index-fra.php>. Consultée : 08/08/2008.

Module de formation sur le trouble bipolaire

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 22 :

Prendre des décisions informées et évaluer le traitement

1. Où avez-vous entendu parler de ce traitement? La source est-elle fiable?
2. Les preuves que le traitement est bénéfique proviennent-elles d'études scientifiques?
3. Les résultats ont-ils été publiés dans un journal réputé?
4. Les participants de l'étude étaient-ils similaires à vous (âge, genre, style de vie)?
5. Les résultats obtenus dans l'étude peuvent-ils être expliqués par d'autres facteurs (changement de saison, autres traitements ou médication)?
6. Est-ce que ce traitement demande que vous arrêtez un médicament ou un traitement ou que vous changez votre régime alimentaire?
7. L'information sur les dangers potentiels ou les « coûts » associés au traitement est-elle disponible?
8. Combien coûte le traitement?
9. Quel est le résultat d'une analyse coûts-bénéfices de ce nouveau traitement?
10. Est-ce que ce nouveau traitement en vaut la peine (bénéfices)?
11. Quelle est la recommandation de votre intervenant par rapport à ce nouveau traitement?

Module de formation sur le trouble bipolaire

Cahier d'exercice du patient

PLANCHE 23 :

Les psychothérapies pour le trouble bipolaire

<p><i>Objectifs de toutes les psychothérapies</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Recevoir du soutien pour relever les défis du trouble bipolaire• Acquérir une éducation sur le trouble bipolaire• Améliorer le fonctionnement dans la vie de tous les jours malgré le trouble bipolaire• Apprendre les compétences de gestion de la maladie• Gérer les émotions, les pensées et les comportements bénéfiques et nuisibles
<p><i>La thérapie individuelle</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Comprendre les événements du passé (particulièrement avec la thérapie psychodynamique et la thérapie de soutien)• Travailler sur les relations sociales (particulièrement avec la thérapie interpersonnelle)• Améliorer les schémas de pensées et de comportements (particulièrement la thérapie cognitive-comportementale)• Stabiliser les rythmes sociaux (particulièrement la thérapie des rythmes sociaux)
<p><i>La thérapie de groupe</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Recevoir un soutien mutuel• Obtenir une éducation par les pairs à travers le partage d'expériences• Améliorer les habiletés sociales• Diminuer les préjugés
<p><i>La thérapie familiale</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Aider à la résolution et à la prévention de conflit entre les membres de la famille• Éduquer les membres de la famille sur le trouble bipolaire• Augmenter les relations de soutien dans la famille
<p><i>Les groupes d'entraide</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Obtenir diverses informations sur le trouble bipolaire• Recevoir un soutien mutuel• Assurer la défense des droits des personnes atteintes d'une maladie mentale• Diminuer les préjugés• Des exemples de groupes d'entraide et de collaboration stables<ul style="list-style-type: none">➔ Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA; www.NDMDA.org; numéro de téléphone du bureau national: 800-826-3632; numéro local : _____)➔ National Alliance for the Mentally Ill (NAMI); www.NAMI.org; Numéro de téléphone du bureau national : 800-749-3197; numéro local : _____)

Lecture additionnelle



Lecture additionnelle

Indice de bipolarité

Pour chacun des items ci-dessous, encernez le chiffre correspondant le mieux au patient.

Les chiffres varient de 0 (aucune évidence de maladie bipolaire) à 20 (évidence la plus élevée de maladie bipolaire).

Cet outil permet d'évaluer « l'intensité » de la bipolarité chez un patient présentant un trouble affectif (dépression unipolaire – spectre bipolaire – trouble bipolaire)

I. Caractéristiques de l'épisode

20 Épisode maniaque ou mixte documenté avec euphorie, grandiosité ou expansivité importantes en l'absence de condition médicale générale significative ou d'étiologie secondaire connue.

15 Épisode mixte ou manie dysphorique ou irritable bien définie en l'absence de condition médicale générale significative ou d'étiologie secondaire connue.

10 Hypomanie bien définie en l'absence de condition médicale générale significative ou d'étiologie secondaire connue.
Cyclothymie bien définie en l'absence de condition médicale générale significative ou d'étiologie secondaire connue.
Manie bien définie secondaire à l'utilisation d'un antidépresseur.

5 Hypomanie bien définie secondaire à l'utilisation d'un antidépresseur.
Épisodes présentant des symptômes d'hypomanie, mais dont les caractéristiques, la durée ou l'intensité n'atteignent pas le seuil d'une hypomanie ou de la cyclothymie.
Épisode dépressif majeur avec éléments psychotiques ou caractéristiques atypiques (hypersomnie, hyperphagie, etc.).
Épisode dépressif majeur en post-partum.

2 Épisode dépressif majeur unipolaire typique récurrent.

0 Aucune histoire d'élévation significative de l'humeur, de dépression récurrente ou de psychose.

II. Âge de début (1^{er} épisode ou syndrome affectif)

20 De 15 à 19 ans.

15 Avant l'âge de 15 ans ou entre 20 et 30 ans.

10 Entre 30 et 45 ans.

5 Après 45 ans.

0 Aucune histoire de maladie affective (aucun épisode, pas de cyclothymie, de dysthymie ni de MAB NOS).

Lecture additionnelle

III. Évolution de la maladie/Caractéristiques associées

20 Épisodes de manies distincts et récurrents séparés par des périodes de récupération complète.

15 Épisodes de manies distincts et récurrents avec récupération incomplète entre les épisodes.
Épisodes d'hypomanies distincts et récurrents séparés par des périodes de récupération complète.

10 Comorbidité avec abus de substances.
Présence d'éléments psychotiques durant les épisodes affectifs aigus seulement.
Incarcérations ou délits répétés reliés à des comportements maniaques (p. ex. : vols à l'étalage, conduite dangereuse, faillite, etc.).

5 Trouble dépressif majeur unipolaire récurrent avec 3 épisodes dépressifs majeurs ou plus.
Épisodes d'hypomanies distincts et récurrents avec récupération incomplète entre les épisodes.
Problèmes récurrents de fidélité au traitement.
Présence de trouble de personnalité limite, de trouble anxieux ou de trouble alimentaire comorbide ou histoire de TDAH.
Engagement dans des activités à risque, qui entraînent des problèmes pour le patient, sa famille ou ses amis.
Évidence comportementale d'exacerbation des symptômes affectifs en péri-menstruel.

2 Tempérament hyperthymique de base (lorsque ni déprimé, ni manique).
Trois mariages ou plus (incluant le remariage à la même personne).
En 2 ans ou moins, début d'un nouvel emploi et changement de travail après moins d'un an.
Plus de 2 diplômes d'études supérieures.

0 Aucune des caractéristiques ci-dessus ne s'applique.

IV. Réponse au traitement

20 Récupération complète en 4 semaines de traitement avec un stabilisateur de l'humeur.

15 Récupération complète en 12 semaines de traitement avec un stabilisateur de l'humeur ou rechute dans les 12 semaines suivant l'arrêt du traitement.
Virage maniaque (manie pure ou mixte) dans les 12 semaines du début d'un traitement avec un antidépresseur ou de l'augmentation de la dose.

10 Exacerbation de la dysphorie ou symptômes d'un état mixte (n'atteignant pas le seuil d'une manie) lors d'un traitement avec un antidépresseur.
Réponse partielle à 1 ou 2 stabilisateurs de l'humeur en 12 semaines de traitement.
Induction ou détérioration d'une évolution vers des cycles rapides en raison de la prise d'un antidépresseur.

5 Résistance au traitement : absence de réponse à des essais complets avec au moins 3 antidépresseurs.
Virage en manie ou hypomanie au retrait d'un antidépresseur.

2 Réponse immédiate et pratiquement complète au retrait d'un antidépresseur.

0 Aucune des caractéristiques ci-haut, ou absence de traitement.

Lecture additionnelle

V. Antécédents familiaux

- 20** Au moins un parent du 1^{er} degré avec un trouble bipolaire documenté.
- 15** Au moins un parent du second degré avec un trouble bipolaire documenté.
Au moins un parent de 1^{er} degré avec un trouble unipolaire récurrent documenté et un comportement suggérant un trouble bipolaire.
- 10** Parent du 1^{er} degré avec un trouble unipolaire ou un trouble schizoaffectif documenté. Tout parent avec un trouble bipolaire documenté ou un trouble unipolaire récurrent et un comportement suggérant un trouble bipolaire.
- 5** Parent du 1^{er} degré ayant un problème de toxicomanie documenté.
Et parent possiblement atteint de trouble bipolaire.
- 2** Parent du 1^{er} degré possiblement atteint de TDM unipolaire récurrent.
Parent du 1^{er} degré ayant reçu un diagnostic de maladie connexe : trouble d'anxiété, trouble de l'alimentation, trouble déficitaire de l'attention ou trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.
- 0** Aucun de ces points ou aucun antécédent psychiatrique dans la famille.

_____ TOTAL (0-100)

Lecture additionnelle

Critères de Ghaemi pour dépister le « spectre bipolaire »

TABLEAU 1 – Bipolarité : Indices dans l'histoire

1. Épisodes dépressifs majeurs récurrents (> 3)
2. Début précoce de la dépression (< 25 ans)
3. **Histoire familiale de MAB chez apparentés 1^{er} degré**
4. Tempérament hyperthymique
5. Symptômes dépressifs « atypiques »
6. Épisodes dépressifs majeurs brefs (< 3 mois)
7. Épisodes dépressifs majeurs avec éléments psychotiques
8. Dépression du post-partum
9. **Manie ou hypomanie induite par antidépresseur**
10. Disparition de l'effet antidépresseur
11. Non réponse à au moins 3 essais d'antidépresseurs

TABLEAU 2 – Une définition proposée de l'ensemble du trouble bipolaire

Critère A : Au moins un épisode dépressif majeur

Critère B : Pas de manie/hypomanie spontanée

Critère C : 1 – Histoire familiale positive pour MAB
2 – Manie ou hypomanie secondaire AD

Critère D : 9 autres critères

Diagnostique si : Critère A et B, plus :

2 critères C + 1 critère D

ou

1 critère C + min 2 critères D

ou

o critère C + 6 critères D

