Accepted Manuscript

Title: Traitement de l'information à contenu émotionnel et représentation de soi chez des patients bipolaires de type I après traitement combiné médicamenteux et comportemental-cognitif

Authors: A. Docteur, C. Mirabel-Sarron, I. Urdapilleta, J.-D. Guelfi, F. Rouillon

PII: S0003-4487(09)00128-0
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.03.014
Reference: AMEPSY 1014

To appear in:

Received date: 14-1-2008
Accepted date: 20-3-2009

Please cite this article as: Docteur A, Mirabel-Sarron C, Urdapilleta I, Guelfi J-D, Rouillon F, Traitement de l'information à contenu émotionnel et représentation de soi chez des patients bipolaires de type I après traitement combiné médicamenteux et comportemental-cognitif, *Annales medio-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.03.014

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Mémoire

Traitement de l'information à contenu émotionnel et représentation de soi chez des patients bipolaires de type I après traitement combiné médicamenteux et comportemental-cognitif

Treatment of emotional information and self-representation of bi-polar type I patients after combined medical and cognitive-behavioural therapy

A. Docteur* ^{a,b}, C. Mirabel-Sarron ^a, I. Urdapilleta ^b, J.-D. Guelfi ^a, F. Rouillon ^a

a) CMME (Service du Pr. Rouillon),⁰ Université PARIS V René Descartes. Centre Hospitalier Sainte-Anne, 100 rue de la Santé, 75014 Paris, France

b) Laboratoire de Psychologie Sociale EA 351, UFR de Psychologie, Université Paris VIII, 2 rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis, France

*Auteur correspondant: Aurélie Docteur, CMME, Centre Hospitalier Sainte-Anne, 100 rue de la Santé, 75014 Paris, France

Adresse e-mail: aureliedocteur@free.fr

Texte reçu le 14 janvier 2008 ; accepté le 27 juillet 2008

Résumé

Notre étude porte sur la vulnérabilité cognitive de patients bipolaires I ayant suivi ou non une Thérapie Comportementale et Cognitive (TCC). Douze patients dans le groupe contrôle (traitement prophylactique) et douze patients dans le groupe d'étude (TCC conjointement à un traitement prophylactique) ont participé à l'étude. L'évaluation a été effectuée à l'aide d'auto-questionnaires, d'une tâche de rappel libre de mots à connotation émotionnelle et d'un entretien sur la représentation de soi. Les résultats n'indiquent aucune souffrance émotionnelle pathologique chez ces patients. Ils montrent en revanche que ces deux groupes diffèrent pour certaines variables de vulnérabilité, avec pour le groupe d'étude un biais de rappel spécifique aux mots à tonalité positive ainsi qu'un schéma de soi moins centré sur les symptômes thymiques et cognitifs du trouble. La relation entre schéma de soi et biais mnésique est discutée.

Abstract

Objectives – Bipolar disorder currently affects around 1 % of the general population. Despite mood stabilizers, 37 % of patients continue to present mood fluctuations. Moreover, psychotherapeutic approaches, together with prophylactic treatment, have been developed over the past 10 years, including the behavioural and cognitive approach. Lam's behavioural model has thus become a major reference. Bipolar patients who have undergone cognitive behavioural therapy (CBT) based on this program experience fewer manic and depressive recurrences as well as fewer hospitalizations, thus improving the quality of their relations with others, reducing their dysfunctional beliefs and attitudes, and enhancing their self-esteem. However, no study has evaluated the effects of CBT on cognitive functions in this disorder, such as memory, nor on its connection with cognitive patterns, among bipolar patients. Previous research has suggested the existence of many disturbances of cognitive functions. Several studies have demonstrated memory disturbances in a free recall task among type I bipolar patients, even during periods of remission. However, none of these studies focused on explicit-memory recall bias for words with affective valence during remission, nor did they investigate the connection between self schemata and bias in memory processes. The goal of this study was to explore the cognitive vulnerability of bipolar I patients in remission by linking self schemata with recall bias for words with affective valence, and to compare these variables among patients who underwent CBT, and patients who did not.

Materials and Methods – The study included 24 bipolar I patients, 12 were in the control group (mood regulating treatment) and 12 were in the experimental group (CBT in conjunction with a mood stabilizer), according to the DSM-IV criteria. The free recall tasks for words with distinct affective valences (positive, neutral, negative) allowed us to assess the performance and recall bias for affective information. In addition, the lexical assessment enabled us to study the cognitive schemata with reference to self-representation.

Results – The results do not indicate any signs of depression, mania or anxiety among the two groups at the time of their inclusion in the study. The cognitive results show that not only is the experimental group significantly more likely to recall words with positive affective valence ($F_{1, 22} = 5.770$; $p = 0.025$) and significantly less likely to recall those with negative affective valence ($F_{1, 22} = 6.629$; $p = 0.017$) than the control group, but that it also presents a specific recall bias for words with a positive connotation as compared to neutral words ($t_{11} = 4.722$; $p = 0.001$) and negative words ($t_{11} = 5.777$; $p < 0.0001$). Furthermore, the experimental group uses a vocabulary which is less focused on the disorder mood and cognitive symptoms.

Conclusion – The results demonstrate the various recall biases between the two groups, with a specific bias for the positive words and a self-representation which is less focused on bipolar illness in the experimental group. Learning the cognitive and behavioural coping strategies based on the Lam et al model may lead to a modification of bipolar patients' cognitive schemata. This modification may itself contribute to a better recall of positive stimuli. Just as, according to Bower, the activation of a negative emotion may facilitate the recall of negative information, a better management of emotions seems to result in a better recall of positive information.

Mots-clés : Analyse lexicale ; Mémoire explicite ; Thérapie Comportementale et Cognitive ; Trouble bipolaire ; Valence émotionnelle

Keywords : Bipolar Disorder; Cognitive Behavioural Therapy; Explicit Memory; Lexical analysis

1. Introduction

Le trouble bipolaire de type I est une maladie chronique caractérisée par une alternance d'épisodes thymiques dépressifs et maniaques. Les troubles bipolaires sont considérés parmi les troubles psychiatriques les plus fréquents. Selon l'étude épidémiologique ECA (Epidemiological Catchment Area), les troubles thymiques se situent au troisième rang derrière les troubles phobiques, l'abus de substances et l'alcoolisme. Il s'agit de la sixième cause de handicap mondial [33]. Sa prévalence est estimée à 1,2 % de la population générale. Cette fréquence du trouble n'est pas modifiée par l'origine ethno-culturelle des patients [9], quel que soit le profil de la maladie. Il existe une baisse de la qualité de vie, une altération des relations sociales, une augmentation du taux de mortalité qui est deux à trois fois plus élevé que celui de la population générale et le risque suicidaire est majeur. Ce trouble est très souvent associé, par ailleurs, à de nombreuses comorbidités [13] telles que des abus de substances, des troubles anxieux, des troubles de la personnalité, qui concernent 50 à 70 % des sujets bipolaires traités. Le traitement proposé aux patients bipolaires est mixte, pharmacologique et psychothérapique. Le traitement médicamenteux de choix est la prescription de thymorégulateurs qui ont considérablement amélioré le pronostic de ce

trouble, en limitant le nombre de récurrences. Cependant une partie de ces patients continue à présenter des fluctuations de l'humeur [10]. Les différentes raisons invoquées à cette non-réponse ou réponse partielle aux thymorégulateurs sont : la qualité de l'observance, la forme particulière, singulière de la maladie ou encore l'existence de facteurs de précipitation des troubles. Différents traitements psychologiques ont alors été développés spécifiquement dont les mesures psycho-éducatives et les thérapies comportementales et cognitives (TCC). Les TCC pour troubles bipolaires se développent depuis 1996, et cinq modalités sont aujourd'hui disponibles [21]. Leur but est de diminuer les rechutes dépressives et maniaques au côté des traitements médicamenteux.

En 1999 Lam et al. [15] proposent un programme, qui sert aujourd'hui de référence, il comprend :

- Une phase psycho-éducatrice où les modalités d'entretien sont propres aux TCC ; ce sont des interventions par questionnement inductif, déductif, des reformulations... qui permettent d'aborder de manière très interactive des thèmes comme le trouble bipolaire, les traitements pharmacologiques, puis les symptômes personnels idiosyncrasiques dépressifs et maniaques. L'histoire du trouble bipolaire est reconstruite sous forme d'un diagramme ou « *life chart* » qui est complété pendant toute la durée de la prise en charge. Il s'agit de la constitution rétrospective des différents épisodes dépressifs et maniaques de la maladie bipolaire avec leur date d'apparition, leur durée, les hospitalisations. Ce travail s'enrichit pendant toute la thérapie. Quand, par exemple, les entretiens éducatifs abordent la discussion des traitements pharmacologiques, le patient est invité à compléter son graphique avec les prises médicamenteuses, leur durée, leur posologie, les changements thérapeutiques intervenus. Il est alors amené à constater l'influence de ces traitements sur la stabilité ou non de son humeur. Il reconstitue ainsi l'histoire de son trouble bipolaire, l'action de ses prises médicamenteuses et différents facteurs psychologiques déstabilisants. Le patient constate que certains schémas cognitifs ou stress favorisent une période maniaque, tandis que d'autres vont constituer des vulnérabilités propres aux rechutes dépressives [22-23].

- Une phase cognitive et comportementale, qui permet au patient d'identifier ses fluctuations d'humeur, d'en détecter les origines (environnement, personnalité...), de développer des actions pour faire face aux symptômes dépressifs ou maniaques, de repérer les signes précurseurs des rechutes et d'identifier les vulnérabilités psychologiques personnelles appelées schémas cognitifs, favorisant la souffrance émotionnelle.

Ce programme structuré en vingt séances pratiquées en groupe a été évalué dans plusieurs études. Ainsi Lam et al. [16] étudient 25 patients bipolaires suivis en ambulatoire,

dont la symptomatologie est équilibrée par un traitement thymorégulateur de lithium. Deux groupes sont constitués par randomisation, le premier suit une TCC en vingt séances, l'autre bénéficie du suivi psychiatrique. Les évaluations sont faites à six et douze mois et indiquent, pour les sujets qui ont suivi le programme thérapeutique de Lam, une amélioration significative, avec moins d'épisodes récurrents, une meilleure compliance médicamenteuse ; ainsi dix patients sur douze traités par TCC n'avaient pas rechuté au cours du suivi, contre seulement deux sur onze dans le groupe témoin.

Lam et al. [17] poursuivent leur étude avec 123 patients randomisés en deux groupes, l'un recevant une TCC d'une quinzaine de séances. Les patients du groupe ayant reçu la TCC avaient significativement moins de rechutes, les épisodes étaient moins longs (trois fois moins environ), moins d'hospitalisations (environ deux fois moins), moins de symptômes subsyndromaux, ils géraient mieux les épisodes maniaques et avaient un meilleur fonctionnement social. Cependant la prévention des épisodes dépressifs était meilleure que celle des épisodes maniaques. La proportion de patients ayant rechuté après un an était de 44 % dans le groupe TCC contre 71 % dans le groupe contrôle.

Enfin, dans une étude pendant une période de deux ans suivant la fin d'une prise en charge TCC, Lam et al. [18] comparent l'évolution de 52 patients bipolaires ayant suivi le programme de groupe à celle de 51 patients n'y ayant pas participé. Les patients ayant suivi la TCC présentaient des épisodes d'une durée moins longue, notamment les épisodes dépressifs, à 18 et 30 mois suivant la fin de la thérapie. Par ailleurs, les patients recevant la TCC présentaient une amélioration significative des symptômes dépressifs à 6 mois suivant la fin de la thérapie et des symptômes maniaques à 30 mois.

2. Bipolarité et fonctions cognitives

Comme nous le présentons dans le paragraphe précédent la phase intercritique des patients bipolaires a été longuement considérée comme exempte de troubles. En conséquence, les déficits cognitifs accompagnant les périodes aiguës de la maladie ont pendant longtemps été envisagés comme réversibles. Dans une revue de la littérature, Quraishi et Frangou [24] montrent que ces déficits retrouvés durant les périodes aiguës du trouble bipolaire concernent notamment l'attention, l'apprentissage, la mémoire, le fonctionnement psychomoteur et les fonctions exécutives. Cependant, de nombreux auteurs [26] ont montré que les patients normothymiques, bien que cliniquement en rémission, continuent à présenter des difficultés d'attention et de mémorisation.

Depuis quelques années est également apparu un champ d'étude des cognitions dans les troubles bipolaires davantage centrés sur les aspects émotionnels, appelés vulnérabilité cognitive ou style cognitif. Il existe à notre connaissance relativement peu d'études empiriques concernant le style cognitif dans le trouble bipolaire [20]. En comparant le style cognitif (évalué à l'aide de la *Self Esteem Scale* [27] de Rosenberg et la *Dysfunctional Attitudes Scale* [32] de Weissman) de 77 patients bipolaires à celui 17 patients unipolaires dépressifs recevant un traitement prophylactique, Scott et Pope [30] montrent qu'après contrôle des symptômes et des caractéristiques démographiques et cliniques les patients bipolaires présentent des niveaux d'estime de soi et d'attitudes dysfonctionnelles similaires à ceux retrouvés chez les patients dépressifs.

En incluant un plus large échantillon, Jones et al. [14] comparent le style cognitif de 116 patients bipolaires, 265 patients dépressifs unipolaires et 264 sujets contrôles. Leurs résultats montrent que le niveau d'estime de soi des patients bipolaires, bien que meilleur à celui des patients déprimés, est significativement plus faible que celui des sujets contrôles. De plus, les patients bipolaires présentent de significativement plus grandes attitudes dysfonctionnelles que les sujets contrôles.

Ainsi, les patients bipolaires semblent être marqués par une certaine vulnérabilité cognitive, se traduisant notamment par une faible estime de soi et des croyances sur eux-mêmes dysfonctionnelles par leur radicalisme.

Or, qu'en est-il de la manière dont est traitée l'information émotionnelle dans le trouble bipolaire ? En s'appuyant sur la théorie des réseaux de Bower [4], de nombreuses études ont été menées sur les biais de rappel en mémoire pour l'information émotionnelle dans la dépression [6,31]. Selon Bower, l'émotion associée à la récupération d'une information activerait le nœud correspondant à cette émotion, et se propagerait aux nœuds représentant les événements en mémoire associés, lors de l'encodage. Ce processus faciliterait ainsi la récupération de l'information relative à l'émotion la plus fréquemment activée.

En 1999, Lyon et al. [19] comparent le style « attributionnel » (qui correspond à la façon dont un item peut ou non nous décrire personnellement) et les biais de récupération d'informations connotées positivement (ex : succès) ou négativement (ex : échec) chez 15 patients bipolaires en phase maniaque, 15 patients bipolaires en phase dépressive et 15 sujets contrôles ne souffrant pas de troubles de l'humeur. Leurs résultats montrent que les patients bipolaires, qu'ils soient dépressifs ou maniaques au moment de l'évaluation, rappellent significativement plus l'information connotée négativement, quand bien même les patients en phase maniaque s'attribuent plus de caractéristiques positives lors de l'encodage.

Toutes les études concernant les schémas cognitifs des patients bipolaires, quelle que soit la méthodologie utilisée, ont aujourd'hui pour caractéristique commune la reconnaissance de schémas de soi négatifs sous-jacents. Or ces schémas sont encore majoritairement étudiés à l'aide d'auto-questionnaires (D.A.S...) , sans avoir fait l'objet d'approfondissement en dehors de l'étude des verbalisations chez des patients dépressifs [21].

3. Étude exploratoire

Cette étude vise à évaluer les schémas cognitifs de patients bipolaires ayant suivi ou non une TCC de groupe spécifique aux troubles bipolaires en utilisant une méthodologie combinant des outils cliniques et cognitifs. Les schémas cognitifs sont ici investigués à l'aide d'auto-questionnaires, d'une tâche de rappel libre de mots à connotation émotionnelle agréable/désagréable et d'une tâche de verbalisation sur la représentation de soi.

Nous pouvons faire l'hypothèse que comme les sujets dépressifs, les patients bipolaires en rémission auraient un schéma de soi négatif. L'amélioration thymique et cognitive de ces patients par l'utilisation de stratégies de coping cognitives et comportementales avec identification des vulnérabilités psychologiques personnelles et apprentissage de techniques de décentration semblerait donc fournir un élément en faveur d'une atténuation des vulnérabilités cognitives de ces patients.

3.1. Les patients

Chaque groupe inclut dix patients qui débutent et poursuivent tous la démarche ensemble. Chaque séance est d'une durée de deux heures et est animée par deux thérapeutes.

Les patients bipolaires recrutés consultent à la CMME du Centre Hospitalier Sainte-Anne de Paris en vue de bénéficier d'une approche thérapeutique TCC. Les patients sont inclus dans l'étude naturaliste au fur et à mesure de leur venue après avoir contrôlé les critères d'inclusion et d'exclusion.

Seront inclus les patients bipolaires de type I qui reçoivent depuis plus de six mois continus un traitement thymorégulateur estimé d'efficacité insuffisante malgré des taux plasmatiques contrôlés. Tous les patients sont inclus, sans restriction de troubles de l'axe II ; en revanche sont exclus les sujets dont une addiction comportementale est envahissante, ou encore présentant une pathologie organique évolutive ou une détérioration mentale.

3.2. L'évaluation

Une évaluation clinique et psychologique est pratiquée avant et après la thérapie et comporte une estimation de l'état thymique, de l'anxiété, de l'estime de soi et des fonctions cognitives (fonctions mnésiques, représentation de soi).

3.2.1. L'évaluation clinique

Pour chaque patient nous avons recueilli les données sociodémographiques telles que l'âge, le sexe et le niveau d'études. Un entretien clinique a précisé l'âge de début des troubles, le nombre d'épisodes et le nombre d'hospitalisations ou de tentatives de suicide.

Chaque patient a été évalué à l'aide des outils d'évaluation clinique suivants : Échelle de dépression de Hamilton - HDRS [12], Inventaire de dépression de Beck forme abrégée – BDI-13 [2], Échelle d'attitudes dysfonctionnelles de Weissman – DAS [32], Échelle de manie de Bech et Rafaelsen – MRS [1], Échelle d'anxiété de Hamilton– HARS [11], Échelle d'estime de soi de Rosenberg – SES [27].

3.2.2. L'évaluation mnésique

Après l'entretien clinique d'inclusion, trente mots ont été sélectionnés à partir d'une étude normative de Bonin et al. [3] pour leur valence émotionnelle positive (N = 10), neutre (N = 10), et négative (N = 10). Ces trois groupes de mots présentent les mêmes valeurs en termes de fréquence d'occurrence dans la langue et de longueur. La tâche proposée a compris deux temps :

1) Les patients devaient estimer si chacun des trente mots leur inspirait un sentiment agréable ou désagréable en entourant un chiffre sur une échelle en cinq points (de 1 pour « très désagréable » à 5 pour « très agréable »). Cette tâche d'évaluation hédonique, utilisée comme phase d'apprentissage incident dure cinq minutes.

2) Chacun des patients devait ensuite rappeler immédiatement par écrit le plus possible de mots qu'il se souvenait avoir lus lors de la tâche précédente. Cette tâche de rappel libre immédiat était limitée à trois minutes.

3.2.3. L'évaluation lexicale

Chaque patient répond ensuite à un entretien semi-directif sur la représentation de soi au présent et au futur (durant 15 minutes). Trois consignes étaient proposées : « J'aimerais que vous me disiez comment vous vous sentez aujourd'hui » ; « J'aimerais que vous me

disiez quelle opinion vous avez de vous aujourd'hui » ; et « J'aimerais que vous me disiez comment vous voyez votre avenir pour les trois mois qui viennent ». Chaque entretien était enregistré.

3.3. Déroulement de l'étude

L'étude consiste en la comparaison de deux groupes de patients bipolaires de type I qui présentent tous une symptomatologie résiduelle malgré des traitements thymorégulateurs bien suivis.

Douze patients ont été évalués après avoir terminé leur prise en charge comportementale et cognitive de groupe, et ont été comparés à douze autres patients en attente du groupe suivant.

3.4. Analyse des résultats

Les performances et biais de rappel ont été comparés avec une ANOVA. Un t de Student a permis de spécifier les biais de récupération selon le type de mots pour chacun des groupes de patients. Le logiciel ALCESTE (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte, Reinert [25]) qui permet d'analyser des entretiens en identifiant les patterns langagiers les plus utilisés par un ou plusieurs sujets [5,28], a été utilisé pour traiter et comparer le discours issu de l'évaluation lexicale sur la représentation de soi.

4. Résultats

4.1. Résultats cliniques

Vingt-quatre patients (cinq hommes, dix-neuf femmes) diagnostiqués bipolaires selon les critères du DSM-IV (APA, 1994), soit douze patients dans le groupe d'étude (TCC conjointement à un traitement thymorégulateur) et douze patients dans le groupe contrôle (traitement thymorégulateur) ont participé à cette étude. L'âge des patients est compris entre 18 et 65 ans (moyenne de $39,4 \pm 9,9$ ans pour le groupe d'étude et de $42,5 \pm 7,2$ ans pour le groupe contrôle) et le niveau d'études est en moyenne de $16,2 \pm 1,9$ ans pour le groupe d'étude et de $14,8 \pm 3,3$ ans pour le groupe contrôle. Les femmes sont plus nombreuses dans le groupe d'étude (12 femmes) que dans le groupe contrôle (7 femmes pour 5 hommes). Les

deux groupes ne diffèrent en revanche ni pour l'âge ($F_{1,22}= 0,763$; $p = 0,392$) ni pour le nombre d'années passées dans le système éducatif ($F_{1,22}= 0,930$; $p = 0,345$).

Les caractéristiques cliniques sont présentées dans le tableau I.

Les deux groupes ne montrent pas de différences en termes d'âge d'apparition du trouble ($m= 20,3 \pm 4,9$ vs $28,6 \pm 12,3$ ans), de nombre d'épisodes thymiques antérieurs dépressifs ($m= 4,4 \pm 3$ vs $4,7 \pm 4,8$ épisodes), maniaques ($m= 1,3 \pm 1,4$ vs $1,8 \pm 2$ épisodes) et hypomaniaques ($m= 2 \pm 2,6$ vs $1,3 \pm 2,1$ épisodes) ou de nombre d'hospitalisations ($m= 3,5 \pm 1,6$ vs $3,9 \pm 3,4$ épisodes). Il n'existe par ailleurs aucune souffrance significative dépressive, maniaque, ou anxieuse chez ces deux groupes de patients, et les résultats n'indiquent aucune différence significative entre les deux groupes (HDRS : $F_{1,22}= 0,000$; $p = 1$; MRS : $F_{1,22}= 2,540$; $p = 0,125$; BDI : $F_{1,22}= 0,003$; $p = 0,959$; DAS : $F_{1,22}= 0,619$; $p = 0,44$; SES : $F_{1,22}= 1,356$; $p = 0,257$).

Nous pouvons dès lors poursuivre la comparaison de leur fonctionnement cognitif.

4.2. Épreuve mnésique

4.2.1. Valeur émotionnelle attribuée aux stimuli

Les deux groupes discriminent de manière fiable les mots positifs, neutres, et négatifs, avec un effet significatif du type de mot ($F_{2,21}= 121,075$; $p < 0,0001$) ; et ce au même degré (positifs : $F_{1,22}= 0,227$; $p = 0,638$; neutres : $F_{1,22}= 3,425$; $p = 0,078$; négatifs : $F_{1,22}= 0,193$; $p = 0,665$).

4.2.2. Comparaison des performances mnésiques des patients avant et après thérapie (tableau II)

Les résultats dans une tâche de rappel libre avec apprentissage incident n'indiquent aucune différence significative entre les deux groupes de patients dans le nombre de mots rappelés ($F_{1,22}= 0,180$; $p = 0,676$).

4.2.3. Comparaison des biais mnésiques des patients avant et après thérapie

Une ANOVA effectuée sur le nombre de stimuli récupérés selon leur catégorie hédonique montre un effet de groupe pour les mots à valence émotionnelle (positifs : $F_{1,22}= 5,770$; $p = 0,025$; négatifs : $F_{1,22}= 6,629$; $p = 0,017$). Elle montre par ailleurs un effet du type de stimulus ($F_{2,21}= 24,976$; $p < 0,0001$). Plus spécifiquement, un t de Student montre qu'alors que le groupe avant TCC rappelle significativement plus de mots positifs que neutres

($t_{11} = 6,167$; $p < 0,0001$) ainsi que plus de mots négatifs que neutres ($t_{11} = -2,331$; $p = 0,04$), le groupe après TCC rappelle significativement plus de mots positifs que négatifs ($t_{11} = 5,777$; $p < 0,0001$) ou neutres ($t_{11} = 4,722$; $p = 0,001$). Ces résultats indiquent un biais de rappel en faveur des stimuli émotionnels pour le groupe contrôle, ainsi qu'un biais de rappel en faveur des stimuli positifs pour le groupe d'étude.

4.3. Évaluation lexicale

Les mots entre guillemets correspondent à ceux dont le χ^2 est supérieur à 4. Concernant le *groupe contrôle*, l'analyse lexicale fait ressortir deux classes de discours. Les mots présentés en italique sont ceux qui sont associés à la classe. Les valeurs de χ^2 d'association des mots à la classe sont présentées entre parenthèses.

La classe 1 comprend 55,13 % des UCEs (Unités de Contexte Élémentaires) classées. La représentation de soi est centrée sur certains « côtés » ($\chi^2 = 9,28$) de la « vie » ($\chi^2 = 20,21$), notamment « professionnelle » ($\chi^2 = 6,74$) , mais également familiale autour des « enfants » ($\chi^2 = 6,68$) et de la vie sentimentale avec une « femme » ($\chi^2 = 4,98$). Cette classe est également centrée sur les « besoins » ($\chi^2 = 9,28$) en rapport avec ces différents aspects de la vie ; à savoir l'envie avec « aimer » ($\chi^2 = 8,8$) ; ainsi que le fait de « rester » ($\chi^2 = 7,54$) sans « pouvoir » ($\chi^2 = 6,07$) « arriver » ($\chi^2 = 5,85$) à « faire » ($\chi^2 = 9,04$) les « choses » ($\chi^2 = 6,72$). Le discours est donc centré ici sur une certaine difficulté à entreprendre des activités.

La classe 2 comprend 44 ,87% des UCEs classées. La représentation de soi est centrée sur le présent : « aujourd'hui » ($\chi^2 = 16,47$), guidé par le fait de « prendre » ($\chi^2 = 11,78$) des « médicaments » ($\chi^2 = 14,96$), « l'angoisse » ($\chi^2 = 13,64$), la « peur » ($\chi^2 = 12,69$), une certaine difficulté à « penser » ($\chi^2 = 12,69$) ; mais également la « fatigue » ($\chi^2 = 11,13$), le « sommeil » ($\chi^2 = 10,09$), la « dépression » ($\chi^2 = 9,77$) ou la « déprime » ($\chi^2 = 4,98$), l'envie de « dormir » ($\chi^2 = 8,8$) et, dans une moindre mesure, le fait d'être « malade » ($\chi^2 = 7,52$), « maniaque » ($\chi^2 = 7,52$), « nerveux » ($\chi^2 = 7,52$), « énervé » ($\chi^2 = 4,98$), « anxieux » ($\chi^2 = 7,26$) ou « irritable » ($\chi^2 = 4,98$).

Pour le *groupe d'étude*, l'analyse lexicale fait apparaître trois classes de discours.

La classe 1 comprend 24,60 % des UCEs classées. Le discours est ici centré sur la représentation de soi par rapport aux autres : « lui » ($\chi^2 = 14,77$), « leur » ($\chi^2 = 9,42$). Les patients ont tout pour être « heureux » ($\chi^2 = 11,71$). Malgré cela, ils ne voient pas « vraiment » ($\chi^2 = 21,27$) ou « tellement » ($\chi^2 = 15,96$) comment se « sortir » ($\chi^2 = 8,61$) de leur situation liée à la maladie, qu'ils « ressentent » ($\chi^2 = 9,42$) comme pas « évidente » ($\chi^2 =$

5,66). Cette classe de discours fait également part d'une évolution temporelle au niveau du développement personnel. Alors qu'« avant » ($\chi^2 = 4,23$), les patients faisaient beaucoup pour que les « gens » ($\chi^2 = 12,07$) soient « contents » ($\chi^2 = 5,66$) d'eux, maintenant ils s'« assument » ($\chi^2 = 9,42$) davantage.

La classe 2 comprend 25,40 % des UCEs classées. La représentation de soi est ici orientée sur l'« avenir » ($\chi^2 = 9,03$), axé sur le fait de « venir » ($\chi^2 = 14,23$) à « Sainte » ($\chi^2 = 15,29$) « Anne » ($\chi^2 = 15,29$), avec peu de « projets » ($\chi^2 = 11,16$), ceux-ci étant perçus comme « quand même » ($\chi^2 = 9,99$) « durs » ($\chi^2 = 9,03$), avec des « fois » ($\chi^2 = 9,3$) le sentiment d'en avoir « marre » ($\chi^2 = 9,03$).

La classe 3 comprend 50 % des UCEs classées. La représentation de soi est ici décrite au présent : « aujourd'hui » ($\chi^2 = 9,69$), comme tous les « matins » ($\chi^2 = 8,54$), en ce « moment » ($\chi^2 = 9,33$). Le discours est centré sur des « sensations » ($\chi^2 = 20,63$) de « fatigue » ($\chi^2 = 8,54$), de « stress » ($\chi^2 = 6,3$), ou d'« anxiété » ($\chi^2 = 4,13$). Il fait également part de certains troubles de « l'attention » ($\chi^2 = 5,21$) ou du fait de devoir être « attentif » ($\chi^2 = 5,21$) aux variations d'« humeur » ($\chi^2 = 5,21$) ou aux activités de « travail » ($\chi^2 = 4,81$). Les patients soulèvent donc ici le fait de devoir être à même d'anticiper les signes annonciateurs d'une rechute, ainsi que les contextes favorisant leur apparition.

5. Discussion

L'objectif de ce travail était de comparer le traitement de l'information émotionnelle et la représentation de soi chez des patients bipolaires ayant suivi ou non une TCC de groupe. Notre hypothèse était que l'utilisation d'outils comportementaux et cognitifs spécifiques permettrait une amélioration clinique et cognitive avec de meilleures capacités de défocalisation par rapport aux informations négatives.

Les évaluations cliniques n'indiquent aucune souffrance clinique chez ces patients, ni de différence significative entre les deux groupes de patients. Ces résultats peuvent s'expliquer par les critères d'exclusion de l'étude. En effet, les niveaux de dépression, de manie et de souffrance anxieuse étaient relativement faibles au recrutement. Cela était dû à la décision d'exclure les patients bipolaires dans des épisodes aigus, conformément aux recommandations du programme de Lam. Leur souffrance était pour tous d'intensité modérée. D'ailleurs les évaluations de Lam et al. [16-18] menées avec un recul de deux ans suivant la fin de la thérapie indiquent que certaines souffrances pathologiques mettent un certain temps à s'améliorer. Ainsi, le niveau de souffrance dépressive de leurs patients ne s'améliore

significativement que six mois après la fin de la thérapie, le niveau de manie à 30 mois. Notre échantillon était composé de patients bipolaires à début relativement moyen, avec un âge d'apparition de la maladie plus précoce pour le groupe d'étude. Ces patients ont par ailleurs connu en moyenne deux fois plus d'épisodes dépressifs que maniaques ou hypomaniaques. Le nombre d'épisodes antérieurs était globalement de deux à quatre fois plus faible que dans l'échantillon de Lam, avec en moyenne deux fois moins d'hospitalisations. Ces caractéristiques pourraient aussi expliquer de plus faibles scores de dépression et d'anxiété au recrutement.

Sur le plan du fonctionnement cognitif, les résultats issus de la tâche de rappel libre montrent que les patients bipolaires ayant suivi une TCC rappellent plus de mots à tonalité « positive » et moins de mots à tonalité « négative » que ceux n'en ayant pas bénéficié. Par ailleurs, les patients après TCC présentent une sélectivité mnésique spécifique aux mots à valence positive. L'analyse lexicale semble étayer cette modification dans les biais de rappel. Celle-ci indique des champs lexicaux centrés sur la maladie bipolaire – voire l'aspect dépressif du trouble – dans le groupe contrôle (cf. classe 2) évoquant par ailleurs une représentation de soi générale et peu informative (cf. classe 1). Le discours du groupe d'étude est moins structuré autour de la pathologie et de ses symptômes (cf. classe 3), et des termes tels que « dépression », « déprimer », « maniaque », « nerveux » et « irritable » ne font plus partie de leur lexique. Par ailleurs, l'analyse fait apparaître des termes relatifs à une meilleure gestion affective et cognitive de soi (« assumer », « faire attention » aux variations d'humeur ainsi qu'aux activités liées au « travail »), ainsi qu'à une prise en considération de l'avenir (même si celui-ci est décrit comme « difficile »), et de l'autre (« lui », « leur »). Il semble donc que l'apprentissage de stratégies de coping cognitives et comportementales, la mise en place de la décentration avec contre-argumentation des cognitions dépressives et maniaques, et l'identification des schémas cognitifs satellites permettent une certaine modification des schémas cognitifs centraux de définition du « self ». Cette modification pourrait elle-même contribuer à un meilleur rappel des stimuli positifs de l'environnement. Ainsi, de même que l'activation d'une émotion négative pourrait faciliter le rappel de stimuli négatifs, une meilleure gestion émotionnelle pourrait permettre un meilleur rappel des informations à tonalité positive. Ces résultats vont dans le sens d'une précédente étude [7] qui a montré que les patients bipolaires ayant suivi une TCC inhibent davantage le rappel des items désagréables après thérapie.

Il n'existe pas de différences significatives entre les deux groupes en termes de performances de rappel en mémoire. Aucune étude n'indique cependant un effet de la TCC

sur les performances mnésiques des patients bipolaires. Nous retenons également l'absence de différence significative entre les deux groupes sur les évaluations cliniques. Il serait utile d'effectuer des réévaluations plus à distance des 20 séances de thérapie.

6. Conclusion

Cette étude nous montre que l'apprentissage d'outils comportementaux et cognitifs spécifiques au trouble bipolaire permet d'améliorer les schémas cognitifs des patients bipolaires avec une meilleure mise à distance des pensées, notamment dépressogènes. Des réévaluations à moyen et long terme seront utiles afin de définir si ces modifications restent stables.

Références

- [1] Bech P, Rafaelsen OJ, Kramp P, Bolwig TG. The Mania Rating Scale: Scale construct and inter-observer agreement. *Neuropharmacol* 1978;17:430-1.
- [2] Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
- [3] Bonin P, Meot A, Aubert L, Malardier N, Niedenthal P, Capelle-Toczek MC. Normes de concrétude, de valeur d'imagerie, de fréquence subjective et de valence émotionnelle pour 866 mots. *Année Psychol* 2003;104:655-94.
- [4] Bower GH. Mood and memory. *Am Psych* 1981;36:129-48.
- [5] Castillo MC, Urdapilleta I, Petitjean F, Seznec JC, Januel D. L'annonce du diagnostic de schizophrénie. Analyse textuelle d'entretiens cliniques. *Ann Med Psychol* 2007 (in press).
- [6] Denny EB, Hunt RR. Affective valence and memory in depression: Dissociation of recall and fragment completion. *J Abnorm Psychol* 1992;101:575-80.
- [7] Docteur A, Mirabel-Sarron C, Urdapilleta I, Siobud-Dorocant E, Guelfi JD, Rouillon F. Évaluation clinique et cognitive d'une thérapie comportementale et cognitive de groupe chez des patients bipolaires I. *JTCC* 2007;17(2):79-83.
- [9] Gay C. Clinique des troubles bipolaires. In : Guelfi JD, Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. Paris, Elsevier Masson, 2007 : 266-278.
- [10] Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:1635-40.
- [11] Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32(1):50-5

- [12] Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- [13] Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, Etain B, Rouillon F, Leboyer M. Anxiety disorders in 318 bipolar patients: Prevalence and impact on illness severity and response to mood stabilizer. *J Clin Psychiatry* 2003;64(3):331-5.
- [14] Jones L, Scott J, Haque S, Gordon-Smith K, Heron J, Caesar S, et al. Cognitive style in bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2005;187:431-7.
- [15] Lam DH, Jones SH, Hayward P, Bright JA. Cognitive therapy for bipolar disorder: a therapist's guide for concepts, methods and practice. Chichester: Wiley & Sons; 1999.
- [16] Lam DH, Bright J, Jones S, Hayward P, Schuck N, Chisholm D, et al. Cognitive therapy for bipolar illness: A pilot study relapse prevention. *Cognit Ther Res* 2000;24:503-20.
- [17] Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:145-52.
- [18] Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry* 2005;162:324-9.
- [19] Lyon HM, Startup M, Bentall RP. Social cognition and the manic defense: Attributions, selective attention, and self-schema in bipolar affective disorder. *J Abnorm Psychol* 1999;108:273- 82.
- [20] Mansell W, Scott J. Dysfunctional beliefs in individuals with bipolar disorders. In Jones S, Bentall R. *The psychology of bipolar disorder : new developments and research strategies*. New York, Oxford University Press, 2006;4:73-90.
- [21] Mirabel-Sarron C. Prévenir les rechutes de formes particulières de dépression. In : Mirabel-Sarron C. *Soigner les dépressions avec les thérapies cognitives*. Paris, Dunod, 2005.
- [22] Mirabel-Sarron C. Thérapie Comportementale et Cognitive des troubles bipolaires. In : Leboyer M. *Les troubles bipolaires*. Paris, John Libbey Eurotext, 2005.
- [23] Mirabel-Sarron C, Siobud-Dorocant E, Cheour-Ellouz M, Kadri N, Guelfi JD. Apport des thérapies comportementales et cognitives dans les troubles bipolaires. *Ann Med Psychol* 2006;164:341-8.
- [24] Quraishi S, Frangou S. Neuropsychology of bipolar disorder: a review. *J Affect Disord* 2002;72:209-26.
- [25] Reinert M. Un logiciel d'analyse lexicale: Alceste. *Cah Anal Donnees* 1986;4:471-84.

- [26] Robinson LJ, Thompson JM, Gallagher P, Goswami U, Young AH, Ferrier IN, et al. A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2006;93(1-3):105-15.
- [27] Rosenberg M. The Measurement of Self-Esteem. Society and the Adolescent Image [Ph.D. thesis]. Princeton: Princeton University Press; 1965.
- [28] Sauvageot F, Urdapilleta I, Peyron N. Within and between variations of texts elicited from nine experts in wines. *Food quality and preferences* 2006;17:429-54.
- [30] Scott J, Pope M. Cognitive styles in individuals with bipolar disorders. *Psychol Med* 2003;33:1081-8.
- [31] Taylor JL, John CH. Attentional and memory bias in persecutory delusions and depression. *Psychopathology* 2004;37:233-41.
- [32] Weissman M. Dysfunctional Attitudes Scale [Ph.D. thesis]. Philadelphia: University of Philadelphia; 1979.
- [33] World Health Organization. Global burden of disease. World Health Organization. Geneva; 1996.

Conflit d'intérêt : aucun.

TABLEAU I

Caractéristiques démographiques et cliniques des groupes de patients (moyennes et écarts-types).

	Groupe contrôle (N=12)	Groupe d'étude (N=12)
Âge de début	28,6 (12,3)	20,3 (4,9)
Nbre d'épisodes dépressifs	4,7 (4,8)	4,4 (3)
Nbre d'épisodes maniaques	1,8 (2)	1,3 (1,4)
Nbre d'épisodes hypomaniaques	1,3 (2,1)	2 (2,6)
HDRS	6,1 (5,2)	6,1 (5,8)
BDI	11 (7,6)	11,2 (8,1)
DAS	143 (38)	154,6 (34)
MRS	3,7 (4)	1,6 (2,1)
HAMA	7,5 (5)	8,6 (4,6)
FQ	31,2 (22,8)	38, 2 (24,5)
Sous score agoraphobie	10,1 (9,7)	11,1 (10,5)
Sous score phobie sociale	13,8 (10,4)	15,9 (10,1)
Sous score phobie du sang	7,3 (8,9)	11,2 (8,9)
SES	26,6 (7,6)	23,2 (6,7)
Nbre d'hospitalisations	3,9 (3,4)	3,5 (1,6)
Nbre de TS	0,7 (1,5)	1,2 (1,1)

TABLEAU II

Valeur émotionnelle attribuée aux mots par les groupes de patients et nombre de mots rappelés selon leur valence émotionnelle (moyennes et écarts-types).

	Groupe contrôle (N=12)	Groupe d'étude (N=12)
VALEUR EMOTIONNELLE		
Positifs	4,33 (0,420) ^a	4,433 (0,592) ^a
Neutres	3,192 (0,2610)	2,958 (0,350)
Négatifs	1,858 (0,4188)	1,750 (0,7453)
PERFORMANCES DE RAPPEL		
Positifs	5,00 (1,206) ^c	6,33 (1,497) ^{b, c, d}
Neutres	3,17 (1,528) ^d	3,83 (0,937)
Négatifs	4,75 (1,658)	3,17 (1,337) ^b
Total	12,92 (2,678)	13,33 (2,103)

^a : $p < 0,0001$ vs. Neutres, vs. Négatifs

^b : $p < 0,05$ vs. Contrôles

^c : $p < 0,001$ vs. Neutres

^d : $p < 0,05$ vs. Négatifs

Tableau I

Bipolarité et comorbidités

	E. C. A. (en %)	France (en %)
Trouble panique	11.6	16
Trouble anxieux généralisé	-	
Phobie	3.2	11
Stress post traumatique	?	
Dysthymie	41	
Trouble obsessionnel et compulsif	8.7	3
Toxicomanie	7.4	80
Alcoolisme	4.6	3.3
Personnalité antisociale	7.9	

Tableau II

Tableau comparatif des programmes de thérapies cognitivo-comportementales dans les troubles bipolaires.

Programme de	BAUER et MC BRIDE	BASCO et RUSH	LAM	NEWMAN	BECK
Groupe/individuel	Groupe	Individuel	Individuel	Individuel	Individuel
Durée	20 séances sur 1 an	20 séances sur 1 an	20 séances sur 1 an	Non codifié	15 à 20 séances
Indications	Bipolaire	Bipolaire	Bipolaire	Bipolaire	Unipolaire
Objectifs	Meilleure gestion de la maladie et amélioration du fonctionnem ent social et professionne l	Améliorer la compliance médicament euse Information sur la maladie Prévention des rechutes	Améliorer la compliance médicament euse Information sur la maladie Prévention des rechutes	Améliorer la compliance médicament euse Information sur la maladie Prévention des rechutes	Modifier le schéma cognitif dysfonctionnel pour supprimer les symptômes et éviter les rechutes.
Psychoéducation sur la maladie	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Techniques de restructuration cognitive avec auto-observation ;	Non	Oui	Oui	Oui	Oui

identification et modifications des cognitions					
Technique comportementale : (résolution de problèmes, maîtrise et plaisir, assignation de tâches graduées, affirmation de soi)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Techniques pour prévenir le risque de rechutes :					
Identification et gestion des facteurs de stress spécifiques	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Stratégies de <i>coping</i>	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Identification et modification des schémas dysfonctionnels	Non	Non	Non	Non	Oui
Participation de l'entourage	Oui	Oui	Non	Oui	Non

Tableau III

Programme de Lam et al (1999) en 20 séances de groupe

ETAPE 1 - éducative : séances 1 à 5	Le trouble bipolaire et ses traitements Construction de l'alliance thérapeutique Rappels sur la démarche comportementale Identification des cognitions, émotions et comportements Structuration des entretiens définition de l'agenda Définition des tâches à domicile Questionnaires d'autoévaluation Construction progressive de la life shart Définition individuelle des problèmes et des objectifs
ETAPE 2 - techniques comportementales et cognitives : séances 6 à 16	Auto-enregistrement de l'humeur et des activités quotidiennes Identification des fluctuations de l'humeur normale, des aspects de la personnalité, et de l'humeur pathologique Mise en relation de la modification de l'humeur avec les cognitions et avec le taux d'activité Apprentissage à la relaxation si activités augmentée Définition de tâches graduées si activité diminuée Contre-argumentation des cognitions: alternatives de pensées, examen de l'évidence Identification des schémas cognitifs Reformulation des schémas

ETAPE 3 - consolidation : séances 17 à 20	Vérification de l'utilisation de toutes les techniques comportementales et cognitives Régularité du style de vie Identification des stigmas et leurs conséquences personnelles Identification des facteurs précédents les rechutes sur la life shart
---	--

TABLEAU IV

Caractéristiques démographiques et cliniques des groupes de patients (moyennes et écarts-types).

	Groupe contrôle (N=12)	Groupe d'étude (N=12)
Age de début	28,6 (12,3)	20,3 (4,9)
Nbre d'épisodes dépressifs	4,7 (4,8)	4,4 (3)
Nbre d'épisodes maniaques	1,8 (2)	1,3 (1,4)
Nbre d'épisodes hypomaniaques	1,3 (2,1)	2 (2,6)
HDRS	6,1 (5,2)	6,1 (5,8)
BDI	11 (7,6)	11,2 (8,1)
DAS	143 (38)	154,6 (34)
MRS	3,7 (4)	1,6 (2,1)
HAMA	7,5 (5)	8,6 (4,6)
FQ	31,2 (22,8)	38, 2 (24,5)
Sous score agoraphobie	10,1 (9,7)	11,1 (10,5)
Sous score phobie sociale	13,8 (10,4)	15,9 (10,1)
Sous score phobie du sang	7,3 (8,9)	11,2 (8,9)
SES	26,6 (7,6)	23,2 (6,7)
Nbre d'hospitalisations	3,9 (3,4)	3,5 (1,6)
Nbre de TS	0,7 (1,5)	1,2 (1,1)

TABLEAU V

Valeur émotionnelle attribuée aux mots par les groupes de patients et nombre de mots rappelés selon leur valence émotionnelle (moyennes et écarts-types).

	Groupe contrôle (N=12)	Groupe d'étude (N=12)
VALEUR EMOTIONNELLE		
Positifs	4,33 a (0,420)	4,433 b (0,592)
Neutres	3,192 a (0,2610)	2,958 b (0,350)
Négatifs	1,858 a (0,4188)	1,750 b (0,7453)
PERFORMANCES DE RAPPEL		
Positifs	5,00 (1,206)	6,33 c (1,497)
Neutres	3,17 e (1,528)	3,83 e (0,937)
Négatifs	4,75 f (1,658)	3,17 c d (1,337)
Total	12,92 (2,678)	13,33 (2,103)

a : différence significative entre les mots pour le groupe avant thérapie : positifs versus neutres versus négatifs ; b : différence significative entre les mots pour le groupe après thérapie : positifs versus neutres versus négatifs.

c: différence significative entre les groupes : avant versus après TCC ; d: différence significative entre les mots : positifs versus négatifs ; e : différence significative entre les mots : positifs versus neutres ; f : différence significative entre les mots : neutres versus négatifs.