

Thérapie interpersonnelle et aménagement des rythmes sociaux (TIPARS) : du concept anglo-saxon à l'expérience française

Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT)

T. Bottai^{(a)*}, M. Biloa-Tang^(b), S. Christophe^(c), C. Dupuy^(d), L. Jacquesy^(e), F. Kochman^(f), J.-A. Meynard^(g), D. Papeta^(h), H. Rahioui⁽ⁱ⁾, M. Adida^(j), E. Fakra^(j), A. Kaladjian^(k), D. Pringuey^(l), J.-M. Azorin^(j)

(a) Pôle de Psychiatrie, Hôpital du Vallon, Centre Hospitalier de Martigues, 13698 Martigues cedex, France

(b) 19 av. Alsace Lorraine, 38000 Grenoble, France

(c) UMD Henri Colin, EP Paul Guiraud Villejuif, 94806 Villejuif cedex, France

(d) Service de Psychiatrie 4, GHEM, 95600 Eaubonne, France

(e) 46 av. du Parmelan, 74000 Annecy, France

(f) InterSecteur de Psychiatrie infanto-juvénile 59103, EPSM Lille métropole, 59487 Armentières cedex, France

(g) Secteur de Psychiatrie 2, CHS Marius Lacroix, 17022 La Rochelle, France

(h) 60 rue de Lyon, 29200 Brest, France

(i) Secteur de Psychiatrie 75G04, Hôpital Henry Ey (EP Perray-Vaucluse), 75013 Paris, France

(j) Pôle Universitaire de Psychiatrie, Hôpital Ste Marguerite, 270 Bd de Ste Marguerite 13274 Marseille cedex 9, France

(k) CHRU Hôpital R. Debré, av. Gal Koenig, 51092 Reims, France

(l) Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Abbaye de St Pons, Pôle de Neurosciences Cliniques, CHU Pasteur, Nice, France

MOTS CLÉS

Trouble bipolaire ;
Maladie maniaco-dépressive ;
Rythmes circadiens ;
Psychothérapie ;
Thérapie interpersonnelle et aménagement des rythmes sociaux

Résumé Le trouble bipolaire est une pathologie fréquente, récurrente, souvent grave et invalidante. Le déterminant commun à tous les types est la dépression. Il est donc légitime d'envisager une psychothérapie ayant fait la preuve de son efficacité dans les dépressions. Cependant, des perturbations des rythmes circadiens contribuent à l'apparition des épisodes. La dérégulation biologique circadienne est favorisée par l'atteinte des donneurs sociaux de temps (*Zeitgebers*) ou l'apparition de perturbateurs sociaux de temps (*Zeitstörers*). La régularisation des rythmes sociaux, qui aide à contrôler les dérèglements chronobiologiques, peut diminuer les symptômes et prévenir de nouveaux épisodes. L'adjonction de l'aménagement des rythmes sociaux à la psychothérapie interpersonnelle a permis de créer une nouvelle psychothérapie adaptée aux troubles bipolaires : la Psychothérapie InterPersonnelle et l'Aménagement des Rythmes Sociaux (TIPARS). La TIPARS a fait la preuve de son utilité dans le traitement du trouble bipolaire, en association avec le traitement médicamenteux. Cette psychothérapie combine une psycho-éducation, une approche comportementale visant à améliorer la régularité des routines quotidiennes et une psychothérapie interpersonnelle qui aide les patients à mieux gérer les multiples problèmes psychosociaux et relationnels associés à cette pathologie. Les éléments essentiels de cette psychothérapie sont : l'établissement de l'histoire de la pathologie, la psycho-éducation, l'acceptation d'une condition médicale au long cours, le rôle de malade, l'examen des relations actuelles et leur lien avec l'émergence des symptômes dans un des quatre domaines (le deuil, les conflits, les changements de rôles et le déficit de relations), l'examen et la

* Auteur correspondant.

E-mail : tbottai@hotmail.com

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts.

régularisation des routines quotidiennes et des rythmes. La TIPARS, version française de l'IPSRT américaine, est une psychothérapie limitée dans le temps, en 24 sessions durant 6 mois environ, et se déroule selon trois phases. La phase initiale établit l'anamnèse, développe la psycho-éducation et contractualise la psychothérapie. La phase intermédiaire centre le travail sur l'aménagement des rythmes et de résolution des problèmes interpersonnels. La phase de terminaison évalue l'efficacité de la thérapie, l'autonomisation et développe les stratégies de prévention. Enfin, la phase de maintenance ultérieure propose différentes stratégies d'intervention.

© L'Encéphale, Paris, 2010. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Bipolar disorder;
Manic-depressive
illness;
Circadian rhythms;
Psychotherapy;
Interpersonal and
social rhythm therapy

Abstract Bipolar disorder is common, recurrent, often severe and debilitating disorder. All types of bipolar disorder have a common determinant: depressive episode. It is justify to propose a psychotherapy which shown efficacy in depression. However, perturbations in circadian rhythms have been implicated in the genesis of each episode of the illness. Biological circadian dysregulation can be encouraged by alteration of time-givers (*Zeitgebers*) or occurrence of time-disturbers (*Zeitstörers*). Addition of social rhythm therapy to interpersonal psychotherapy leads to create a new psychotherapy adaptated to bipolar disorders: InterPersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT). IPSRT, in combinaison with medication, has demonstrated efficacy as a treatment for bipolar disorders. IPSRT combines psychoeducation, behavioral strategy to regularize daily routines and interpersonal psychotherapy which help patients cope better with the multiple psychosocial and relationship problems associated with this chronic disorder. The main issues of this psychotherapy are: to take the history of the patient's illness and review of medication, to help patient for "grief for the lost healthy self" translated in the french version in "acceptance of a long-term medical condition", to give the sick role, to examine the current relationships and changes proximal to the emergence of mood symptoms in the four problem areas (unresolved grief, interpersonal disputes, role transitions, role déficits), to examine and increase daily routines and social rhythms. French version of IPSRT called TIPARS (with few differences), a time-limited psychotherapy, in 24 sessions during approximately 6 months, is conducted in three phases. In the initial phase, the therapist takes a thorough history of previous episodes and their interpersonal context and a review of previous medication, provides psychoeducation, evaluates social rhythms, introduces the Social Rhythm Metric, identifies the patient's main interpersonal problem area, and contractualizes the therapy. In the second phase, the therapist focuses work with patient toward regulating the patient's daily routines as well as resolving the interpersonal problem areas relevant to episodes (mainly interpersonal disputes and role transitions). In the third or terminaison phase, the therapist evaluates efficacy of the therapy, enhances the patient's independent functioning and develops strategies for relapse prevention. The further maintenance phase suggests differents strategies as maintenance therapy or focused intensive interventions on specific topics.

© L'Encéphale, Paris, 2010. All rights reserved.

La thérapie interpersonnelle, psychothérapie brève, contractualisée, éclectique et pragmatique, a été développée à partir et pour les états dépressifs par G. Klerman *et al.* [10]. Or, depuis plus d'un siècle, le modèle type de dépression, utilisée pour l'enseignement des tableaux dépressifs, est et reste la dépression dite mélancolique. Cette forme de dépression, archétypique, s'inscrit dans l'ancienne psychose maniaco-dépressive (PMD), devenue maladie maniaco-dépressive, puis trouble bipolaire. Le trouble bipolaire a eu un spectre élargi progressivement en différents types. Le type I, ancienne PMD est constitué d'alternance d'épisodes dépressifs et d'épisodes maniaques, le type II se différencie par l'alternance d'épisodes dépressifs et d'épisodes hypomaniaques. L'un et l'autre peuvent présenter des épisodes mixtes, mélanges de symptômes dépressifs et de symptômes maniaques ou hypomaniaques. D'autres profils cliniques et évolutifs constituent avec les types I et II l'ensemble du cadre du spectre bipolaire. Quoi qu'il en soit, la distinction entre les différents types relève de la forme de l'épisode d'exaltation et d'excitation de l'humeur alors que la constance entre tous les types est la dépression. Il est donc plus que naturel d'envisager l'application des traitements psychothérapeutiques des

épisodes dépressifs dans les dépressions les plus typiques, c'est-à-dire celles des troubles bipolaires. Cependant, les enjeux pronostiques du trouble bipolaire, l'évolutivité du trouble et sa cyclicité chronobiologique, l'importance de l'observance dans le traitement au long cours, les conséquences psychosociales des manifestations, corrélés avec la faiblesse voire l'absence de psychothérapie au long cours dans les manifestations maniaco-dépressives ont conduit certaines équipes, et le mérite en revient à l'école de Pittsburgh, à développer une forme de psychothérapie élargie et adaptée au trouble bipolaire. En effet, il ne s'agit pas uniquement de traiter les épisodes dépressifs, majeures et intenses, mais d'envisager la prévention de ces épisodes ainsi que la prévention de la cyclicité et donc des épisodes de l'autre pôle, donc d'envisager la maintenance psychothérapeutique et la prophylaxie [9] puisque les troubles bipolaires présentent un risque de récurrence très élevé et une morbidité cumulative incluant les symptômes subsyndromiques très importante corrélée avec le fonctionnement social et relationnel.

La justification d'une psychothérapie complémentaire dans les troubles bipolaires obéit donc à la nécessité de compléter le traitement médicamenteux en visant à opti-

miser : la résolution des épisodes, la diminution des rechutes, l'observance médicamenteuse, la résolution des facteurs de stress précipitant des épisodes (relationnels, addictifs, chronobiologiques) et la lutte contre les conséquences néfastes du trouble (Tableau 1).

Ellen Frank, et à la suite ses collègues de l'école de Pittsburgh, sensibilisée aux thérapies interpersonnelles depuis le début des années 1980, à la suite d'un congrès à Chicago le 14 juillet 1990 avec la présence d'associations de bipolaires, a développé à partir de 1994 une thérapie interpersonnelle composite [3]. Celle-ci intègre en sus de la thérapie interpersonnelle classique, d'une part des éléments cognitivo-comportementaux de régularisation des routines quotidiennes à partir de la mise en évidence de l'importance des synchronisateurs et désynchronisateurs chronobiologiques par l'équipe de Wehr [15] du *National Institute of Medical Sciences* en 1987, et d'autre part une partie psycho-éducative sur les troubles bipolaires [5]. Il faut noter de surcroît un cinquième domaine défini par E. Frank dans la thérapie interpersonnelle qui est le deuil d'une bonne santé inclus dans le domaine du deuil pathologique dans un premier temps puis séparé en un cinquième domaine. Bien sûr, cette thérapie est contractualisée et limitée dans le temps, plus long malgré tout de celui de la thérapie interpersonnelle classique appliquée dans les troubles dépressifs. Elle est prolongée fréquemment par une thérapie de maintenance. Cette thérapie a été appelée IPSRT (*InterPersonal and Social Rhythm Therapy*) que nous avons traduit par TIPARS ou thérapie interpersonnelle et aménagement des rythmes sociaux [13]. Le développement de l'IPSRT s'est fait progressivement avec deux publications initiales en 1994 [3] et 1997 [4] pour aboutir à une publication princeps en 2005 [6] ainsi qu'à un traité [5]. La grande étude publiée dans les *Archives General of Psychiatry* en 2005 [6] a eu pour objectif très ambitieux de comparer deux approches psychothérapeutiques et psychosociales, l'IPSRT d'une part et un management clinique intensif (*intensive clinical management* ou ICM) d'autre part, dans les troubles bipolaires de type 1. L'étude randomisée et contrôlée a présenté quatre bras de stratégies thérapeutiques : un bras d'IPSRT aiguë puis d'IPSRT de maintenance, un bras d'ICM aigu et de maintenance, et deux bras croisés d'IPSRT aiguë suivi d'un ICM de mainte-

nance et d'ICM aigu suivi d'une IPSRT de maintenance, avec un suivi pendant deux ans. 175 patients ont été inclus et suivis. Les résultats ont confirmés l'intérêt d'une stratégie psychothérapeutique et psychosociale. Les patients ayant bénéficié d'une IPSRT aiguë ont montré une différence significative par rapport aux autres sur la durée de la période de rémission ($p < 0,01$) quelque soit le type d'intervention de maintenance. Les participants à l'IPSRT ont également montré une meilleure stabilisation des rythmes quotidiens ($p < 0,001$) et surtout cette stabilisation a été corrélée avec la qualité de la durée de la rémission ($p < 0,05$). Finalement deux grandes études contrôlées confirment ces résultats et l'intérêt de l'action prophylactique a été étendue également aux troubles bipolaires de type 2 [7]. L'étude STEP-BD a porté sur 293 patients souffrant d'un trouble BP I ou II et a montré l'efficacité de 3 types de psychothérapies en 30 séances sur 9 mois dans les troubles bipolaires : les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies focalisées familiales et bien sûr l'IPSRT ou TIPARS [12]. Enfin, l'équipe de Pittsburgh a aussi mis en évidence l'accélération nette de l'amélioration dans le fonctionnement occupationnel des patients [8].

Dans la version française développée depuis 2005, nous avons repris l'ensemble des points de l'IPSRT mais nous avons apporté certaines modifications. La plus importante est l'autonomisation du deuil d'une bonne santé par rapport au domaine des deuils pathologiques, que nous préférons appréhender sous l'aspect de deuil d'un avenir indemne ou plus exactement sous l'acceptation de la bipolarité et l'acceptation d'une condition médicale au long cours et qui doit faire l'objet systématique d'une partie de la psychothérapie. Par ailleurs, la version française de la TIPARS se distingue également de la version originale de Pittsburgh par sa contractualisation sur 6 mois avec 24 séances hebdomadaires (8 en phase initiale, 12 en phase intermédiaire et 4 en phase de terminaison) avec des renforts possibles en maintenance à distance alors que la version américaine préconise une psychothérapie éventuellement aiguë en 16 ou 20 séances suivie d'une phase de maintenance sans durée définie sous forme de renforcement avec différents modules. Enfin les auto-évaluations et quantifications ont été adaptées et simplifiées dans la version française.

Tableau 1 Justification d'une psychothérapie complémentaire dans les troubles bipolaires

Justifications d'une psychothérapie complémentaire dans les troubles bipolaires

Diminuer le haut taux de rechutes et l'accélération de la cyclicité
 Améliorer l'observance médicamenteuse
 Améliorer la gestion des événements interpersonnels et sociaux qui sont souvent déclencheurs d'épisodes maniaques, dépressifs ou mixtes
 Compléter le traitement des épisodes
 Améliorer l'hygiène de vie et lutter contre les comorbidités addictives
 Diminuer les conséquences dévastatrices sur les plans social, relationnel, familial et professionnel

Bases théoriques de la TIPARS

Les troubles bipolaires, au-delà d'une vulnérabilité génétique à transmission complexe incluant de nouveaux gènes potentiels, ne font pas encore l'objet d'une théorie neurobiologique unifiée. Cependant une des données les plus robustes est l'aspect de déséquilibre et d'instabilité des systèmes neurobiologiques entre eux accompagné d'une variation chronobiotique de ce déséquilibre [11, 14]. Les neuromédiateurs impliqués dans les troubles bipolaires (sérotonine, noradrénaline, dopamine, GABA) mais également dans les stress sont également impliqués dans les systèmes chronobiologiques (c'est-à-dire les horloges biologiques) et notamment le système circadien [14, 15]. Effectivement l'instabilité est un dysfonctionnement fondamental dans les troubles bipolaires, comme en témoignent les profils évolutifs des troubles. Elle se retranscrit notamment dans les anomalies du sommeil et de l'alternance veille - sommeil tant dans la dépression que dans la manie (Fig. 1). Cette instabilité rythmique est considérée comme un facteur de risque important pour le développement et le maintien des troubles de l'humeur [11]. Or les rythmes circadiens et l'alternance veille - sommeil sont soumis à d'autres synchronisateurs, internes et externes souvent altérés également dans les épisodes thymiques : température centrale, sécrétion de cortisol, de TSH (hormone de stimulation thyroïdienne), de mélatonine et enfin la luminosité extérieure. Ce dernier synchronisateur, très important, donneur de temps ou *Zeitgeber*, est très puissant. Cependant dans nos sociétés, surtout en milieu urbain, les facteurs sociaux comme les temps de travail, les repas, les programmes de divertissement et de télévision ont de plus en plus d'influence sur les rythmes circadiens. Ceux-ci peuvent renforcer éventuellement la régulation et la synchronisation circadienne et être de véritables

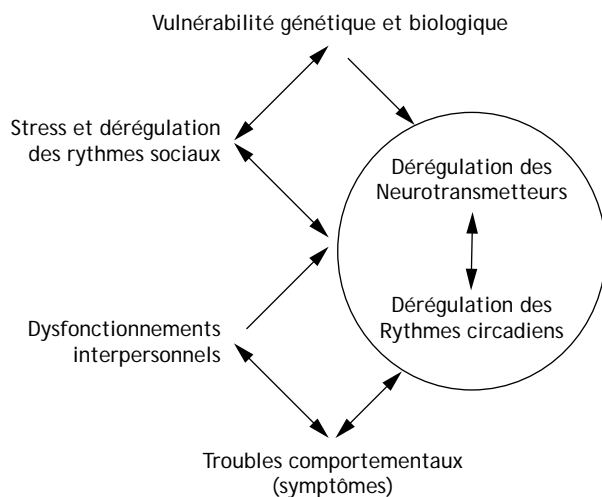


Figure 1 Modèle intégré physiopathologique pour les troubles bipolaires dans le cadre de la TIPARS - modifié de E. Frank, 6th ICBP, Pittsburgh, 2005 [5].

Zeitgebers, mais ils peuvent aussi être à l'origine d'une désynchronisation majeure [1]. Les désynchronisateurs ou *Zeitstörers* sont classiques : travail posté ou travail de nuit, vols transméridiens avec traversée de plusieurs fuseaux horaires, soirées festives de toutes sortes (matches, soirées entre amis, concert, discothèque, etc.) accompagnées fréquemment de consommation de substances psychoactives (café, alcool, toxiques illicites) [1, 2]. De plus les rythmes quotidiens sont également en relation avec les événements interpersonnels. Les conflits peuvent être des désynchronisateurs puissants, de même que la naissance d'un enfant imposant un changement de rôle et l'adaptation au rythme propre du nouveau-né pour ses soins indispensables (tété nocturne par exemple), ou encore le mariage avec un partenaire dont les rythmes de vie sont radicalement différents ou enfin la perte d'un emploi qui fait disparaître la nécessité des horaires de travail ou, à l'opposé, la nécessité de rendre un travail dans des délais très courts. L'ensemble des situations de stress et des événements de vie stressant peuvent donc déréguler fortement les rythmes sociaux de vie, les routines quotidiennes, et ainsi risquer de révéler une désynchronisation biologique, en fonction de la flexibilité plus ou moins grande des horloges biologiques et leur facilité au dérèglement. Il est évident que l'ensemble des situations interpersonnelles dans les quatre grands domaines de la thérapie interpersonnelle peut correspondre soit à la disparition de *Zeitgebers* soit à la survenue de *Zeitstörers*. Il semble donc exister un lien fort entre les dysfonctionnements relationnels et interpersonnels, les stress occasionnés par ces dysfonctionnements, les rythmes sociaux et leurs altérations et la désynchronisation biologique et l'apparition de symptômes thymiques (Fig. 2) comme le mentionne E. Frank [5]. Le principe thérapeutique de la TIPARS qui en découle, comme dans la thérapie interpersonnelle de la dépression, est donc de mettre en lien, par l'interrogation socratique, les événements relationnels de vie récents avec les modifications des rythmes quotidiens et les symptômes.

Les objectifs de la TIPARS sont donc de résoudre les dysfonctionnements interpersonnels, d'aménager les rythmes sociaux et les routines quotidiennes et de faire le deuil d'un avenir indemne ou d'accepter plutôt le fait d'une condition médicale au long cours, en liant les rythmes, les difficultés de relations interpersonnelles et les variations de l'humeur (Tableau 2).

Déroulement de la TIPARS

Par définition la TIPARS est une forme aménagée de thérapie interpersonnelle (TIP) pour les troubles bipolaires. Elle obéit donc aux principes généraux de la thérapie interpersonnelle. C'est une thérapie courte et limitée (ajustée de fait aux troubles bipolaires) avec la possibilité de sessions de maintenance. C'est une thérapie contractualisée, avec une politique de la thérapie définie. Elle intègre l'information sur la maladie et l'acceptation du diagnostic, et donne un statut de malade. Elle comprend une phase initiale, une phase intermédiaire et une phase de terminaison. Elle procède selon une maïeutique (interrogation socratique), et

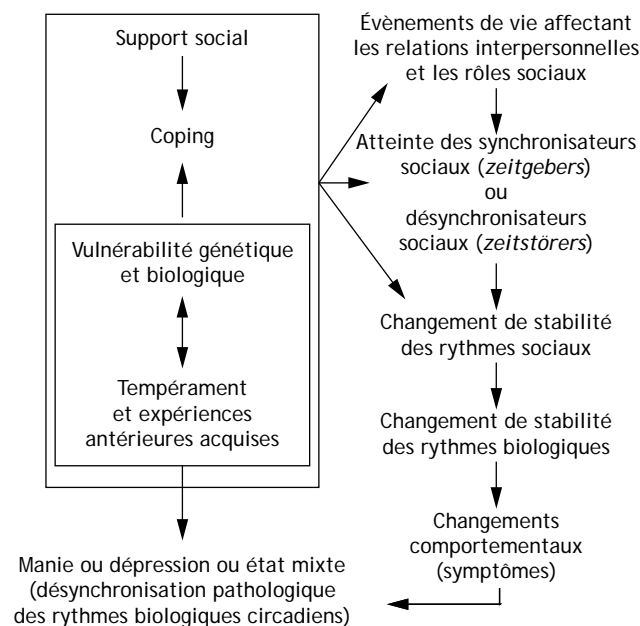


Figure 2 Modèle intégré de désynchronisation circadienne dans le cadre de la TIPARS - modifié à partir de Ehlers *et al.* [1] et de Frank [5].

utilise différentes méthodes. Elle constitue donc une thérapie éclectique avec des interprétations, des évaluations, des tâches à la maison, de la relaxation, des jeux de rôle, des clarifications, des analyses décisionnelles, des résolutions de problème et des analyses de la communication. Le déroulement des séances reprend certaines procédures formalisées répétitives. Ses modalités (Tableau 3) comprennent en outre un ajustement quant à l'initiation de la thérapie en fonction du début de la prise en charge du patient et de son état clinique et surtout une flexibilité liée à l'état clinique plus importante que dans la TIP classiques des états dépressifs.

Dans la version française, nous avons proposé un canevas du déroulement de la TIPARS selon une planification sur 6 mois. Il nous semble important de s'appuyer sur ce type de planification et de ne pas trop y déroger, sous peine de perdre la notion de psychothérapie brève, structurée, avec un impératif de temps qui suggère au patient un rythme de progression et surtout une date limite de soins, qui permet de scander la prise en charge et de favoriser l'acceptation de cette condition médicale au long cours (Tableau 4).

Tableau 2 Objectifs de la TIPARS

Objectifs de la TIPARS

Délivrer une psycho-éducation sur les troubles bipolaires et leurs traitements
 Aménager les rythmes sociaux
 Lier événements de vie, rythmes quotidiens et variations thymiques
 Mesurer les rythmes quotidiens
 Régulariser les rythmes quotidiens
 Équilibrer la balance entre activités et stimulations et repos et apaisement
 Accepter une condition médicale au long cours ou « Faire le deuil d'un avenir indemne »
 Résoudre les dysfonctionnements interpersonnels
 Lier événements de vie, dysfonctionnements interpersonnels et variations thymiques
 Focaliser le travail psychothérapique sur un domaine défini avec le patient de difficultés interpersonnelles (deuil pathologique, changement de rôle, conflits interpersonnels, déficit relationnel)

Tableau 3 Modalités de la TIPARS

Modalités de la TIPARS

Intégrer la psychoéducation sur le trouble bipolaire
 Contractualiser la TIPARS, avec souplesse et flexibilité (la bipolarité impose la souplesse)
 Définir une durée moyenne de thérapie d'environ 6 mois
 Débuter la thérapie dès que possible au cours de l'épisode aigu (maniaque, mixte ou dépressif) mais avec flexibilité sur la durée des séances et le nombre des séances, surtout initiales
 Moduler les objectifs en fonction de la phase de la pathologie (aiguë ou de stabilisation)
 Donner un statut de malade
 Accepter une condition médicale au long cours et accepter les contraintes sanitaires ou « Faire le deuil d'un avenir indemne »
 Procéder selon une maïeutique (interrogation socratique)
 Lier variations thymiques, événements de vie, dysfonctionnements interpersonnels et désynchronisation des rythmes circadiens
 Contractualiser le domaine de travail interpersonnel
 Utiliser interprétations, évaluations, clarification, relaxation, jeux de rôle, tâches à la maison, analyse décisionnelle, résolution de problème, analyse de communication

Tableau 4 Planification de la TIPARS (base sur 6 mois)

Planification de la TIPARS (Base sur 6 mois) Déroutement des séances et objectifs respectifs	Nombre de séances hebdomadaires
Phase initiale (2 mois)	
Biographie, histoire du trouble et traitements antérieurs	2
Psychoéducation sur les troubles bipolaires	2
Évaluation des rythmes sociaux	1
Cercle de proximité	1
Inventaire interpersonnel	2
Phase intermédiaire (3 mois)	
Deuil d'un avenir indemne et acceptation des contraintes de la bipolarité	2
Aménagement des rythmes sociaux	3
Travail spécifique dans un des domaines interpersonnels	7
Phase finale (1 mois)	
Bilan de l'aménagement des rythmes	1
Bilan du travail interpersonnel	1
Acceptation de la terminaison et contractualisation éventuelle d'une thérapie de maintenance	2
Phase de maintenance (durée à contractualiser)	Mensuelle ou nouveau module
Prolongation et renforcement des acquis	

Phase initiale

La phase initiale de la TIPARS doit débuter dès que possible durant l'épisode aigu. Bien évidemment, en fonction de l'intensité sémiologique de l'épisode et du type de l'épisode, la psychothérapie peut être décalée (manie intense ou délirante, dépression bipolaire mélancolique stuporeuse ou délirante). Mais bien sûr, il est possible de démarrer la TIPARS en dehors d'un épisode aigu. Dans ce cas-là, la tâche est souvent plus simple pour recueillir l'histoire de la maladie, les différents traitements entrepris, les événements de vie et les difficultés relationnelles. Par contre, pour lier les désynchronisations circadiennes, les dysfonctions interpersonnelles et les symptômes thymiques, il faut s'appuyer sur l'épisode thymique le plus récent.

Les objectifs de la phase initiale sont les suivants.

Établir un inventaire précis de l'évolution du trouble et des réponses aux traitements antérieurs éventuels, lister les symptômes thymiques mais aussi comorbides (conduites addictives, troubles anxieux), lister les rythmes circadiens et leurs altérations, lister les événements de vie, lier les symptômes aux événements de vie et aux modifications des rythmes circadiens, donner un statut de malade, informer sur la bipolarité, établir un cercle de proximité et identifier le domaine de dysfonctionnement interpersonnel.

D'emblée, il faut lister les symptômes de l'épisode en cours ou de l'épisode le plus récent, ainsi que les événements de vie en lien avec l'épisode et les rythmes circadiens et leurs modifications. Il est bien sûr possible d'obtenir des informations complémentaires de la part de l'entourage, avec l'accord de l'intéressé(e). Il peut être utile d'obtenir également le schéma d'apparition des symptômes, qui varie énormément d'un patient à l'autre, mais

qui est caractéristique de chaque patient. Il est très intéressant de lier d'emblée les modifications de rythmes, les difficultés relationnelles et les symptômes.

Dès les premières séances, il faut établir la biographie du sujet, les événements de vie notamment récents qui précèdent l'épisode en cours, l'histoire de la maladie, et la réponse éventuelle à des traitements antérieurs. Une manière très utile de procéder dans la formulation du cas individualisé est d'établir un diagramme d'histoire de la maladie. La construction de ce diagramme doit s'établir à partir du moment actuel puis remonter le temps. À partir d'une ligne chronologique, il faut mentionner les épisodes maniaques, hypomaniaques, mixtes, subdépressifs et dépressifs majeurs. Il faut mentionner les événements de vie importants, et mentionner également les traitements éventuels. Ce diagramme peut être établi en entretien mais dans certains cas il est possible de demander au patient de l'établir au domicile, entre les séances, avec l'aide éventuelle de son entourage.

Le rôle de malade et la psychoéducation

Au terme de ce travail, il faut donner un rôle de malade au patient. Ce rôle ne concerne que les épisodes et non la durée totale de la vie de l'intéressé(e). Le principe est que l'on est malade lorsque l'on présente des symptômes et qu'entre les épisodes, on est vulnérable, avec éventuellement des séquelles des épisodes, mais que l'on n'est pas malade. Ce rôle de malade sous-entend que :

- une personne malade est exemptée d'un certain nombre d'obligations sociales (et bien sûr professionnelles) ;
- une personne malade est également exemptée de certaines responsabilités, à commencer par la responsabilité de sa maladie ;

- une personne malade est considérée dans un état nécessitant une aide de la part des autres ;
- en contrepartie, une personne malade doit accepter et participer aux soins pour obtenir la guérison.

Tout en donnant ce rôle de malade (durant les épisodes), il faut informer le patient de manière concomitante sur cette pathologie et cette condition médicale au long cours. Cette information porte sur l'épidémiologie des troubles bipolaires, sur les symptômes des épisodes (manie et hypomanie, dépression, états mixtes et symptômes précoces de rechute), sur les risques évolutifs, sur la vulnérabilité génétique et biologique, sur les stress déclencheurs, sur les modalités évolutives. Elle porte aussi sur les risques de comorbidités, tant psychiatriques que somatiques. L'information doit évoquer les rythmes circadiens, leurs synchronisateurs (routines quotidiennes, hygiène de vie, etc.) et leurs désynchronisateurs (*jet-lag*, conduites festives, conduites addictives, nécessités professionnelles, etc.). Enfin l'information doit porter aussi sur les traitements médicamenteux et psychothérapeutiques et les stratégies de recours aux soins.

L'évaluation des rythmes sociaux

Durant la deuxième partie de la phase initiale, l'accent doit porter sur l'aménagement des rythmes circadiens. Il faut examiner les rythmes quotidiens, les causes de rupture de ces rythmes, informer sur les synchronisateurs sociaux, comme déjà mentionnés, et biologiques (hygiène de vie, évitement de certains stimulants comme le café, le tabac et certains produits illicites) et les désynchronisateurs sociaux et biologiques (avec par exemple la prise en compte de la

cyclicité annuelle liée aux saisons, classique dans certains troubles bipolaires et justifiant éventuellement la récurrence circannuelle en sus des éléments déjà évoqués précédemment). Il est très utile de confier une évaluation abrégée des rythmes sociaux au patient avec pour tâche au domicile de remplir cette évaluation qui renforce bien sûr la prise de conscience de l'importance du respect des routines quotidiennes (Tableau 5). Dans cette évaluation abrégée, le patient doit définir avec le thérapeute l'heure optimale de lever, plus ou moins 15 minutes, l'heure du premier contact avec autrui (notamment pour les personnes vivantes seules), l'heure de démarrage de l'activité, là aussi avec une fenêtre d'une demi-heure, l'heure du dîner et l'heure du coucher et noter jour par jour ses horaires. L'accent est particulièrement mis sur le démarrage du matin car il s'agit des meilleurs synchronisateurs de l'alternance veille - sommeil. Au-delà du premier aspect de fixation des horaires optimaux des routines quotidiennes, l'intérêt porte aussi sur le lien à établir avec les variations de l'humeur, jour après jour, ainsi que sur les événements de vie sur le plan relationnel (dispute, isolement, conflit, difficulté dans un nouveau rôle social ou relationnel, etc.).

Bien évidemment l'évaluation des variations de l'humeur est fondamentale. Une tâche à domicile très importante, à la fois pour la prise de conscience des troubles et de leurs liens avec les cycles circadiens et les événements, est de compléter et de renseigner une évaluation hebdomadaire des variations de l'humeur (Tableau 6). Cette évaluation hebdomadaire facilite le lien avec les rythmes et les événements interpersonnels et doit être poursuivie tout au long de la thérapie. Elle peut servir de base à l'initiation de chacune des séances.

Tableau 5 Évaluation abrégée des rythmes sociaux (modifiée de Social Rhythm Metric - II - Five-Item Version, SRM-II-5, E. Frank, 2005 [5])

Activités	Heure Optimale ± 15 min	lun	mar	mer	jeu	ven	sam	dim
Lever du lit								
1 ^{er} contact avec autrui								
Début activité prof., ménagère								
Dîner								
Coucher (lit)								
Score de l'humeur								
- 5 très déprimé(e)								
+ 5 très exalté(e)								
Événement relationnel								
Interpersonnel particulier et important								

Définir l'heure optimale de chacune des activités

Marquer l'heure réelle de chacune des activités chaque jour de la semaine

Noter si des proches sont impliqués dans cette activité : A/seul, B/ autres présents, C/ autres présents et actifs,

Noter l'humeur globale chaque jour de -5 très déprimé(e) à +5 très exalté(e) (0 étant l'euthymie)

Noter si survenue d'un événement particulier important

Tableau 6 Tableau d'évaluation hebdomadaire des variations de l'humeur

	Lundi AM PM	Mardi AM PM	Mercredi AM PM	Jeudi AM PM	Vendredi AM PM	Samedi AM PM	Dimanche AM PM
+ 5							
+ 3							
+ 1							
Euthymie							
- 1							
- 3							
- 5							
Événement de vie (socio-familial ou professionnel)							
Respect ou non des heures optimales définies							

Noter l'humeur globale chaque jour de - 5 très déprimé(e) à + 5 très exalté(e).
Noter si est survenu un événement interpersonnel significatif.

L'évaluation des dysfonctionnements interpersonnels

La terminaison de la phase initiale doit inclure l'inventaire interpersonnel, comme dans la dépression et la définition du domaine de dysfonctionnement interpersonnel. L'utilisation du cercle de proximité est très utile. Il faut demander au patient symbolisé par une croix au centre d'une feuille de mentionner toutes les relations actuelles dans lesquelles il se sent impliqué émotionnellement, de manière positive ou négative. Le patient doit les positionner de manière plus ou moins proche ou éloignée sur des cercles concentriques (Fig. 3). Il laisse parfois apparaître plus fréquemment que dans les dépressions unipolaires une rareté des contacts interpersonnels importants et donc un isolement ou un déficit interpersonnel souvent lié à une lassitude et une rupture

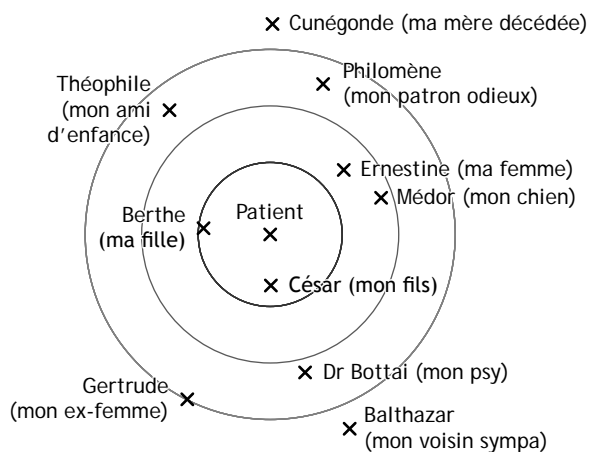


Figure 3 Inventaire interpersonnel - cercle de proximité (exemple).

des liens dues aux épisodes antérieurs. Il peut d'ailleurs être utile de tenter d'établir un cercle de proximité rétrospectif quelques années auparavant et de noter les ruptures relationnelles survenues entre-temps. Bien sûr chaque relation doit être explorée selon les modalités propres à la thérapie interpersonnelle comme dans la dépression (antériorité de la relation, qualité de la relation, rythme des rencontres, influence de la relation sur le moral, influence du moral et de l'humeur sur la qualité de la relation, aspects positifs et négatifs de la relation, aspects à préserver dans cette relation et aspects à modifier). Cette exploration concernant chacune des relations se fait toujours de manière très concrète, avec des exemples pratiques de la vie quotidienne, en posant des bonnes questions voire d'excellentes questions, qui permettent de mesurer les aspects positifs et négatifs. Au terme de ce travail, le domaine de dysfonctionnement interpersonnel doit pouvoir être défini dans un des 4 domaines : conflit interpersonnel, deuil non résolu, changement de rôle, ou déficit et isolement interpersonnel. Bien évidemment, dans le cadre des troubles bipolaires, les difficultés relèvent souvent de plusieurs domaines, difficultés parfois accumulées durant les phases antérieures de la maladie. Pour autant, il faut définir un domaine interpersonnel dans lequel travailler avec le patient. Le thérapeute doit accepter le domaine reconnu et défini par le patient, même s'il pense que la problématique se situe dans un autre domaine. Cette définition du domaine peut faire l'objet de négociations avec le patient, mais ce dernier conserve la décision finale. Il est cependant possible durant la phase intermédiaire d'infléchir le travail par accord commun du thérapeute et du patient.

Enfin il est possible de compléter cette phase initiale par l'établissement d'un génogramme familial, avant ou après l'inventaire interpersonnel.

Phase intermédiaire

Cette phase intermédiaire comprend trois axes de travail fondamentaux : l'acceptation de la bipolarité, l'aménagement des rythmes sociaux et des routines quotidiennes, et la thérapie interpersonnelle proprement dite dans un des quatre domaines.

La grande distinction entre la version originale de l'IPSRT et la TIPARS que nous proposons est d'individualiser le deuil d'une bonne santé que nous préférons aborder sous l'aspect de l'acceptation d'une condition médicale au long cours, approche plus positive. E. Frank [5] l'a défini comme un cinquième domaine, tout en reconnaissant que ce deuil symbolique est appréhendé en thérapie interpersonnelle orthodoxe comme un changement de rôle et non un deuil. Devant cette ambiguïté, et compte tenu de l'importance d'un engagement thérapeutique, d'une bonne observance médicamenteuse, d'une nécessité de suivi et de prévention de récurrences thymiques, l'acceptation d'une condition médicale au long cours (la bipolarité) doit être une composante intrinsèque de la TIPARS. Elle doit même être la première tâche à accomplir durant cette phase du traitement. Elle est d'autant plus essentielle que le patient est jeune, en début de pathologie et qu'il a tendance à attribuer ses fluctuations thymiques à des conséquences d'une conduite addictive (qu'il pourrait selon lui facilement arrêter !).

L'acceptation d'une condition médicale au long cours

L'acceptation de la bipolarité doit être, comme toujours dans la thérapie interpersonnelle, envisager de manière positive. Il faut tout d'abord explorer les émotions relatives au diagnostic de bipolarité. Celles-ci peuvent parfois renvoyer le patient à de lourds secrets familiaux tels qu'un ascendant ayant eu un trouble thymique bipolaire et s'étant suicidé, ou ayant été rejeté par la famille ou par un proche dont on ne veut pas perdre l'affection. Il faut ensuite envisager le nouveau rôle relatif à l'acceptation du diagnostic et aux limitations qu'imposent la bipolarité et leurs conséquences. Par exemple, le patient doit faire le deuil d'un travail de navigant dans une compagnie aérienne ou d'une autre activité imposant des déplacements internationaux, ou doit faire le deuil d'un travail posté ou imposant des horaires de nuit. Il peut avoir à demander un aménagement de ses horaires de travail, avoir alors à quitter une équipe professionnelle, et se réorienter. Il doit envisager de planifier certaines tâches professionnelles en évitant des travaux pressants de dernière minute, ou renoncer à la préparation de certains examens ou concours qui le mettraient en danger. Le thérapeute doit donc informer et prévenir et après avoir examiné les aspects négatifs d'une évolution sans traitement ni précautions, proposer les aspects positifs d'une orientation nouvelle. Un aspect particulier chez les patientes est l'avenir de leur rôle de femme, de leur désir de grossesse, des ajustements nécessaires dans ce cas (choix des médicaments ou interruption, et suivi psychothérapeutique soigneux en TIPARS notamment), des risques de *post-partum*

et comment les prévenir, ou encore comment s'ajuster aux rythmes d'un nouveau-né pour lui prodiguer les soins. Il existe bien évidemment des possibilités et des aménagements qui peuvent permettre d'envisager ces étapes cruciales. Le corollaire de ces aménagements et de l'acceptation de la bipolarité est la restauration de l'image de soi. L'absence de responsabilité dans une maladie aux composantes génétiques et biologiques doit être rappelée. Les aspects positifs de la vulnérabilité bipolaire doivent être évoqués : sensibilité aux autres, sensibilité artistique et créativité par exemple. Il est aussi possible d'évoquer tous les personnages célèbres (écrivains, musiciens, peintres, poètes, hommes politiques) suspectés d'avoir présentés des troubles bipolaires. Un exemple particulièrement parlant pour les patients est de citer Kay Jamison, célèbre psychiatre américaine, bipolaire et spécialiste des troubles bipolaires, auteur de nombreux ouvrages sur le sujet qui font références. L'ensemble des stratégies vise à relativiser les aspects négatifs qu'impose l'acceptation de la bipolarité et à repérer les aspects positifs qu'il pourrait y avoir dans l'avenir. Bien sûr, cela impose de faire le deuil de l'illusion de la santé et d'un avenir inconscient et insouciant. La redéfinition des objectifs existentiels et la prise en considération d'un suivi médical peut même améliorer le pronostic global quant à l'accès aux soins et au dépistage de pathologies intercurrentes.

L'aménagement des rythmes sociaux

L'aménagement des rythmes sociaux constitue le deuxième objectif majeur de la phase intermédiaire. Il faut encourager le patient à établir l'évaluation abrégée des rythmes sociaux et repérer avec lui quels sont les rythmes les plus instables, tout en liant ces irrégularités avec les fluctuations thymiques et les événements interpersonnels. Le travail consiste ensuite à définir avec le patient des objectifs raisonnables de changement dans ses rythmes sociaux et le délai pour y parvenir. Il faut d'abord rechercher avec le patient les événements déclencheurs de modification des rythmes et routines quotidiennes : disparition des *Zeitgebers* ou apparition de *Zeitstörers*. Par exemple il faut repérer avec lui, éventuellement à l'aide du remplissage de l'évaluation abrégée des rythmes les événements de sur-stimulation émotionnelle, affective, intellectuelle ou comportementale qui altèrent le sommeil et le rythme veille - sommeil : concerts, réceptions, sorties amicales, lectures, cinémas, travail à rendre dans des délais courts, rencontres relationnelles impliquant un désir affectif ou suscitant une promotion professionnelle ou à l'opposé un licenciement, ou encore la maladie d'un proche (un enfant par exemple) imposant une veille. Il faut également repérer les désynchronisateurs tels que le travail posté, des vacances, un changement de travail et de responsabilité ou un licenciement, un voyage transméridien. Il ne faut pas omettre la consommation de produits psycho-actifs (notamment alcool ou cannabis) et leur impact sur les routines quotidiennes. Il faut ensuite lier ce repérage aux variations de l'humeur, toujours par un questionnement socratique

(par exemple : avez-vous constaté une modification de votre moral après cette rencontre qui vous a fait miroiter une promotion professionnelle en même temps que vous vous êtes réveillé beaucoup plus tôt ? et lorsque votre moral est très bon, vous levez-vous beaucoup plus tôt et faites-vous beaucoup plus de choses en modifiant vos horaires ?). Au terme de cet inventaire, avec l'aide de l'évaluation abrégée, il faut fixer avec le patient des changements selon des objectifs raisonnables. Par exemple, dans le cas de mauvaises routines quotidiennes avec de forts décalages, il faut proposer une heure de réveil qui tend progressivement vers une heure optimale de réveil avec un décalage d'une demi-heure de l'heure du lever par semaine pour arriver progressivement à l'horaire voulu. Dans le cas de certains désynchronisateurs prédictibles, il faut prévoir des stratégies d'adaptation (prendre un hypnotique à utiliser pendant 3 ou 4 jours après un décalage horaire dû à un voyage par exemple ou prévoir un emploi du temps avec des plages de repos lors d'un changement de travail prenant). Une patiente rapportait par exemple que lorsqu'elle recevait des amis chez elle lors des vacances, elle s'autorisait à veiller tard la première nuit, mais les jours suivants prenait congé d'eux à partir de 23 heures en les prévenant et en s'excusant, tout en maintenant soigneusement son heure de réveil. De la même manière, lorsque l'humeur s'infléchit vers la lassitude et la démoralisation, il est intéressant de renforcer le respect des rythmes surtout matinaux et l'activation comportementale dans les activités physiques.

La résolution des dysfonctionnements interpersonnels

Le troisième objectif majeur de la phase intermédiaire est classique dans les thérapies interpersonnelles puisqu'il s'agit de travailler dans un domaine particulier d'altération des relations interpersonnelles : conflits, deuil, changement de rôle, isolement. Cet aspect classique des thérapies interpersonnelles est bien développé dans le manuel de Klerman *et al.* [10] et évoqué dans un article précédent [13]. Une spécificité particulière aux patients bipolaires est d'une part la fréquence des conflits interpersonnels (et des changements de rôle) et les rejets consécutifs qui peuvent aboutir après un temps plus ou moins long à l'isolement. Il n'est pas toujours évident de choisir dans quel domaine travailler : celui du conflit, du changement de rôle ou celui de l'isolement. En général, il semble plus facile de travailler dans le domaine des conflits car les patients bipolaires qui souffrent d'isolement présentent beaucoup moins que les patients unipolaires de difficultés à nouer des relations (et ont moins de défauts d'habileté sociale) mais sont chroniquement insatisfaits des relations et les rompent, ou alors celles-ci s'interrompent à cause de leur irritabilité. Leur isolement est donc surtout consécutif à des successions de conflits multiples. Par ailleurs, peut-être parce qu'un élément central de l'hypomanie, de la dépression et du tempérament bipolaire est l'irritabilité, les conflits interperson-

nels sont particulièrement présents. Le travail dans ce domaine reste classique avec peut-être une nuance par rapport à la TIP classique dans la dépression car il faut souvent aborder plus d'une relation conflictuelle avec un patient bipolaire. Il est alors utile dans la TIPARS de choisir une relation familiale d'un côté et une relation professionnelle de l'autre (dont les attentes, la compréhension et la réciprocité sont différentes), sans aborder toutes les relations. Le travail s'articule autour de l'expression des émotions, des attentes respectives dans la communication, de l'analyse de la communication et des jeux de rôle, toujours à partir de situations concrètes et pratiques récentes. Le travail dans le domaine du deuil pathologique ne diffère guère en TIPARS de la TIP classique pour la dépression, avec l'expression des émotions liées au décès au moment de celui-ci, l'aide au deuil, l'analyse des aspects positifs et négatifs de la vie avant le deuil et après le deuil. Enfin, le travail dans le domaine des changements de rôle est particulièrement crucial pour les patients bipolaires. En effet, il faut réussir la gageure de concilier la stabilité des rythmes sociaux avec le changement nécessaire qui est la base de la thérapie. De surcroît les patients bipolaires, comme le montre leur biographie, ont fréquemment beaucoup plus de changement de rôle que les patients dépressifs : mariage, divorce, union sentimentale, changements d'emplois, et promotions professionnelles. Ces changements entraînent fréquemment des modifications des routines quotidiennes et une instabilité. La difficulté à faire face au nouveau rôle se traduit souvent par un épisode bipolaire, mais également la bipolarité peut induire une difficulté à réagir face au nouveau rôle, avec culpabilité, récriminations et amertume, accompagnée d'autodépréciation et d'idéalisation de l'ancien rôle.

Les techniques utilisées sont exactement les mêmes que dans la thérapie interpersonnelle classique pour les troubles dépressifs. Il faut cependant noter que les jeux de rôle sont plus facilement acceptés par les patients souffrant de troubles bipolaires. Les techniques s'appuient sur l'encouragement de l'expression des affects, la clarification, l'analyse décisionnelle, l'analyse de la communication, l'évaluation des rôles et des attentes, l'interprétation et bien sûr les jeux de rôle.

Selon la phase de la pathologie, l'épisode le plus récent et le lien avec les dysfonctionnements interpersonnels, le thérapeute a donc un travail de délimitation et de proposition de travail plus complexe que dans la TIP classique. Fort heureusement, comme dans la TIP, la proposition de travail est orientée et doit être acceptée par le patient lui-même. Bien sûr, parfois, en cours de travail durant cette phase, la clarification ou le réexamen de l'inventaire interpersonnel aboutit parfois à un changement de domaine, tout en veillant à ce que cela ne se produise pas régulièrement. Il est également possible de proposer de terminer le travail entrepris dans un domaine et de terminer la TIPARS puis d'envisager, soit sous la forme d'un module supplémentaire comme dans l'IPSRT durant la phase de maintenance soit sous la d'une nouvelle thérapie limitée à quelques séances, à distance de la TIPARS, distincte du travail de maintenance.

Phase finale ou de terminaison

Il existe une grande ambivalence sur la question de la terminaison de la thérapie interpersonnelle et l'aménagement des rythmes sociaux. Dans un sens, il s'agit d'une thérapie incluse dans les thérapies dites brèves, mais dans un autre sens, il s'agit d'une thérapie d'une condition médicale au très long cours pour laquelle les soins doivent se poursuivre très longtemps.

Il appartient sans doute à chaque thérapeute de prendre une option dans chaque cas. Il semble légitime d'envisager la poursuite de la TIPARS dans les cas sévères, avec des épisodes comprenant des éléments psychotiques, plus ou moins congruents à l'humeur, ou bien de multiples tentatives de suicide antérieures, ou encore avec des comorbidités anxieuses importantes ou des addictions, ou des troubles instables ou enfin avec un mauvais niveau de fonctionnement initial et un faible support social et relationnel. Cependant, si l'on souhaite respecter l'essence de la thérapie interpersonnelle, la dynamique d'amélioration psychothérapique, et l'autonomisation du patient grâce aux changements acquis en psychothérapie, il faut envisager une terminaison dans des délais raisonnables. De plus, pour des raisons parfois pratiques, déménagement ou manque de ressources financières de la part du patient par exemple, la terminaison de la thérapie s'impose. Nous considérons dans le cadre de la version française de la TIPARS que celle-ci doit être une thérapie brève, structurée comme proposée ici sur 6 mois, sur une période de 5 à 8 mois. Elle doit donc automatiquement aboutir à une phase de terminaison. Cependant, elle peut être complétée ultérieurement par une phase de maintenance selon certaines modalités. La phase de terminaison nous semble donc indispensable.

Les objectifs de la phase de terminaison restent classiques : faire le point des progrès réalisés dans le cadre de la thérapie, accepter la terminaison de la thérapie et prévoir l'avenir.

Un fil directeur durant la phase de terminaison consiste à mesurer les progrès globaux par rapport à l'histoire du trouble bipolaire. La reprise du diagramme de l'histoire de la maladie et sa prolongation durant la phase de thérapie est une bonne manière d'aider le patient à visualiser les progrès globaux accomplis, y compris s'il s'agit d'une simple stabilisation par rapport à un lourd passé. Une séance doit être consacrée aux progrès accomplis quant à la normalisation des routines quotidiennes, le respect de ces routines, le repérage des risques de désynchronisation soit par disparition des *Zeitgebers* soit par apparition de *Zeitstörers*, et la stratégie à adopter dans ce domaine après la fin de la thérapie. Une autre séance doit être dédiée au bilan du travail effectué dans un des domaines interpersonnels et sur l'amélioration obtenue, bien évidemment en lien avec les modifications de l'humeur et des rythmes sociaux. Enfin, deux séances doivent être réservées à l'acceptation de la terminaison de la TIPARS, la fin de la relation thérapeutique dans ce cadre en tant que relation interpersonnelle, le relais éventuel avec un autre thérapeute et comment utiliser à nouveau les stratégies apprises durant la TIPARS.

Durant ces séances peut être évoquée la nécessité de s'engager dans une thérapie de maintenance et la forme que celle-ci devrait prendre. En dehors d'une thérapie de maintenance, il semble légitime de proposer au patient une séance tous les 3 ou 4 mois pendant au moins un an pour établir un bilan à distance et clarifier peut être certains points de détail. Enfin, dans le cas où le patient serait insatisfait des résultats ou d'une amélioration pas assez significative, le thérapeute doit prendre la responsabilité de ce qui peut être vécu comme un échec, en s'attribuant une mauvaise indication de cette thérapie par rapport au patient, ou en s'attribuant une mauvaise conduite de la thérapie. Il doit, à l'opposé, positiver tous les progrès accomplis par le patient, aussi minimes soient-ils, ainsi que les changements que ce dernier a réussi à mettre en place, en attribuant bien sûr ces succès au patient lui-même.

Maintenance

Comme nous l'avons précisée, la question de la maintenance de la thérapie est débattue avec une certaine ambivalence.

Dans le cadre de la version américaine IPSRT, la décision n'est pas tranchée, bien au contraire, et l'idée d'une maintenance est assez claire, souvent pendant de nombreuses années. Pour autant, durant une thérapie prolongée sans réelle limite, l'école de Pittsburgh a proposé une forme originale et intéressante d'application avec une grande souplesse de différents modules en fonction des circonstances. Ces différents modules proposés ressortent de l'acceptation du diagnostic, de l'acceptation des thérapies biologiques, de la psychoéducation, de la régularisation des rythmes sociaux, de la résolution des problèmes interpersonnels dans chacun des domaines incluant le deuil d'un avenir indemne. L'idée est d'administrer les modules avec une considérable flexibilité entre eux.

Dans le cadre de la version française TIPARS, nous souscrivons bien sûr aux propositions des initiateurs de cette thérapie avec toutefois quelques nuances. Il semble indispensable que la TIPARS soit initialement considérée comme une psychothérapie brève, donc avec une terminaison, d'autant plus que ce n'est guère le cas de la plupart des psychothérapies proposées dans notre pays. Pour autant, notre expérience rejoint les préoccupations américaines. Dans la TIPARS, nous proposons donc à la terminaison de la thérapie durant les deux dernières séances de faire une pause d'au moins un à deux mois dans la thérapie sans pour autant arrêter les soins médicaux et psychiatriques durant ce laps de temps. Puis nous proposons soit d'enclencher une thérapie de maintenance sous la forme d'une séance mensuelle, qui constitue une rupture nette du rythme thérapeutique et qui permet une distinction nette entre la thérapie brève et la thérapie de maintenance, soit alors de repartir sur une nouvelle TIPARS allégée de la phase initiale et réduite à 6 ou 12 séances, contractualisée, et focalisée sur un thème comme dans les modules de l'équipe de Pittsburgh. Ces thèmes sont la psychoéducation sur le trouble bipolaire et les traitements médicamenteux, l'acceptation d'une condition médicale au long cours, la régularisation

des rythmes sociaux et des routines quotidiennes, les conflits interpersonnels, les deuils pathologiques, les changements de rôle, et l'isolement relationnel.

Conclusion

L'adjonction d'une psychothérapie dans les troubles bipolaires est justifiée, tant comme complément de traitement de chacun des épisodes que comme complément de la stratégie de maintenance intercritique, pour prévenir les rechutes et l'accélération de la cyclicité et diminuer l'impact des facteurs déclencheurs (relationnels mais aussi addictifs et biologiques). La TIPARS constitue une forme adaptée de TIP aux troubles bipolaires. Ses objectifs visent bien sûr à résoudre les dysfonctionnements interpersonnels liés aux manifestations bipolaires mais aussi à contrôler les routines quotidiennes et les désynchronisations biologiques ainsi qu'à permettre l'acceptation d'une condition médicale au long cours et la réévaluation des objectifs existentiels chez les patients. La TIPARS obéit aux règles de la thérapie interpersonnelle (contractualisée, limitée dans le temps et brève, utilisant une méthode socratique, liant événements de vie, rythmes et symptômes, utilisant des techniques éclectiques). Sa formalisation est très récente mais les résultats sont déjà très encourageants. Il faut d'ailleurs noter que l'aménagement des rythmes sociaux fait l'objet d'un développement dans les dépressions « unipolaires » puisqu'il existe également une chronosensibilité des patients souffrant de dépression. La TIPARS propose en outre une phase de maintenance complémentaire pour optimiser les résultats obtenus dans la thérapie et fournir un soutien positif dans une condition médicale au long cours soumise aux aléas de la vie durant de très nombreuses années.

Remerciements

Les auteurs et membres du Cercle de Recherche et d'Études Appliquées à la Thérapie InterPersonnelle (CREATIP) tiennent particulièrement à remercier pour leur formation, leur collaboration fructueuse et leur disponibilité les professeurs E Frank et H Swartz du Western Psychiatric Institute, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, États-Unis ainsi que le professeur Helena Verdelli du Teachers College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York, États-Unis.

Références

- [1] Ehlers CL, Frank E, Kupfer DJ. Social Zeitgebers and biological rhythms. A unified approach to understanding the etiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1988 ; 45 : 948-52.
- [2] Ehlers CL, Kupfer DJ, Frank E *et al.* Biological rhythms and depression: the role of Zeitgebers and Zeitstörers. *Depression* 1993 ; 1 : 285-93.
- [3] Frank E, Kupfer DJ, Ehlers CL *et al.* Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder: intergrating interpersonal and behavioral approaches. *Behav Therapist* 1994 ; 17 : 143-6.
- [4] Frank E, Hlastala S, Ritenour A *et al.* Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biol Psychiatry* 1997 ; 41 : 1165-73.
- [5] Frank E. *Treating Bipolar Disorders - A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy.* Guilford Press 2005 ; pp. 212.
- [6] Frank E, Kupfer DJ, Thase ME *et al.* Two years outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005 ; 62 : 996-1004.
- [7] Frank E, Swartz HA, Boland E. Interpersonal and social rhythm therapy: an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2007 ; 9 : 325-32.
- [8] Frank E, Soreca I, Swartz HA *et al.* The Role of Interpersonal and Social Rhythm Therapy in Improving Occupational Functioning in Patients with Bipolar I Disorder. *Am J Psychiatry* 2008 ; 165 : 1559-65.
- [9] Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness : Bipolar Disorders and recurrent Depression*, 2nd Edition, New-York, Oxford University Press, 2007, pp. 1262.
- [10] Klerman GL, Weisman MM, Rounsaville BJ *et al.* Interpersonal Psychotherapy of Depression, Basic Books, New York, 1984, pp. 475.
- [11] McClung CA. Circadian Genes, Rhythms and the Biology of Mood Disorders. *Aliment Pharmacol Ther* 2007 ; 114 : 222-32.
- [12] Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E *et al.* Psychosocial Treatments for Bipolar Depression: A 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry* 2007 ; 64 : 419-27.
- [13] Rahioui H, Tang MB, Bottai T *et al.* La thérapie interpersonnelle. *Synapse* 2007 ; 233 : 28-32.
- [14] Wehr TA, Goodwin FK. Biological rhythms in manic-depressive illness. In : TA Wehr, FK Goodwin (eds.), *Circadian rhythms in psychiatry, psychobiology and psychopathology.* Pacific Grove, CA, Boxwood Press, 1983, pp. 129-84.
- [15] Wehr TA, Sack DA, Rosenthal NE. Sleep reduction as a final common pathway in the genesis of mania. *Am J Psychiatry* 1987 ; 144 : 210-4.