

### 3 Le processus de validation de la *Well-Being Therapy*

Après avoir trouvé cette stratégie de renforcement du bien-être, j'ai compris que plusieurs étapes seraient nécessaires pour aller plus loin. Si le premier cas était un trouble obsessionnel-compulsif aigu et invalidant, je voulais développer cette méthode pour les symptômes résiduels des troubles de l'humeur et de l'anxiété, et en particulier pour prévenir les rechutes. Je devais pour cela utiliser la méthodologie des études contrôlées, comme Robert Kellner me l'avait enseigné. Il fallait impliquer mon groupe de recherche, ces personnes qui croyaient en moi et dans mes idées parfois étranges.

Les études que je vais décrire ne portent pas sur de grands effectifs (en Italie, le financement à la recherche est minime), mais sont caractérisées par une évaluation et une méthodologie très rigoureuses. Je connais personnellement chaque patient inclus. Les données ont été exprimées en chiffres, mais j'ai à l'esprit les patients, leurs visages et nos rencontres. La première question était de savoir si les patients en rémission de leurs troubles de l'humeur ou anxieux suite au traitement pharmacologique et/ou psychothérapeutique avaient un niveau de bien-être moindre par rapport aux témoins sains.

Carol Ryff avait élaboré un questionnaire, le *Psychological Well-Being scales* (PWB) (échelles du bien-être psychologique) [1] pour mesurer le bien-être psychologique. Cependant, à cette époque, il n'y avait pas de données quant à son application sur des populations cliniques. J'ai donc décidé de faire une étude comparative entre un petit groupe de patients que nous avons définis comme « guéris » et un groupe témoin. Nous avons utilisé, en plus de l'auto-évaluation par le PWB, un entretien semi-structuré, le *Clinical Interview for Depression* (CID; entretien clinique pour la dépression) [2]. Il offre une exploration très précise des symptômes dépressifs et anxieux, et est probablement le meilleur instrument disponible. Il n'a pas été utilisé autant qu'il aurait dû l'être dans la recherche car il nécessite plus de temps que d'autres échelles. Le troisième instrument que nous avons utilisé était un très bref questionnaire d'auto-évaluation élaboré par Robert Kellner, le *Symptom Questionnaire* (SQ) (questionnaire des symptômes) [3]. Il couvre à la fois la détresse et le bien-être. Les items du SQ relatifs au bien-être évaluent des états psychologiques (apaisement, satisfaction, bien-être physique et sociabilité) très différents de ceux mesurés par la PWB. Nous avons utilisé ces méthodes d'évaluation dans les études ultérieurement réalisées. Les patients considérés en rémission présentaient, comme prévu, beaucoup plus de symptômes que les témoins sains. Par ailleurs, ils présentaient des

déficiences importantes dans tous les domaines du bien-être psychologique couverts par le PWB [4]. Je me suis rendu compte que ces patients allaient mieux, mais pas bien.

Satisfait des améliorations que j'avais observées chez eux, j'avais occulté les difficultés qu'ils continuaient d'éprouver. C'était une opportunité pour tester ma stratégie psychothérapeutique. J'ai ainsi écrit un protocole thérapeutique qui reposait en partie sur mon expérience avec Tom, où l'articulation de chaque séance était spécifiée, que j'appelais la *Well-Being Therapy* (WBT) (ou psychothérapie du bien-être) [5]. Nous avons acquis une certaine expérience dans le traitement cognitivo-comportemental (TCC) des symptômes résiduels de la dépression, qui s'est révélé plus efficace que le groupe contrôle [6]. Je pensais donc que la comparaison des deux stratégies (TCC et WBT) pouvait être une première étape.

Vingt patients atteints de troubles affectifs (épisode dépressif majeur, trouble panique avec agoraphobie, phobie sociale, trouble anxieux généralisé, trouble obsessionnel-compulsif) traités avec succès par thérapie comportementale (pour les troubles anxieux) ou pharmacologique (pour les troubles de l'humeur) ont été randomisés dans deux groupes, WBT ou TCC des symptômes résiduels [7]. La WBT et la TCC ont été associées à une réduction significative des symptômes résiduels mesurée par la CID [2] et par la PWB pour le bien-être [1]. Cependant, lorsque les symptômes résiduels des deux groupes ont été comparés après le traitement, un avantage significatif de la WBT par rapport à la TCC a été observé avec la CID. La WBT a également été associée à une augmentation significative du bien-être par le PWB, en particulier dans l'échelle de croissance personnelle. Le faible nombre de patients inclus obligeait cependant à la prudence dans l'interprétation de cette différence, et imposait la nécessité de poursuivre des études sur de plus grands échantillons de patients présentant des troubles de l'humeur ou d'anxiété spécifiques.

Ces résultats préliminaires ont souligné l'efficacité de la WBT sur les symptômes résiduels. L'amélioration de ces symptômes peut être expliquée par une modification de l'équilibre entre les affects positifs et négatifs [7]. Si le traitement des symptômes psychiatriques entraîne une amélioration du bien-être – les échelles évaluant le bien-être sont en effet plus sensibles pour décrire les effets de traitements médicamenteux que les échelles investiguant les symptômes [3] –, il est probable que des améliorations du sentiment de bien-être puissent aussi modifier cet équilibre entre affects positifs et négatifs. En ce sens, l'amélioration symptomatique plus importante observée avec la WBT dans cette étude n'est pas surprenante : dans la phase aiguë du trouble thymique, c'est la disparition des symptômes qui entraîne les changements les plus importants, mais dans la phase résiduelle, l'inverse peut être vrai.

## Le grand défi

À l'instar d'autres chercheurs dans le domaine de la dépression, j'étais particulièrement préoccupé par le risque élevé de rechute [8]. Ce n'est pas chose aisée d'améliorer l'état des patients, mais c'est encore plus difficile de maintenir l'euthymie. Nous avons effectué une petite étude contrôlée sur l'effet du traitement des symptômes résiduels par la TCC sur le taux de rechute. Par rapport au groupe contrôle, il y a eu des différences importantes à 4 ans [9], mais pas à 6 ans [10]. La stratégie séquentielle que j'avais proposée (traitement initial par antidépresseurs puis TCC des symptômes résiduels) était bonne, mais pas suffisante. Je voulais répéter l'étude chez des patients présentant une forme sévère de trouble dépressif récurrent, définie comme l'occurrence de trois épisodes ou plus de dépression unipolaire, avec un intervalle de moins de 2 ans et demi entre l'épisode précédent et le début de l'épisode actuel [11]. Mais cette fois-ci, je voulais inclure la WBT dans l'arsenal thérapeutique, ainsi que la TCC des symptômes résiduels et des aménagements du mode de vie. Quarante patients atteints de trouble dépressif récurrent sévère, traités avec succès par antidépresseurs, ont été randomisés soit dans le groupe incluant la WBT, soit dans celui des soins courants. Le même nombre de consultations avait lieu dans le groupe expérimental et dans celui des soins courants. Ces derniers consistaient en un examen clinique ainsi qu'en soutien et conseils, si nécessaires. Les interventions spécifiques telles que les stratégies d'exposition, le travail avec un journal et la restructuration cognitive étaient proscrites. Le but était de comparer le groupe expérimental avec un groupe qui reçoit des soins non spécifiques, reposant sur des principes partagés par la plupart des formes de psychothérapie (tableau 3.1) [12, 13].

Dans les deux groupes, les antidépresseurs ont été progressivement arrêtés. Le groupe qui a reçu la TCC et la WBT a présenté un niveau nettement inférieur de symptômes résiduels après l'arrêt du traitement médicamenteux

**Tableau 3.1. Principes partagés par la plupart des formes de psychothérapie.**

Principe	Caractéristiques
1. Attention	Entière disponibilité du thérapeute pour un laps de temps déterminé
2. Confidentialité	Possibilité pour le patient de partager ses pensées et sentiments
3. Implication	Relation de confiance et empathique avec la personne offrant son aide
4. Interprétation	Proposition d'explications plausibles aux difficultés et à la souffrance des patients
5. Cadre thérapeutique	Cadre requérant la participation active du patient et du thérapeute

par rapport au groupe «soins courants». Le taux de rechute à 2 ans du groupe TCC était également nettement inférieur (25 %) que dans celui des soins courants (80 %). À 6 ans de suivi [14], le taux de rechute était de 40 % dans le premier groupe contre 90 % dans le second. De plus, pour les patients ayant déjà eu de multiples rechutes, le groupe traité avec TCC et WBT a présenté un nombre de récurrences beaucoup plus faible par la suite. Bien qu'il s'agisse d'une petite étude préliminaire, les résultats ont été assez impressionnants : plus de la moitié des patients traités par TCC et WBT allaient bien et sans médicaments après 6 ans de suivi [14].

Les résultats ont été reproduits par trois études indépendantes. Dans un essai multicentrique réalisé en Allemagne, 180 patients ayant souffert d'au moins trois épisodes de dépression majeure ont été randomisés pour recevoir soit une combinaison de TCC, de WBT et de thérapie cognitive à base de *mindfulness*, soit de la psycho-éducation [15]. Bien que le suivi ait été limité à 1 an (dans notre étude, les différences les plus importantes ont émergé plus tard) et que les médicaments aient été poursuivis, il y a eu un effet significatif de la thérapie testée sur le taux de rechute chez des patients présentant un risque élevé de récurrence.

Aux États-Unis, Kennard et al. [16] ont appliqué le traitement séquentiel que nous avons effectué chez des adultes [11] à 144 enfants et adolescents souffrant de trouble dépressif majeur. Ils ont été traités avec de la fluoxétine pendant 6 semaines et ceux qui ont répondu de manière adéquate ont été randomisés pour recevoir soit le maintien du traitement pharmacologique seul, soit une TCC des symptômes résiduels et la WBT en plus de la fluoxétine. La combinaison TCC-WBT s'est montrée efficace pour réduire le risque de rechute, constat assez exceptionnel dans la littérature concernant le trouble dépressif majeur de l'enfant et de l'adolescent. Cependant, contrairement à notre étude initiale [11], le traitement médicamenteux a également été continué dans le groupe TCC-WBT, malgré les problèmes liés au traitement à long terme par antidépresseurs dans cette population [17].

Une troisième confirmation est venue d'Iran, avec l'étude de Moenizadeh et Salagame [18]. Quarante élèves du secondaire et de l'université souffrant de dépression ont été assignés au hasard à la WBT ou à la TCC. Les résultats ont montré sans équivoque que la WBT était plus efficace que la TCC pour améliorer les symptômes de la dépression [18]. La gravité des troubles dépressifs n'a pas été spécifiquement évaluée et la symptomatologie était probablement légère. Néanmoins, les résultats restent assez impressionnants.

## **Pour comprendre la spécificité de la psychothérapie de bien-être**

Mon groupe de recherche a été très heureux des résultats obtenus par cette méthode dans la dépression récurrente [11, 14]. En discutant des données

avec Chiara Rafanelli, qui avait effectué toutes les évaluations psychologiques en aveugle des traitements reçus, une question importante est apparue. Quel était le rôle spécifique de la WBT? Les résultats avaient été moins positifs dans le groupe qui n'avait pas reçu la WBT [6, 9, 10], mais cela ne signifiait pas nécessairement que la WBT en était responsable.

Avec Chiara Rafanelli, nous avons donc décidé d'effectuer une nouvelle étude contrôlée. L'objet de celle-ci était une forme d'anxiété très fréquente, le trouble anxieux généralisé (TAG). Nous étions arrivés à la conclusion que la combinaison séquentielle de TCC et de WBT était probablement la meilleure solution pour le traitement d'une pathologie aiguë, mais cette combinaison serait-elle supérieure à la TCC seule? Vingt patients souffrant de TAG ont été randomisés pour recevoir 8 séances de TCC ou un traitement séquentiel de TCC suivi de 4 séances de WBT [19]. Les deux traitements ont été associés à une réduction significative de l'anxiété. Cependant, des avantages significatifs de la combinaison séquentielle TCC-WBT par rapport à la TCC seule ont été observés, tant en termes de réduction des symptômes que de l'amélioration du bien-être psychologique, mesurées par le CID [2], la PWB [1] et le SQ [3]. Ces résultats ont suggéré la faisabilité et les avantages cliniques de l'ajout de la WBT au traitement du TAG. Une explication possible de ces résultats est que l'autosurveillance des moments de bien-être peut conduire à une identification plus exhaustive des pensées automatiques que celle induite par le suivi habituel des épisodes de détresse dans la thérapie cognitive [20]. Il pourrait ainsi en résulter une réorganisation cognitive plus efficace. Ces résultats appuient également notre hypothèse selon laquelle la WBT fournit des outils thérapeutiques que la TCC seule ne propose pas.

## **Le traitement du trouble cyclothymique**

Jusque-là, nous avons conceptualisé la WBT essentiellement comme un outil pour accroître le bien-être psychologique chez les personnes qui en manquaient. Cependant, dans ma pratique clinique, j'avais observé des patients chez qui le bien-être était excessif ou irréaliste. Par exemple, la croyance de pouvoir affronter tous types de situations les conduisait à trop s'exposer aux difficultés ou à des situations très stressantes. La WBT permettait-elle d'amplifier le bien-être ou pouvait-elle également avoir une fonction régulatrice?

Nous avons donc décidé d'appliquer la WBT au traitement du trouble cyclothymique, qui implique des fluctuations légères à modérées de l'humeur, de la pensée et du comportement, sans répondre aux critères formels de diagnostic pour un épisode dépressif majeur ou maniaque [21]. C'est un trouble fréquent et invalidant, qui n'est pas l'objet de beaucoup de recherche car aucun médicament spécifique n'a été mis au point pour le traiter. Soixante-deux patients atteints de trouble cyclothymique ont ainsi été randomisés

dans un groupe combinaison séquentielle TCC-WBT ou soins courants. Une évaluation indépendante en aveugle des patients a eu lieu avant et après traitement, puis à 1 et 2 ans. Le CID [2] et la *Mania Scale* (MAS), développée par Per Bech et al. [22], ont été utilisés pour évaluer les symptômes. En post-traitement, des différences importantes ont été observées dans les résultats, avec des améliorations plus importantes dans le groupe TCC-WBT par rapport à celui des soins courants. Les améliorations ont été maintenues à 1 et 2 ans [21]. Les résultats indiquent donc que le WBT peut répondre à la fois aux deux polarités de variations d'humeur et à l'anxiété comorbide, et peut générer des avantages significatifs et durables dans le trouble cyclothymique.

## Quel est le rôle thérapeutique de la *Well-Being Therapy* ?

Les études résumées dans ce chapitre, ainsi que d'autres abordées plus loin, montrent que le rôle thérapeutique de la WBT est plus large que celui initialement supposé (amélioration du risque de rechute dans la phase résiduelle des troubles de l'humeur et anxieux). L'élaboration des protocoles pour ces études et l'utilisation de la WBT dans la pratique clinique ont permis un affinement de la formulation originale de la WBT [5]. Avec l'aide d'Elena Tomba, nous avons proposé une première modification en 2009 [23]. Une autre contribution est venue d'une référence de la TCC américaine, Jesse H. Wright, quand il a commencé à utiliser la WBT [24].

Dans la deuxième partie de ce livre, je vais décrire comment la WBT est aujourd'hui mise en œuvre dans la pratique clinique. Après un chapitre sur l'évaluation clinique, le programme de 8 séances sera décrit. Ce format, si nécessaire, peut être étendu à 12 séances ou plus, ou abrégé en 4 séances s'il est précédé d'une TCC.

### Références

- [1] Ryff CD. Psychological well-being revisited. *Psychother Psychosom* 2014; 83 : 10–28.
- [2] Guidi J, Fava GA, Bech P, Paykel ES. The Clinical Interview for Depression : A comprehensive review of studies and clinimetric properties. *Psychother Psychosom* 2011; 80 : 10–27.
- [3] Kellner R. A symptom questionnaire. *J Clin Psychiatry* 1987; 48 : 268–74.
- [4] Rafanelli C, Park SK, Ruini C, et al. Rating well-being and distress. *Stress Med* 2000; 16 : 55–61.
- [5] Fava GA. Well-being therapy : conceptual and technical issues. *Psychother Psychosom* 1999; 68 : 171–9.
- [6] Fava GA, Grandi S, Zielezny M, et al. Cognitive-behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151 : 1295–9.

- [7] Fava GA, Rafanelli C, Cazzaro M, et al. Well-being therapy : a novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychol Med* 1998; 28 : 475–80.
- [8] Fava GA. The concept of recovery in affective disorders. *Psychother Psychosom* 1996; 65 : 2–13.
- [9] Fava GA, Grandi S, Zielezny M, et al. Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry* 1996; 153 : 945–7.
- [10] Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, et al. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 1998; 161 : 1872–6.
- [11] Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, et al. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy : preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 : 816–20.
- [12] Frank JD, Frank B. *Persuasion and Healing*. Baltimore : The Johns Hopkins University Press; 1991.
- [13] Fava GA, Sonino N. Psychosomatic medicine. *Int J Clin Practice* 2010; 64 : 999–1001.
- [14] Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, et al. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2004; 161 : 1872–6.
- [15] Stangier U, Hilling C, Heidenreich T, et al. Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression : a multicenter prospective randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2013; 170 : 624–32.
- [16] Kennard BD, Emslie GJ, Mayes TL, et al. Sequential treatment with fluoxetine and relapse-prevention CBT to improve outcomes in pediatric depression. *Am J Psychiatry* 2014; 171 : 1083–90.
- [17] Offidani E, Fava GA, Sonino N. Iatrogenic comorbidity in childhood and adolescence : new insights from the use of antidepressant drugs. *CNS Drugs* 2014; 28 : 769–74.
- [18] Moeenizadeh M, Salagame KKK. The impact of well-being therapy on symptoms of depression. *Int J Psychol Studies* 2010; 2 : 223–30.
- [19] Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychother Psychosom* 2005; 74 : 26–30.
- [20] Beck AT, Emery G. *Anxiety disorders and phobias*. Cambridge, MA : Basic Books; 1985.
- [21] Fava GA, Rafanelli C, Tomba E, et al. The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. *Psychother Psychosom* 2011; 80 : 136–43.
- [22] Bech P, Kastrup M, Rafaelsen OJ. Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73(Suppl 326) : 1–37.
- [23] Fava GA, Tomba E. Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *J Pers* 2009; 77 : 1903–34.
- [24] Wright JH, McCray LW. *Breaking free from depression. Pathways to wellness*. New York : The Guilford Press; 2012.

