



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Communication

## Psychoéducation et troubles bipolaires

### *Psychoeducation and bipolar disorders*



Christian Gay

2, rue d'Auteuil, 75016 Paris, France

#### INFO ARTICLE

*Historique de l'article :*

Disponible sur Internet le 27 février 2015

*Mots clés :*

Éducation du patient  
Psychothérapie  
Psychothérapie familiale  
Remédiation cognitive  
Thérapie cognitive  
Trouble bipolaire

#### RÉSUMÉ

Le trouble bipolaire est déterminé par un ensemble de facteurs, à la fois psychologiques, génétiques et environnementaux. Les patients atteints de ce trouble présentent un risque très élevé de récurrence, une hyper-réactivité aux situations de stress, des perturbations des rythmes de vie, une mauvaise observance au traitement, un manque d'insight, des perturbations majeures des relations interpersonnelles. D'autres mesures thérapeutiques ont été proposées afin d'optimiser le traitement médicamenteux et d'agir en amont sur les éléments déclenchants ou précipitants. Les mesures psychoéducatives, dont l'efficacité a longtemps été sous-évaluée, sont aujourd'hui les traitements psychologiques les mieux documentés et pour lesquels le niveau de preuve est élevé. Ils figurent en première ligne dans la plupart des guidelines. Les bénéfices de cette approche complémentaires se situent à différents niveaux : reconnaissance précoce des symptômes qui annoncent une récurrence, optimisation de l'observance, acceptation du trouble, amélioration de la qualité de vie, meilleure gestion de la vie sociale, professionnelle et affective, consolidation de l'alliance thérapeutique, contrôle des facteurs déclenchants et précipitants... Les études publiées rapportent une diminution du nombre de récurrences et de rechutes, une réduction de la durée d'hospitalisation, un meilleur équilibre de la vie familiale, une amélioration de l'observance et de la qualité de vie. Les mesures psychoéducatives présentent des points communs avec d'autres approches psychothérapeutiques (TCC, IPSRT, FFT) tant en ce qui concerne les objectifs que le déroulement des séances. Les résultats de ces différentes approches sont comparables en termes d'efficacité.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

#### ABSTRACT

The bipolar disorder is determined by several factors, be they psychological, genetic and environmental. Patients suffering from this disorder present high risks of recurrence, a hyper activity to stressful situations, disruptions in their daily lives, a bad observance to treatment, lack of insight, major disruptions in their interpersonal relationships. Other therapeutic measures have been proposed to optimize the medical treatments and act as early as possible on trigger elements or elements that precipitate symptom resurgences. Psychoeducational measures that have long been underestimated in their efficiency are now the best-documented psychological treatments, for which evidence is high. It figures as a front-line patient care in most of the guidelines. The benefits of this complementary approach is located at different levels: Recognition of preliminary symptoms that announce a recurrence of the illness, an optimization of medical observance, acceptance of the disorder, a better quality of life, a better emotional, professional and social life interaction, a consolidation of the therapeutic alliance, a control over trigger and precipitating factors. Studies show a decrease in relapses and recurrences, a reduction in length of hospitalization, greater equilibrium in family life, better medical observance and quality of life. Psychoeducational methods are comparable to other psychotherapeutic methods (such as TCC, IPSRT, FFT) in their objectives and in the way they conduct sessions. The results of these approaches are similar in terms of efficiency.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS.

*Keywords:*

Bipolar disorder  
Cognitive remediation  
Cognitive therapy  
Family psychotherapy  
Patient's therapeutical education  
Psychotherapy

Adresse e-mail : [dr.christian.gay@gmail.com](mailto:dr.christian.gay@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.008>

0003-4487/© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

## 1. Introduction

Plusieurs constats peuvent être établis en ce qui concerne les troubles bipolaires :

- *Le trouble bipolaire est déterminé par un ensemble de facteurs*, à la fois psychologiques, génétiques et environnementaux.
- *Les patients atteints de trouble bipolaire présentent une hyper-réactivité au stress*. L'étude de cette population montre la fréquence élevée d'événements précoces de fragilisation : carence affective, séparation, sévices, agressions sexuelles. Les situations de stress comme les événements pénibles de vie, le surmenage, le manque de sommeil, l'abus de substances, les perturbations des rythmes sociaux peuvent être assimilées à des détonateurs du trouble et le déclencher ou précipiter une rechute ou une récurrence chez un sujet qui présente une vulnérabilité génétique et psychologique. Cette réactivité au stress constitue aussi un facteur de rechute. Ellicott et al. [22] rapportent que les patients qui ont été confrontés à un événement pénible de vie présentent un risque 4,5 fois plus élevé de faire une récurrence. Pour Johnson et Miller [45], la normalisation thymique sera trois fois plus longue à obtenir chez des patients hospitalisés s'ils ont été confrontés à un événement pénible de vie.
- *Les perturbations des relations familiales* [54] et sociales [44] constituent aussi des facteurs de fragilisation et de rechute.
- *La fréquence des rechutes sans traitement est particulièrement élevée*. Gitlin et al. [31] montrent que 37 % des patients bipolaires ont une récurrence la première année, 60 % la deuxième et 73 % après cinq ans.
- *Il en est de même de la fréquence des symptômes résiduels*. La persistance de symptômes résiduels entre les épisodes est retrouvée dans un tiers des cas et attribuée à ce trouble cette dimension chronique [32]).
- *La cause principale de la résistance au traitement est représentée par la mauvaise observance*.

Face à ces constats, d'autres thérapeutiques ont été proposées afin d'optimiser le traitement médicamenteux et d'agir en amont sur les éléments déclenchants ou précipitants. Les mesures psychoéducatives, dont l'efficacité a longtemps été sous-évaluée, représentent les traitements psychologiques les mieux documentés et pour lesquels le niveau de preuve est élevé [7,10,67,72]. Ils figurent en première ligne dans la plupart des guidelines anglosaxons [33,85]. Les bénéfices de cette approche complémentaires se situent à différents niveaux :

- identification précoce des symptômes qui annoncent une récurrence ;
- optimisation de l'observance ;
- acceptation du trouble ;
- amélioration de la qualité de vie ;
- meilleure gestion de la vie sociale, professionnelle et affective ;
- consolidation de l'alliance thérapeutique ;
- contrôle des facteurs déclenchants et précipitants...

Les études publiées rapportent une diminution du nombre de récurrences et de rechutes, une réduction de la durée d'hospitalisation, un meilleur équilibre de la vie familiale, une amélioration de l'observance et de la qualité de vie. Les mesures psychoéducatives présentent des points communs avec d'autres approches psychothérapeutiques (TCC, IPSET, FFT) tant en ce qui concerne les objectifs que le déroulement des séances. Les résultats de ces différentes approches sont comparables en termes d'efficacité. Il s'avère aussi que les autres approches incluent dans leur programme une part importante à la psychoéducation.

## 2. Définition et objectifs des mesures psychoéducatives

Il existe fréquemment une confusion entre les définitions de l'éducation thérapeutique et de la psychoéducation. Cela est d'autant plus vrai qu'il n'existe pas de définition consensuelle de la psychoéducation. Le terme d'éducation thérapeutique a longtemps été diversement interprété par les praticiens : faire du patient un expert de sa maladie, diffuser des informations élémentaires sur la maladie, faciliter une réflexion sur la pathologie, transmettre des connaissances pratiques. Chaque définition aboutit à un objectif précis en recourant à une méthode plus ou moins spécifique.

Sous ce terme générique d'éducation du patient, trois types d'activité peuvent être regroupés, selon l'OMS :

- *L'éducation pour la santé du patient* concerne la maladie, les comportements de santé et de mode de vie du patient, même ceux non concernés par la maladie, dans une logique de « culture sanitaire ».
- *L'éducation du patient à sa maladie* concerne les comportements de santé et de maladie relatifs au traitement, à la prévention des complications et rechutes et autres comportements liés à l'existence d'une maladie, notamment l'impact de celle-ci sur des aspects non médicaux de la vie.
- *L'éducation thérapeutique du patient* touche à la partie de l'éducation directement liée au traitement (curatif ou préventif) qui est le rôle traditionnellement exclusif du soignant. Elle fait donc partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle a pour objectif l'acquisition et le maintien de compétences d'autosoins ainsi que la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation.

Depuis 1998, l'OMS a émis des recommandations sur l'éducation du patient en précisant la définition : « L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial qui concernent la maladie, le traitement prescrit et les établissements de soins, ainsi que les comportements de santé et de maladie du patient. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre le plus sainement possible et à maintenir ou améliorer la qualité de sa vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquiescer et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie. ».

Son application dans différentes pathologies médicales chroniques comme le diabète, la maladie asthmatique, l'hypertension artérielle a prouvé son efficacité, en réduisant la fréquence et l'intensité des crises et en améliorant la qualité de vie du sujet [6] et de sa famille [42,75].

Depuis ces vingt dernières années, cette approche s'est considérablement développée du fait de l'implication de professionnels de santé, parfois soutenus par l'industrie pharmaceutique. La loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) intègre l'éducation thérapeutique du patient en 2009 dans le code de santé publique. La participation de l'industrie pharmaceutique dans l'élaboration de ces programmes est limitée : « Les programmes ne peuvent être ni élaborés ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament. » Cette loi prévoit que les coordonnateurs justifient d'une formation théorique d'au moins quarante heures ou d'une expérience depuis plus de deux ans.

Le terme de *psychoéducation* a été utilisé en 1980 par Anderson, Hogarty et Reiss. D'abord utilisée dans la schizophrénie, la psychoéducation avait pour objet de mieux contrôler les situations de stress par les membres de la famille du fait d'une meilleure communication et d'élaborer des stratégies visant à résoudre les problèmes. Depuis ces vingt dernières années, l'indication s'est

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/312285>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/312285>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)