



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Communication

Impact d'une thérapie comportementale et cognitive sur la qualité de vie perçue de patients bipolaires

Effects of CBT on perceived quality of life in bipolar I disorder

A. Docteur^{*}, C. Mirabel-Sarron, J.-D. Guelfi, E. Siobud-Dorocant, F. Rouillon

Service du Pr-Rouillon, CMME, université Paris-V, René-Descartes, centre hospitalier Sainte-Anne, 100, rue de la Santé, 75014 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
 Disponible sur Internet le 9 janvier 2012

Mots clés :
 Estime de soi
 Étude contrôlée
 Qualité de vie
 Thérapie comportementale et cognitive
 Trouble bipolaire I

Keywords:
 Bipolar I disorder
 Cognitive and behavioral therapy
 Controlled trial
 Quality of life
 Self-esteem

RÉSUMÉ

Ce travail vise à comparer la qualité de vie de 80 patients bipolaires I ayant suivi une Thérapie Comportementale et Cognitive en plus de leur traitement usuel (groupe TCC), à celle de 23 patients bipolaires I en liste d'attente du prochain groupe (groupe témoin). La qualité de vie s'améliore de manière significative pour le groupe TCC, en termes de santé physique, de santé psychologique et de relations sociales, indépendamment d'une atténuation de la symptomatologie thymique. Les résultats sont discutés au regard des modalités de prise en charge TCC.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – The treatment of bipolar disorder is mainly dominated prophylaxis. However, although mood stabilizers are effective for more than half the cases, a high proportion of patients continue to have mood swings persistent and debilitating. We propose in this paper to evaluate specifically the impact of group CBT on the quality of life in bipolar patients.

Patients and methods. – Eighty patients with bipolar I (CBT group) received CBT in addition to mood stabilizer treatment, 23 patients (control group) continued their usual treatment. Clinical assessment and quality of life was performed at baseline and after treatment using the following tools: World Health Organization Quality Of Life-26, Hamilton Depression Rating Scale, Beck Depression Inventory, Mania Rating Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Dysfunctional Attitudes Scale.

Results. – Our results show a significant improvement of the quality of life for patients following CBT, particularly in terms of physical health, psychological health and social relationships, regardless the improvement of mood symptoms.

Conclusion. – Cognitive changes made during therapy, their enactment by active participation in the group, increasing interpersonal skills will therefore contribute to some, beyond reduced depressive symptoms, improving the perceived quality life, particularly in psychosocial domains.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les troubles bipolaires représentent une maladie fréquente, qui concerne, pour sa forme classique de type I, 1,2 % de la population générale [11]. Il s'agit d'une maladie invalidante, car bien que les thymorégulateurs soient efficaces pour plus de la moitié des patients, une grande proportion d'entre eux continuent à présenter des fluctuations de l'humeur persistantes

et invalidantes [8]. Les conséquences des troubles bipolaires sur la qualité de vie sont majeures, du fait des conséquences délétères des épisodes sur la vie professionnelle et les relations sociales, mais aussi de la persistance de symptômes sub-syndromiques entre les épisodes.

1.1. La qualité de vie dans les troubles bipolaires

1.1.1. Définition de la qualité de vie

En 1995, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la qualité de vie comme « la perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : a.docteur@ch-sainte-anne.fr (A. Docteur).

valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

1.1.2. Les méthodes d'évaluation de la qualité de vie

Ces méthodes sont de deux types, par entretien [6], ou par questionnaires [7]. Les questionnaires visant à évaluer la qualité de vie sont nombreux. Entre 1991 et 1994, l'OMS développe une échelle de qualité de vie, le WHOQOL-100, puis sa version abrégée, le WHOQOL-26 [12,13]. Cet instrument vise à appréhender de grands domaines de la qualité de vie que sont la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales et l'environnement. Ce questionnaire constitue une référence internationale et est aujourd'hui beaucoup utilisé dans les études internationales [4,5].

Les troubles bipolaires ont un retentissement important sur la qualité de vie et concernent notamment [4] : la routine, l'indépendance, la stigmatisation, l'identité et le soutien social.

L'évaluation de la qualité de vie a essentiellement fait l'objet d'études quantitatives. Comme le soulignent Michalak et al. [4–7] dans leur méta-analyse, ces études peuvent être divisées en plusieurs sous-groupes :

- celles visant à comparer le niveau de qualité de vie de patients bipolaires à celui d'autres populations (cliniques ou contrôles) ;
- celles visant à comparer la qualité de vie en fonction des différents états thymiques de la maladie bipolaire ;
- celles visant à identifier l'influence de variables démographiques, cliniques ou psychologiques sur le niveau de qualité de vie des patients bipolaires ;
- enfin, celles visant à évaluer l'impact d'une prise en charge psychothérapeutique sur la qualité de vie de ces patients.

1.2. Quelle efficacité des psychothérapies sur la qualité de vie ?

Si la qualité de vie a beaucoup été évaluée dans les troubles bipolaires à une période donnée de la maladie, très peu d'études se sont intéressées à son évolution au cours d'une prise en charge.

Patelis-Siotis et al. [10] évaluent les effets d'une TCC de groupe sur la qualité de vie de patients bipolaires. Les résultats montrent une amélioration notable du fonctionnement social de ces patients après TCC.

En 2003, Dogan et al. [2] évaluent l'impact de trois séances de psychoéducation sur le niveau de qualité de vie de 26 patients bipolaires en rémission. Les résultats montrent une amélioration après thérapie dans les domaines de la santé physique, de la santé psychologique et des relations sociales.

En 2005, Michalak, Yatham et Lam évaluent la qualité de vie de 57 patients bipolaires avant, puis après une prise en charge psycho-éducative en huit séances. Les résultats montrent une amélioration de la santé physique et de la satisfaction générale.

En 2010, Moore, Gibson et Carr [9] évaluent l'impact de huit à 12 séances de groupe TCC (plus six séances de consolidation) sur la qualité de vie de 17 patients bipolaires et 17 patients dépressifs unipolaires. Les résultats montrent une amélioration significative de la qualité de vie en termes de santé psychologique pour l'ensemble des patients après traitement.

Il semblerait qu'une prise en charge psychothérapeutique ait un effet bénéfique sur la qualité de vie des patients bipolaires. Cependant, les études effectuées ne tiennent pas compte de l'influence d'autres facteurs et ne permettent donc pas de définir si l'amélioration de ces patients est due à la prise en charge ou à l'amélioration d'autres facteurs.

Notre étude a donc visé à évaluer l'impact d'un TCC de groupe sur la qualité de vie de patients bipolaires I, en tenant compte de l'amélioration thymique.

2. Notre étude

2.1. Les patients

Cent trois patients bipolaires de type I selon les critères de la CIM-10 ont participé à cette étude. Quatre-vingt d'entre eux ont bénéficié d'une thérapie comportementale et cognitive de groupe (groupe TCC) selon le programme de Lam et al. [3] ; les 23 autres patients sont en attente du prochain groupe (groupe témoin) et poursuivent leur suivi habituel avec leur psychiatre référent. Les patients bipolaires recrutés consultent à la CMME du centre hospitalier Sainte-Anne de Paris (Service du Pr Rouillon) en vue de bénéficier d'une approche TCC.

Sont 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.

2.2. L'évaluation

Une évaluation clinique et psychologique a été pratiquée à l'inclusion et après six mois pour les deux groupes de patients. Elle comportait un recueil de données sociodémographiques et cliniques. Chaque patient a été évalué à l'aide des outils d'évaluation clinique suivants : échelle de dépression de Hamilton – HDRS (Hamilton, 1960), inventaire de dépression de Beck forme abrégée – BDI-13 (Beck, Ward, Mendelson, Mock, Erbaugh, 1961), échelle d'attitudes dysfonctionnelles de Weissman – DAS (Weissman, 1978), échelle de manie de Bech et Rafaelsen – MRS (Bech et Rafaelsen, 1978), échelle d'estime de soi de Rosenberg – SES (Rosenberg, 1965), échelle de qualité de vie version abrégée – WHOQOL-26 (WHOQOL Group, 1998).

2.3. La prise en charge

Les patients du groupe TCC ont suivi une Thérapie Comportementale et Cognitive de groupe en 20 séances hebdomadaires [1,8].

3. Résultats

3.1. À l'inclusion

Les deux groupes de patients ne présentent pas de différences significatives en termes d'âge de début des troubles ($F[1,101] = 0,14$; $p = 0,71$), de nombre d'épisodes antérieurs

Tableau 1

Caractéristiques démographiques, cliniques et psychologiques à l'inclusion pour les patients bipolaire I du groupe TCC et du groupe témoin.

	TCC (N = 80)	CT (N = 23)
Femmes (%)	68	74
Hommes (%)	32	26
Âge	44,55 (11,51)	43,00 (11,44)
Âge de début	23,44 (9,56)	22,85 (7,31)
Nombre d'épisodes dépressifs	11,69 (15,49)	8,95 (6,93)
Nombre d'épisodes maniaques	8,28 (11,7)	6,85 (6,98)
Nombre d'hospitalisations	3,21 (2,81)	2,03 (2,31)
Nombre de tentatives de suicide	0,76 (1,47)	0,77 (1,09)
HDRS	9,01 (4,45)	10,15 (2,77)
BDI	12,60 (8,63)	16,40 (7,49)
MRS	1,42 (1,46)	1,55 (1,50)
EES	24,55 (6,19)	22,25 (4,79)
DAS	148,49 (35,86)	163,15 (35,67)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/313549>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/313549>

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