



THÉRAPIES COMPORTEMENTALES, COGNITIVES ET DÉPRESSION

Recherche menée par **Christine MIRABEL-SARRON**

Psychiatre-docteur en psychologie clinique et pathologique, Praticien Hospitalier, service de Mr le Pr Rouillon, C.M.M.E Université Paris V René Descartes, C.H.S Sainte-Anne, PARIS



FONDATION
Pierre Deniker
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE

Thérapies comportementales, cognitives et dépression

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) font partie des traitements les plus efficaces et les plus recommandés pour la dépression. **Dr. Marie-Christine Mirabel-Sarron**, présente les caractéristiques de ces thérapies et les étapes essentielles qui conduisent au changement thérapeutique. L'étude de l'efficacité des TCC est fondée sur de nombreuses recherches qui permettent également d'optimiser et de personnaliser leurs indications. Les TCC évoluent avec l'évolution des connaissances scientifiques, de la société et des nouvelles technologies. Les axes de ces évolutions visent à aider toujours mieux les patients déprimés, sont également présentés.

SOMMAIRE

| | |
|--|------|
| De quels résultats communément admis disposons-nous ? | p.3 |
| Comment les obtenons-nous ? | p.6 |
| Qu'en tirons-nous comme connaissances ? | p.8 |
| Qu'en faisons-nous concrètement ? | p.10 |
| Références | p.11 |
| Biographie | p.16 |

NOTA BENE : Les numéros entre crochets dans le texte correspondent aux références bibliographiques situées à la fin du document (Exemple: [1] correspond à Ref. [1] sur la page 11).

De quels résultats communément admis disposons-nous ?

1. Voir l'article n°17 : « Dépression et Psychothérapie dans la vraie vie » (Dr. J-M Thurin), Le Livre Blanc de la Dépression.

2. **Cognition** : le terme « cognition » désigne des pensées ou des images mentales qui apparaissent dans l'esprit du sujet au cours d'expériences émotionnelles. Les cognitions construisent des discours intérieurs automatiques, non réfléchis [1].

3. **Les pensées automatiques ou les pensées dysfonctionnelles** prennent le plus souvent la forme de petites phrases de contenu banal mais fortement négatives, par exemple : « je suis nul ; je ne suis pas capable de faire quoi que ce soit... ». Ces pensées automatiques peuvent être en lien avec une situation déclenchante ou peuvent se manifester par des ruminations qui ne constituent pas une réponse à un stimulus externe immédiat [1].

4. **Les processus cognitifs** : Les processus cognitifs sont des mécanismes qui sous-tendent le traitement de l'information (la sélection, l'évaluation, la mémorisation, l'organisation des éléments significatifs du son environnement). Pour une typologie des processus cognitifs, voir le Tableau n°1.

5. **Les schémas cognitifs** représentent l'ensemble des croyances et des convictions intimes qu'un sujet entretient sur lui-même et sur le monde. Ils sont à comprendre au sens donné par les institutrices cognitivistes et notamment comme des représentations non spécifiques mais organisées (selon l'expérience préalable du sujet), facilitant le rappel mnésique, mais en même temps entraînant des distorsions systématiques des nouvelles constructions mentales. Les schémas sont décrits comme étant à la fois des structures et des processus qui, une fois activés, canalisent l'attention et interviennent comme des filtres cognitifs pendant le traitement de l'information. [1]

Un ensemble de psychothérapies est proposé aux patients déprimés¹ parmi lesquelles les thérapies comportementales et cognitives (T.C.C). Ces thérapies brèves ont montré leur efficacité dans l'accélération de la rémission clinique et la diminution du taux des récurrences dépressives [1]. Elles sont utilisées depuis les années 1970 comme traitement des troubles émotionnels [2, 3]. Dès les années 1980, elles sont proposées en traitement combiné avec les médicaments antidépresseurs avec un gain important de l'association y compris pour les états dépressifs majeurs hospitalisés [4]. Le taux de récurrence dépressive est alors diminué d'environ 35 % à un an [5]. La T.C.C de la dépression est une thérapie verbale et comporte une quinzaine de séances. La thérapie est centrée sur des objectifs concrets et personnels. Elle est une des seules aides psychologiques qui s'utilisent en phase aiguë de la dépression.

Les étapes de la thérapie comportementale et cognitive sont les suivantes :

1. Présentation du modèle cognitif : situation-cognition²-émotion-comportement.
2. Définition et identification des pensées automatiques négatives³.
3. Argumentation des pensées dépressives, initiation aux méthodes de distanciation.
4. Identification des processus cognitifs⁴ trop utilisés (voir les différents types de processus cognitifs dans le Tableau n°1 page suivante).
5. Initiation à la technique de planification des actions.

6. Identification des schémas cognitifs.

7. Augmentation de la flexibilité des schémas cognitifs⁵.

L'indication est posée après des entretiens préliminaires incluant une analyse fonctionnelle⁶ des troubles aussi bien diachronique⁷ que synchronique⁸ [6].

En phase aiguë de la dépression⁹, le patient apprend une démarche psychologique qui l'amène à : mettre à distance ses pensées négatives dépressives ; obtenir un soulagement émotionnel et récupérer une liberté d'action. Une seconde partie de la thérapie se consacre à l'identification des vulnérabilités cognitives (appelées schémas¹⁰) incriminés dans le processus des rechutes et récurrences [7, 8]. Exemples d'après Leahy de « résistances » dues aux croyances dysfonctionnelles (la validation du schéma, la résistance morale, etc.).

Buttler en 2006 fait la synthèse des 16 méta-analyses¹¹ publiées sur l'évaluation de la T.C.C dans différentes souffrances psychiatriques et constate que la taille de l'effet est très importante dans le cas des dépressions non bipolaires [9].

Dans le même sens, de nombreuses études validées ont démontré l'efficacité des T.C.C sur l'amélioration des symptômes dépressifs à court et moyen terme [10, 11].

Une première série d'études visent à évaluer l'efficacité de cette thérapie brève dans différentes populations de déprimés, adolescents,

Tableau n°1
(ci-contre)

Typologie et définition des processus cognitifs.

> d'après Wright, cité par Mirabel-Sarron, 2005 [1]

6. Une analyse fonctionnelle: Cet analyse permet d'établir pour chaque comportement problème (ou séquence comportementale), le lien entre le comportement, les cognitions et les émotions ressenties, de spécifier le contexte et les modalités de son apparition, et enfin de réfléchir sur ses antécédents et ses conséquences (responsables du maintien du comportement - problème). L'analyse fonctionnelle permet de définir les buts et le plan thérapie, ainsi que les stratégies thérapeutiques les plus adaptées pour agir sur le comportement - problème.

7. Diachronique: l'évolution des faits ou des troubles dans le temps.

8. Synchronique: la description des faits/des troubles ici et maintenant.

9. Phase aigue: la phase dans laquelle les symptômes ont une forte intensité

10. Voir note de bas de page n°5.

11. Une méta-analyse est une démarche statistique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné. La méta-analyse permet une analyse plus précise des données par l'augmentation du nombre de cas étudiés et de tirer une conclusion globale. Cette démarche est largement utilisée en médecine pour l'interprétation globale d'études cliniques parfois contradictoires.

| Processus cognitifs | Définitions |
|-------------------------------------|---|
| Le raisonnement émotionnel | La personne fait une conclusion sur ses qualités d'après son état émotionnel |
| La surgénéralisation | La conclusion est tirée sur une seule expérience |
| Le raisonnement dichotomique | Penser en termes extrêmes, en tout ou rien |
| Devoir, falloir | Se donner des impératifs catégoriques qui organisent la manière d'agir et d'être. L'auto-injonction volontaire. |
| Prédictions négatives | Anticiper toujours l'échec de manière prématurée et sans arguments |
| La lecture des pensées des autres | Baser sa conclusion sur ce que l'on pense que les autres pensent sans avoir demandé. |
| L'étiquetage | Une caractéristique négative d'un événement ou d'une personne devient une caractéristique définitive |
| La personnalisation | L'interprétation d'une situation ou d'un comportement est mise en relation avec une caractéristique négative de soi-même. |
| L'abstraction sélective | Des événements indésirables ou négatifs sont davantage rappelés que des événements neutres ou positifs |
| L'évitement de la pensée (cognitif) | Les sentiments et les événements déplaisants sont perçus comme insurmontables, ils sont alors supprimés et/ou évités |
| Focalisation somatique | La personne interprète des stimuli internes (palpitations, souffle court...) comme des indicateurs fiables d'une catastrophe imminente, d'une attaque ou d'un malheur |
| Maximalisation | L'exagération d'un événement mineur |
| Minimisation | La moindre prise en compte des ressources personnelles et des réussites antérieures |
| Les erreurs de logique | Conclure quelque chose sans lien entre les faits |

adultes ou personnes âgées. Dobson en 1989 répertorie 28 études effectuées entre 1977 et 1987 [10]. Cette méta-analyse souhaite évaluer l'efficacité d'une T.C.C suivant le

programme préconisé par Beck (1979) [3]. Toutes ces publications montrent une thérapie 70 % plus efficace que les autres aides psychologiques.

12. Une étude multicentrique est une étude scientifique qui est faite avec des volontaires en provenance de plusieurs centres médicaux différents. Ceci permet ainsi de réunir un nombre plus grand de patients donc d'obtenir des données médicales plus précises.

13. Une thérapie interpersonnelle : cette thérapie se centre sur les relations entre le début des symptômes dépressifs et les problèmes relationnels du présent. De manière générale, la thérapie se focalise sur le contexte social immédiat du patient et cherche à intervenir sur les dysfonctionnements sociaux qui sont associée à la dépression plutôt que sur la personnalité. Dans sa perspective psychodynamique, la thérapie interpersonnelle est étroitement reliée à la perspective des relations d'objet : la compréhension des objets internes s'appuie sur l'analyse des relations interpersonnelles actuelles du patient, incluant la relation avec le thérapeute. Pour une comparaison de l'efficacité et des principes de différentes psychothérapies, voir l'article n°17 : « Dépression et Psychothérapie dans la vraie vie » (Dr. J-M Thurin). Le Livre Blanc de la Dépression.

14. Un placebo est une préparation dépourvue de tout principe actif, utilisée à la place d'un médicament pour son effet psychologique. En effet, le simple fait de se voir prescrire un médicament, et de l'utiliser, peut produire des effets thérapeutiques, indépendamment de l'action pharmacologique du produit sur l'organisme. C'est ce que l'on appelle « l'effet placebo ».

La même année débute la plus grande étude multicentrique¹² sous l'égide du National Institute for Mental Health (N.I.M.H), qui inclut le plus grand nombre de patients déprimés [13]. Les participants sont répartis aléatoirement en quatre groupes : les participants du premier groupe bénéficient d'une T.C.C seule, les participants du second groupe bénéficient d'une thérapie interpersonnelle¹³, les participants du troisième groupe prennent un traitement médicamenteux (un antidépresseur, l'Imipramine), les participants du quatrième groupe prennent un traitement placebo¹⁴. Après 6, 12 et 18 mois, les patients des trois premiers groupes s'améliorent plus que ceux du groupe placebo. Les dépressions très sévères réagissent mieux aux antidépresseurs. Les groupes bénéficiant de psychothérapies obtiennent des résultats similaires [14]. De très nombreuses publications seront issues de cette étude, qui sert désormais de référence, afin d'identifier les processus de changement opérés par chaque démarche de soin.

D'autres publications contemporaines ouvrent une nouvelle voie où les T.C.C deviennent une alternative efficace pour les patients qui ne répondent pas au traitement antidépresseur, comme ceux qui souffrent de dépressions chroniques [15-17].

Une seconde série d'essais cliniques a pour objectif d'évaluer l'impact des T.C.C à moyen et long terme. Gloagen et collaborateurs, répertorie 78 études publiées entre 1985 et 1996. Les auteurs excluent rapidement 30 études, non randomisées ou sans groupe contrôle. Les 48 études retenues montrent un effet préventif des T.C.C : en moyenne 29 % des patients déprimés ayant suivi une T.C.C rechutent à un an,

contre 60 % des patients sous antidépresseurs. La revue montre que les sujets qui bénéficient des deux approches combinées réduisent des deux tiers (65 %) la probabilité de rechutes, ce qui représente un gain considérable [5].

Quelques années plus tard, Vittengl [11] poursuit cette revue de littérature. Toutes les études constatent même après la fin de la T.C.C pour dépression à un an, un taux de récurrence très réduit, de 29 % à un an, et de 54 % à deux ans.

De manière originale, Jarrett et al., en 2001, conduisent la première étude qui compare l'efficacité de la T.C.C à long terme sur deux années de suivi, en ajoutant ou non des entretiens de consolidation, chez les patients répondeurs à la thérapie : 84 % des patients, répondeurs, sont répartis par randomisation en deux groupes (un groupe contrôle et un groupe bénéficiant de dix séances supplémentaires de T.C.C à raison d'une par mois). Les auteurs constatent que la phase d'entretien de la thérapie permet de réduire le risque de rechutes de manière significative : 10 % versus 31 % au premier re-test à huit mois. Ce résultat s'accroît à deux ans de suivi, avec un taux de récurrence de 16 % pour le groupe avec T.C.C prolongée contre 67 % pour le groupe contrôle. Un dernier résultat très intéressant pour les patients dont l'état de rémission (après la phase aiguë de thérapie) reste instable et précaire, la phase d'entretien de T.C.C permet de réduire significativement le risque de rechutes et de récurrences (37 % versus 62 %)[18].

Récemment, une troisième série d'études explorent l'effet des T.C.C chez des patients à haut risque de récurrence dépressive, en particulier des patients souffrant de symptômes rési-

15. INSERM : Institut National de la Santé et de la recherche médicale

16. Pour une présentation générale des interventions psychologiques pour la prise en charge de la dépression, voir l'article n°17: « Dépression et Psychothérapie dans la vraie vie » (Dr. J-M Thurin), Le Livre Blanc de la Dépression.

duels [19, 20]. Ainsi, Paykel et al. [21] incluent 158 patients, en rémission partielle avec des symptômes résiduels persistants depuis deux mois voire 18 mois. Une randomisation en deux groupes (une prise en charge de soutien et de conseils ou une prise en charge de T.C.C (méthode de Beck de 16 séances, réparties sur 20 semaines). Le traitement pharmacologique étant poursuivi à l'identique. Les taux de rechutes cumulés à 68 semaines de suivi sont de 47% dans le groupe contrôle et de 29% dans celui traité par T.C.C. Ce nouveau résultat est intéressant pour la pratique clinique concernant des patients pour lesquels les praticiens étaient souvent démunis.

En terme de processus, une spécificité des changements des T.C.C a été démontrée

avec : une rémission plus rapide des symptômes dépressifs, une action initiale sur les contenus de pensées pessimistes, désespérées voire suicidaires, une action rapide sur les pensées négatives dépressives puis physiologique (exemple régulation du sommeil)[22]. L'hypothèse serait que la T.C.C implique une participation active du patient qui activerait dès le début de la thérapie des stratégies pour faire face à la réalité.

Les recherches actuelles s'orientent vers l'identification des profils de patients qui s'améliorent le mieux avec une T.C.C. Quelle est la proposition la plus efficace pour quel type de patient ? Pour quelle forme de maladie dépressive ? [23, 24].

Comment les obtenons-nous ?

L'évaluation d'une thérapie est toujours un processus complexe en médecine organique ou psychiatrique, qui ne possède aucune solution définitive [25]. L'expertise INSERM¹⁵ de l'évaluation des psychothérapies en 2004 [26] a relancé la polémique sur la fiabilité des essais thérapeutiques, et en particuliers sur l'évaluation des psychothérapies. En effet, leur méthodologie d'évaluation n'est pas bien établie, et fait appel à des démarches bien différentes. Si la description de trajectoire de patient en cours de thérapie est parfois source de renseignements intéressants [27], elle ne peut pas cependant se substituer à la

comparaison de groupe de patients pris en charge selon des modalités psychologiques différentes. Ces essais, comme nous l'avons vu précédemment, incluent une randomisation utile, qui permet d'éliminer quasiment tous les biais méthodologiques, mais pose un certain nombre de questions : les patients ne sont pas neutres quant aux différentes possibilités de prise en charge psychothérapeutiques, ils ne sont pas libres de leur choix, et les conclusions de ces études sont difficilement généralisables à la pratique courante (patients homogènes, sans comorbidité...), etc...¹⁶

17. Un entretien semi-directif : L'entretien semi-directif est une technique qualitative qui permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par les évaluateurs et consignés dans un guide d'entretien.

18. Un entretien directif : dans l'entretien directif les questions posées à la personne interrogée sont définies et formulées en avance.

19. Un diagnostic opératoire est défini par l'utilisation d'un système de critères très précis.

20. Voir l'article n° 20-1 : « Comment se fait un diagnostic de dépression », Tableau n°1 (Dr. David Gourion). Le Livre Blanc de la Dépression.

21. DSM est l'acronyme de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; IV est le numéro de version (il s'agit ici de la quatrième version de ce manuel, publiée en 1994 ; la première version datait de 1952) ; TR est l'acronyme de Texte Révisé, qui correspond à une mise à jour du texte datant de 2000. La dernière version de la classification est le DSM -5.

22. Voir l'article n° 23 : « Dépression Bipolaire, aspects Cliniques » (Dr. Emilie Olié). Le Livre Blanc de la Dépression.

23. Voir l'article n° 5 : « Dépression et symptômes délirants » (Dr. K. Tabbane). Le Livre Blanc de la Dépression.

24. Aussi appelée électroconvulsivothérapie (ECT), jadis électrochoc, la sismothérapie consiste à provoquer une convulsion (crise comitiale) par un choc électrique exercé sur le crâne d'un patient anesthésié. Pour connaître d'avantage cette technique et son application dans le cadre de la dépression, voir l'article n° 16-1 : « Dépression et ECT » (Dr. F. Mouaffak). Le Livre Blanc de la Dépression.

Il est toujours possible de réaliser des études non randomisées, observationnelles : les résultats sont plus délicats à interpréter, leurs analyses sont plus complexes, mais c'est incontestablement bien mieux que de renoncer à l'évaluation.

Les méta-analyses sont un autre point de controverse, souvent appréhendées comme un assemblage d'études disparates. Cet outil permet de dépasser des biais des études individuelles et de limiter des insuffisances méthodologiques, et retient de grandes tendances.

L'évaluation des T.C.C utilise un ensemble de procédés comme : les enregistrements, en passant par diverses techniques d'entretien : semi-directif¹⁷, directifs¹⁸, des questionnaires soumis au patient et au praticien. Ces outils sont des bons moyens pour appréhender les motivations du patient, sa personnalité, ainsi que les données relatives à son contexte familial, social et relationnel.

L'inconvénient du recours à des juges est l'introduction d'un tiers dans la relation psychothérapique, il revient alors au thérapeute de s'adapter à l'introduction de cette nouvelle variable dans la relation psychothérapique et de l'utiliser comme donnée intégrée au sein du cadre de soin.

Outre le format des études d'évaluation, des moyens utilisés, trois autres aspects méritent d'attirer l'attention du lecteur : la définition des modalités de T.C.C à évaluer, les critères d'inclusion et d'exclusion des patients déprimés, puis les critères d'efficacité retenus.

Nous constatons que tous les essais portent sur des T.C.C de la dépression suivant le programme de Beck (1979) en 16 séances éche-

lonnées sur 20-22 semaines environ [3]. Ce constat est cohérent à une pratique de soin, car il s'agit du modèle T.C.C le plus utilisé dans le monde pour les patients déprimés. Dans tous ces essais cliniques, une homogénéité de la pratique est consignée dans un manuel à l'usage des cliniciens, n'enlevant en rien la singularité de chaque sujet.

Naturellement, le premier **critère d'inclusion** repose sur le diagnostic opératoire¹⁹ d'état dépressif caractérisé, qui s'établit par présence de critères diagnostic²⁰. Si, pour certains, ces systématisations manquent de finesse, elles ont pour vertu d'homogénéiser les diagnostics. Les critères du D.S.M²¹ sont largement choisis, ils sont assez efficaces pour caractériser les pathologies psychiatriques les plus classiques tels que les troubles dépressifs. Des échelles d'évaluation de l'intensité de la dépression par un juge indépendant de la T.C.C sont toujours utilisées avant, pendant et après le programme thérapeutique.

Les **critères d'exclusion** sont nombreux : La présence ou histoire de bipolarité²², les troubles psychotiques²³, tout abus de substances (alcool, cannabis,...), les troubles de la personnalité, des antécédents de sismothérapie²⁴, toute maladie organique chronique, certaines prises médicamenteuses.

Quels sont les critères de rémission, d'amélioration partielle, de rechute ou de récurrence dépressive ?

La rémission est définie selon trois modalités : soit par la disparition des critères diagnostics du D.S.M soit par un score total de l'échelle d'hétéro évaluation diminué d'au moins cinquante pour cent, ou encore par la définition d'un score seuil. Au total, nous pouvons

25. Une alliance thérapeutique est définie par la qualité de la relation entre le patient et le thérapeute.

conclure à une grande harmonie des critères d'inclusion des sujets dans les études, mais aussi à un grand nombre de critères d'exclusion qui expliquent le faible taux de sujets retenus dans chaque étude (entre 30 et 50 % de la population initiale de déprimés). Ainsi, les patients inclus dans les études ne ressemblent pas toujours aux patients reçus en consultation, qui présentent souvent des symptômes appartenant à plusieurs classes nosologiques [28] et nécessite de nombreuses adaptations thérapeutiques [7, 29]. Cependant ces essais thérapeutiques et méta-analyses nous dessinent les grandes trajectoires de soin et nous permettent d'années en années d'optimiser les T.C.C. proposées aux patients déprimés. Si les études contrôlées ne renseignent pas sur les processus, sur les variables concernant le patient et le thérapeute qui sont impliqués dans la réussite de la psychothérapie,

d'autres études plus qualitatives visent à identifier les processus de changement propres aux T.C.C. de la dépression. Toute une série de recherches ont examiné le style d'alliance thérapeutique²⁵ nouée dans les T.C.C. de la dépression [30]. Il est vite apparu une corrélation forte entre la réponse à la thérapie et la qualité de l'alliance avec toutes ses spécificités [31]. Plusieurs auteurs ont démontré qu'environ 70 % des patients déprimés sont de bons répondeurs à la T.C.C. avec un format de thérapie de 13 séances environ [32,33].

Leahy en 2005 identifie pour les trente pour cent restant un ensemble de processus cognitifs, par exemple la validation, source de résistances, pour lesquels il propose des stratégies thérapeutiques T.C.C., ramenant à moins de 10 % le nombre de non répondeurs.

Qu'en tirons-nous comme connaissances ?

Présentons selon trois axes les connaissances scientifiques apportées par cette littérature scientifique: la notion de conditionnement opérant, de la modélisation du traitement de l'information mentale de Beck, puis des avancées des neurosciences.

Le conditionnement opérant décrit par Skinner, permet de comprendre que le comportement d'un individu est modifié ou répété pour les conséquences qu'il engendre. Il existe donc une relation fonctionnelle entre

le comportement et les conséquences qui le suivent, appelée: renforcement. C'est ce processus que Lewinsohn a identifié comme altéré dans l'état dépressif [34], et que Mc Cullough a bien mieux détaillé encore dans la dysthymie et les dépressions chroniques [35].

De manière contemporaine Beck [2,3], postule un dysfonctionnement du traitement de l'information de l'individu qui incrimine 3 types de variables: les cognitions, les pro-

26. Normothymie: un état d'humeur stable qui correspond à une norme de « normalité » définie par une échelle ou un test.

27. La paroxétine est un anti-dépresseur.

cessus cognitifs et les schémas. Ces schémas dépressogènes sont répertoriés dans un questionnaire: le Dysfonctionnel Attitude Scale (DAS, Beck, Weisman, [36]). Ces constructions psychologiques stockées dans la mémoire à long terme sont constituées de souvenirs, de sensations corporelles, de cognitions et d'émotions.

La psychologie cognitive a fait évoluer cette notion de schéma vers une définition plus intégrative telle que: « Le schéma est une structure psychologique construite précocement et qui se façonne au gré de l'évolution affective, sociale, professionnelle ».

En 1988, Segal et col. [37], proposent une définition nouvelle des schémas, inspirée par les neurosciences: « Ce sont des structures mnésiques cognitivo-affectives construites tout au long de l'existence. Ces schémas constituent des représentations émotionnelles qui influencent le niveau sensorimoteur en guidant la perception et l'action. »

En 1990, l'équipe de Segal tente de mettre en évidence les modifications des schémas opérés par une T.C.C. sur le traitement de l'information. Dans cet objectif, 55 sujets déprimés participent à l'essai, et suivent pour moitié une T.C.C., selon le modèle de Beck.

Pour les sujets très améliorés par la T.C.C., la représentation négative de soi-même observée en phase dépressive apparaît donc moins marquée après le retour à la normothymie²⁶. Segal propose, pour l'interprétation de ces résultats expérimentaux, qu'il existerait une réorganisation des informations autoréférentes négatives dans la structure cognitive sous l'action de la thérapie [38].

En complément, Tryon en 2009 [39] évoquent différentes cibles neurobiologiques aux actions thérapeutiques chez le sujet déprimé, impliquant les échanges biochimiques, les réseaux de neurones ou encore les processus d'apprentissage cérébraux.

L'imagerie fonctionnelle est également mobilisée pour comprendre les processus de changements [40] l'utilisation d'une tomographie à émission de positrons chez 14 sujets déprimés bénéficiant d'une quinzaine de séances de T.C.C., et chez 13 patients recevant de la Paroxétine²⁷, des modifications fonctionnelles assez différentes sont observées: chez les patients améliorés avec la T.C.C.. Ces résultats obtenus avec un petit nombre de patients sont des pistes de réflexion à poursuivre.

Une autre porte de compréhension neurobiologique concerne les dysrégulations émotionnelles constatées dans l'état dépressif [41]. Dans une méta-analyse Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer [42] mettent en évidence que les stratégies d'évitement, de suppression et de ruminations sont corrélées positivement à la dépression. A l'opposé la démarche de résolution de problème et de réévaluation sont corrélées négativement à l'état dépressif.

La suppression ou l'évitement concernent aussi bien les pensées, les sensations physiques, les émotions, les différentes mémoires, etc.. qui augmenteraient le taux de pensées négatives, et empêcheraient la préparation l'action. La T.C.C. favorise clairement la stratégie de régulation émotionnelle de type « réévaluation » en engageant le patient à trouver d'autres interprétations possibles par rapport à une situation douloureuse, de telle manière à ce qu'elle engendre une diminution de la charge émotionnelle.

28. Pour connaître mieux les particularités de la dépression chez les personnes âgées, voir l'article n° 3 : « **Dépression chez la personne âgée** » (Pr. T. Gallarda), Le Livre Blanc de la dépression.

29. « **Dépression et trouble de la personnalité** ». Article en construction

30. Voir l'article n° 23 : « **Dépression Bipolaire, aspects Cliniques** » (Dr. Emilie Olié), Le Livre Blanc de la Dépression.

31. Le terme **ambulatoire** désigne un traitement qui nécessite une hospitalisation de courte durée, de l'ordre d'une dizaine d'heures. Par exemple, une prise en charge ambulatoire, à l'opposé d'une hospitalisation traditionnelle, permet de diagnostiquer, de traiter, de suivre un patient sans que celui-ci ne soit hospitalisé. Il peut ainsi dormir chez lui, garder ses habitudes et éventuellement continuer son travail.

32. Voir l'article n° 14-1 : « **Dépression et récurrences** » (Dr. A. Gaillard) et l'article n° 14-2 : « **Dépression récurrente : facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité** » (Dr. Chloé Girod-a-Petit-Louis, Dr. Emilie Olié et Pr. Philippe Courtet), Le Livre Blanc de la Dépression.

33. Une **prévention tertiaire** désigne l'ensemble des moyens mis en œuvre pour éviter la survenue des complications et les rechutes des maladies.

34. La **prévention secondaire** est centrée sur le dépistage. Elle permet, par un diagnostic précoce, d'intervenir rapidement afin d'appliquer un traitement suite à l'intervention clinique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère la prévention secondaire comme un ensemble de mesures destinées à interrompre un processus morbide en cours pour prévenir de futures complications et séquelles, limiter les incapacités et éviter le décès. Elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population donc à détecter une maladie avant l'apparition des symptômes, de façon à pouvoir intervenir pour ralentir ou arrêter sa progression. Elle permet de réduire la durée et la gravité d'évolution de la maladie.

La stratégie de résolution de problème est impliquée dans tous les programmes T.C.C. pour sujets déprimés.

Wells et al. [43] proposent dans la continuité, une démarche originale en huit séances, un travail ciblé, métacognitif, pour stimuler les stratégies de régulations défaillantes. Toujours au niveau meta-cognitif, Dobson s'est plus particulièrement intéressé à la position épistémologique, aux actions cognitives et meta-cognitives des T.C.C. de la dépression [44]. Partant de la psychologie expérimentale qui a objectivé que les évènements cognitifs impactent les comportements, que les cogni-

tions entendues comme pensées immédiates ou images peuvent être identifiées, notées, enregistrées, discutées, mises à distances. Au cours de la thérapie chaque sujet produit de manière métacognitive une évaluation de son fonctionnement cognitif, en exprimant une réflexion par rapport à son expérience individuelle, évaluant l'adaptabilité de ses pensées et de ses comportements par rapport aux circonstances de réalité, estimant les avantages et inconvénients de maintenir certains systèmes de croyances. Depuis une dizaine d'années, de nouvelles perspectives méta-cognitives émergent avec la notion d'acceptation [45, 46].

Qu'en faisons-nous concrètement ?

Si les T.C.C. de dépression ont été proposées en premier lieu aux patients souffrant de dépressions d'intensité légères ou modérées [2,3], leurs indications se sont étendues aux patients déprimés hospitalisés [4] puis à différentes populations plus spécifiques telles que les dépressions des personnes âgées²⁸ [47], associées à des troubles de la personnalité²⁹ [48] ou encore dans le cadre de troubles bipolaires³⁰ [49].

La haute autorité de santé (H.A.S) recommande la pratique des T.C.C. dans la prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire³¹ (2006); dans les troubles dépressifs récurrents ou persistants³² (2009). Son action en termes de prévention est aussi bien tertiaire³³ que secondaire³⁴ : en réduisant considérablement les incapacités fonctionnelles liées à la maladie dépressive, en

améliorant les capacités à agir, les relations interpersonnelles et l'estime de soi du patient. Elle permet ainsi de favoriser la réinsertion professionnelle et sociale.

Comme nous l'avons décrit la T.C.C. permet de réduire le taux de récurrences et donc réduit la durée d'évolution du processus morbide. Différents ajouts thérapeutiques utilisant les nouvelles technologies, telles qu'internet ou des logiciels spécialisés sont proposés par le système de soin public dans de nombreux pays, et augmentent l'efficacité de la T.C.C., menée toujours par un praticien [50, 51]³⁵.

En conclusion les T.C.C. de la dépression sont des démarches efficaces, qui continuent à évoluer grâce aux données de la recherche, des neurosciences, dans le but d'aider toujours mieux les patients déprimés. ■

35. Voir l'article n°26: «L'utilisation des nouvelles technologies dans le traitement de la dépression». (Dr. O. Grynspan), Le Livre Blanc de la Dépression.

Références

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **MIRABEL-SARRON C, DOCTEUR A.**
« Soigner les dépressions avec les thérapies cognitives »
Editions Dunod, 2012.
- Ref. [2] **BECK AT.**
"Cognitive therapy for emotional disorders"
Guilford press, New York, 1976.
- Ref. [3] **BECK AT, RUSH AJ, SHAW BF, EMERY G.**
"Cognitive therapy of depression"
Guilford Press, New York, 1979.
- Ref. [4] **WRIGHT J, THASE M, BECK AT, LUDGATE JW.**
"Cognitive therapy with inpatients. Developing a cognitive milieu"
Guilford Press, New York, 1993.
- Ref. [5] **GLOAGUEN V, COTTRAUX J, CUCHERAT M, BLACKBURN IM.**
"A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients"
J. Affect. Disord, Apr 1998 • 49(1), 59-72.
- Ref. [6] **MIRABEL SARRON C.**
« Les techniques en thérapie comportementale et cognitive » ; in « Les Thérapeutiques Psychologiques », pp 572-575 dans « Manuel de psychiatrie »
Coordonné par Prs GUELFJ et ROUILLON, Editions Masson, août 2007.
- Ref. [7] **PLAGNOL A, MIRABEL-SARRON C.**
« Mémoire : Schémas dépressogène et espace subjectif »
Annales Médico-Psychologiques, 2006 • 164(1) : pp 24-33.
- Ref. [8] **MIRABEL-SARRON C, GUELFJ JD.**
« Prise en charge pharmacologique et en thérapie comportementale et cognitive d'une dépression récurrente »
Psychiatrie Française, 2004 • 3, 97-106.
- Ref. [9] **BUTTLE AC, CHAPMANN JE, FORMAN EM, BECK AT.**
"The empirical status of cognitive-behavioral therapy:a review of meta-analyse"
Clinical psychology review, 2006 • 26, 17-31.
- Ref. [10] **DOBSON KS.**
"Meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression"
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1989 • 57, 414-419.
- Ref. [11] **VITTENGL JR, CLARK LA, DUNN TW, JARRETT RB.**
"Reducing relapse and recurrence in unipolar depression:a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects"
J Consult Clin Psychol, Jun 2007 • 75(3), 475-88.

- Ref. [12] **BECK AT, STEER R, GARBIN M.**
"Psychometric properties of the Beck depression inventory:25 years of research"
Clinical Psychology Review, 1988 • 8, 77-100.
- Ref. [13] **ELKIN I, SHEA MT, WATKINS JT, IMBER SD, SOTSKY SM, ET AL.**
"National Institute of Mental Health:treatment of depression collaborative research program"
Archive of General Psychiatry, 1989 • 46, 971-982.
- Ref. [14] **SHEAN MT, ELKIN I, IMBER SD ET AL.**
"Cause of depressive symptoms over follow-up:findings from the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program"
Archive of General Psychiatry, 1992 • 49, 782-787.
- Ref. [15] **SCOTT J.**
"Chronic depression:can cognitive therapy succeed when other therapy failed"
Behavioural Psychotherapy, 1992 • 20, 25-36.
- Ref. [16] **FAVA GA, SAVRON G,GRANDI S, RAFANELLI S.**
"Cognitive behaviour management of drug resistant major depressive disorder"
J Clin Psychiatry, 1997 • 58, 278-82.
- Ref. [17] **MC PHERSON S, CAIRNS P,CARLILE J, SHAPIRO DA, RICHARDSON P. ET AL.**
"The effectiveness of psychological treatment for treatment resistant depression:asystematical review"
Acta psychiatr. Scand, 2005 • 111, 231-40.
- Ref. [18] **JARRETT RB, KRAFT D, DOYLE J, FOSTER BM, EAVES GG ET AL.**
"Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase:A randomized clinical trial"
Arch Gen Psychiatry, 2001 • 58, 381-8.
- Ref. [19] **FAVA GA, RAFANELLI C, GRANDI S, CONTI S, BELLUARDO P.**
"Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy:Preliminary findings"
Arch Gen Psychiatry, 1998 • 55, 816-20.
- Ref. [20] **FAVA GA, RUINI C, RAFANELLI C, FINOS L, CONTI S ET AL.**
"Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression"
Am J Psychiatry, 2004 • 161, 1872-6.
- Ref. [21] **PAYKEL ES, SCOTT J, TEASDALE JD, JOHNSON AL, GARLAND A. ET AL.**
"Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy:A controlled trial"
Arch Gen Psychiatry, 1999 • 56, 829-35.
- Ref. [22] **DERUBEIS RJ, EVANS MD, HOLLON SD, GARVEY MJ, GROVE WM, ET AL.**
"How does cognitive therapy works? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression"
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1990 • 58, 862-869.
- Ref. [23] **BAGBY RM, QUILTY LC, SEGAL ZV, MCBRIDE CC, KENNEDY SH, ET AL.**
"Personality and differential treatment response in major depression:a randomized controlled trial comparing cognitive-behavioural therapy and pharmacotherapy."
Can J Psychiatry, Jun 2008 • 53(6), 361-70.

- Ref. [24] **JARRETT RB, VITTENGL JR, CLARK LA.**
"How much cognitive therapy, for which patients, will prevent depressive relapse?"
J Affect Disord, 2008 • 111(2-3), 185-92.
- Ref. [25] **FALISSARD B.**
« Méthodologie d'évaluation des psychothérapies : la question des mesures subjectives. In L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse »
Fondement et enjeux (Edition Masson), 2009.
- Ref. [26] **INSERM.**
« Psychothérapies, trois approches évaluées »
Paris : éditions Inserm, 2004.
- Ref. [27] **MIRABEL-SARRON C., BLANCHET A.**
« Modifications cliniques, cognitives et linguistiques au cours d'une psychothérapie cognitive d'un sujet déprimé »
Psychiatrie et Psychobiologie, 1990 • 5, 23-28.
- Ref. [28] **GUELFY JD, HANIN B, GERARD A.**
« Dépression et troubles de la personnalité »
Lemperière T, Dépressions et comorbidités psychiatriques, Paris, Masson, 2001.
- Ref. [29] **MIRABEL-SARRON C, ROUSSELET AV.**
« T.C.C. et troubles de la personnalité, dans « Les troubles de la personnalité » »
Hardy et Guelfi, Ed. Lavoisier, 2013.
- Ref. [30] **SAFRAN JD, SEGAL ZV.**
"Interpersonal process in cognitive therapy"
New York, Basic Books, 1990.
- Ref. [31] **MIRABEL-SARRON C, VERA L.**
« L'entretien en thérapies comportementales et cognitives »
4^e édition, DUNOD PARIS, 2013.
- Ref. [32] **LEAHY L.**
"Overcoming resistance in cognitive therapy"
Ed. Guilford Press, New York, 2005
- Ref. [33] **CUIJPERS P, HUIBERS M, EBERT DD, KOOLE SL, ANDERSSON G.**
"How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis"
Journal of Affective Disorders, 2013 • 149 1-13
- Ref. [34] **LEWINSOHN PM, HOYOUNGREN MA, GROSSCUP SL.**
"Reinforcement and depression"
New York, Academy Press, 1980.
- Ref. [35] **MC CULLOUGH JP.**
"Treatment for chronic depression. Cognitive behavioural analysis system of psychotherapy"
New York, Guilford Press, 2000.
- Ref. [36] **BECK AT, WEISSMAN A.**
"Assessing depressogenic attitudes:a validation study"
Paper presented at the 50th annual meeting of the Eastern psychological association, 1980.

- Ref. [37] **SEGAL ZV.**
"Appraisal of the self-schemata construct in cognitive models of depression"
Psychological Bulletin, 1988 • 103, 2, 147-162.
- Ref. [38] **SEGAL ZV, VELLA DD.**
"Self-schema in major depression: replication and extension of a priming methodology"
Cognitive Therapy and Research, 1990 • 14, 2, 161.
- Ref. [39] **TRYON W.**
"Cognitive Processes in Cognitive and Pharmacological Therapies"
Cogn Ther Res, 2009 • 33:570-584
- Ref. [40] **GOLDAPPLE K, SEGAL Z, GARSON C.**
"Modulation of cortical limbic pathways in major depression"
Arch Gen Psychiatry, 2004 • 61:34-41.
- Ref. [41] **MIRABEL-SARRON C.**
« Dysrégulations émotionnelles et dépressions »
L'Encéphale, 2012 • 38(2):s41-44.
- Ref. [42] **ALDAO A, NOLEN-HOEKSEMA S, SCHWEIZER S.**
"Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review"
Clin Psychol Rev, 2010 • 30:217-37.
- Ref. [43] **WELLS A, FISHER P, MYERS S, WHEATLEY J, PATEL T, BREWIN CR.**
"Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: a multiple-baseline study of a new treatment"
Cognitive Therapy and Research, 2009 • 33, 291-300.
- Ref. [44] **DOBSON KS.**
"The science of cbt: toward a metacognitive model of change?"
Behavior therapy 44, 2013 • 224-227
- Ref. [45] **SEGAL ZV, WILLIAMS JM, TEASDALE JD.**
"Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse"
New-York, Guilford, 2001.
- Ref. [46] **MIRABEL-SARRON C, DOCTEUR A, SALA L, SIOBUD-DOROCANT E.**
« Mener une démarche de pleine conscience : approche MBCT »
Ed. Dunod, Paris, 2012.
- Ref. [47] **BIZZINI L, FABRE C.**
« La Thérapie cognitive des troubles dépressifs chez la personne âgée : stratégies adaptatives et modèles d'intervention »
Journal de Thérapie comportementale et cognitive, 1997 • 7/4, 153-162.
- Ref. [48] **BECK AT, FREEMAN A.**
"Cognitive therapy of personality disorders"
New York, Guilford Press, 1990.
- Ref. [49] **MIRABEL-SARRON C, SOLIGNAC-LAIGNAC I.**
« Les troubles bipolaires, de la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif : comprendre, traiter et prévenir les rechutes »
2^{ème} édition, Ed. Dunod Paris, 2011.

Ref. [50] **ANDERSSON G, CUIJPERS P.**
"Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression:a meta-analysis"
Cognitive Behaviour Therapy, 2009 • 38, 196-205.

Ref. [51] **RICHARDS D, RICHARDSON T.**
"Computer-based psychological treatments for depression:a systematic review and meta-analysis"
Clinical Psychology Review, 2012 • 32, 329-342.

REQUÊTE ACTIVE VERS UNE BASE BIBLIOGRAPHIQUE

ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR **PUBMED**

- Articles comprenant "depression" et "Cognitive Behavioural Therapies ou CBT" dans le titre de l'article : [Consulter le lien](#)

ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR **GOOGLE SCHOLAR**

- Articles comprenant "depression et CBT ou « dépression et TCC » dans le titre de l'article : [Consulter le lien](#)

AUTRES LIENS UTILES

- [Association Française de Thérapies comportementales et cognitives \(A.F.T.C.C\)](#)
- [France Dépression](#)
- [Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie \(FNAPSY\)](#)
- [Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques \(UNAFAM\)](#)

Biographie



Christine MIRABEL-SARRON

Dr. Mirabel-Sarron est psychiatre, praticien hospitalier à l'hôpital Sainte Anne, service du professeur Rouillon (Paris) et ex-présidente de l'AFTCC. Docteur en psychologie clinique et pathologique, elle enseigne dans différentes universités de médecine et de psychologie.

<http://www.cmirabelsarron.fr/>

<http://www.dunod.com/auteur/christine-mirabel-sarron>

.....

COORDINATION SCIENTIFIQUE

Galina IAKIMOVA, chargée de mission pour la Fondation Pierre Deniker, Paris ; Maître de conférences de psychologie à l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

DÉCLARATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊT

Éditions Dunod Paris, Ed. Odile Jacob Paris.



FONDATION
Pierre Deniker
.....
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE