

La psychothérapie dans la dépression

Joachim Küchenhoff

Adresse de correspondance :
Pr Dr Joachim Küchenhoff
Médecin-chef de la clinique de psychiatrie et psychothérapie
Directeur médical de la psychiatrie, Bâle-Campagne
4410 Liestal
Joachim.Kuechenhoff@pbl.ch

Table des matières

	Page
1. Introduction	3
2. Des aides décisionnelles, mais pas des directives	3
3. Remarques critiques sur la méthodologie.....	3
4. Principes d'efficacité.....	4
4.1. Facteurs communs d'efficacité de la psychothérapie	5
4.2. Techniques psychothérapeutiques spécifiques	5
4.2.1. Psychothérapies psychanalytiques	5
4.2.2. Thérapie cognitivo-comportementale	6
4.2.3. Psychothérapie centrée sur la personne	6
5. Recommandations pour le traitement psychothérapeutique aigu.....	7
6. Efficacité des techniques psychothérapeutiques en cas de dysthymie, de double dépression et de dépression chronique.....	8
7. Traitement d'entretien ou prévention des récurrences par la psychothérapie	9
8. Efficacité de la psychothérapie dans le traitement de la dépression pharmaco-résistante.....	10
9. Recommandations supplémentaires.....	11
10. Résumé.....	12
11. Bibliographie.....	12

1. Introduction

L'efficacité du traitement psychothérapeutique des patients dépressifs peut être considérée comme avérée, ce qui est réjouissant. Si la durée, le degré de gravité et la phénoménologie de la dépression doivent assurément être pris en compte, ce constat est malgré tout une déclaration de base valable. C'est aussi le message principal des recommandations S3 pour le traitement de la dépression unipolaire formulées par l'association professionnelle allemande DGPPN et publiées en novembre 2009 (consultables en allemand sur le site Internet de l'« Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften », www.awmf.org). En tant que représentant de la Société allemande de psychanalyse, j'ai pu participer à l'élaboration de ces recommandations et je m'appuie ci-après sur ces résultats.

2. Des aides décisionnelles, mais pas des directives

Force est de commencer par tenir compte de quelques restrictions. Les recommandations peuvent être considérées comme des prescriptions idéales pour des « patients standards ». Les recommandations ne sont pas des directives. Le cas individuel est toujours plus riche et plus complexe que le cas standard et nécessite une mise en œuvre adaptée des recommandations. En outre, les recommandations sont des instantanés de l'expérience scientifique et de la pratique clinique, elles sont sans cesse réadaptées et n'incarnent donc pas « la » vérité, mais l'état actuel des connaissances au moment où elles sont établies.

3. Remarques critiques sur la méthodologie

Les critères d'évaluation du niveau de preuve des études sont connus. Ils privilégient nettement les études expérimentales. La « preuve » la plus élevée est fournie par les études randomisées et contrôlées (ERC) destinés à démontrer l'efficacité de techniques psychothérapeutiques. Cela est pertinent dans la mesure où ils permettent effectivement de produire les déclarations les plus fiables sur l'efficacité (efficacy), mais les liens qui en découlent pour la prise en charge clinique (effectiveness) ne sont pas clairs.

Un problème particulier se pose en psychothérapie, qui porte préjudice aux techniques psychodynamiques. Pour ces techniques, l'« adéquation » entre le patient et le thérapeute et la préférence des patients pour un technique thérapeutique particulier dans la pratique clinique quotidienne jouent un rôle très important dans la planification de la thérapie. C'est pourquoi une répartition aléatoire est ici problématique. On peut également se demander si les études randomisées couvrent toute la palette des thérapies. Les groupes de patients inclus dans les ERC sont, par rapport à la pratique psychothérapeutique ambulatoire, traités sur une durée bien plus courte. Quiconque a réalisé des études psychothérapeutiques connaît la problématique du contrôle approprié :

- le contrôle par d'autres techniques psychothérapeutiques demande souvent un trop gros investissement ;
- l'effet d'une psychothérapie varie en fonction du degré de l'« activité » des conditions de contrôle (comparaison avec un groupe en observation ou avec un placebo vs entretiens de soutien).

Les études randomisées et contrôlées ne permettent pas d'illustrer le bénéfice de la technique psychothérapeutique spécifique dans de véritables conditions de prise en charge (effectiveness). En fin de compte, si seules les études portant explicitement sur la dépression sont prises en compte, l'analyse des données des études de psychothérapie empiriques est basée sur des populations hétérogènes, même si, p. ex. dans les études sur la psychothérapie

en milieu hospitalier et ses résultats, les patients atteints de troubles dépressifs constituent toujours le sous-groupe le plus important.

L'awmf présente les recommandations en les classant selon les quatre niveaux suivants.

A Recommandation « doit » : au moins une étude randomisée et contrôlée d'une qualité et d'une cohérence globalement bonnes

B Recommandation « devrait » : études cliniques bien réalisées, mais pas d'études cliniques randomisées en rapport direct avec la recommandation

0 Recommandation « peut » : rapports de groupes d'experts ou avis d'experts et/ou expérience clinique d'autorités reconnues. Ce classement indique qu'il n'y avait pas d'études cliniques de bonne qualité directement applicables ou qu'elles n'étaient pas disponibles

PCC « point de consensus clinique » : recommandé comme bonne pratique clinique (« Good Clinical Practice Point ») en accord et conformément à l'expérience clinique des membres du groupe de recommandations en tant que standard dans le traitement pour lequel aucune recherche scientifique expérimentale n'est possible ou souhaitée

4. Principes d'efficacité

4.1. Facteurs communs d'efficacité de la psychothérapie

La psychothérapie peut se baser sur plusieurs techniques pour traiter la dépression. Mais la recherche sur la thérapie a montré que l'efficacité de la psychothérapie est majoritairement due aux facteurs communs (common factors) qui sont plus ou moins présents dans toutes les options psychothérapeutiques. Ces facteurs communs sont notamment :

l'activation des ressources :

- la psychothérapie utilise les motivations et les capacités des patients pour surmonter les problèmes ;

l'actualisation des problèmes :

- appréhension directe des difficultés par le patient,
- mise en situation réelle (thérapie comportementale),
- inclusion de personnes impliquées dans les problèmes (thérapie familiale ou de couple),
- utilisation de la relation thérapeutique et des conflits et sentiments émergeant de cette relation ;

la gestion des problèmes :

- aide à l'introduction d'expériences positives de gestion des problèmes dans le sens d'une expérience émotionnelle correctrice ;

la clarification des motivations :

- les thérapies favorisent l'examen d'expériences et de comportements conflictuels.

Ces facteurs s'appliquent aux psychothérapies en général et non pas seulement au traitement de la dépression. Mais, pour la psychothérapie dans la dépression, il est possible d'identifier des facteurs basiques, qui sont plus ou moins présents dans les différentes thérapies :

- l'approche active et de soutien, l'encouragement et la transmission d'espoir ;
- le contact empathique, la construction d'une relation de confiance ;

- l'exploration du modèle subjectif de la maladie, la clarification des motivations actuelles et des attentes du patient envers la thérapie ;
- la transmission d'un « modèle biopsychosocial » de la maladie pour soulager le patient de ses sentiments de culpabilité et d'échec et d'auto-reproches ; la clarification des situations actuelles de problèmes externes, la décharge des obligations et contraintes trop exigeantes sur le lieu de travail et en famille ;
- la prévention de souhaits liés à la dépression suite à un changement brutal de la situation de vie, le soutien dans la réalisation d'objectifs concrets et accessibles (renforceur positif) ;
- la suscitation de la prise de connaissance de la nécessité individuelle de thérapies adéquates ;
- l'implication de proches, le renforcement des ressources ;
- la discussion autour des impulsions suicidaires, l'élaboration d'un plan de gestion des crises.

Ce qui a été identifié depuis longtemps dans la recherche en psychothérapie comme un facteur de thérapie général essentiel s'applique aussi au traitement de la dépression : la qualité de la relation thérapeutique joue un rôle décisif dans la qualité et le résultat de la psychothérapie. C'est pourquoi la première recommandation S3 est consacrée à la relation thérapeutique.

Toute intervention psychothérapeutique devrait être basée sur le développement et le maintien d'une relation thérapeutique solide dont la qualité contribue généralement au succès du traitement.

B

4.2. Techniques psychothérapeutiques spécifiques

4.2.1. Psychothérapies psychanalytiques

Dans l'approche psychodynamique de la dépression, l'incapacité à supporter des pertes joue un rôle central. Les expériences de séparation font partie des principaux défis dans le développement de chaque individu. Leur intégration réussit si la maturation biologique n'est pas entravée, s'il n'y a pas d'expériences traumatisantes, si la qualité des relations avec la première personne de référence (« mère ») est bonne et si la bonne relation avec d'autres personnes de référence (« père ») facilite le détachement nécessaire et constitue un soutien de telle sorte que des structures fiables peuvent se former. Par ailleurs, l'hyperémotivité face à la perte tient son origine dans des expériences précoces de la fragilité des liens suite à des traumatismes, entraînant une forte dépendance envers les principales personnes de référence. Les symptômes de la dépression peuvent être compris comme des moyens d'assurer la relation avec les principales personnes de référence.

Le défi d'une personne dépressive est « ... de devoir faire ses adieux avant d'éprouver la séparation effective ou la non-satisfaction de besoins fondamentaux » (Hell 1992). C'est pourquoi la perte de l'autre est redoutée ou la perte – effective – ne peut être supportée.

La peur de la perte ne correspond pas toujours à des expériences de séparation réelles. Elle peut aussi être alimentée par d'autres facteurs. Si une personne est trop choyée, certains de ses souhaits ne pourront pas être satisfaits, provoquant ainsi une frustration perçue comme une perte. Si la propre agressivité, qui est p. ex. nécessaire pour le processus de développement de la séparation et du détachement, est vécue de manière trop douloureuse et nuisible, la peur de perdre les autres est grande lorsqu'on ose faire un pas autonome dans ce sens. Enfin, on peut redouter la perte de l'autre si ses propres exigences (imaginées) élevées ne peuvent pas être satisfaites (Küchenhoff 2009).

La totalité des interventions relationnelles permet d'étudier en psychothérapie psychanalytique la motivation inconsciente de la peur de la perte ressentie par les personnes dépressives et de la traiter.

4.2.2 Thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie comportementale des dépressions fait appel à la théorie de la perte des renforçateurs et à la théorie de l'impuissance apprise. Selon la première, le manque d'un renforçateur positif (« récompense ») peut provoquer ou maintenir un trouble dépressif, selon la seconde, c'est l'impuissance apprise (c.-à-d. l'expérience du caractère incontrôlable d'une situation accablante) qui joue ce rôle. Le manque d'entrain et l'humeur dépressive sont attribués à des expériences négatives (comme la perte d'une personne proche, la maladie, le chômage, l'isolement social) et à la perte du renforçateur positif qui en découle. La thérapie comportementale commence par réaliser une analyse individuelle du problème, à partir de laquelle les interventions thérapeutiques peuvent être planifiées, afin de modifier en le corrigeant le comportement problématique du patient dépressif et de développer un répertoire amélioré de résolution de problèmes.

La thérapie cognitive des dépressions joue un rôle important et donne de très bons résultats. Elle part du principe que la pensée des dépressifs sur eux-mêmes, sur l'environnement et sur l'avenir est déterminée par des chaînes de pensées négatives automatiques et récurrentes (schémas négatifs), qui sont activées et renforcées dans des situations accablantes. Ces « distorsions cognitives » sont unilatérales, exagérément négatives, sélectives et arbitraires. Elles sont déclenchées – les concepts psychodynamiques et cognitifs se rejoignent sur ce point – par des pertes, des événements traumatisants, des expériences de non-contrôlabilité et d'autres troubles. La thérapie cognitive de la dépression a pour but de modifier les symptômes dépressifs par la modification des attitudes et des schémas de pensée dysfonctionnels. Le patient est amené à identifier ses propres concepts, convictions et chaînes de pensées basés sur son auto-dévalorisation et leurs conséquences comportementales, à juger de leur pertinence et à expérimenter d'autres modèles de pensée et de comportement.

Le système d'analyse cognitivo-comportementale de la psychothérapie (Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapy CBASP) est utilisé pour traiter des dépressions chroniques au cours desquelles les réactions et contrôles émanant de l'entourage ne sont plus acceptés. La thérapie allie des stratégies cognitives, comportementales, interpersonnelles et psychodynamiques afin de faire naître de nouvelles expériences relationnelles et d'analyser la situation pour identifier et relativiser des modèles de pensée et leurs conséquences, de différencier les formes relationnelles actuelles des précédentes et de construire de nouvelles aptitudes comportementales.

La psychothérapie interpersonnelle (IPT) est une thérapie à court terme ayant pour but de traiter une dépression en 12 à 20 séances et visant, sur la base de modèles de thérapie psychodynamique et de thérapie cognitivo-comportementale, à traiter des stressseurs interpersonnels accablants (tristesse non surmontée, conflits de rôles, isolement, conflits familiaux), indépendamment du fait qu'ils soient la cause ou la conséquence de la dépression. Le traitement suit un modèle en trois phases principales :

- éclaircissement, analyse relationnelle, définition du problème (1 à 3) ;
- apprentissage de stratégies pour surmonter le problème (4 à 12) ;
- réintégration dans le quotidien, achèvement (14 à 16).

4.2.3 Psychothérapie centrée sur la personne

Le traitement de la dépression dans le cadre de la psychothérapie centrée sur la personne (PCP) suit les règles thérapeutiques particulières de l'empathie, de l'estime, de l'acceptation

sans condition, etc. Les causes d'une dépression résident dans le décalage entre l'image de soi et l'idéal de soi, ce qui entraîne l'auto-dévalorisation, des sentiments de culpabilité et une quête frustrée de reconnaissance. L'objectif thérapeutique est avant tout de corriger des idéaux de soi et attentes relationnelles excessifs.

La psychothérapie expérientielle est une variante brève de la PCP, limitée à 15 à 20 heures. Pendant cette période, on se concentre sur trois aspects : autocritique exagérée, souvenirs non assumés et comportements inappropriés. La thérapie commence par identifier le processus le plus important pour le patient et le traite avec des interventions spécifiques. Pendant les séances de psychothérapie, des changements se déclenchent, permettant à leur tour des changements des processus dépressifs typiques.

5. Recommandations pour le traitement psychothérapeutique d'un épisode aigu

Les recommandations préconisent de commencer par une observation attentive (« watchful waiting »), ce qui mérite déjà d'être signalé. Il n'y a donc pas lieu de proposer un traitement spécialisé et spécifique du trouble lorsqu'une dépression légère est diagnostiquée ; l'accompagnement médical, par le médecin de famille p. ex, peut être utile.

En cas d'épisode dépressif léger, si l'on peut supposer que les symptômes peuvent aussi être guéris sans traitement actif, au sens d'une observation attentive, le traitement spécifique de la dépression peut dans un premier temps être évité. Si les symptômes persistent ou se sont empirés après un contrôle de 14 jours maximum, il faut décider avec le patient de l'introduction d'une thérapie spécifique.

O

La recommandation suivante est fondamentale et déterminante. Elle valorise énormément la psychothérapie comme moyen thérapeutique. Le réflexe consistant à recourir immédiatement à un antidépresseur en cas de dépression légère à modérée est tranché de manière univoque par cette recommandation.

Pour le traitement des épisodes dépressifs aigus légers à modérés, une psychothérapie doit être proposée.

A

Si la dépression est sévère et aiguë, il convient de ne pas s'appuyer uniquement sur le dialogue, mais de ne pas non plus recourir uniquement à un traitement médicamenteux. Sur ce point aussi, les résultats de la recherche concordent avec l'expérience clinique. Il est préférable de s'appuyer tant sur un antidépresseur que sur la psychothérapie.

En cas de dépressions aiguës sévères, un traitement associant mesures médicamenteuses et psychothérapie doit être proposé.

A

Toutefois, les recommandations n'excluent pas entièrement que le médecin traitant privilégie une monothérapie, ce dont il faut également tenir compte. Le médecin n'est pas pour autant obligé de prescrire des psychotropes. Il peut aussi choisir la psychothérapie.

Lorsqu'une approche thérapeutique unique est envisagée chez les patients présentant des épisodes dépressifs aigus modérés à sévères pouvant être traités en ambulatoire, la psychothérapie seule doit avoir le même poids que le traitement médicamenteux lors du choix du traitement.

A

Toutefois, il convient de préciser que les psychotropes doivent être envisagés lorsque la dépression est associée à des expériences psychotiques.

Les patients dépressifs présentant des manifestations psychotiques devraient dans tous les cas recevoir un traitement médicamenteux.

Déclaration

La version complète des recommandations publiée par l'awmf reprend dans des tableaux récapitulatifs et dans des commentaires détaillés les résultats de la recherche qui ont servi de base aux recommandations. Ils ne sont pas repris en détail dans le présent document ; les personnes intéressées peuvent se reporter à la version complète des recommandations disponibles en ligne sur www.awmf.org. Il y a lieu de préciser ici que dans les principes recommandés, il est toujours question de « psychothérapie », et non pas de procédés isolés, afin de ne pas faire d'emblée un choix privilégiant ou déqualifiant unilatéralement une technique. Il n'est pas surprenant que l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale soit le mieux évaluée, également en ce qui concerne le traitement de la dépression unipolaire. L'efficacité des techniques psychodynamiques est très bien démontrée dans les thérapies courtes et focales, surtout sur des périodes brèves. Les analyses empiriques qui prouvent l'efficacité des approches psychanalytiques sur le long terme sont de plus en plus nombreuses ; les pièges méthodologiques que recèle la logique de la recherche des études empiriques ont déjà été expliqués ci-dessus. La décision de formuler les recommandations non pas spécifiquement pour une technique, mais de manière globale pour la psychothérapie est assurément judicieuse. Dans le cas contraire, un conflit sur les priorités entre les tenants de chaque approche thérapeutique aurait dissimulé le constat principal et important pour tous qu'il convient de mentionner : les recommandations valorisent grandement la psychothérapie, aussi pour le traitement de la dépression unipolaire aiguë !

6. Efficacité des techniques psychothérapeutiques en cas de dysthymie, de double dépression et de dépression chronique

L'état de la recherche sur le traitement des personnes souffrant de dysthymie, de double dépression et de dépression chronique est malheureusement bien moins avancé. Cela s'explique sans doute par des raisons méthodologiques : il est plus difficile d'évaluer les traitements de longue durée car cela requiert plus de temps. Par ailleurs, dans ces maladies, il est question d'attitudes dépressives peut-être fortement ancrées dans la vie des patients, qui se sont fortement enfouies dans leur vécu et qu'il est par conséquent difficile de supprimer ou de modifier. Ainsi, toute forme de traitement aura donc des difficultés, si elle est orientée vers l'obtention de modifications fondamentales. La situation est résumée dans la recommandation suivante :

En cas de dysthymie, de double dépression et de dépression chronique, le patient doit être informé qu'un traitement associant la psychothérapie et un antidépresseur est plus efficace qu'une monothérapie.

A

Compte tenu de l'importance du groupe de patients concernés par cette recommandation, cette phrase paraît très lapidaire et condensée. Quel est son sens ? Elle signifie qu'ici aussi le traitement ne doit pas être unilatéral et qu'il faut expliquer au patient qu'un traitement combiné a de meilleures chances de réussite. Notons que la recommandation ne stipule pas qu'un traitement combiné doit obligatoirement être adopté, mais souligne qu'il faut donner des explications claires et explicites au patient, qui doit pouvoir avoir son mot à dire concernant son traitement. C'est la partie la plus importante et la plus constructive de la recommandation car elle vise à faire participer le patient dans la planification du traitement.

Il est utile de détailler un peu ces recommandations. Il existe pour des sous-groupes spécifiques des preuves suffisantes d'études en faveur d'une indication différentielle du traitement associant les antidépresseurs et la psychothérapie, notamment pour les épisodes dépressifs sévères, les patients souffrant de dépression chronique, les dépressions récidivantes ainsi que les patients dépressifs âgés (59 à 70 ans). Pour eux, des effets complémentaires, statistiquement significatifs, d'un traitement combiné par rapport à une psychothérapie seule (pour les dépressions sévères) ou une pharmacothérapie seule (chez les dépressions chroniques et les patients âgés) sont prouvés.

Malgré tout, bien des questions importantes restent encore sans réponse (cf. Küchenhoff 2010). Premièrement, la question de savoir comment combiner les traitements. Dans la pratique, la psychothérapie est souvent associée à une pharmacothérapie dans le traitement de troubles dépressifs. On peut distinguer trois formes d'association :

- la psychothérapie est introduite dans la phase de traitement aigu après une pharmacothérapie ;
- l'une ou l'autre forme de traitement est introduite en complément lorsque l'efficacité d'un seul et unique traitement thérapeutique se révèle nulle ou insuffisante ou lorsqu'apparaissent des aspects qui entraînent la prescription spécifique d'une pharmacothérapie ou d'une psychothérapie ;
- les deux formes de traitement sont introduites simultanément.

Chaque option influence différemment l'association des traitements. Lorsque l'autre traitement est introduit progressivement, soit pour enrichir soit pour compléter le premier, il constitue quoi qu'il en soit un second choix, lié à l'aveu d'un échec certain du choix initial. Il est donc important de justifier et de traiter le changement dans le procédé thérapeutique. Il convient également de se demander si le traitement doit être effectué par une seule et même personne, si tant est qu'elle dispose des compétences nécessaires, ou si chaque traitement doit être réalisé par une personne différente. Les deux options se justifient. Le psychiatre et le psychothérapeute doivent les connaître pour être en mesure de choisir la technique qui leur paraît approprié.

Une autre question fondamentale reste encore sans réponse : quelles techniques thérapeutiques conviennent en particulier au traitement des troubles persistants sur le long terme ? Du point de vue de la conception de la thérapie, ce sont les techniques psychanalytiques qui peuvent le mieux élucider et changer les racines historiques des comportements dépressifs chroniques et des conflits. C'est avec les thérapies cognitives que l'on attire le plus facilement l'attention sur les schémas de pensée mis en place et que l'on travaille à rendre les croyances personnelles plus flexibles. En fin de compte, l'association de procédés thérapeutiques n'est pas qu'une question technique, elles doivent aussi être reliées l'une à l'autre. Il est primordial que le patient ait une conception thérapeutique, et donc aussi une théorie subjective de la maladie et du traitement, qui lui permettent de mieux comprendre sa souffrance et de mieux situer les formes thérapeutiques choisies. On peut donc déclarer, bien qu'avec un niveau de preuve un peu plus faible :

En cas de dépressions sévères, récidivantes et chroniques, de dysthymie et de double dépression, l'indication d'un traitement d'association combinant une pharmacothérapie et une psychothérapie adéquate, avant même d'évaluer l'indication d'une psychothérapie seule ou d'une pharmacothérapie seule.

B

L'association de la psychothérapie et de la psychopharmacologie influence la participation des patients. Les médicaments sont arrêtés moins rapidement ou ne sont maintenus qu'après accord avec le thérapeute.

Les résultats des études prouvent que la conformité d'un traitement médicamenteux est plus élevé s'il est associé en parallèle à une psychothérapie.

Déclaration

7. Traitement d'entretien ou prévention des récurrences par la psychothérapie

Toutes les études à long terme montrent que les troubles dépressifs peuvent souvent récidiver. D'une part, ce risque doit être pris en compte sur le plan psychopharmacologique, mais la psychothérapie a, d'autre part, une influence notable sur la stabilité du succès du traitement et sur la prévention de rechutes. Des études fiables montrent aujourd'hui que la psychothérapie est en mesure d'éviter des rechutes. Pour cela, il est primordial qu'elle soit introduite dès la phase aiguë. La psychothérapie aide justement à surmonter des événements critiques, mais aussi à faire attention aux déclencheurs des phases dépressives.

En tant que mesure, la psychothérapie n'est pas pertinente en continu et durablement. C'est pourquoi la manière dont les psychothérapies peuvent agir au-delà de la fin du traitement joue un rôle. Quelques études montrent que la psychothérapie présente un taux de récurrence plus faible que les pharmacothérapies une fois le traitement terminé. Il a également été prouvé que la prévention des récurrences par la psychothérapie avec une thérapie cognitivo-comportementale dans ce cas spécifique présente de meilleurs résultats, si elle est mise en œuvre de manière exclusive, qu'une psychopharmacothérapie exclusive de patients dépressifs. Le résultat est donc manifeste. La recommandation qui en résulte est très importante pour le traitement psychothérapeutique des personnes atteintes de dépression : la psychothérapie est nécessaire, non seulement pendant la crise, mais aussi après. La psychothérapie protège le patient des récurrences bien trop fréquentes dans la dépression.

Afin d'obtenir une stabilisation du succès thérapeutique et de réduire le risque de récurrence, une psychothérapie adéquate (traitement d'entretien) doit être proposée à la suite du traitement aigu.

A

Si les patients présentent un risque élevé de récurrence, il convient de mettre en place à plus long terme un traitement après la crise de dépression aiguë. Bien entendu, ce que l'on entend par « à plus long terme » peut grandement varier. En ce qui concerne la tendance unilatérale à raccourcir toujours davantage les psychothérapies, la remarque suivante, alimentée par les données de la recherche empirique, est très importante :

Une psychothérapie stabilisatrice sur le long terme (prévention des récurrences) doit être proposée aux patients présentant un risque accru de récurrence.

A

8. Efficacité de la psychothérapie dans le traitement de la dépression pharmaco-résistante

Que peut et que doit faire le thérapeute lorsqu'un traitement par psychotropes reste sans effets ? En pharmacothérapie, la pharmaco-résistance signifie que l'état de patients qui ont pris au moins deux antidépresseurs correctement dosés de différentes classes ne s'est pas amélioré. L'état des recherches dans l'utilisation de la psychothérapie en cas de dépression pharmaco-résistante n'est pas suffisant pour émettre des déclarations sûres. Il est malgré tout recommandé de suivre les recommandations sur la psychothérapie en cas de dépression pharmaco-résistante.

En cas de dépression pharmaco-résistante, une psychothérapie adéquate devrait être proposée aux patients.

B

9. Recommandations supplémentaires

Les troubles dépressifs n'apparaissent bien souvent pas seuls. Notons à ce sujet que le rapport entre la dépression et un autre trouble est tout sauf clair. Le trouble dépressif peut entraîner un autre, les deux troubles peuvent être dus à la même cause, mais il est aussi possible qu'on diagnostique à la fois un trouble dépressif et un autre trouble en raison d'un chevauchement de critères diagnostiques. Les recommandations relatives à la comorbidité avec troubles anxieux et dépendance à l'alcool sont présentées ci-après sans autre commentaire.

En cas d'épisodes dépressifs et de troubles anxieux concomitants, tant la psychothérapie (preuves empiriques pour la TCC et pour l'IPT) que la pharmacothérapie (preuves empiriques pour les SSRIs et pour la venlafaxine) sont des techniques thérapeutiques efficaces.

Déclaration

En cas d'un trouble dépressif et d'une dépendance à l'alcool concomitants, une psychothérapie antidépressive diminue les symptômes dépressifs, aussi bien en tant que traitement unique qu'en tant que partie d'un traitement d'association avec une pharmacothérapie ou une psychothérapie spécifique à l'alcool (preuves empiriques pour la TCC).

Déclaration

Il est très surprenant que l'état actuel des recherches ne permette pas de formuler des recommandations claires concernant la psychothérapie dans le traitement des troubles de l'alimentation accompagnés d'une dépression. Ceci est d'autant plus étonnant que les traitements psychothérapeutiques sont des standards dans les troubles alimentaires. On constate ici une fois de plus que les résultats de la recherche et les expériences cliniques peuvent parfois largement diverger. Il en va de même pour la recommandation d'une psychothérapie en cas de trouble dépressif associé à un trouble de la personnalité.

Il n'existe pas d'études systématiques pour la psychothérapie dans une dépression avec des troubles de l'alimentation concomitants si bien qu'outre les recommandations concernant le traitement des troubles alimentaires et de la dépression, il n'est pas possible, dans le cas de cette comorbidité, de formuler des recommandations fondées sur des preuves.

Déclaration

Il existe des remarques empiriques sur l'efficacité d'une psychothérapie comme traitement seul ou combiné avec une pharmacothérapie (remarques empiriques pour la TCC, l'IPT et la psychothérapie psychodynamique à court terme) pour des patients présentant une comorbidité de trouble dépressif et de trouble de la personnalité (borderline, paranoïaque, évitante et dépendante). Il existe aussi des preuves qu'en cas de comorbidité avec un trouble de la personnalité borderline, une association de psychothérapie et de pharmacothérapie est plus efficace qu'une pharmacothérapie seule.

Déclaration

Pour les affections malignes, cardiopathie coronarienne, accidents vasculaires cérébraux et troubles somatoformes, l'état des recherches n'est pas meilleur, exception faite de la dépression en cas de diabète sucré.

En cas de comorbidité d'un diabète sucré et d'un trouble dépressif, une psychothérapie doit être proposée pour diminuer l'état dépressif et améliorer le niveau de fonctionnement général.

B

10. Résumé

Le constat des recommandations S3 nationales pour le traitement de la dépression unipolaire – qui n'est pas valable qu'en Allemagne – est explicite : la psychothérapie joue un rôle important dans le traitement de la dépression. Beaucoup de collègues cliniciens trouveront cette conclusion presque ridicule car elle ne fait que confirmer ce que le thérapeute responsable ne cesse d'expérimenter dans sa pratique quotidienne. Mais ces conclusions ne sont en aucune manière superflues. Ces recommandations émanent d'un consensus de base commun entre de nombreuses associations professionnelles. Même si ce ne sont pas des directives et qu'elles peuvent en permanence être corrigées, ces déclarations ne peuvent pas être ignorées. Il est impossible de faire l'impasse sur la psychothérapie, qui fait partie des bases du traitement de la dépression. Il est aussi important de préciser que la psychothérapie joue un rôle significatif, non seulement en phase aiguë, mais aussi au-delà. Ces conclusions sont importantes tant pour les cliniciens que pour les assureurs-maladie. A une époque où les prestations psychothérapeutiques, notamment celles de longue durée, risquent d'être progressivement réduites, ces constats sont essentiels et décisifs.

Par ailleurs, ces recommandations ne doivent pas être surestimées. Comme elles s'appuient si étroitement sur un catalogue de recherche qui présente des points de vue partiels, il en résulte des divergences entre l'expérience clinique et les conclusions de la recherche. Cette divergence est positive si elle constitue une initiative pour améliorer la recherche, et notamment celle des techniques psychothérapeutiques. Elle n'est handicapante que si certaines formes de traitement sont systématiquement sous-estimées.

11. Bibliographie

Hell D. Welchen Sinn macht Depression ? Reinbek : Rowohlt ; 1992.

Küchenhoff J. Verlieren, trauern, verzeihen – zur Psychodynamik der Depression1Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2009 ;160 :200–7.

Küchenhoff J. Zum Verhältnis von Psychopharmakologie und Psychoanalyse – am Beispiel der Depressionsbehandlung. Psyche 2010 ; 64 : 890 – 916

Schauenburg H, Leiendecker C, Simon R, Küchenhoff J, Franz M. Neue Depressionsleitlinien - Zentrale Rolle der Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 2009 ; 55(4) : 354-64.

Pour la SSPP : Yvette Attinger Andreoli, Adrienne Baussière, Christian Bernath,
Daniel Bielinski, Anouk Gehret, Hans Kurt, Marco Merlo, Werner Strik, Pierre Vallon.