

Psychothérapie dans la dépression

Synthèse des recommandations S3 de la DGPPN

Joachim Küchenhoff

Kantonale Psychiatrische Klinik, Liestal

Quintessence

- La psychothérapie est une mesure efficace dans le traitement de la dépression unipolaire aiguë.
- Les facteurs d'efficacité communs à toutes les approches thérapeutiques sont essentiels, particulièrement la qualité de la relation thérapeutique.
- La psychothérapie est pertinente et recommandée pour tous les degrés de sévérité de la dépression.
- La psychothérapie est également indiquée après un épisode dépressif, afin de prévenir les récurrences.

Introduction

Il est réjouissant que l'efficacité du traitement psychothérapeutique des patients dépressifs puisse être considérée comme avérée. Il est certes nécessaire de tenir compte de la durée, du degré de sévérité et de la phénoménologie de la dépression, mais dans l'ensemble, cette affirmation est exacte. Il s'agit également d'un message clé ressortant des recommandations S3 pour le traitement de la dépression unipolaire, qui ont été recommandées par la société savante allemande *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde* (DGPPN) et publiées en novembre 2009 (www.awmf.de). En tant que représentant de la *Deutsche Psychoanalytische Vereinigung*, j'ai eu l'opportunité de participer au processus d'élaboration de ces recommandations. Les résultats sont présentés dans la suite de cet article, mais uniquement pour la psychothérapie. Les recommandations relatives aux options thérapeutiques biologiques ont déjà été présentées en détails dans ce journal [1, 2].

Aides décisionnelles, mais pas directives

Les éléments formulés dans des recommandations peuvent être considérés comme des mesures idéales pour des «patients standards». Les recommandations ne sont pas des directives et le cas individuel est toujours plus riche et plus complexe que le cas standard! Par ailleurs, les recommandations sont des instantanés des connaissances scientifiques et de la pratique clinique; elles sont sans cesse adaptées et n'illustrent dès lors pas «la vérité», mais l'état des connaissances tel qu'il est lorsque les recommandations sont élaborées.

Remarques critiques concernant la méthodologie

Les critères selon lesquels le niveau de preuve des études est évalué sont connus. Ces critères privilégient les études expérimentales. Le niveau de preuve le plus élevé revient aux études randomisées et contrôlées (ERC) destinées à démontrer l'efficacité de procédés psychothérapeutiques, ce qui a du sens vu que ces études permettent d'émettre des affirmations fiables concernant l'efficacité (efficacy). Toutefois, ces études ne permettent pas d'illustrer le bénéfice d'une mesure psychothérapeutique donnée dans des conditions réelles de prise en charge (effectiveness). Par ailleurs, il est loin d'être certain que les études randomisées appréhendent l'ensemble du spectre des traitements. Les patients inclus dans les ERC sont traités sur une durée nettement plus courte par rapport à la pratique psychothérapeutique ambulatoire. Il est souvent très difficile d'assurer des conditions adéquates de contrôle, par ex. proposer une offre psychothérapeutique alternative ou trouver des groupes contrôle pertinents. Lorsque seules les études portant explicitement sur la dépression sont prises en compte, les études empiriques de psychothérapie comportent des populations hétérogènes même si, par ex. dans les études portant sur la psychothérapie en milieu hospitalier et ses résultats, les patients atteints de troubles dépressifs constituent toujours le sous-groupe le plus important. Dans la recherche en psychothérapie, les procédés psychodynamiques sont toujours pénalisés par le plan d'étude randomisée et contrôlée. Pour ces procédés, l'«adéquation» entre le patient et le thérapeute, ainsi que le choix personnel du procédé thérapeutique sont d'une grande importance, mais une randomisation est dès lors problématique.

Il existe quatre grades de recommandation:

- A: «doit»
- B: «devrait»
- O: «peut»
- KKP: consensus clinique (pas de preuve scientifique)

Partie principale

Facteurs d'efficacité communs dans la psychothérapie

Différentes options psychothérapeutiques sont disponibles pour la prise en charge de la dépression. La recherche a montré qu'une grande partie de l'efficacité de la psychothérapie dépend de facteurs communs, qui sont plus ou moins présents dans toutes les options psychothérapeutiques. Parmi ces facteurs figurent:

- Activation des ressources, c.-à-d. utilisation des motivations et des capacités des patients;
- Actualisation des problèmes, par ex. mise en situation réelle (thérapie comportementale), inclusion de personnes qui sont impliquées dans les problèmes (entre autres thérapie familiale, thérapie de couple), utilisation de la relation thérapeutique et des conflits et sentiments émergeant dans cette relation;
- Gestion des problèmes, c.-à-d. aide à l'introduction d'expériences positives de gestion des problèmes, dans le sens d'une expérience émotionnelle correctrice.

Ces facteurs s'appliquent pour les psychothérapies en général. Pour la psychothérapie dans la dépression, il existe des facteurs basiques, qui sont plus ou moins présents dans les différentes thérapies:

- Approche active et de soutien, encouragement;
- Empathie, construction d'une relation de confiance;
- Exploration du modèle subjectif de la maladie, clarification des attentes thérapeutiques;
- Transmission d'un «modèle biopsychosocial» de la maladie pour soulager le patient de sentiments de culpabilité;
- Clarification des situations problématiques externes actuelles, décharge des obligations et des contraintes trop exigeantes;
- Prévention des souhaits liés à la dépression suite à un changement brutal de la situation de vie, soutien pour atteindre des objectifs concrets et réalistes;
- Discussion autour des impulsions suicidaires, élaboration d'un plan de gestion des crises.

Dans la prise en charge de la dépression également, la qualité de la relation thérapeutique est déterminante pour la qualité et le résultat de la psychothérapie. Par conséquent, la première recommandation de la DGPPN est dédiée 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 thérapeutique (B).

Procédés psychothérapeutiques spécifiques

Psychothérapies psychanalytiques

Dans la conception psychodynamique de la dépression, l'incapacité à assumer des pertes joue un rôle central [3]. Les expériences de séparation font partie des principaux défis développementaux pour chaque être humain. Leur intégration réussit lorsque la maturation biologique n'est pas altérée, lorsqu'il n'y pas d'expériences traumatiques, lorsque la qualité des relations avec la première personne de référence («mère») est bonne et lorsque la bonne relation avec les autres personnes de référence («père») facilite le détachement nécessaire et apporte du soutien, de sorte que des structures fiables puissent se former. D'un autre côté, l'hypermotivité face à la séparation tire parfois ses origines dans des expériences précoces de liens fragiles suite à des traumatismes, ce qui se traduit par une grande dépendance vis-à-vis des principales personnes

de référence. Les symptômes dépressifs peuvent être interprétés comme étant dédiés au maintien de la relation avec les principales personnes de référence. L'angoisse de séparation ne présuppose pas systématiquement des expériences de perte réelles, mais elle peut avoir d'autres origines (cf. [4]). Avec tout le spectre des interventions relationnelles, il est possible dans la psychothérapie psychanalytique d'explorer la motivation inconsciente de l'angoisse de séparation sous-jacente à la dépression et de travailler pour corriger cette angoisse de séparation.

Thérapie cognitivo-comportementale

La théorie de perte des renforçateurs (dépression en tant que manque de renforcement positif) et la théorie de l'impuissance apprise (dépression comme expérience du caractère incontrôlable d'une situation problématique) ont toutes deux une orientation thérapeutique comportementale. La thérapie cognitive de la dépression joue un rôle plus important: la pensée des personnes dépressives est conditionnée par des chaînes de pensée automatiques répétitives (schémas négatifs), qui sont activées lors de situations accablantes, avant tout par des événements de perte ou des traumatismes. Ces «distorsions cognitives» sont unilatérales, exagérément négatives, sélectives et arbitraires. Il est possible d'influencer les symptômes dépressifs en modifiant les croyances et des schémas de pensée dysfonctionnels. Le patient est encouragé à identifier ses concepts personnels basés sur l'auto-dévalorisation et à expérimenter des schémas de pensée et de comportement alternatifs. Le *Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapy* (CBASP) est utilisé pour le traitement des dépressions chroniques, dans lesquelles les réactions et les contrôles exercés par l'entourage ne sont plus admis par le patient. Durant le traitement, des stratégies cognitives, comportementales, interpersonnelles et psychodynamiques sont combinées afin de permettre au patient d'explorer de nouvelles expériences relationnelles et par le biais d'une analyse situationnelle, d'identifier et de relativiser le schéma de pensée et ses conséquences, de différencier les anciennes formes relationnelles des nouvelles formes relationnelles et de construire de nouvelles compétences comportementales.

La psychothérapie interpersonnelle (PIP) est une thérapie à court terme, se déroulant sur 12–20 séances, qui est utilisée dans le traitement de la dépression. En se basant sur des modèles psychodynamiques et sur des modèles thérapeutiques comportementaux, elle vise à modifier les stressors interpersonnels accablants (tristesse non gérée, conflits de rôles, isolement, conflits familiaux), peu importe qu'ils soient la cause ou la conséquence de la dépression.

Psychothérapie centrée sur la personne

Il est considéré que les causes d'une dépression résident dans une divergence entre l'image de soi et l'idéal de soi, ce qui a pour conséquences une dévalorisation de soi, des sentiments de culpabilité et des quêtes frustrantes de reconnaissance. L'objectif thérapeutique est avant tout de corriger les idéaux de soi trop ambitieux et les attentes relationnelles excessives. La *Process Ex-*

periental Psychotherapy est une variante courte, limitée 15–20 heures, de la psychothérapie centrée sur la personne. Pendant cette durée de traitement, cette variante se concentre sur trois points: autocritique excessive, souvenirs non assumés et comportements inappropriés.

Recommandations pour le traitement psychothérapeutique aigu

Les recommandations préconisent en premier lieu le «watchful waiting», c.-à-d. l'attente (jusqu'à 14 jours), ce qui mérite déjà d'être signalé! Ainsi, il ne faut pas immédiatement proposer un traitement spécialisé et spécifique du trouble si une dépression légère est diagnostiquée; l'accompagnement médical, par ex. par le médecin de famille, pourrait être utile.

La recommandation suivante est fondamentale et déterminante. Elle valorise énormément la psychothérapie en tant que procédé thérapeutique. Le réflexe consistant à recourir immédiatement à un antidépresseur en présence d'une dépression légère à modérée est tranché de manière univoque dans cette recommandation, qui est la suivante:

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

Lorsque la dépression est sévère et aiguë, il convient de ne pas s'appuyer uniquement sur le dialogue, mais de ne pas s'appuyer non plus uniquement sur les traitements médicamenteux, et là encore, les résultats de la recherche concordent avec l'expérience clinique. Au contraire, il convient de combiner les deux éléments, à savoir médicament antidépresseur et psychothérapie.

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

Néanmoins, il faut également tenir compte du fait que les recommandations n'excluent pas totalement que le médecin traitant puisse privilégier une monothérapie. Toutefois, le médecin n'est pas incité à prescrire des médicaments, il peut très bien opter pour 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 seul 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 (statement).

Dans la version complète des recommandations, qui ont été publiées par la *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)*, les résultats des études ayant servi de base pour les recommandations sont résumés dans des tableaux récapitulatifs et dans des commentaires détaillés. Il est recommandé aux lecteurs intéressés de consulter la version longue. Seul un commentaire mérite d'être fait: il est toujours question de «psychothérapie» dans les principes recommandés, et non des procédés individuels. Il n'est pas étonnant que l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale ait le mieux été évaluée dans le traitement de la dépression unipolaire. L'efficacité des approches psychodynamiques a avant tout été très bien démontrée sur le court terme, en tant que psychothérapies courtes et focales. Les analyses empiriques, qui confirment l'efficacité des approches psychanalytiques sur le plus long terme, sont de plus en plus nombreuses; les embûches méthodologiques inhérentes aux recherches empiriques ont déjà été présentées au début de cet article. La décision de ne pas formuler les recommandations spécifiquement pour chaque procédé, mais de les formuler de manière globale pour la psychothérapie, est sans doute une sage décision; en effet, dans le cas contraire, un conflit de priorités entre les experts des différentes approches psychothérapeutiques aurait surgi et aurait masqué le point important suivant qui doit être retenu: les recommandations valorisent beaucoup la psychothérapie, également pour le traitement aigu de la dépression unipolaire!

Efficacité des procédés psychothérapeutiques en cas de dysthymie, de double dépression et de dépression chronique

L'état de la recherche concernant le traitement des sujets atteints de dysthymies, de double dépression et de dépression chronique est malheureusement beaucoup moins avancé, pour des raisons méthodologiques: les traitements à long terme nécessaires sont plus difficiles à évaluer parce que cela nécessite plus de temps. Pourtant, dans ces maladies, il s'agit d'attitudes et de croyances dépressives peut-être profondément ancrées dans la vie des patients, qui se sont profondément enfouies dans leur vécu, et par conséquent, ne sont faciles à identifier et à modifier. Ainsi, toute forme de traitement orientée vers l'obtention de modifications fondamentales aura du mal à s'imposer. 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 une psychothérapie et un antidépresseur est plus efficace qu'une monothérapie (A).

Compte tenu du grand nombre de patients concernés par cette recommandation, cette phrase paraît très lapidaire et condensée. Que dit-elle vraiment? Elle signifie que dans ces cas également, le traitement ne doit pas être unilatéral et qu'il faut expliquer au patient que les chances de succès sont plus grandes avec un traitement

d'association. La recommandation ne stipule pas qu'il faut recourir à tout prix à un traitement d'association; elle a été émise pour aider les thérapeutes à fournir des explications aux patients qui veulent avoir leur mot à dire dans le traitement.

Il est utile de fournir quelques détails supplémentaires quant à ces recommandations. Pour des sous-groupes spécifiques de patients, il existe des preuves suffisantes d'études qui sont en faveur d'un traitement associant des antidépresseurs et une psychothérapie; ces sous-groupes incluent les patients avec épisodes dépressifs sévères, les patients avec dépression chronique, les patients avec dépressions récidivantes, ainsi que les patients dépressifs âgés (59–70 ans). Pour ces sous-groupes, des effets additifs statistiquement significatifs ont été démontrés avec un traitement d'association par rapport à une psychothérapie seule (en cas de dépression sévère) ou de pharmacothérapie seule (en cas de dépression chronique et chez les patients dépressifs âgés). Toutefois, de nombreuses questions importantes restent ouvertes [5]. En effet, reste tout d'abord à savoir comment les traitements doivent être combinés, puisque dans la pratique, la psychothérapie est souvent combinée à une pharmacothérapie pour traiter les troubles dépressifs. Une autre question fondamentale reste en suspens: quels procédés thérapeutiques sont les plus à même de soigner les troubles persistants sur le long terme? Les approches psychanalytiques permettent le mieux de mettre à nu et de modifier les éléments de vie à l'origine des attitudes dépressives et des conflits. Les thérapies cognitives sont le moyen le plus simple d'attirer l'attention sur les schémas de pensée et d'obtenir une flexibilité des croyances personnelles. Finalement, combiner les procédés thérapeutiques n'est pas qu'une affaire technique; il faut combiner ces procédés de sorte qu'ils forment un ensemble. Il est essentiel que le patient dispose d'une conception thérapeutique et donc également d'une théorie de la maladie et du traitement qui lui permette de mieux comprendre son mal et mieux situer les formes thérapeutiques choisies. Ainsi, il faut retenir la recommandation suivante, même si le grade de recommandation est 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 devrait être considérée en priorité, avant même d'évaluer l'indication d'une psychothérapie seule ou d'une pharmacothérapie seule (B).

Par ailleurs, la combinaison d'une psychothérapie et d'une psychopharmacothérapie a des répercussions sur la coopération des patients. Les médicaments sont arrêtés moins rapidement ou ils sont uniquement poursuivis après concertation avec le thérapeute.

Traitement d'entretien ou prévention des récurrences par la psychothérapie

Les troubles dépressifs peuvent facilement récidiver. La psychothérapie a également un impact considérable

sur la stabilité du succès thérapeutique et sur la prévention des récurrences. La psychothérapie peut empêcher la survenue de récurrences! A cet effet, il est essentiel qu'elle soit déjà débutée durant la phase aiguë.

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).

À l'issue de la crise dépressive aiguë, un traitement doit être poursuivi sur le plus long terme si les patients présentent un risque élevé de récurrences. Concernant la tendance unilatérale à raccourcir toujours davantage les psychothérapies, la recommandation suivante, qui se fonde sur des études empiriques, revêt une grande importance.

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

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? Les études ayant évalué le recours à la psychothérapie en cas de dépression pharmaco-résistante sont insuffisantes et elles ne permettent pas d'émettre des recommandations tout à fait définitives. Toutefois, il est également préconisé de suivre les recommandations concernant la psychothérapie en cas de dépression pharmaco-résistante.

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

Recommandations supplémentaires

Il convient de noter que les troubles dépressifs surviennent très souvent en association avec d'autres troubles. Il faut tenir compte du fait que le rapport entre la dépression et un autre trouble est loin d'être évident. Les troubles dépressifs peuvent engendrer d'autres troubles, les deux troubles peuvent avoir une cause commune, mais il se peut également qu'à la fois un trouble dépressif et un autre trouble soient diagnostiqués en raison de critères diagnostiques qui se chevauchent. La psychothérapie est recommandée – comme un *statement* – pour les comorbidités que sont les troubles anxieux et la dépendance à l'alcool. Il est très étonnant qu'en raison de l'état des connaissances, il ne soit pour l'instant pas possible d'émettre des recommandations claires concernant la psychothérapie pour le traitement des troubles du comportement alimentaire avec dépression concomitante. Ceci est d'autant plus étonnant que les approches psychothérapeutiques font partie des

traitements standard en cas de troubles du comportement alimentaire. Il s'agit là d'une illustration de plus que les résultats de la recherche et les expériences cliniques peuvent largement diverger. La recommandation d'une psychothérapie en cas de présence concomitante d'un trouble dépressif et d'un trouble de la personnalité est formulée de manière quelque peu plus solide, même si elle ne va pas au-delà d'un statement. Les études sont également insuffisantes concernant les affections malignes, les cardiopathies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux et les troubles somatoformes. Une exception est la dépression dans le cadre d'un diabète sucré, dans quel cas une psychothérapie est préconisée (B).

Résumé

Le constat qui ressort des recommandations thérapeutiques S3 et des recommandations thérapeutiques nationales relatives au traitement de la dépression unipolaire, mais qui ne vaut pas pour l'Allemagne, est univoque: la psychothérapie a une place importante dans le traitement de la dépression. Cette conclusion pourrait presque paraître ridicule pour les nombreux collègues praticiens, puisqu'elle ne fait que confirmer ce que le thérapeute consciencieux constate de toute façon en permanence dans son cabinet. Toutefois, les conclusions de ces recommandations ne sont en aucun cas superflues. Ces recommandations sont le fruit d'un consensus de base commun entre de nombreuses associations professionnelles. Même s'il ne s'agit pas de directives et si elles peuvent en permanence être corrigées, ces recommandations ne doivent pas pour autant être ignorées. Il est impossible de faire l'impasse sur la psychothérapie, qui fait partie des mesures thérapeutiques de base du traitement de la dépression. D'ailleurs, la psychothérapie joue un rôle important à la fois durant la phase aiguë, mais également au-delà. Les conclusions mises en lumière dans ces recommandations ne sont pas uniquement importantes pour les cliniciens, mais également pour les assureurs-maladie. Ces conclusions sont essentielles et de longue portée, même à une époque où le risque de voir les prestations psychothérapeutiques

se réduire progressivement, à fortiori si elles durent longtemps, est bel et bien présent.

D'un autre côté, il ne faut pas surestimer les recommandations. Etant donné qu'elles se basent si fortement sur un catalogue de recherche, qui présente des limitations, des divergences naissent entre l'expérience clinique et les résultats de la recherche. Ces divergences sont positives si elles sont le déclic pour mieux explorer les procédés psychothérapeutiques. En revanche, elles ne sont qu'handicapantes si certaines formes thérapeutiques sont systématiquement sous-estimées.

L'SSPP recommande cette synthèse. Elle complète les deux articles sur le traitement somatique des troubles dépressifs unipolaires dans les numéros 46 et 47/2010 du Forum Médical Suisse (www.medicalforum.ch → Pour les lecteurs → Archive). Dans le site web www.psychiatrie.ch, vous trouverez la version détaillée de cette synthèse sur la psychothérapie de la dépression par le même auteur.

Correspondance:

Prof. Joachim Küchenhoff
Kantonale Psychiatrische Klinik
Biententalstr. 7
CH-4410 Liestal

[Joachim.Kuechenhoff\[at\]Junibas.ch](mailto:Joachim.Kuechenhoff[at]Junibas.ch)

Références

- Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J, Brand S, Hemmeter UM, et al. Traitement somatique des troubles dépressifs unipolaires. 1^{re} partie. Forum Med Suisse. 2010;10(46):802-9.
- Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J, Brand S, Hemmeter UM, et al. Traitement somatique des troubles dépressifs unipolaires. 2^e partie. Forum Med Suisse. 2010;10(47):818-22.
- Hell D. Welchen Sinn macht Depression? Reinbek: Rowohlt; 1992.
- Küchenhoff J. Verlieren, trauern, verzeihen – zur Psychodynamik der Depression. Schweiz 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.