

Thérapie Comportementale et cognitive de la dépression

**INSERM
PARIS**

Vendredi 4 Mai 2007

Dr Christine MIRABEL SARRON
CMME

Service du Professeur ROUILLON
100 rue de la Santé
75014 PARIS

Email : cmirabelsarron@club-internet.fr

POURQUOI SUIS-JE DEPRIME ?

- Participation de la chimie du cerveau ;
- Rôle de l' hérédité;
- Impact, de l' environnement;
- Schémas de pensée.

Devenir évolutif

- Avec les répétitions, les intervalles libres se raccourcissent et le retour vers l'état antérieur devient de plus en plus difficile.

Devenir évolutif (2)

- Le but du traitement est la prévention des récurrences. La durée des traitements d'entretien tend à s'étendre.
- Exemple : Si rechute dans la phase de maintenance la W.S.F.P.B conseille de vérifier l'observance, de rechercher une conduite addictive, une comorbidité médicale et un stress majeur.
- Adjoindre alors une psychothérapie.

Médicaments et psychothérapie

- Médicaments et psychothérapie : d' une dualité ancienne à une complémentarité actuelle.
- Le traitement repose sur la prescription de médicaments anti-dépresseurs : à dose efficace suivi suffisamment longtemps et surveillé.
- La prévention des rechutes : Médicaments et psychothérapies

DEFINITION COGNITIVE

PRÉDICAT

Les sujets sont influencés voire conditionnés par la perception qu'ils ont des événements et non pas par les situations objectives dans lesquelles ils sont plongés.

ACTIONS DE LA THÉRAPIE COGNITIVE

Elle permet au sujet de prendre conscience de son discours intérieur (desinterprétations qu'il se construit des événements), de le soumettre à un examen critique pour en dégager une représentation du monde plus rationnelle qu'émotionnelle.

Nos évaluations erronées et nos distorsions cognitives engendrent la souffrance émotionnelle anxieuse ou dépressive.

CARACTERISTIQUES DES TCC DE LA DEPRESSION

- 1) Thérapies brèves et structurées
- 2) Réduisent les comportements d'inhibition de la dépression
- 3) Apprennent de nouvelles habiletés comportementales et cognitives
- 4) Utilisation de stratégies apprises dans des contextes variés (après la thérapie)
- 5) Entreprises en phase d'état de la dépression en association avec une autre thérapie médicamenteuse ou psychologique

Elles se distinguent d' autres psychothérapies par :

- **Une alliance thérapeutique** forte, participative et collaborative.
- **L' utilisation de modalités d' entretien spécifiques** : questions ouvertes, pratiques de reformulations, prescription de tâches au domicile, ... ayant pour but l' apprentissage des techniques TCC et une meilleure mémorisation des échanges de la séance.
- La réalisation avant et après traitement d' une **évaluation clinique et psychologique** qui mesure le changement.
- L' acquisition par les patients de **stratégies TCC**, réutilisables seul , si besoin , après la thérapie

INDICATIONS ACTUELLES des TCC de la DEPRESSION

Traitement de première intention pour	Traitements adjuvants	Contre-indications
Dépression majeure non psychotique (1979).	Dépression sévère hospitalisée (1990) Dépression avec troubles pathologiques de la personnalité (1991) Dysthymies (1992 ; 2000) Troubles bipolaires (1996 ; 2000) Début de détérioration mentale avec troubles anxio-dépressifs associés.	Episode mélancolique; Délire aigu; Etat démentiel.

ETAPES DE LA THERAPIE COGNITIVE

1. Présentation du modèle cognitif: je constate une relation étroite entre situation, pensées, émotions et comportements;
2. J ' identifie mes pensées dépressives;
3. Je combats mes pensées dépressives pessimistes: initiation aux trois méthodes principales;
4. Je planifie mes activités: initiation à la technique des taches graduées;
5. J ' identifie mes biais de pensées;
6. J ' identifie mes schémas cognitifs: apprentissage aux stratégies pour modifier les schémas.

PREMIERES ETUDES

Auteurs	Année	Durée du suivi	Traitement ADP	Traitement ATD et Techniques Cognitivo-Comportementales	Nombre de patients
Blackburn	1986	2 ans	78%	21%	140
Simons	1986	1 an	66%	43%	30
Miller	1989	6 à 12 mois	40%	13%	45 hospitalisés
Bowers	1990	6 mois	80%	20%	31
Evans	1992	2 ans	50%	32%	37
Shea	1992	1 an et demi	50%	-	66
Gloaguen	1998	Méta-analyse	60%	29%	

CONCLUSIONS

- **Thérapie efficace.**
- **Séances de consolidation pour prévenir les rechutes.**
- **Indications limitées par le nombre de thérapeutes formés.**