

TCC, Dépressions et mémoires

Docteur Christine MIRABEL SARRON
CMME, UNIVERSITE PARIS V
Service du Professeur ROUILLON
100, rue de la Santé
75014 PARIS

2007



EPIDEMIOLOGIE

- Prévalence : 4,5 % de la population, 20% vie entière
- Deux fois plus fréquents chez les femmes
- Elle touche 10 fois plus de personnes aujourd' hui qu' en 1960



EPIDEMIOLOGIE 2

La dépression est un trouble universel, fréquent et grave (risque suicidaire)

La récurrence dépressive représente le véritable « challenge » thérapeutique.



Devenir évolutif

- Dans 70% améliorés sous traitement avec convalescence, guérison et consolidation
- 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.

- Adjoindre alors une psychothérapie.



Signes cardinaux de la dépression

Une rupture brutale

Humeur triste

Pensées négatives

Ralentissement psychomoteur

Déficits attention et mémoire

Altération du sommeil, de l'appétit



DEPRESSION MAJEURE ET COMORBIDITE (1)

- **Avec les troubles anxieux : 60 % ;**
 - Phobie sociale ;
 - Agoraphobie ;
 - TOC.

- **Avec les troubles de la personnalité ;**
 - Dépression en consultation externe : 50 % ;
 - Dépression hospitalisé : 30 %.



DEPRESSION MAJEURE ET COMORBIDITE (2)

- **Premier épisode dépressif plus précoce.**
- **Plus de symptômes résiduels.**
- **Plus de récurrences dépressives.**
- **Modifie le style et les interventions du thérapeute.**

Les procédures thérapeutiques seront proposées de manière adaptée : peu de tâches au domicile en début de TCC chez un patient passif-agressif ; « le thérapeute me contrôle, donc je suis faible ».



PREMIERE PARTIE
Dépression et cognition



DEPRESSION ET COGNITION

- Déficit mnésique.
- Déficit exécutif.
- Déficit motivationnelle.



DEPRESSION ET FONCTIONS EXECUTIVES

Déficits :

- Taches de planification
- Résolutions de problèmes
- Des inhibitions de la flexibilité comportementale

Sensibilité particulière aux feed-back négatifs

Hyperactivité émotionnelle aux échecs.



DEPRESSION ET MEMOIRE

- Mémoire autobiographique au carrefour des émotions et des cognitions.



SURGENERALISATION 1

- Rappel préférentiel de souvenirs portant sur des événements répétés plus d'une fois ou étendus qui dureraient plus d'une journée ; appelés souvenirs génériques.
- Effet spécifique de la dépression, du PTSD, non retrouvé dans les troubles anxieux.



SURGENERALISATION 2

- Plus son taux est élevé plus le risque de rechute dépressive et d'apparition de symptômes résiduels est élevé (Mackinger 2004).
- Elle est corrélée au score HDRS et MADRS.
- Chez le non déprimé elle redit la présence d'antécédents dépressif (Mackinger 2000).



CONGRUENCE A L 'HUMEUR

- Il s'agit d'un rappel beaucoup plus élevé d'évènements négatifs que d'évènements positifs (Blaney 1986)
- Le déprimé met beaucoup plus de temps à récupérer les souvenirs autobiographiques positifs que négatifs (Williams 1988)



SOUVENIRS INTRUSIFS

- Il s'agit de souvenirs spontanés, vivaces, hautement épisodiques.
- Augmentés chez les déprimés comme dans le PTSD.



TCC ET MEMOIRE

- Williams 2000-2001 : Étude contrôlée sur 32 patients non-déprimés
- Diminution significative des souvenirs surgénéralisé après TCC de type MBCT.



DEUXIEME PARTIE

TCC DE LA DEPRESSION



Qu' est ce que la Thérapie cognitive ?

- Les sujets sont influencés voire conditionnés par la perception qu' ils ont des évènements 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 ses pensées dépressives, de les 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 **Qu' est ce que la Thérapie cognitive ?** émotionnelle anxieuse ou dépressive.



INDICATIONS ACTUELLES

Traitements de première intention pour	Traitements adjuvants	Contre - indications
Dépression majeure non psychotique (1979)	<ul style="list-style-type: none">• Dépression sévère hospitalisée (1986)• Dépression avec troubles pathologiques de la personnalité (1991)• Dysthymies (1992 ; 2000)• Troubles bipolaires (1996 ; 2000)• Début de détérioration mentale avec troubles anxio-dépressifs associés	<ul style="list-style-type: none">• Épisode mélancolique• Délire aigu• État démentiel



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



JE VIS EN FONCTION DES AUTRES ET DE LEUR REGARD

Éléments infirmant la règle	AGE	Éléments confirmant la règle
	0 ans	Bricoler avec mon père
		Jouer au tennis au Stade Français
		Aller à N-D de Meudon
Vouloir aller en pension		
		Ami prof d'histoire
Fumer		
Séjour en Angleterre	20 ans	Choix d'un mari
Sortir avec des amis		
		La mort de mon père
	45 ans	



" mindfulness-based cognitive therapy " (MBCT)

- Dérivé du programme de Kabat-Zinn (1990) de réduction du stress basé sur la théorie du " Mindfulness " (Mindfulness-based stress reduction : MBSR).
- Il s'agit d'enseigner aux patients déprimés récidivants en rémission à devenir plus conscients de leurs pensées, émotions et sensations corporelles. Ce programme permet aux patients de se dégager de leurs pensées automatiques, en particulier des ruminations liées à la maladie dépressive ; afin de réduire le risque de récurrence et de rechute dépressive.



Déroulement MBCT

- Après une séance de bilan initial, le programme est assuré par un instructeur pendant huit séances de deux heures, à raison de une session par semaine. Ce travail de groupe incluant une douzaine de patients requiert une participation importante de leur part avec la réalisation de tâches à domicile. Ces tâches comprennent des exercices, guidés ou non par le thérapeute, d'aide à la prise de conscience croissante des pensées, émotions et sensations corporelles ainsi que des exercices destinés à appliquer ces techniques dans la vie quotidienne.



LA CONSTRUCTION DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

- **Collaboration active avec le patient ;**
- **Constitution d'une équipe avec le patient où le thérapeute joue le rôle de guide en tant qu'expert ;**
- **Empathie ;**
- **Compréhension ;**
- **Prise en compte des signes verbaux et non-verbaux ;**
- **Formulation des feed-back ;**
- **Prescriptions de taches personnalisées.**



TROISIEME PARTIE

Hypothèses fonctionnelles



Hypothèse 1: dépendance de l'humeur

- Résultats contradictoires :
- Persistances ou diminutions de la surgénéralisation avec l'amélioration de l'humeur.
- Hypothèse du fonctionnement cognitif hétérogène des dépressions.



Hypothèse 2: phénomènes adaptatifs

- Williams (1986)
- La surgénéralisation protège le sujet déprimé ou traumatisé aux rappels des souvenirs intrusifs. Elle entraîne une réduction des souvenirs spécifiques au profit des souvenirs génériques moins traumatisant.
- Conséquence : consolidation des schémas dépressogène qui deviennent de plus en plus indépendant (Barnhofer 2002).



Hypothèse 3: cicatrices résiduelles

- Lewinsohn (1981) :

Déficit résiduel, durable, dont la cause directe est l'épisode dépressif

- Arguments favorables :

1. Surgénéralisation plus élevée chez ceux qui ont connu la dépression.
2. La surgénéralisation élevée, se maintient et s'accroît à chaque épisode dépressif. (cf réactivité cognitive de Seagal.)
3. Le taux de surgénéralisation est un indice de prédiction des rechutes et des symptômes résiduels (Mackinger 2004.)



Hypothèse 4: traits de vulnérabilité

- La persistance d'un taux élevé de souvenirs surgénéralisés à distance de l'épisode dépressif suggère que la surgénéralisation soit un trait (Brittlebank 1993)



Hypothèse 4: traits de vulnérabilité 2

- La surgénéralisation est corrélée au taux de neuroticism (Scott 1995) or plusieurs traits majeurs prédisposent à un état dépressif, comme le névrosisme et l'instabilité émotionnelle.



CONCLUSION

- Des résultats hétérogène en rapport avec diverses formes cliniques cognitives de la dépression.
- Deux hypothèses majeures :
 1. Un phénomène adaptatif acquis.
 2. Un trait de vulnérabilité précoce.
- Réversibilité de la surgénéralisation chez des anciens déprimés guéris après pratique d'une TCC.



Merci de votre attention

