

Revue de quelques psychothérapies utilisées dans le traitement des états dépressifs

W. Zogg

Le but du présent article est d'examiner brièvement quatre formes de psychothérapie utilisées dans le traitement de la dépression, à savoir la thérapie comportementale (Tcomp), la thérapie cognitive (Tcog), la psychothérapie interpersonnelle (Pinter) et la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, appelée ici thérapie psychodynamique (PsyD). Pour cette analyse sommaire des méthodes thérapeutiques en question, nous nous sommes inspirés en grande partie de l'ouvrage «Interpersonelle Psychotherapie» d'Elisabeth Schramm [1], avec l'aimable autorisation de l'auteur.

Notre propos est d'aider le lecteur à identifier rapidement les caractéristiques de ces différentes thérapies afin qu'il soit en mesure de conseiller le patient dépressif lors du choix thérapeutique. Les trois premières thérapies brèves ont été spécialement développées pour le traitement des états dépressifs. L'approche psychodynamique (psychanalytique) demeure toutefois la plus utilisée. La Tcog, la Tcomp et la Pinter ont ceci de commun qu'elles proposent des programmes thérapeutiques bien structurés, limités dans le temps, donc didactiques, facilement assimilables et peu onéreux. Notez que ces formes de psychothérapie peuvent être combinées entre elles et que c'est pour des raisons didactiques que nous les examinons ici séparément. Dans toutes ces approches thérapeutiques, il est impérativement nécessaire d'adopter une attitude empathique et rassurante envers le patient. Il importe de jouer un rôle actif et de le convaincre que l'on est en mesure de l'aider.

Toutes les psychothérapies évoquées ci-dessus sont indiquées dans les syndromes dépressifs d'intensité légère à modérée et peuvent être associées à un traitement médicamenteux (psychotropes). Dans l'approche psychodynamique, la tendance est d'éviter le recours aux psychotropes, alors que dans la Tcomp, la Tcog et la Pinter la tendance est plutôt de

les intégrer au schéma thérapeutique. Cependant, en cas de dépression grave ou de risque de suicide, la pharmacothérapie devrait absolument faire partie du traitement. Il est à noter par ailleurs que la Pinter et la Tcog proposent des programmes de groupe spécialement destinés aux patients dépressifs traités en milieu hospitalier.

Voici une description sommaire de ces quatre types de thérapies (bases théoriques, indications, modalités et efficacité), suivie d'un aperçu de leurs caractéristiques et différences.

Thérapie comportementale

Bases théoriques

La thérapie comportementale des états dépressifs selon Lewinsohn repose sur les théories de l'apprentissage de Skinner et Pavlov. Les premiers concepts ont été élaborés par Ferster [2], lequel a postulé que *la dépression résulterait de la perte du renforcement positif et serait donc un comportement appris*. Lewinsohn [3, 4] a intégré dans ce modèle l'apprentissage social et le renforcement contingent de la réaction.

La dépression serait due à

1. l'absence d'un renforcement positif contingent du comportement et à la prédominance d'expériences aversives,
2. un manque d'habiletés sociales (conséquence: renforcement positif insuffisant),
3. des contraintes du moment (conséquence: diminution du renforcement positif).

Le comportement dépressif lui-même a pour effet de restreindre le registre des comportements, entraînant de ce fait une diminution des renforçateurs positifs. Souvent, l'entourage renforce le comportement dépressif du patient, par exemple par un regain d'attention et d'affection.

Indications

Le programme de thérapie comportementale structurant est utilisé en premier lieu chez les *déprimés inhibés et passifs* afin de les sortir du cercle vicieux «inactivité dépressive/abattement croissant»; indiqué chez les patients âgés. Est aussi indiqué comme *programme de groupe* chez les déprimés hospitalisés. L'élément structurant est particulièrement précieux. Bonnes possibilités d'emploi chez les patients avec déficits sociaux, inhibitions ou anxiété dans l'anamnèse. Souvent associé à un traitement médicamenteux.

Modalités

Compte tenu des hypothèses énoncées ci-dessus, le thérapeute tente de modifier les attitudes du patient qui renforcent la pathologie.

Correspondance:
Dr Walter Zogg
Via Motta 2a
CH-6850 Mendrisio

Les interventions thérapeutiques sont présentées dans le tableau suivant:

Tableau 1

Eléments thérapeutiques du programme pour déprimés selon Lewinsohn [4].

1 ^{re} séance	>>	initiation à la théorie sociale de la dépression
2 ^e séance	>>	aide à l'«auto-prise en charge»
3 ^e -4 ^e séance	>>	entraînement à la relaxation
5 ^e -6 ^e séance	>>	développement des activités positives
7 ^e -8 ^e séance	>>	modification des aspects cognitifs
9 ^e -10 ^e séance	>>	amélioration qualitative et quantitative des interactions sociales
11 ^e -12 ^e séance	>>	maintien du succès thérapeutique et mesures préventives

La thérapie commence par la présentation d'un modèle des troubles plausible et par l'apprentissage de techniques d'*autocontrôle*. Il enchaîne ensuite sur les méthodes de relaxation destinées à atténuer les états d'anxiété et de tension pour permettre au patient de jouir de ses activités agréables. Suivent des directives sur l'organisation d'activités agréables (afin d'obtenir des renforcements positifs) et sur la manière de vérifier leurs effets, par exemple en demandant au patient de rédiger un rapport hebdomadaire sur l'incidence de ces activités sur l'humeur. Une *analyse fonctionnelle du comportement* est effectuée afin de mettre en évidence les rapports existant entre le comportement problématique et les circonstances qui l'ont précédé ou suivi. Un *plan de renforcement* est élaboré afin d'encourager le patient à pratiquer des activités susceptibles de relever l'humeur (p.ex. aller au cinéma) et à éviter les facteurs dépressogènes (p.ex. rester au lit).

La prochaine étape consiste à améliorer les *habiletés sociales* (p.ex. à l'aide de jeux de rôle) et à entraîner les mécanismes de renforcement, les modèles de communication et le comportement social. Le patient apprend à exprimer ses sentiments et ses désirs, à entamer une conversation et à nouer des contacts. A l'aide de la technique de l'arrêt de la pensée, il s'entraîne à interrompre les chaînes de pensées négatives automatiques.

Les patients ont des *devoirs* à faire en dehors des séances. Le programme structuré en 12 séances, conçu à l'origine pour des groupes, peut aussi être appliqué à un seul individu; il existe des documents de travail et *manuels* standardisés pour le patient et le thérapeute.

Efficacité

La méthode en 12 séances s'est révélée *très efficace* chez les patients souffrant d'une dépression d'intensité légère à modérée. La thérapie comportementale donne souvent de meilleurs résultats que la thérapie psychodynamique brève, que les thérapies d'inspiration «humanistique» et que les psychothérapies non spécifiées [5]. Elle est aussi efficace que d'autres méthodes cognitives et comportementales (pas de différence significative) et à peu près aussi efficace que la

pharmacothérapie. Une étude a montré que le traitement psychotrope et la thérapie comportementale ont des effets additifs [6]. Pour ce qui est de la valeur prophylactique de la thérapie, les résultats ne sont pas uniformes. En résumé, cette méthode *permet une réduction rapide et importante des symptômes*.

Thérapie cognitive

Bases théoriques

La thérapie cognitive selon Beck [7, 8] part du principe que le mode de pensée du sujet dépressif est marqué par la *triade* dite *cognitive*, soit une *image négative de soi, de l'entourage et de l'avenir*. Le mode de pensée dépressif est déterminé par des idées négatives rigides, itératives et automatiques, appelées «*distorsions cognitives*», qui sont entretenues à leur tour par une interprétation simpliste, généralisatrice, arbitraire ou illogique de l'information (un sujet déprimé pensera par exemple: «Tout le monde me rejette, je ne vauds rien»). Ces distorsions cognitives typiques des états dépressifs sont considérées comme étant antérieures à la dépression et non comme des facteurs causaux; elles s'inscrivent dans des schémas dépressifs dysfonctionnels et des présupposés irrationnels tels que «si on ne m'aime pas, c'est que je ne mérite pas de l'être» et peuvent être déclenchées par un événement traumatisant. Le rejet par un être aimé peut provoquer une *pensée automatique négative* telle que «personne ne m'aime», et favoriser l'apparition d'une humeur et attitude dépressives. La dépression est considérée beaucoup plus comme un trouble de la cognition que comme un trouble de l'humeur. Le trouble cognitif est déclenché par une situation de perte, un événement traumatisant, une perte de contrôle ou toute autre expérience pénible et peut être activé par un état de stress.

Entrent également dans le cadre des thérapies cognitives la théorie de l'autocontrôle selon Rehm [9] et la théorie du désespoir appris selon Seligmann [10].

Indications

Il est rare de trouver dans la littérature des données précises sur les indications de la thérapie cognitive. Il est généralement admis que les patients actifs sur le plan social, relativement satisfaits de leur sort et dont la dépression est due à des situations existentielles aiguës sont plus indiqués pour cette méthode que les patients «englués» dans un style de vie dépressif. D'une manière générale, la Tcog semble être plus efficace chez les patients jeunes, probablement parce que les distorsions cognitives sont encore peu prononcées. Les arrêts de traitement sont plus fréquents chez les patients de bas niveau social et culturel (exigences trop élevées). Avant de poser l'indication d'une thérapie cognitive, il y a lieu de s'assurer que la capacité de concentration du patient est suffisante, ce qui n'est généralement pas le cas dans les états dépressifs graves. Une Tcog ne devrait être envisagée que si le patient est prêt à discuter de ses dysfonctions comportementales et à les corriger.

Figure 1

Exemple d'un protocole de pensées automatiques négatives associées à une situation concrète (d'après Hautzinger [11]).

Description de la situation	Sensations	Pensées automatiques	Pensées plus rationnelles	Résultat
Evénements provoquant des sensations désagréables	Spécifier (anxiété, colère, etc.)	Noter les pensées automatiques négatives qui ont précédé la sensation	Noter la réaction rationnelle aux pensées automatiques	Noter et évaluer les sensations éprouvées après les pensées plus rationnelles
Date				
Pensées, ruminations etc. provoquant des sensations désagréables	Evaluer (de 0 à 100%)	Quelle est la validité de ces pensées? Evaluer (de 0 à 100%)	Quelle est la validité de ces pensées plus rationnelles? Evaluer (de 0 à 100%)	
Seul dans la maison après s'être séparé de sa femme, reste éveillé (1 heure)	Agité, nerveux, palpitations, déprimé (100%), désespéré, transpire	J'ai tellement investi dans cette relation, tout cela pour rien. Je ne m'en remettrai jamais. Elle m'a quitté pour toujours. La vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Sans partenaire, ça n'a plus aucun sens.		

Modalités

La Tcog est une thérapie brève, directive, structurée, d'une vingtaine de séances dont le but est de corriger les *dysfonctionnements du mode de pensée* dans le cadre de la *triade cognitive* négative. On explique au patient qu'il existe un lien entre la cognition, l'affectivité et le comportement puis on procède à une analyse minutieuse des dysfonctions cognitives ainsi que des perceptions et conceptions déformées par la dépression. Cette analyse repose sur l'introspection et la tenue d'un journal dans lequel le patient note ses observations (pensées automatiques, interprétations, perceptions, émotions).

Les cognitions élaborées sont vérifiées relativement aux erreurs de logique, aux personnalisations et à l'abstraction sélective et par rapport à la réalité, d'autant que les sujets déprimés sont généralement convaincus que leurs perceptions sont le fidèle reflet de la réalité. Par exemple, un sujet déprimé qui échoue à un examen en déduira qu'il «fait toujours tout faux». Or le champ de la perception humaine se situe normalement entre les extrêmes «toujours tout faux» et «toujours tout juste». C'est pourquoi il importe de développer une *nouvelle façon de voir*. S'inspirant du *dialogue socratique*, le thérapeute mène un interrogatoire subtil et dirigé au cours duquel il s'applique à disséquer les pensées automatiques et tente de corriger les présupposés inadéquats afin d'amener le patient à réviser ses jugements et son comportement. Il expérimente de nouveaux systèmes d'évaluation, par exemple à l'aide de jeux de rôles ou de techniques faisant appel à l'activité imaginative, et en donnant des devoirs à faire à domicile.

L'essentiel de la thérapie réside dans le *hic et nunc*. Le thérapeute doit être chaleureux et empathique.

Efficacité

De toutes les méthodes psychothérapeutiques utilisées dans les états dépressifs, la Tcog est celle qui a été le mieux étudiée; elle s'est révélée particulièrement efficace dans le traitement des dépressions d'intensité légère à modérée et sur le long terme. Quelques études ont montré qu'elle est supérieure au traitement médicamenteux pour ce qui est de l'effet sur la symptomatologie dépressive et de l'effet à long terme [20].

Des taux de succès compris entre 63 et 83% ont été signalés. Peu de différences significatives par rapport à la thérapie comportementale, peu de différences par rapport à la psychothérapie interpersonnelle.

Psychothérapie interpersonnelle

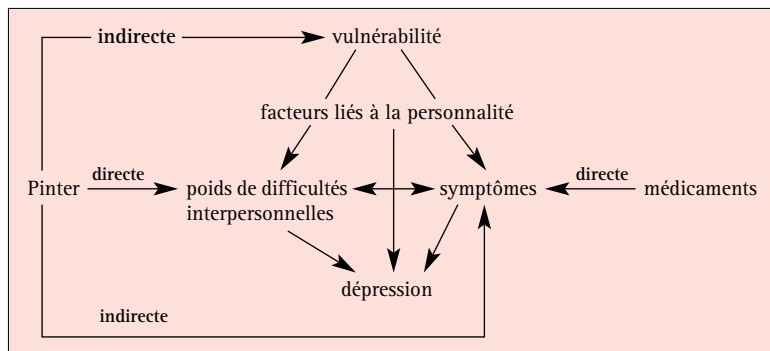
Bases théoriques

La psychothérapie interpersonnelle développée par Klerman, Weissman, Rounsaville et Chevron [12] pour le traitement des états dépressifs est difficile à rattacher à une école thérapeutique traditionnelle, car elle comporte des éléments et procédés de diverses tendances. Elle s'articule autour des *relations interpersonnelles* dans le cadre du syndrome dépressif, donc de l'interaction des symptômes dépressifs et des problèmes interpersonnels. Les facteurs interpersonnels peuvent déclencher une dépression qui à son tour peut causer des problèmes interpersonnels ou même les exacerber.

Meyer [13], psychiatre d'origine suisse, a profondément influencé la psychiatrie américaine avec son concept de psychobiologie, concept qui a révélé à la psychiatrie l'importance de l'entourage psychosocial du patient. Un de ses élèves, Sullivan, a élargi ce

Figure 2

Genèse et traitement de la dépression dans le cadre du concept Pinter.



concept en allant jusqu'à considérer la psychiatrie comme la science des relations interpersonnelles. C'est ainsi qu'est née la vision «biopsychosociale». L'approche interpersonnelle a marqué de son empreinte plusieurs autres formes de thérapies, notamment la thérapie familiale appliquée dans le cadre du traitement de la schizophrénie ainsi que la thérapie de couple. Des interactions complexes entre facteurs génétiques, biologiques, psychologiques, psychosociaux, environnementaux et autres peuvent être à l'origine du syndrome dépressif. La thérapie interpersonnelle s'appuie sur différentes études de psychologie du développement ainsi que sur certains aspects du soutien social. L'étude des «life events» («événements de vie») a elle aussi contribué au fondement empirique de la psychothérapie interpersonnelle. Les observations suivantes corroborent les fondements empirique et théorique de la Pinter:

- l'importance de l'attachement émotionnel dans le développement de l'individu (théorie de l'attachement);
- l'importance des relations de confiance en tant que protection efficace contre la dépression (soutien social);
- le rapport de causalité entre les événements stressants et l'apparition d'une dépression et son évolution;
- l'influence du stress social ou relationnel chronique (en particulier au niveau du couple) sur le début d'une dépression;
- le rapport entre l'apparition d'une dépression et le manque de compétence sociale (troubles relationnels au niveau du couple ou du groupe, comportement dysfonctionnel au niveau de la communication).

Il semble que la *qualité des relations sociales* joue un rôle déterminant dans le développement et la persistance des troubles dépressifs. C'est pourquoi la Pinter met l'accent sur *l'amélioration des schémas interactifs et communicationnels*, ou plus précisément sur la capacité du patient à gérer le stress psychosocial. L'essentiel de la thérapie réside dans le *hic et nunc*. Selon le tableau clinique, la psychothérapie peut être associée ou non à un traitement médicamenteux.

Indications

La Pinter s'est révélée particulièrement efficace chez les déprimés non psychotiques ayant des problèmes psychosociaux et des difficultés au niveau du couple (APA 1993). Les affections concomitantes telles que les troubles de la personnalité et les états d'anxiété ne sont pas une contre-indication. La Pinter n'est pas indiquée chez les déprimés présentant des troubles psychotiques aigus. D'une manière générale, les résultats des travaux du groupe Klerman plaident plutôt en faveur d'une association Pinter/pharmacothérapie, notamment en raison de la complémentarité des effets thérapeutiques. Il existe actuellement plusieurs variantes de Pinter qui toutes ont donné, dans l'ensemble, des résultats encourageants. C'est le cas par exemple de la variante applicable en milieu hospitalier.

Modalités

La Pinter est une thérapie brève, prévue pour douze à vingt séances. Trois éléments sont impliqués dans la pathogénèse de la dépression: les symptômes, les relations interpersonnelles et sociales et les facteurs liés à la personnalité. La Pinter intervient au niveau des symptômes et du relationnel. Un changement profond de la personnalité n'est pas escompté, bien qu'il puisse s'amorcer au cours des séances.

La thérapie se déroule en trois phases:

- Pendant la *phase initiale* (généralement trois séances), le thérapeute tente de réduire la symptomatologie dépressive en cherchant à obtenir une amélioration des symptômes et à mettre le patient à l'aise tout en recueillant des informations utiles. Le syndrome dépressif est diagnostiqué sur la base de critères standardisés (p.ex. échelle d'Hamilton). Le thérapeute renseigne le patient sur le tableau clinique, la prévalence, l'évolution et le pronostic de la maladie ainsi que sur les possibilités de traitement puis lui assigne le *rôle de malade*. Il épaulé, encourage, rassure le patient et passe avec lui un contrat de soins. Le thérapeute insère la dépression dans un *contexte interpersonnel* et fait reprendre espoir au patient. Les proches sont souvent intégrés dans la thérapie. Une *analyse relationnelle* clôt la première partie de la thérapie. Il ne reste plus qu'à définir les *symptômes et comportements les plus gênants* et à fixer les *objectifs thérapeutiques*.
- Pendant la *phase intermédiaire de la thérapie* (une dizaine de séances), tandis que la symptomatologie dépressive commence déjà à s'atténuer, le thérapeute sort peu à peu le patient de son rôle de malade et lui assigne un *rôle plus actif* afin qu'il soit en mesure d'assumer ses responsabilités lors des tâches qui lui seront confiées. On développe de nouvelles *stratégies de maîtrise* et on cherche des *alternatives comportementales*. Il est essentiel de rassurer et encourager le patient à ce stade.
- Pendant la *phase terminale* (généralement trois séances), la fin du traitement est assimilée à un processus de séparation et de deuil; les sentiments

tels que l'anxiété, la tristesse et la colère sont thématiques, de même que les *signes annonciateurs* d'une éventuelle *rechute*. Le thérapeute explique ce qu'il y a lieu de faire en cas de symptômes d'alerte (demander une thérapie le plus vite possible). On attache de nouveau de l'importance à la verbalisation des sentiments et on encourage le patient autant que faire se peut.

Efficacité

L'excellente efficacité de la Pinter est documentée par de nombreuses études. Cette approche permet en effet d'obtenir des résultats nettement plus satisfaisants que les autres formes de psychothérapies [5]. En tant que traitement à court terme de la dépression, la Pinter a fait la preuve de son efficacité au niveau de la réduction des symptômes; cependant, sa valeur prophylactique est encore controversée. La Pinter a même été utilisée d'une manière empirique en tant que traitement d'attaque et d'entretien lors de syndromes dépressifs majeurs (sans composante psychotique) et s'est révélée efficace en tant que mesure d'appoint ou d'alternative au traitement médicamenteux.

Thérapie psychodynamique

Bases théoriques

Pour Freud, les racines de la dépression sont à rechercher dans les expériences de la petite enfance. D'après lui, *la perte de l'objet, l'ambivalence et la régression* de la libido dans le moi sont les trois conditions sine qua non du développement d'une dépression. L'expérience de perte entraîne des auto-agressions, une exacerbation de l'autocritique, des sentiments de culpabilité, un état de dépendance et des pulsions d'autodestruction. La colère intériorisée s'adresse à l'objet d'amour ambivalent, décevant, investi libidinalement, qui devient une partie de soi. L'hostilité intérieure est un obstacle à la capacité d'aimer. La vulnérabilité psychique et le manque d'affection, d'amour et de protection ont été intégrés plus tard dans ce concept. Ces processus se déroulent dans *l'inconscient* du sujet. Les conflits intrapsychiques perdurent jusqu'à ce qu'ils émergent de l'inconscient et deviennent accessibles au contrôle par le moi. *L'introspection* permet d'anticiper les difficultés, de les surmonter et de résoudre les conflits. La restructuration de la personnalité, la maîtrise des conflits et l'introspection sont les principaux objectifs de la thérapie d'orientation psychanalytique. La thérapie d'orientation psychanalytique brève vise avant tout à gérer des *conflits focalisés*. Les interprétations font partie des principales techniques thérapeutiques et doivent avoir un caractère intégratif. Les premières thérapies d'orientation psychanalytique brèves ont été développées par Ferenczi et Alexander dans les années 30 et 40; elles permettent au psychothérapeute de jouer un rôle plus actif. Un groupe anglais dirigé par Balint puis par Malan les a affinées. Malan [14] a fait passer le conflit intrapsychique au premier plan afin de pouvoir l'identifier et le traiter

plus rapidement. Il était important à ses yeux de limiter le traitement dans le temps. Sifneos [15] s'est aussi intéressé aux thérapies brèves, mais il faisait la distinction entre les formes anxigènes et les formes anxiolytiques, postulant que les premières permettaient d'obtenir de meilleurs résultats chez les patients d'une intelligence supérieure à la moyenne, souples, ouverts aux changements et ayant vécu au moins une relation significative au cours de leur existence. Mann [16] a aussi insisté sur la nécessité de limiter le traitement dans le temps. Strupp [17] et Luborsky [18], indépendamment l'un de l'autre, ont été les premiers à publier leurs méthodes thérapeutiques dans un *manuel*.

Indications

L'indication est posée en fonction du tableau clinique. La PsyD n'a fait l'objet que d'un nombre très limité d'études contrôlées. Contrairement aux autres psychothérapies, elle est rarement associée à un traitement médicamenteux. Les patients atteints d'une dépression psychotique ou bipolaire sont peu accessibles à la thérapie d'orientation psychanalytique. Il en va de même en cas de blocage des impulsions et pour les patients au profil intellectuel rigide et peu enclins à l'introspection. La thérapie d'orientation psychanalytique est indiquée avant tout dans les troubles dépressifs de la personnalité et les troubles dysthymiques. Elle est particulièrement bénéfique aux patients désireux d'analyser l'incidence des événements marquants de leur enfance sur leur inconscient. Dans les thérapies d'orientation psychanalytique brèves, le thérapeute joue un rôle réflexif; le patient devrait être capable de gérer la montée de l'anxiété.

Modalités

A l'inverse de la Tcog ou de la Tcomp, la PsyD ne cherche pas à réduire les symptômes le plus vite possible mais vise à obtenir un changement de la personnalité du patient par une action en profondeur et l'analyse du transfert et de la résistance. On part du principe que lors du transfert le patient transpose sur la personne de son analyste les sentiments positifs ou négatifs qu'il a éprouvés dans le passé à l'égard de personnages importants. La résistance est considérée comme la tentative de maintenir dans l'inconscient les souvenirs ou sentiments pénibles. La levée de ces résistances et l'interprétation correcte du transfert permettent au sujet de prendre conscience et d'adopter une attitude plus raisonnable. La régression du patient au stade des conflits infantiles est souhaitée; les conflits sont alors réactivés et il est important que le sujet en prenne conscience. Les interprétations servent à expliquer la signification et l'origine des sentiments et comportements pendant et en dehors de la thérapie; on tente également de déclencher une catharsis des pulsions agressives refoulées. Normalement, l'attitude interprétative et réflexive de l'analyste est réservée, neutre et «non interventionniste»; lors de l'application des nouvelles méthodes, elle est plus directive, active et encourageante.

Efficacité

Bien que la thérapie d'orientation psychanalytique soit couramment utilisée, son efficacité n'a pas encore été suffisamment étudiée, ce en raison de la complexité du processus relationnel et de la difficulté à l'évaluer quantitativement.

Vue d'ensemble et résumé

Les principales caractéristiques des approches thérapeutiques décrites plus haut sont présentées dans les tableaux suivants. La thérapie psychodynamique (PsyD) s'applique à la forme classique (long terme).

Bases théoriques, modèle pathogénique et concept nosographique

Voir tableau 2.

Caractéristiques des différentes approches thérapeutiques

Rappelons que la psychothérapie d'inspiration psychanalytique vise à obtenir un changement de la personnalité du patient en rendant conscient ce qui est inconscient, alors que la thérapie comportementale vise à changer l'image que le sujet a de lui-même et de son entourage en remplaçant les comportements anormaux par des comportements adaptés. La thérapie cognitive et la thérapie interpersonnelle se situent entre ces deux pôles (voir tableau 3).

Buts

La PsyD vise en premier lieu à obtenir un changement de la personnalité du sujet. Les thérapies comportementale, cognitive et interpersonnelle ont d'autres objectifs: d'une part faire disparaître les symptômes dans les plus brefs délais et d'autre part supprimer les comportements anormaux et par là même leur renforcement (Tcomp), corriger les modes de pensées dysfonctionnelles (Tcog) et modifier les états de stress interpersonnel et psychosocial (Pinter) (voir tableau 4).

Stratégies primaires et techniques

Voir tableau 5.

Rôle du thérapeute

La comparaison suivante montre clairement que le rôle du thérapeute Pinter se situe entre le rôle neutre et réservé du thérapeute PsyD et le rôle plus directif du thérapeute Tcomp ou Tcog (voir tableau 6).

Efficacité lors du traitement aigu

Voir tableau 7.

Adresses

Un bon conseil: adressez-vous à un psychothérapeute de votre connaissance. Si vous avez un patient pour lequel on vous a déjà proposé une thérapie appropriée, demandez la liste d'adresses des thérapeutes de votre région, spécialisés dans ce domaine. Les organisations cantonales des spécialistes en psychiatrie et psychothérapie FMH ou des psychologues spécialisés en psychothérapie peuvent vous renseigner.

Références

- Schramm E. Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen. Stuttgart: Schattauer, 1996.
- Ferster CB. A functional analysis of depression. *Am Psychol* 1973;28(10):857-70.
- Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. In: Freedman RJ, Katz MM (eds.). *The Psychology of Depression*. New York: Wiley; 1974.
- Lewinsohn PM. Activity schedules in the treatment of depression. In: Thoreson CE, Kromholtz ID (eds.). *Counseling methods*. New York: Holt; 1976.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 1994.
- Wilson PH. Combined pharmacological and behavioural treatment of depression. *Behav Res Ther* 1982;20(2):173-84.
- Beck AT. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*, New York: Harper & Row; 1967.
- Beck AT, Brown G, Steer RA, Eidelson JJ, Riskind JH. Differentiating depression and anxiety: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *J Abnorm Psychol* 1987; 96(3):179-83.
- Rehm LP. A self-control model of depression. *Behav Ther* 1977;8:787-804.
- Seligman ME. *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman; 1975.
- Hautzinger M. Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. In: Hautzinger M (Hrsg.). *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen*. München: Quintessenz; 1994.
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books; 1984.
- Meyer A. *Psychobiology: A Science of Man*. Springfield: Thomas; 1957.
- Malan DH. *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworth; 1979.
- Sifneos PE. *Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique*. New York: Plenum; 1979.
- Mann J. *Time-limited psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
- Strupp HH, Binder JL. *Psychotherapy in a new key: Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. New York: Basic Books; 1984.
- Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books; 1984.
- Jarrett RB, Rush AJ. Short-term psychotherapy of depressive disorders; current status and future directions. *Psychiatry* 1994;57(2):115-32.
- Robinson L, Berman JS, Niemyer RA. Psychotherapy of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull* 1990;108(1):30-49.

Tableau 2

<p>Approche thérapeutique comportementale <i>Perte des renforçateurs:</i> due à l'absence d'expériences positives marquantes et/ou à la prédominance d'expériences aversives, au manque d'habiletés sociales, aux contraintes actuelles et/ou aux craintes sociales. Dépression caractérisée par un comportement appris.</p>	<p>Approche cognitive <i>Distorsions cognitives sur fond de schémas dysfonctionnels dépressifs:</i> dysphorie consécutive à une vision négative de soi, de l'entourage et de l'avenir; entretenue par des pensées négatives automatiques, caractérisée par des erreurs de logique. Dépression caractérisée par des dysfonctions cognitives.</p>
<p>Approche interpersonnelle <i>Incapacité à gérer le stress interpersonnel:</i> l'apparition et l'évolution de la dépression sont sous l'influence de quatre facteurs de stress interpersonnel (troubles relationnels, pertes, déficits sociaux, trouble du comportement de rôle). Dépression caractérisée par une étiologie multifactorielle et toujours associée à une problématique interpersonnelle.</p>	<p>Approche psychodynamique <i>Régression de la libido dans le moi:</i> remonte aux expériences vécues durant la petite enfance; la perte de l'objet et/ou une déception sont à l'origine d'un conflit non résolu se manifestant par un manque d'estime de soi, des auto-agressions et une dépendance excessive. Dépression caractérisée par un conflit non résolu.</p>

Tableau 3

<p>Approche comportementale Spécifique de la dépression; manuel/traitement de courte durée (6-10 séances); en général, 1 séance par semaine; axée sur le présent; centrée sur le comportement; très structurée; souvent associée aux psychotropes; efficacité prouvée.</p>	<p>Approche cognitive spécifique de la dépression; manuel/traitement de courte durée (env. 16 séances); en général, 1 séance par semaine; axée sur le présent; centrée sur la cognition; directive; souvent associée aux psychotropes; efficacité prouvée.</p>
<p>Approche interpersonnelle Spécifique de la dépression; manuel/traitement de courte durée (12-20 séances); en général, 1 séance par semaine; axée sur le présent; centrée sur les émotions et les problèmes; semi-structurée; peut être associée aux psychotropes; efficacité prouvée.</p>	<p>Approche psychodynamique Non spécifique de la dépression; pas de manuel; traitement de longue durée; plusieurs séances par semaine; non limitée dans le temps; axée sur le passé; explore l'inconscient; centrée sur l'introspection; non directive; l'association de psychotropes n'est traditionnellement pas envisagée; efficacité à peine étudiée.</p>

Tableau 4

<p>Approche comportementale Réduire les symptômes en modifiant durablement la situation de renforcement préjudiciable ou en brisant le «cercle vicieux de la dépression».</p>	<p>Approche cognitive Réduire les symptômes en corrigeant les modes de penser dysfonctionnels (identifier, examiner et corriger les cognitions préjudiciables, élaborer un modèle de comportement).</p>
<p>Approche interpersonnelle Réduire les symptômes en aidant le patient à surmonter ses difficultés interpersonnelles et sociales (p.ex. en améliorant sa capacité à communiquer et en l'aidant dans le travail du deuil).</p>	<p>Approche psychodynamique Modifier la structure de la personnalité en dévoilant les conflits intrapsychiques passés et en provoquant une catharsis pour libérer les pulsions agressives refoulées.</p>

Tableau 5

<p>Approche comportementale Analyse du comportement; explication du raisonnement thérapeutique; élaboration d'activités agréables, entraînement aux habiletés sociales, à la maîtrise de soi, à la manière de résoudre les problèmes et à la pensée positive. Techniques: introspection (auto-observation), tenue d'un journal, graphiques, programme d'activités, jeu de rôle, exercices de relaxation, entraînement à la résolution des problèmes, devoirs à domicile. Travail au niveau du conscient.</p>	<p>Approche cognitive Explication de la connexité des pensées, des émotions et du comportement; analyse des dysfonctions cognitives, vérification des erreurs de logique et contrôle du réel. Techniques: introspection et consignation par écrit des pensées et sentiments, dialogue socratique, réattribution, devoirs à domicile, exercices écrits. Travail au niveau du conscient.</p>
<p>Approche interpersonnelle 1. Définition des objectifs thérapeutiques; 2. Analyse des troubles interpersonnels en fonction des problèmes spécifiques; 3. Préparation à la fin du traitement. Techniques: éducation du patient (p.ex. raisonnement thérapeutique), exploration, encouragement à la verbalisation des sentiments, analyse des problèmes de communication, clarification. Travail au niveau du conscient.</p>	<p>Approche psychodynamique Analyse du transfert et de la résistance; régression à la première enfance. Techniques: exploration, reconstruction d'expériences infantiles, clarification des distorsions du moi et du surmoi, interprétation et gestion des conflits, confrontation à la résistance. Travail au niveau de l'inconscient.</p>

Tableau 6

<p>Approche comportementale Enseignant/Coach: actif, encourageant, directif.</p>	<p>Approche cognitive Coach/Enseignant: directif, actif, constructif, coopératif.</p>
<p>Approche interpersonnelle Avocat du patient: actif, encourageant, relation positive, pas d'interprétation du transfert.</p>	<p>Approche psychodynamique Interprète et confrontant: silencieux et réceptif, neutre, acceptant; établissement d'un transfert et d'une relation de dépendance passagère modèle pour l'ancien et le nouvel objet.</p>

Tableau 7

<p>Approche comportementale Très efficace dans les dépressions d'intensité légère à modérée. vs Tcog: aussi efficace (5/<1) vs PsyD brève: plus efficace (>2/3) vs Tméd: aussi efficace (1) associée à un Tméd: pas de différence</p>	<p>Approche cognitive La mieux documentée; env. 40 études; très efficace dans les dépressions d'intensité légère à modérée. vs Tcomp, Pinter, placebo: aussi efficace vs Tméd: plus efficace dans l'ensemble (<2/5) vs PsyD brève: plus efficace (<2/2) associée à un Tméd: additive dans l'ensemble</p>
<p>Approche interpersonnelle Moins étudiée, haut niveau de qualité; très efficace dans la dépression légère/modérée/grave (sans symptômes psychotiques). vs Tcog: aussi efficace (1) vs Tméd: aussi efficace (1) associée à un Tméd: additive dans l'ensemble</p>	<p>Approche psychodynamique Presque pas d'études contrôlées; utilisée seule ou en association dans les dépressions majeures > efficacité non documentée. vs Tcomp, Tcog, Tcog + Tméd: moins efficace vs thérapie non spécifique ou Tméd: aussi efficace</p>

Tméd = traitement médicamenteux; PsyD brève = thérapie psychodynamique brève; (<2/3>1) = moins efficace dans 2 études, aussi efficace dans 3 et plus efficace dans 1 étude (Source: Jarret et Rush [19]).