

LES PSYCHOTHÉRAPIES DE LA DÉPRESSION DANS LA VRAIE VIE

Recherche menée par **Jean-Michel THURIN**

Psychiatre, psychanalyste, président de l'Ecole de psychosomatique, PARIS.



FONDATION
Pierre Deniker

POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE

Les psychothérapies de la dépression dans la vraie vie

La « vraie vie » renvoie à la fois aux situations cliniques que rencontre le clinicien dans sa pratique avec de « vrais patients » et aux contextes particuliers dans lesquels une dépression peut s'exprimer : contextes d'âge, de pathologies ou troubles associés, d'environnement, d'histoire de vie et de situations. Dans cet article, le Dr. Jean-Michel Thurin expose la question de l'efficacité des psychothérapies pour la dépression au travers de l'approche « vraie vie » qui implique une méthodologie plus ouverte et plus complexe que celle qui est généralement utilisée et qui ne permet pas véritablement de savoir avec qui, pourquoi et comment une psychothérapie est efficace. L'exposé présente : 1. Les traits spécifiques de quatre approches thérapeutiques (psychodynamique, cognitivo-comportementale, interpersonnelle et familiale) • 2. L'efficacité générale des approches psychothérapeutiques de la dépression et les études comparatives qui les concernent • 3. Les données relatives aux psychothérapies de la dépression dans différents contextes, de situation et d'âge (ex. dépression en présence de troubles de la personnalité, dépression récurrente, pendant la grossesse, chez la mère de jeunes enfants, en présence de troubles somatiques, en situation de pauvreté, etc.). Dans la « vraie vie », les thérapeutes sont confrontés à des tableaux cliniques et des situations très hétérogènes et souvent complexes. Dans ce contexte, les ingrédients actifs d'une thérapie sont-ils nécessairement ceux qui sont présumés par la théorie ou par le modèle thérapeutique ?

SOMMAIRE

De quels résultats communément admis disposons-nous ?	p.3
Comment les obtenons-nous ?	p.15
Qu'en tirons-nous comme connaissances ?	p.16
Qu'en faisons-nous concrètement ?	p.17
Références	p.18
Biographie	p.23

NOTA BENE : Les numéros entre crochets dans le texte correspondent aux références bibliographiques situées à la fin du document (Exemple : [1] correspond à Ref. [1] sur la page 18).

De quels résultats communément admis disposons-nous ?

1. Pour une définition des Troubles de la personnalité de la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS : [Consultez le lien](#)

La « vraie vie » renvoie ici à la fois aux situations cliniques que rencontre le clinicien dans sa pratique avec de « vrais patients » et aux contextes particuliers dans lesquels une dépression peut s'exprimer chez eux : contextes d'âge, de pathologies ou troubles associés, d'environnement, d'histoire de vie et de situations. Nous avons donc donné une importance particulière aux études qui prennent en compte les cas où la dépression est associée à d'autres problèmes psychopathologiques, psychiatriques, somatiques ou à des contextes particuliers.

Du côté de la recherche, l'approche « vraie vie » implique une méthodologie plus ouverte (et plus complexe) que celle des essais contrôlés randomisés (ECRs) qui a longtemps prévalu. Les ECRs apportent des résultats moyens à partir de la comparaison des résultats de 2 groupes de patients souffrant d'un trouble isolé (ici, une dépression) dont l'un reçoit le traitement dont on veut tester l'efficacité et l'autre un « traitement » absent, réputé non efficace ou dont l'efficacité a déjà été démontrée. Ces essais ont démontré que la psychothérapie était globalement efficace, mais ils ne permettent pas véritablement de savoir avec qui, pourquoi et comment.

Plusieurs facteurs expliquent cette variabilité :

> D'abord, la dépression isolée est plutôt l'exception que la règle. La dépression est souvent accompagnée de troubles de la personnalité¹ et de troubles somatiques. Elle peut se rencontrer aussi dans les états

de stress traumatiques ou chroniques, et dans bien d'autres troubles mentaux.

> Les relations entre causes déclenchantes, vulnérabilité et conséquences sont souvent complexes.

> Dans la conduite d'une psychothérapie, l'ajustement à la situation psychopathologique et contextuelle du patient est un principe essentiel de son efficacité. Il a été démontré que l'application rigide d'une technique réduisait l'efficacité d'un praticien expérimenté et qu'en tout état de cause, il n'appliquait pas ce qu'on lui avait demandé de faire [1].

Les méthodologies ont évolué en fonction de ces constatations. La distinction des approches par « marques » (psychodynamique, cognitivo-comportementale, etc.) est aujourd'hui remise en question [2]. Plutôt qu'une définition globale de la thérapie, on cherche à définir les interventions qui la composent et leur usage au cours du processus psychothérapique. Les troubles sont considérés dans leur environnement spécifique et leur évolution. Les études de cas individuels, reconfigurées pour tenir compte des exigences et des avancées méthodologiques, sont de nouveau à l'ordre du jour en complément des études de groupes. Cela introduit des ponts entre les différentes approches, sans que pour autant elles puissent être considérées comme équivalentes, tant au niveau des principes théoriques qui les guident que de la pratique. Ce processus est en cours et des exemples des nouveaux protocoles seront présentés à la fin de ce document.

2. Pour des informations sur la prise en charge de la dépression par les thérapies comportementales et cognitives, consultez l'article n°15: «**Dépression, Théories cognitives et prise en charge TCC**» (Dr. M-C. Mirabel-Sarron), Le Livre Blanc de la Dépression

3. La **thérapie interpersonnelle** sera décrite plus loin dans ce texte.

4. Pour des informations sur la prise en charge de la dépression par les thérapies comportementales et cognitives, consultez l'article n°15: «**Dépression, Théories cognitives et prise en charge TCC**» (Dr. M-C. Mirabel-Sarron), Le Livre Blanc de la Dépression

La littérature sur les psychotérapies de la dépression et leurs résultats a suivi plusieurs étapes :

- > Dans le domaine de la dépression, la comparaison de l'efficacité de 2 psychotérapies (cognitivo-comportementale² et interpersonnelle³) avec celle des antidépresseurs a marqué l'histoire : là où l'on attendait des réponses simples, c'est une quantité de questions qui ont été soulevées
- > La seconde a comparé globalement l'action des principales approches et elle s'est heurtée au paradoxe d'une apparente équivalence des résultats
- > La troisième a étendu les indicateurs de changement aux fonctionnements de la personne, notamment en terme de relations interpersonnelles et de distanciation par rapport aux situations et événements déclenchants alors que l'on ne mesurait auparavant que la réduction des symptômes
- > Une quatrième étape (qui n'en est qu'à son début) est de prendre en compte le contexte particulier de sous-groupes de cas dont les résultats diffèrent et de considérer pour chacun d'eux les agents thérapeutiques efficaces, ainsi que les facteurs qui peuvent bloquer l'action thérapeutique, jusqu'au cas « unique ».

Le présent article sur la psychothérapie de la dépression prend en compte les données issues des différentes étapes.

Les études sur la dépression ont porté pour l'essentiel sur 4 approches principales : psychodynamique, cognitivo-comportementale, interpersonnelle et familiale. Cette distinction globale a, comme nous l'avons souligné, ses limites. Mais elle apporte aussi des éléments intéressants, notamment chaque fois que les auteurs explicitent sur quelles bases et comment la psychothérapie dont ils présentent les résultats a été menée, les hypothèses

auxquelles ces résultats peuvent conduire et leurs conséquences dans la pratique.

La présentation suit le plan suivant :

1. Présentation des traits spécifiques de 4 approches : psychodynamique, cognitivo-comportementale, interpersonnelle et familiale /
2. Efficacité générale des approches psychothérapeutiques de la dépression et études comparatives qui les concernent /
3. Données relatives aux psychotérapies de la dépression dans différents contextes de situation et d'âge, avec chaque fois qu'elles sont décrites les variantes techniques qui leur sont associées /
4. annexes.

TRAITS DISTINCTIFS DES PRINCIPALES APPROCHES

La psychothérapie psychodynamique brève (PPDB)

La psychothérapie psychodynamique brève est un traitement de courte durée. Il se concentre sur les processus émotionnels inconscients qui peuvent avoir un impact sur la personne et produire ou exacerber une dépression, les symptômes d'autres troubles, et les troubles de la personnalité. La STPP vise à aborder directement la répression émotionnelle, le retour sur soi de la rage et les conduites d'évitement interpersonnel par la résolution des conflits passés et actuels inconscients. Ce faisant, elle vise les mécanismes avancés qui sous-tendent à la fois la dépression et les déficits interpersonnels importants qui l'accompagnent [3].

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La TCC⁴ se déroule typiquement pour la dépression en trois phases [4]. La première phase de traitement se concentre sur le soulagement des symptômes. Le but de cette

5. Changements cognitifs : changements au niveau des contenus et des processus de pensée (ex. les pensées automatiques de contenu négatif, dévalorisant). Les processus cognitifs sont des mécanismes qui sous-tendent le traitement de l'information (la sélection, l'évaluation, la mémorisation, l'organisation des éléments significatifs du son environnement). Pour une typologie des processus cognitifs, l'article n°15 : « Dépression, Théories cognitives et prise en charge TCC » (Dr. M.-C. Mirabel-Sarron), Le Livre Blanc de la Dépression

6. Les pensées automatiques ou les pensées dysfonctionnelles prennent le plus souvent la forme de petites phrases de contenu banal mais fortement négatives, par exemple : « je suis nul ; je ne suis pas capable de faire quoi que ce soit... ». Ces pensées automatiques peuvent être en lien avec une situation déclenchante ou peuvent se manifester par des ruminations qui ne constituent pas une réponse à un stimulus externe immédiat.

7. Les schémas cognitifs représentent l'ensemble des croyances et des convictions intimes qu'un sujet entretient sur lui-même et sur le monde. Ils sont à comprendre au sens donné par les thérapeutes cognitivistes et notamment comme des représentations non spécifiques mais organisées (selon l'expérience préalable du sujet), facilitant le rappel mnésique, mais en même temps entraînant des distorsions systématiques des nouvelles constructions mentales. Les schémas sont décrits comme étant à la fois des structures et des processus qui, une fois activés, canalisent l'attention et interviennent comme des filtres cognitifs pendant le traitement de l'information.

8. Voir l'article n°18 : « Dépression et psychanalyse » (Dr. O. Bouvet), Le Livre Blanc de la Dépression.

9. PsychLit : PsychNF0® est une base de données qui comporte plus de 3 millions de documents consacrés à la littérature scientifique dans le domaine des sciences du comportement et de santé mentale.

10. Voir l'article n°18 : « Dépression et psychanalyse » (Dr. O. Bouvet), Le Livre Blanc de la Dépression.

phase est de réengager les patients dans leur activité quotidienne et de promouvoir une reprise du fonctionnement.

La phase intermédiaire de traitement aborde les changements cognitifs⁵. Dans cette phase, les clients apprennent à identifier les pensées automatiques⁶, à évaluer de façon critique ces pensées et à examiner d'autres modes de pensée.

La phase finale se concentre sur le maintien des effets du traitement et la prévention des rechutes. Dans cette phase, les patients sont encouragés à remettre en question leurs schémas⁷ négatifs sous-jacents en se livrant à des expériences comportementales qui testent la véracité des schémas ainsi que leur adaptabilité.

La psychothérapie psychodynamique interpersonnelle

La psychothérapie psychodynamique interpersonnelle se concentre sur les événements interpersonnels plutôt que sur les événements intrapsychiques ou cognitifs. Dans sa perspective psychodynamique, elle est étroitement liée à la perspective des relations d'objet : la compréhension des objets internes s'appuie sur l'analyse des relations interpersonnelles actuelles du patient, incluant la relation avec le praticien.

De plus, cette psychothérapie est particulièrement attentive au retrait et au détachement, aires qui sont rapportées à des défenses dans le modèle psychodynamique⁸. Cependant, le travail est plutôt

centré sur les déficits interpersonnels que sur le conflit psychique.

La thérapie familiale systémique

La thérapie familiale systémique opère en identifiant un problème focal et en utilisant la thérapie pour trouver une solution à ce problème dans le contexte d'une alliance de travail positive.

Une étude des traits distinctifs du processus et de la technique de la psychothérapie psychodynamique interpersonnelle brève (PPIB) et de la thérapie cognitivo-comportementale a été réalisée par Blagys et Hilsenroth 2000 [5] à partir de la base de données PsychLit⁹. Elle permet de saisir comment interviennent les thérapeutes de chacune des approches dans des situations similaires et la nature des changements recherchés. L'approche du psychothérapeute dans la psychothérapie interpersonnelle brève (PPI) est distinguée de celle du thérapeute cognitivo-comportemental (TCC) suivant sept dimensions décrits dans le Tableau n°1 page suivante.

On constate que les différences entre PI et TCC sont donc significatives. Il est toutefois important de préciser que certaines d'entre elles peuvent se réduire au fur et à mesure que l'expérience du praticien se renforce et suivant les possibilités et l'évolution du patient [6].

Par ailleurs, il existe différents modèles psychanalytiques de vulnérabilité à la dépression [7]¹⁰.

Tableau n°1
(ci-contre)

Les sept dimensions distinctives entre l'approche du psychothérapeute dans la psychothérapie interpersonnelle brève (PPI) est celle du thérapeute cognitivo-comportemental (TCC)

	Psychothérapie psychodynamique interpersonnelle brève (PPI)	Thérapie cognitivo-comportementale (tcc)
Place attribuée à l'affect et à l'expression des émotions du patient	PPI encourage une évocation et une expression des émotions et des sentiments du patient avec l'objectif de révéler des problèmes plus inconscients.	TCC vise à contrôler, gérer, réduire, modérer ou expliquer l'affect afin de réduire le stress et permettre au patient d'éprouver un sentiment de soi davantage fondé sur la réalité.
Abord des expériences répétées et similaires des patients ainsi que des sentiments et des pensées qui les accompagnent	PPI se focalise sur l'identification de configurations dans les relations du patient, les sentiments, la représentation de soi, avec l'objectif de porter les questions centrales à la conscience de la personne et de les interpréter.	Lorsque ces configurations sont identifiées, TCC peut commencer à mettre en doute ou à discuter des croyances adoptées depuis longtemps en tentant de fournir au patient des explications alternatives et de nouvelles perspectives.
Importance accordée aux expériences passées	PPI considère que les expériences d'enfance du patient, les conflits non résolus et les relations passées affectent de manière significative sa situation de vie actuelle, qu'elles s'expriment dans les manifestations symptomatiques, et doivent être donc prises en compte dans la thérapie.	TCC accorde en premier lieu de l'importance aux pensées et aux croyances actuelles du patient, ainsi qu'à l'impact qu'elles ont sur le fonctionnement futur.
Place donné aux expériences interpersonnelles du patient	Dans la perspective PPI, les relations interpersonnelles problématiques du patient interfèrent avec sa capacité d'accomplir ses besoins fondamentaux et ses désirs ; la psychopathologie est alors aussi envisagée comme le résultat de conflits psychiques réactualisés entre la personne et les figures actuelles ou historiques de sa vie.	TCC met l'accent sur les pensées illogiques ou irrationnelles du patient et ses croyances, se centre davantage sur ses expériences intrapersonnelles selon une perspective où la psychopathologie est conçue comme le résultat d'un fonctionnement intrapersonnel/cognitif inefficace, inefficace ou illogique.
Importance accordée à la relation thérapeutique	PPI propose que la relation thérapeutique soit le véhicule ou la base du processus de changement.	TCC se situe avec le patient comme des « collaborateurs scientifiques » enquêtant et testant.

11. Une méta-analyse est une démarche statistique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné. La méta-analyse permet une analyse plus précise des données par l'augmentation du nombre de cas étudiés et de tirer une conclusion globale. Cette démarche est largement utilisée en médecine pour l'interprétation globale d'études cliniques parfois contradictoires.

12. Le terme ambulatoire désigne un traitement qui nécessite une hospitalisation de courte durée, de l'ordre d'une dizaine d'heures. Par exemple, une prise en charge ambulatoire, à l'opposé d'une hospitalisation traditionnelle, permet de diagnostiquer, de traiter, de suivre un patient sans que celui-ci ne soit hospitalisé. Il peut ainsi dormir chez lui, garder ses habitudes et éventuellement continuer son travail.

13. Pour s'informer sur la classification internationale des troubles de la personnalité, voir l'article suivant écrit par Jean Cottraux - SPS n°303, janvier 2013. Pour une définition des Troubles de la personnalité de la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS: Consultez le lien

EFFICACITÉ GÉNÉRALE ET COMPARATIVE

Revue systématique et méta-analyses¹¹

Plusieurs revues générales ont été réalisées concernant l'efficacité des principales approches psychothérapeutiques sur la dépression. Nous retenons ici celle de Berg et Høie 2010 [8] qui nous paraît la plus équilibrée et qui est intéressante dans sa distinction du traitement habituel du médecin généraliste. Cette revue montre que les interventions psychologiques permettent des améliorations plus importantes que le traitement habituel du médecin généraliste. Cela suggère qu'un modèle d'amélioration de la dépression qui reposerait sur la médecine générale ne devrait pas être adopté par les systèmes de soin. Par ailleurs, les auteurs précisent que l'affirmation d'une équivalence de l'efficacité de toutes les formes de psychothérapies dans tous les groupes de patients déprimés est prématurée. On ne connaît pas quelles sont les formes de psychothérapie qui conduisent à l'amélioration la plus grande dans chaque groupe diagnostique. Cependant, on peut pointer le fait que les ingrédients communs dans ces thérapies ont un rôle important dans les résultats. Le besoin d'une littérature qui examine les mécanismes à partir desquels l'efficacité des différents traitements apparaît clairement.

Driessen et al, 2013 [9], ont réalisé une étude comparative de l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique brève (PPDB) et de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) avec 341 patients ayant recherché un traitement pour trouble dépressif majeur dans les différents centres psychiatriques d'Amsterdam (Pays-Bas). Les thérapeutes,

psychiatres et psychologues, étaient formés et expérimentés. Les patients avec dépression sévère (40 %) ont reçu de façon concomitante un traitement antidépresseur. Les résultats de cette étude confirment qu'aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour n'importe laquelle des mesures de résultats entre les 2 approches, qu'elles soient conduites seules ou en combinaison avec des antidépresseurs. Les résultats indiquent également que le traitement limité dans le temps est insuffisant pour un nombre important de patients rencontrés dans la clinique psychiatrique de patients suivis en ambulatoire¹².

Poursuite des effets de la psychothérapie

Shedler en 2010 [10] et Hollon en 2006 [11] présentent chacun des données qui montrent que les effets de la psychothérapie se poursuivent au-delà de sa terminaison, si toutefois sa durée correspond aux besoins associés à la pathologie du patient. Dans ma pratique, la dépression est le trouble qui se réduit le plus rapidement, restent les problèmes de personnalité qui sont beaucoup plus ancrés et maintiennent les problèmes rencontrés dans la réalité, avec leurs conséquences circulaires.

EFFICACITÉ DES PSYCHOTHÉRAPIES DE LA DÉPRESSION DANS DIFFÉRENTS CONTEXTES DE SITUATIONS ET D'ÂGE.

Présence de troubles de la personnalité associés aux troubles dépressifs

L'existence de troubles de la personnalité¹³ associés peut réduire l'efficacité du traitement de la dépression et prédisposer à une dépression chronique et à un trouble dysthymique¹⁴ de mauvais pronostic.

14. Trouble dysthymique : La dysthymie (du grec « mélancolie ») est un trouble dépressif chronique et persistant, moins sévère qu'une dépression clinique.

15. Voir l'article n°14-1: « Dépression et récurrences » (Dr. A. Gaillard) et **l'article n°14-2: « Dépression récurrente : facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité »** (Dr. Chloé Girod-a-Petit-Louis, Dr. Emilie Olié et Pr. Philippe Courtet), Le Livre Blanc de la Dépression.

16. HAM-D : L'échelle de dépression de Hamilton (en anglais, Hamilton Rating Scale for Depression: HRSD, aussi appelée Hamilton Depression Rating Scale: HDRS et abrégé par HAM-D) est un questionnaire à choix multiple que les cliniciens peuvent utiliser pour mesurer la sévérité de la dépression majeure d'un patient.

17. Alexithymie : L'alexithymie (du grec a : préfixe privatif, lexis signifiant « mot » et thymos signifiant « humeur ») désigne les difficultés dans l'expression verbale des émotions, une difficulté marquée à décrire des sentiments, une absence ou une réduction de la vie fantasmatique, et la manifestation de la pensée opératoire caractérisée par l'absence de symbolisation (mentalisation). Le terme a été introduit en 1970 par John Nemiah et Peter Sifneos.

18. Une alliance thérapeutique est définie par la qualité de la relation entre le patient et le thérapeute.

Abbass, Town et Driessen [12] précisent, sur la base d'une sélection de 8 essais contrôlés randomisés bien décrits, que les patients atteints de troubles de la personnalité des groupe A / B et C associés à des troubles dépressifs sont sensibles à la psychothérapie psychodynamique brève. Une majorité des patients étudiés ont montré un changement cliniquement significatif sur les mesures d'évaluation qui portaient sur la dépression, la psychopathologie générale et le fonctionnement interpersonnel. Dans les limites de cette revue, ces résultats suggèrent que la STPP mérite d'être examinée en tant que traitement de première ligne pour les troubles de la personnalité combinés à la dépression. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour préciser les mécanismes d'actions spécifiques, l'amplitude des effets et les limites de la PPDB.

Dépression récurrente

La dépression récurrente¹⁵ est considérée comme un trouble chronique de l'humeur qui est associé à des difficultés importantes aux niveaux professionnel et social et à des taux élevés de soins, hospitalisations et suicide.

Plusieurs études ont déjà montré l'efficacité d'un traitement combiné antidépresseurs-psychothérapie (cognitivo-comportementale ou interpersonnelle) avec rémission plus rapide, résultats plus globaux, réduction de l'absence de compliance au traitement et des rechutes. L'étude de Joyce et al. 2012 [13] a distingué l'action propre des composants psychothérapeutique et pharmacologique par un abord longitudinal du processus thérapeutique de 100 patients souffrant de dépression récurrente auxquels on a proposé une thérapie psychodynamique brève réalisée dans des conditions naturelles comme

traitement initial, complété si nécessaire par un traitement antidépresseur pharmacologique. Une fois extraits les patients qui ont décliné cette offre, ne répondaient pas aux critères de sélection, ou dont l'évaluation initiale n'a pu être réalisée, ce sont finalement 67 patients qui ont commencé la thérapie et 49 qui l'ont terminée. Parmi eux, 23 (46,9%) n'ont pas reçu de traitement antidépresseur associé. Vingt d'entre-eux (40,8%) ont montré des preuves de guérison au cours de l'année, tandis que cela n'a pas été le cas pour 3 (6,1%) d'entre eux. Sur les 26 patients (53,1%) auxquels des antidépresseurs ont été prescrits, 16 (32,7%) ont montré des preuves de récupération durant l'année et 10 (20,4%) ne l'ont pas fait. Les groupes de patients ont également montré des trajectoires distinctes de changement sur la HAM-D¹⁶ sur l'année qui a suivi leur inclusion. Les patients ayant reçu un traitement avec antidépresseurs associés sans aucun signe de récupération avaient des scores significativement plus élevés sur les indices de l'alexithymie¹⁷.

Cinq traits techniques ont caractérisé l'approche psychothérapeutique psychodynamique de ces patients avec dépression récurrente :

- > Le thérapeute vise le développement et le maintien d'une forte alliance thérapeutique¹⁸.
- > Le thérapeute encourage le patient à explorer des émotions inconfortables et à fournir du matériel pour les examiner.
- > Le thérapeute réalise un effort consistant pour adhérer à une approche interprétative et clarifier et expliquer les expériences de conflit du patient.
- > La récurrence de la qualité du conflit est éclairée par l'abord des réactions de transfert du patient envers le thérapeute dans l'ici et maintenant et dans les réactions

19. L'échelle Edinburg : L'échelle de dépression post-natale d'Edimbourg (EPDS).

20. Pour une définition des niveaux de preuve scientifique, voir **Annexe I de l'article n°19: « Dépression et activités sportives »** (Dr. F. Legrand), Le livre Blanc de la Dépression.

21. IRSs : médicaments antidépresseurs dont le mécanisme actif est l'inhibition de la recapture de la sérotonine, un neurotransmetteur impliqué dans la dépression.

actuelles et passées du patient envers les autres.

> En relation avec le modèle bref, le thérapeute définit et maintient un champ problématique circonscrit.

Un aspect particulièrement intéressant de cette étude est l'implication de l'alexithymie chez les 10 patients réfractaires au traitement psychothérapeutique auquel avaient été associés des antidépresseurs.

Dépression durant la grossesse

Ryan, Millis et Misri 2005 [14] ont réalisé une revue de la littérature sur la dépression durant la grossesse avec l'objectif d'informer les médecins de famille, de promouvoir sa détection précoce et de décrire son traitement.

Le message principal des auteurs est que la grossesse ne protège pas les femmes contre la maladie dépressive. Elle peut être dépistée avec l'échelle Edinburg¹⁹ qui est un outil de dépistage efficace pour identifier les femmes présentant des symptômes dépressifs pendant la grossesse. Une fois le diagnostic de dépression majeure établi, ces patientes doivent être surveillées étroitement jusqu'à un an après la délivrance. Les patientes atteintes d'une dépression d'intensité légère à modérée doivent être orientés vers la psychothérapie. Les patients plus gravement malades peuvent nécessiter un traitement supplémentaire avec des antidépresseurs.

L'article précise que l'utilisation de la psychothérapie interpersonnelle (IPT) durant la grossesse a montré une amélioration substantielle de l'humeur après 16 semaines (niveau I de preuve, Spinelli et al. 2003²⁰). Au moment de la publication de l'article, il n'y avait pas d'étude portant sur l'utilisation de la TTC dans la dépression.

Dépression post-natale

M. Craig et L. Howard ont publié en 2009 [15] dans Clinical Evidence (Online) un rapport sur les interventions dans la dépression post-natale. La différenciation de la dépression post-natale avec les autres types de dépression n'est pas évidente, du point de vue notamment de ses symptômes et de sa prévalence, mais les questions spécifiques liées à la période du post-partum justifient sa distinction. Les résultats des traitements psychologiques tels que la TCC, le conseil non directif, la TIP et la thérapie psychodynamique sont susceptibles d'améliorer davantage les symptômes qu'un traitement de routine lorsqu'ils sont comparés. Cependant, les bénéfices à long terme ne sont pas clairs. Par ailleurs, peu d'études concernent l'effet des IRSs²¹ chez les femmes dans le post-partum.

Plus spécifiquement, le rapport constate que la thérapie psychodynamique réduit de manière particulièrement significative le taux de dépression post-natale comparativement à des soins de routine. Après la fin de la thérapie, 4 mois et demi après l'accouchement, la proportion des patientes avec thérapie psychodynamique sans dépression était de 32/45 (71%) versus 20/50 (40%) pour celles avec soins primaires de routine. La thérapie psychodynamique réduit également significativement la proportion des femmes qui ont déclaré avoir des difficultés de relation avec leur enfant à 4,5 mois par rapport aux soins primaires de routine (AR 47% avec la thérapie psychodynamique vs 74% des soins de routine. À plus long terme (à 9 mois, 18 mois et 5 ans de post-partum), il n'y avait aucune différence significative entre les différents résultats à l'exception des problèmes émotionnels et comportementaux des nourrissons, pour lesquels la thérapie psychodynamique a réalisé une amélioration significative à 18

mois de post-partum par rapport aux soins primaires de routine. Toutefois, ce résultat se fonde uniquement sur les rapports maternels.

Dépression de la mère avec de jeunes enfants

Suivant Kurszweil [16], la dépression de la mère avec de jeunes enfants s'inscrit dans les dépressions post-natales, tout en étant caractérisée par un éventail de causes plus large que celui de la dépression directement associée à la période de la naissance. Parmi elles, se trouvent en particulier les problématiques liées au rôle et à l'identité que la naissance de l'enfant peut révéler ou ranimer, problématiques maternelles qui sont elles-mêmes souvent associées aux conditions et expériences de leur enfance.

Les 58 sujets de l'étude ont choisi eux-mêmes leur thérapeute, le type de thérapie (individuelle, de groupe, ou leur association) et la durée du traitement. En ce sens, la conception de l'étude se situe dans le monde réel de la pratique psychothérapique. L'approche adoptée a été celle d'une thérapie psychodynamique « relationnelle développementale » dont les sources conceptuelles, les ingrédients et les mécanismes d'action potentiels sont décrits en détail. En bref, ce qui est le plus actif dans cette thérapie se situe au niveau de la relation entre le thérapeute et le patient. Dans cette relation, la patiente reçoit et développe un accordage empathique qui lui permet d'exprimer les expériences difficiles de sa vie et de construire un nouvel attachement confiant. De ce fait, la thérapie est développementale car elle agit en remplaçant un mode d'expérience par un autre. La thérapie est pour l'essentiel un processus qui permet à la mère d'exprimer des sentiments et de résoudre les problèmes. Une

des caractéristiques de la population qui a participé à la recherche est que la plupart des femmes avaient plusieurs facteurs de risque, en particulier le divorce et des troubles affectifs dans leur famille d'origine. Des problèmes médicaux, des pertes dans la famille et des complications durant la grossesse ou la naissance étaient fréquemment rapportées.

Par rapport aux thérapies de groupe et à la combinaison des thérapies, c'est le traitement individuel qui a obtenu les meilleurs résultats. L'explication proposée est qu'il offre un cadre plus propice au développement d'une interaction affective associée à une verbalisation et une compréhension partagée. Ces éléments constituent la base d'un processus d'élaboration des expériences difficiles et la construction de modèles de fonctionnement individuel et interpersonnel appropriés.

Dépression et troubles somatiques

La revue et méta-analyse d'Abbass et collaborateurs en 2009 [17] portant sur l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique dans les troubles somatiques part de deux constatations : la moitié des consultations médicales en ambulatoire sont liées à des plaintes somatiques, dont un tiers à la moitié sont médicalement inexplicables ; les symptômes somatiques pénibles sont augmentés de 2 à 3 fois chez les patients souffrant de troubles dépressifs et anxieux. Il a été également montré récemment que le syndrome incluant des symptômes somatiques spécifiques chez des patients ayant une variété de troubles médicaux était influencé tant par des facteurs psychologiques que par la sévérité du trouble médical sous-jacent.

Les synthèses récentes de littérature confirment que la TCC et les antidépresseurs sont parmi les traitements qui ont le plus démontré

22. AVC: accident vasculaire cérébral

leur efficacité pour les troubles somatiques [18]. Les résultats de cette nouvelle revue suggèrent que la psychothérapie psychodynamique brève peut être une autre approche thérapeutique efficace pour un éventail de troubles somatiques. En plus de la réduction des symptômes physiques et psychologiques, ces traitements brefs semblent améliorer la compliance au traitement ainsi que l'activité socio-occupationnelle et réduire le recours aux soins. Les facteurs émotionnels, incluant la réduction de l'alexithymie, l'élaboration d'une prise de conscience de l'expérience de processus inconscients et émotionnels associés aux troubles somatiques et anxio-dépressifs sont des facteurs possibles ou probables de l'efficacité de ces thérapies.

L'utilisation de la psychothérapie comme un moyen d'améliorer l'humeur et de réduire la dépression chez les personnes atteintes de maladies aiguës et chroniques (par exemple, l'arthrite, le cancer, le VIH / SIDA) a fait l'objet de plusieurs publications [19, 20, 21].

Une publication de Broomfield et al. de 2011 [22] porte sur l'adaptation de la psychothérapie cognitive dans le traitement de la dépression post AVC²². Cette adaptation comporte les éléments suivants : la prise en compte du trauma, des éléments propres à l'AVC incluant les pertes physiques et psychologiques et leurs conséquences pour la personne. Le thérapeute a besoin d'être créatif dans l'individualisation de ses interventions, de ne pas se centrer seulement sur ce qui a été perdu, mais aussi sur ce qui est là. Le travail sur la perte fait intuitivement et cliniquement sens dans ce contexte et une approche de résolution du deuil peut être un objectif légitime de la thérapie cognitivo-comportementale.

Dépression associée à la pauvreté et de faibles revenus

L'objectif de l'étude de Ali, Hawkins et al. [23] a été de déterminer si un programme visant à changer les conditions économiques de la vie des clients pourrait également avoir un impact sur la réduction de leur niveau de dépression. L'étude a porté sur un échantillon d'hommes et de femmes participant à un programme destiné à leur permettre de sortir de la pauvreté par le biais du micro-crédit et d'un soutien par les pairs. Les résultats ont révélé que 40,5% des participants qui répondaient aux critères diagnostiques de dépression majeure avant le début du programme n'étaient plus cliniquement déprimés après avoir participé au programme pendant 6 mois. Les résultats ont également révélé que les personnes qui ont déclaré qu'elles ressentaient un fort sentiment de connexion interpersonnelle au sein du programme étaient les plus susceptibles de se remettre de la dépression.

L'étude de Miranda et al. de 2006 [24] porté sur les symptômes dépressifs et fonctionnels associés à des faibles revenus chez 237 jeunes femmes appartenant à une minorité ethnique. Ses résultats suggèrent qu'à la fois les antidépresseurs et la TCC ont eu un effet plus important qu'un référent communautaire dans la réduction cliniquement significative de la dépression.

Dépressions des personnes âgées

Trois méta-analyses ont été réalisées depuis 2006 [25, 26, 27] concernant l'efficacité des traitements psychologiques de la dépression chez les personnes âgées²³. Les résultats concluent à une efficacité comparable de la psychothérapie comportementale et de la thérapie psychodynamique, et quand elles sont prises en compte de la thérapie de ré-

23. Pour connaître les caractéristiques de la dépression chez la personne âgée, voir l'article n°3 (Dr. T. Gallarda), Le Livre Blanc de la Dépression

24. La thérapie de réminiscence : La thérapie de réminiscence est définie comme le rappel vocal ou silencieux d'événements passés de la vie d'un patient, individuellement ou en groupe. Les patients sont invités à parler de leur vie antérieure, avec le soutien matériel de photos, de musique, de vidéos ou d'objets significatifs.

25. La bibliothérapie : il s'agit de l'utilisation du livre comme outil de soin.

26. L'électrochoc fait référence à la sismothérapie aussi appelée électroconvulsivothérapie (ECT), la sismothérapie consiste à provoquer une convulsion (crise comitiale) par un choc électrique exercé sur le crâne d'un patient anesthésié. Pour connaître d'avantage cette technique et son application dans le cadre de la dépression, voir l'article n°16-1: « Dépression et ECT » (Dr. F. Mouaffak), Le Livre Blanc de la Dépression.

27. Les fonctions exécutives sont des capacités complexes et hétérogènes. Ils comprennent des capacités liées à l'anticipation, la planification, l'organisation, la résolution de problème, la mémoire de travail, le contrôle cognitif, la pensée abstraite, l'apprentissage de règles, l'attention sélective, la sélection de réponses motrices, la motivation, l'inhibition des informations interférentes au cours de la résolution d'une tâche/une pensée etc. Les fonctions exécutives sont principalement associées au fonctionnement des lobes frontaux du cerveau. Les fonctions exécutives déclinent avec l'âge.

28. Pour connaître les caractéristiques de la dépression chez l'enfant, voir l'article n°2-1 (Dr. Julie Brunelle et Pr. David Cohen), Le Livre Blanc de la Dépression

29. Pour connaître les caractéristiques de la dépression chez l'adolescent, voir l'article n°1-1: « La dépression chez l'adolescent » (Dr. Julie Brunelle et Pr. David Cohen) et l'article n°1-2: « La dépression chez l'adolescent : discussion et débats actuels » (Dr. P. Rayse

miniscence²⁴, de la bibliothérapie²⁵ (pour la dépression moyenne ou modérée). On peut ajouter aux conclusions de ces méta-analyses, celles d'une revue présentant l'ensemble des traitements et une étude centrée sur la comparaison d'une adaptation de la thérapie de résolution de problèmes avec la thérapie de soutien. La revue de Frazer et al. 2005 [28] qui concerne l'ensemble des traitements associés les antidépresseurs et les électrochocs²⁶ aux traitements psychologiques efficaces. Une étude portant spécifiquement sur la thérapie de résolution de problèmes adaptée aux personnes âgées présentant une dépression accompagnée de dysfonction exécutive²⁷ [29] conclut que cette thérapie peut être une alternative de traitement dans une population de patients plus susceptibles d'être résistants à la pharmacothérapie.

Dépansions de l'enfant et de l'adolescent

La revue systématique de Wanabe et al. 2006 [30] a examiné les études concernant la psychothérapie de la dépression chez les enfants²⁸ et les adolescents²⁹. Elle montre que les psychothérapies, notamment la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle, sont plus efficaces à la fin du traitement pour les jeunes déprimés que l'absence de traitement, les listes d'attente ou l'attention-placebo³⁰. Cependant, cette efficacité n'est plus significative aux suivis à 6 mois et ultérieurs. Par ailleurs, les données peuvent être biaisées par une sur-représentation de petits essais positifs qui reflètent un biais de publication probable. Cette revue a été complétée par celle de Midgley et Kennedy en 2011 [31] qui présente notamment un essai randomisé multicentrique³¹ réalisé par Trowell et al. [32, 33] portant sur la dépression durant l'enfance et le début de l'adolescence. L'étude a comparé

la thérapie psychodynamique individuelle à durée limitée (avec un travail parallèle avec les parents) et la thérapie familiale systémique intégrée [32] pour les jeunes déprimés âgés de 10 à 14 ans. L'essai a été réalisé à Londres, Athènes et Helsinki, en comparant les deux traitements. L'hypothèse était que la thérapie individuelle et la thérapie familiale conduiraient à des réponses et à des résultats différents chez les participants. L'évaluation a eu lieu avant le traitement, à la fin de la thérapie et à six mois suivi. A la fin du traitement, des réductions significatives des mesures concernant les troubles ont été observées pour les deux groupes. Un total de 74,3% des cas qui avaient suivi une psychothérapie individuelle et de 75,7% des cas ayant suivi une thérapie familiale n'étaient plus cliniquement déprimés. L'étude a également montré une réduction d'ensemble des comorbidités et une amélioration du fonctionnement familial [34]. Les changements dans les deux groupes de traitement ont été persistants et il y a eu une amélioration continue. Lors du suivi, six mois après la fin du traitement, 100% des cas dans le groupe de thérapie individuelle, et 81% des cas dans le groupe de thérapie familiale n'étaient plus cliniquement déprimés.

Midgley et al. en 2013 [35] présentent les travaux en cours sur le traitement psychodynamique de la dépression chez l'adolescent. Cette dépression est associée à un risque important de pathologies dans la vie ultérieure, avec des taux accrus d'auto-mutilation, de suicide ou d'autres problèmes mentaux ou physiques [36]. Des traitements tels que la TCC se sont révélés efficaces, du moins dans le court terme pour la dépression légère et modérée. Mais les résultats à long terme sont mélangés, notamment dans la dépression

et Pr. D. Purper-Ouakil), Le Livre Blanc de la Dépression.

30. Un placebo est une préparation dépourvue de tout principe actif, utilisée à la place d'un médicament pour son effet psychologique. En effet, le simple fait de se voir prescrire un médicament, et de l'utiliser, peut produire des effets thérapeutiques, indépendamment de l'action pharmacologique du produit sur l'organisme. C'est ce que l'on appelle « l'effet placebo ». Un groupe placebo est un groupe de patient auquel est prescrit un placebo. Lorsque l'étude est en double aveugle, ni les patients, ni les médecins ne savent qui reçoit un placebo et qui reçoit le médicament testé en provenance de plusieurs centres médicaux différents.

31. Une étude multicentrique est une étude scientifique qui est faite avec des volontaires en provenance de plusieurs centres médicaux différents. Ceci permet ainsi de réunir un nombre plus grand de patients donc d'obtenir des données médicales plus précises.

32. Une méta-analyse est une démarche statistique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné. La méta-analyse permet une analyse plus précise des données par l'augmentation du nombre de cas étudiés et de tirer une conclusion globale. Cette démarche est largement utilisée en médecine pour l'interprétation globale d'études cliniques parfois contradictoires.

33. L'estimation de la taille de l'effet doit permettre d'éliminer la possibilité que l'effet puisse être petit et donc sans intérêt en pratique. Traditionnellement, une taille d'effet autour de 0,2 est décrite comme « faible », 0,5 « moyenne » et 0,8 comme « forte ».

plus sévère. Un essai clinique sur une grande échelle est en cours de réalisation impliquant à la fois la psychothérapie psychanalytique et cognitivo-comportementale dans le traitement de la dépression chez l'adolescent [37]. Labelle et al. en 2011 [38] présentent une entrée en matière bien documentée de la psychothérapie cognitive de l'adolescent dépressif et suicidaire. Pour ce faire, les auteurs présentent successivement les protocoles d'intervention mis au point par les équipes de Philadelphie (Beck), de Pittsburgh (Brent) et de Montréal (Labelle) pour traiter le trouble dépressif et les comportements suicidaires chez l'adulte en général et chez l'adolescent en particulier. Par cet article, les auteurs visent à présenter et illustrer ce traitement du groupe mené pendant douze semaines dans le contexte d'une prise charge d'une adolescente montréalaise de 15 ans consultant pour une dépression majeure avec idées suicidaires.

Association de la psychothérapie à un traitement antidépresseur ou à un placebo dans la dépression de l'adulte

Même s'il existe des preuves suffisantes que les traitements combinés de la psychothérapie et de la pharmacothérapie sont plus efficaces pour la dépression chez les adultes que chacun des traitements seuls, on a longtemps ignoré la contribution exacte d'un médicament actif à l'impact global des traitements combinés.

La méta-analyse³² d'essais contrôlés randomisés de Cuijpers et al. 2010 [39] a examiné cette question en comparant la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie avec la combinaison de la psychothérapie et d'un placebo. Seize études identifiées impliquant 852 patients répondaient aux critères d'inclusion. Cette méta-analyse a

montré une amélioration considérable chez les patients recevant un traitement combiné (que ce soit un médicament actif ou un placebo) entre le pré-test et le post-test (taille d'effet³³ 1,73 avec le traitement pharmacologique actif et 1,51 avec le placebo, soit une différence de 0,25). Aucune différence significative entre les sous-groupes d'études n'a été trouvée.

Au total, un médicament actif a une contribution petite mais significative à l'efficacité globale des traitements combinés. Il n'y a pas d'indication que la contribution du médicament soit plus forte dans une dépression plus sévère.

Soin de la dépression en médecine générale et collaboration à travers une supervision des cas et un accès à un spécialiste.

Aux États-Unis, la dépression est la troisième raison principale de consultation en médecine générale. Elle a semblé être gérée de façon sous-optimale. Les soins en collaboration, c'est-à-dire les soins structurés impliquant un plus grand rôle de spécialistes non médicaux pour s'adjoindre aux soins primaires, sont apparus être une intervention candidate potentiellement efficace pour améliorer la qualité des soins primaires et les résultats des patients.

Gilbody et al. en 2006 [40] ont réalisé une revue systématique des essais randomisés comparant les soins réalisés en collaboration avec les soins habituels en médecine générale chez les patients souffrant de dépression. Leurs objectifs étaient de quantifier l'efficacité à court terme et à long terme des soins dans les deux conditions et de comprendre les mécanismes d'action en explorant l'hétérogénéité entre les études. Trente-sept études randomisées incluant 12 355 patients souffrant de dépression et

34. BDI-II: the Beck Depression Inventory®, est l'un des instruments des plus utilisés pour la détection de la dépression et pour l'évaluation de son intensité. C'est une échelle d'auto-évaluation qui comporte de 21 questions à choix multiple; les questions portent sur l'évaluation des symptômes de la dépression selon la classification américaine des troubles mentaux, le DSM IV.

recevant des soins primaires ont été trouvées. Cette revue montre que le travail collaboratif est efficace pour améliorer les résultats dans la dépression à court et à plus long terme. L'exploration des déterminants de l'efficacité a montré que la taille d'effet était directement liée à l'observance thérapeutique, à l'expérience professionnelle et à l'usage régulier et planifié de la supervision de cas. Des interventions même brèves, telles qu'un suivi téléphonique étaient efficaces. L'adjonction d'une psychothérapie brève n'a généralement pas amélioré substantiellement les résultats, mais cette constatation doit être considérée avec prudence compte tenu de l'hétérogénéité des situations. Par ailleurs, la qualité du traitement habituel n'était généralement pas décrite dans les études, ce qui peut fausser l'interprétation des résultats. Au total, la méta-analyse cumulative a montré que des preuves suffisantes étaient réunies depuis 2000 pour démontrer que les soins en collaboration sont plus efficaces que les soins standard pour l'amélioration des résultats de la dépression à court et plus long terme. Les recherches futures devront aborder leur mise en œuvre dans d'autres configurations que celles des États-Unis.

L'insécurité de l'attachement comme modérateur des résultats de la psychothérapie dans la dépression

En 2006 Mc Bride et al. [41] ont recherché si l'anxiété et l'évitement, en tant que dimensions de l'insécurité de l'attachement adulte, intervenaient comme modérateurs des résultats dans le traitement par la psychothérapie interpersonnelle (IPT) et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Cinquante-six participants souffrant de dépression majeure ont été répartis au hasard

dans l'une de ces conditions de traitement. La Beck Depression Inventory-II³⁴, l'échelle de Hamilton à six items pour les scores de dépression, et l'état de rémission ont servi de mesures de résultats. Les patients dont les scores d'évitement de l'attachement étaient les plus élevés ont montré une réduction significativement plus grande de la sévérité de la dépression et une plus grande probabilité de rémission des symptômes avec la TCC qu'avec l'IPT, même après contrôle des symptômes du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive et d'évitement. Les résultats ont été reproduits dans les échantillons des patients qui finissaient leur traitement et en intention de se traiter. Ces résultats suggèrent qu'il est important d'examiner l'interaction entre l'insécurité de l'attachement et le type de traitement lorsque l'on compare l'efficacité des traitements.

Les résultats des psychothérapies menées dans des conditions naturelles dans un environnement « managed care » sont-ils différents de ceux issus des études expérimentales en laboratoire ?

L'étude préliminaire de Minami et al. en 2008 [42] a évalué l'efficacité du traitement de la psychothérapie pour la dépression clinique de l'adulte réalisée en conditions naturelles par l'analyse comparative des résultats cliniques dans un environnement de soins gérés (managed care) par rapport à la taille d'effet des estimations observées dans les essais cliniques publiés.

Les résultats globaux indiquent que les estimations de tailles d'effet d'efficacité dans un contexte de soins gérés étaient comparables aux estimations de taille d'effet d'efficacité observées dans les essais cliniques. Par

35. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

36. Voir ce texte en anglais : <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>.

37. APA : Association Américaine de Psychologie.

38. NIMH : The National Institute of Mental Health (NIMH).

rapport aux estimations de taille d'effets du premier percentile, il a été observé que l'efficacité du traitement réalisé dans ce cadre se situait entre 80 % (patients atteints de comorbidité et sans antidépresseurs) et 112 % (patients sans comorbidité et simultanément sous antidépresseurs) par rapport aux indices de référence. Comme la nature des traitements administrés dans l'environnement de

soins gérés était inconnue, il n'était pas possible d'en tirer des conclusions concernant les traitements.

Cependant, alors que les répliques sont garanties, les préoccupations que la psychothérapie réalisée dans un cadre naturaliste soit inférieure aux traitements délivrés dans les essais cliniques semblent injustifiées.

Comment les obtenons-nous ?

Ces études sont issues d'une recherche bibliographique à partir de la base Pubmed³⁵ dans la catégorie Clinical Queries, et de la multi-base de données de l'Université Paris Descartes qui complète Pubmed avec notamment les bases PsychInfo et Cairn. Les mots clés de départ ont été *depression and psychotherapy*. Ils ont été complétés par les principales approches psychothérapeutiques, les types de dépression et les conditions spécifiques dans lesquelles les psychothérapies sont mises en œuvre. Par ailleurs, l'Association Américaine de Psychologie a publié récemment (2013) un texte de synthèse sur l'efficacité des psychothérapies avec une bibliographie des principaux articles associés à chacun des domaines concernés³⁶. Les articles concernant la dépression ont été pris en compte.

Des évolutions importantes ont eu lieu au cours des dernières années dans la recherche sur les psychothérapies. L'une d'elle, soulignée dans le texte de l'APA³⁷ (2013), est que la comparaison par « marques » qui

a dominé le paysage pendant plus de 20 ans n'a plus aujourd'hui un grand sens « étant donné que les comparaisons des différentes formes de psychothérapie conduisent le plus souvent à une différence relativement non significative, et que des facteurs contextuels et relationnels ne sont généralement pas pris en compte dans les études alors qu'ils interviennent souvent activement dans les résultats ou les modèrent ». Par ailleurs, le contexte méthodologique de la preuve s'est modifié depuis les années 2005, avec les nouvelles recommandations du NIMH³⁸ concernant les études et les essais contrôlés randomisés, et celles de l'Association Américaine de Psychologie (APA) concernant les nouveaux principes de la construction de la preuve en psychothérapie. Suivant les recommandations de l'APA (2006), les ECRs³⁹ ont désormais leur place parmi d'autres approches méthodologiques participant à la constitution de la preuve. En ce qui concerne la pratique fondée sur la preuve, l'expertise clinique intègre les données de la recherche

39. ECRs : essais contrôlés randomisés.

tout en conservant (reprenant ?) un rôle central dans la décision clinique qui se fait en prenant en compte les valeurs propres du patient. D'autres éléments sont intervenus, comme le recentrage sur « la vraie vie », le renforcement de la participation des psychothérapies psychanalytiques aux recherches empiriques, le nouveau développement des études intensives de cas individuels, les mises

en relation des changements et de concepts utilisés en psychothérapie (comme l'attachement) avec les données des neurosciences. Ces remarques conduisent au fait que, de façon générale, beaucoup d'études ne donnent que des réponses partielles aux questions posées. Mais aussi, que les études récentes ont intégré la complexité dans leur approche.

Qu'en tirons-nous comme connaissances ?

Suivant le texte récapitulatif de l'APA paru en 2013 [2] :

- > La preuve issue de la recherche montre que la psychothérapie est un traitement efficace pour la plupart des clients / patients qui sont dans des conditions telles que la dépression et l'anxiété et qui atteignent ou reviennent à un bon niveau de fonctionnement après une période relativement courte de traitement, ce qui est typique des personnes qui fonctionnent bien dans la population générale.
- > La recherche indique les effets bénéfiques de la psychothérapie comme un moyen d'améliorer l'humeur et de réduire la dépression chez les personnes atteintes de maladies aiguës et chroniques (par exemple, l'arthrite, le cancer, le VIH / SIDA).
- > Dans le traitement de la dépression et des troubles anxieux, les clients/patients de la psychothérapie acquièrent un éventail de compétences qui sont utilisées après la terminaison du traitement et, en général,

ils peuvent continuer à s'améliorer après la fin du traitement.

De façon plus générale, on constate le passage d'études portant sur la dépression isolée à des études concernant dépression associée à d'autres troubles, âges, contextes. Les résultats ne concernent plus seulement les symptômes, mais intègrent la résolution des problèmes liés au fonctionnement de la personnalité et au fonctionnement social. La durée de la psychothérapie est différente suivant les situations et leur complexité.

Les ingrédients actifs ne sont pas nécessairement ceux qui sont présumés par la théorie ou le modèle thérapeutique (Kazdin 2007). Les thérapeutes ajustent leur approche et interviennent différemment même dans les études conçues pour qu'ils appliquent rigoureusement le traitement qui est testé. Cela conduit à prendre en compte les qualités et l'expérience du thérapeute, mais aussi les particularités du patient, son évolution au

40. Consultez l'article n°15: «Dépression, Théories cognitives et prise en charge TCC» (Dr. M-C. Mirabel-Sarron), Le Livre Blanc de la Dépression

cours de la thérapie et le contexte qui l'entoure (les modérateurs).

L'importance de l'ajustement du thérapeute, de la participation du patient à l'expérience de la psychothérapie, et de l'interaction entre le patient et le thérapeute a été notamment étudiée dans le cadre de la psychothérapie

cognitive de la dépression conduite suivant le modèle de Beck⁴⁰. Ces variables sont plus importantes que la technique elle-même qui, si elle est appliquée de façon rigide, dogmatique et non sensible au patient, a des effets négatifs sur les résultats. Bien évidemment cette rigidité n'est pas l'apanage d'une approche (Castonguay et al. 1996).

Qu'en faisons-nous concrètement ?

Le côté beaucoup plus ouvert des recherches apporte de véritables éclairages voire des réponses aux questions des cliniciens et des patients qui sont, dans la « vraie vie », confrontés à des tableaux et situations très hétérogènes et souvent complexes.

L'importance donnée par la recherche à la relation qui s'établit entre le thérapeute et le patient, en même temps que cette relation est elle-même dépendante de l'accordage et de l'ajustement du thérapeute à l'expérience du patient au cours du processus psychothérapique confirme l'importance de la formation du clinicien à la psychothérapie des cas complexes qui sont rencontrés dans

la « vraie vie » du cabinet ou de l'institution de soin. En ce qui concerne la recherche, de nouvelles méthodologies se développent et commencent à apporter sur des informations sur les processus de changement et les facteurs qui y participent aux différents temps de la psychothérapie.

Certains facteurs peuvent constituer aussi des obstacles au changement (comme par exemple l'alexithymie dans l'étude de Joyce et al. de 2012 [13]). Leur identification et leur prise en considération peut sans doute modifier la dimension chronique de certaines dépressions et ses conséquences sur l'entourage. ■

Références

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **WESTEN D, NOVOTNY CM, THOMPSON-BRENNER H.**
"The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials"
Psychological Bulletin 2004 • 130, 631-663. doi:10.1037/0033-2909.130.4.631
- Ref. [2] **AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION**
"Recognition of Psychotherapy Effectiveness"
Psychotherapy 2013 • 50(1):102-109
- Ref. [3] **ABBASS A, TOWN J, DRIESSEN E.**
"The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder"
Psychiatry 2011 • 74(1):58-71. doi:10.1521/psyc.2011.74.1.58
- Ref. [4] **MOR N, HARAN D.**
"Cognitive-behavioral therapy for depression"
Isr J Psychiatry Relat Sci. 2009 • 46(4):269-73
- Ref. [5] **BLAGYS MD, HILSENROTH MJ.**
"Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature"
Clinical Psychology: Science and Practice 2000 • 7: 167-188
- Ref. [6] **THURIN JM.**
« Différents types de techniques psychothérapeutiques »
La Revue du Praticien 2009 • 59: 709-713
- Ref. [7] **THURIN JM.**
« Psychanalyse et psychothérapies »
EMC (Elsevier Masson SAS), Psychiatrie • 37-810-F-50
- Ref. [8] **BERG RC, HØIE B.**
"Effectiveness of psychotherapy for adults with depression: a systematic review of the best available evidence"
Procedia - Social and Behavioral Sciences 2010 • 5:2194-2200
- Ref. [9] **DRIESSEN E, VAN HL, DON FJ, PEEN J, KOOL S, WESTRA D, HENDRIKSEN M, SCHOEVEERS RA, CUIJPERS P, TWISK JW, DEKKER JJ.**
"The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial"
Am J Psychiatry 2013 Sep 1 • 170(9):1041-50
- Ref. [10] **SHEDLER J.**
"The efficacy of psychodynamic psychotherapy"
American Psychologist 2010 • 65, 98-109. doi:10.1037/a0018378

- Ref. [11] **HOLLON SD, STEWART MO, STRUNK D.**
"Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety"
Annual Review of Psychology 2006 • 57, 285-315. doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190044
- Ref. [12] **ABBASS A, TOWN J, DRIESSEN E.**
"The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder"
Psychiatry 2011 Spring • 74(1):58-71. doi:10.1521/psyc.2011.74.1.58
- Ref. [13] **JOYCE AS, O'KELLY JG, OGRONCZUK JS, PIPER WE, ROSIE JS.**
"A naturalistic trial of brief psychodynamic therapy for recurrent major depression"
Psychodyn Psychiatry 2012 Dec • 40(4): 645-71. doi:10.1521/pdps.2012.40.4.645.
- Ref. [14] **RYAN D, MILIS L, MISRI N.**
"Depression during pregnancy"
Can Fam Physician 2005 Aug • 51:1087-93
- Ref. [15] **CRAIG M, HOWARD L.**
"Postnatal depression"
Clin Evid (Online) 2009 Jan 26 • pii:1407
- Ref. [16] **KURZWEIL S.**
"Psychodynamic therapy for depression in women with infants and young children"
Am J Psychother 2012 • 66(2):181-99
- Ref. [17] **ABBASS A, KISELY S, KROENKE K.**
"Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders. Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials"
Psychother Psychosom 2009 • 78:265-274
- Ref. [18] **KROENKE K.**
"Efficacy of treatment for somatoform disorders : a review of randomized controlled trials"
Psychosom Med 2007 • 69:881-888
- Ref. [19] **FISCH M.**
"Treatment of depression in cancer"
Journal of the National Cancer Institute Monographs 2004 • 32:105-111. doi:10.1093/jncimonographs/lgh011
- Ref. [20] **HIMELHOCH S, MEDOFF DR, OYENIYI G.**
"Efficacy of group psychotherapy to reduce depressive symptoms among HIV-infected individuals:a systematic review and meta-analysis"
AIDS Patient Care and STDs 2007 • 21: 732-739. doi:10.1089/apc.2007.0012
- Ref. [21] **LIN EH, KATON W, VON KORFF M, TANG L, WILLIAMS JW, KROENKE K, ET AL.**
"Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis:a randomized controlled trial"
Journal of the American Medical Association 2003 • 290:2428-2429. doi:10.1001/jama.290.18.2428

- Ref. [22] **BROOMFIELD NM, LAIDLAW K, HICKABOTTOM E, MURRAY MF, PENDREY R, WHITTICK JE, GILLESPIE DC.**
"Post-Stroke Depression:the Case for Augmented, Individually Tailored Cognitive Behavioural Therapy"
Clin. Psychol. Psychother 2011 • 18:202-217
- Ref. [23] **ALI A, HAWKINS RL, CHAMBERS DA.**
"Recovery from depression for clients transitioning out of poverty"
American Journal of Orthopsychiatry 2010 • 80, 26-33. doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01004.x 104
- Ref. [24] **MIRANDA J, GREEN BL, KRUPNICK JL, CHUNG J, SIDDIQUE J, BESLIN T, REVICKI D.**
"One-year outcome of a randomized clinical trial treating depression in low-income"
- Ref. [25] **CUIJPERS P, VAN STRATEN A, SMIT F.**
"Psychological treatment of late-life depression:a meta-analysis of randomized clinical trials"
International Journal of Geriatric Psychiatry 2006 • 21, 1139 -1149. doi:10.1002/gps.1620
- Ref. [26] **WILSON KC, MOTTRAM PG, VASSILAS CA.**
"Psychotherapeutic treatments for older depressed people"
Cochrane Database Syst Rev 2008 Jan 23 • (1):CD004853. doi:10.1002/14651858.CD004853.pub2
- Ref. [27] **SAMAD Z, BREALEY S, GILBODY S.**
"The effectiveness of behavioural therapy for the treatment of depression in older adults:a meta-analysis"
Int J Geriatr Psychiatry 2011 Dec • 26(12):1211-20. doi:10.1002/gps.2680
- Ref. [28] **FRAZER CJ, CHRISTENSEN H, GRIFFITHS KM.**
"Effectiveness of treatments for depression in older people"
Med J Aust. 2005 Jun 20 • 182(12):627-32
- Ref. [29] **AREÁN PA, RAUE P, MACKIN RS, KANELLOPOULOS D, MCCULLOCH C, ALEXOPOULOS GS.**
"Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction"
The American Journal of Psychiatry 2010 • 167:1391-1398. doi:10.1176/appi .ajp.2010.09091327
- Ref. [30] **WATANABE N, HUNOT V, OMORI IM, CHURCHILL R, FURUKAWA TA.**
"Psychotherapy for depression among children and adolescents:a systematic review"
Acta Psychiatr Scand 2007 • 116:84-95
- Ref. [31] **MIDGLEY N, KENNEDY E.**
"Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents:a critical review of the evidence base"
Journal of Child Psychotherapy 2011 • 37(3):232-260
- Ref. [32] **TROWELL J, JOFFE I, CAMPBELL J, CLEMENTE C, ALMGVIST F, SOININEN M, KOSKENRANTA-ASLTO U, WEINTRAUB S, KOLAITIS G AND TOMARAR V.**
"Childhood depression:a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy"
European Child and Adolescent Psychiatry 2007 • 16 (3):157-67.

- Ref. [33] **TROWELL J, RHODE M, JOFFE I.**
"Children depression:an outcome research project"
In Midgley N, Anderson J, Grainger E, Nestic-Vuckovic T, and Urwin C. (eds) Child Psychotherapy and Research 2009 • New Approaches, Emerging Findings. London:Routledge.
- Ref. [34] **Garoff F, Heinonen K, Pesonen AK, Almqvist F.**
"Depressed youth:treatment outcome and changes in family functioning in individual and family therapy"
Journal of Family Therapy 2012 • 34, 1, p. 4-23 20
- Ref. [35] **MIDGLEY N, CREGEEN S, HUGHES C, RUSTIN M.**
"Psychodynamic psychotherapy as treatment for depression in adolescence"
Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2013 Jan • 22(1):67-82. doi:10.1016/j.chc.2012.08.004.
- Ref. [36] **JONSSON U, BOHMAN H, VON KNORRING L, ET AL.**
"Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression:15-year follow-up of a community sample"
J Affect Disord 2010 • 130(3):395-404.
- Ref. [37] **GOODYER I, TSANCHEVA S, BYFORD S, ET AL.**
"Improving mood with psychoanalytic and cognitive behavioural therapies (IMPACT):a pragmatic effectiveness supérieures trial to investigate whether specialised psychological treatment reduces the risk for relapse in adolescents with moderate to severe unipolar depression:study protocol for a randomised controlled trial"
Trials 2011 • 12(1):175.
- Ref. [38] **LABELLE R, BEDWANI C, JANELLE A.**
« La psychothérapie cognitive de l'adolescent dépressif et suicidaire : Etudes cliniques récentes en thérapie comportementale et cognitive chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte »
Perspectives psychiatriques 2011 • 50(3) : 220-230.
- Ref. [39] **CUIJPERS P, VAN STRATEN A, ANDERSSON G, VAN OPPEN P.**
"Psychotherapy for depression in adults:a meta-analysis of comparative outcome studies"
J Consult Clin Psychol. 2008 Dec • 76(6):909-22. doi:10.1037/a0013075.
- Ref. [40] **GILBODY S, BOWER P, FLETHCER J, RICHARDS D, SUTTON AJ.**
"Collaborative care for depression:a cumulative meta-analysis and review of longer term outcomes"
Archives of Internal Medicine 2006 • 166, 2314-2321. doi:10.1001/archinte.166.21.2314.
- Ref. [41] **MCBRIDE C, ATKINSON L, QUILTY LC, BAGBY RM.**
"Attachment as moderator of treatment outcome in major depression:a randomized trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy"
Journal of Consulting and Clinical Psychology 2006 • 74, 1041-1054
- Ref. [42] **MINAMI T, WAMPOLD BE, SERLIN RC, HAMILTON E, BROWN GS, KIRCHER J.**
"Benchmarking the effectiveness of psychotherapy treatment for adult depression in a managed care environment:a preliminary study"
Journal of Consulting and Clinical Psychology 2008 • 76, 116-124

REQUÊTE ACTIVE VERS UNE BASE BIBLIOGRAPHIQUE

ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR PUBMED

- Avec les mots-clés: [Depression & Psychotherapy](#)
- Avec les mots-clés: [Depression & CBT & psychotherapy](#)
- Avec les mots-clés: [Depression & Interpersonal psychotherapy](#)
- Avec les mots-clés: [Depression & Psychodynamic therapy](#)
- Avec les mots-clés: [Depression & Systemic family therapy](#)

AUTRES LIENS UTILES

- Le site des recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques : <http://francais.world-schizophrenia.org/>
- Association Américaine de psychiatrie : <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>
- [Rapport INSERM concernnat l'évaluation des psychothérapies](#) : Psychothérapies : trois approches évaluées
- [France Dépression](#)
- [SOS Dépression](#)
- [Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie \(FNAPSY\)](#)
- [Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques \(UNAFAM\)](#)
- <http://www.psydoc-france.fr/>
- <http://www.techniques-psychotherapiques.org/>

Biographie



Jean-Michel THURIN

Psychiatre, psychanalyste: psychotérapies psychanalytiques en cabinet; recherche sur les psychotérapies de troubles sévères et les relations entre stress, traumatismes et pathologies (psychiatriques et somatiques).

Président de l'Ecole de psychosomatique, membre des associations: Psychanalyse et psychotérapies; Society for Psychotherapy Research; Association Française de Psychiatrie; Société Santé Publique. Rédacteur en chef de «Pour la recherche», fondateur et administrateur du site Internet «Psydoc-France», fondateur et animateur du site «Techniques-psychotherapiques».

.....

THÈMES DE RECHERCHE

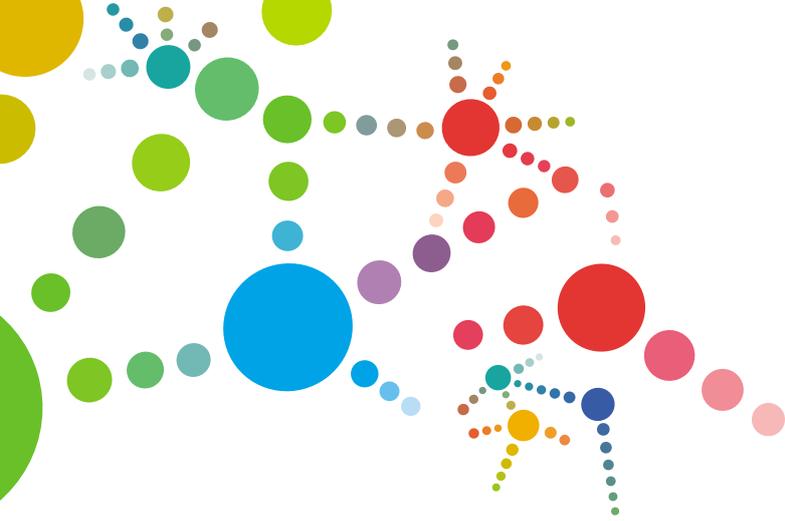
Stress, traumatismes complexes et pathologies (psychosomatique), Effets et mécanismes de changement des psychotérapies, Psychanalyse et psychotérapies, Psychanalyse et sciences du vivant, Recherches en psychiatrie et interdisciplinaires. Internet (applications documentaires et médicales, information des patients, réunions de recherche, pratiques professionnelles et formation médicale continue à distance).

COORDINATION SCIENTIFIQUE

Galina IAKIMOVA, chargée de mission pour la Fondation Pierre Deniker, Paris; Maître de conférences de psychologie à l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

DÉCLARATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.



FONDATION
Pierre Deniker
.....
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE