

Place des thérapies cognitives et comportementales dans le traitement de la dépression avec complications suicidaires

Réal Labelle, M.Ps., Ph.D.

Département de psychologie, UQÀM
Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, UQÀM

Département de psychiatrie, UdeM
Service de recherche et Clinique des troubles de l'humeur, HRDP

Mercredi 1^{er} juin 2011

Courriel : labelle.real@uqam.ca



Plan de la présentation

INTRODUCTION : Une approche descriptive et clinique...

Quelques définitions

Thérapie cognitive de Beck et suicidalité (Axe 1)

Thérapie dialectique de Linehan et suicidalité (Axes 1 et 2)

Vers un modèle intégratif de la prise en charge du suicidaire

CONCLUSION : Les critiques les plus répandues sur l'approche...

Introduction

Une approche descriptive...

Cas type I – Dépression sans TPL

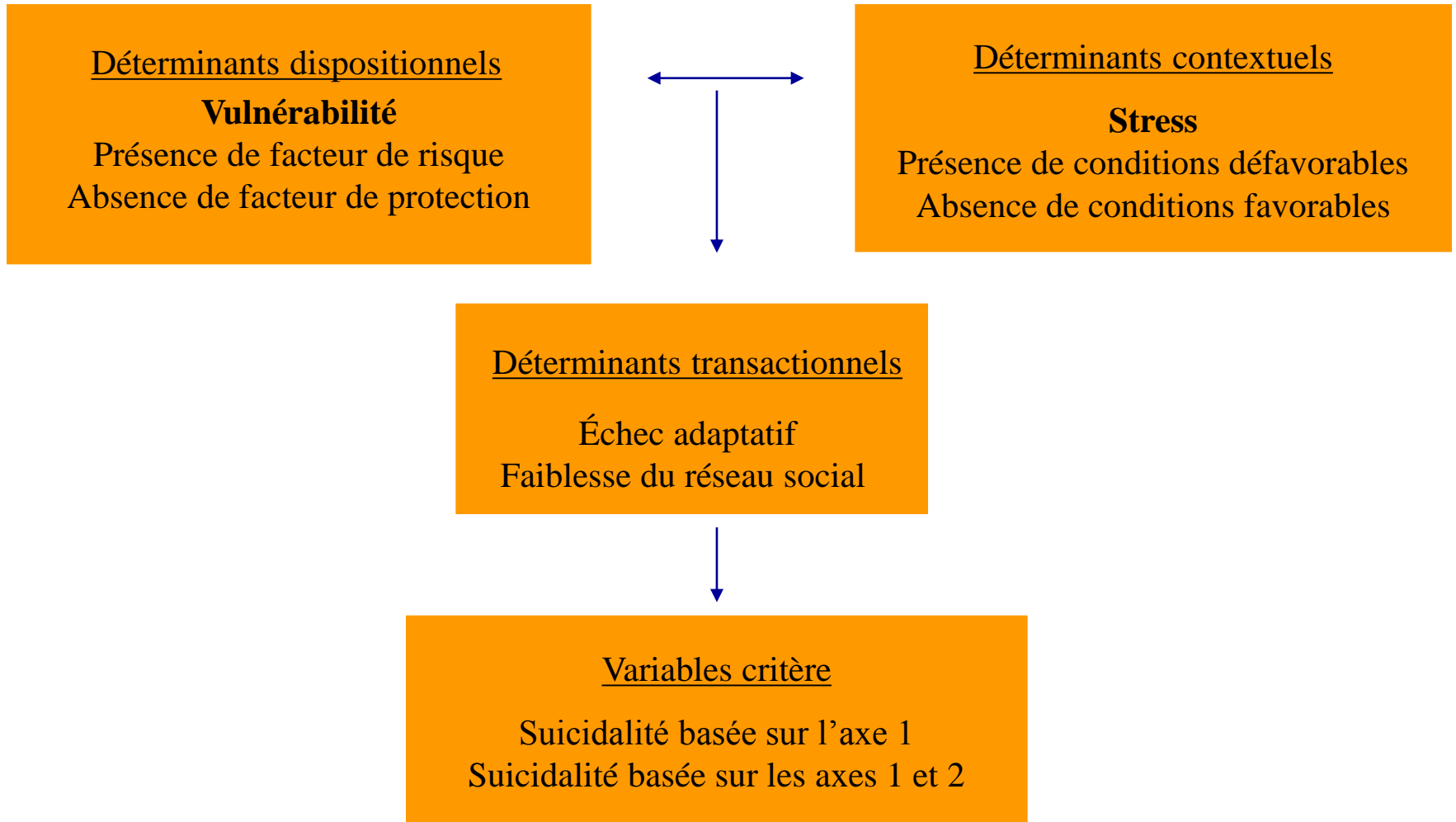
Suicidalité basée sur l'**Axe 1**
Fonctionnement du moi affecté

Cas type II – Dépression avec TPL

Suicidalité basée sur les **Axes 1 et 2**
Mauvaise organisation du moi

Jacobs *et al.* (1998) du Harvard Medical School

... et clinique ...



... d'orientation cognitive et comportementale

Suicidalité basée sur l'axe 1	Suicidalité basée sur les axes 1 et 2
Approche de Beck	Approche de Linehan
Liens d'attachement peu problématique	Liens d'attachement problématique
Fonctionnement affecté du moi	Mauvaise organisation du moi

Quelques définitions

Qu'est-ce que la dépression ?

Déprime

Réaction normale en rapport avec certains événements de la vie. Ce phénomène a une durée limitée dans le temps et laisse habituellement place à une humeur réactive (la personne réagit encore à certains plaisirs et autres stimuli).

Dépression

Véritable trouble nécessitant une attention particulière et des traitements. Il existe des facteurs biopsychosociaux identifiables à la réaction. La durée d'une dépression clinique est longue et peut s'étendre sur une ou deux années si elle n'est pas traitée adéquatement. De plus, la personne dépressive ne réagit pas aux stimuli et trouve peu ou pas de plaisir à des activités.

Dépression majeure

1. Humeur dépressive présente toute la journée
2. Diminution marquée de l'intérêt ou plaisir
3. Perte ou gain de poids
4. Insomnie ou hypersomnie
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur
6. Fatigue quotidienne
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive presque tous les jours
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer
9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires

DSM-IV-TR: (APA. 2000)

Dépression majeure

- A. Cinq symptômes pendant 2 semaines et altérant le fonctionnement antérieur, incluant
 - 1. Humeur dépressive ou
 - 2. Perte d'intérêt ou de plaisir
- B. Ne réponds pas aux critères d'épisode mixte
- C. Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social, professionnel ou autre
- D. Symptômes non imputables aux effets d'une substance ou d'une maladie
- E. Symptômes non plus expliqués par un deuil ou persistant plus de deux mois ou accompagnés d'une altération marquée du fonctionnement, de dévalorisation, de pensées suicidaires ou autres.

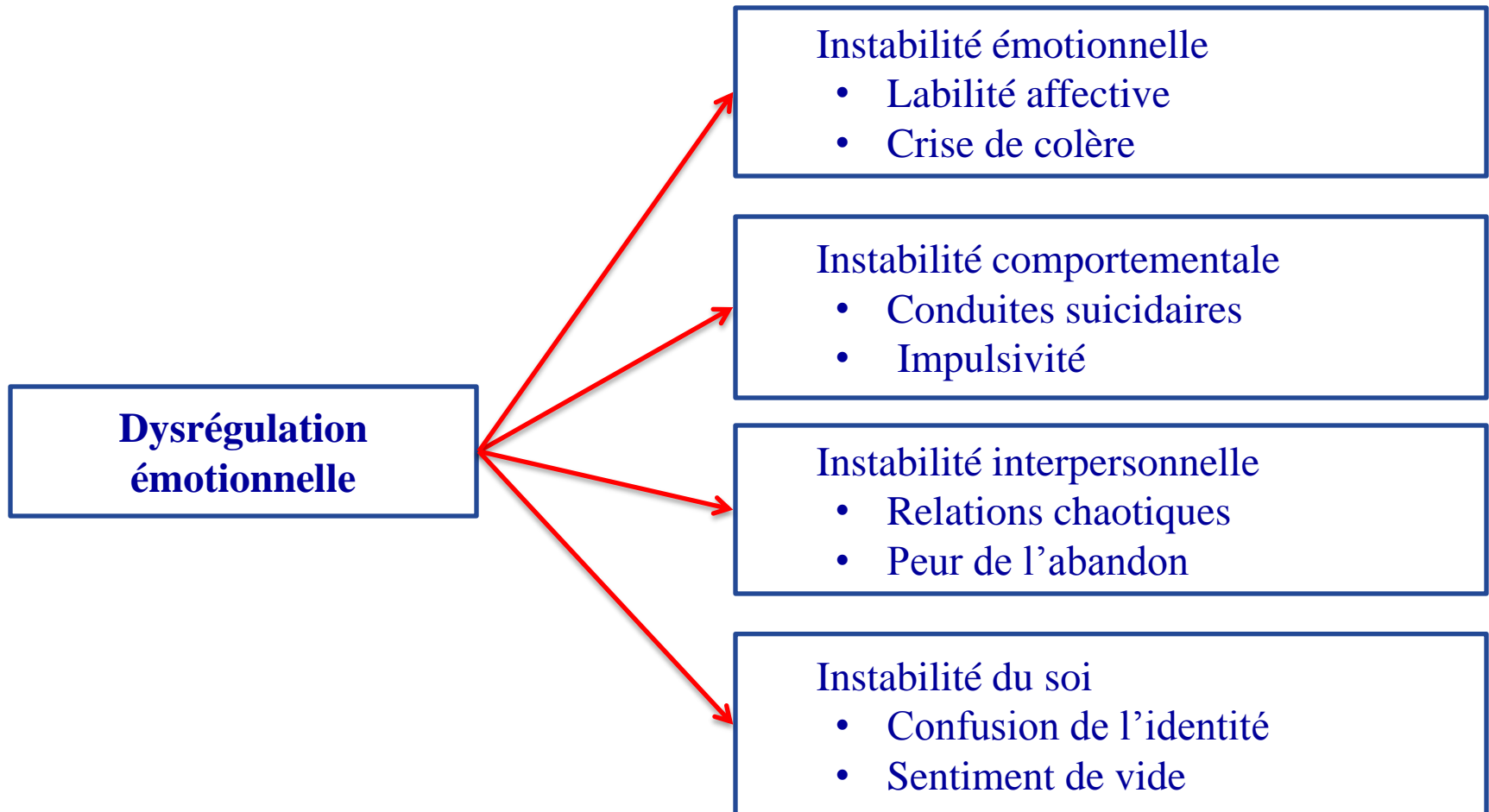
DSM-IV-TR: (APA. 2000)

Qu'est-ce qu'un trouble limite ?

Le TPL est intégré au *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM, 1980, DSM-IV, 1991) et désigne un trouble de l'axe II caractérisé par une instabilité et qui affecte le fonctionnement de l'individu. LA personne doit répondre à au moins 5 des 9 critères diagnostiques.

1. Déployer des efforts frénétiques pour éviter d'être abandonné
2. Un patron de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par des extrêmes d'idéalisation et de dévaluation
3. Perturbation de l'identité: image de soi instable
4. Impulsivité marquée qui peut s'avérer être auto-dommageable
5. **Conduites suicidaires récurrentes**
6. Instabilité émotionnelle
7. Sentiment chronique de vide
8. Colère intense et inappropriée ou difficilement contrôlée
9. Idéations paranoïdes ou symptômes de dissociation

En résumé



Linehan (1993a, 1993b)

Qu'est-ce que les conduites suicidaires ?

CONDUITES SUICIDAIRES		COMPORTEMENTS AUTODOMMAGEABLES
<p>Les idéations suicidaires <u>passives</u> sont caractérisées par un sentiment lié au désir de mourir de l'individu.</p>	<p>Les conduites suicidaires <u>préparatoires</u> représentent toutes actions reliées au suicide ou au décès telles qu'écrire une lettre d'adieu, se procurer le matériel nécessaire à cet acte, etc.</p>	<p>Se couper Se brûler Se frapper Se piquer Se gratter Autres</p>
<p>Les idéations suicidaires <u>actives</u> sont définies comme des idées portant sur l'action de se tuer.</p>	<p>La tentative de suicide est une conduite potentiellement autodestructive avec au moins un certain désir ou une intention de mourir comme conséquence de cette conduite.</p>	
	<p>La tentative <u>interrompue</u> est définie lorsqu'un jeune est sur le point de faire une tentative de suicide, mais celle-ci est interrompue par un tiers ou par un événement.</p>	
	<p>La tentative <u>avortée</u> est définie lorsque la personne prend la décision par elle-même de cesser d'avoir un comportement suicidaire.</p>	

Posner et al. (2007)

Thérapie cognitive de Beck et suicidalité (Axe 1)

La thérapie cognitive

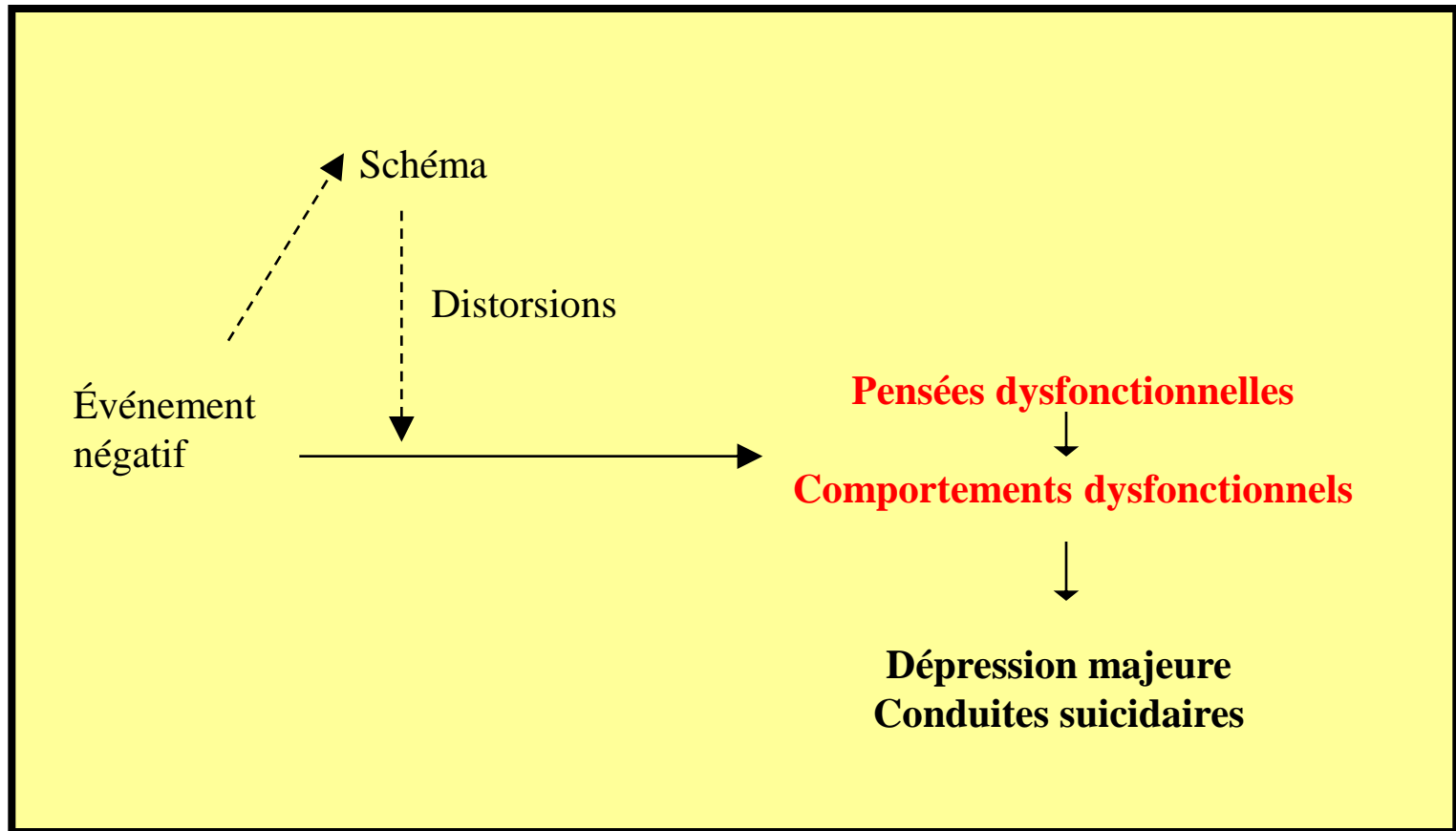
Origine

- La thérapie cognitive s'est développée à partir des travaux de Beck à partir de 1960, dans le but de tester un certain nombre d'hypothèses psychanalytiques de la dépression.
- L'étude du rôle de la cognition consciente, puis préconsciente va devenir le centre de ces travaux sur la dépression.
- En 1979, il publie le premier manuel de traitement de la dépression. Il propose un ensemble de techniques et un modèle psychothérapeutique précis avec sa théorie sur la triade dépressive.
- La thérapie cognitive de la dépression est sans doute la psychothérapie qui a été le plus étudiée et la mieux validée dans son efficacité, ses modes d'intervention et aussi ses modèles théoriques, comme le soulignent deux revues très complètes qui effectuent le bilan de 40 ans de travaux (Beck, 2005; Butler et la. 2006)



La thérapie cognitive

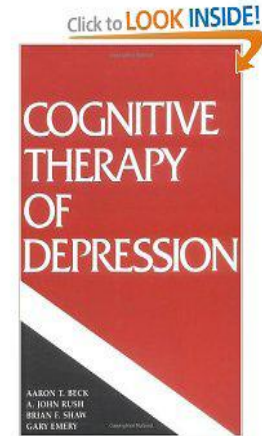
Modèle théorique



La thérapie cognitive

Caractéristiques

- Thérapie **manualisée**
- Thérapie **ciblée** (s'adresse à des dépressifs et suicidaires)
- Thérapie **individuelle** (sur mesure)
- Thérapie **structurée** (agenda, exercice, rétroaction, etc.)
- Thérapie **brève** (trois mois)
- Thérapie **conviviale** (périodes de partage et d'échanges entre les rencontres)
- Thérapie **focalisée** (buts spécifiques en lien avec des problèmes particuliers)
- Thérapie menée par un **professionnel de la santé mentale**



La thérapie cognitive

Cibles d'intervention et stratégies thérapeutiques

- Hypothèse d'un dysfonctionnement cognitif
- Vise l'apprentissage et le raffinement des compétences aux changements des réactions cognitives face aux situations de la vie courante qui génèrent de la souffrance et de la détresse
- Aperçu des cibles d'intervention et des stratégies thérapeutiques

Cibles d'intervention	Stratégies thérapeutiques
Dépression majeure Crise suicidaire	Évaluation initiale Plan de sécurité
Préparation	Socialisation Engagement
Inaction Isolement	Réactivation comportementale Affirmation de soi
Désespoir Néguvisme	Découverte d'un sens à sa vie Restructuration cognitive
Immunsation Prévention	Résolution de problèmes Prévention des rechutes

Dennis Greenberger, PhD
Christine Padesky, PhD

Dépression et **anxiété:**

comprendre et surmonter par l'approche cognitive

UN GUIDE PRATIQUE

Traduit par
FRANÇOIS CHASSÉ, Ph.D.
WILFRID PILON, Ph.D.
PAUL MORENCY, Ph.D.
*Centre hospitalier Robert-Giffard,
Université Laval, Québec*

DÉCARIE ÉDITEUR

Thérapie dialectique de Linehan et suicidalité (Axes 1 et 2)

La thérapie dialectique

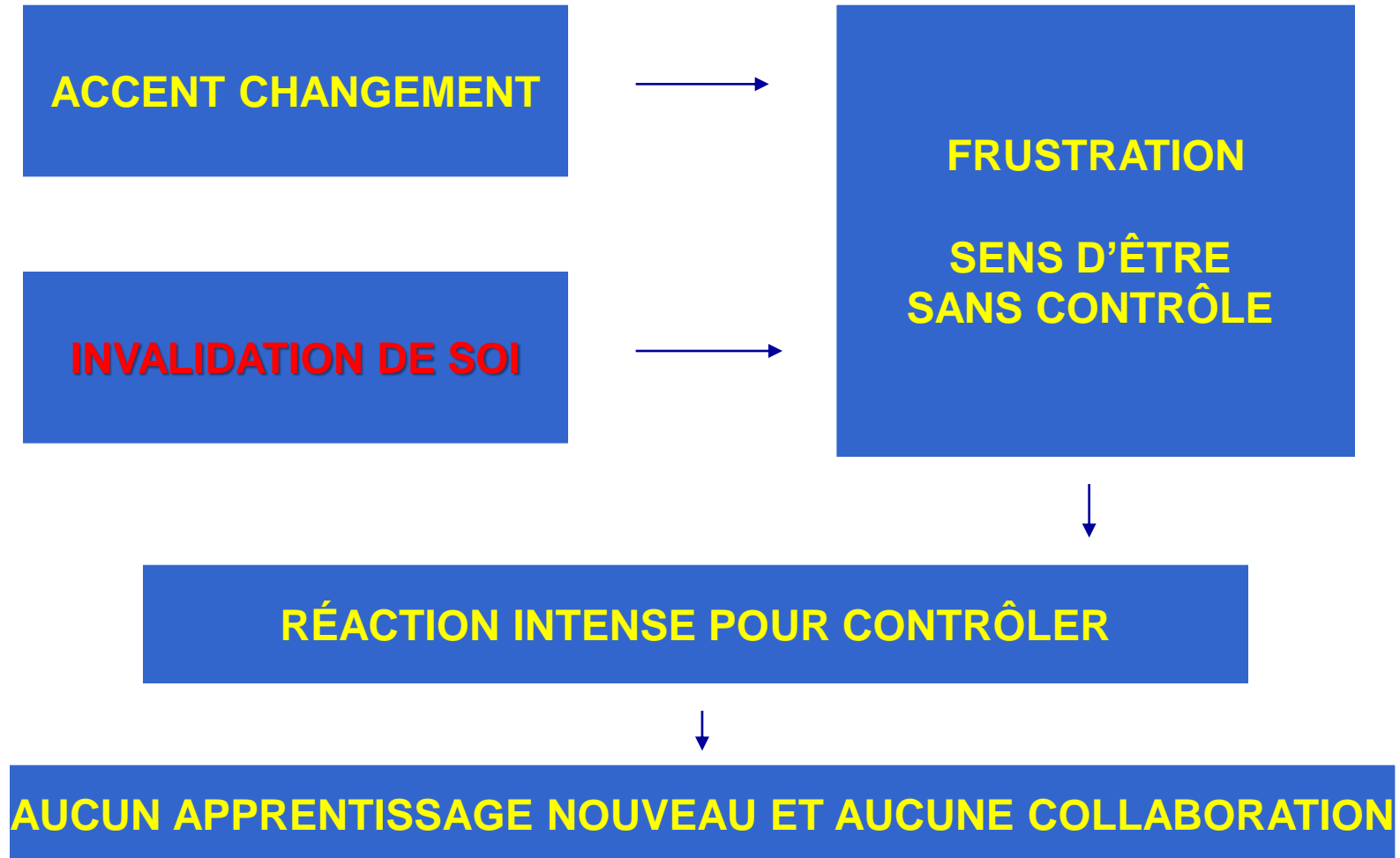
Origine

- Au début des années 1980, Marsha Linehan observe chez une clientèle limite et suicidaire que la dysrégulation émotionnelle interfère avec le processus thérapeutique visant la modification du comportement et des cognitions et rend difficile l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique, ce qui résulte souvent par l'abandon thérapeutique.
- En 1987, elle élabore une psychothérapie qu'elle nomme la thérapie comportementale dialectique visant la diminution des comportements suicidaires, les comportements autodommageables, et les comportements interférant avec la thérapie ou la qualité de vie du patient.
- En 1997, l'équipe de Miller adapte ce traitement pour les adolescents en intégrant les parents à la thérapie de groupe et en simplifiant le contenu du programme.
- Dans les années 2000, deux méta-analyses concluent à la supériorité de la TCD sur des traitements standards pour réduire les comportements suicidaires, les comportements auto-dommageables et le nombre d'admission (Leichsenting et al. 2003; Bink et al. 2006)



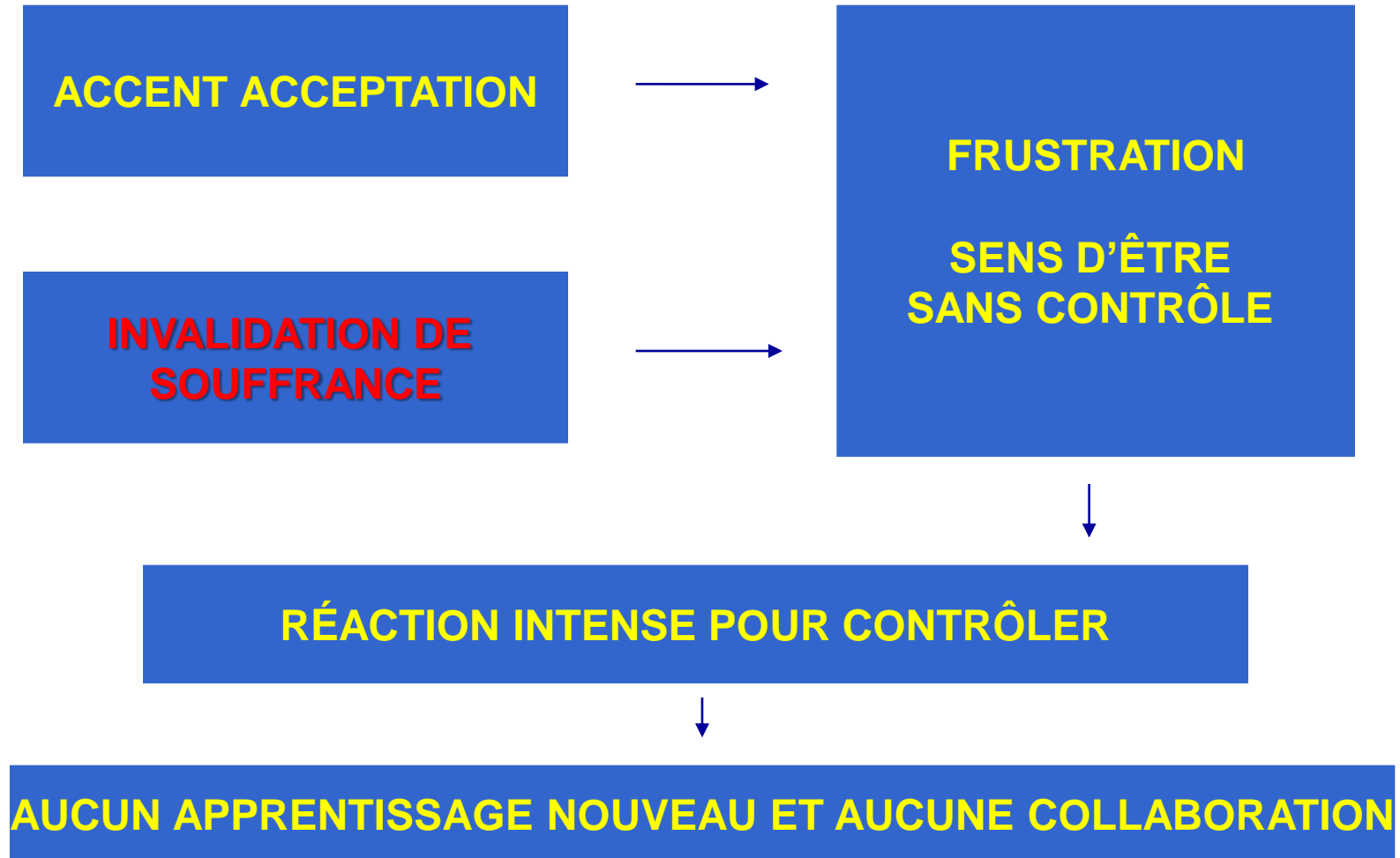
La thérapie dialectique

Dialectique : Problème A



La thérapie dialectique

Dialectique : Problème B



La thérapie dialectique

Dialectique : Solution

UNE APPROCHE DIALECTIQUE VISANT À ÉQUILIBRER

CHANGEMENT

ACCEPTATION

DIALECTIQUE

La thérapie dialectique

Modèle théorique

Problème avec la biologie – vulnérabilité émotionnelle

Hypersensibilité aux stimuli (plus souvent)
Réaction émotionnelle très intense (plus fort)
Lent retour au calme (plus longtemps)



Problème avec l'environnement – entourage invalidant

Rejet, punition, indifférence
Négligence, abus



Dysfonctionnement du système émotionnel

La thérapie dialectique

Compréhension du modèle

- **Problèmes avec la biologique**

- Dysfonction possible du préfrontal ?
- Anomalie du système limbique ?
- Anomalie au niveau de la sérotonine ?
- Possibilité d'une sous-activation du frein vagal ?

- **Vulnérabilité émotionnelle**

- Long retour au niveau de base
- Plus grande intensité de la réponse émotionnelle
- Plus grande réactivité émotionnelle

- **Environnement invalidant**

- Banalise, méprise ou disqualifie les expériences émotionnelles
- Considérer l'expression des émotions négatives comme inacceptables ou pathologiques
- Minimiser l'ampleur des difficultés à résoudre les problèmes

La thérapie dialectique

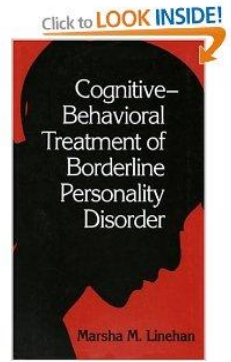
Compréhension du modèle

Ainsi, l'interaction entre les problèmes liés à la biologique, la vulnérabilité émotionnelle et l'environnement invalidant ...

Ne permet pas d'apprendre à :	Conduit plutôt à apprendre à :
<ul style="list-style-type: none">- Identifier les expériences émotionnelles- Reconnaître les expériences émotionnelles comme un reflet valide des événements- Exprimer les émotions adéquatement- Tolérer la détresse- Résoudre les problèmes- Utiliser des stratégies d'autorégulation	<ul style="list-style-type: none">- S'auto-invalider- Adopter des comportements passifs d'impuissance- Rechercher un appui sur les autres pour répondre aux situations- Osciller entre inhibition et expression extrême des émotions- Répondre aux situations par une activation plus intense

La thérapie dialectique

Caractéristiques



- Thérapie **manualisée**
- Thérapie **ciblée** (s'adresse à des dépressifs suicidaires avec des traits limites)
- Thérapie **multimodale** (thérapie individuelle, entraînement aux compétences coaching téléphonique, équipe de consultation et interventions auxiliaires)
- Thérapie **multifonction** (augmenter les compétences, augmenter les facteurs de motivation, garantir la généralisation dans l'environnement naturel, augmenter les capacités du thérapeute à traiter efficacement et à structurer l'environnement)
- Thérapie **systematisée** (hiérarchisation des comportements ciblés : comportements menaçant la vie, comportements gênant le traitement, comportements interférant avec la qualité de vie et compétences psychosociales)
- Thérapie **longue et intensive** (thérapie groupale 6 mois et individuelle 1 an)

La thérapie dialectique

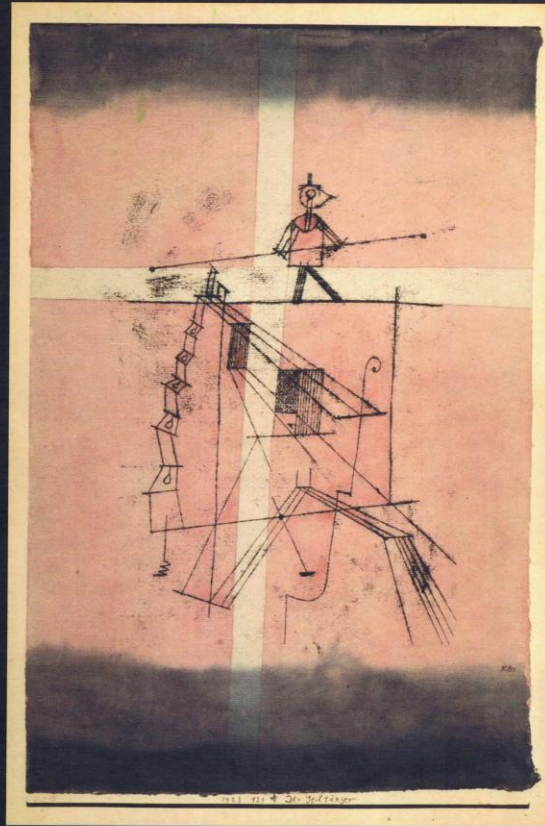
Cibles d'intervention et stratégies thérapeutiques

- Hypothèse d'un dysfonctionnement émotionnel
- Vise la gestion de crises et l'application des compétences afin de trouver des solutions dialectiques aux problèmes
- Aperçu des cibles et stratégies thérapeutiques

Cibles d'intervention	Stratégies thérapeutiques
Dépression et trouble limite Crise suicidaire	Évaluation initiale Plan de sécurité
Préparation	Orientation Engagement
Instabilité du soi Confusion de l'identité Sensation de vie	Pleine conscience
Instabilité comportementale Conduites autodommageables Conduites suicidaires	Tolérances à la détresse
Instabilité émotionnelle Labilité affective Problème de colère	Régulation émotionnelle
Instabilité interpersonnelle Relation chaotique Peur de l'abandon	Efficacité interpersonnelle
Prévention	Prévention des rechutes

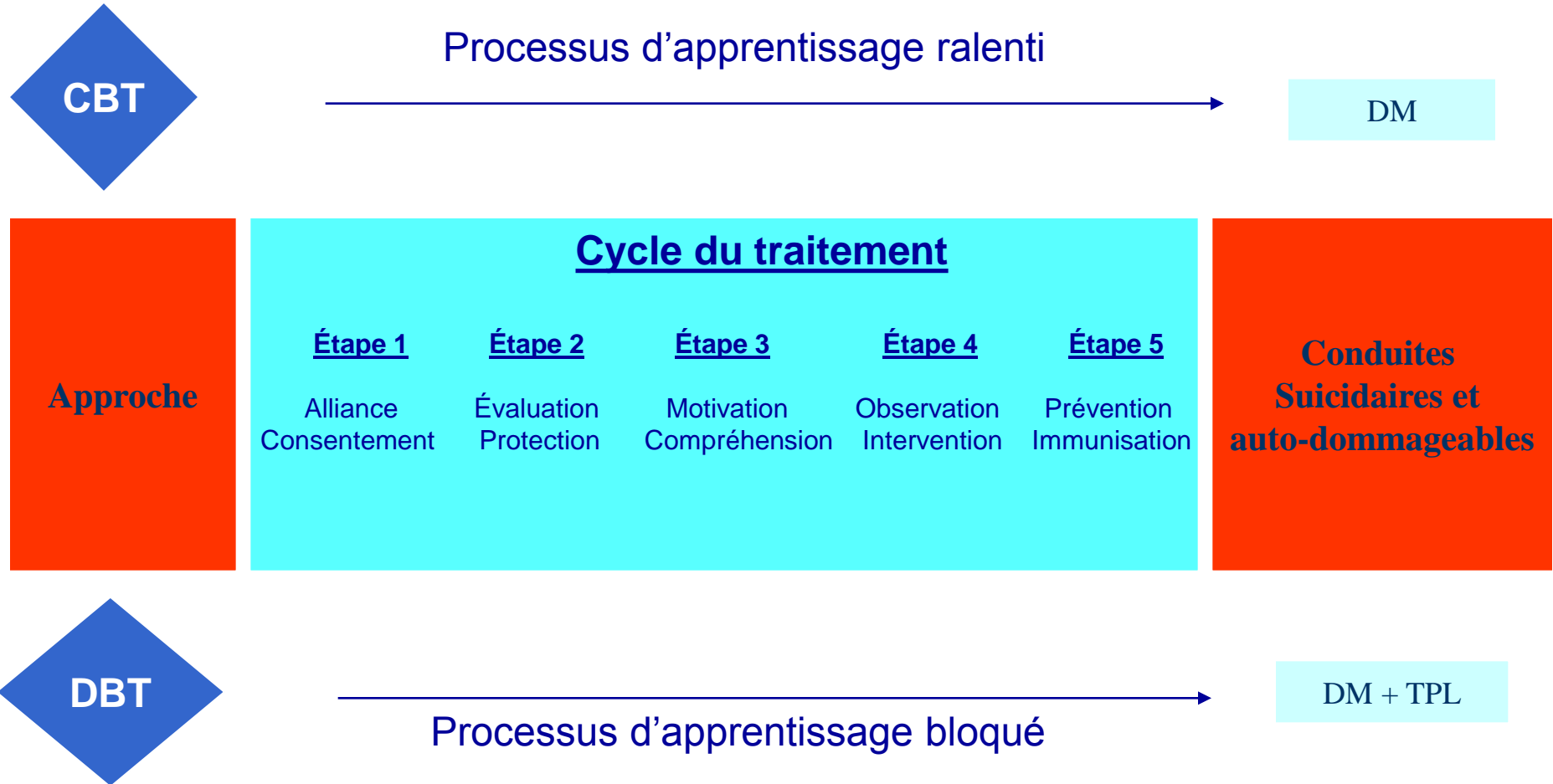
Marsha M.LINEHAN

**MANUEL D'ENTRAÎNEMENT
AUX COMPÉTENCES POUR TRAITER
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ
ÉTAT-LIMITE**



Vers un modèle intégratif de la prise en charge du suicidaire

Vers un modèle intégratif de la prise en charge du suicidaire



Conclusion

Les critiques les plus répandues sur l'approche

- La TCC est simpliste; pour d'autres, elle est au contraire trop compliquée
- La TCC s'attaque seulement aux symptômes, pas aux racines du problème
- La TCC ne fait que déplacer le problème sans vraiment le résoudre
- La TCC normalise les patients selon les besoins de la société
- La TCC ne tient pas compte de la subjectivité de la personne
- La TCC prétend résoudre tous les problèmes
- La TCC utilise des recettes standardisées



Merci !

À l'équipe de Brian Mishara au Crise de l'UQAM

À l'équipe de Jean-Jacques Breton de la CTH

Au Service de recherche de HRDP

Au Centre de recherche Fernand-Seguin

Aux FQRSC, FRSQ, IRSC