

THERAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE DU SUJET AGE

Dépression du Sujet Agé

Dr Aude MANETTI

Hôpital Bretonneau,

- AUCUN CONFLIT D'INTERET

GÉNÉRALITÉS

Un trouble fréquent et sévère

- **Prévalence** de la dépression
 - Le trouble psychiatrique le plus fréquent du sujet âgé (SA)
 - Institution > ambulatoire
- **Conséquences**
 - Diminue la durée de la vie
 - Augmente le risque de suicide
 - Augmente le risque somatique et le recours aux soins
 - *Aggrave le pronostic fonctionnel et la perte d'autonomie*
 - *Augmente le risque d'institutionnalisation*

Des traitement psychotropes limités

- **Tolérance**
 - Population polymédicamentée, comorbidités somatiques
- **Efficacité: délai +long**
 - 50% de réponse à un 1^{er} traitement bien conduit
 - Rémission complète 60% (Gallarda 2009)
- **Risque de rechute**
 - LOD (Mitchell 2005)
- **Symptômes résiduels, dépression subsyndromique... >30%** (Brodaty 2008)

**OPTIMISONS NOTRE ARSENAL
THERAPEUTIQUE!**

L'efficacité des psychothérapies dans l'EDC du SA n'est plus à démontrer

- Principalement **TCC** mais aussi
 - Réminiscence
 - Interpersonnelle (TIP)
 - Thérapie systémique, familiale
- Méta-analyse (Cujipers 2014)

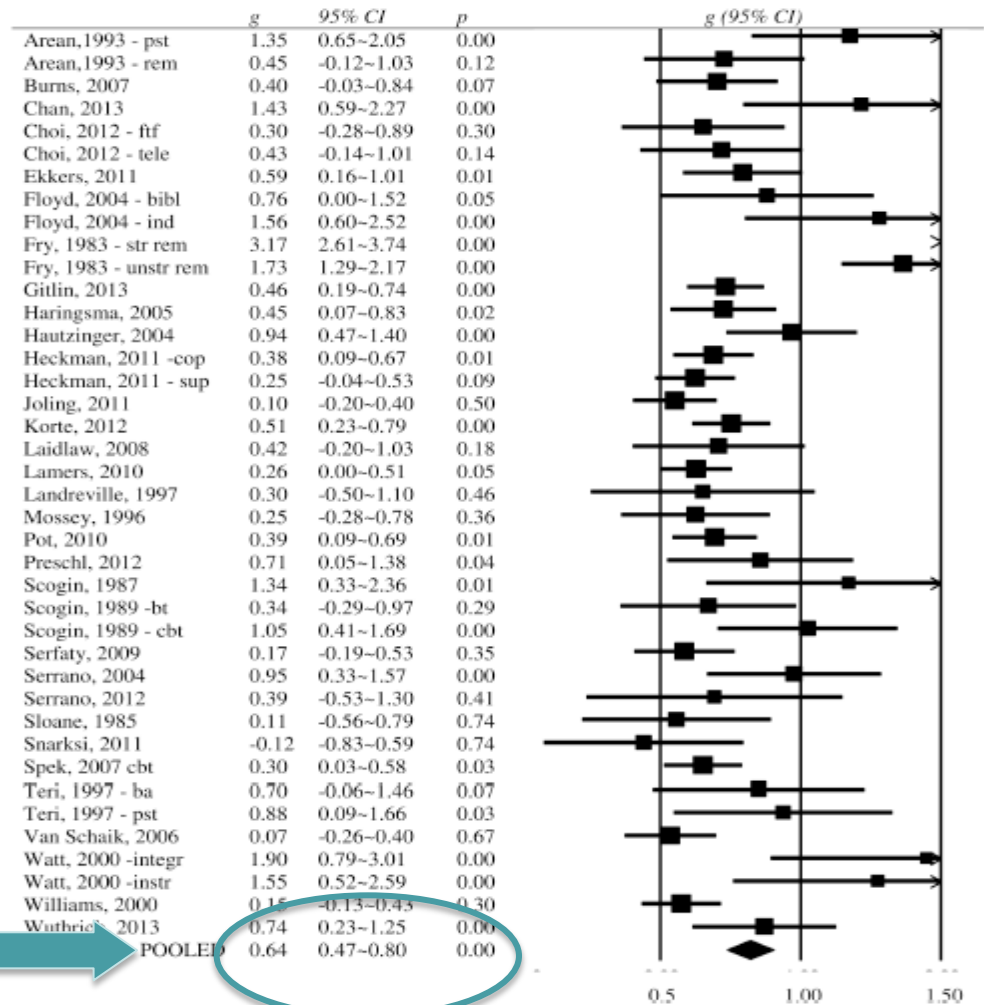


Figure 2. Forest plot of effect sizes of randomized trials on psychotherapy for depression in older adults

Des recommandations spécifiques

- SA = Sujet jeune (SJ) (Cuijpers 2009)
- Groupe vs. individuel (Krishna 2011,2014)
- Revue Cochrane (Wilson 2009)
- Recommandations NIH (1997), HAS (2002, 2007), NICE (2004)
- Etudes IMPACT/PROSPECT
 - **Phase aiguë:**
 - Alternative au TTT médicamenteux si EDM léger ou modéré Efficace en association au TTT médicamenteux si EDM sévère
 - **Phase de maintien:**
 - Seule en 1ère intention si < 3 EDM en 4 ans
 - En association au TTT antidépresseur si > 2 EDM en 4 ans ou cumul de FDR de rechute

JAMA | Review

Management of Depression in Older Adults

A Review

Rob M. Kok, MD, PhD; Charles F. Reynolds III, MD

- **Les dépressions légères à modérées devraient être traitées par psychothérapies**
- Les sujets déprimés âgés et fragiles?
 - Psychothérapies: TRP
 - Exercice physique adapté
 - Supplémentation vitaminique

Au total

- Aussi efficace que chez l'adulte jeune
- A condition de s'adapter au sujet âgé
 - *Modifications sensorielles*
 - Correction des déficits sensoriels
 - Apport de l'info multimodale
 - *Vieillessement cognitif*
 - Séances plus courtes
 - Plus structurées et redondantes
 - Agenda de séances

➤ TCC SPECIFIQUES

Généralités sur la TCC

- Thérapies pragmatiques, centrées sur l'ici et maintenant
- Objectif=modification de comportements observables
 - sources de souffrance pour le patient.
 - *interactions constantes entre les comportements, les pensées ou cognitions, et les émotions du patient.*
- Rapport collaboratif avec le patient
 - Le renforcement positif et le « modeling »
- Thérapies brèves et structurées
 - Par l'analyse fonctionnelle:« conceptualisation du cas » et au choix de l'orientation thérapeutique
 - Contrat thérapeutique
 - Tâches à domicile
- Evaluation de ses résultats

Les TCC dans la dépression

- La TCC de la dépression se déroule sur environ 20 séances
 - revue des tâches
 - l'agenda de la séance
 - séance de thérapie
 - résumés fréquents
 - feed-back du patient
 - prescription des tâches
- **PSYCHOEDUCATION**
- **AGENDA**

Techniques générales

- **RESTRUCTURATION COGNITIVE**

- Dialogue socratique: « est-il toujours vrai que? » « N'y a-t-il pas d'autres solutions que.... »
- Colonnes de Beck
- Décentration: examen du contexte/des preuves => pensées alternatives
- Flèche descendante

- **TECHNIQUE COMPORTEMENTALE**

- Tâches, épreuves de réalité
- Jeu de rôle

Les colonnes de Beck

Fiche d'auto-enregistrement des pensées dysfonctionnelles

Situation	Émotions	Pensées automatiques	Réponses rationnelles	Résultats
(Événement ou fil de pensées)	Spécifier et évaluer (0-100 %).	Écrire littéralement et évaluer votre niveau de croyance (0-100 %).	Écrire toutes les réponses et évaluer votre niveau de croyance (0-100 %).	Réévaluer votre niveau de croyance dans la pensée automatique (0-100 %) et les émotions (0-100 %).
Conversation avec mon mari (100 %)	Anxieuse 80 %. Envie de pleurer (80 %).	Je suis incapable d'avoir une conversation (100 %). Je n'ai aucun soutien de personne (100 %). Je dis et fais des bêtises (100 %).	Jacques a toujours besoin d'avoir raison. C'est son point faible. Cela ne veut pas dire que je n'ai pas de conversation ou que je suis bête. Ce n'était même pas une conversation importante (80 %).	Pensées automatiques (20 %). Anxieuse (20 %). Envie de pleurer (0 %).
Les enfants en train de se chamailler	Irritée (50 %). Triste (80 %).	Oh non! Je ne sais pas quoi faire dans ces situations. Je suis une mère incompetente (10 %).	C'est naturel pour les enfants de se chamailler parfois. Tous les enfants le font. Ce n'est pas ma faute. Au lieu de me blâmer moi-même, je vais essayer d'être pratique. Je vais les arrêter et demander de quoi il s'agit et décider quoi faire après (100 %).	Pensée automatique (0 %). Irritée (10 %). Triste (20 %).

ADAPTATIONS DES TCC AU SUJET ÂGÉ

Adaptations du cadre (1)

- Les déficits sensoriels
- Les comorbidités somatiques: mobilité, etc.
- Le format des séances
 - **Groupe**: particulièrement adaptées, soutien par les pairs, atténuent l'isolement social, encouragent l'empathie partagée et facilitent la décentration (via la prise en compte des points de vue des autres)
 - séances plus courtes mais plus nombreuses
- Les représentations du thérapeute
 - Représentations du patient, facteur générationnel

➤ *Programmes spécifiques*

Adaptations du cadre (2)

- **Flexibilité du cadre thérapeutique:** **psycho-éducation**
- **Aspect cognitifs:** déclin de la mémoire
 1. répétitions et résumés fréquents
 2. présentations sous différentes formes pour favoriser l'encodage
 3. utilisation de différents matériels et supports pour transmettre l'information
 4. exercices de mémoire
 5. utilisation d'un carnet où le patient peut noter les informations données en séance.

Adaptation du contenu

- Perte, transition, aspect générationnel (guerre), rétrospective de vie intégrée (Bizzini, 2000)
- **Cognitions spécifiques liés à l'âge**
 - **CIA** « je suis trop vieux pour changer » **et BDSA** « c' est normal d' être déprimé à mon âge » (Tison et hatekeete, 2005;2007)
 - **7 Schémas cognitifs inappropriés** corrélées aux scores d'anxiété et dépression (Antoine, 2007)

	GDS	STAI
<i>abandon</i>	0,21**	0,45**
<i>désengagement</i>	0,54**	0,24**
<i>dépendance</i>	0,47**	0,26**
<i>incompétence</i>	0,35**	0,29**
<i>sacrifice de soi</i>	0,01	0,12
<i>peur de perdre le contrôle</i>	0,23*	0,36**
<i>perte d'individualité</i>	0,65**	0,46**
<i>refus d'aide</i>	0,11	0,14
<i>vulnérabilité</i>	0,26**	0,44**

^ar de Bravais-Pearson (n = 188). Les coefficients significatifs à p < 0,05 sont indiqués en gras ; * p < 0,01 ; ** p < 0,001 ; GDS (échelle de dépression gériatrique) ; STAI (échelle d'anxiété-trait).

Des thérapies spécifiques

- La thérapie par résolution de problème (TRP)
- « ENGAGE » THERAPIE
- **La restructuration cognitive portant sur les cognitions spécifiques liées à l'âge**
 - banalisation des symptômes dépressifs avec l'âge (BSDA) et le changement impossible avec l'âge (CIA)
 - Techniques de restructuration cognitive classique ont montré leur efficacité
 - 2 S/sem de 30 minutes sur 21 jours: arguments pour et contre exemples dans la vie
- **La thérapie des schémas dysfonctionnels spécifiques liés à l'âge**
- **La thérapie basée sur la pleine conscience**

Techniques de restructuration cognitive utilisées pour les cognitions cia et bdsa

	<i>Exemples de pensées automatiques</i>	<i>Stratégies cognitives</i>
CIA	Ce n'est pas à mon âge que je vais changer Je suis trop vieux pour changer	<ul style="list-style-type: none"> — Recherche de preuves — Arguments pour et contre — Décentration
	C'est difficile de changer à mon âge	<ul style="list-style-type: none"> — Recherche de preuves — Définition du changement — Raison à la difficulté ? — Liste des changements « faciles » — Liste des difficultés
	Tout changement est impossible	<ul style="list-style-type: none"> — Recherche de preuves — Liste des changements récents réels — Montrer l'aspect exagéré de « impossible » — Liste des changements futurs possibles
	On ne peut pas s'améliorer avec l'âge Les choses ne peuvent pas s'arranger	<ul style="list-style-type: none"> — Recherche de preuves — Recherche d'une explication rationnelle — Montrer aspect minimisé de « améliorer » — Liste des améliorations possibles
BSDA	Le moral baisse avec l'âge	<ul style="list-style-type: none"> — Recherche de preuves — Arguments pour et contre — Liste de gens âgés ayant bon moral
	On devient forcément triste en vieillissant	<ul style="list-style-type: none"> — Arguments pour et contre — Exagération de l'aspect fataliste — Liste des choses à faire pour ne pas être triste
	Si je suis triste, c'est parce que je suis vieux	<ul style="list-style-type: none"> — Recherche d'une autre raison possible — Raison à cela ?
	C'est normal d'être déprimé à mon âge	<ul style="list-style-type: none"> — Est-ce anormal de ne pas être déprimé ?
	La plupart des gens dépriment avec l'âge	<ul style="list-style-type: none"> — Arguments pour et contre — Aspect surgénéralisé de « la plupart » — Comparaison nombre déprimés /non-déprimés — Comment font certains pour être non-déprimés ?
On est déprimé parce qu'on est âgé	<ul style="list-style-type: none"> — Recherche d'une autre raison — Liste de déprimés plus jeunes — Aspect surgénéralisé : tout le monde ? 	

MÉTHODE

- 36 patients hospitalisés répartis en 3 groupes:

TABLEAU I. — Moyennes et écart-types des différentes variables caractérisant les trois groupes de sujets.

	Âge	GDS	HDRS	MADRS
G1 (n = 12) Déprimés	80,9 (9,76)	19,58 (4,60)	18,83 (3,78)	23,33 (5,39)
G2 (n = 12) Déprimés + thérapie	83,8 (4,38)	20,33 (3,96)	19,25 (4,47)	27,33 (4,99)
G3 (n = 12) Non-déprimés	81,8 (7,09)	5,83 (1,94)	3,83 (1,19)	3,25 (3,01)



RÉSULTATS

Effet de la thérapie cognitive sur l'adhésion au CIA

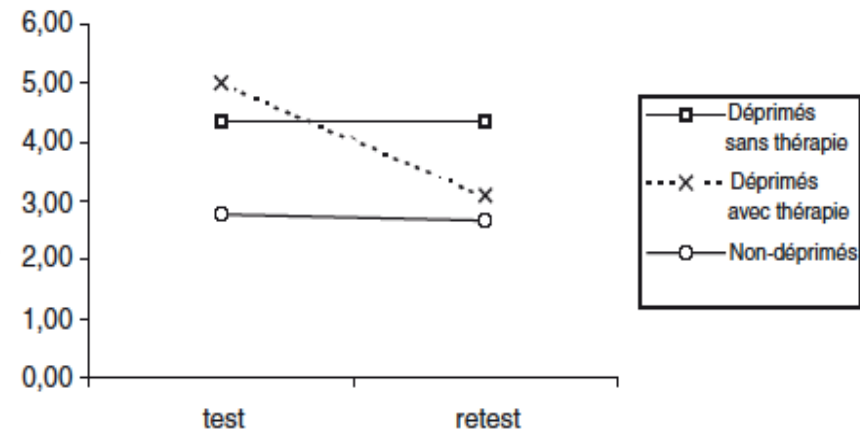


FIG. 1. — Effet de la thérapie cognitive sur la cognition CIA.

- Score au questionnaire d'évaluation des cognitions (CIA)

La thérapie des schémas dysfonctionnels spécifiques liés à l'âge

- Sujets avec schémas inadaptés très activés
 - vulnérabilité persistante à la dépression
 - risque de rechute plus élevé que les autres
- 3 schémas spécifiques au sujet âgé déprimé (Antoine)
 - Perte d'individualité,
 - Refus d'assistance
 - Désengagement
- Inventaire cognitif de détresse subjective chez la personne âgée (CISD) sept des neuf schémas précédents
- Peut être la cible d'un TCC spécifique

THERAPIES SPECIFIQUES

- **La thérapie basée sur la pleine conscience**
 - La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*Minfulness Based Cognitive Therapy*, ou MBCT) est une intervention basée sur la méditation, principalement utilisée dans la prévention des récurrences chez les personnes ayant des antécédents de dépression majeure unipolaire récurrente

CONCLUSION

La psychothérapie: option thérapeutique incontournable chez le sujet âgé déprimé

- **Y penser +++**
- *Du modèle paternaliste à la personnalisation des soins*
 - **Interroger, informer +++**
- *Hospitalisation: moment-clé*
- *Du côté des soignants...*
 - Lutter contre les stéréotypes
 - Connaître ses propres représentations du vieillissement
 - **Améliorer la formation**
 - **Développer l'offre de soins pratique et efficace**
 - « ENGAGE » THERAPY