



Psychothérapie interpersonnelle

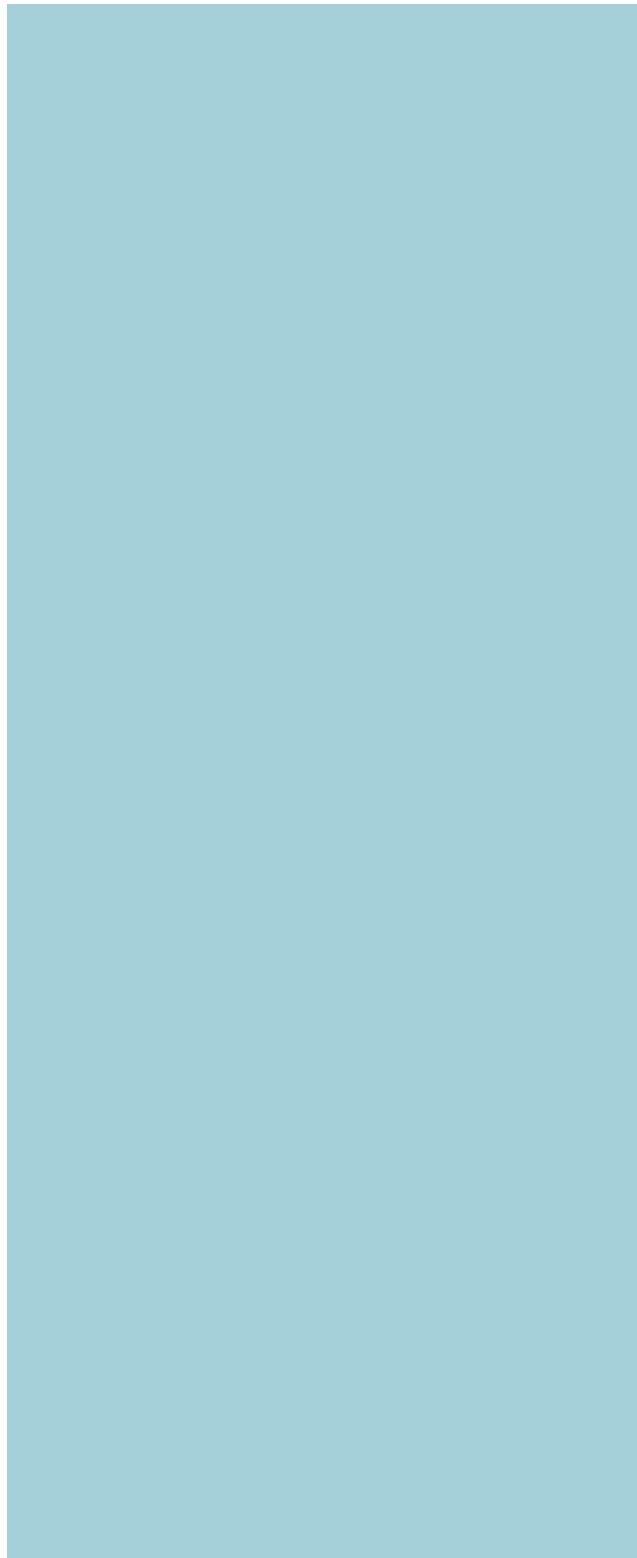
dans le traitement de la dépression
majeure: un mini-guide de pratique

première édition

2
0
1
9

Jean Leblanc
Rahel Wolde-Giorghis
Minh Thi Nguyen

Éditeur: Thanh-Lan Ngô-psychopap



Éditeur: Than-Lan Ngô
Montréal, QC, Canada
2019

ISBN 978-2-925053-00-2

Dépôt légal 3^e trimestre 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2019

Bibliothèque et Archives Canada 2019

1^{re} édition

Table des matières

Support empirique	2
Description	3
Structure et conduite de la thérapie	4
Phase initiale	4
Phase intermédiaire	8
Phase finale	13
Techniques utilisées	13
Études d'efficacité	17
Autres indications	18
Conclusion	19
Bibliographie	20
Annexe 1	21

psychothérapie interpersonnelle

dans le traitement de la dépression majeure

La psychothérapie interpersonnelle de la dépression a été développée à partir de 1969 au moment où se développaient des nouveaux modèles de compréhension de la dépression et des nouvelles approches thérapeutiques, principalement pharmacologiques à cette époque.

La division nosologique de la dépression entre Dépression endogène (ou mélancolique) et Dépression névrotique (ou réactionnelle) n'apparaissait plus comme satisfaisante. On comprenait de plus en plus la dépression comme une entité pathologique complexe, reliée à des facteurs de vulnérabilité bio-psycho-sociaux, avec une participation variable, selon le cas, de ces différents éléments.

Les progrès majeurs de la pharmacologie dans les années 50-60 ont amené à considérer à cette époque la médication comme l'élément majeur du traitement, et les protocoles de recherche sur le traitement de la dépression se sont multipliés et raffinés. Par ailleurs, des courants de pensée inspirés de Sullivan (vision interpersonnelle des troubles psychiatriques), de Meyer (psychobiologie) et Bowlby (théories de l'attachement) amenaient également les chercheurs à s'interroger sur les répercussions du contexte interpersonnel sur la dépression, et de la dépression sur le contexte interpersonnel.

Support empirique

Le mouvement vers une médecine basée sur des données probantes exige que les traitements psychothérapeutiques soient également validés empiriquement. Largement influencées par les essais pharmaceutiques, les études randomisées avec contrôle sont devenues la méthode sine qua non pour prouver qu'une psychothérapie particulière est efficace dans une population donnée. Il existe des critères spécifiques qui ont été établis pour définir ce qu'est un traitement empiriquement supporté (Chambless DL, et al 1998).

Toutefois, la trajectoire de développement de la psychothérapie interpersonnelle est très différente des autres psychothérapies pratiquées actuellement. En effet, la plupart de ces psychothérapies sont dérivées d'observations cliniques qui conduisent à des théories et des techniques thérapeutiques spécifiques (ex: thérapie comportementale). Plutôt que de débiter par des observations cliniques, la PTI a débuté comme traitement standardisé, développé pour un protocole de recherche. En fait, la PTI n'était pas initialement développée comme un traitement clinique mais comme une "condition placebo" standardisée pour une étude de traitement psychopharmacologique de la dépression. Les effets bénéfiques de la PTI, qui ont été démontrés dans les études, étaient donc une découverte fortuite .

Le modèle original de la PTI s'est développé dans les années 70 comme thérapie de soutien, période durant laquelle le modèle médical de psychopathologie primait. À cette époque, la psychothérapie n'était pas considérée particulièrement efficace et le traitement psychopharmacologique était largement mis de l'avant.

Pour mimer les conditions cliniques, un traitement psychothérapeutique standardisé (la PTI) a été inclus dans les études de traitement psychopharmacologique pour la dépression. Contre toute attente de la part des investigateurs, les premières études ont démontrées que la PTI avait des effets thérapeutiques. L'enthousiasme des investigateurs à continuer d'utiliser empiriquement la PTI a conduit à l'utilisation de la PTI dans de nombreux protocoles de recherche subséquents, cette fois avec l'objectif d'évaluer spécifiquement l'efficacité de la PTI comme traitement actif.

Ce processus développemental a eu deux effets importants sur l'utilisation grandissante de la PTI dans les années 80 et 90. Le premier est que la PTI était conçue pour répondre aux demandes d'un protocole de recherche empirique et non désigné pour l'utilisation clinique. Par conséquent, la PTI a été largement confinée à des centres académiques et à des études d'efficacité, retardant ainsi son utilisation clinique.

Deuxièmement, l'emphase historique qui a été mise sur la reproductibilité dans les études d'efficacité a conduit à l'insistance par de nombreux investigateurs à suivre précisément les dictats des manuels de recherche au détriment de la flexibilité lorsqu'adapté dans les milieux cliniques.

Description de la psychothérapie interpersonnelle, définition et caractéristiques

De ce fait, la PTI est une des psychothérapies les plus empiriquement supportées.

La PTI est indiquée de façon préférentielle dans le traitement de la dépression majeure en période symptomatique. Il s'agit d'une thérapie limitée dans le temps (en général 12 à 16 séances), qui se concentre sur la période contemporaine de la vie, tout en reconnaissant l'impact que des événements passés ont pu avoir sur le patient. L'attitude du thérapeute est active, et le patient est encouragé également à participer de façon active.

La PTI a comme modèle explicatif de la dépression que cette dernière est un trouble médical, reliée à divers facteurs de risque et de vulnérabilité, en "dosage" variable selon les sujets atteints (facteurs génétiques, psychologiques, développementaux, environnementaux, etc.), que ces facteurs sont intriqués à des aspects interpersonnels en lien avec le sujet, et qu'intervenir sur ces facteurs interpersonnels améliore le tableau clinique de la dépression.

Structure et conduite de la thérapie

La phase initiale (séances 1 à 3-4)

1. Évaluer la dépression.
2. Faire l'inventaire interpersonnel et relier les symptômes à un contexte interpersonnel.
3. Déterminer les domaines problématiques (focus).
4. Formulation interpersonnelle et contrat thérapeutique.

Évaluer la dépression

Durant la première séance, le clinicien fait l'inventaire précis de la symptomatologie dépressive, formule un diagnostic et donne des explications au patient sur le diagnostic, les traitements disponibles, l'indication ou non d'une médication, la raison du choix de la PTI, etc. La psychoéducation prend une place importante dans la PTI, car plusieurs personnes ne comprennent pas leurs symptômes dépressifs et sont soulagés en apprenant que ces symptômes font partie d'une maladie traitable.

Pour évaluer la symptomatologie dépressive, il est suggéré d'utiliser une échelle standardisée, le HAM-D, SIGH-D, MADRS ou le PHQ-9 afin d'avoir une évaluation précise de la maladie et de son intensité. L'échelle est administrée à la première séance, au milieu de la thérapie et à l'avant-dernière séance, afin de suivre l'évolution des symptômes dépressifs. Le résultat obtenu est rapporté au patient. On lui explique aussi qu'on va répéter cette échelle pour suivre l'évolution et ajuster le traitement.

Si le diagnostic de trouble dépressif caractérisé (DSM-5) est posé, le clinicien devrait suggérer au patient une modification temporaire de ses rôles et activités (par exemple : prescrire un arrêt de travail) jusqu'à ce qu'une amélioration suffisante permette leur reprise. Les personnes déprimées ont une tendance à l'autodépréciation. Il est donc important d'expliquer au patient que ses symptômes dépressifs sont d'une intensité telle, qu'ils engendrent une détresse significative ou une altération du fonctionnement (DSM-5). L'objectif est de déculpabiliser le sujet et mettre la responsabilité sur la maladie et la situation interpersonnelle qu'il vit, afin de lui donner plus d'espace pour qu'il puisse s'engager dans le processus thérapeutique.

Faire l'inventaire interpersonnel et relier les symptômes à un contexte interpersonnel

L'inventaire interpersonnel consiste en l'évaluation minutieuse des liens relationnels qui semblent coïncider avec le début de la dépression, sans négliger la recherche des autres liens significatifs du sujet, ainsi que des liens passés qui seraient pertinents pour la compréhension du tableau clinique actuel.

L'inventaire interpersonnel vise à recueillir et à analyser les informations suivantes sur chaque personne significative pour le sujet :

- **Identifier la nature du lien, la fréquence des contacts, les activités faites ensemble, etc.**
- **Définir les attentes du sujet** et les attentes réciproques du partenaire par rapport à cette relation.
- **Faire un bilan des aspects positifs et négatifs** dans la relation.
- **Cibler les aspects que le sujet souhaiterait changer** dans cette relation.

Déterminer les domaines problématiques (focus)

Le thérapeute identifie précisément la période d'apparition des symptômes et s'il y a eu des événements qui sont survenus ainsi que leur chronologie exacte. Étant donné que la PTI est de durée brève, l'emphase est mis sur l'épisode actuel. Si la personne a de la difficulté à établir des liens entre les situations et le début de ses symptômes, il est important de bien clarifier son vécu à ces moments.

Exemples de questions à poser :

- **Pouvez-vous identifier à quel moment vos symptômes dépressifs sont apparus?**
- **Est-ce qu'il y a des événements ou changements dans votre vie qui sont survenus à cette période?**
- **Comment avez-vous réagi? Parlez-moi de ce que vous avez vécu/ de vos émotions à ce moment.**

Il y a 4 principaux focus de la PTI (abordés de façon détaillée plus loin):

1. Deuil pathologique

Décès de personnes significatives (un changement de vie important vécu symboliquement comme un deuil sera considéré comme une transition de rôle).

2. Conflits interpersonnels

Dans divers secteurs de vie (couple, famille, travail, etc.)

3. Transitions de rôle difficiles, p. ex.:

- Évènements pénibles comme un divorce, la perte d'un emploi
- La survenue d'une maladie incapacitante
- Le départ des enfants de la maison
- Le déménagement
- Le changement de situation financière
- Une promotion au travail (qui peut être vécue comme angoissante)

4. Déficits interpersonnels ou sensibilité interpersonnelle

- Appauvrissement au niveau des relations sociales
- Isolement

Il est possible que le patient ait des difficultés dans plusieurs domaines. Le thérapeute peut prioriser un focus en fonction de l'épisode actuel. L'évolution est habituellement plus favorable lorsque le traitement s'en tient à 1 ou 2 focus. Il est également possible que le sujet ait de la difficulté à identifier ou accepter le domaine problématique. Dans ce cas, le thérapeute doit dans un premier temps être à l'écoute du sujet et ne pas le confronter.

S'il y a franc désaccord avec le patient au sujet du choix du domaine problématique, le thérapeute peut convenir d'adopter le choix du patient, en indiquant que ce n'est pas son premier choix, mais que le patient a probablement de bonnes raisons pour motiver son choix.

Les objectifs de la thérapie peuvent être clarifiés dans les séances suivantes. Toutefois, si après plusieurs séances, le thérapeute et le patient ne sont toujours pas d'accord avec les objectifs de la psychothérapie (exemple : le patient souhaiterait une approche à long terme portant sur des éléments de son histoire passée), il vaudrait mieux de mettre fin à la thérapie et de référer à un thérapeute formé dans le type d'approche privilégiée par le patient.

Formulation interpersonnelle et contrat thérapeutique

Formulation interpersonnelle

La formulation est un texte co-construit avec le patient. C'est une hypothèse plausible basée sur les théories de l'attachement et de la communication, sur l'origine du problème tenant compte des facteurs précipitants, contributifs et perpétuants des symptômes. L'emphase est mise sur les facteurs interpersonnels en suivant le modèle bio-psycho-social.

Dans le contexte de PTI, il est particulièrement important de nommer le/les domaine/s problématique/s (focus) afin qu'il soit clair pour le sujet que la cause de ses symptômes dépressifs n'est pas intrinsèque à lui-même. Les personnes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ont tendance à l'autodévalorisation et à se sentir coupable d'être malades.

La formulation interpersonnelle consiste donc à identifier le rôle des problèmes interpersonnels dans la dépression, ce qui est souffrant dans ces relations interpersonnelles et trouver les moyens d'intervenir sur ces situations. Les stratégies/solutions trouvées doivent être réalisables en cours de thérapie pour que le sujet puisse les mettre en action, entraîner un changement et éventuellement un rétablissement de ses symptômes.

Contrat thérapeutique

Un contrat thérapeutique devrait être établi à la fin de la première séance. Il devrait comprendre les aspects pratiques de la thérapie (durée, fréquence et horaire des visites, politique quant aux absences, etc.), le contexte interpersonnel de la thérapie, un résumé du problème initial, un énoncé de confidentialité et présenter le rôle attendu du patient dans la thérapie. Dans les séances intermédiaires, le rôle du patient sera actif, il sera encouragé à parler de sujets ou situations qui le touchent particulièrement au niveau de l'aire problématique (focus) déterminée.

La phase intermédiaire adaptée au focus déterminé

Cette phase représente la portion thérapeutique active du traitement. Toutefois, on enchaîne les trois phases de la façon la plus fluide possible, afin d'éviter un découpage artificiel du processus thérapeutique.

Indépendamment du focus choisi, durant ces séances, on porte une attention particulière à certains éléments : le type d'attachement, la qualité des aspects relationnels et psychosociaux et les mécanismes de coping pathogènes et protecteurs.

Chaque séance commence par la phrase : « Comment s'est passé votre semaine ? ». Ce rituel a pour but de mettre en évidence le lien entre les symptômes dépressifs et les événements, pour éventuellement développer un sentiment de plus grande maîtrise des symptômes dépressifs. Il donne aussi au patient le choix des sujets qu'il désire aborder.

Le deuil pathologique

Le deuil pathologique réfère à certaines formes de deuil avec une présentation particulièrement intense ou inhabituelle (exemples : retardée ou exprimée en symptômes sans connotation affective) qui sont reliées au déclenchement d'un trouble dépressif caractérisé. La dépression qui en découle est souvent incapacitante et vécue par le sujet endeuillé comme insurmontable puisque la relation perdue idéalisée est considérée comme irremplaçable. La PTI est indiquée pour le trouble dépressif caractérisé secondaire à un deuil non résolu.

Objectifs thérapeutiques :

1. Faciliter la résolution du deuil.
2. Aider le patient à rétablir des relations et intérêts en remplacement de ce qu'il a perdu.

Stratégies de traitement :

1. Susciter les émotions en lien avec le décès et les accueillir sans jugement
2. Rassurer le patient
3. Reconstruction de la relation
4. Faciliter l'expression des affects
5. Encourager un changement de comportement

Dans un premier temps, le travail thérapeutique est consacré à la reconstitution détaillée de la relation avec la personne décédée, à l'évolution de cette relation et aux affects qui y sont associés et à la description des circonstances du décès et de la réaction du patient. Pour favoriser l'expression des émotions, il est possible de ressortir des objets ou souvenirs du défunt. Le thérapeute encourage l'expression des émotions négatives tout autant que positives, afin de faire ressortir un portrait plus nuancé et moins idéalisé du défunt. L'expression des sentiments négatifs peut être intense et difficile à porter, d'où l'importance de bien soutenir et d'aider le patient à intégrer ces émotions.

Exemples de questions à poser :

- Parlez-moi de _____ ?
- Comment était votre relation? Quelles activités faisiez-vous ensemble?
- Décrivez-moi les circonstances du décès de _____? Comment avez-vous réagi?
- Qu'est-ce que vous appréciez dans cette relation? Et qu'est-ce que vous appréciez moins ?

L'expression des émotions a un effet cathartique et est particulièrement importante dans le traitement. Durant les séances, lorsque les émotions ressortent, la meilleure attitude à avoir serait d'écouter en silence et de donner au patient cet espace pour se déverser. Par la suite, le thérapeute encourage le patient à changer d'attitude et de comportements par rapport aux souvenirs du défunt et vis-à-vis la création de nouveaux liens. Le thérapeute assiste le patient à progressivement se désinvestir du deuil et à se redéployer vers d'autres relations et activités, qui avaient été jusque là mises de côté.

Les conflits interpersonnels

Les conflits interpersonnels sont la cible de la PTI lorsqu'il y a un différend entre le patient et une personne qui lui est significative. Les conflits se situent souvent au travail, ou au sein de la vie de couple et de famille. Le conflit peut être évident ou non. Chez les personnes atteintes d'un trouble dépressif caractérisé, les problèmes relationnels peuvent être difficiles à identifier étant donné qu'elles ont une tendance à se sentir responsables de leur état. D'où l'importance de faire minutieusement l'inventaire interpersonnel et de voir s'il y a eu des changements relationnels avant et après l'apparition des symptômes dépressifs.

Objectifs thérapeutiques:

1. Reconnaître le conflit.
 - a. Il est important de déterminer le stade du conflit (renégociation, impasse ou dissolution) qui guidera la stratégie à adopter.
2. Choisir un plan d'action.
3. Modifier les attentes et/ou les modes de communication et/ou comportements problématiques.
4. Atteinte d'une résolution satisfaisante du conflit

Stratégies de traitement :

1. Revue des symptômes dépressifs
2. Relier les symptômes au conflit
3. Déterminer le stade du conflit : renégociation, impasse ou dissolution
4. Analyse des attentes individuelles et mise à jour des attentes non réciproques
5. Recherche de similitudes avec d'autres relations conflictuelles vécues
6. Psychoéducation sur la communication

La renégociation

Le stade de renégociation implique que les deux parties désirent surmonter la situation conflictuelle, mais leurs tentatives de solution ont été inefficaces ou inappropriées, à cause d'une vision incomplète des enjeux ou en raison de modes de communication inadaptés.

Une exploration détaillée du contexte dans lequel se situe le conflit, complétée par l'inventaire interpersonnel pourront mettre en lumière les zones où des changements sont encore possibles. Certaines techniques spécifiques décrites plus loin sont particulièrement indiquées, notamment l'analyse de la communication et l'analyse décisionnelle.

L'impasse

C'est lorsque la situation conflictuelle perdure et que le sujet n'arrive pas à imaginer une résolution possible, mais perçoit encore un intérêt à préserver la relation.

Le sujet souffre de la relation, s'en plaint, mais ne trouve pas d'issue autre que l'espoir qu'un jour un évènement viendra régler spontanément le problème. La résolution d'une telle impasse est difficile. Elle implique de modifier l'attitude défaitiste du patient et l'amener à choisir la renégociation au lieu de l'impasse. Le changement requis par cette option entraîne une période de déséquilibre dans la relation. Le progrès est lent et incertain.

Le thérapeute peut chercher dans l'histoire du patient, voire même dans le comportement du patient en thérapie, des patterns de comportement similaires afin d'amorcer un processus de changement. Il peut arriver que le choix thérapeutique consiste à trouver le meilleur accommodement possible à une situation considérée comme inflexible. Il est à noter que le choix de l'issue revient au patient et que le thérapeute ne s'engage pas dans une voie de résolution ou à préserver une relation insoutenable. Ce qui pousse le patient à passer d'une position passive à une position active associée à un meilleur pronostic. La thérapie permet alors au sujet d'arriver à un meilleur équilibre relationnel possible, compte tenu des circonstances. Si l'approche qui vise à renégocier la relation n'apparaît pas possible, il y a probablement lieu d'envisager la dissolution de la relation.

La dissolution

La relation a atteint un point de non-retour et la résolution de la situation conflictuelle implique de mettre un terme à cette relation. Comme pour l'impasse, cette issue est acceptée dans le contexte thérapeutique après avoir examiné attentivement les autres options possibles, dont celle de la renégociation. Le travail psychothérapeutique met alors en place des outils qui permettent de franchir cette étape difficile de vie, compte tenu du fait que la situation est vécue dans un contexte d'une symptomatologie dépressive. À ce stade, le rôle du thérapeute est d'aider le patient à remettre sa relation en perspective et de l'accompagner à graduellement se désinvestir.

Les transitions de rôle difficiles

Les transitions de rôle difficiles regroupent un vaste ensemble de changements en lien avec les étapes de la vie, qui ont en commun d'être vécus comme une perte par rapport à la situation antérieure au changement. Il s'agit souvent d'évènements pénibles comme un divorce, une perte d'emploi, la survenue d'une maladie incapacitante, le départ des enfants de la maison, un déménagement, un changement de situation financière, etc. Il peut également s'agir de situations vues comme positives, telle qu'une promotion, si elle est vécue comme entraînant des pertes importantes (exemples : perte de sentiment de sécurité, repères sociaux).

Objectifs thérapeutiques :

1. L'acceptation de la perte de l'ancien rôle
2. Le développement d'une vision plus positive du nouveau rôle
3. La restauration d'une estime de soi

Stratégies de traitement :

1. Revue des symptômes dépressifs
2. Relier les symptômes aux changements de vie récents
3. Soulever les aspects positifs et négatifs des rôles anciens et nouveaux
4. Faciliter l'expression des affects
5. Acquérir de nouvelles habiletés sociales
6. Établir un réseau de soutien

Les stratégies de traitement sont analogues à celles utilisées dans le deuil pathologique. Dans un premier temps, une évaluation détaillée et objective de l'ancien rôle est faite afin d'évaluer l'importance de la perte en relevant les aspects positifs et négatifs de l'ancien rôle. Le thérapeute accompagne le patient dans une prise de conscience des difficultés de l'ancien rôle. Par la suite, l'expression des émotions reliées à la perte est encouragée et discutée. Puis, le nouveau rôle est revu avec réalisme. On encourage aussi le rétablissement de réseau social et l'acquisition de nouvelles compétences sociales en rapport avec le nouveau rôle.

Les déficits interpersonnels

Ce focus est choisi lorsque les symptômes dépressifs du sujet sont associés à un réseau social pauvre et qu'il a des difficultés à développer ou à maintenir des relations significatives. Les auteurs préfèrent l'utilisation des termes sensibilité interpersonnelle afin d'éviter la connotation négative associée au terme déficit.

Il est important d'exclure une autre psychopathologie (exemple : anxiété sociale) qui pourrait être responsable de l'isolement social du patient étant donné que les traitements sont différents.

Objectifs thérapeutiques :

1. Réduction de l'isolement social
2. Développement de nouvelles relations

Stratégies de traitement :

1. Revue des symptômes dépressifs
2. Relier les symptômes à l'isolement social
3. Soulever les aspects positifs et négatifs des relations passées
4. Recherche des patterns de relation répétitifs
5. Discuter des aspects positifs et négatifs de la relation avec le thérapeute

Les stratégies utilisées portent sur l'analyse détaillée des relations actuelles et passées, les affects reliés à ces relations, et les patterns de comportement en rapport avec ces personnes. Les relations passées significatives sont revues dans leurs aspects satisfaisants et non satisfaisants. Les rapports familiaux durant l'enfance sont également pertinents à explorer. Les aspects positifs soulevés de ces relations peuvent donner des pistes pour développer de nouvelles relations satisfaisantes et les aspects négatifs peuvent aider à prévoir les difficultés potentielles. Vu la pauvreté des liens sociaux, il est utile de prendre en compte le mode relationnel du patient dans le cadre psychothérapeutique comme un exemple des autres modes relationnels du patient. Dans ce contexte, il faut encourager le patient à exprimer ce qu'il trouve difficile de la relation thérapeutique (exemples : s'est senti abandonné lorsque le thérapeute est parti en vacances, s'est senti jugé suite à une remarque du thérapeute). Une discussion ouverte sur les situations perçues négativement par le patient permet de donner une certaine perspective, de voir comment le patient réagit et d'explorer d'autres avenues que la fin de la relation. Cette discussion sur le vécu dans la relation thérapeutique porte sur la situation actuelle, et non sur la mise en relation avec des épisodes anciens de la vie du patient comme on le fait dans l'analyse du transfert dans d'autres formes de thérapie.

Cette problématique représente un défi thérapeutique et a un pronostic plus réservé que celui des autres trois domaines problématiques. Le développement de nouvelles relations peut s'étaler sur une longue période et l'PTI étant de courte durée, le projet thérapeutique vise à mettre en marche cette démarche.

Phase finale (séances 12 à 16 environ)

Les dernières séances de thérapie servent à compléter le travail thérapeutique et à discuter de la fin du traitement.

Un bilan est fait. L'échelle de dépression choisie au début (HAM-D, SIGH-D, MADRS ou le PHQ-9) est refaite et discutée. Le thérapeute soulève les progrès accomplis, les outils acquis au cours de la thérapie et passe en revue les situations problématiques susceptibles de survenir et les façons d'y faire face. On précise avec le sujet qui contacter (lien social ou professionnel), et quelle attitude avoir en face d'une situation donnée, etc. Si la PTI n'a pas été efficace pour soulager les symptômes dépressifs, on tente de déculpabiliser le patient en soulignant qu'il a mis les efforts pour agir sur une situation difficile et que malgré cela, c'est le traitement qui n'a pas fonctionné.

Lorsque les dernières séances approchent, on observe souvent une réapparition des symptômes dépressifs ou anxieux chez les patients. C'est l'occasion de relier ces symptômes à la fin de la thérapie, d'aider le patient à les mesurer objectivement et à mettre en place les stratégies apprises. Le patient passe du rôle d'une personne qui vit des difficultés à une personne qui a acquis des outils et qui est maintenant autonome et compétente pour affronter ces mêmes difficultés.

Dans le cas d'une dépression récurrente (trois épisodes ou plus), on considère un prolongement de la PTI dans le cadre d'une phase d'entretien (avec une fréquence diminuée des séances) d'une durée de quelques années. Si la réponse thérapeutique est insuffisante, on envisage un prolongement de la thérapie, ou la poursuite du traitement dans un contexte différent: intensification du traitement pharmacologique ou référence à une autre approche psychothérapeutique. Dans ce dernier cas, il est souhaitable de faire une pause de quelques mois, ce qui permet d'évaluer plus objectivement les symptômes résiduels et la nécessité d'une nouvelle forme de psychothérapie. Puis, avant de prolonger la thérapie, il est bien important de rediscuter du ou des objectifs et du cadre thérapeutique (fréquence des séances, durée du traitement, etc.).

Techniques utilisées en PTI

Un prérequis à l'utilisation des techniques spécifiques est la mise en place d'une relation thérapeutique significative qui demeure le fondement de toutes les psychothérapies, quelle que soit l'approche théorique. Ces techniques ne sont pas spécifiques à la PTI et sont utilisées dans d'autres types de psychothérapie, comme la thérapie psychodynamique. La principale différence est que la PTI vise le traitement d'un trouble dépressif caractérisé au lieu de l'introspection et la connaissance de soi.

Chaque psychothérapie interpersonnelle entreprise requiert une combinaison spécifique de techniques adaptées à la problématique du patient. Généralement, un éventail de techniques, des plus exploratoires au plus « intrusives », est utilisé. En PTI, l'analyse de la communication et l'analyse décisionnelle sont particulièrement pertinentes.

Liste non-exhaustive des techniques

Exploration ouverte ou directive

- Utilisée dans la phase initiale et à chaque fois qu'un domaine problématique est abordé.
- L'exploration ouverte consiste en des questions générales et ouvertes qui lancent et encouragent la discussion sur les sujets pertinents. Elle permet de laisser au patient le choix des sujets qu'il désire aborder et permet d'apporter de nouveaux éléments d'information.
- L'exploration directive c'est l'utilisation de questions plus précises sur un sujet et dirigées vers un but. Par exemple, lors de l'évaluation des symptômes dépressifs et de l'inventaire interpersonnel.

Utilisation de l'affect

- Cette technique est utilisée pour amener le patient à exprimer ses affects, à les comprendre dans le contexte relationnel et à apprendre à mieux gérer les affects pénibles.
- Le thérapeute encourage le patient à exprimer ses affects. S'ils ne sont pas évidents, il peut demander au patient ce qu'il ressent lorsqu'il aborde des sujets douloureux.
- Il est important pour le patient de comprendre comment ses affects, positifs et négatifs, sont associés aux événements ou au contexte relationnel. Ainsi, on l'amène à utiliser ses émotions, afin d'agir sur les situations interpersonnelles.
- Puis, on aide le patient à mieux gérer ses affects plus intenses et pénibles qui sont associés à des situations données. Le patient peut apprendre à tolérer la situation difficile ou amorcer des changements.

Clarification

- Il s'agit de formuler au patient notre compréhension de l'information qu'il nous a fournie.
- Cette technique favorise l'insight du patient en lui reflétant ce qu'il nous a donné comme matériel clinique.

Analyse de la communication

- Cette technique est cruciale en PTI.
- Elle aide le patient à identifier ses modes de communication, à reconnaître ses erreurs de communication et sa contribution au problème pour finalement modifier et améliorer son mode de communication en fonction des personnes et de la situation en cause.
- Cette technique se base sur la description détaillée et précise d'une situation conflictuelle. Il est important d'insister pour que le patient nous fournisse une description exacte, sans laquelle il n'est pas possible de relever les erreurs de communication.
- Elle comprend également une analyse de l'affect associé à une situation spécifique, puisque l'affect est étroitement lié au contenu et à la forme de la communication.
- L'analyse de la communication permet au sujet de vérifier :
 - Si le message qu'il a voulu transmettre l'a affectivement été.
 - Si la compréhension qu'il s'est fait d'un message reçu correspond à l'intention de son interlocuteur.
 - Si le mode de communication utilisé comporte des messages indirects, transmis par sous-entendus, silence ou période de retrait, etc., qui empêchent une communication efficace.

Utilisation de la relation thérapeutique

- La relation entre le psychothérapeute et le patient au cours des séances de psychothérapie individuelle donne un aperçu des modes relationnels du patient.
- La relation thérapeutique « ici et maintenant » est l'objet d'observation et de discussion. Il n'y a pas, comme dans les thérapies psychodynamiques, d'analyse du transfert proprement dit, c'est-à-dire de la relation actuelle vue comme projection d'une relation archaïque autre.
- Cette technique peut être utilisée lorsque certaines attitudes ou comportements du patient (exemples : hostilité ouverte ou voilée, des séances manquées) au cours des séances entravent le travail thérapeutique. Dans un premier temps, il faut vérifier qu'il ne s'agit pas d'une manifestation de la dépression. Ensuite, on peut inviter le patient à exprimer librement ses affects, ses frustrations ou insatisfactions relatives à la thérapie ou au thérapeute. On peut également clarifier dans quelle mesure le mécontentement du patient à l'égard du thérapeute ne concerne pas un de ses proches.

Modification des comportements

- Si le patient choisit dans ses rôles sociaux des solutions souvent inappropriées pour régler une situation problématique, ce phénomène est considéré soit comme un symptôme de la dépression, soit comme un comportement susceptible d'induire des situations pénibles potentiellement dépressogènes. Les techniques de modification des comportements aident le patient à développer des modalités décisionnelles plus adéquates qui sont susceptibles d'améliorer ses relations interpersonnelles.
- Techniques directives
 - Interventions allant de la psychoéducation, du conseil, la résolution de problèmes, etc. qui visent à guider le patient vers des solutions alternatives à son problème. Ces techniques sont à utiliser avec parcimonie afin de toujours encourager l'autonomie du patient.
- L'analyse décisionnelle
 - Cette technique aide le patient à avoir une meilleure vue d'ensemble des options possibles face à un problème et les conséquences que celles-ci pourraient avoir.
 - On encourage le patient à faire une analyse complète de chaque possibilité avant de prendre sa décision.
- Le jeu de rôle
 - Il s'agit d'une technique où le psychothérapeute joue le rôle d'une personne significative pour le patient dans une situation donnée.
 - Cette technique permet d'observer les modes de communication du patient et les affects évoqués. Elle permet aussi au patient de pratiquer de nouveaux modes de communication.

Études d'efficacité

Il existe de très nombreuses études supportant l'efficacité de la PTI, et plusieurs méta-analyses et guides de pratique attestent de son efficacité et de sa place dans le traitement de la dépression majeure. Quelques exemples récents sont ici décrits.

La première méta-analyse (Cuijpers P, 2011), publiée en 2011 dans l'*American Journal of Psychiatry*, incluait 38 études totalisant 4365 patients. En comparant la PTI à un groupe contrôle, on notait une taille de l'effet de 0.63 (robuste). Par ailleurs, il n'y avait pas de différence dans l'efficacité lorsque comparée à d'autres psychothérapies. Par contre, lorsque comparée à la pharmacothérapie, la médication était plus efficace. Lorsqu'on combine la médication et la PTI, il n'y a pas d'avantage en aigu mais la combinaison médication et PTI est plus efficace pour prévenir des rechutes que la médication seule.

Une deuxième méta-analyse (Barth J, 2013) publiée en 2013 compare 7 interventions psychothérapeutiques comprenant 198 études incluant 15118 adultes déprimés. La PTI est comparée à la thérapie cognitive-comportementale (TCC), l'activation comportementale (ACT), la thérapie visant la résolution de problème (PST), l'entraînement aux habiletés sociales (SST), la thérapie psychodynamique (DYN), la thérapie supportive (SUP). Chacune de ces interventions s'est avérée supérieure à la liste d'attente avec un effet modéré ou large. On note toutefois un effet robuste pour la TCC, la PTI et la PST. La PTI est significativement plus efficace que le support.

Plus récemment, publiée en 2016 dans le *American Journal of Psychiatry*, une nouvelle méta-analyse (Cuijpers P, 2016) incluant 90 études, où plus de 11000 patients ont été étudiés, on arrive à la même conclusion, soit que la PTI est efficace dans le traitement de la dépression aiguë et est efficace dans la prévention d'un nouvel épisode de dépression ou dans la prévention de rechute. Par ailleurs, la PTI peut être efficace dans le trouble alimentaire et les troubles d'anxiété et a aussi démontré des effets prometteurs dans d'autres troubles en santé mentale.

Quoi de neuf?

Deux nouvelles études plus récentes doivent être mentionnées.

Tout d'abord le travail de John Markowitz sur l'effet de la PTI dans le trouble de stress post-traumatique. Il s'agit d'une étude randomisée publiée dans le *American Journal of Psychiatry* en 2015. Cette étude a démontré la non infériorité de la PTI comparativement au traitement de choix (exposition) pour les individus avec un

trouble de stress post-traumatique. Elle a démontré que le traitement du trouble de stress post-traumatique ne requiert pas à tout prix une exposition cognitive-comportementale prolongée au trauma. De plus, les patients avec une dépression majeure comorbide bénéficieraient des bienfaits de la PTI.

La dernière étude (Lemmens L, 2018), publiée dans le *Psychological Medicine* en avril 2018, a examiné l'effet à long terme de la thérapie cognitive-comportementale vs la psychothérapie interpersonnelle utilisés en aigu sur le trouble de dépression majeure. Il s'agit d'une étude incluant 134 patients randomisés et suivis pendant 17 mois, en analysant les 134 patients mais aussi les réponders au traitement. Les patients qui répondaient à la PTI n'étaient pas plus susceptibles de faire une rechute à la fin de la thérapie que les patients qui répondaient à la TCC.

Puisque la TCC semble avoir un effet prophylactique, il est suggéré que la PTI aurait vraisemblablement un effet prophylactique également.

Autres indications

La PTI a d'abord été développée comme traitement de la dépression majeure.

Compte tenu, cependant, que le lien que met en évidence la PTI entre la pathologie dépressive et le contexte interpersonnel, et l'efficacité thérapeutique sur la dépression de l'attention portée à améliorer ce contexte interpersonnel, les auteurs ont postulé que cette approche pourrait fonctionner dans d'autres pathologies psychiatriques, puisque les perturbations interpersonnelles jouent également un rôle dans le déclenchement ou la variabilité symptomatique d'autres pathologies psychiatriques ou d'autres contextes cliniques.

Les recherches récentes ont démontré l'efficacité de la PTI dans les contextes suivants (avec des ajustements a/n de la fréquence, des cibles thérapeutiques, etc.):

- dépression majeure récurrente (thérapie de maintien étalée sur une longue période)
- dépression des 3ème et 4ème ages
- dépression du péri-partum
- dépression chez les adolescents
- trouble bipolaire
- trouble de stress post-traumatique
- dépression dans des contextes ethno-culturels moins bien desservis par des équipes médico-sociales (Weissman et al. 2016)
- etc.

En conclusion

La PTI est efficace pour traiter la dépression majeure (seule ou associée à la pharmacothérapie).

Dans le dernier guide de pratique CANMAT (Parikh, 2016), la PTI figure comme premier choix avec la TCC pour le traitement d'un épisode de dépression majeure aiguë. Il est en deuxième ligne pour le traitement de maintien et la prévention de rechute.

La **PTI** devrait donc avoir sa place dans les guides de pratique de la dépression car il s'agit du **traitement le plus validé empiriquement pour le traitement de la dépression.**



Commentaires et questions au sujet du contenu de ce mini-guide peuvent être formulés sur psychopap.com

Bibliographie

Barth J, Munder T, Gerger H, Nuesch E, Trelle S, Znoj H, et al. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS medicine*. 2013; 10(5): e1001454.

Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol*. 1998; 66(1): 7-18.

Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A, et al. Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2011;168(6):581-92.

Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis. *The American journal of psychiatry*. 2016; 173(7): 680-7.

Lemmens L, van Bronswijk SC, Peeters F, Arntz A, Hollon SD, Huibers MJH. Long-term outcomes of acute treatment with cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for adult depression: follow-up of a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2018: 1-9.

Markowitz JC¹, Petkova E, Neria Y, Van Meter PE, Zhao Y, Hembree E, Lovell K, Biyanova T, Marshall RD. Is Exposure Necessary? A Randomized Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. 2015 May;172(5):430-40.

Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Can J Psychiatry*. 2016; 61(9): 524-39.

Weissman M, Verdeli H. World Health Organization and Columbia University. Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression. WHO, Geneva, 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250219/WHO-MSD-MER-16.4-eng.pdf;jsessionid=CE8B63274805AE42D33237B01A0772FD?sequence=1>

Annexe I: Revue des traitements psychologiques de la dépression majeure

	Aigu	Maintien (prévention de la rechute)
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	1 ^{ère} ligne (Niveau 1)	1 ^{ère} ligne (Niveau 1)
Psychothérapie interpersonnelle (PTI)	1 ^{ère} ligne (Niveau 1)	2 ^e ligne (Niveau 2)
Activation comportementale (AC)	1 ^{ère} ligne (Niveau 1)	2 ^e ligne (Niveau 2)
Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)	2 ^e ligne (Niveau 2)	1 ^{ère} ligne (Niveau 1)
Technique d'analyse interpersonnelle cognitive et comportementale (CBASP)	2 ^e ligne (Niveau 2)	2 ^e ligne (Niveau 2)
Thérapie de résolution de problèmes	2 ^e ligne (Niveau 2)	Preuves insuffisantes
Psychothérapie psychodynamique court terme	2 ^e ligne (Niveau 2)	Preuves insuffisantes
TCC et IPT par téléphone	2 ^e ligne (Niveau 2)	Preuves insuffisantes
Thérapie par internet	2 ^e ligne (Niveau 2)	Preuves insuffisantes
Psychothérapie psychodynamique long terme	3 ^e ligne (Niveau 3)	3 ^e ligne (Niveau 3)
Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)	3 ^e ligne (Niveau 3)	Preuves insuffisantes
Psychothérapie par visioconférence	3 ^e ligne (Niveau 3)	Preuves insuffisantes
Entretien motivationnel (EM)	3 ^e ligne (Niveau 4)	Preuves insuffisantes

Dr Jean Leblanc
Psychiatre

Dre Rahel Wolde-Giorghis
Psychiatre

Dre Minh Thi Nguyen
Résidente 4 en psychiatrie

Département de psychiatrie
CIUSSS-NIM

Ce guide s'intègre dans une série de mini-guides sur la psychothérapie, élaborés en collaboration avec le Centre de Psychothérapie affilié au Pavillon Albert-Prévost. Ces guides tentent principalement de répondre aux questions que peuvent se poser les thérapeutes débutants et se veulent une introduction aux différents types de psychothérapie existants.

