

La psychothérapie interpersonnelle : bien au-delà de ses premières applications

Ursula Streit and Jean Leblanc

Volume 33, Number 2, Fall 2008

La psychothérapie interpersonnelle

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/019666ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/019666ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Streit, U. & Leblanc, J. (2008). La psychothérapie interpersonnelle : bien au-delà de ses premières applications. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 7–29.
<https://doi.org/10.7202/019666ar>



Éditorial

La psychothérapie interpersonnelle : bien au-delà de ses premières applications

Ursula Streit*

Jean Leblanc**

Développée pour le traitement de la dépression majeure chez les adultes durant les années quatre-vingt, la psychothérapie interpersonnelle (PTI), a connu un essor important au cours des dix dernières années. Elle a en effet été utilisée pour différents groupes d'âges, divers troubles et sous de nouveaux formats (groupe, très court terme, etc.). Dans ce dossier, Leblanc et Streit (Origines et description de la Psychothérapie interpersonnelle (PTI), présentent l'approche PTI chez les adultes. Pour leur part, Mufson et Anderson (Psychothérapie interpersonnelle à l'intention des adolescents souffrant de dépression : théories, techniques et recherche) décrivent la PTI chez les adolescents et Hinrichsen et Iselin (La psychothérapie interpersonnelle pour le traitement de la dépression chez les personnes âgées) chez les personnes âgées. Stuart et Clark (Psychothérapie interpersonnelle (PTI) et Counseling interpersonnel (CIP) pour le traitement de la dépression post-partum s'attardent aux adaptations de cette thérapie pour le traitement de la dépression post-partum. Scocco et Toffol (Psychothérapie interpersonnelle de groupe : une revue de littérature) traitent du format de groupe développé pour la PTI, alors que Robertson (la psychothérapie interpersonnelle pour le trouble de stress post-traumatique) aborde une application plus expérimentale de la PTI pour le trouble de stress post-traumatique. Finalement, Swartz (Psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux (PTIRS) dans le trouble bipolaire II : structure du traitement et exemples cliniques) décrit la PTI utilisée avec des patients

* Ph.D., ethnologue, psychanalyste, professeure agrégée, département de psychiatrie, Université de Montréal, Clinique des troubles de l'humeur, Hôpital Sacré-Cœur, Montréal.

** M.D., psychiatre, professeur agrégé de clinique, Université de Montréal, Clinique des troubles de l'humeur, Hôpital Sacré-Cœur, Montréal.

qui souffrent d'une dépression bipolaire II, utilisation qui semble prometteuse.

Dans cet éditorial, nous donnons un aperçu du large éventail des autres développements réalisés dans le domaine de la PTI. Nous soulevons aussi les questions suivantes : comment expliquer son succès pour d'autres problèmes que celui de la dépression ? Est-ce que ces développements permettent la préservation d'une base commune à la psychothérapie interpersonnelle ? Existe-t-il des critères d'indication pour le choix de cette psychothérapie ?

La psychothérapie interpersonnelle fut initialement développée pour une recherche comparant un traitement de maintien par médication et par psychothérapie. Comme mentionné par Weissman (2007), dans ce contexte, Gerald Klerman, le fondateur de cette approche, a demandé à ses collaborateurs de développer un manuel similaire à celui élaboré pour la TCC par Aaron Beck. La PTI met le focus sur le lien entre des situations sociales et interpersonnelles stressantes (deuil pathologique, conflit interpersonnel, transition de rôles et sensibilité interpersonnelle) et la survenue d'un épisode dépressif ou d'un autre trouble. Elle vise l'amélioration de la communication et du soutien par le réseau. Quant aux éléments de la PTI (théories, buts, tactiques et techniques), Leblanc et Streit les décrivent dans le présent numéro (Origines et description de la Psychothérapie interpersonnelle).

La PTI et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) sont les approches psychothérapeutiques les plus évaluées. Dans leur article sur la PTI auprès des adolescents, Mufson et Anderson illustrent bien cette tradition de recherche. Les stratégies de recherche des auteurs et leurs efforts pour faciliter l'utilisation de cette approche sont exemplaires. En premier, ils ont évalué cette psychothérapie dans une importante étude randomisée et ont démontré son efficacité (Mufson et al., 1999). Ensuite, ils ont publié le manuel développé pour cette recherche (Mufson et al., 2004). Une étude d'efficience effectuée par ces auteurs indique que cette approche peut être utilisée avec succès par des intervenants qui travaillent dans des cliniques scolaires de milieux défavorisés (Mufson et al., 2004). Afin d'améliorer la diffusion de cette thérapie pour les adolescents, Mufson et al. (2004) ont conceptualisé une approche de groupe, tandis que Young et al., (2006) développaient un traitement préventif. Cette approche préventive peut être effectuée par des conseillers scolaires et des travailleuses sociales, et est offerte à des adolescents affectés par des symptômes subsyndromaux.

À l'aide de cas cliniques, Iselin et Hinrichsen (La psychothérapie interpersonnelle pour le traitement de la dépression chez les personnes

âgées) montrent que la PTI requiert peu d'adaptation pour être utilisée auprès des personnes âgées. De plus, le modèle médical utilisé dans cette approche semble permettre une réduction des auto-reproches fréquents lors de la survenue d'une dépression. Ces auteurs estiment que cette thérapie, centrée sur une problématique déterminée d'un commun accord, dans laquelle le thérapeute a un rôle actif, semble bien convenir aux personnes âgées, les abandons de traitement étant rares. Les auteurs soulignent l'importance de bien connaître les problèmes des personnes âgées, les normes et valeurs spécifiques à chaque cohorte traitée, leurs défis spécifiques, et les ressources disponibles.

Vu la prévalence de la dépression post-partum et les limites de l'utilisation d'une médication, la disponibilité d'une approche psychothérapique efficace pour ce type de problème s'avère particulièrement importante. L'approche interpersonnelle, permettant de travailler la transition de rôles et les conflits interpersonnels, événements fréquents dans le contexte post-partum, paraît particulièrement pertinente. Dans ce dossier, Stuart et Clark présentent l'approche classique de la PTI pour la dépression post-partum et le counseling interpersonnel. Le counseling se distingue de la PTI classique par le fait qu'il s'agit d'un traitement plus court, offert à des patientes bien sélectionnées aux caractéristiques suivantes : les stressors vécus sont faciles à identifier, il y a absence de problèmes de personnalité, l'alliance thérapeutique se forme facilement, la motivation est élevée et il y a présence d'un bon réseau de soutien. Les auteurs soulignent que ces deux approches s'inscrivent dans un modèle de soin de médecine familiale, pour le traitement d'un problème aigu dans le cadre de séances hebdomadaires, suivies par la suite de rencontres bimensuelles ou mensuelles lorsque le patient est stabilisé. Le thérapeute peut rester disponible pour un traitement de maintien, si nécessaire. Lors d'une nouvelle crise, un nouveau traitement à court terme peut être indiqué.

Les cliniciens de la PTI se sont aussi intéressés au développement d'un format de groupe. Scocco et Toffol (dans ce numéro) mettent en évidence les étapes à franchir lors d'un processus d'adaptation d'une thérapie individuelle à une modalité de groupe que Wilfley et al. (1998 ; 2000) avaient identifiées dans leur travail avec des patients souffrant de troubles alimentaires. Les auteurs présentent les techniques spécifiques au travail de groupe et les divers domaines dans lesquels une approche de groupe de la PTI fut appliquée.

Robertson soutient que l'approche PTI dans le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT), peut être un complément important aux autres moyens thérapeutiques. Elle faciliterait les relations

interpersonnelles et la réinsertion sociale lors de la phase de «reconnexion» qui suit celle de «remémoration et deuil», selon la classification de Herman présentée. L'auteur décrit l'approche de groupe pour TSPT chronique, et il met en évidence la pertinence des domaines problématiques «transition de rôle» et «sensibilité interpersonnelle». Le focus «transition de rôle» implique le deuil du rôle perdu, l'acceptation d'un nouveau rôle, et l'apprentissage de nouvelles habiletés nécessaires dans ce dernier. Pour ces raisons, ce focus répond bien aux besoins des personnes exposées aux effets d'un trauma qui a divisé leur vie et leur représentation de soi en amont et après ce dernier. Les exemples cliniques que les auteurs utilisent illustrent bien l'importance d'une aide multi-théorique et l'apport spécifique de la PTI.

Finalement, Swartz aborde le traitement du trouble bipolaire II à l'aide d'une combinaison d'une «thérapie des rythmes sociaux» (une approche comportementale) et de la psychothérapie interpersonnelle. Après avoir défini le trouble bipolaire II, Swartz présente les éléments et les fondements théoriques de l'approche appelée «Psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux» (PTIRS). Cette approche a été développée par Frank et al. (2005) pour le traitement de patients qui souffrent d'un trouble bipolaire. Swartz précise par après la situation et les problèmes spécifiques des patients qui souffrent d'un trouble bipolaire II : difficulté à identifier ses états d'humeurs, difficultés à moduler ses émotions et importance de la comorbidité avec des problèmes d'abus de substances. Grâce à des cas cliniques, elle illustre les problèmes rencontrés dans ce type de traitement : a) un patient qui ne reconnaît pas l'importance de ses épisodes hypomaniaques ; b) un patient qui éprouve des difficultés à identifier les épisodes précis de sa maladie et les événements associés ; c) la difficulté à déterminer si un patient réagit fortement à cause des états émotionnels sous-jacents, ou si ses états d'humeurs négatifs sont provoqués par sa réactivité émotionnelle ; d) un patient qui tend à avoir trop confiance en lui et qui provoque des réactions négatives chez les proches, ces réactions menant à des ruptures dans les relations interpersonnelles ; e) un patient qui éprouve des difficultés à se rappeler de sa dépression lorsqu'il est dans un état hypomaniaque ou l'inverse ; f) un patient qui essaie de régulariser ses humeurs par l'abus de substance.

Autres applications de la PTI

Pour donner une vue d'ensemble plus complète du champ de la PTI, nous nous attardons maintenant sur les autres approches développées dans ce champ.

Les dépressions récurrentes

Même si l'objectif le plus immédiat de la PTI vise l'amélioration symptomatique du sujet déprimé, les stratégies et techniques utilisées aident aussi à rétablir un meilleur équilibre du sujet déprimé dans son contexte interpersonnel de vie et à développer des outils pour faire face à d'éventuels retours de la dépression, une maladie dont une des caractéristiques est d'être récurrente, à des degrés divers.

Frank et al. (1990) ont évalué l'utilité de la PTI dans la prévention de rechute auprès de patients adultes qui ont vécu plusieurs épisodes de dépression, potentiellement plus vulnérables à des récurrences de leur symptomatologie. Reynolds et al. (1999) ont fait de même auprès de personnes âgées. Ces auteurs ont adapté le format de la PTI en faisant suivre la thérapie habituelle (12 à 16 semaines) d'une période de traitement de maintien, avec des séances plus espacées et qui pouvaient se prolonger sur plusieurs années. Dans les deux groupes d'âges, la combinaison de la médication avec une PTI semblait la plus appropriée pour prévenir une rechute.

Le trouble dysthymique

Markowitz (1998) s'est intéressé au traitement d'autres formes de dépressions, notamment la dysthymie, pour laquelle il a ajouté au modèle PTI un focus *iatrogène*. Le sujet dysthymique, en raison de la longue durée de sa maladie, voit souvent son état comme découlant d'éléments négatifs de sa personnalité. L'approche développée par Markowitz l'invite plutôt à prendre conscience qu'il s'agit de la résultante d'une pathologie à caractère insidieux mais susceptible d'être traitée de façon efficace. La PTI mettra l'accent sur une *transition de rôle* entre la vision de soi comme ayant de multiples lacunes, à une vision des problèmes comme étant liés à une maladie chronique (c'est-à-dire une transition d'origine *iatrogène*), ayant un impact négatif sur le fonctionnement social. Ce focus iatrogène englobe les quatre domaines problématiques habituels : deuil pathologique, conflit interpersonnel, transitions de rôles difficiles et sensibilité interpersonnelle.

À court terme, l'efficacité de la PTI pour le traitement de la dysthymie semble limitée (Markowitz et al., 2005), mais il en est de même pour d'autres approches psychothérapeutiques. Selon notre expérience clinique, le traitement de maintien d'une durée d'au moins un an avec des séances mensuelles, qui suit la phase aiguë, apporte des gains considérables.

Populations spécifiques

L'utilisation de la PTI pour le traitement de la *dépression post-partum* semble aussi indiquée. Elle s'est en effet avérée efficace dans une étude de O'Hara et al. (2000). Dans ce dossier, Stuart aborde une forme de counseling PTI pour la dépression post-partum. Une autre adaptation a été réalisée en Australie. Reay et al. (2006) ont développé une approche de groupe de huit semaines qui comprend des séances de deux heures par semaine. Ces séances de groupe sont précédées de deux séances individuelles (centrées sur l'évaluation des symptômes et l'inventaire interpersonnel). Il y a aussi une soirée de psychoéducation de deux heures pour les partenaires. Une première étude a permis l'élaboration d'un manuel et de tester l'acceptabilité de ce traitement. Une deuxième étude réalisée avec un échantillon plus important et un groupe contrôle (recevant le traitement habituel), suggère que cette approche est efficace (Reay et Mulcahy, 2006).

La PTI a été utilisée dans le traitement de la dépression chez des personnes souffrant à la fois du SIDA et d'une dépression. Les résultats d'une étude randomisée et contrôlée indiquent une diminution significativement plus importante des symptômes de dépression chez les patients traités par la PTI ou par un traitement pharmacologique avec thérapie de soutien en comparaison aux résultats observés chez des patients qui ont reçu seulement une thérapie de soutien ou une thérapie cognitivo-comportementale (TCC). La PTI semble donc efficace chez les patients confrontés à une situation particulièrement bouleversante (Markowitz et al., 1998).

Une autre importante étude randomisée faite récemment auprès de patients atteints à la fois d'une maladie cardiaque et d'une dépression, comprenait quatre groupes traités différemment : un traitement pharmacologique avec CM (« *clinical management* », *forme de soutien a minima*) ; un traitement placebo avec CM ; un traitement PTI avec traitement pharmacologique et un traitement PTI avec placebo. Les résultats indiquent qu'une pharmacothérapie avec CM est l'approche la plus efficace. Pour les patients coronariens, la PTI est moins efficace qu'un CM (Lespérance et al., 2007). Selon les chercheurs, le réseau social limité des patients coronariens expliquerait la moins bonne efficacité de la PTI. Cette tendance est d'ailleurs observée dans une autre étude (Sotzky et al. 1991). Enfin, un traitement PTI, réalisé par contacts téléphoniques durant 16 semaines, a été utilisé auprès de patientes souffrant d'un cancer du sein, et recevant une chimiothérapie intensive. Leurs partenaires bénéficiaient aussi du traitement PTI. La thérapie visait la diminution de la détresse psychologique et

l'amélioration de la capacité à faire face au traitement de chimiothérapie. Les résultats de l'étude pilote sont encourageants, et l'approche semble avoir été grandement appréciée (Donnelly et al. 2000).

Pathologies autres que la dépression unipolaire

Une approche interpersonnelle spécifique appelée « Psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux » (PTIRS) fut développée pour le traitement du trouble bipolaire. L'approche interpersonnelle est associée à des techniques comportementales sur le réajustement des rythmes biologiques et sociaux. Cette combinaison thérapeutique semble plus efficace que le traitement habituel (Frank et al., 2005). Dans le présent numéro, Swartz décrit l'utilisation de cette forme de thérapie pour le traitement de patients souffrant d'un trouble bipolaire II.

L'efficacité de la PTI dans le traitement de divers *troubles anxieux* fut également testée. Pour la phobie sociale envisagée comme une pathologie chronique, Lipsitz et al. (1999) ont utilisé une adaptation similaire à celle utilisée pour la dysthymie avec des résultats prometteurs. Pour le trouble panique, les résultats préliminaires d'une étude pilote suggèrent une amélioration similaire des symptômes à celle obtenue par l'approche TCC avec une réserve toutefois, l'échantillon était restreint (Lipsitz et al., 2006). D'autres données récentes suggèrent que l'usage de la PTI auprès d'adolescents, pour le traitement d'une comorbidité de dépression et d'anxiété, serait plus efficace que la thérapie de soutien (Young et al., 2006).

Dans le présent numéro, Robertson mentionne que l'approche PTI devrait faire partie du traitement du trouble de stress post-traumatique (*TSPT*) car elle améliore le fonctionnement social des personnes qui est négativement affecté par ce trouble. Une approche de groupe, développée par Robertson et al. (2004) semble utile pour améliorer ces aspects. Également pour le traitement du TSPT, un format individuel de la PTI a été créé (Bleiberg et Markowitz, 2005). Dans cette approche, l'accent est mis sur les conséquences de ce trouble sur les relations interpersonnelles. La technique TCC de « l'exposition » est évitée. Enfin, Cyranowsky et al. (2005) ont adapté la PTI au traitement d'une dépression accompagnée de symptômes du trouble panique. Nommée « IPT-PS », cette approche inclut des techniques de la thérapie cognitivo-comportementale » et elle a été évaluée dans une étude pilote ouverte. Vu la combinaison de cette psychothérapie avec une médication, on ne peut pas tirer de conclusions sur son efficacité lorsqu'elle est utilisée seule.

En plus des troubles affectifs, la PTI fut utilisée avec succès pour le traitement de la boulimie. Malgré certaines restrictions (exclusion du jeu de rôle et de la discussion de la nourriture, ainsi que de l'image corporelle), le traitement de ce trouble par une approche individuelle PTI semble aussi efficace que le traitement de la TCC, mais plus efficace qu'une approche comportementale (Fairburn et al., 1993). Cependant, la TCC se serait avérée plus efficace dans une étude plus récente (Agras et al., 2000). Enfin, un traitement de groupe PTI pour la boulimie (*nonpurging bulimia*) utilisée avec des personnes obèses aurait été aussi efficace qu'un traitement de groupe cognitivo-comportementale (Wilfley et al., 1993 ; Wilfley et al., 2002). Par contre, une étude récente sur le traitement de l'anorexie a trouvé que la PTI était moins efficace qu'une thérapie de soutien, la TCC se situant entre les deux. L'abandon du traitement a été fréquent dans les trois approches (McIntosh et al., 2005).

Pour le traitement de l'abus de substance, la psychothérapie interpersonnelle ne semble pas plus efficace que le traitement usuel de l'abus d'opiacés (Rounsaville, 1983) et elle n'a pas porté fruit dans le traitement de l'abus de cocaïne (Carroll, 1991).

Selon Stuart et Noyes (2005), la PTI représente un modèle utile pour le traitement de l'hypochondrie, dont les plaintes somatiques sont envisagées comme une forme de communication inadaptée. Selon leur expérience clinique avec l'ajout d'un traitement de maintien ouvert, cette approche, améliorerait le fonctionnement social et interpersonnel de ces patients. Toutefois, des données empiriques ne sont pas encore disponibles.

Les pathologies de l'Axe II

La PTI a surtout été utilisée pour le traitement de troubles de l'Axe I, car il s'agit d'une approche limitée dans le temps. Vu *la comorbidité importante entre dépression/dysthymie et le trouble de personnalité borderline*, les cliniciens se sont intéressés à l'usage de la PTI pour les troubles de l'axe II tels le trouble de personnalité borderline. Dans ce trouble, les comportements interpersonnels inadaptés jouent un rôle très important. Pour ces raisons, l'utilisation de la PTI semble appropriée.

Dans une première étude (Weissman et al., 2000), les résultats préliminaires suggèrent qu'une approche de 12 séances a été bien acceptée par les participantes. Dans cette approche le domaine problématique « image de soi » avait été ajouté au modèle (Angus et Gillies, 1994). D'autres résultats prometteurs proviennent d'une étude pilote ouverte, qui offre une PTI de 18 séances durant 16 semaines. Si la

première partie du traitement est bien tolérée, 16 séances hebdomadaires supplémentaires sont offertes (Markowitz et al., 2006). Une troisième étude (Bellino et al., 2006) auprès de patients qui souffrent d'un épisode de dépression et d'un trouble de personnalité borderline préexistant, compare l'usage d'une pharmacothérapie à celui d'une pharmacothérapie associée à la PTI pour dépression. Elle suggère que le traitement combiné est associé à la réduction des symptômes dépressifs, à la qualité de vie et au fonctionnement interpersonnel.

Adaptation du format de la PTI pour la dépression

Le format de groupe pour cette pathologie semble très prometteur pour les adultes, (MacKenzie et Grabovac, 2001), les adolescents (Mufson et al., 2004) et les personnes âgées (Scocco et al, 2002). Scocco et Toffol décrivent dans leur article les particularités de cette approche de groupe. Pour leur part, Schramm et al. (2002) ont élaboré une PTI pour le traitement des patients psychiatriques hospitalisés. Les résultats préliminaires de leurs études semblent encourageants. Une étude qui compare les effets d'un traitement de PTI par contacts téléphoniques (PTI-T) durant douze semaines à ceux d'une liste d'attente, observe une différence significative en faveur de la PTI-T. Il y a réduction des symptômes dépressifs et amélioration du fonctionnement général (Miller et Weissman, 2002). Swartz et al. (2004) ont utilisé un format très bref de huit séances (IPT-B). Leur étude pilote ouverte avec un échantillon limité qui compare cette intervention à une pharmacothérapie avec soutien, indique qu'il y a rémission des symptômes pour la majorité des patients dans les deux approches. Mais contrairement aux attentes, l'effet de la psychothérapie a été plus rapide. Il semblerait qu'une limitation du nombre de séances est utile. Toutefois il faut noter que le domaine problématique « déficit ou sensibilité interpersonnelle » avait été exclu, et qu'un seul domaine problématique avait été sélectionné. Finalement, une forme de counseling interpersonnel (entrevues téléphoniques une fois par semaine pendant six semaines), destiné à des mères qui ont vécu une fausse couche et souffert d'une dépression subsyndromale, fut évaluée par une étude pilote qui comparait cette intervention au traitement usuel offerte à cette population (Neugebauer et al., 2006). On peut seulement dire que les résultats semblent prometteurs.

Adaptation culturelle de la PTI

Comme pour la plupart des psychothérapies occidentales, l'adaptation de la PTI aux patients de minorités socio-économiquement défavorisés, aux immigrants originaires d'une autre culture et,

notamment, d'une culture non occidentale, fut longtemps ignorée. La recherche de Rossello et Bernal (1999) représente un premier effort d'adaptation culturelle de la PTI. Dans cette étude, la PTI et la TCC furent adaptées au traitement de la dépression chez des adolescents portoricains. Une deuxième étude, randomisée et contrôlée, a été réalisée en Ouganda et a démontré l'efficacité de l'approche (Verdeli et al., 2003). Cette étude a mis en évidence la nécessité d'adapter la PTI à un contexte culturel donné. En effet, lors de l'utilisation de la PTI dans une région rurale de l'Ouganda, qui avait été précédée par une investigation ethnographique dans la culture locale (Bolton et al., 2003), plusieurs adaptations s'avèrent nécessaires relatives au format de groupe, à la prise en compte de syndromes locaux et aux stratégies utilisées pour les domaines problématiques « deuil » et « conflit interpersonnel ».

Selon notre expérience clinique, l'utilisation de la PTI avec des patients immigrants (Streit et Leblanc, 2004) est prometteuse lorsque les patients maîtrisent bien la langue du pays d'accueil. Bien qu'une généralisation basée sur l'appartenance culturelle soit difficile, chaque personne étant unique, des adaptations dans les domaines problématiques que sont le « deuil » et le « conflit interpersonnel » se révèlent souvent nécessaires lorsque les immigrants sont originaires d'une culture non occidentale. Toujours selon notre expérience, l'inventaire interpersonnel des liens signifiants et de leur qualité peut poser problème, car mentionner des attentes ou des critiques ouvertes envers des membres de la famille est souvent considéré inapproprié; une description plus approfondie des liens problématiques doit être précédée par la construction d'une alliance thérapeutique solide. Par ailleurs, le domaine problématique « transition de rôle difficile » s'avère très utile pour aborder les difficultés liées au parcours migratoire. Ces dernières peuvent refaire surface lors d'un épisode dépressif, même après une longue période de temps vécue dans le pays d'adoption. L'accent mis sur l'importance des liens interpersonnels peut aussi faciliter l'adaptation des immigrants au nouveau pays d'accueil, tout en les encourageant à maintenir les liens avec les gens restés au pays. Encourager l'échange avec les proches, aspect clé du traitement, peut favoriser l'utilisation de la langue maternelle qui représente une part importante de l'identité. Finalement, la référence à deux modèles explicatifs de la dépression en PTI, (la dépression est à la fois vue comme une maladie et liée aux difficultés dans les relations interpersonnelles), facilite la reconnaissance de modèles explicatifs propres à la culture d'origine du patient. La multiplicité des références culturelles des patients immigrants peut alors être mieux respectée. L'utilisation de la « formulation

en fonction de la culture», proposée dans le DSM-IV, favorise la reconnaissance des aspects culturels d'un problème et de la situation particulière des immigrants. Cette formulation devrait précéder le début de la psychothérapie, car elle peut fournir des informations sur l'indication ou non de la PTI avec la réserve que plusieurs de ces éléments ne pourront être approfondis qu'au cours de la psychothérapie.

Récemment, une meilleure adaptation de la PTI à la culture du patient fut développée pour le traitement de la dépression périnatale auprès des femmes blanches ou afro-américaines de milieux socio-économiquement défavorisés (Grote et al., 2004). Le nouveau format bref de huit séances de la PTI (PTI-B) (conçu par Swartz et al., 2004) peut inclure l'ajout de deux séances. La première consiste en une entrevue ethnographique selon le modèle précité, et la deuxième en une séance de psychoéducation « individualisée » qui tient compte des besoins, des préoccupations et des perceptions spécifiques d'une patiente. Ses forces sont aussi soulignées et des informations sur le problème et le traitement sont présentées.

Éléments de la PTI qui permettent son utilisation pour le traitement de troubles autres que la dépression majeure

Comment expliquer le succès de cette approche lorsqu'elle est utilisée pour d'autres problèmes que celui de la dépression ?

La base théorique principale de la PTI est la théorie de Bowlby (1969) qui postule l'existence d'un besoin inné d'attachement. Cette théorie suggère qu'une rupture des liens personnels réciproques, lesquels assurent un sentiment de sécurité et de bien-être, est un facteur de vulnérabilité à la dépression. La théorie sociale, autre théorie sous-jacente à la PTI, insiste aussi sur l'importance des liens interpersonnels. Bien que les études sur l'association entre le soutien social et la santé mentale ou les problèmes psychiatriques portent surtout sur la dépression, certaines données empiriques démontrent un impact du soutien social sur les troubles anxieux, notamment le trouble de stress post-traumatique et la phobie sociale (Caron et Guay, 2005). Selon ces auteurs, le soutien social comprend plusieurs dimensions : le soutien émotif, l'intégration sociale, la valorisation personnelle, l'aide sous forme d'information qui permet la résolution de problèmes et le fait de se sentir utile. Les études sur le soutien social indiquent que les interactions sociales négatives, sous forme de critiques, de demandes excessives, de conflits, etc., exerceraient un effet plus important sur la santé mentale que celui qui résulte d'un soutien positif (Bertera, 2005). Pour cette raison, il est plus important d'éviter ces interactions sociales

négatives. Or, la création et le maintien de liens positifs, de même que l'absence d'interactions interpersonnelles négatives dépendent en bonne partie d'une bonne communication. L'analyse de la communication a toujours fait partie des techniques de la PTI. La théorie de la communication, la troisième base théorique de la PTI, permet de comprendre les relations individuelles à un niveau microscopique, les attentes interpersonnelles se reflétant au niveau de la communication. Selon Kiesler et Watkins (1989), les relations interpersonnelles dysfonctionnelles sont le résultat de communications qui provoquent d'une manière non intentionnelle des réponses négatives de la part des autres. À leur tour, ces dernières influencent les attentes de l'individu sur la façon d'établir des relations et de les maintenir. Ces attentes envers les autres sont basées sur les modèles intérieurs opérants d'attachement décrits par Bowlby (1969). Des styles d'attachement insécure se reflètent ainsi dans les patterns inadéquats de communication interpersonnelle qui empêchent une satisfaction des besoins d'attachement. Une personne qui communique son besoin d'attention et de soin d'une façon hostile ne provoque pas une réponse positive. Les personnes qui peuvent offrir de l'aide sont éloignées par cette manière hostile. Les réponses provoquées par une personne renforcent son style d'attachement insécure, et le rejet suscité devient une preuve supplémentaire qu'on ne répondra jamais à ses besoins. Et un cercle vicieux s'installe. Vu le rôle charnière de la communication et d'un soutien social positif, il est permis de penser qu'un travail psychothérapeutique sur la communication et l'amélioration du soutien soit bénéfique pour un grand nombre de troubles mentaux. La PTI ne vise pas le changement du style d'attachement, mais bien une meilleure capacité à communiquer les besoins d'attachement. Par ailleurs, à moyen et à long terme, on peut espérer qu'un attachement plus sûr puisse se développer avec une meilleure satisfaction des besoins d'attachement.

La vision médicale des problèmes, qui envisage tout trouble comme une maladie dont le patient n'est pas responsable, représente un soulagement très important lorsque la personne est affectée d'un problème chronique. Cette vision suscite un nouvel espoir, car un changement sera alors possible. De plus, l'attitude du thérapeute — une attitude positive, soutenante et inspirant l'espoir — reflète l'idée que les difficultés peuvent être résolues. L'aide du thérapeute vise à assister le patient dans l'apprentissage des nouvelles façons de communiquer et de prendre des décisions. Cette vision médicale et cette aide du thérapeute améliorent les capacités de la personne dans l'accomplissement de ses rôles et dans la résolution de ses problèmes interpersonnels. La proposition de Stuart et Robertson (2003) à propos de la fin de thérapie

semble en harmonie avec cette attitude aidante : une fin graduelle (séances bimensuelles ou mensuelles) qui permet aux patients de pratiquer les nouvelles habiletés. Selon ces auteurs, une telle fin de la thérapie serait mieux adaptée à la clinique quotidienne, que la terminaison abrupte dictée par les protocoles de recherche (contexte important dans le développement de la PTI) et ne découlant pas d'un jugement clinique.

Bases communes de la PTI

Malgré les adaptations faites à cette approche dans le traitement de certains troubles ou dans le format utilisé, la base de la PTI demeurerait constante selon Markowitz (2006, 559). Cette base définit des syndromes psychiatriques comme des maladies dont le patient ne porte pas la responsabilité. Également, en dépit de toutes les adaptations effectuées, l'accent mis sur les relations entre les états d'âme du patient (ses symptômes) et l'environnement interpersonnel serait toujours conservé.

Pour leur part, Stuart et al. (2006, 580) énumèrent les éléments définissant la PTI qui ne sont pas touchés par les adaptations :

- les théories qui soutiennent l'approche (la théorie de l'attachement, la théorie de la communication et la théorie sociale),
- les buts biopsychosociaux (la réduction des symptômes, l'amélioration des relations interpersonnelles et du soutien social général),
- les tactiques (l'inventaire interpersonnel, les quatre domaines problématiques, la formulation interpersonnelle, la précision des limites de temps, la non interprétation du transfert, la centration sur le présent, l'entente sur les buts, une attitude soutenante et directive du thérapeute),
- les techniques (l'analyse de la communication, l'utilisation d'incidents interpersonnels, le travail centré sur l'affect, le jeu de rôle, et les techniques communes aux psychothérapies) et surtout,
- la combinaison de ces éléments (les éléments mentionnés ici sont décrits dans l'article de Leblanc et Streit de ce numéro).

Pour contrer la perception que les adaptations comme l'IPT-D (IPT pour dysthymie) ou l'IPT-A (IPT pour adolescents) seraient de nouvelles approches qui requièrent des habiletés nouvelles et exigent des supervisions supplémentaires, ces auteurs proposent de mieux faire connaître ces éléments spécifiques à la PTI. Même si certaines adaptations nécessitent l'ajout d'un nouveau domaine problématique,

comme le remplacement de la « sensibilité interpersonnelle » par l'« insécurité par rapport au rôle » dans le traitement de la boulimie, ce sont toujours des problèmes interpersonnels. Par contre, ces auteurs affirment que la PTIRS de Frank et al. (2005) représente une nouvelle forme de thérapie, car il s'agit d'une combinaison de traitements différents, soit d'une « thérapie des rythmes sociaux » (une approche comportementale), et de la PTI. Cette nouvelle forme de thérapie exige une formation supplémentaire.

Selon les lignes de conduite adoptées en 2003 par la Société Internationale de Psychothérapie Interpersonnelle (International Society for Interpersonal Psychotherapy (ISIPT)), société créée à Chicago en 2000, la formation à la PTI implique une connaissance théorique acquise lors d'un séminaire de 16 à 24 heures, et une supervision d'au moins deux cas — idéalement une supervision de chaque séance enregistrée en format audio ou vidéo (Stuart et al., 2006).

Limites et précision de l'indication

Plusieurs études sur l'adaptation de la PTI à d'autres troubles comprennent de petits échantillons, et utilisent le traitement habituel ou l'inscription sur une liste d'attente comme situation contrôle. Cependant, la PTI pour le traitement de la dépression est une thérapie basée sur des données probantes, et son efficacité est comparable à celle d'autres psychothérapies, notamment la TCC. En effet, l'étude de Elkin et al. (1989) sur l'utilisation de la médication (imipramine) et/ou de la psychothérapie (PTI ou TCC) dans le traitement de la dépression majeure rapporte des résultats équivalents pour les deux approches, mais la PTI offre un avantage dans les formes plus sévères de la dépression. Par contre, Luty et al. (2007) notent l'inverse, à savoir que la TCC est plus efficace que la PTI dans les dépressions sévères. Dans les deux études, la distribution des sujets entre les différents groupes de traitement a été faite selon un protocole de randomisation. Il est intéressant de noter que la psychothérapie a été utile dans le cas des dépressions sévères.

Le diagnostic est le principal critère d'indication pour la thérapie PTI, mais le diagnostic de « Dépression majeure » regroupe plusieurs types de dépression. À quels types de dépression la PTI serait-elle indiquée ? Selon Parker et al. (2006), la PTI serait particulièrement utile pour le traitement des problèmes de dépression réactionnelle et d'adaptation, vu qu'elle vise une meilleure manière de faire face à des événements. Par ailleurs, Stuart et Robertson (2003) sont en faveur de l'utilisation de la PTI pour le diagnostic du Trouble d'adaptation. Au-delà des indications générales pour une psychothérapie brève (bonne

motivation, capacité de former une alliance thérapeutique, force du moi suffisante et disposition psychologique), les éléments d'indication spécifiques à la PTI sont les suivants : un style d'attachement sécure, une communication cohérente, un lien reconnu par le patient entre un domaine problématique (événement) et la dépression, et un réseau social adéquat.

Un autre critère découle des résultats de l'étude du NIMH « Treatment of Depression Collaborative Research Program » (TDCRP) (Sotzky et al., 1991). Les données suggèrent qu'un bon fonctionnement social, comme la présence d'un réseau de soutien adéquat, est prédicteur d'une bonne réponse à la PTI.

Quant à l'impact du style d'attachement, aspect important dans la PTI, les données empiriques (quoique limitées) suggèrent qu'un style d'attachement sécure favorise une bonne réponse aux traitements psychothérapeutiques (Daniel, 2006). Le style d'attachement du thérapeute semble aussi jouer un rôle, au moins aussi important (Bruck et al., 2006). Comment la PTI traite-t-elle l'attachement ? L'une des tactiques clé de la PTI, c'est-à-dire l'inventaire interpersonnel, permet au thérapeute de mieux cerner le style d'attachement d'un patient. Lors d'un attachement insécure, il importe d'ajuster les attentes par rapport aux résultats de la thérapie et de moduler l'attention portée à l'alliance thérapeutique, alliance habituellement plus fragile lors du traitement de patients avec un style d'attachement évitant. Par ailleurs, une recherche récente évaluant l'importance de l'attachement comme modérateur du résultat dans le traitement de la dépression par PTI et TCC (McBride et al., 2006) a montré une plus grande réduction des symptômes de dépression pour les patients avec évitement de l'attachement traités par TCC comparé à ceux traités par PTI, même après contrôle pour les traits de personnalité « obsessif-compulsif » et « évitant ». Ce résultat est expliqué de la façon suivante : l'évitement impliquerait une tentative de désactiver les besoins d'attachement et de nier l'importance de relations proches. Des personnes évitantes valoriseraient davantage la cognition que les émotions, recherchant la « vérité » dans la cohérence logique. Le focus explicite de la PTI serait moins adéquat pour des personnes évitantes : cette approche, en mettant l'accent sur les relations interpersonnelles, pourrait être trop menaçante pour des gens qui tentent de restreindre l'importance des liens interpersonnels. Cependant, comme Eagle (2006) l'a souligné, on peut se demander si la TCC a mieux réussi à cause d'un renforcement de la tendance des patients évitants à mettre l'accent sur la cohérence logique ? Ces patients souffriraient d'une DM ce qui suggère que leurs stratégies d'évitement pour régulariser leurs

émotions ne fonctionnaient pas bien. La TCC n'aurait-elle pas dû mettre en question le système cognitif qui diminue l'importance des relations et des besoins d'attachement? La TCC aurait-elle pu contribuer à renforcer des défenses qui étaient affaiblies ou n'aurait pas menacé ces dernières? Selon Eagle, le fait qu'il n'y avait pas de réduction dans l'évitement de l'attachement semble soutenir cette hypothèse. Cette recherche, et les interrogations en découlant, soulève la question dans quelle mesure le choix d'une approche thérapeutique court terme devrait être guidé, en premier lieu, par le respect des défenses.

D'autres données de l'étude du NIMH (TDCRP) ont démontré l'importance du perfectionnisme, un trait de personnalité, qui représente également un facteur de vulnérabilité à la dépression. Les patients plus perfectionnistes semblent avoir des difficultés à établir une bonne alliance thérapeutique au cours du traitement (Zuroff et al., 2000); le « perfectionnisme » semble affecter les capacités relationnelles, car il est associé à un réseau social plus limité, fait qui prédit un moins bon résultat thérapeutique (Shahar et al., 2003). Comme l'impact négatif du perfectionnisme s'est manifesté dans les quatre approches offertes dans cette étude (PTI, TCC, pharmacothérapie avec CM, placebo avec CM) la réponse au traitement semble davantage influencée par l'impact des caractéristiques des patients sur la qualité des relations interpersonnelles (dans le traitement et dans leur vie) que par des techniques thérapeutiques spécifiques.

Les effets similaires des diverses psychothérapies sont expliqués par l'importance des facteurs communs. Par exemple les facteurs reliés au patient; à la relation; au placebo, à l'espoir et aux facteurs liés aux attentes et des facteurs techniques. Les facteurs reliés au patient auraient l'impact le plus important, car 40 % de la variance des effets d'une psychothérapie seraient reliés aux caractéristiques du patient, comme la motivation et les capacités relationnelles (Joyce et al., 2006). Vu que les psychothérapies manualisées sont essentiellement évaluées dans des essais cliniques randomisés qui mettent l'accent sur les résultats, notamment la diminution des symptômes, il est difficile de préciser les processus spécifiques à une approche, et de déterminer les critères d'indication. Par ailleurs, Markowitz et al. (2006) ont récemment entrepris de mieux cerner les mécanismes de changement spécifique à la PTI. Pour ce faire, ils ont développé un nouvel instrument (Interpersonal Psychotherapy Outcome Scale — IPOS) qui permettrait de tester l'axiome théorique de la PTI, à savoir le lien entre l'amélioration des symptômes et la résolution des problèmes dans un domaine interpersonnel donné. Les résultats de l'étude pilote semblent soutenir l'hypothèse de départ.

Finalement, la problématique de l'indication au traitement PTI devrait inclure l'aspect culturel de tout traitement.

Références

- AGRAS, W. S., WALSH, T., FAIRBURN, C. G., WILSON, G. T., KRAEMER, H. C., 2000, A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa, *Archives of General Psychiatry*, 57, 5, 459-466.
- ANGUS, L., GILLIES, L. A., 1994, Counseling the borderline client: An interpersonal approach, *Canadian Journal of Counselling/Revue canadienne de counseling*, 28, 69-82.
- BELLINO, S., ZIZZA, M., RINALDI, C., BOGETTO, F., 2006, Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy, *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 7, 453-460.
- BERTERA, E. M., 2005, Mental health in U.S. adults: The role of positive social networks and social negativity in personal relationships, *Journal of Social and Personal Relationship*, 22, 33-48.
- BLEIBERG, K. L., MARKOWITZ, J. C., 2005, A pilot study of interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder, *American Journal of Psychiatry*, 162, 1, 181-183.
- BOLTON, P., BASS, J., NEUGEBAUER, R., VERDELI, H., CLOUGHERTY, K. F., WICKRAMARATNE, P., SPEELMAN, L., NDOGONI, L., WEISSMAN, M., 2003, Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial, *Jama*, 289, 23, 3117-3124.
- BOWLBY, J., 1969, *Attachment*, Basic Books, New York.
- BRUCK, E., WINSTON, A., ADERHOLT, S., MURAN, J. C., 2006, Predictive validity of patient and therapist attachment and introject styles, *American Journal of Psychotherapy*, 60, 4, 393-406.
- CARON, J., GUAY, S., 2005a, Le soutien social peut-il reprendre sa juste place dans la problématique de la santé mentale?, *Santé mentale au Québec*, 30, 1, 7-13.
- CARON, J., GUAY, S., 2005b, Soutien social et santé mentale: concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens, *Santé mentale au Québec*, 30, 2, 15-41.
- CARROLL, K. M., ROUNSAVILLE, B. J., GAWIN, F. H., 1991, A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention

- and interpersonal psychotherapy, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 3, 229-247.
- CLOUGHERTY, K. F., VERDELLI, H., MUFSON, L. A., YOUNG, J. F., 2006, Interpersonal psychotherapy: effectiveness trials in Uganda and New York City, *Psychiatric Annals*, 36, 8, 566-572.
- CYRANOWSKI, J. M., FRANK, E., SHEAR, M. K., SWARTZ, H., FAGIOLINI, A., SCOTT, J., KUPFER, D. J., 2005, Interpersonal psychotherapy for depression with panic spectrum symptoms: a pilot study, *Depression and Anxiety*, 21, 3, 140-142.
- DANIEL, S. I., 2006, Adult attachment patterns and individual psychotherapy: a review, *Clinical and Psychological Review*, 26, 8, 968-984.
- DONNELLY, J. M., KORNBILTH, A. B., FLEISHMAN, S., ZUCKERMAN, E., RAPTIS, G., HUDIS, C.A., HAMILTON, N., PAYNE, D., MASSIE, M. J., NORTON, L., HOLLAND, J. C., 2000, A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners, *Psychooncology*, 9, 1, 44-56.
- EAGLE, M. N., 2006, Attachment, psychotherapy and assessment: a commentary, *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 74, 6, 1086-1097.
- ELKIN, I., SHEA, M. T., WATKINS, J. T., IMBER, S. D., SOTSKY, S. M., COLLINS, J. F., GLASS, D. R., PILKONIS, P. A., LEBER, W. R., DOCHERTY, J. P., 1989, National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, General Effectiveness of Treatments, *Archives of General Psychiatry*, 46, 11, 971-982.
- FAIRBURN, C. G., JONES, R., PEVELER, R. C., HOPE, R. A., O'CONNOR, M., 1993, Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy, *Archives of General Psychiatry*, 50, 6, 419-428.
- FRANK, E., KUPFER, D. J., PEREL, J. M., CORNES, C., JARRETT, D. B., MALLINGER, A. G., THASE, M. E., MCEACHRAN, A. B., GROCHOCINSKI, V. J., 1990, Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression, *Archives of General Psychiatry*, 47, 12, 1093-1099.
- FRANK, E., 2005, *Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy*, Guilford Press, New York.
- FRANK, E., KUPFER, D. J., THASE, M. E., MALLINGER, A. G., SWARTZ, H. A., FAGIOLINI, A. M., GROCHOCINSKI, V., HOUCK, P., SCOTT, J., THOMPSON, W., MONK, T., 2005, Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder, *Archives of General Psychiatry*, 62, 9, 996-1004.

- GROTE, N. K., BLEDSOE, S. E., SWARTZ, H. A., FRANK, E., 2004, Culturally relevant psychotherapy for perinatal depression in low-income ob/gyn patients, *Clinical Social Work Journal*, 32, 3, 327-347.
- JOYCE, A. S., WOLFAARDT, U., SRIBNEY, C., AYLWIN, A. S., 2006, Psychotherapy research at the start of the 21st century: the persistence of the art versus science controversy, *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 13, 797-809.
- KIESLER, D. J., WATKINS, L. M. 1989, Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: a study of the relationship in psychotherapy, *Psychotherapy*, 26, 2, 183-194.
- LESPERANCE, F., FRASURE-SMITH, N., KOSZYCKI, D., LALIBERTE, M. A., VAN ZYL, L. T., BAKER, B., SWENSON, J. R., GHATAVI, K., ABRAMSON, B. L., DORIAN, P., GUERTIN, M. C., 2007, Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial, *Jama*, 297, 4, 367-379.
- LIPSITZ, J. D., GUR, M., MILLER, N. L., FORAND, N., VERMES, D., FYER, A. J., 2006, An open pilot study of interpersonal psychotherapy for panic disorder (IPT-PD), *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 194, 6, 440-445.
- LIPSITZ, J. D., MARKOWITZ, J. C., CHERRY, S., FYER, A. J., 1999, Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia, *American Journal of Psychiatry*, 156, 11, 1814-1816.
- LUTY, S. E., CARTER, J. D., MCKENZIE, J. M., RAE, A. M., FRAMPTON, C. M., MULDER, R. T., JOYCE, P. R., 2007, Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression, *British Journal of Psychiatry*, 190, 496-502.
- MACKENZIE, K. R., GRABOVAC, A. D., 2001, Interpersonal psychotherapy group (IPT-G) for depression, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 1, 46-51.
- MARKOWITZ, J. C., 1998, *Interpersonal Psychotherapy for Dysthymic Disorder*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- MARKOWITZ, J. C., KOCSIS, J. H., FISHMAN, B., SPIELMAN, L. A., JACOBSBERG, L. B., FRANCES, A. J., KLERMAN, G. L., PERRY, S. W., 1998, Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients, *Archives of General Psychiatry*, 55, 5, 452-457.
- MARKOWITZ, J. C., KOCSIS, J. H., BLEIBERG, K. L., CHRISTOS, P. J., SACKS, M., 2005, A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for "pure" dysthymic patients, *Journal of Affective Disorders*, 89, 1-3, 167-175.

- MARKOWITZ, J. C., BLEIBERG, K. L., CHRISTOS, P., LEVITAN, E., 2006, Solving interpersonal problems correlates with symptom improvement in interpersonal psychotherapy, *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 194, 1, 15-20.
- MARKOWITZ, J. C., 2006, Adaptations of interpersonal psychotherapy, *Psychiatric Annals*, 36, 8, 559-564.
- MARKOWITZ, J. C., SKODOL, A. E., BLEIBERG, K., 2006, Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder: possible mechanisms of change, *Journal of Clinical Psychology*, 62, 4, 431-444.
- MCBRIDE, C., ATKINSON, L., QUILTY, L. C., BAGBY, R. M., 2006, Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: a randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy, *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 74, 6, 1041-1054.
- MCINTOSH, V. V., JORDAN, J., CARTER, F. A., LUTY, S. E., MCKENZIE, J. M., BULIK, C. M., FRAMPTON, C. M., JOYCE, P. R., 2005, Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial, *American Journal of Psychiatry*, 162, 4, 741-747.
- MILLER, L., WEISSMAN, M., 2002, Interpersonal psychotherapy delivered over the telephone to recurrent depressives. A pilot study, *Depression and Anxiety*, 16, 3, 114-117.
- MUFSON, L., WEISSMAN, M. M., MOREAU, D., GARFINKEL, R., 1999, Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents, *Archives of General Psychiatry*, 56, 6, 573-579.
- MUFSON, L., DORTA, K. P., WICKRAMARATNE, P., NOMURA, Y., OLDFSON, M., WEISSMAN, M. M., 2004, A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents, *Archives of General Psychiatry*, 61, 6, 577-584.
- MUFSON, L., GALLAGHER, T., DORTA, K. P., YOUNG, J. F., 2004, A group adaptation of Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents, *American Journal of Psychotherapy*, 58, 2, 220-237.
- MUFSON, L., DORTA, K. P., MOREAU, D., M., W. M., 2004, *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents* (2nd ed.), Guilford Press, New York.
- NEUGEBAUER, R., KLINE, J., MARKOWITZ, J. C., BLEIBERG, K. L., BAXI, L., ROSING, M. A., LEVIN, B., KEITH, J., 2006, Pilot randomized controlled trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage, *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 8, 1299-1304.

- O'HARA, M. W., STUART, S., GORMAN, L. L., WENZEL, A., 2000, Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression, *Archives of General Psychiatry*, 57, 11, 1039-1045.
- PARKER, G., PARKER, I., BROTCHE, H., STUART, S., 2006, Interpersonal psychotherapy for depression? The need to define its ecological niche, *Journal of Affective Disorders*, 95, 1-3, 1-11.
- REAY, R., FISHER, Y., ROBERTSON, M., ADAMS, E., OWEN, C., KUMAR, R., 2006, Group interpersonal psychotherapy for postnatal depression: a pilot study, *Archives of Women's Mental Health*, 9, 1, 31-39.
- REAY, R., MULCAHY, R., 2006, Group interpersonal psychotherapy (IPT-G) for postnatal depression: a randomised controlled trial, présentation, *Second International Conference on Interpersonal Psychotherapy: Extending the Reach of IPT*, november 14th, Toronto.
- REYNOLDS, C. F., FRANK, E., PEREL, J. M., IMBER, S. D., CORNES, C., MILLER, M. D., MAZUMDAR, S., HOUCK, P. R., DEW, M. A., STACK, J. A., POLLOCK, B. G., KUPFER, D. J., 1999, Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years, *Jama*, 281, 1, 39-45.
- ROBERTSON, M., RUSHTON, P. J., BARTRUM, D., RAY, R., 2004, Group-based interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder: theoretical and clinical aspects, *International Journal of Group Psychotherapy*, 54, 2, 145-175.
- ROSSELLO, J., BERNAL, G., 1999, The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents, *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 67, 5, 734-745.
- ROUNSAVILLE, B. J., GLAZER, W., WILBER, C. H., WEISSMAN, M. M., KLEBER, H. D., 1983, Short-term interpersonal psychotherapy in methadone-maintained opiate addicts, *Archives of General Psychiatry*, 40, 6, 629-636.
- SCHRAMM, E., VAN CALKER, D., BERGER, M., 2004, Efficacy and therapeutic factors of interpersonal psychotherapy for depressed inpatients — results of a pilot study, *Psychosomatic Medicine, Psychotherapy and Medical Psychology*, 54, 2, 65-72.
- SCHULBERG, H. C., BLOCK, M. R., MADONIA, M. J., SCOTT, C. P., RODRIGUEZ, E., IMBER, S. D., PEREL, J., LAVE, J., HOUCK, P. R., COULEHAN, J. L., 1996, Treating major depression in primary care practice, Eight-month clinical outcomes, *Archives of General Psychiatry*, 53, 10, 913-919.
- SCOCCO, P., DE LEO, D., FRANK, E., 2002, Is interpersonal psychotherapy in group format a therapeutic option in late-life depression? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 68-75.

- SHAHAR, G., BLATT, S. J., ZUROFF, D. C., PILKONIS, P. A., 2003, Role of perfectionism and personality disorder features in response to brief treatment for depression, *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 71, 3, 629-633.
- SOTSKY, S. M., GLASS, D. R., SHEA, M. T., PILKONIS, P. A., COLLINS, J. F., ELKIN, I., WATKINS, J. T., IMBER, S. D., LEBER, W. R., MOYER, J., 1991, Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy : findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program, *American Journal of Psychiatry*, 148, 8, 997-1008.
- STUART, S., ROBERTSON, M., 2003, *Interpersonal Psychotherapy, A Clinician's Guide*, Arnold, London.
- STUART, S., NOYES JR., R., 2005, Treating hypochondriasis with interpersonal psychotherapy, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 3, 269-283.
- STUART, S., ROBERTSON, M., O'HARA, M. W., 2006, The future of interpersonal psychotherapy, *Psychiatric Annals*, 36, 8, 578-588.
- SWARTZ, H. A., FRANK, E., SHEAR, M. K., THASE, M. E., FLEMING, M. A., SCOTT, J., 2004, A pilot study of brief interpersonal psychotherapy for depression among women, *Psychiatric Services*, 55, 4, 448-450.
- VERDELI, H., CLOUGHERTY, K., BOLTON, P., SPEELMAN, L., LINCOLN, N., BASS, J., NEUGEBAUER, R., WEISSMAN, M. M., 2003, Adapting group interpersonal psychotherapy for a developing country : experience in rural Uganda, *World Psychiatry*, 2, 2, 114-120.
- WAMPOLD, B. E., MINAMI, T., TIERNEY, S. C., BASKIN, T. W., BHATI, K. S., 2005, The placebo is powerful : estimating placebo effects in medicine and psychotherapy from randomized clinical trials, *Journal of Clinical Psychology*, 61, 7, 835-854.
- WEISSMAN, M. M., MARKOWITZ, J. C., KLERMAN, G. L., 2000, *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, Basic Books, New York.
- WEISSMAN, M. M., 2007, Cognitive therapy and interpersonal psychotherapy : 30 years later, *American Journal of Psychiatry*, 164, 5, 693-696.
- WILFLEY, D. E., AGRAS, W. S., TELCH, C. F., ROSSITER, E. M., SCHNEIDER, J. A., COLE, A. G., SIFFORD, L. A., RAEBURN, S. D., 1993, Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual : a controlled comparison, *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 61, 2, 296-305.
- WILFLEY, D. E., FRANK, M. A., WELCH, R., SPURRELL, E. B., ROUNSAVILLE, B. J., 1998, Adapting interpersonal psychotherapy to a group format (G-IPT)

for binge eating disorder: toward a model for adapting empirically supported treatments, *Psychotherapy Research*, 8, 4, 379-391.

WILFLEY, D. E., ROY MACKENZIE, K., ROBINSON WELCH, R., AYRES, V. E., WEISSMAN, M. M., 2000, *Interpersonal Psychotherapy for Group*, 1st ed., Basic Books, New York.

WILFLEY, D. E., WELCH, R. R., STEIN, R. I., SPURRELL, E. B., COHEN, L. R., SAELENS, B. E., DOUNCHIS, J. Z., FRANK, M. A., WISEMAN, C. V., MATT, G. E., 2002, A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder, *Archives of General Psychiatry*, 59, 8, 713-721.

YOUNG, J. F., MUFSON, L., DAVIES, M., 2006, Impact of comorbid anxiety in an effectiveness study of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents, *Journal of American and Academic Child Adolescent Psychiatry*, 45, 8, 904-912.

ZUROFF, D. C., BLATT, S. J., SOTSKY, S. M., KRUPNICK, J. L., MARTIN, D. J., SANISLOW, C.A., 3RD, SIMMENS, S., 2000, Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression, *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 68, 1, 114-124.