

Article

« Psychothérapie interpersonnelle de groupe : une revue de littérature »

Paolo Scocco et Elena Toffol

Santé mentale au Québec, vol. 33, n° 2, 2008, p. 105-131.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/019671ar>

DOI: 10.7202/019671ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Psychothérapie interpersonnelle de groupe : une revue de littérature

Paolo Scocco*

Elena Toffol**

La psychothérapie interpersonnelle (PTI) a d'abord été conçue en tant qu'approche psychothérapeutique pour traiter la dépression, mais on l'a depuis largement utilisée pour traiter plusieurs autres pathologies. Récemment, on a aussi adapté la PTI à un format de groupe, qui comporte à la fois les avantages et les désavantages des autres psychothérapies de groupe. Utilisée pour la première fois par Wilfley et ses collègues, cette adaptation garde les principales caractéristiques de la PTI, c'est-à-dire le rôle central de l'axe interpersonnel et l'identification d'un (ou de deux) des quatre domaines interpersonnels problématiques (le deuil pathologique, la transition de rôle, les conflits de rôles et les déficits interpersonnels). L'adaptation conserve aussi le rôle actif du thérapeute et du patient individuel au sein du groupe. À ce jour, la psychothérapie interpersonnelle adaptée aux groupes (PTI-G) a servi à traiter plusieurs pathologies (les Troubles des conduites alimentaires non spécifiques, la boulimie, les troubles dépressifs et les troubles de stress post-traumatique [TSPT]) et ce, auprès de plusieurs populations (adolescents, aînés, femmes enceintes ou « nouvelles mères », femmes toxicomanes incarcérées). Bien que la qualité générale des études sur les résultats soit à ce jour plutôt pauvre, l'examen de l'état actuel des connaissances indique que la PTI-G peut s'avérer utile et qu'elle peut présenter un certain nombre d'avantages dans le traitement de divers troubles psychiatriques auprès de plusieurs populations de patients.

La PTI constitue une approche psychothérapeutique circonscrite dans le temps, à l'origine élaborée par Klerman et ses collègues pour traiter la dépression. L'importance des antécédents interpersonnels en psychiatrie a été pour la première fois proposée par Sullivan (1953) : il croyait que l'on ne peut pas comprendre les gens en dehors de leurs relations interpersonnelles. Par conséquent, les déficits et les problèmes interpersonnels pourraient agir à la fois comme cause et comme conséquence d'une psychopathologie ; par exemple, les principaux symptômes de la dépression se développent au sein du milieu social interpersonnel du patient et ils agissent sur ce milieu. En retour, les résultats et les effets du traitement sont liés aux relations interpersonnelles elles-mêmes.

* Psychiatre et psychothérapeute, Clinique psychiatrique, Département de santé mentale, Padua, Italie.

** Psychiatre en résidence, Département des neurosciences, Université de Padua, Italie.

Étant donné que la PTI est une thérapie circonscrite dans le temps, elle ne travaille pas sur la personnalité du patient et ne la change pas ; elle agit plutôt sur les symptômes et sur les relations sociales et interpersonnelles des patients déprimés, proposant de nouvelles habiletés sociales et interpersonnelles qui pourraient compenser les déficits de la personnalité.

L'approche de la PTI cerne quatre domaines où se situent les problèmes des patients et les visées thérapeutiques : le deuil pathologique, les conflits de rôles, la transition de rôle et les déficits interpersonnels. La PTI met surtout l'accent sur l'«ici et maintenant» de l'expérience relationnelle et non sur la relation patient-thérapeute. Son objectif premier est de cibler les problèmes interpersonnels des patients, afin de les aider à se rétablir d'épisodes aigus et de prévenir les rechutes et les récurrences (Weissman et al., 2000).

La PTI est dispensée en trois phases. Au cours des trois premières séances (phase initiale), la dyade thérapeutique se penche sur le lien entre les symptômes et l'un des quatre domaines interpersonnels problématiques ; ainsi, on procède à une évaluation diagnostique et à la reconstruction des antécédents psychiatriques, y compris un « inventaire interpersonnel » (c'est-à-dire l'examen des relations interpersonnelles actuelles du patient). Dans la phase intermédiaire (les séances 4 à 12), on travaille directement sur le problème interpersonnel repéré, alors qu'à la « phase finale » (les séances 13 à 15), le thérapeute et le patient parlent de la manière dont ils envisagent la fin du processus thérapeutique, passent en revue les progrès et élaborent les principales stratégies pour conserver l'amélioration et prévenir les récurrences.

Depuis les années 1970, on a largement eu recours à la PTI dans des contextes psychothérapeutiques individuels. Bien qu'elle ne puisse être considérée comme une « thérapie universelle », la PTI semble particulièrement utile auprès de patients dont les symptômes sont le corrélat de stressors psychosociaux aigus (Parker et al., 2006). La PTI a démontré son efficacité dans le traitement de cas non psychotiques de la dépression majeure (Elkin et al., 1989), de la dépression récurrente (Frank et al., 1990), et du trouble bipolaire (Swartz et al., 2001 ; Frank et al., 2005). Elle a par la suite été modifiée pour traiter la boulimie (Fairburn et al., 1991 ; Agras et al., 2000), les troubles des conduites alimentaires non spécifiques (autrefois aussi appelés hyperphagie) (Wilfley et al., 1993), ainsi que de plusieurs autres troubles psychiatriques ou formes de détresse psychologique (Scocco et al., 2002).

La PTI a par la suite été adaptée à diverses populations et environnements, dont l'un des plus intéressants est le contexte du groupe.

Dans cet article, on tentera de décrire l'origine et le développement de la PTI dans un environnement de groupe (PTI-G) et de passer en revue la littérature scientifique, afin d'analyser ses champs d'application, tout en soulignant ses avantages et ses désavantages en regard des connaissances actuelles. Nous avons effectué une recherche systématique dans PubMed et PsychINFO à l'aide de l'appel de recherche « psychothérapie interpersonnelle de groupe » sur les études publiées jusqu'en 2007 ; en choisissant les documents à retenir, nous avons accordé la priorité aux études qui comptent un groupe de contrôle.

La psychothérapie interpersonnelle de groupe (PTI-G) : origine et développement

La thérapie de groupe a été introduite dans les années 1940. Depuis, les débats n'ont cessé sur ses avantages cliniques et pratiques (par exemple au niveau de ses coûts), qui permettent à un plus grand nombre de patients de bénéficier d'une psychothérapie qui serait autrement impossible.

Yalom (1995) a procédé à une revue de la littérature et a élaboré une théorie de la psychothérapie de groupe qui décrit les facteurs communs dans l'approche de groupe : inculcation d'espoir ; universalité ; transmission d'information ; altruisme ; récapitulation correctrice du premier groupe familial ; développement de techniques de socialisation ; comportement d'imitation ; apprentissage interpersonnel ; cohésion du groupe ; catharsis et facteurs existentiels. Certains de ces facteurs sont très fréquents dans toutes les approches de groupe, d'autres sont propres à l'approche interpersonnelle ou lui conviennent particulièrement bien. L'espoir est inculqué par le thérapeute lui-même et par l'existence même du groupe, au sein duquel les patients peuvent entrer en contact avec les autres patients à divers stades de leur maladie, c'est-à-dire avec des personnes se trouvant à différents niveaux d'amélioration. Ceci donne aux patients un modèle (« la manière dont j'étais, dont je suis, que je serai ») quant à l'évolution du trouble (Scocco et al., 2002). Au sein du groupe, le patient peut se rendre compte qu'il n'est pas le seul à vivre ce genre de problème. Les patients peuvent aussi apprendre directement des informations du thérapeute, indirectement des conseils des autres membres, ainsi qu'en imitant les thérapeutes et les membres du groupe. Ils peuvent aussi apprendre à aider d'autres personnes qui vivent des problèmes semblables, ce qui semble aussi promouvoir la guérison. Ce qui est particulièrement utile dans l'approche interpersonnelle, c'est le développement de techniques de socialisation, l'apprentissage interpersonnel, la cohésion du groupe et, surtout quand les conflits de rôles

constituent le principal domaine interpersonnel problématique, la révision correctrice des difficultés interpersonnelles externes.

Le groupe en lui-même constitue aussi un environnement interpersonnel qui aide à réduire l'isolement social des patients et à résoudre leurs problèmes relationnels, étant donné ses caractéristiques d'apprentissage interpersonnel et de cohésion (Yalom, 1995). L'objectif thérapeutique des patients change à mesure que le processus thérapeutique avance : alors, qu'au début, les patients recherchent habituellement le soulagement de leurs symptômes, ils cherchent par la suite à apprendre des habiletés interpersonnelles, par exemple à communiquer avec les autres (Yalom, 1995). Le groupe lui-même devient un « microcosme social » où les membres commencent à être eux-mêmes et le groupe finit par prendre la couleur des caractéristiques sociales et interpersonnelles du milieu de vie habituel de ses membres. Par conséquent, les patients peuvent agir au sein du groupe sans se sentir embarrassés, y recréant et y affichant leur pathologie. Non seulement les patients affichent leurs comportements habituels au sein du groupe, ils en prennent aussi conscience et peuvent en mesurer l'impact sur les autres. Ils peuvent aussi comprendre quoi changer et comment le changer et apprécier les résultats de tout changement. Ainsi, ils sont en mesure d'acquérir des habiletés interpersonnelles qui peuvent ensuite être transférées à leur vie sociale et à leurs relations à l'extérieur du groupe (Wilfley et al., 2000). L'enseignement interpersonnel peut être plus ou moins explicite. Il s'agit d'un facteur thérapeutique fondamental de la PTI de groupe, mais il est aussi en action dans la plupart des autres psychothérapies de groupe. Les membres peuvent aussi acquérir des habiletés sociales plus sophistiquées qui seront sans contredit bénéfiques à leurs relations sociales futures.

Wilfley et ses collègues ont été les premiers à utiliser la PTI dans un format de groupe en 1993 pour traiter les troubles alimentaires non spécifiques. À leur premier essai, ils ont comparé les effets des psychothérapies de groupe — la thérapie cognitive comportementale (TCC) et la PTI — à une liste d'attente de contrôle. Étant donné que cet essai a donné des résultats prometteurs en post-traitement pour les deux techniques de groupe (Wilfley et al., 1993), comparables aux résultats de la TCC et de la PTI individuelle dans le traitement des troubles boulimiques (Fairburn et al., 1991), les auteurs sont passés à l'étape de la validation de cette adaptation.

Wilfley et ses collègues (1993) ont reconnu certaines failles de ce premier processus d'adaptation, basé sur des données empiriques, de deux traitements individuels (la TCC et la PTI) développés à l'origine

pour traiter la dépression majeure, à un format de groupe pour les troubles alimentaires non spécifiques (c'est-à-dire passer d'une modalité thérapeutique à une autre et d'un trouble psychiatrique à un autre). Ils ont dû reconnaître que les résultats étaient plutôt mitigés après six mois et au suivi après un an. Dans les essais qui ont suivi, ils ont cherché à définir, dans un format manualisé, certaines lignes directrices détaillées et précises afin d'adapter la PTI à une PTI de groupe (Wilfley et al., 1998 ; 2000). D'autres auteurs ont souligné qu'il est très difficile de transposer une thérapie individuelle à un format de groupe, ce qui entraîne des effets moindres (Fettes et Peters, 1992).

Selon Wilfley et ses collègues (1998, 2000), les principales étapes du processus d'adaptation à différentes modalités devraient être les suivantes :

- Conserver les processus de changement efficaces.
- Conserver les stratégies particulières nécessaires pour assurer les éléments actifs de la thérapie.
- Conserver le rôle du thérapeute et celui du patient.
- Se servir des techniques de la PTI individuelle dans un format de groupe.
- Cerner un processus de groupe.

Conserver les processus de changement efficaces

Ceci exige de repérer les « ingrédients actifs » du traitement (individuel) particulier. Dans le cas de la PTI, ces derniers n'ont pas encore été formellement circonscrits (Scocco, 2006), mais on présume qu'ils découlent de l'approche thérapeutique dirigée vers les questions interpersonnelles elles-mêmes. Ainsi, dans l'environnement de groupe, il est important de porter une attention particulière aux domaines interpersonnels problématiques de chacun des patients.

Conserver les stratégies particulières nécessaires pour assurer les éléments actifs de la thérapie, avec seulement de minimes modifications

En PTI, on peut y arriver en assurant des rencontres individuelles avant la création du groupe, à mi-terme et en post-traitement, c'est-à-dire aux moments critiques des trois phases de la PTI individuelle. Au cours de la rencontre individuelle préalable à la formation du groupe, le thérapeute cherche à repérer le domaine interpersonnel problématique, à créer une alliance avec le patient et à le préparer à un contexte de groupe. Entre autres outils utiles, notons les résumés écrits des objectifs

de chacun des patients, afin que ces derniers prennent pleinement conscience de leurs objectifs et qu'ils puissent constater un feedback progressif. Enfin, les thérapeutes rédigent des résumés après chaque séance pour chacun des membres du groupe, afin de rendre compte de la thématique de chaque séance et de ses progrès.

Conserver le rôle du thérapeute et celui du patient

Comme dans le contexte individuel, le thérapeute joue au sein de la PTI-G un rôle actif ; il n'est pas neutre et il assume un rôle de soutien et d'espoir, tout en encourageant, le patient à assumer certaines responsabilités face à la thérapie. Surtout, dans un environnement de groupe, le thérapeute doit inciter les patients à interagir entre eux.

Se servir des techniques de la PTI individuelle dans un format de groupe

La clarification de l'affect et son encouragement, l'amélioration des habiletés de communication, la réassurance et d'autres techniques favorisant le développement interpersonnel ont été incorporées au cadre semi-structuré d'apprentissage interpersonnel intra-groupe, ce qui favorise la communication libre et directe entre les membres.

Cerner un processus de groupe

Les trois phases de la PTI se traduisent dans la PTI-G par quatre étapes qui permettent la manifestation du développement du groupe (c'est-à-dire l'engagement, séances 1 et 2 ; la différenciation, les séances 3 à 5 ; le travail, les séances 6 à 5, et la fin du traitement, les séances 16 à 20).

Les techniques de la PTI-G

Rencontre pré-groupe

Cette rencontre est destinée à recueillir de l'information sur l'histoire récente du trouble psychiatrique, en mettant surtout l'accent sur les facteurs interpersonnels qui ont précipité ou suivi les épisodes antérieurs de la pathologie. La rencontre suppose aussi de prendre note des symptômes actuels et d'expliquer les caractéristiques du trouble psychiatrique et son pronostic. Un instrument utile à cette étape est la « fiche de renseignements » contenant l'information et les précisions relatives à la pathologie ainsi que les fondements du traitement (Wilfley et al., 2000). Le thérapeute et le patient parlent de la symptomatologie récente et de son contexte et remontent jusqu'au déclenchement du trouble. Cette démarche vise à établir le lien entre les symptômes et

certaines des difficultés interpersonnelles. Lors de cette première rencontre, le thérapeute devrait expliquer ce qu'est le traitement interpersonnel et comment il fonctionne. L'étape suivante consiste à poser un diagnostic, en parlant d'une pathologie précise et reconnue, et à attribuer au patient à la fois le « rôle de malade » et sa responsabilité d'œuvrer à son rétablissement. À cette phase, le thérapeute et le patient doivent, ensemble, cerner le domaine problématique et les objectifs visés (de préférence clairement associés à des personnes, des événements et des difficultés interpersonnelles). Un instrument, tel que l'échelle de classement des domaines interpersonnels problématiques en PTI (*IPT Problem Area Rating Scale*), peut aider à recueillir l'information nécessaire pour convenir d'un domaine problématique sur lequel le traitement mettra l'accent (Frank et al., 2003).

Il est important de cerner de petites étapes précises dans le processus de l'amélioration interpersonnelle. L'autre tâche principale de cette première rencontre consiste à préparer le patient au contexte du groupe, en mettant l'emphase sur son rôle de « laboratoire interpersonnel ». Le thérapeute peut en quelque sorte entrevoir le processus de groupe en abordant la première séance individuelle comme s'il s'agissait d'un « mini groupe », en laissant supposer, par exemple, comment le groupe pourrait réagir à un pattern relationnel particulier.

Phase initiale du groupe (les séances 1 à 5)

Le thérapeute doit être certain que les visées interpersonnelles sont maintenues tout au long des séances de groupe, et que le groupe fonctionne vraiment en tant que groupe. À la première séance du groupe, le thérapeute doit faire naître une cohésion de groupe. Cela commence par la présentation des membres entre eux et par une explication du diagnostic, du processus de rétablissement et des techniques de la PTI. Lors de la deuxième séance, les membres du groupe devraient être en mesure de parler de leurs antécédents interpersonnels et comment ces derniers sont liés à leurs symptômes ; ils devraient aussi exprimer leurs sentiments en écoutant les expériences de vie des autres. Dans les séances 3 à 5, les patients continuent de circonscrire leurs objectifs et commencent à y travailler, donnant et recevant une rétroaction au sein du groupe. Après avoir reconnu et clairement compris leurs objectifs particuliers, les patients peuvent commencer à appliquer leurs objectifs à leur vie quotidienne et à faire part de leurs réussites et de leurs difficultés au groupe.

Phase intermédiaire du groupe (les séances 6 à 15)

Dans cette phase, les patients se pencheront de plus près sur les domaines problématiques qui leur sont propres, encore une fois à partir de la rétroaction du groupe. Ceci aide les patients à sentir qu'ils font partie d'un groupe qui est en changement.

Phase finale du groupe (les séances 16 à 20)

Les thèmes principaux à aborder dans cette phase sont la prise de conscience que la fin du traitement peut être vécue comme une perte, la reconnaissance du progrès de chacun des membres, une discussion quant à la possibilité de suivre un processus thérapeutique individuel et, si nécessaire, la demande d'aide future. La dernière étape consiste à se dire au revoir les uns aux autres, ainsi qu'au thérapeute.

Rencontre de suivi

Une rencontre individuelle après six mois sert à évaluer comment les patients fonctionnent et à les motiver à garder la responsabilité de leur propre rétablissement.

À ce jour, la PTI-G a servi à traiter plusieurs pathologies : les troubles alimentaires non spécifiques (Wifley et al., 2002) ; les troubles de stress post traumatique (Robertson et al., 2004) ; la dépression et des troubles similaires (Bolton et al., 2003 ; Levkovitz et al., 2000 ; MacKenzie et al., 2001) (tableau 1). La PTI-G a été adoptée auprès de populations particulières, telles que les adolescents (Mufson et al., 2004), les personnes âgées (Scocco et al., 2002) et les femmes en dépression post-partum (Zlotnik et al., 2001 ; Reay et al., 2005) (tableau 2).

Wifley et al. (2000) ont recommandé de ne pas s'en servir auprès de patients gravement dysfonctionnels qui ont des dépendances à la drogue ou à l'alcool, des comportements suicidaires inquiétants, une psychose aiguë, ou se montrant réticents ou étant incapables de collaborer avec le thérapeute. Malgré tout, une étude pilote non contrôlée a récemment démontré que la PTI-G peut aussi être utilisée auprès de femmes toxicomanes détenues qui ont des symptômes de dépression malgré leurs nombreuses comorbidités des axes I et II (Johnson et al., 2007).

En résumé

L'adaptation de la PTI à un contexte de groupe s'est développée au cours des quinze dernières années dans l'espoir de sauvegarder les avantages à la fois de la PTI individuelle et de l'environnement de

groupe. Cette approche thérapeutique a été adaptée et appliquée de différentes manières et ses champs d'application ne sont pas encore délimités, car plusieurs études toujours en cours restent à valider. Plusieurs travaux ont évalué la PTI-G dans divers types d'application ; il faudra une analyse documentaire du vaste corpus portant déjà sur ce sujet.

La PTI-G pour le traitement de troubles particuliers

Les troubles alimentaires

Les troubles alimentaires sont en général associés à une sensibilité interpersonnelle et à des relations sociales chroniquement insatisfaisantes. La PTI aide le patient à acquérir des habiletés pour développer des relations satisfaisantes et à adopter des stratégies autres que la nourriture pour composer avec ses difficultés interpersonnelles. Wilfley a trouvé que la PTI-G prenait plus de temps que la thérapie cognitivo-comportementale de groupe (TCC-G) pour réduire la boulimie. Toutefois, au suivi, les résultats du traitement étaient les mêmes pour le rétablissement, la diminution de la fréquence des épisodes boulimiques et une légère perte de poids (Wilfley et al., 2002).

Fairburn (1993) a soutenu que la PTI convenait mieux aux patients souffrant de boulimie (*Bulimia Nervosa*; BN) accompagnée d'impulsivité et d'instabilité de l'affect, alors que la TCC s'avérait plus appropriée pour les patients plus obsédés par les habitudes alimentaires, l'image corporelle et le poids (Hollon et al., 1987).

Nevonen et Broberg (2006) ont évalué l'efficacité d'une approche psychothérapique de groupe séquentielle (TCC-G suivie de PTI-G). Ils ont d'abord porté leur attention sur les symptômes et utilisé les techniques de la TCC, alors que la deuxième étape était axée sur les questions interpersonnelles à l'aide des techniques de la PTI. On a obtenu de meilleurs résultats auprès des patients ayant davantage de problèmes interpersonnels et des symptômes boulimiques moins graves (Nevonen et al., 2005).

Une autre approche du traitement de la boulimie est l'intégration de la TCC et de la PTI. L'idée était de s'attaquer à la fois aux mauvais comportements alimentaires, et aux antécédents interpersonnels et sociaux liés à la boulimie. Les patients ont découvert dans le groupe de nouvelles possibilités d'auto-exploration et d'autocorrection (Riess, 2002).

Le rôle des relations interpersonnelles est particulièrement pertinent chez les adolescents, mettant souvent en jeu des groupes de

Tableau 1
PTI-G pour des pathologies spécifiques

Références	Diagnostic	Échantillon	Design de l'étude
Wilfley et al., 2002	Troubles des conduites alimentaires non spécifiés	162 patients, âgés de 18 à 65 ans (F 135, M 27) 9 cohortes de 18 personnes pour former 2 groupes (PTI et TCC) de 9 participants chacun	Essai contrôlé randomisé (RCT) PTI-G versus TCC- G
Nevonen et al., 2006	Boulimie	82 patientes âgées entre 18 et 24 ans	Essai contrôlé randomisé (RCT) TCC + PTI versus TCC-G + PTI-G
Levkovitz et al., 2000	Dépression majeure	14 patients âgés de 28-65 ans (F 9, M 5) répondant à 7-9 semaines de traitement AD au cours de la phase aiguë	Essai contrôlé randomisé (RCT) PTI-G versus TU
MacKenzie et al., 2001	Dépression majeure	1 groupe composé de 8 participants	Étude de cas
Verdeli et al., 2003; Bolton et al., 2003; Bass et al., 2006	Dépression majeure	224 patients (F 116, M 108) 107 PTI- G, moyenne d'âge 47,6 (103 réévalués après 6 mois) des groupes unisexes de 5 à 8 participants (1 groupe par village) 117 Traitement usuel, âge moyen 45,4 (113 réévalués après 6 mois)	Essai contrôlé randomisé (RCT) PTI-G versus Traitement usuel
Hellerstein et al., 2001	Dysthymie	40 patients, âgés entre 21 et 65 ans (F 20, M 20); répondant à un traitement de 8 semaines de fluoxétine Groupes de 10	Essai contrôlé randomisé (RCT) Médication + TCC-G et PTI-G versus la médication seule
Brodie et al., 2004	Trouble bipolaire I-II	7 patients	Étude de cas
Robertson et al., 2007	Troubles de stress post-traumatique	13 patients âgés entre 37 et 74 ans (F 3, M 10)	Essai ouvert

Liste des abréviations :

AD: Antidépresseurs; ASQ: Attributional Style Questionnaire; ASQ-CONEG: Composite Negative Subscale ASQ; BDI: Beck Depression Inventory; BMI: Body Mass Index; CDRS: Cornell Dysthymia Rating Scale; CGI: Clinical Global Impression; EDE: Eating Disorder Examination; EDI-2: Eating Disorders Inventory-2; GAF: Global Assessment of Functioning Scale; GHQ-28: General Health Questionnaire; HAM-D: Hamilton Depression Rating Scale; HoNOS: Health of the Nation Outcome Scale; HSC: Hopkins Symptom Checklist; IES-R: Impact of Events Scale-Revised; IIP: Inventory of Interpersonal Problems; LOT: Life

Séances	Suivi	Résultats	Conclusions
20 séances de 90 minutes de TCC- G ou de PTI-G + 3 séances individuelles	4, 8 et 12 mois	EDE SCID SCL-90 (BMI) RSEQ IIP SAS	PTI-G et TCC-G plus long avec la PTI
23 séances de groupe de 2 heures (2 fois/semaine les 3 premières semaines — 1fois/semaine ensuite). 23 séances individuelles hebdomadaires d'une durée de 50 – 60 minutes. À chaque semestre, un maximum de 8 participants était traité en groupe et 8 séances individuelles.	1 et 2,5 ans	RAB-R EDI-2 IIP SCL-90 BDI (BMI)	TCC + PTI > TCC-G + PTI-G
18 séances hebdomadaires de 90 minutes	3 mois, 6 mois	HAM-D CGI	PTI- G > TU à mi-traitement, post-traitement et au suivi Taux de rétablissement : 86 % versus 29 %
14 séances de 90 minutes + une rencontre individuelle préliminaire	4 mois	BDI IIP	amélioration de l'état de 5 des 8 participants
16 séances hebdomadaires de 90 minutes	2 semaines, 6 mois	HSC questionnaire spécifiquement axé sur la sexualité comportant 9 items pour évaluer fonctionnement	PTI-G > Traitement usuel à la fin et au suivi de 6 mois
16 séances hebdomadaires de 90 minutes	3 mois	SCID I e II HAM-D CDRS BDI IIP LOT ASQ ASQ-CONEG GAF CGI-I SWLS	Médication + TCC-G et PTI-G > médication seule à la fin. Résultats non maintenus après 3 mois
12 séances de 90 minutes ; 6 séances sur une base mensuelle en post-traitement	6 mois		amélioration de la symptomatologie chez 6 des 7 patients ; hospitalisation plus brève pour le patient en rechute
9 séances de groupe de 90 à 120 minutes	3 mois	IES-R GHQ-28 HoNOS Échelle de mesure de l'humeur (Mood Rating Scale)	bénéfices symptomatiques modestes ; amélioration du fonctionnement social, bien-être psychologique général et fonctionnement interpersonnel

Orientation Test ; PTI: psychothérapie interpersonnelle; PTI-G: psychothérapie interpersonnelle de groupe ; RAB-R: Rating for Anorexia and Bulimia Interview-Revised; RCT: Randomised Controlled Trial (essai contrôlé randomisé); RSEQ: Rosenberg Self-Esteem Questionnaire; SAS: Social Adjustment Scale; SCID: Structured Clinical Interview for DSM; SCL-90: Symptom Check List-90; SWLS: Satisfaction with Life Scale; TCC: thérapie cognitivo-comportementale; TCC-G: thérapie cognitivo-comportementale de groupe; TU: traitement usuel.

pairs. De plus, les adolescents vivent souvent des situations typiques abordées en PTI, tels que les transitions de rôles, la solitude et l'isolement.

Goodman et al. (2004) ont mis sur pied pour des adolescents atteints de boulimie, un groupe de PTI qui s'est caractérisé par l'administration de l'inventaire interpersonnel directement à la phase initiale du groupe, un accent sur la cohésion et l'utilisation du groupe comme « laboratoire interpersonnel ».

Les troubles de l'humeur

Récemment, la PTI-G a été proposée pour le traitement de la dépression majeure. Levkovitz et ses collègues (2000) ont mené un essai aléatoire contrôlé auprès de patients répondant bien au traitement psychopharmacologique au cours de la phase aiguë. Les patients traités à l'aide de la PTI-G ont manifesté une amélioration plus marquée de leurs symptômes comparativement au traitement standard (rencontres de suivi et traitement aux antidépresseurs ; traitement habituel — TH), l'amélioration s'accroissant au fil du temps (taux de rétablissement de 86 % contre 29 %).

MacKenzie et Grabovac ont effectué une étude auprès d'un groupe de huit personnes. Cinq patients ont connu une amélioration ; des résultats moins satisfaisants ont été observés chez trois patients qui avaient un diagnostic de trouble de personnalité limite concomitant, ce qui correspond aux limites de la PTI individuelle.

On s'est aussi servi de la PTI-G auprès de patients souffrant de dépression, en Ouganda, un pays en voie de développement. Dans la culture de ce pays, les personnes se perçoivent habituellement comme faisant partie d'une famille ou d'une communauté avant de se concevoir en tant qu'individu, ce qui explique le choix de la PTI-G. On a adapté la PTI-G au contexte socioculturel et on en a simplifié le langage (par exemple, deuil = mort d'un être cher ; conflits = désaccords ; transitions = changements de vie ; déficits interpersonnels = solitude et timidité). Les groupes étaient composés de personnes de même sexe et, compte tenu de la culture communautaire ougandaise, devaient faire preuve de plus de souplesse. Ils ont axé le traitement sur seulement trois des quatre domaines problématiques habituels de la PTI, étant donné que la solitude et l'isolement sont plus rares dans ces communautés (Verdeli et al., 2003 ; Bolton et al., 2003 ; Bass et al., 2006).

Les patients traités en PTI-G ont connu une meilleure amélioration comparativement aux patients en traitement habituel (c'est-à-dire un traitement par des guérisseurs traditionnels de la région, aucun traite-

ment ou hospitalisation), affichant une diminution significative des symptômes dépressifs et des problèmes fonctionnels dès la fin du traitement et au suivi, six mois plus tard. Notons que, dans les deux études, tous les patients pouvaient aussi accéder à toute forme de traitement offert localement.

On a aussi récemment proposé le recours à une approche psychothérapique de groupe pour traiter la dysthymie, un trouble caractérisé à la fois par des modes cognitifs et interpersonnels mésadaptés, associés à la difficulté de s'engager dans des relations intimes, de faibles habiletés de communication, au désespoir et à un fonctionnement peu élevé au plan professionnel. La prestation en contexte individuel de la TCC et de la PTI peut conduire à l'amélioration des symptômes et des patterns de la dépression chronique. Hellerstein et al. (2001) ont élaboré une thérapie de groupe s'appuyant sur un manuel qui englobe les approches cognitives et interpersonnelles, la psychothérapie cognitivo-interpersonnelle de groupe pour traiter la dépression chronique (*Cognitive-Interpersonal Group Psychotherapy for Chronic Depression*; CIGP-CD). Cette thérapie comprend des conseils psycho-éducatifs, l'enseignement de nouvelles habiletés comportementales d'adaptation et l'examen des problèmes de relation interpersonnelle liés d'une manière ou d'une autre à la pathologie. L'association de la médication et de la CIGP-CD a donné de meilleurs résultats que la seule médication à la fin du traitement, ce qui ne s'est pas confirmé au suivi (trois mois).

Il est tout à fait reconnu que la combinaison d'approches psychopharmacologiques et psychothérapeutiques donne de meilleurs résultats que les seuls médicaments dans le traitement du trouble bipolaire, surtout dans les phases dépressives. Plusieurs approches différentes, avec ou sans manuel de procédure, ont été mises à l'essai afin d'améliorer le fidéité au traitement pharmacologique; presque toutes ces approches touchent le domaine interpersonnel d'une certaine manière. Une psychothérapie de groupe basée sur une approche interpersonnelle ne s'appuyant pas sur un manuel (c'est-à-dire « apprentissage interpersonnel, inculquer l'espoir et transmettre l'information ») a donné de bons résultats en termes de conformité et de fonctionnement social (Shakir et al., 1979; Volmac et al., 1981).

Brodie et al. (2004) ont proposé une PTI-G axée sur les transitions de rôles pour traiter des personnes atteintes de trouble bipolaire de l'axe I ou II, assortie de rencontres post-traitement et d'une séance de suivi finale. Six des sept patients de l'échantillon ont connu une amélioration; la durée d'hospitalisation du seul patient ayant connu une rechute a été plus brève.

Trouble de stress post-traumatique

Robertson et ses collègues (2004) ont mis sur pied un groupe pour traiter les patients souffrant d'un trouble de stress post-traumatique, en mettant un accent particulier sur le processus de «reconnexion». Les approches individuelles ne sont pas en mesure d'aborder le grand éventail de problèmes cliniques de ces patients, notamment les difficultés interpersonnelles (McFarlane et al., 2000). Étant donné la complexité de ce trouble, il semble de bonne pratique de recourir, séquentiellement ou simultanément, à des approches différentes (psychothérapie individuelle, psychothérapie de groupe et pharmacothérapie). Le contexte de groupe aidera peut-être les personnes qui vivent de l'isolement, du désarroi et de l'aliénation (comme c'est le cas du TSPT) à trouver un milieu protégé où elles peuvent se sentir à nouveau en sécurité et rattachées aux autres. Dans le groupe, elles trouvent aussi et elles apprennent la réintégration sociale, le soutien social et les échanges interpersonnels.

Les patients qui souffrent de TSPT se sentent coupables, détachés ou aliénés des autres, ce qui entraîne des problèmes de communication, d'intimité, d'embarras, de sexualité et de difficultés à maintenir des relations saines (*conflits interpersonnels*).

Très souvent, les symptômes du TSPT sont déclenchés ou sont exacerbés en conjonction avec une *transition de rôle*, particulièrement au moment de la retraite. L'événement traumatique lui-même peut mener à de nouvelles circonstances de vie avec lesquelles il est difficile de composer.

L'événement traumatique qui mène au TSPT est souvent lié à un décès (particulièrement une mort inattendue et violente), à une perte ou à un deuil. Le deuil lui-même peut constituer un facteur de stress qui exacerbe le TSPT. La PTI aide les patients à composer avec le processus de deuil, à chercher et à développer de nouveaux attachements pour l'avenir.

Enfin, la sensibilité interpersonnelle est la conséquence d'événements traumatiques, ce qui est commun à tous les patients atteints d'un TSPT. Il s'agit d'une sorte de perturbation du fonctionnement interpersonnel qui nuit gravement dans la vie quotidienne. Grâce à la thérapie, les personnes en arrivent à comprendre que cette «vulnérabilité interpersonnelle» ne constitue pas un trait normal de leur personnalité, mais qu'elle fait plutôt partie de leur maladie.

Dans l'essai clinique ouvert de Robertson et al., la PTI-G consiste en une rencontre individuelle préalable au groupe, en huit séances de groupe et en une séance de suivi en groupe au bout de trois mois. Au

cours des séances de groupe, on peut répartir les patients en sous-groupes en fonction du domaine interpersonnel problématique qui leur sont propres, plutôt qu'en fonction du stressor (événement traumatique).

À la fin du premier essai clinique de Robertson et al. (2007), les patients avaient acquis un soulagement modéré de leurs symptômes et une bonne amélioration de leur fonctionnement social et interpersonnel. L'amélioration s'était maintenue au suivi au bout de trois mois.

En résumé

Les études publiées au sujet de la PTI-G pour traiter les troubles alimentaires indiquent de bons résultats; son efficacité n'est toutefois pas significativement supérieure à celle de la TCC-G ou de la psychothérapie individuelle. Des résultats encourageants ont été observés dans le traitement des troubles de l'humeur; les trois essais aléatoires contrôlés ont démontré que la PTI-G était plus efficace à la fois pour les troubles de dépression majeure et de dysthymie, comparativement au traitement usuel ou à la seule médication, bien que ces résultats ne se confirment pas toujours lors du suivi à long terme. L'adaptation de la PTI-G pour traiter les TSPT semble aussi prometteuse.

La PTI-G auprès de populations particulières

La dépression post-partum

En 1995, Stuart et al. ont pour la première fois adapté la PTI à un contexte individuel pour le traitement de la dépression post-partum (DPP). Ils ont, en particulier, étendu les principales questions interpersonnelles à divers sujets précis, tels que la relation avec le nourrisson et avec le partenaire et le retour au travail. L'efficacité de la PTI individuelle dans le traitement de la DPP a été démontrée dans un essai aléatoire contrôlé réalisé par O'Hara et al. (2000).

L'approche de groupe est utile dans le traitement de la DPP, car elle permet aux nouvelles mères de briser leur isolement social, et de partager avec d'autres mères leurs problèmes et leurs expériences liés à la maternité. Klier et al. (2001) se sont servis de l'approche de groupe élaborée par Wilfley avec des adaptations mineures; ils ont tenu douze séances, dont deux rencontres individuelles avant la création du groupe à des fins psycho-éducatives et pour cerner le domaine interpersonnel problématique à cibler; neuf séances de groupe et une rencontre individuelle pour clore le tout. La thérapie vise à aider chacune des patientes à transférer à son milieu social les habiletés sociales qu'elle a

Tableau 2
PTI-G pour des populations spécifiques

Références	Diagnostic	Échantillon	Design
Klier et al., 2001	Dépression post-partum	17 femmes qui ont accouché au cours des 12 derniers mois, âgées de 27 à 41 ans 2 groupes (10 et 7 participantes)	essai ouvert
Reay et al., 2005	Dépression post-partum	18 femmes qui ont accouché au cours des derniers 12 mois, âgées entre 26 et 38 3 groupes de 6 sujets	Étude pilote
Zlotnick et al., 2001	Prévention de Dépression post-partum	35 femmes enceintes à 20 – 32 semaines de gestation, avec au moins un facteur de risque de DP, âgées de 18 à 38 Groupes de 4-6 participantes	essai contrôlé PTI-G v TU
Johnson et al., 2007	Dépression majeure et/ou trouble de dysthymie chez des femmes toxicomanes incarcérées	26 femmes, âgées de 23 à 50 ans 6 groupes	étude pilote non contrôlée
Mufson et al., 2004	Dépression chez l'adolescent	Trois groupes de 4 à 6 adolescents	étude pilote non contrôlée

Liste des abréviations:

BDI: Beck Depression Inventory; C-GAS: Children-Global Assessment Scale; DAS: Dyadic Adjustment Scale; DPP : Dépression post-partum; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; GDS: Geriatric Depression Scale; HAM-D: Hamilton Rating Scale for Depression; IIP: Inventory of Interpersonal Problems; MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support; PTI-G : psychothérapie interpersonnelle de groupe; SAS-SR: Social Adjustment Scale-Self Report; SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV; THQ: Trauma History Questionnaire; TU: Traitement usuel.

Séances	Suivi	Résultats	Conclusions
12 séances (2 rencontres pré-groupe de 60 minutes et une séance individuelle finale de 60 minutes; 9 séances de groupe hebdomadaire de 90 minutes)	6 mois	Baseline: SCID I et II Ham-D-21 EPDS IIP DAS Résultats: EPDS IIP DAS Ham-D-21	11 participantes ont dûment complété le traitement ; 58 % rémission complète ; 29 % rémission partielle ; 11 % aucune amélioration (court et long terme)
11 séances (2 rencontres individuelles pré-groupe ; 8 séances de groupes hebdomadaire de 2 heures ; 1 soirée avec les partenaires)	3 mois	HAM-D (au début et à la fin du traitement) BDI EPDS SAS-SR (début, semaine 4, semaine 8 et 3 mois après la fin du traitement)	50 % rétablissement complet ; 22.2 % aucune amélioration ou rétablissement (post-traitement et suivi de 3 mois)
4 séances de groupe hebdomadaire de 60 minutes (ante-partum)	3 mois post-partum	BDI, SCID	approche PTI-G > TU pour la prévention de la DPP, au moins dans les premiers 3 mois après la naissance (amélioration après intervention chez 35 % v 11 % ; DPP à 3 mois 0 % v 33 %)
1 séance individuelle pré-groupe — séances de groupe de 24 heures au cours de 8 semaines	—	Évaluation du début SCID I et II THQ HAM-D BDI MSPSS Fin de traitement SCID I HAM-D BDI MSPSS	72 % des participantes ne rencontraient plus les critères de troubles dépressifs à la fin du traitement. Amélioration significative des symptômes dépressifs et du soutien social perçu à la fin du traitement
2 séances individuelles de 90 minutes pré-groupe + 12 séances de groupe de 90 minutes	—	C-GAS	Diminution générale des symptômes dépressifs et amélioration du score de l'échelle de mesure Children's Global Assessment Scale (C-GAS)

acquise. Un aspect particulier de cette approche est d'inciter les membres du groupe à socialiser à l'extérieur du groupe, et à échanger leurs numéros de téléphone afin de réduire leur isolement social. Les domaines problématiques les plus fréquents sont les conflits interpersonnels (des relations difficiles avec le bébé ou avec le partenaire), et la transition de rôle (perte d'autonomie, abandon du travail). Sept des onze participantes ont dûment complété le traitement et 58 % d'entre elles se sont entièrement rétablies des symptômes dépressifs.

Reay et ses collègues (2005) ont aussi élaboré un programme de PTI-G pour traiter la dépression post-partum qui comportait deux rencontres individuelles préalables au groupe, huit séances de groupe de deux heures et une soirée en compagnie des partenaires. L'aspect le plus curieux de cette approche est la soirée psycho-éducative consacrée aux partenaires qui visait à leur fournir des conseils pour mieux soutenir les femmes souffrant de dépression post-partum. La proportion de complet rétablissement a été de 50 %.

Une approche du genre PTI-G a aussi été étudiée pour prévenir l'occurrence de la DPP chez les femmes enceintes à risque (ayant eu, par exemple, un épisode antérieur de dépression ou une dépression post-partum, des symptômes dépressifs de niveau léger à modéré, ayant un faible soutien social ou ayant vécu un événement de vie stressant au cours des six derniers mois). L'intervention consistait en quatre séances de groupe d'une heure avant l'accouchement. La première séance revêtait un caractère psycho-éducatif ; la deuxième servait à cerner la transition de rôle et les changements connexes ; la troisième séance était consacrée aux conflits interpersonnels liés à la transition de rôles, et, à la dernière séance, on enseignait aux patientes certaines habiletés de résolution de problèmes. Ce traitement a semblé être une bonne intervention pour prévenir la dépression post-partum, au moins dans les trois premiers mois suivant l'accouchement (Zlotnick et al., 2001), étant donné qu'aucune des femmes de l'intervention en groupe n'a développé de dépression post-partum dans les trois mois suivant l'accouchement, comparativement à 33 % dans le groupe contrôle (qui suivait le traitement habituel).

La PTI-G a aussi été proposée récemment pour traiter la dépression chez les femmes infertiles en âge de procréer, qui ont souvent des relations interpersonnelles déficientes à cause des difficultés à répondre aux attentes caractéristiques de relations saines, c'est-à-dire un sentiment d'attachement, de mutualité, de réciprocité, d'empathie et d'authenticité. Dans ce contexte, la dépression peut très aisément se manifester. Une approche appropriée pour cette population est de

dispenser la PTI de groupe en seize séances hebdomadaires (Olshansky et al., 2004).

La dépression chez les aînés

On a eu recours à la PTI en contexte individuel pour traiter la dépression chez les personnes âgées, à la fois au moment de l'apparition de symptômes graves et en tant que stratégie pour prévenir les rechutes chez les patients plus âgés souffrant de dépression récurrente. Les personnes âgées vivent souvent des pertes, de la solitude, de l'isolement et des transitions de rôle, c'est-à-dire des thématiques typiquement abordées par la PTI.

Une approche de PTI-G destinée aux personnes âgées a été décrite dans un manuel (Scocco et al., 2001). Cette approche comprend deux rencontres individuelles et douze séances hebdomadaires de groupe de 70 minutes. Avant de commencer les séances de groupe, au cours d'une séance individuelle, le thérapeute et le patient cernent le domaine interpersonnel problématique à cibler et les principaux objectifs du traitement. Lors d'une seconde séance individuelle, après la fin du traitement, on vise à fournir au patient de nouvelles stratégies thérapeutiques et des occasions de maintenir l'amélioration.

Dans les séances de groupe, l'aspect psycho-éducatif est particulièrement important; on porte aussi une plus grande attention aux activités relationnelles entre les patients. Les techniques précises utilisées sont la communication de groupe, l'analyse des décisions, la résolution de problèmes en groupe, la promotion de l'empathie, la solidarité et la collaboration entre les participants. Les membres du groupe peuvent aussi s'entraider pour cerner les difficultés de communication et l'affect associé, et se suggérer des solutions entre eux. Tous les patients d'une étude pilote ont connu une amélioration substantielle de leur état (Scocco et al., 2002).

La dépression chez l'adolescent

En 2004, Mufson a décrit une forme de PTI-G pour le traitement d'adolescents souffrant de dépression, mais non bipolaires (Mufson et al., 2004). Comme c'est le cas chez les adultes, les adolescents peuvent apprendre dans le contexte de groupe de nouvelles habiletés interpersonnelles et réaliser jusqu'à quel point leurs problèmes sont partagés. La PTI-G destinée aux adolescents visait surtout à favoriser l'amélioration des symptômes de dépression, pour en arriver à un meilleur fonctionnement interpersonnel et à aider les patients, et leurs parents, à comprendre la nature et les caractéristiques de la dépression à

l'adolescence. Le format de PTI-G proposé consistait en deux rencontres individuelles avant la formation du groupe avec les adolescents et leurs parents, suivies de douze séances de groupe d'une durée de 90 minutes; ce format comporte aussi une rencontre à mi-terme et une rencontre individuelle à la fin du traitement, aussi avec les parents. La participation des parents semblait utile pour aider à cerner les symptômes des patients et à établir le diagnostic, les antécédents et le milieu interpersonnel; ils prenaient aussi part à une sorte d'étape psycho-éducative, c'est-à-dire qu'on les éduquait au sujet de la pathologie de leur enfant. Les parents jouaient aussi un rôle important dans la motivation de leurs enfants à prendre part au processus thérapeutique et à se rendre au bout de la démarche. La première rencontre préalable au groupe comporte l'introduction à la dépression et une éducation à son sujet, ainsi que l'attribution du rôle de malade et l'amorce de l'entrevue interpersonnelle qui sera complétée lors de la deuxième rencontre individuelle. Le thérapeute prescrit aussi un contrat d'urgence liant les parents et l'adolescent: en cas d'aggravation des symptômes dépressifs, l'adolescent doit le signaler à un adulte responsable et les deux doivent communiquer avec le thérapeute ou s'il est impossible de contacter le thérapeute, l'adolescent et l'adulte doivent se rendre directement à un service d'urgence pour évaluation.

Suivant la phase intermédiaire, il y a trois séances finales qui permettent aux patients de parler de leurs impressions face à la fin de leur relation avec le thérapeute et avec les autres membres du groupe. Le thérapeute doit souligner jusqu'à quel point ils ont acquis de nouvelles habiletés interpersonnelles dont ils pourront se servir avec succès à l'extérieur du groupe. Mufson et al. (2004) en sont arrivés à la conclusion que la PTI-G semble applicable et acceptable auprès d'adolescents souffrant de dépression, étant donné la diminution générale des symptômes dépressifs et de l'amélioration du fonctionnement global constatées.

Même si aucun essai aléatoire contrôlé n'a été effectué pour démontrer l'efficacité de la PTI-G dans le traitement de la dépression post-partum, les deux principales études pilotes ont donné des résultats prometteurs quant à l'amélioration de la symptomatologie dépressive, à la fois à court et à long terme. La PTI-G s'avère meilleure que le traitement habituel dans le seul essai aléatoire contrôlé effectué en prévention de la dépression post-partum. Nous n'avons répertorié que quelques études pilotes non contrôlées ou études de cas qui évaluent l'efficacité de la PTI-G pour traiter la dépression au sein de populations particulières (les femmes toxicomanes en centre de détention, les aînés

et les adolescents), mais toutes ces études ont indiqué une bonne proportion d'amélioration ou de rémission de la symptomatologie, même si ces résultats restent à confirmer.

Conclusion

Cette analyse documentaire démontre que différentes adaptations de la PTI dans un format de groupe ont été consignées sous forme de manuel pour le traitement de plusieurs troubles psychiatriques et de diverses populations. Les différentes tentatives ont néanmoins toutes conservé les caractéristiques principales de la PTI, c'est-à-dire l'attention aux thématiques interpersonnelles et l'identification de l'un des quatre domaines interpersonnels problématiques. Elles ont aussi gardé le rôle actif du thérapeute et ont cherché à promouvoir le rôle actif de chacun des patients au sein du groupe. À ce jour, plusieurs études ont évalué l'efficacité et la pertinence de la PTI-G et les résultats ont été plutôt concluants dans le cas de plusieurs troubles (les troubles des conduites alimentaires non spécifiques [EDNOS], la boulimie [Bulimia Nervosa], les troubles dépressifs et les troubles de stress post-traumatique [TSPT]) et auprès de plusieurs populations d'intérêt (les adolescents, les aînés, les femmes enceintes ou « nouvelles mères » et les femmes toxicomanes détenues). Que ce soit dans sa forme pure ou dans une ses variantes (c'est-à-dire la PTI en séquence et la TCC), la PTI-G est aussi utilisée pour traiter plusieurs autres troubles (dysthymie, trouble bipolaire, phobie sociale).

La plupart des résultats et des conclusions restent à confirmer par des études comportant des échantillons plus importants et ayant recours à des essais aléatoires contrôlés.

Références

- AGRAS, W. S., WALSH, B. 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, 459-466.
- BASS, J., NEUGEBAUER, R., CLOUGHERTY, K. F., VERDELI, H., WICKRAMARATNE, P., NDOGONI, L., SPEELMAN, L., WEISSMAN, M., BOLTON, P., 2006, Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6-month outcomes, *British Journal of Psychiatry*, 188, 567-573.
- 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, *Journal of American Medical Association*, 289, 23, 3117-3124.

- BRODIE, P., IVANSKI, C., BORN, L., 2004, *Group Interpersonal Psychotherapy (IPT) with a Transitional Focus for Bipolar Disorder: A Pilot Study*, Presented at the First International Conference on Interpersonal Psychotherapy, June 2004, Pittsburgh, Pennsylvania.
- FAIRBURN, C. G., JONES, R., PREVELER, R. C., CARR, S. J., SOLOMON, R. A., O'CONNOR, M. E., BURTON, J., HOPE, R. A., 1991, Three psychological treatments for bulimia nervosa, *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.
- FAIRBURN, C. G., 1993, Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa, in Klerman, G. L., Weissman, M. M., eds., *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*, American Psychiatric Press, Washington, D.C., 353.
- FETTES, P. A., PETERS, J. M., 1992, A meta-analysis of group treatments for bulimia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 11, 97-110.
- FRANK, E., KUPFER, D. J., PEREL, T. M., CORNES, C. L., JARRETT, D. J., MAILLINGER, A., THASE, M. E., MCEACHRAN, A. B., GROCHOCINSKI, V. J., 1990, Three year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression, *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099.
- FRANK, E., KUPFER, D. J., THASE, M. E., 2005, Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder, *Archives of General Psychiatry*, 62, 996-1004.
- FRANK, E., SCOCCO, P., 2003, IPT training and supervision in Italy : a model for the clinical psychiatrist across geographic and linguistic boundaries, *Bulletin of the International Society for Interpersonal Psychotherapy*, vol. 2, Issue 1, 2-4.
- GOODMAN STULBERG, C., PINHAS, L., 2004, *Group Interpersonal Psychotherapy for Adolescents with Bulimia Nervosa*, Presented at the First International Conference on Interpersonal Psychotherapy, June 2004, Pittsburgh, Pennsylvania.
- HELLERSTEIN, D. J., LITTLE, S. A. S., SAMSTAG, L. W., BATCHELDER, S., MURAN, J. C., FEDAK, M., KREDITOR, D., ROSENTHAL, R. N., WINSTON, A., 2001, Adding group psychotherapy to medication treatment in dysthymia: A randomized prospective pilot study, *Journal of Psychotherapy and Practice Research*, 10, 2, 93-103.
- HOLLON, S. D., DERUBIES, R. J., EVANS, M. D., 1987, Causal mediation of change in treatment for depression: discriminating between non-specificity and non-casuality, *Psychology Bulletin*, 102, 139.
- JOHNSON, J. E., ZLOTNICK, C., 2007, A pilot study of group interpersonal psychotherapy for depression in substance-abusing female prisoners, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 4, 371-377.

- KLERMAN, G. L., WEISSMAN, M. M., ROUNSAVILLE, B. J., CHEVRON, E. S., 1984, *Interpersonal Psychotherapy of Depression*, Basic Books, New York.
- KLIER, C. M., MUZIK, M., ROSENBLUM, K. L., LENZ, G., 2001, Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression, *Journal of Psychotherapy and Practice Research*, 10, 2, 124-131.
- LEVKOVITZ, Y., SHAHAR, G., NATIVE, G., HIRSFELD, E., TREVES, I., KRIEGER, I., FENNIG, S., 2000, Group interpersonal psychotherapy for patients with major depressive disorder-pilot study, *Journal of Affective Disorders*, 60, 3, 191-5.
- MACKENZIE, K. R., GRABOVAC, A. D., 2001, Interpersonal psychotherapy group (IPT-G) for depression, *The Journal of Psychotherapy and Practice Research*, 10, 46-51.
- McFARLANE, A. C., YEHUDA, R., 2000, Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: Conceptual challenges raised by recent research, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 940-953.
- 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.
- NEVONEN, L., BROBERG, A. G., 2005, A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for patients with eating disorder not otherwise specified, *European Eating Disorders Review*, 13, 29.
- NEVONEN, L., BROBERG, A. G., 2006, A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for patients with bulimia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 39, 117-127.
- O'HARA, M. W., STUART, S., GORMAN, L., 2000, Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression, *Archives of General Psychiatry*, 57, 1039-1045.
- OLSHANSKY, E., FRANK, E., 2004, *Group Psychotherapy for Depressed Infertile Women*, Presented at the First International Conference on Interpersonal Psychotherapy, Pittsburgh, Pennsylvania.
- 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, 1-11.
- REAY, R., FISHER, Y., ROBERTSON, M., ADAMS, E., OWEN, C., 2005, Group interpersonal psychotherapy for postnatal depression: a pilot study, *Archives of Women's Mental Health*, Presented at the First International on Interpersonal Psychotherapy, June 2004, Pittsburgh, Pennsylvania.

- RIESS, H., 2002, Integrative time-limited group therapy for bulimia nervosa, *International Journal of Group Psychotherapy*, 52, 1, 1-26.
- 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.
- ROBERTSON, M., RUSHTON, P. J., BATRIM, D., MOORE, E., MORRIS, P., 2007, Open trial of interpersonal psychotherapy for chronic Post Traumatic Stress Disorder, *Australian Psychiatry*, 15, 5, 375-379.
- SCOCCO, P., FRANK, E., 2001, Psicoterapia interpersonale di gruppo (IPT-G), in Scocco, P., De Leo, D., Pavan, L., eds., *Manuale di Psicoterapia dell'anziano*, Bollati Boringhieri, Turin.
- 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.
- SCOCCO, P., 2006, La Psicoterapia Interpersonale: fattori terapeutici (The Interpersonal Psychotherapy: therapeutic factors), *Psicoterapia*, 33, 181-186.
- SHAKIR, S. A., VOLKMAR, F. R., BACON, S., PFEFFERBAUM, A., 1979, Group psychotherapy as an adjunct to lithium maintenance, *American Journal of Psychiatry*, 136, 4A, 455-456.
- STUART S., O'HARA M. W., 1995, Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a treatment program, *Journal of Psychotherapy and Practical Research*, 4, 18-29.
- SULLIVAN, H. S., 1953, *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, W.W. Norton, New York.
- SWARTZ, H. A., FRANK, E., 2001, Psychotherapy for bipolar depression: a phase-specific treatment strategy? *Bipolar Disorders*, 3, 11-22.
- VERDELI, H., CLOUGHERTY, K., BOLTON, P., SPEELMAN, L., NDOGONI, L., BASS, J., NEUGEBAUER, R., WEISSMAN, M. M., 2003, Adapting group interpersonal psychotherapy for a developing country: experience in rural Uganda, *World Psychiatry*, 2, 2.
- VOLKMAR, F. R., BACON, S., SHAKIR, S. A., PFEFFERBAUM, A., 1981, Group therapy in the management of manic-depressive illness, *American Journal of Psychotherapy*, 35, 226-234.
- WESSMAN, M. M., MARKOWITZ, J. C., KLERMAN, G. L., 2000, *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, Basic Books, New York.

- WILFLEY, D. E., AGRAS, W. S., TELCH, C. F., ROSSITER, E. M., SCHNEIDER, J. A., COLE, A. G., SIFFORD, L., RAEBURN, S. D., 1993, Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic : A controlled comparison, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 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., 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., 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, 713-721.
- YALOM, I. D., 1995, *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 4th ed., Basic Books, New York.
- ZLOTNICK, C., JOHNSON, S. L., MILLER, I. W., PEARLSTEIN, T., HOWARD, M., 2001, Postpartum depression in women receiving public assistance : Pilot study of an interpersonal therapy-oriented group intervention, *American Journal of Psychiatry*, 158, 638-640.

ABSTRACT

Group Interpersonal Psychotherapy: A Review

Interpersonal Psychotherapy was conceived as a psychotherapeutic approach to treating Depression, but has since now been broadly used to treat many other disorders. It has also recently been adapted to delivery in the group setting, with both advantages and disadvantages as other group psychotherapies. This adaptation, first used by Wilfley and colleagues, maintained the main features of IPT, i.e. the central role of the interpersonal focus and identification of one (or two) out of four problem interpersonal areas (Grief; Role Transition; Role Disputes; Interpersonal Deficits). It also kept the active role of the therapist and individual patient within the group. To date, G-IPT has been used for several diseases (Eating Disorders not Otherwise Specified, Bulimia Nervosa, Depressive Disorder, Posttraumatic Stress Disorder) and several populations (Adolescents, Older People, Pregnant Women or "New-Mothers," Substance-abusing Female Prisoners). Although the

overall quality of most of outcome studies is to date quite poor, the review of the current state of knowledge shows the G-IPT may be helpful and present a number of advantages to treat different psychiatric disorders in several populations of patients.

RESUMEN

Psicoterapia interpersonal de grupo: una reseña de la literatura

La psicoterapia interpersonal (PTI) fue inicialmente concebida como enfoque psicoterapéutico para tratar la depresión, pero desde entonces ha sido utilizada ampliamente para tratar varias otras patologías. Recientemente también ha sido adaptada a un formato de grupo que comprende a la vez las ventajas y desventajas de las otras psicoterapias de grupo. Utilizada la primera vez por Wilfley y sus colegas, esta adaptación conserva las principales características de la PTI, es decir, el rol central del eje interpersonal y la identificación de uno (o dos) de los cuatro aspectos interpersonales problemáticos (el duelo patológico, la transición del rol, los conflictos de roles y los déficits interpersonales). La adaptación conserva también el rol activo del terapeuta y del paciente individual en el seno del grupo. A la fecha, la psicoterapia interpersonal adaptada a los grupos (PTI-G) ha servido para tratar varias patologías (los trastornos de conductas alimenticias no específicos, la bulimia, los trastornos depresivos y los trastornos de estrés postraumático [TSPT], en pacientes de diversas poblaciones (adolescentes, ancianos, mujeres embarazadas o “madres primerizas”, mujeres toxicómanas encarceladas). Aunque la calidad general de los estudios acerca de los resultados a la fecha es más bien pobre, el examen del estado actual de los conocimientos indica que la PTI-G puede ser útil y puede presentar un cierto número de ventajas en el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos en varias poblaciones de pacientes.

RESUMO

Revista da literatura sobre a Psicoterapia Interpessoal de Grupo

A Psicoterapia Interpessoal (PTI) foi concebida primeiramente como abordagem psicoterapêutica para tratar a depressão, mas desde então, ela é vastamente utilizada para tratar várias outras patologias. Recentemente, ela foi adaptada ao formato de grupo, que comporta ao mesmo tempo as vantagens e as desvantagens das outras psicoterapias de grupo. Utilizada pela primeira vez por Wilfley e seus colegas, esta adaptação mantém as principais características da PTI, ou seja, o papel central do eixo interpessoal e a identificação de uma (ou de duas) das

quatro áreas interpessoais problemáticas (luto patológico, transição de papéis, conflitos de papéis e déficits interpessoais). A adaptação conserva também o papel ativo do terapeuta e do paciente individual dentro do grupo. Até hoje, a psicoterapia interpessoal adaptada aos grupos (PTI-G) serviu para tratar várias patologias (Transtornos de condutas alimentares não específicas, bulimia, transtornos depressivos e transtornos de estresse pós-traumático [TSPT]) junto a várias populações (adolescentes, idosos, mulheres grávidas, ou “novas mães”, mulheres toxicômanas detidas). Apesar da qualidade geral dos estudos sobre os resultados ser até hoje relativamente pobre, o exame do estado atual dos conhecimentos indica que a PTI-G pode tornar-se útil e que ela pode apresentar um certo número de vantagens no tratamento de vários transtornos psiquiátricos junto a várias populações de pacientes.