Document generated on 04/24/2024 1:18 a.m.

Santé mentale au Québec

Psychothérapie interpersonnelle (PTI) et Counseling interpersonnel (CIP) pour le traitement de la dépression post-partum

The treatment of postpartum depression with IPT and IPC

Psicoterapia interpersonal (PTI) y consejo interpersonal (CIP) en el tratamiento de la depresión posparto

Psicoterapia interpessoal (TIP) e Aconselhamento interpessoal (AIP) para o tratamento da depressão pós-parto

Scott Stuart and Elizabeth Clark

Volume 33, Number 2, Fall 2008

La psychothérapie interpersonnelle

URI: https://id.erudit.org/iderudit/019670ar
DOI: https://doi.org/10.7202/019670ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Stuart, S. & Clark, E. (2008). Psychothérapie interpersonnelle (PTI) et Counseling interpersonnel (CIP) pour le traitement de la dépression post-partum. *Santé mentale au Québec*, *33*(2), 87–104. https://doi.org/10.7202/019670ar

Article abstract

Perinatal depression is a prevalent disorder with a high degree of morbidity for both mother and infant. There are now empirically validated treatments for both postpartum depression and depression during pregnancy. Among these is Interpersonal Psychotherapy (IPT), which has been shown to be effective for postpartum depression across the spectrum of mild to severe depression. In fact, the limited evidence of efficacy for medication and concern about medication side effects have led some to suggest that IPT should be the first line treatment for depressed breastfeeding women. There are similar concerns about medication usage during pregnancy. Recent clinical and research experience also suggest that Interpersonal Counseling (IPC) may be effective for selected postpartum women as well. IPC, an abbreviated form of IPT, appears to be effective for mild to moderate depression, and has the potential advantage of being more amenable to delivery in primary care or OB settings.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2008

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Psychothérapie interpersonnelle (PTI) et Counseling interpersonnel (CIP) pour le traitement de la dépression post-partum

Scott Stuart*
Elizabeth Clark**

La dépression périnatale est un trouble prévalent qui comporte un degré élevé de morbidité à la fois chez la mère et chez le nourrisson. De nos jours, on dispose de traitements validés empiriquement pour traiter tant la dépression post-partum que la dépression pendant la grossesse. Parmi ces traitements, la psychothérapie interpersonnelle (PTI) a démontré son efficacité à traiter la dépression post-partum, qu'elle soit légère ou grave. En fait, l'évidence limitée des preuves de l'efficacité de la médication et les préoccupations au sujet de ses effets secondaires ont porté certaines personnes à proposer que la PTI soit la première option retenue pour traiter les femmes souffrant de dépression et qui allaitent. Des préoccupations semblables persistent au sujet de l'usage de médicaments pendant la grossesse. De récentes expériences et recherches cliniques portent à croire que le counseling interpersonnel (CIP) pourrait aussi s'avérer efficace chez certaines femmes en dépression post-partum. Forme abrégée de la PTI, le CIP semble être efficace pour traiter la dépression légère à modérée, et a l'avantage potentiel d'être plus facile à dispenser dans le cadre des soins primaires ou des milieux obstétricaux.

Un certain nombre d'études ont étayé l'efficacité de la PTI pour traiter la dépression post-partum (DPP) (O'Hara et al., 2000 ; Stuart, 1999 ; Segre et al., 2004), et il est permis de croire que la PTI est aujourd'hui le traitement de la dépression périnatale le plus efficace et le mieux validé (Stuart et al., 2003). Cependant, alors que douze à seize séances de PTI dirigées par un thérapeute bien formé s'avèrent clairement bénéfiques chez les femmes qui souffrent de dépression périnatale, il existe des limites évidentes en matière de ressources, ainsi que d'autres obstacles qui privent plusieurs femmes de cette approche thérapeutique. Conséquemment, on s'intéresse dorénavant à la validation de formes plus courtes de PTI — telles que le CIP — qui, non seulement durent moins longtemps, mais sont aussi plus faciles à apprendre et à dispenser.

* M.D., Université de l'Iowa, Iowa Depression and Clinical Research Center, départements de psychiatrie et de psychologie, Iowa City, États-Unis.

** M.D., Université de médecine et de dentisterie du New Jersey, École de médecine Robert Wood Johnson, département de médecine familiale, Somerset (NJ), États-Unis.

Il est crucial de traiter la dépression post-partum. On a estimé que la prévalence de la dépression post-partum oscille entre 7 % (Gotlib et al., 1989) et 16 % (Whiffen, 1988) ; une méta-analyse d'études de prévalence (O'Hara et Swain, 1996) a rapporté un taux moyen de 13 %. Une dépression post-partum qui n'est pas traitée a des effets désastreux sur l'attachement et le fonctionnement psychosocial des enfants (Murray, 1992 ; Goodman et Gotlib, 1999). La dépression maternelle peut mener à des problèmes chez les enfants tels que des dérèglements affectifs, des troubles de l'attachement et un mauvais développement des habiletés cognitives (Cummings et Davies, 1994). On a constaté que les mères déprimées sont plus punitives, hostiles et rejetantes, et moins réceptives, sensibles et affectivement disponibles à leurs enfants ; plusieurs études ont documenté ces trames d'interaction dysfonctionnelle chez les mères déprimées et les jeunes nourrissons (Field et al., 1985 ; Field et al., 1990). Plusieurs autres études ont démontré que la dépression post-partum est associée à des troubles sociaux et cognitifs chez les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans (Phillipps et O'Hara, 1991 ; Caplan et al., 1989). Ces données soulignent l'importance de traiter rapidement et efficacement les femmes, afin de réduire l'exposition des enfants à la dépression post-partum.

D'importance particulière du point de vue de la PTI et du CIP, la dépression périnatale est étroitement liée à des facteurs sociaux, par exemple le fait de ne pas être mariée ou de connaître une grossesse imprévue (Cox et al., 1983). Les femmes issues des classes sociales inférieures et disposant de revenus moins élevés sont plus à risque, comme le sont les femmes qui reçoivent peu de soutien de leur conjoint et peu de soutien social en général (O'Hara et Swain, 1996). La PTI et le CIP sont précisément conçus pour aborder ces facteurs sociaux. Il faut toutefois mentionner que, bien que l'on ait eu recours à la PTI et au CIP pour traiter cliniquement la dépression périnatale, il n'y a pas à ce jour d'essais cliniques qui démontrent empiriquement l'efficacité de ce traitement chez cette population.

Caractéristiques de la PTI et du CIP

La PTI et sa version abrégée, le CIP, sont circonscrites dans le temps et constituent des psychothérapies d'orientation psychodynamiques qui visent à atténuer la souffrance des patients et à améliorer leur fonctionnement interpersonnel (Stuart et Robertson, 2003). Les deux approches mettent précisément l'accent sur les relations interpersonnelles, afin d'aider les patients soit à améliorer leur relations interpersonnelles, soit à modifier leurs attentes à leur sujet. De plus, tant

la PTI que le CIP visent à aider les patients à renforcer leur soutien social pour arriver à mieux gérer leur détresse interpersonnelle actuelle (Stuart et Robertson, 2003).

La PTI se caractérise par un certain nombre d'éléments que l'on peut catégoriser ainsi : les *théories*, les *cibles*, les *tactiques* et les *techniques* (Stuart et Robertson, 2003 ; Stuart, 2006). Bien que certains éléments de chacune de ces catégories puissent se retrouver dans d'autres approches psychothérapeutiques, ce sont leur alliage particulier et leur accent sur le monde interpersonnel qui définissent la PTI.

Le CIP est donc aussi défini par ces éléments. Le CIP est essentiellement identique à la PTI, sauf qu'il est conçu pour être dispensé en moins de temps dans des cas moins complexes. Auprès de femmes en période post-partum, on dispense habituellement la PTI en douze à quatorze séances de soixante minutes, alors que l'on peut dispenser le CIP en quatre à huit séances de trente minutes. Le CIP diffère aussi de la PTI en ce qu'il se limite à trois des domaines interpersonnels problématiques définis en PTI — le domaine des déficits et de la sensibilité interpersonnels n'est pas abordé dans le cadre du CIP. La sélection des patients pour le CIP est donc critique. Comme la PTI, il convient au traitement de la dépression post-partum et de la dépression prénatale, mais il n'est pas approprié pour les femmes qui souffrent de pathologies graves de la personnalité ou qui ont peu de soutien social (Stuart, 2006).

Structure de la PTI et du CIP

Tant la PTI que le CIP s'appuient sur la prémisse que la détresse interpersonnelle est liée à des symptômes psychologiques. Ainsi, les *cibles* de traitement comportent trois volets : le soulagement des symptômes psychiatriques ; la résolution des conflits, des transitions et des expériences de perte dans les relations de la patiente, et l'aide à la patiente pour qu'elle utilise mieux son réseau de soutien social (tableau 1). La PTI et le CIP se distinguent donc tout à fait de traitements tels que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (Beck et al., 1979) et des psychothérapies axées sur la psychanalyse. Contrairement à la TCC où on met surtout l'accent sur les cognitions intérieures du patient, la PTI et le CIP mettent l'accent sur les communications interpersonnelles des patients. Bien que la PTI et le CIP puissent aborder les cognitions, ces dernières ne constituent pas leur cible première. De même, la TCC et d'autres approches peuvent aborder les questions interpersonnelles, mais celles-ci ne sont pas leurs cibles premières.

La PTI et le CIP reposent aussi sur une triade de *théories* (Stuart et Robertson, 2003). La première, et la plus importante, est la théorie de l'attachement (Bowlby, 1988). L'attachement est essentiellement la manière dont les individus forment et entretiennent des relations ; il oriente leur comportement et leur capacité de rechercher et de demander de l'aide pendant les périodes de crises. La seconde théorie, celle de la communication, décrit les façons dont les modes de communication inadaptés des patients peuvent mener à des difficultés dans leurs relations interpersonnelles actuelles (Kiesler, 1996). La troisième, la théorie sociale, constitue la base pour comprendre le contexte interpersonnel où les patients interagissent avec les autres (Henderson, 1974 ; Henderson, 1977).

La PTI et le CIP s'appuient sur un modèle biopsychosocial de fonctionnement psychologique (Engel, 1980) qui affirme que des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux se fusionnent au sein de l'individu pour produire des prédispositions singulières et susciter des réactions particulières au stress. Lorsqu'elles sont confrontées à une crise interpersonnelle, les personnes vulnérables sont susceptibles d'éprouver des difficultés psychologiques. Le modèle biopsychosocial circonscrit donc les difficultés psychologiques comme étant des réactions d'un individu particulier à un facteur de stress précis, plutôt que comme pathologies catégorisées. Au lieu d'envisager étroitement la détresse psychologique ou les symptômes psychiatriques comme étant la manifestation d'une pathologie médicale, la PTI et le CIP conceptualisent le fonctionnement du patient en termes génériques en tant que produit de son tempérament, de sa personnalité et de son style d'attachement, fondé sur une base de facteurs biologiques tels que la génétique et le fonctionnement physiologique, dans un contexte de relations sociales et de soutien social étendu.

Le modèle biopsychosocial est conséquent avec la base théorique de la PTI et le CIP, où l'attachement au sein des relations et la capacité de la personne à communiquer efficacement sont liés au fonctionnement psychologique. De plus, le modèle biopsychosocial mène directement aux techniques et aux interventions propres à la PTI et au CIP. Cela comprend leur utilisation en conjonction avec des médicaments psychotropes quand il y a lieu. La PTI et le CIP *ciblent* donc les déterminants biologiques, psychologiques et sociaux de la détresse du patient (tableau 1).

En plus de cette base théorique et de leurs cibles particulières, la PTI et le CIP se caractérisent aussi par des *tactiques* thérapeutiques particulières qui s'appliquent tant aux femmes en période périnatale qu'aux patients en général. Parmi ces tactiques, mentionnons l'inven-

taire interpersonnel, les domaines interpersonnels problématiques et l'élaboration d'une formulation interpersonnelle (tableau 1).

Tableau 1
Les éléments qui définissent la PTI et le CIP

Théories :	théorie de l'attachement, théorie interpersonnelle et théorie sociale
Cibles :	biopsychosocial : symptômes psychiatriques, relations interpersonnelles, soutien social
Tactiques :	
	Inventaire interpersonnel
	Domaines interpersonnels problématiques : conflits interpersonnels, transitions de rôle difficiles, deuil pathologique et perte, et sensibilité interpersonnelle [1]
	Formulation interpersonnelle
	Durée limitée du traitement intensif ; traitement de maintien
	Interventions qui ne sont pas axées sur le transfert
	Accent sur l'ici et maintenant
	Collaboration et consensus quant à l'objectif
	Position thérapeutique de soutien et de direction
Techniques :	
	Analyse des communications
	Incidents interpersonnels
	Utilisation de l'affect des contenus et des processus
	Jeu de rôle
	Techniques « habituelles » [2]

1. Habituellement, on n'inclut pas le domaine des problèmes de la sensibilité et des déficits interpersonnels dans le CIP.
2. Les techniques « habituelles » comprennent celles utilisées dans un éventail d'approches thérapeutiques, par exemple la clarification, la résolution de problèmes et l'auto-dévoilement.

C'est sur ce plan que les différences entre la PTI et le CIP se révèlent, et où les deux approches sont modifiées pour traiter les femmes en période périnatale et d'autres populations particulières. Les domaines problématiques abordés en CIP ne comprennent pas, par exemple, le domaine de la sensibilité et des déficits interpersonnels. Ceci reflète le

fait que les patients qui ont peu de soutien social ont tendance à être beaucoup plus complexes, et qu'il leur faut souvent un plus grand nombre de séances pour assurer qu'ils sont engagés dans le traitement, et en mesure d'effectuer des changements comportementaux et sociaux pour s'adapter. Cela reflète aussi le fait que plusieurs professionnels de la PTI considèrent dorénavant que le domaine relatif à la sensibilité et aux déficits interpersonnels relève davantage d'un style d'attachement que d'un domaine problématique. Les patients ayant des styles d'attachement évitant ou rejetant seraient généralement classés dans cette catégorie.

La structure de la PTI et celle du CIP sont aussi différentes. Étant donné la différence quant à la durée, le rythme du CIP est accéléré et exige que, rapidement, l'on évalue les domaines problématiques et administre l'inventaire interpersonnel. Ces activités sont généralement effectuées dès la première séance de CIP, alors, qu'en PTI, il faut de deux à trois séances. Le corollaire évident, c'est que la sélection des patients est d'une importance capitale dans le cas du CIP, et qu'elle devrait mettre l'accent sur les patients dont les domaines problématiques sont évidents, qui sont capables de former rapidement une alliance thérapeutique, qui ont beaucoup de motivation et qui disposent d'un bon soutien social.

La PTI et le CIP suivent tous les deux un modèle de soins de « médecine familiale » où l'on dispense un traitement de courte durée pour un problème ou un facteur de stress aigu, suivi d'un traitement de maintien à plus long terme dispensé au besoin ou pour prévenir la rechute. Dans les deux cas, il n'est pas nécessaire que les séances de thérapie se déroulent chaque semaine ; en réalité, il est fréquent en pratique clinique de passer à des séances aux deux semaines ou au mois, une fois le patient stabilisé. Une fois le problème interpersonnel résolu, le thérapeute devrait être à la disposition du patient au cas où une autre crise survenait ; à ce moment là, on peut entreprendre un autre traitement aigu à durée limitée. Dans l'intérim, le thérapeute peut dispenser des séances périodiques de « maintien ».

Études empiriques sur le CIP

La documentation sur le CIP n'est pas très bien connue ; nous la passons donc en revue. Cinq essais cliniques du CIP ont fait l'objet de publication. Bien qu'aucune de ces études n'aient porté sur la période périnatale, elles démontrent l'efficacité générale du CIP. De pair avec l'efficacité reconnue de la PTI pour le traitement de la dépression périnatale (Stuart et O'Hara, 2001 ; Stuart et O'Hara, 2005 ; Kopelman et

Stuart, 2005), cette information appuie l'expérience clinique que nous avons connue en utilisant la PTI auprès de femmes en période périnatale.

Klerman et al. (1987) ont comparé le CIP aux soins usuels dispensés à des patients en soins primaires qui avaient des scores élevés de dépression (6 ou plus au questionnaire sur l'état de santé général [General Health Questionnaire — GHQ]). Le personnel généraliste des soins infirmiers (dont les membres ne sont pas des spécialistes des soins en santé mentale) a effectué le counseling après huit à douze heures de formation réparties sur plusieurs mois. Après le traitement, 83 % des 128 patients du groupe en CIP avaient atteint un score de 4 ou moins au GHQ, contrairement à 63 % des patients du groupe des soins habituels (P = 0,01).

Mossey et al. (1996) ont comparé le CIP dispensé par des infirmières psychiatriques aux soins habituels chez 76 femmes âgées hospitalisées, et ayant des symptômes de dépression après avoir subi une chirurgie pour une fracture de la hanche. Après six mois, 60,6 % des patientes en CIP avaient atteint un score de moins de 11 à l'échelle gériatrique de dépression (Geriatric Depression Score, GDS) contre seulement 35,1 % des patientes en soins habituels (P = 0,033).

Judd et al. (2001) ont effectué un essai clinique aléatoire où l'on a comparé le CIP dispensé par des médecins généralistes aux soins habituels. Tous les participants de l'étude avaient reçu de la venlafaxine, de sorte que le CIP était considéré comme un traitement complémentaire. Au total, 28 patients (90 % des patients choisis au hasard) ont complété l'essai. Les deux groupes traités ont connu une amélioration par rapport au niveau de référence (P = 0,0001). Bien que l'on n'ait pas constaté de différence entre les groupes, le groupe CIP a manifesté une tendance à une plus grande amélioration que le groupe traité à l'aide des soins habituels. Plusieurs aspects du modèle de l'étude sont vraisemblablement responsables des conclusions non statistiques, y compris la taille réduite de l'échantillon et l'absence de placebo.

Une autre étude sur le CIP a été réalisée par Swartz et al. (2004) qui ont effectué une étude de cas-témoins appariés comparant le CIP au traitement à la sertraline chez des femmes déprimées. Les femmes (n = 32) qui répondaient aux critères de dépression majeure du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), et qui avaient un score de plus de quinze à l'échelle de dépression de Hamilton (Hamilton, 1960), ont été traitées en huit séances de CIP. Les femmes qui ont suivi le CIP ont connu une amélioration plus rapide que celles qui ont reçu de la sertraline ; les sujets qui ont suivi le CIP ont déclaré une grande satisfaction à l'égard de leur traitement.

Swartz a aussi effectué une étude sur une forme modifiée de CIP (Swartz et al., 2006) auprès de femmes ayant des enfants qui souffrent de maladies psychiatriques. Les femmes ont suivi une intervention de neuf séances. Treize mères répondant aux critères de dépression majeure du DSM-IV ont été traitées ouvertement à l'aide du CIP. Les sujets ont manifesté des améliorations significatives à l'issue du traitement sur les mesures des symptômes et du fonctionnement maternel. Ces gains s'étaient maintenus au suivi après six mois.

À l'heure actuelle, des chercheurs de l'Université de l'Iowa étudient aussi l'utilisation du CIP auprès de deux différents groupes de patients. La première étude pilote porte sur des patientes qui ont été dépistées pour dépression dans des cliniques de soins primaires ; la seconde est un essai ouvert du CIP auprès de femmes qui manifestent une dépression post-partum pour la première fois. Les deux groupes comprennent plusieurs des patientes non complexes pour qui le CIP est indiqué et chez qui il fonctionne bien.

La PTI et le CIP pour le traitement de la dépression post-partum

Les notions présentées au tableau 1 permettent de bien décrire les modifications apportées à la PTI et au CIP pour les adapter aux femmes en période périnatale. Il importe de comprendre que la PTI et le CIP destinés aux femmes en période périnatale sont tout simplement des adaptations de la PTI de base — ces approches ne sont pas de nouvelles thérapies et elles ne demandent pas de formation additionnelle. Toutefois, il serait préférable que les thérapeutes qui dispensent de la PTI ou du CIP auprès de femmes en période périnatale obtiennent davantage de formation aux notions de base relatives à la physiologie et à la psychologie périnatale.

Les théories et les cibles de la PTI et du CIP destinés aux femmes en période périnatale sont exactement les mêmes que celles de la PTI en général (tableau 1). Les adaptations sont évidentes pour ce qui est des tactiques, particulièrement la différence quant aux axes de l'inventaire interpersonnel, et quant aux thèmes qui se recoupent dans les domaines de problèmes interpersonnels. Chez la femme en période périnatale, on devrait mettre l'accent sur ses relations avec : (1) le nourrisson, (2) le partenaire, (3) sa famille d'origine, (4) la famille de son partenaire et (5) ses amis. On devrait évaluer ces relations clés de façon routinière quand on administre l'inventaire interpersonnel à des femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher.

Règle générale, les femmes décrivent leur relation avec leurs nouveau-nés comme étant positive. Souvent, après l'accouchement, les

femmes qui sont déprimées diront que leur interaction avec le nourrisson est la seule interaction qu'elles apprécient. C'est aussi la règle plutôt que l'exception que les femmes éprouvent des sentiments ambivalents au sujet de leur nourrisson ; bien que se sentant très attachée, les femmes éprouvent souvent aussi du ressentiment au sujet de leur perte de spontanéité, du travail additionnel ou de l'incidence de leur nouveau-né sur leurs relations et sur leur carrière.

Dans les très rares cas où la femme rapporte plutôt de forts sentiments négatifs à l'égard de son enfant, on devrait procéder à une évaluation plus approfondie en prenant en considération des diagnostics tels la psychose post-partum. On doit toujours évaluer toute idéation d'infanticide.

La qualité de la relation conjugale constitue un facteur important pour prédire l'adaptation de la mère pendant la grossesse et après l'accouchement (O'Hara, 1999). La naissance d'un premier enfant, ou d'autres enfants, modifie de nombreux aspects de la relation de la femme avec son partenaire, y compris l'intimité interpersonnelle et sexuelle, la gestion d'un travail accru, ainsi que l'interaction du couple avec les parents et les amis. Certaines femmes en période périnatale peuvent faire part d'un manque de contact émotionnel avec leur partenaire. Plusieurs femmes, surtout celles qui restent à la maison après la naissance de leur bébé, peuvent sentir que leur conjoint se dévoue surtout à son travail, au détriment du temps passé à la maison. Par contre, d'autres femmes déclarent qu'elles se sentent tiraillées, parce qu'elles consacrent tellement de temps au nouveau-né qu'il leur reste peu de temps pour elles-mêmes ou pour leur partenaire.

Les femmes en période post-partum peuvent ne pas être intéressées à reprendre leurs rapports sexuels. Un éventail d'éléments peut avoir une influence, allant du malaise physique, de la fatigue et des soucis quant à son image corporelle, au manque d'intérêt du partenaire qui se sent négligé. L'un ou l'autre des partenaires peut aussi craindre une nouvelle grossesse, ou ils peuvent ne pas s'entendre au sujet des méthodes contraceptives (ou de leur absence). Étant donné qu'une femme pourrait ne pas être à l'aise d'aborder des préoccupations relatives à l'intimité sexuelle dès les premières séances, il est de bonne pratique clinique de l'interroger périodiquement au sujet de sa satisfaction face à ses rapports sexuels à mesure que le traitement évolue. Il est aussi crucial de faire participer le partenaire aux soins, et nous encourageons régulièrement les thérapeutes à inviter les partenaires à au moins une ou deux séances de thérapie. Il est à noter qu'informer son partenaire au sujet des changements physiologiques

normaux qui se produisent après l'accouchement aide souvent à résoudre les questions plus immédiates relatives à leurs rapports sexuels.

La négociation des responsabilités accrues en matière de soins de l'enfant constitue une autre source de conflit chez les couples ayant un nouveau-né. Il est important d'évaluer les attentes des femmes pour ce qui est d'alimenter le bébé (surtout la nuit), de changer ses couches, de le garder et de jouer avec lui, et de demander comment on s'occupe de ces tâches à l'heure actuelle.

L'autre adaptation importante pour les femmes en période périnatale est le changement de l'axe ou des « thématiques » qui se présentent dans les domaines interpersonnels problématiques. Bien qu'elles soient traitées de la même manière que dans la PTI en général, il y a des difficultés qui surviennent souvent chez les femmes en période périnatale dont le thérapeute doit tenir compte. Nous présentons ces thématiques ci-dessous.

Les conflits interpersonnels et les transitions de rôle difficiles sont au cœur du traitement des femmes en période périnatale. Les *conflits interpersonnels* concernent typiquement le partenaire ou la famille immédiate. Par rapport aux partenaires, le conflit comporte presque toujours le manque de soutien concret dans les soins de l'enfant ou la perception d'un manque de soutien émotionnel. Les conflits avec la famille se rapportent souvent à des critiques au sujet de la manière dont la femme s'occupe de son nourrisson, par exemple les pratiques relatives au sommeil et à l'allaitement et, comme par rapport au partenaire, un manque réel ou perçu de soutien de la part de la famille.

Les *transitions de rôles difficiles* se rapportent souvent à des décisions que la femme doit prendre en ce qui a trait à retourner au travail ou rester à la maison. Les mères d'un premier bébé peuvent éprouver des difficultés à équilibrer les obligations de leur nouveau rôle et leurs autres obligations et rôles sociaux. La maternité peut entraîner des changements inattendus des priorités ou une importante modification de l'identité. Les adolescentes peuvent trouver difficile de devenir mère tout en gardant des relations avec leurs pairs et composer avec la transition vers l'âge adulte.

La décision de rester ou non à la maison avec son nourrisson est une décision importante pour bon nombre de femmes. La satisfaction face à cette décision est un facteur qui permet de bien prédire l'ajustement émotionnel global. Les recherches indiquent que les femmes qui restent à la maison, mais qui souhaitent être au travail n'obtiennent pas de bonnes cotes aux échelles de mesure de l'ajustement émotionnel

(Stewart et al., 1998). On constate un résultat négatif semblable chez les femmes qui auraient préféré rester à la maison, mais qui retournent au travail. De plus, les femmes peuvent changer d'avis au sujet de travailler ou de rester à la maison une fois le bébé arrivé. Les cas les plus difficiles sont ceux où la femme est tiraillée par rapport à sa décision, mais s'explique mal son ambivalence. Les femmes qui travaillent peuvent se sentir déchirer entre leur rôle professionnel et leur culpabilité de confier leur enfant à une garderie. Celles qui choisissent de rester à la maison peuvent se sentir coupables ou mal à l'aise de rester à la maison avec leur bébé.

Bien que, selon notre expérience, *le deuil pathologique et la perte* soient moins fréquents que les conflits et les transitions, ce domaine englobe aussi plusieurs thèmes propres à la périnatalité. Ces thèmes comprennent les pertes périnatales antérieures telles que des fausses couches, des mortinaissances, voire des avortements antérieurs qui peuvent maintenant être ressentis d'une toute nouvelle manière après la naissance d'un enfant en santé. La naissance d'un enfant handicapé ou atteint d'une maladie grave, ou encore un accouchement très prématuré peuvent aussi être vécus comme une perte par certaines femmes. On peut aussi assister dans certains cas à la réactivation de sentiments de deuil et de perte qui peuvent être associés à la propre expérience de la femme négligée par ses parents, y compris l'abandon, ainsi que la violence physique ou psychologique.

Vignette clinique

Âgée de 32 ans, Jane avait mis au monde son deuxième enfant deux mois auparavant. Elle déclara un déclin fonctionnel qui s'était prolongé sur un mois et une augmentation de symptômes dépressifs, y compris une humeur maussade, de l'irritabilité et un manque d'énergie. Elle releva aussi des problèmes de sommeil — bien qu'elle s'attendait à avoir certaines difficultés de sommeil puisqu'elle allaitait, elle n'arrivait pas à dormir pendant que son nouveau-né dormait et se retrouvait souvent anxieuse plutôt que détendue. Elle fit part d'un important contraste avec son premier accouchement où elle s'était sentie heureuse et en contrôle ; elle se sentait maintenant dépassée et désespérée. Elle ne rapporta aucune idéation suicidaire ou meurtrière.

Jane estimait que sa situation sociale actuelle était fort différente de celle qui prévalait deux ans auparavant lorsqu'elle avait eu son premier enfant. À ce moment-là, elle vivait très près de sa famille à New York, et sa mère et sa jeune sœur l'avaient beaucoup aidée à prendre soin de son enfant. Elle avait aussi de nombreux contacts avec ses amies

de collège et plusieurs d'entre elles avaient aussi de jeunes enfants. Cette fois-ci, par contre, elle et son conjoint depuis quatre ans venaient de déménager dans le Midwest, afin qu'il puisse poursuivre sa formation médicale. Elle dit avoir peu de soutien social et peu d'amis, et elle se disait aussi dérangée par le fait, qu'avec un nouveau-né et un bambin de deux ans, elle « se sentait incapable de sortir et de rencontrer qui que ce soit ». Elle se sentait piégée dans son domicile sans aide, 24 heures par jour ; elle déclara que, bien que son conjoint tentait de l'aider, ses horaires de formation le gardait à l'hôpital pendant de très longues heures. Elle fit remarquer que le premier mois suivant l'accouchement s'était probablement bien déroulé parce que son conjoint avait pris une semaine de congé parental, et que sa mère avait pris la relève pendant deux à trois semaines. Le déclenchement de ses symptômes a coïncidé avec le départ de sa mère pour New York.

Le cas de Jane était d'autre part relativement peu complexe. Elle n'avait pas d'antécédent de dépression ; bien qu'elle n'ait pas rapporté d'antécédents de soins psychiatriques dans sa famille, sa mère lui avait récemment confié qu'elle avait aussi vécu des difficultés d'ajustement post-partum, mais qu'elle n'avait pas sollicité d'aide. Elle soutenait Jane dans se quête de counseling. L'accouchement de Jane s'était bien déroulé et, bien que son bébé eut été prématuré de trois semaines et eut passé une journée aux soins intensifs pour observation, on ne lui avait trouvé aucun problème médical. Bien qu'elle fût prête à prendre la médication en considération, Jane était très déterminée à essayer le counseling comme première option étant donné qu'elle allaitait.

Compte tenu de la clarté de sa présentation et de la force que Jane apportait au traitement, par exemple la motivation, la bonne compréhension de sa situation et le soutien familial, elle et son thérapeute choisirent la voie du CIP pour traiter sa dépression. Son inventaire interpersonnel révéla un fort soutien familial, bien que la famille fût à distance. Elle a été en mesure de reconnaître que son conjoint lui apportait aussi du soutien, mais elle décrivit une certaine colère à son égard qui n'avait pas été résolue. Ils avaient connu un désaccord profond par rapport au déménagement dans le Midwest ; son conjoint voulait déménager considérant qu'il aurait une meilleure formation, alors que Jane souhaitait rester à New York. Son conjoint avait été accepté dans plusieurs programmes à New York, et elle estimait qu'il avait accordé plus d'importance à ses propres besoins et que, maintenant, elle et sa famille en payaient le prix.

En plus de ce conflit, Jane et son thérapeute ont aussi cerné l'importante transition de rôles que Jane vivait. En plus de la respon-

sabilité accrue d'un deuxième enfant, le déménagement dans le Midwest constituait aussi un changement significatif. Elle reconnut toutefois que l'une de ses forces était d'établir des liens sociaux avec les autres ; elle estima qu'elle ne s'était pas assez investie à ce chapitre avant l'arrivée du bébé, car elle envisageait déjà le retour à New York dans plusieurs années et que, comme elle y avait des amies proches, elle n'avait pas éprouvé le besoin de se construire un réseau de soutien social localement.

Jane reconnut rapidement qu'elle devait faire deux choses. Premièrement, il lui fallait de l'aide temporaire pour regagner son aplomb et commencer à se rétablir. Elle demanda à sa mère de revenir pendant deux autres semaines et, grâce à cette aide supplémentaire, elle commença presqu'immédiatement à se sentir moins accablée. Elle et son conjoint commencèrent aussi à prévoir du temps ensemble et, grâce à la présence de sa mère, ils ont été en mesure de sortir seuls à plusieurs reprises, ce qu'ils n'avaient pu faire depuis l'arrivée du bébé.

Deuxièmement, elle commença à construire davantage de liens avec d'autres femmes à proximité. Son thérapeute la dirigea vers un groupe d'entraide pour nouvelles mères, et elle établit des liens avec plusieurs autres femmes dans des situations semblables à la sienne. Bien que difficile au départ compte tenu de son peu d'énergie, Jane fut en mesure de commencer à s'investir dans ces relations et rapporta un grand changement par rapport à son sentiment d'isolement. Après le retour de sa mère à New York, elle fut en mesure de compter sur ces nouveaux liens pour un soutien continu.

Elle fit aussi face à sa colère par rapport à la décision de son mari de déménager dans le Midwest. Bien que cette décision ne puisse pas être renversée, son mari semblait beaucoup plus favorable à l'idée de prendre conjointement les décisions à l'avenir, et beaucoup plus conscient de l'incidence du déménagement et du nouvel enfant sur Jane. Elle sentait qu'il comprenait beaucoup mieux sa position.

Après cinq semaines de séances hebdomadaires, Jane et son thérapeute se sont rencontrés à deux autres occasions à des intervalles de deux semaines. Dans ce délai, sa dépression s'était résolue, et elle avait commencé à s'investir de manière beaucoup plus concrète dans son réseau de soutien social local. Comme soutien de rechange, sa mère accepta d'être « sur appel » et disposée à fournir plus d'aide au besoin.

Conclusion

La PTI et le CIP conviennent particulièrement bien au traitement de la dépression périnatale pour plusieurs raisons. L'attrait principal,

tant pour les thérapeutes que pour les femmes, est le fait que l'approche interpersonnelle aborde directement les conflits, les transitions et les pertes interpersonnelles que les femmes vivent en période périnatale. Cet aspect séduisant permet d'expliquer très facilement la justification du traitement et d'engager les femmes en période périnatale dans la thérapie.

Pour les cas qui ne sont pas complexes, le CIP constitue une option de rechange abrégée de la PTI. On peut aussi se servir du CIP dans le cadre des pratiques obstétriques et médicales générales pour réduire les symptômes psychologiques, rétablir le moral, améliorer l'estime de soi et améliorer la qualité de l'ajustement social de la patiente et de ses relations interpersonnelles (Klerman et al., 1987). En plus d'être plus bref quant au nombre et à la durée des séances, le CIP est aussi plus facile à dispenser et requiert moins de formation (Judd et al., 2001 ; Klerman et al., 1987 ; Mossey et al., 1996). Tous ces aspects font que l'utilisation du CIP convient mieux à un contexte de soins primaires et qu'il convient particulièrement bien au contexte périnatal.

Références

American Psychiatric Association, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Washington, DC, American Psychiatric Association.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., 1979, *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Press, New York.

Bowlby, J., 1988, Developmental psychiatry comes of age, *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.

Caplan, H. L., Cogill, S. R., Alexandra, H., 1989, Maternal depression and the emotional development of the child, *British Journal of Psychiatry*, 154, 818-822.

Cox, J. L., Connor, Y. M., Henderson, I., 1983, Prospective study of psychiatric disorders of childbirth by self-report questionnaire, *Journal of Affective Disorders*, 5, 1-7.

Cummings, E. M., Davies, P. T., 1994, Maternal depression and child development, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.

Engel, G. L., 1980, The clinical application of biopsychosocial models, *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.

Field, T., Healy, B., Goldstein, S., 1990, Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of non-depressed versus depressed dyads, *Developmental Psychology*, 26, 7-14.

FIELD, T., SANDBERG, D., GARCIA, R., 1985, Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions, *Developmental Psychology*, 21, 1152-1156.

GOODMAN, S. H., GOTLIB, I. H., 1999, Risk for psychopathology in the children of depressed mothers : A developmental model for understanding mechanisms of transmission, *Psychological Review*, 106, 458-490.

GOTLIB, I. H., WHIFFEN, V. E., MOUNT, J. H., 1989, Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 269-274.

HAMILTON, M., 1960, A rating scale for depression, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.

HENDERSON, S., 1974, Care-eliciting behavior in man, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 172-181.

HENDERSON, S., 1977, The social network, support, and neurosis : the function of attachment in adult life, *British Journal of Psychiatry*, 131, 185-191.

JUDD, F., PITERMAN, L., COCKRAM, A. M., 2001, A comparative study of venlafaxine with a focused education and psychotherapy program versus venlafaxine alone in the treatment of depression in general practice, *Human Psychopharmacology*, 16, 423-428.

KIESLER, D. J., 1996, *Contemporary Interpersonal Theory and Research : Personality, Psychopathology, and Psychotherapy*, John Wiley and Sons, New York.

KLERMAN, G. L., BUDMAN, S., BERWICK, D., 1987, Efficacy of a brief psychosocial intervention for symptoms of stress and distress among patients in primary care, *Medical Care*, 25, 1078-1088.

KOPELMAN, R., STUART, S., 2005, Psychological treatments for postpartum depression, *Psychiatric Annals*, 35, 556-565.

MOSSEY, J. M., KNOTT, K. A., HIGGINS, M., 1996, Effectiveness of a psychosocial intervention, interpersonal counseling for subdysthymic depression in medically ill elderly, *Journal of Gerontology*, 51A, 172-178.

MURRAY, L., 1992, The impact of postnatal depression on infant development, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 543-561.

O'HARA, M., SWAIN, A., 1996, Rates and risk of postpartum depression : A meta-analysis, *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.

O'HARA, M. W., 1999, Postpartum mental disorders, in Sciarra, J.J., ed., *Gynecology and Obstetrics : Volume 6*, Harper and Row, Philadelphia, 1-17.

O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L., 2000, Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression, *Archives of General Psychiatry*, 57, 1039-1045.

Phillipps, L. H., O'Hara, M. W., 1991, Prospective study of postpartum depression : 4 ½ year follow-up of women and children, *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 151-155.

Segre, L. S., Stuart, S., O'Hara, M. W., 2004, Interpersonal psychotherapy for antenatal and postpartum depression, *Primary Psychiatry*, 11, 52-56, 66.

Stewart, J. W., Garfinkel, R., Nunes, E. V., 1998, Atypical features and treatment response in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18, 429-434.

Stuart, S., 1999, Interpersonal Psychotherapy for postpartum depression, in Miller, L., ed., *Postpartum Psychiatric Disorders*, American Psychiatric Press, Washington, Dc., 143-162.

Stuart, S., 2006, Interpersonal Psychotherapy : A guide to the basics, *Psychiatric Annals*, 36, 542-549.

Stuart, S., O'Hara, M. W., 2001, The efficacy of psychotherapy for perinatal depression, *The Economics of Neuroscience*, 3, 46-51.

Stuart, S., O'Hara, M. W., 2005, The Use of Interpersonal Psychotherapy for Perinatal Mood and Anxiety Disorders, in Steiner M., ed., *Perinatal Depression : From Bench to Bedside*, Basel, Karger, 150-166.

Stuart, S., O'Hara, M. W., Gorman, L. L., 2003, The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression, *Archives of Women's Mental Health*, 6, S57-S69.

Stuart, S., Robertson, M., 2003, *Interpersonal Psychotherapy : A Clinician's Guide*, Edward Arnold Ltd., London.

Swartz, H. A., Frank, E., Shear, M. K., 2004, A pilot study of brief interpersonal psychotherapy for depression among women, *Psychiatric Services*, 55, 448-450.

Swartz, H. A., Zuckoff, A., Frank, E., 2006, An open-label trial of enhanced brief Interpersonal Psychotherapy in depressed mothers whose children are receiving psychiatric treatment, *Depression and Anxiety*, 23, 398-404.

Whiffen, V., 1988, Vulnerability to postpartum depression : a prospective multivariate study, *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 467-474.

ABSTRACT

The treatment of postpartum depression with IPT and IPC

Perinatal depression is a prevalent disorder with a high degree of morbidity for both mother and infant. There are now empirically validated treatments for both postpartum depression and depression during pregnancy. Among these is Interpersonal Psychotherapy (IPT), which has been shown to be effective for postpartum depression across the spectrum of mild to severe depression. In fact, the limited evidence of efficacy for medication and concern about medication side effects have led some to suggest that IPT should be the first line treatment for depressed breastfeeding women. There are similar concerns about medication usage during pregnancy. Recent clinical and research experience also suggest that Interpersonal Counseling (IPC) may be effective for selected postpartum women as well. IPC, an abbreviated form of IPT, appears to be effective for mild to moderate depression, and has the potential advantage of being more amenable to delivery in primary care or OB settings.

RESUMEN

Psicoterapia interpersonal (PTI) y consejo interpersonal (CIP) en el tratamiento de la depresión posparto

La depresión perinatal es un trastorno prevaleciente que conlleva un grado elevado de morbilidad a la vez en la madre y el bebé lactante. Actualmente existen tratamientos validados empíricamente para tratar tanto la depresión posparto como la depresión durante el embarazo. Entre estos tratamientos, la psicoterapia interpersonal (PTI) ha demostrado su eficacia para tratar la depresión posparto, ya sea ligera o grave. De hecho, la evidencia limitada de las pruebas de eficacia de la medicación y las preocupaciones al respecto de sus efectos secundarios han llevado a algunas personas a proponer que la PTI sea la primera opción elegida para tratar a las mujeres que sufren de depresión posparto y que amamantan. Preocupaciones similares persisten al respecto del uso de medicamentos durante el embarazo. Recientes experimentos e investigaciones clínicas sugieren que el consejo interpersonal (CIP) podría también ser eficaz en algunas mujeres en depresión posparto. Una forma abreviada de la PTI, el CIP parece ser eficaz para tratar la depresión ligera o moderada y tiene la ventaja potencial de ser más fácil de dispensar en el marco de los cuidados primarios o del medio de la obstetricia.

RESUMO

Psicoterapia interpessoal (TIP) e Aconselhamento interpessoal (AIP) para o tratamento da depressão pós-parto

A depressão perinatal é um transtorno dominante que comporta um grau elevado de morbidade ao mesmo tempo na mãe e no bebê. Atualmente, dispõe-se de tratamentos empiricamente validados para tratar tanto a depressão pós-parto quanto a depressão durante a gravidez. Entre estes tratamentos, a psicoterapia interpessoal (TIP) demonstrou sua eficácia para tratar a depressão pós-parto, seja ela leve ou grave. De fato, a evidência limitada das provas da eficácia da medicação e as preocupações a respeito de seus efeitos colaterais levaram algumas pessoas a propor que a TIP seja a primeira opção escolhida para tratar as mulheres que sofrem de depressão e que amamentam. Preocupações semelhantes persistem a respeito do uso de medicamentos durante a gravidez. Recentes experiências e pesquisas clínicas levam a crer que o aconselhamento interpessoal (AIP) poderia também ser eficaz em algumas mulheres em depressão pós-parto. Forma resumida da TIP, o AIP demonstra ser eficaz para tratar a depressão leve a moderada, e tem a vantagem potencial de ser mais fácil a disponibilizar no quadro dos cuidados primários ou dos meios obstétricos.