

Psychothérapie interpersonnelle à l'intention des adolescents souffrant de dépression : théories, techniques et recherche

Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: An overview of theory, techniques and research

Psicoterapia interpersonal dirigida a los adolescentes que sufren de depresión: teorías, técnicas e investigación

Psicoterapia interpeçoal para adolescentes que sofrem de depressão: teorias, técnicas e pesquisa

Laura Mufson et Gabrielle Anderson

Volume 33, numéro 2, automne 2008

La psychothérapie interpersonnelle

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/019668ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/019668ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Mufson, L. & Anderson, G. (2008). Psychothérapie interpersonnelle à l'intention des adolescents souffrant de dépression : théories, techniques et recherche. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 49–65. <https://doi.org/10.7202/019668ar>

Résumé de l'article

La psychothérapie interpersonnelle de l'adolescent souffrant de dépression (PTI-A) est une psychothérapie brève, basée sur des données probantes, reconnue efficace dans le traitement chez l'adolescent de la dépression unipolaire sans symptômes psychotiques. Cet article présente les principes théoriques de la PTI et ses adaptations reliées au développement de l'adolescent, la notion de cible du traitement (principaux domaines problématiques) et les techniques spécifiques à la PTI-A. Ce traitement se concentre sur les habiletés de communication et la gestion du réseau social actuel de l'individu. Le travail du focus thérapeutique vise à améliorer les relations sociales de l'adolescent en supposant que cela améliorera son humeur. Les bases empiriques relatives à l'efficacité et les résultats préliminaires d'essais cliniques de la PTI-A de même que les recherches futures sur la dépression unipolaire de l'adolescent sont exposées brièvement.



Psychothérapie interpersonnelle à l'intention des adolescents souffrant de dépression : théories, techniques et recherche

Laura Mufson*

Gabrielle Anderson**

La psychothérapie interpersonnelle de l'adolescent souffrant de dépression (PTI-A) est une psychothérapie brève, basée sur des données probantes, reconnue efficace dans le traitement chez l'adolescent de la dépression unipolaire sans symptômes psychotiques. Cet article présente les principes théoriques de la PTI et ses adaptations reliées au développement de l'adolescent, la notion de cible du traitement (principaux domaines problématiques) et les techniques spécifiques à la PTI-A. Ce traitement se concentre sur les habiletés de communication et la gestion du réseau social actuel de l'individu. Le travail du focus thérapeutique vise à améliorer les relations sociales de l'adolescent en supposant que cela améliorera son humeur. Les bases empiriques relatives à l'efficacité et les résultats préliminaires d'essais cliniques de la PTI-A de même que les recherches futures sur la dépression unipolaire de l'adolescent sont exposées brièvement.

La psychothérapie interpersonnelle de l'adolescent souffrant de dépression (PTI-A) est une psychothérapie brève, limitée dans le temps, reconnue efficace selon des études scientifiques rigoureuses (Mufson et al., 2004). Les psychothérapies basées sur des données probantes doivent rencontrer plusieurs critères. Entre autres, la procédure doit être définie dans un manuel; 2) le traitement doit être reconnu efficace dans au moins 2 essais cliniques contrôlés avec échantillonnage aléatoire (Weissman et al., 2006). Avec la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (Harrington et al., 1998; Lewinsohn et Clarke, 1999; Reinecke et al., 1998), la PTI-A constitue une des seules psychothérapies ayant démontré son efficacité dans le traitement de la dépression unipolaire de l'adolescent.

* Ph.D., New York State Psychiatric Institute, Columbia University College of Physicians and Surgeons.

** Ph.D., New York State Psychiatric Institute, Columbia University College of Physicians and Surgeons.

Traduit de l'anglais par Dr Simon Patry, psychiatre avec la collaboration du D^r Caroline Gagnon, psychiatre.

Les recherches démontrent que les habiletés interpersonnelles et les événements sociaux peuvent être des éléments importants dans le traitement de la dépression chez l'adolescent. Les études ont démontré une association entre les problèmes interpersonnels et la dépression. De plus, les difficultés relationnelles avec les pairs et la famille sont reconnus autant comme facteurs prédictifs que conséquences de la dépression de l'adolescent et ce, autant dans la communauté que dans les échantillons cliniques (Hammen, 1999; Lewinshon et al., 1994; Puig-Antich et al. 1993; Sheeber et al., 1997). Afin de comprendre les difficultés vécues par le sujet déprimé, un traitement qui cible à la fois les symptômes et les difficultés relationnelles est souhaitable.

La PTI-A est une adaptation de la PTI, psychothérapie brève, se présentant sous forme de manuel, reconnue efficace dans le traitement de la dépression adulte selon plusieurs essais cliniques (Weissman et al., 2000). Laura Mufson est considérée une pionnière dans l'adaptation de la PTI chez les adolescents selon leur développement et leurs besoins. Étant impliquée avec ses collègues dans la direction de la plupart des études de recherche citées dans cet article, elle a évalué l'efficacité des nombreuses adaptations de la PTI-A. Cet article répertorie l'ensemble des études portant sur le traitement de la dépression de l'adolescent par une adaptation du modèle de la PTI. L'objectif principal de cet article est de passer en revue les principes théoriques, les adaptations reliées au développement, la notion de cible de traitement (focus) interpersonnel, les techniques thérapeutiques de même que les résultats des recherches en PTI-A.

Fondements théoriques

Un des fondements théoriques de la PTI est que la dépression survient dans un contexte interpersonnel particulier. Les relations interpersonnelles difficiles ont un impact sur la santé mentale et les problèmes consécutifs à la dépression peuvent affecter les relations. Ce traitement vise donc à la fois la rémission des symptômes et l'amélioration du fonctionnement interpersonnel et social de l'individu. Le thérapeute aide le patient à établir un lien entre l'humeur dépressive et les autres symptômes avec ce qui se passe dans ses relations actuelles. Afin de diminuer les symptômes et faciliter le retour à la normale, le traitement mettra l'emphasis sur l'amélioration des habiletés de communication et sur la modification des attentes dans les relations. La PTI a été fortement influencée par les théories de l'attachement (Bowlby, 1977), de la communication (Sullivan, 1953) et les théories sociales (Meyer, 1957). Sullivan, Meyer et Bowlby ont tous reconnu l'import-

tance de l'influence des relations interpersonnelles sur la santé mentale (Bowlby, 1977 ; Meyer, 1957 ; Sullivan, 1953). La PTI vise à améliorer le réseau social de l'individu et la manière dont il communique ses besoins d'attachement afin d'améliorer ultimement ses relations interpersonnelles et ainsi atténuer la dépression (Stuart, 2006).

La PTI-A et le développement de l'adolescent

La version adulte du manuel de PTI a été adaptée au traitement de la dépression de l'adolescent de manière à répondre à certaines caractéristiques spécifiques de l'adolescence telles que l'initiation de relations amoureuses, les transactions relationnelles avec les pairs, la séparation d'avec les parents et la perte de relations significatives. Même si l'implication des parents n'est pas requise, ceux-ci sont invités à participer aux rencontres à chacune des phases du traitement. Le degré d'implication parentale dépendra des besoins de l'adolescent, de la cible choisie (focus), de la disponibilité et de la motivation des parents à vouloir participer.

Les techniques utilisées en PTI-A ont été spécifiquement adaptées à la population adolescente. On apprend au patient à mesurer la sévérité de son humeur dépressive en utilisant une échelle de 1 à 10 ce qui permet de coter l'amélioration de manière simple et concrète. D'autres exemples de stratégies thérapeutiques sont l'enseignement d'habiletés sociales de base afin d'améliorer la communication, la mise en perspective des situations afin de contrer la pensée en noir et blanc et l'apprentissage de la négociation dans les conflits parents-enfant. Le manuel de PTI-A inclut aussi des stratégies de traitement applicables à d'autres problèmes spécifiques à l'adolescence tels que l'abandon scolaire, l'abus physique ou sexuel, l'implication des agences de protection de l'enfance et le comportement suicidaire (Mufson et al., 2004).

Les patients adolescents sont de bons candidats à la PTI-A s'ils acceptent qu'ils souffrent de dépression et qu'ils sont en mesure d'identifier au moins une difficulté interpersonnelle. Le succès thérapeutique dépendra aussi de la motivation du patient et du support parental. La PTI-A n'est pas recommandée pour les adolescents avec retard mental ou souffrant de maladie bipolaire, de psychose, d'abus de substances ou ceux en crise suicidaire ou homicide (Young et Mufson, 2004). De plus, la PTI-A n'est pas recommandée pour l'adolescent présentant des pathologies associées qui requièrent un traitement spécifique prioritaire, tels que le trouble des conduites, le trouble obsessionnel-compulsif, la schizophrénie, un trouble alimentaire actif ou une condition médicale chronique. La PTI-A serait probablement efficace dans le traitement de

la dépression associée à un trouble anxieux, d'un trouble déficitaire de l'attention ou d'un trouble oppositionnel avec provocation, toutefois, d'autres études cliniques doivent être effectuées avant d'en arriver à cette conclusion.

Les quatre domaines problématiques (focus)

Au début de la PTI-A, le psychothérapeute tente d'identifier avec le patient un ou deux des quatre domaines problématiques pouvant avoir contribué au déclenchement de la dépression, et qui peuvent être des cibles de traitement, à savoir : les deuils pathologiques, les transitions de rôle difficiles, les conflits interpersonnels et les déficits interpersonnels. Ces quatre cibles de traitement seront exposées plus loin et une description plus détaillée de chacun des problèmes se retrouvant dans le manuel de PTI-A (Mufson et al., 2004).

Les deuils pathologiques

La PTI-A peut être utilisée dans le traitement d'un deuil normal ou pathologique lorsque la dépression semble associée à la perte d'une personne significative. Elle est surtout utile lorsque la personne vit une période de deuil prolongée, une rupture du réseau social consécutive à la perte ou bien chez celui qui avait une relation conflictuelle avec le décédé (Mufson et al., 2004). Le processus thérapeutique permettra au sujet de vivre sainement un deuil en l'encourageant à discuter en détail des sentiments portés envers le décédé et leur relation, en construisant des souvenirs plus réalistes de la relation et en reliant l'affect et le comportement avec la perte. Par la suite, l'adolescent est encouragé à bâtir de nouvelles relations ou à améliorer celles existantes dans le but de remplacer la relation perdue.

Les transitions de rôle difficiles

La dépression peut survenir lorsque l'adolescent vit des expériences difficiles en lien avec un changement de rôle inhérent à une transition de vie. Ces transitions peuvent être normatives (par exemple, le passage des écoles primaire à secondaire) ou résulter d'événements inattendus (par exemple, un déménagement, le divorce des parents, une maladie). Le patient peut se sentir pris avec des responsabilités qu'exige le nouveau rôle, ou la famille peut avoir des problèmes à s'adapter à cette transition. Plusieurs facteurs peuvent expliquer une transition difficile comme la survenue précipitée d'un événement, la présence de plusieurs événements stressants concomitants, le vécu du changement comme une perte, l'immaturation, un faible support parental, les déficits

dans la communication et dans la résolution de problème. Le psychologue aide l'adolescent à relier son humeur et ses symptômes aux changements associés à la transition, à identifier et à pratiquer de nouvelles habiletés inhérentes au nouveau rôle et à améliorer ses stratégies de communication et de négociation. Si des membres de la famille éprouvent des difficultés reliées à une transition (par exemple, l'ingérence intrusive des parents dans les relations sociales de l'adolescent), ces derniers peuvent être invités à participer activement à une séance parent-adolescent ou encore, une séance avec le parent seul peut être suggérée.

Les conflits interpersonnels

Un conflit survient lorsque l'adolescent et une personne significative (parent, professeur, ami, etc.) ont des attentes non réciproques au sujet de leur relation (Mufson et al., 2004). Cela peut amener un conflit au sujet du comportement de l'adolescent, en particulier autour des questions d'autonomie, d'autorité, de sexualité et de besoins financiers. Les conflits chroniques peuvent susciter une détresse importante et engendrer une dépression qui, à son tour, engendre de l'irritabilité ou d'autres symptômes exacerbant le conflit. Si cela est possible et approprié, l'autre partie impliquée est invitée à participer aux séances de thérapie afin de travailler directement sur la modification de la communication et des attentes dans la relation. Les conflits interpersonnels peuvent se situer à l'un ou l'autre de trois stades : la négociation, l'impasse ou la dissolution de la relation. Les buts de la thérapie sont en lien avec chacun de ces stades : résolution de conflit, révision des attentes mutuelles ou bien dissolution de la relation avec gestion de la perte. Le but ultime de la thérapie est soit de résoudre le conflit, ou sinon d'acquiescer de nouvelles habiletés de communication et de gestion de la relation. Si la résolution du conflit semble improbable, il est plus réaliste de travailler à diminuer la fréquence des disputes. De plus, on peut suggérer la formation de nouvelles relations répondant mieux aux besoins émotionnels de l'adolescent.

Les déficits interpersonnels

La dépression peut survenir dans un contexte d'un manque d'habiletés sociales et de communication qui sont nécessaires à l'initiation et au maintien de relations interpersonnelles significatives. Ces adolescents rapportent de pauvres contacts sociaux. Par ailleurs, l'isolement social et le retrait peuvent contribuer à l'exacerbation d'une dépression. Le psychologue et le patient passent en revue les relations passées dans une perspective d'identifier les modèles interpersonnels inadaptes

reliés à la dépression. Le thérapeute peut mettre en évidence un cercle vicieux où l'adolescent a tendance à s'isoler ce qui conduit à une exacerbation de la dépression qui à son tour amène encore plus de retrait social. La PTI-A n'est pas recommandée chez le patient avec un manque grave et persistant d'habiletés sociales, mais plutôt chez celui avec des déficits légers à modérés et/ou qui sont une conséquence de la dépression en soi ou résultent d'un événement stressant spécifique. Le traitement se concentre sur le développement d'habiletés permettant au sujet de créer de nouvelles relations satisfaisantes tout en réintégrant leur groupe social après une période de retrait.

PTI-A : déroulement du traitement

La PTI-A se déroule en 12 à 15 séances réparties sur une période de 12 semaines. Ce modèle est flexible et des séances peuvent être ajoutées afin de permettre des rencontres conjointes avec les parents ou d'autres personnes si nécessaire. Il est important de maintenir l'aspect bref et limité dans le temps. S'il s'avère nécessaire de prolonger la thérapie jusqu'à 16 semaines, en raison d'exacerbation de la situation ou pour d'autres raisons cliniques, ceci doit être négocié et explicité dans un contrat révisé. Selon le cadre du traitement, la fréquence des séances peut aussi varier. Par exemple, dans une étude récente menée dans une clinique scolaire, sous la direction de Mufson et ses collaborateurs (2004), des adolescents ont participé à 12 séances de thérapie sur 16 semaines. Cela a permis aux psychothérapeutes de s'ajuster au congé scolaire et aux périodes d'examen et de diminuer la fréquence des rencontres avec l'adolescent qui a connu une amélioration.

Structure des rencontres

La structure générale des rencontres de PTI-A demeure constante tout au long des phases initiale, intermédiaire et finale du traitement. Chaque séance commence avec une revue des symptômes dépressifs, une évaluation numérique de l'humeur (de 1 à 10) au cours de la semaine précédente et l'établissement d'un lien entre les modifications de l'humeur et les événements interpersonnels. Le reste de la rencontre se concentre sur les tâches à accomplir propres au « focus » et à la phase de traitement en cours. Le psychothérapeute demeure actif, aidant le patient à relier les symptômes au fonctionnement interpersonnel et maintenant toujours le cap sur le domaine problématique. Pour sa part, l'adolescent collabore activement en discutant de ses relations interpersonnelles, en partageant avec le thérapeute les événements qui se sont déroulés entre les rencontres tout en recherchant des solutions et en expérimentant les apprentissages faits pendant ou après les séances.

Phase initiale : séances 1 à 4

La phase initiale comprend les séances 1 à 4. Les parents sont invités à participer à l'une de ces rencontres, préférablement la première ou la deuxième. Cette séance peut être prolongée en raison de la présence de parents, ou le thérapeute peut offrir au parent une rencontre au cours des premières semaines.

Les objectifs de la phase initiale sont :

1) Confirmer le diagnostic de dépression.

Afin d'obtenir une histoire psychosociale et de revoir les symptômes actuels et antérieurs de même que les conditions associées (par exemple, une manie, une psychose, un abus de substance, une suicidalité active), une évaluation devrait être idéalement effectuée avant la première rencontre ce qui permettra aussi d'évaluer la pertinence d'une PTI-A.

2) Psychoéducation sur la dépression et attribution d'un « rôle limité de malade ».

La psychoéducation est une composante importante de la PTI-A particulièrement lors de la phase initiale. Le psychothérapeute informe le patient et ses parents des symptômes et comportements attribuables à la dépression. Il est important de souligner que les parents peuvent mal interpréter ou même ignorer les symptômes d'une dépression croyant simplement que cela fait partie d'une crise d'adolescence banale. Ici, la dépression est présentée comme une pathologie médicale curable de bon pronostic : cela évite ainsi de rendre quiconque responsable de l'apparition de la maladie.

Le thérapeute attribue au patient un « rôle limité de malade », tout en lui expliquant ce concept ainsi qu'à ses parents. En PTI-A, on conçoit la dépression comme une maladie telle une pneumonie et, lorsqu'on est malade, on ne peut rencontrer toutes ses obligations comme auparavant. Cependant, pour l'adolescent, il demeure important qu'il poursuive ses études et fasse ses activités normales autant que possible et ce, malgré la présence de troubles de concentration, de fatigue ou d'anhédonie. Le but est de permettre à l'adolescent d'adopter une routine régulière avec le soutien parental dans la perspective que ces activités seront plus faciles à accomplir à mesure que la dépression s'atténuera.

3) Expliquer la théorie et les objectifs de la PTI-A.

Le thérapeute présente le traitement et sa durée déterminée et explicite les rôles du patient et du thérapeute. Il explique aussi que la dépression, quelle que soit son étiologie, survient dans un contexte interpersonnel particulier et que celle-ci a des répercussions sur les relations sociales et vice-versa.

4) Faire l'inventaire interpersonnel.

Les objectifs mentionnés plus haut sont habituellement atteints lors des deux premières rencontres. Le thérapeute commence habituellement l'inventaire interpersonnel au cours de la deuxième séance et termine la phase initiale avec une formulation du problème. Dans l'inventaire interpersonnel, les relations les plus significatives du sujet sont examinées permettant ainsi d'évaluer le fonctionnement interpersonnel. De plus, les facteurs précipitant et perpétuant la dépression peuvent être ainsi déterminés. Le thérapeute s'informe aussi d'événements significatifs qui peuvent être reliés à l'apparition de la dépression. On demande à l'adolescent d'identifier les personnes les plus importantes dans sa vie en utilisant un diagramme appelé « cercle des intimes » (Mufson et al., 2004) constitué d'une série de cercles concentriques, le patient s'y situant au centre. On demande au sujet d'identifier et de situer les personnes importantes pour lui dans chacun des cercles par ordre d'importance personnelle. On détaille chacune des relations en demandant la fréquence, le contenu et le contexte des interactions, les aspects positifs et négatifs de la relation, l'impact de la dépression sur ces relations et, finalement, quels changements l'adolescent souhaiterait apporter dans ces relations avec l'aide de la psychothérapie. L'adolescent est la principale source d'information.

5) Identifier le principal domaine problématique.

Le psychothérapeute utilise l'inventaire interpersonnel comme outil permettant à l'adolescent de comprendre le lien entre la dépression et les événements, et d'identifier des thèmes récurrents ainsi que des modalités relationnelles positives et négatives utilisées. Par exemple, l'adolescent peut présenter un pattern de conflits interpersonnels ayant pour résultat des difficultés à maintenir une intimité dans ses relations ou bien, l'adolescent démontre une bonne capacité de communication dans une relation donnée, mais pas dans une autre. Un des buts du traitement pourrait être de généraliser des habiletés existantes à des relations problématiques qui contribuent à la dépression. Fina-

lement, le thérapeute et le patient choisissent un des quatre domaines problématiques devant être abordés en psychothérapie. Si cela s'avère nécessaire, un problème primaire et un autre secondaire peuvent être identifiés.

6) Établir un contrat thérapeutique.

Après avoir identifié la cible du traitement, un contrat verbal est établi dans lequel le rôle de chaque partie, les objectifs et le déroulement du traitement sont déterminés. Le thérapeute souligne que le succès de la thérapie sera mieux assuré si l'adolescent apporte des informations sur les interactions sociales vécues entre les séances. Le thérapeute explique aussi que les parents peuvent être invités à discuter du problème identifié. Le thérapeute donne un exemple d'une communication claire en précisant les attentes et en soulignant l'importance de la ponctualité, de la présence aux rencontres et de la communication (par exemple, appeler en cas d'annulation) dans ce traitement court terme.

Phase intermédiaire : séances 5 à 9

La phase intermédiaire comporte les séances 5 à 9 inclusivement. Les tâches principales de cette phase sont :

- 1) surveiller l'intensité des symptômes dépressifs ;
- 2) considérer l'ajout d'une médication s'il semble ne pas y avoir d'amélioration ;
- 3) clarifier la cible du traitement identifiée ;
- 4) identifier des stratégies efficaces pour atteindre la cible du traitement ;
- 5) implanter de nouvelles techniques afin d'assurer une amélioration dans le domaine problématique identifié.

Techniques générales

Cette section présente quelques techniques de PTI-A que le thérapeute enseigne à l'adolescent et qui peuvent s'appliquer à plusieurs domaines problématiques. Lors de la pratique de ces techniques, soit pendant les rencontres ou à l'extérieur, il importe de choisir en premier lieu une situation problématique facile à résoudre ; ensuite des interactions plus difficiles seront travaillées. Un premier succès augmentera l'espoir de l'adolescent qu'en utilisant de telles techniques, un changement dans les relations peut survenir et la motivation à

participer de façon active au traitement s'en trouvera accrue. Ces techniques sont :

1) Lien entre affect et événements

Tout au long d'une séance donnée, le thérapeute et l'adolescent visent à relier les affects aux événements. Ceci commence par la revue des symptômes dépressifs et la cotation simplifiée de ces symptômes. Le but de ce travail est d'aider le patient à reconnaître le lien existant entre les événements et l'humeur et à se sentir plus à l'aise dans l'identification et l'expression de ses émotions. Certains patients relatent des événements sans relier ceux-ci à leur état émotionnel, et d'autres peuvent exprimer leurs sentiments sans voir l'influence des événements sur leur humeur. Lorsque l'adolescent décrit des événements interpersonnels, le thérapeute doit demander ce que l'adolescent a ressenti par rapport à ces événements, par exemple, quels sentiments et quels changements d'humeur ces derniers ont suscités. Par la suite, les interactions interpersonnelles sont analysées de façon détaillée afin de déterminer quels éléments de l'interaction ont engendré un changement d'humeur; de plus, on tente d'élaborer comment cela aurait pu se passer autrement si une approche différente avait été utilisée.

2) Analyse de la communication

Lorsque l'adolescent rapporte un événement interpersonnel problématique survenu au cours de la semaine écoulée, il peut être utile d'analyser la communication ainsi que le processus décisionnel afin d'évaluer s'il y a eu un problème au niveau de la communication ou dans le choix d'une solution. L'analyse de la communication vise à aider l'adolescent à se rendre compte que ses communications verbales et non verbales ont un impact sur les autres, et à lui montrer de quelle manière un changement dans ses stratégies de communication peut avoir un impact sur la qualité de ces interactions et conséquemment sur son humeur. Le thérapeute pose des questions afin d'obtenir des informations précises et détaillées sur chacune des parties de l'interaction, telles que :

- Comment cela a commencé ?
- À quel endroit et quand cela s'est-il passé ?
- Qu'avez-vous dit exactement ?
- Que vous a-t-on répondu ?

- Comment vous êtes-vous senti ?
- Comment croyez-vous que l'autre s'est senti et pourquoi ?
- Qu'est-il arrivé par la suite ?
- Était-ce l'issue souhaitée ?

(Mufson et al., 2004)

Lorsque le thérapeute a compris ce qui s'est passé dans l'interaction, la discussion se centre sur l'impact qu'auraient pu avoir des stratégies différentes sur le résultat de l'interaction. On demande à l'adolescent de partager ses idées sur ce qu'il aurait pu dire ou faire différemment. Ensuite, le thérapeute utilise la psychoéducation pour informer l'adolescent d'autres stratégies de communication, telles que : 1) choisir le bon moment pour demander un échange ; 2) reconnaître la vision de l'autre ; 3) utiliser le « je » ; 4) être spécifique et centré sur le présent lorsqu'on parle d'un problème ; 5) penser à des solutions possibles et être prêt aux compromis sans abandonner pour autant.

3) Analyse décisionnelle

Lorsque le thérapeute et le patient ont compris le domaine problématique et les problèmes dans la communication, une analyse décisionnelle peut être faite afin de déterminer la meilleure marche à suivre. Le thérapeute encourage l'adolescent à élaborer différentes solutions, à évaluer le pour et le contre de chacune d'elles et à choisir laquelle appliquer en premier. Si le thérapeute et l'adolescent estiment que ce dernier est bien préparé, on peut demander à l'adolescent de faire un essai à la maison avant la prochaine rencontre. Le déroulement de l'interaction sera examiné lors de la prochaine rencontre et les raisons du succès ou des difficultés seront explorées.

4) Jeux de rôle

L'utilisation de jeux de rôle aide à soutenir le travail sur la communication et l'analyse décisionnelle en préparant l'adolescent à expérimenter de nouvelles techniques en dehors des séances de thérapie. Le jeu de rôle s'avère le plus efficace lorsque chaque étape est réellement jouée au lieu d'être seulement discutée. Il est impératif que le jeu de rôle comporte des issues positives et négatives à l'interaction afin de préparer l'adolescent à tous les scénarios possibles. Les adolescents sont souvent réticents à participer aux jeux de rôle. Il peut être

avantageux que l'adolescent puisse choisir quel rôle il souhaite jouer en premier. De plus, le thérapeute peut réduire les craintes de l'adolescent en élaborant et en discutant chaque étape avant de la jouer, car ainsi il sait à quoi s'attendre.

5) Exercices à la maison

Les exercices à la maison ont pour but d'aider l'adolescent à internaliser les habiletés et à les utiliser efficacement en dehors de la thérapie. Le thérapeute explique à l'adolescent qu'il est invité à utiliser les nouvelles habiletés en dehors des séances lorsque ceci permet de soutenir le travail thérapeutique dans l'aire problématique choisie. Les exercices à la maison sont adaptés à chaque adolescent et découlent du sujet principal d'une séance, aussi travaillé dans les jeux de rôle. Le thérapeute souligne qu'il s'agit « d'expérimentations interpersonnelles » et non pas de devoirs afin d'éliminer les notions de succès et d'échec liées à un devoir. Ces expérimentations sont similaires à des expériences scientifiques ayant pour but d'essayer des choses nouvelles ; si l'expérimentation ne fonctionne pas comme espéré, les données seront examinées dans la prochaine séance afin de déterminer les modifications nécessaires pour obtenir un meilleur résultat.

Phase finale : séances 10 à 12

La phase finale comporte les séances 10 à 12. Les buts de la phase finale sont :

- 1) faire ressortir les changements dans les symptômes dépressifs et l'humeur ;
- 2) passer en revue les symptômes avant-coureurs d'une rechute spécifiques au sujet ;
- 3) faire ressortir les stratégies qui ont amené une amélioration dans les relations ;
- 4) envisager les changements chez l'adolescent et sa famille comme résultats du traitement ;
- 5) anticiper des situations futures qui pourraient entraîner une rechute et revoir les stratégies qui pourraient l'éviter ;
- 6) discuter des habiletés à parfaire après la fin de la psychothérapie ;
- 7) explorer les sentiments par rapport à la fin du traitement (Mufson et al., 2004).

Le thérapeute explique à l'adolescent que la dépression tend à être une maladie récurrente et l'amène à discuter de ses propres signes et symptômes avant-coureurs d'une rechute et des possibilités d'action dans cette situation. Il est recommandé de rencontrer le(s) parent(s) pendant la phase finale afin de discuter des progrès de l'adolescent, des signes avant-coureurs et d'événements déclencheurs possibles d'une dépression ainsi que de tout traitement additionnel qui pourrait s'avérer utile.

Études d'efficacité de la PTI-A

Une étude d'efficacité comparant la PTI-A au traitement usuel (TU) a été effectuée dans des cliniques scolaires de banlieues défavorisées de la ville de New York (Mufson et al., 2004). L'échantillon était constitué principalement d'une population latino-américaine de statut socio-économique faible. Les étudiants étaient évalués à l'entrée de l'étude et à toutes les 4 semaines et leur état clinique à la 12^e semaine fut considéré comme le résultat principal. À la 12^e semaine, la diminution des symptômes dépressifs et de la morbidité était significativement plus importante dans le groupe traité par PTI-A comparé au groupe TU, et l'amélioration du fonctionnement social et familial dans le groupe PTI-A était significativement plus grande (Mufson et al., 2004). Ces effets de traitement étaient comparables à ceux d'études d'efficacité soigneusement contrôlées (Mufson et al., 1999; Rossello et Bernal, 1999). Cette étude constitue donc une contribution importante, car elle démontre qu'un traitement de « laboratoire » peut être transposé dans la communauté.

Traitement de groupe de PTI-A pour des adolescents souffrant de dépression (PTI-AG)

Le manuel de PTI-A individuel a été adapté à un traitement de groupe pour adolescents déprimés et cette forme de traitement étudiée en Afrique et aux États-Unis (Clougherty et al., 2003; Mufson et al., 2004). Ce format de groupe (PTI-AG) utilise les mêmes phases, stratégies, techniques et styles de traitement que l'approche individuelle. Un des buts cliniques principaux de la PTI-AG est d'exposer le patient à des pairs qui vivent des difficultés semblables, et qui peuvent procurer du soutien et aussi des opportunités d'apprentissage au niveau des interactions interpersonnelles et de la pratique des nouvelles habiletés. Les membres du groupe font des jeux de rôle permettant de pratiquer des habiletés de communication et de résolution de problème et ils partagent leurs impressions. Dans une étude pilote randomisée et contrôlée, comparant l'efficacité de l'approche de groupe (PTI-AG) à l'approche individuelle (PTI-A) pour adolescents souffrant de dépression, effectuée dans une clinique spécialisée en santé mentale, la dimi-

nution des symptômes dépressifs et l'amélioration du fonctionnement social furent similaires chez les sujets ayant reçu un traitement individuel et chez ceux ayant participé à l'approche de groupe (Mufson, 2004). Dans les deux groupes, ces gains étaient toujours présents quatre mois après la fin du traitement. Ces résultats préliminaires suggèrent que la PTI-AG peut être une intervention intéressante pour la dépression chez l'adolescent et pourrait permettre de dispenser des soins efficaces et à moindres coûts. Toutefois, d'autres études s'avèrent nécessaires.

La psychothérapie interpersonnelle d'adolescents pour l'acquisition d'habiletés sociales (PTI-AHS)

Cette psychothérapie de groupe a été développée à titre d'intervention préventive pour des adolescents à risque de dépression en raison de la présence chez eux de symptômes nombreux mais sous-syndromiques (Young et al., 2006). Cette approche se distingue de la PTI-A et de la PTI-AG par l'accent encore plus grand mis sur la psychoéducation et sur l'acquisition d'habiletés sociales applicables à des relations multiples, plutôt que sur un domaine problématique spécifique (focus). Les résultats d'un essai clinique contrôlé, comparant la PTI-AHS prodiguée par des experts au counseling scolaire (CS) prodigué par des conseillers en orientation et des travailleurs sociaux, suggèrent que les adolescents recevant la PTI-AHS présentent moins de symptômes dépressifs, sont moins à risque de développer une dépression majeure et démontrent un meilleur fonctionnement général que les adolescents de l'autre groupe, et ceci immédiatement après l'intervention, et trois et six mois après la fin de l'intervention.

Plusieurs autres recherches sont en cours présentement : des études comparant la PTI-A à la médication chez des adolescents souffrant de dépression majeure résistante ; un essai clinique ouvert de la PTI-A appliquée aux adolescents présentant des comportements auto-destructeurs et finalement, un essai ouvert de la PTI-A utilisant une plus grande implication parentale. La plupart des études de PTI-A ont été basées sur des échantillons de populations à faible revenu d'immigrants hispaniques ou sur une population de classe moyenne portoricaine. D'autres études devraient évaluer si la PTI-A est tout aussi efficace au sein de populations plus diversifiées, des populations non hispaniques, et lorsqu'elle est prodiguée par des services de santé mentale différents, tels que des centres communautaires de santé mentale et des cliniques pédiatriques de première ligne..

Références

- BOWLBY, J., 1977, The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture, *British Journal of Psychiatry*, 130, 421-431.
- CLOUGHERTY K. F., VERDELI H., WEISSMAN, M. M., 2003, *Interpersonal Psychotherapy for a Group in Uganda (IPT-GU)*, Copyrighted unpublished manual.
- HAMMEN, C., 1999, The emergence of an interpersonal approach to depression, in Joiner, T., Coyne, J., eds., *The Interactional Nature of Depression: Advances in Interpersonal Approaches*, American Psychological Association, Washington, 21-37.
- HARRINGTON, R., WHITTAKER, J., SHOEBRIDGE, P., 1998, Psychological treatment of depression in children and adolescents, A review of treatment research, *British Journal of Psychiatry*, 173, 291-298.
- LEWINSOHN, P. M., CLARKE, G. N., 1999, Psychosocial treatment for adolescent depression, *Clinical Psychological Review*, 19, 329-342.
- LEWINSOHN, P. M., ROBERTS, R. E., SEELEY, J. R., 1994, Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 302-315.
- MEYER, A., 1957, *Psychobiology: A Science of Man*, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois.
- MUFSON, L., 2004, *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents Group Adaptation (IPT-AG): Preliminary Efficacy*, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting, Washington, D.C.
- MUFSON, L., DORTA, K. P., MOREAU, D., 2004, *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*, second ed., Guilford Publications, New York.
- MUFSON, L., DORTA, K. P., WICKRAMARATNE, P., 2004, A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents, *Archives of General Psychiatry*, 61, 577-584.
- MUFSON, L., GALLAGHER, T., DORTA, K. P., 2004, A group adaptation of Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents, *American Journal of Psychotherapy*, 58, 220-237.
- MUFSON, L., WEISSMAN, M. M., MOREAU, D., 1999, Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents, *Archives of General Psychiatry*, 56, 573-579.
- PUIG-ANTICH, J., KAUFMAN, J., RYAN, N. D., 1993, The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents, *Journal of American Academic and Child Adolescent Psychiatry*, 32, 244-253.

- REINECKE, M. A., RYAN, N. E., DUBOIS, D. L., 1998, Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis, *Journal of American Academic and Child Adolescent Psychiatry*, 37, 26-34.
- ROSSELLO, J., BERNAL, G., 1999, The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents, *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 67, 734-745.
- SHEEBER, L., HOPS, H., ALPERT, A., 1997, Family support and conflict: prospective relations to adolescent depression, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 333-344.
- STUART, S., 2006, Interpersonal Psychotherapy: A guide to the basics, *Psychiatric Annals*, 36, 542.
- SULLIVAN, H. S., 1953, *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, W.W. Norton and Co., New York.
- WEISSMAN, M. M., MARKOWITZ, J. C., KLERMAN, G. L., 2000, *A Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, Basic Books, Albany, New York.
- WEISSMAN, M. M., VERDELI, H., GAMEROFF, M. J., 2006, National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work, *Archives of General Psychiatry*, 63, 925-934.
- YOUNG, J. F., MUFSON, L., 2004, Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: a guide to techniques and implementation, in Steiner, H., ed., *Handbook on Mental Health Interventions in Children and Adolescents: An Integrated Approach*, Wiley and Co., 685-703.
- YOUNG, J. F., MUFSON, L., DAVIES, M., 2006, Efficacy of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: an indicated preventive intervention for depression, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1254-1262.

ABSTRACT

Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: An overview of theory, techniques and research

Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A) is a brief, evidence-based psychotherapy that has been found to be successful in treating unipolar depression in non-bipolar, non-psychotic adolescents. This article provides an overview of the theoretical principles, developmental adaptations, interpersonal focus and techniques of IPT-A. Treatment specifically targets communication skills and social support in current relationships from a skills perspective. Therefore, the

therapeutic focus is on improving the adolescent's relationships with the underlying assumption that this will improve the adolescent's mood. The empirical support for the effectiveness of IPT-A, preliminary findings from clinical trials of adaptations of IPT-A and future directions for research in unipolar adolescent depression are presented briefly.

RESUMEN

Psicoterapia interpersonal dirigida a los adolescentes que sufren de depresión: teorías, técnicas e investigación

La psicoterapia interpersonal del adolescente que sufre de depresión (PTI-A) es una psicoterapia breve de la depresión unipolar sin síntomas psicóticos, basada en datos probantes y reconocida como eficaz en el tratamiento del adolescente. Este artículo presenta los principios teóricos de la PTI y sus adaptaciones relacionadas al desarrollo del adolescente, la noción de blanco del tratamiento (principales áreas problemáticas) y las técnicas específicas de la PTI-A. Este tratamiento se concentra en las habilidades de comunicación y la gestión de la red social actual del individuo. El trabajo del foco terapéutico busca mejorar las relaciones sociales del adolescente al suponer que esto mejorará su humor. Se exponen brevemente las bases empíricas relacionadas a la eficacia y los resultados preliminares de las pruebas clínicas de la PTI-A, al igual que las investigaciones futuras sobre la depresión unipolar del adolescente.

RESUMO

Psicoterapia interpeçoal para adolescentes que sofrem de depressão: teorias, técnicas e pesquisa

A psicoterapia interpeçoal do adolescente que sofre de depressão (TIP-A) é uma psicoterapia breve, baseada em dados probantes, reconhecida como eficaz no tratamento do adolescente, da depressão unipolar sem sintomas psicóticos. Este artigo apresenta os princípios teóricos da TIP e suas adaptações ligadas ao desenvolvimento do adolescente, a noção de alvo do tratamento (principais áreas problemáticas) e as técnicas específicas da TIP-A. Este tratamento se concentra nas habilidades de comunicação e gestão da rede social atual do indivíduo. O trabalho do foco terapêutico visa melhorar as relações sociais do adolescente supondo que isto melhorará seu humor. As bases empíricas relativas à eficácia e os resultados preliminares de testes clínicos da TIP-A, além das pesquisas futuras sobre a depressão unipolar do adolescente são expostas brevemente.