

## La thérapie **interpersonnelle**

**La thérapie interpersonnelle (TIP) est une psychothérapie limitée dans le temps qui a originellement, été développée dans le cadre de la recherche sur le traitement de la dépression de l'adulte. Elle a été ensuite codifiée dans un manuel en 1984 (Klerman et al. 1984).**

**Cette thérapie est basée sur l'analyse et la correction des modes relationnels interpersonnels de la personne souffrant de dépression et elle ne se concentre pas sur les aspects intrapsychiques ou cognitifs de ce trouble psychiatrique.**

**Hassan Rahioui\*,  
M.B. Tang, T. Bottai,  
S. Christophe, C. Depuy,  
L. Jacquesy, F. Kochman,  
J.A. Meynard, D. Papeta**

\*Hôpital Henri Ey (75013)  
et Hôpital Paul Brousse (94)

La TIP se fonde sur l'hypothèse selon laquelle la majorité des personnes souffrant de dépression ont des relations interpersonnelles perturbées qui déclenchent ou suivent l'apparition du trouble de l'humeur. Il en découle que le travail visant à résoudre les difficultés marquant ces relations interpersonnelles favorisera l'amélioration des symptômes dépressifs. Cette démarche thérapeutique va s'appuyer sur l'exploration des domaines interpersonnels problématiques du patient tels que le deuil, les disputes interpersonnelles, les transitions de rôle ou les déficits interpersonnels qui deviennent alors le centre de la thérapie.

Des études cliniques contrôlées ont démontré l'efficacité de cette approche thérapeutique dans le traitement non seulement de la dépression, mais aussi d'autres troubles psychiatriques aussi bien en phase aiguë qu'en phase de maintien et dans différents formats thérapeutiques, individuel, de couple ou de groupe.

### **Tendances diverses**

La TIP s'articule autour de l'interaction des symptômes dépressifs et des problèmes interpersonnels. De ce fait, on peut aisément concevoir que les facteurs interpersonnels puissent provoquer, chez une personne vulnérable, l'apparition d'une dépression qui à son tour peut occasionner des problèmes interpersonnels voire les exacerber.

Dans cette perspective, la TIP s'appuie non seulement sur une base théorique mais aussi sur des investigations empiriques ayant pour objet la recherche de corrélations entre stress, événements de vie, déficit social et l'apparition ainsi que l'évolution de la dépression. C'est ainsi que la TIP comporte des éléments de diverses tendances :

- avec sa théorie interpersonnelle, Harry Stack Sullivan (1953) est allé jusqu'à considérer la psychiatrie comme l'étude des relations interpersonnelles ;

- l'approche psycho-biologique d'Adolf Meyer pour comprendre les troubles psychiatriques met l'accent sur la relation du patient à son environnement (Meyer, 1957).

En effet, cet auteur considère les troubles psychiatriques comme l'expression d'une tentative d'adaptation du patient à son environnement ;

- en évoquant l'importance des attachements précoces dans le fonctionnement de l'être humain, Bowlby (1988) décrit différents types d'attachement : sûrs et peu sûrs. Les individus possédant un style de lien sécurisant ont

habituellement eu des expériences relationnelles précoces positives et suffisantes leur permettant de faire confiance à d'autres. À l'opposé, les personnes avec un attachement non sécurisant ont souvent une vie non harmonieuse ou faite de négligences ou de maltraitance de la part de leurs relations significatives. Ces paradigmes d'attachement précoces deviennent « des modèles de travail interne » qui guident les perceptions relationnelles, les attentes et les comportements de l'individu ;

- la TIP est aussi basée sur la théorie de la communication telle que décrite par Kiesler et Watkins (1989) car les besoins d'attachement sont communicables aux relations de confiance. Plusieurs individus avec un attachement sécurisant sont capables de communiquer leur besoin de façon efficace alors que d'autres communiquent d'une façon qui est indirecte ou même contre-productive. Leurs demandes d'aide non claires ou ambivalentes peuvent aboutir à une réponse négative voire hostile de la part de l'aidant. Cette attitude va amener une escalade de demandes et aboutir en fin de compte à plus de rejet ;

- après des années de recherche et d'expérimentation, c'est à Gerald Klerman que revient le mérite de réaliser vers les années 1980 une synthèse de toutes ces données scientifiques et d'appliquer spécifiquement l'approche interpersonnelle au traitement de la dépression.

### **Des relations sociales perturbées ou non satisfaites**

Selon la TIP, les individus peuvent souffrir de dépression quand les relations sociales sont perturbées ou non satisfaites. Une fois la dépression installée, les patients se désengagent de leur réseau social, ce qui en retour peut perpétuer l'isolement et la passivité. L'objectif pour de tels patients est de les aider à casser ce cycle de sorte qu'ils s'engagent vis-à-vis de leurs relations d'une manière qui leur permet de renforcer leurs liens et de vivre en harmonie avec leur environnement immédiat.

On retrouve généralement trois composantes impliquées dans la psychopathologie de la dépression : les symptômes, les relations sociales et les traits liés à la personnalité. La TIP intervient au niveau des symptômes et du relationnel puisqu'un remaniement profond de la personnalité ne semble pas possible en si peu de temps bien que l'on puisse espérer l'ébauche d'une modification au cours des séances. Dans cette optique, la TIP par opposition aux thérapies cognitives et comportementales (TCC), se

concentre sur le changement des modalités relationnelles plus que sur les cognitions erronées ou dysfonctionnelles et il n'y a pas de focalisation sur un travail (devoir) à la maison, ciblant les distorsions cognitives.

Dans sa forme standard, la TIP se déroule en 12 à 16 séances hebdomadaires en ambulatoire. Ce temps délibérément limité de la thérapie va pousser le patient à agir pour sortir de l'aboulie et de la démotivation liées à la dépression.

Le protocole thérapeutique est divisé en trois phases se déclinant comme suit : une phase initiale, une phase intermédiaire et une phase finale. Pour atteindre les objectifs fixés pour chaque domaine problématique, le thérapeute peut faire usage d'un certain nombre de techniques dont certains sont propres à la TIP et d'autres moins spécifiques à cette approche. De plus, certains objectifs sont communs à tous les contextes interpersonnels alors que d'autres sont particuliers au domaine problématique ciblé.

Parmi les techniques utilisées on peut citer l'analyse de la communication et l'analyse décisionnelle, avec un recours possible dans certaines situations à des jeux de rôle. En outre, contrairement à d'autres approches, la TIP ne restreint pas la possibilité d'expression des affects, au contraire elle l'encourage pour permettre à la personne d'apprendre à reconnaître, exprimer et gérer ses sentiments.

**Phase initiale** (3 séances en général) : une alliance thérapeutique dans laquelle le thérapeute engage de façon empathique le patient est nécessaire. L'approche démarre d'abord par l'évaluation du diagnostic de l'épisode dépressif et l'identification du contexte interpersonnel dans lequel il se présente. Pour le diagnostic, le thérapeute peut se référer aux critères du DSM-IV ou du CIM 10 et utiliser des mesures de la sévérité telles que le Hamilton Depression Rating Seale (Ham-D) ou le Beck Depression Inventory (BDI). Ensuite, il renseigne le patient à propos de la dépression ; sur le tableau clinique, la prévalence, l'évolution et le pronostic de la maladie ainsi que sur les possibilités thérapeutiques. Enfin, il lui confère le rôle de malade, un statut temporaire reconnaissant que cette maladie dépressive ne permet pas au patient de fonctionner à plein régime. Cette attitude, d'une certaine façon et à ce stade en tout cas, définit la dépression comme une maladie médicale et permet de soulager le sujet de certaines obligations tout en l'impliquant activement dans sa prise en charge. En fonction de la sévérité de la symptomatologie clinique l'intérêt de l'association d'un antidépresseur sera aussi évalué.

L'histoire psychiatrique est complétée par un deuxième temps fort consacré à l'inventaire interpersonnel. Il s'agit de passer en revue le fonctionnement social du sujet,

ses relations passées et actuelles, son mode d'entrée en relation avec autrui, les aspects satisfaisants et non satisfaisants de ses relations, ses attentes et ses déceptions envers ses relations. On cherche à voir si le sujet rencontre des difficultés à s'affirmer, à confronter les autres, et à s'autoriser à exprimer par exemple ses colères. Sans oublier d'évaluer le support social sur lequel le patient peut compter.

Tout changement récent dans son environnement immédiat ayant coïncidé avec l'émergence des symptômes dépressifs sera systématiquement scruté car il va constituer le centre du traitement psychothérapeutique. Les symptômes dépressifs sont alors liés aux expériences problématiques interpersonnelles actuelles décrites par le patient et les objectifs sont définis dans un des 4 domaines problématiques interpersonnels identifiés par Klerman (1984) comme fortement corrélés à la dépression, à savoir :

- 1 - deuil pathologique ; quelqu'un d'important est peut-être décédé provoquant une peine prolongée et compliquée ;
- 2 - disputes interpersonnelles ; peut-être s'agit-il d'une lutte avec un être significatif où les attentes ne sont pas réciproques ;
- 3 - transitions de rôle ; changements dans la vie menant à un changement dans son propre rôle interpersonnel et le sens de soi dans un nouveau contexte ;
- 4 - déficit interpersonnel ; souffrance liée à un isolement social important.

La TIP estime qu'un deuil non résolu, une transition inachevée, une dispute qui ne trouve pas d'issue ou un isolement social qui dure peuvent provoquer par dysfonction prolongée de la relation investie, l'émergence d'un trouble dépressif.

Pour terminer cette phase, le thérapeute va expliquer au patient le concept de la TIP en termes concrets en mettant l'accent sur l'orientation interpersonnelle de la thérapie et établir avec lui un contrat thérapeutique.

Quand cela semble opportun, le protocole peut permettre aussi à une personne significative de participer à quelques séances pour faciliter la communication et accélérer la résolution du problème.

En résumé, l'évaluation initiale, qui souvent prend quelques séances, devrait déterminer si la TIP convient ou pas au patient. Le statut psychiatrique de ce dernier, le style d'attachement et les patterns de communication constituent autant d'éléments qu'il convient d'aborder au cours de cette exploration qui devrait également aider l'intervenant à anticiper les problèmes habituellement rencontrés tels que la résistance et la dépendance de certains sujets.

**Phase intermédiaire** (une dizaine de séances) : les domaines problématiques guident les interventions

« Parmi les techniques utilisées on peut citer l'analyse de la communication et l'analyse décisionnelle, avec un recours possible dans certaines situations à des jeux de rôle. »

## Bibliographie

- 1. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 1993; 150 (Suppl) : 1-26.
- 2. American Psychiatric Association. *American Psychiatric Association*, 1994.
- 3. Beck, AT. *Center for Cognitive Therapy*; 1978.
- 4. Bowlby J. *Basic Books*; 1988.
- 5. Bowlby J. *Basic Books*; 1973.
- 6. Brown GW, Harris TO. *Tavistock*; 1978.
- 7. Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdelli H, Clougherty KF, Wickramaratne P, Speelman L, et al. *JAMA* 2003; 289: 3117-24.
- 8. Brown GW. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 363-72.
- 9. Browne G, Steiner M, Roberts J, Gafni A, Byrne C, Dunn E, et al. *J Affect Disord* 2002; 68: 317-20.
- 10. Carroll KM, Rounsaville BJ, Gawin FH. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991; 17: 229-47.
- 11. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième Révision 1992 (CIM-10). Genève, Organisation Mondiale de la Santé.
- 12. Cristi C, Ravitz P, Leszcz M. Poster / Society of Interpersonal Theory and Research Conference; 2001; Montreal (QC).
- 13. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 971-82.
- 14. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 463-9.
- 15. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarrett DB, Mallinger AG, et al. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 1093-9.
- 16. Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 593-604.
- 17. Joiner T, Coyne JC, Blalock J. *American Psychological Association*; 1999. p 3-19.
- 18. Hlasta SA, Frank E. *Dev Psychopathol.* 2006 Fall; 18 (4) : 1267-88.
- 19. Hamilton M. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960; 25: 56-62.
- 20. Henderson S, Byrne DG, Duncan-Jones P. *Sydney (AU) : Academic Press*; 1982.
- 21. Henderson S. *Br J Psychiatry* 1977; 131: 185-91.

thérapeutiques en liant à chaque rencontre les symptômes dépressifs aux éléments du domaine problématique intéressant le patient. En s'appuyant sur des stratégies spécifiques, ce dispositif va permettre au malade de faire le deuil de la personne décédée, résoudre une lutte interpersonnelle (IP) dans le cadre par exemple d'une dispute de rôle, réaliser dans de bonnes conditions une transition entre l'ancien et le nouveau rôle, ou encore de diminuer l'isolement social dans les déficits IP.

Au cours des entretiens, thérapeute et patient revoient en début de chaque séance, les événements de la semaine passée. Quand le patient réussit dans une situation IP, le thérapeute doit le féliciter et renforcer le choix de compétences IP positives. À l'inverse si le résultat est négatif, le thérapeute invite la personne à restituer aussi fidèlement que possible la chronologie des événements et les sentiments qui s'y rattachent afin d'explorer par l'analyse de la communication, ce qui n'a pas fonctionné et discuter à travers l'analyse décisionnelle, d'autres possibilités pour éventuellement les pratiquer par des jeux de rôle avec le patient qui va dans un second temps, les répéter en situations réelles.

L'attitude consistant à mettre en lien de façon répétée, les symptômes dépressifs et le contexte relationnel va permettre au patient d'apprendre à gérer son humeur en identifiant dans son champ interpersonnel les éléments qui l'influencent dans un sens ou un autre. Au fur et à mesure que la symptomatologie dépressive s'amende, la personne est appelée à sortir progressivement du rôle du malade pour en endosser un autre plus actif lui permettant d'être en mesure de s'impliquer lors des tâches qui lui seront confiées.

### Disputes interpersonnelles

En général, elles sont la conséquence d'attentes non réciproques et l'absence d'une certaine complémentarité des rôles, le tout se déroulant dans une atmosphère marquée par la pauvreté de la communication. Il peut aussi s'agir d'un modèle relationnel qui entretient les disputes. Pendant la thérapie, différentes manières de comprendre l'autre et de communiquer sont explorées pour faciliter le développement de liens interpersonnels plus satisfaisants.

Les disputes pourraient être, par exemple, en rapport avec un conflit professionnel, en relation avec le degré d'autonomie octroyé à un adolescent ou encore en lien avec l'infidélité ou l'insécurité dans une relation.

Le rôle de l'intervenant consiste dans ce contexte à identifier d'abord, le stade de la dispute parmi les trois situations habituellement rencontrées : négociation, impasse ou dissolution. Pour ensuite lier cette dispute au déclenchement des symptômes dépressifs et encourager enfin, l'usage de stratégies de nature à amener la résolution

de la dissension par la modification, notamment, des attentes mutuelles, souvent irréalistes et des erreurs de communication.

En fonction de ces stades, l'approche du thérapeute visant à faire comprendre au patient l'interaction entre les attentes déçues et les disputes varie et peut inclure par exemple, l'exploration des enjeux différents, des choix possibles et les capacités pour les réaliser. Il faudra alors apaiser les protagonistes pour une relation qui est entraînée d'être renégociée, chercher à accroître la discorde dans la situation qui a atteint une impasse pour rouvrir une discussion ou encore gérer les attentes non réalistes pour maintenir la relation. Parfois, les individus décideront de mettre un terme à leur relation, dans ce cas l'axe de la thérapie se décale alors vers une transition de rôle.

### Transitions de rôle

Ces moments se rapportent aux changements de statut qui surviennent dans la vie de tout un chacun et qui requièrent un ajustement qui peut parfois faire défaut chez certaines personnes confrontées à des situations particulières telles que ; promotion professionnelle, perte d'emploi, mariage, divorce, retraite, etc.

Si la transition de rôle est vécue comme une perte et si elle se prolonge sans aboutir à un nouvel équilibre, l'individu peut devenir déprimé ou vivre une exacerbation de symptômes dépressifs déjà installés. Les tâches de la thérapie impliquent alors l'exploration systématique à la fois des aspects positifs et négatifs de l'ancien rôle associée à l'examen des défis et les opportunités occasionnées par le nouveau statut. Le thérapeute doit être en mesure d'aider le sujet à traverser ces situations qui vont lui demander d'effectuer des remaniements interpersonnels pour quitter le fonctionnement antérieur et en adopter un nouveau. Cela implique la mobilisation du patient vers l'accomplissement du nouveau rôle redouté de même que la facilitation de l'expression d'affects liés au changement. Ce dispositif inclut également l'incitation à l'établissement de nouvelles compétences inhérentes à tout changement et l'aide au développement de nouveaux soutiens sociaux ainsi qu'une meilleure maîtrise sur ce qu'exige le nouveau rôle.

### Deuil

Le deuil ne s'appliquant ici qu'au décès d'une personne investie et ne s'entend pas au sens symbolique.

Dans ces situations, l'ambivalence est typique dans les rapports au défunt, la personne décédée est souvent idéalisée et les sentiments à son sujet sont empreints de culpabilité voire d'angoisse liée à l'abandon.

L'endeuillé qui va avoir du mal à franchir les épreuves liées à la perte en terme notamment de remaniements affectifs - obligeant l'individu à accepter le décès, à le

souffrir et s'adapter à une nouvelle vie - verra l'apparition de troubles dépressifs qui viennent signer le deuil pathologique.

Ici, les objectifs consistent à faciliter le deuil par une expression ajustée des affects - envahissants ou réprimés - en rapport avec la perte telle que tristesse, manque, culpabilité, colère et autre. Pour se faire, le thérapeute est amené à réaliser une évaluation à double sens visant tantôt, l'examen des aspects positifs et négatifs de cette relation aboutissant à une vue plus réaliste du défunt, tantôt la description des séquences chronologiques qui ont entouré la fin de vie, c'est-à-dire, avant, pendant et après le décès. Une fois cette double exploration effectuée, le praticien va aider l'intéressé à rétablir les intérêts qu'il avait délaissés et à créer les relations qui serviront de substitut à ce qui a été perdu.

#### Déficits interpersonnels

Les déficits IP deviennent le focus du traitement quand un patient a peu d'attachements, n'a pas de relations IP maintenues. Les objectifs du traitement deviennent l'identification des relations passées qui ont été significatives et l'engagement du patient dans un effort pour réduire l'isolement social. Pour atteindre ce but, le praticien revoit les aspects positifs et négatifs des relations antérieures et analyse les sentiments qui y sont rattachés tout en cherchant à identifier le pattern relationnel pathologique utilisé. Les problèmes répétitifs dans les relations significatives du sujet y compris la relation avec le thérapeute qui est incluse dans le champ d'observation seront identifiés. Enfin, on utilise des stratégies de communication et des jeux de rôle afin d'aider l'individu à combler ses déficits IP. Une fois le patient est prêt, on peut en toute sécurité l'encourager à rechercher de nouvelles relations dans un contexte social devenant abordable pour lui. Phase finale (entre 12 et 16<sup>e</sup> séance) : durant les quelques dernières séances, le thérapeute annonce au patient que la fin du traitement est proche, sachant que cette perspective fait l'objet d'une discussion dès le début de la thérapie et est régulièrement rappelée pour faciliter la séparation.

**Dans la phase finale**, les acquis thérapeutiques sont passés en revue et consolidés avec parallèlement, la planification pour une éventuelle récurrence de l'épisode dépressif. Il est expliqué au sujet que la fin du traitement constitue elle aussi une transition de rôle avec les inévitables bons et douloureux aspects. En effet, la fin de la thérapie peut être assimilée à un processus de séparation et les sentiments tels que l'anxiété, la tristesse et la colère sont ouvertement discutés. La tristesse normale est différenciée de la dépression clinique de même que les signes annonciateurs d'une éventuelle rechute seront identifiés.

**Dans des protocoles de recherche** sur la dépression en phase aiguë, le traitement se déroule habituellement en 12 à 16 séances hebdomadaires. Néanmoins, quelques auteurs suggèrent un programme allégé avec des séances mensuelles d'entretien, particulièrement pour des individus avec une dépression chronique ou récurrente (15.49.54). Le cas échéant, après avoir terminé le traitement de la phase aiguë, l'aidant et l'aidé peuvent décider d'établir d'un commun accord, un nouveau contrat concernant un suivi de maintien qui peut-être moins intensif, mensuel plutôt qu'hebdomadaire.

#### Une comparaison avec d'autres thérapies et en combinaison avec des antidépresseurs

La TIP a été évaluée dans un certain nombre d'études concernant la dépression, à la fois comme traitement aigu et traitement de maintien. Elle a été testée seule, en comparaison avec d'autres thérapies et en combinaison avec des antidépresseurs dans plusieurs essais cliniques dont certains font date comme l'étude multicentrique, The National Institute of Mental Health (NIMH) (Elkin et al. 1989) qui a comparé la TIP, la TCC, l'imipramine et un placebo. La TIP s'est avérée supérieure au placebo et l'équivalente de la TCC et l'imipramine dans des formes modérées de la dépression alors que la TIP s'est montrée supérieure à la TCC pour des individus avec des formes sévères. Les résultats de cette étude comparative peuvent être résumés de la manière suivante : Formes légères (ham-d < 19) : imipramine = TIP = TCC, Formes sévères (ham-d > 20) : TIP = imipramine > TCC > placebo.

Les succès obtenus avec les troubles dépressifs ont conduit à l'exploration de la TIP dans d'autres conditions cliniques. C'est ainsi que cette approche s'est avérée un traitement efficace pour des patients souffrant de dépression, à l'adolescence (37) en milieu gériatrique (42) et en post-partum (27.39) de même que pour des patients avec des comorbidités médicales (32.48). Comme on vient de le voir, un programme de maintien à raison d'une séance par mois a été également testé et son efficacité dans la prévention des rechutes a été reconnue (15.43). Le modèle a ensuite été étendu à des troubles du comportement alimentaire (14.55), des phobies sociales (29) et à des troubles bipolaires (16). Dans ce dernier cas, Franck et collègues (2000) ont adapté la TIP sous forme d'aménagement de rythmes sociaux et comportementaux (IPSRT = Interpersonal and Social Rythm Therapy) pour des personnes présentant des troubles bipolaires. Cela a donné naissance à une approche très intéressante qu'on peut traduire par TIPARS (thérapie interpersonnelle et aménagements des rythmes sociaux) dont le principe est de rompre le cercle vicieux *trouble bipolaire / désynchronisation / difficultés relationnelles*.

Enfin, signalons que deux essais appliqués à l'abus de

- 22. Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Schacht TE, Binder JL. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61 : 434-40
- 23. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. New York: Basic Books; 1984.
- 24. Kiesler, D. J., & Watkins, L. M. (1989) *Psychotherapy*, 26, 183-194.
- 25. Kiesler DJ. John Wiley and Sons; 1996.
- 26. Klein DF, Ross DC. *Neuropsychopharmacology* 1993; 8: 241-51.
- 27. Klier CM, Muzik M, Rosenblum KL, Lenz G. *J Psychother Pract Res* 2001; 10: 124-31.
- 28. Klomek AB, Mufson L. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2006 Oct; 15 (4) : 959-75,
- 29. Lipsitz JD, Markowitz JC, Cherry S, Fyer AJ. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1814-6.
- 30. Maddison D, Walker W. *Br J Psychiatry* 1967; 113: 1057-67.
- 31. Markowitz JM. American Psychiatric Press; 1998
- 32. Markowitz JC, Kocsis JH, Fishman B, Spielman LA, Jacobsberg LB, Frances AJ et al. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 55: 452-7.
- 33. McCullough JP. Guilford Press; 2000.
- 34. McKay M, Ravitz P, McBride C, Bagby M. Poster /Association for Anxiety and Behavior Therapies Conference; 2003; Boston (MA).
- 35. Mellman LA, Beresin E. *Acad Psychiatry* 2003; 27: 3.
- 36. Meyer A. Springfield (IL) : Charles C Thomas; 1957
- 37. Mufson L, Weissman MM, Moreau RG. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 573-9.
- 38. Neugebauer R, Kline J, Markowitz JC, Bleiberg KL, Baxi L, Rosing MA, Levin B, Keith J. *J Clin Psychiatry*. 2006 Aug; 67 (8) : 1299-304.
- 39. O'Hara MW, Stuart S, Lorman L, Wenzel A. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 1039-45.
- 40. Piper WE, Ogronczuk JS. *Am J Psychotherapy* 1999; 53: 467-82.
- 41. Rahioui H, Reynaud M. Flammarion. 2006.
- 42. Reynolds CF, Frank E, Perel JM. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1687-92.
- 43. Reynolds CF III, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, et al. *JAMA* 1999; 281 : 39-45.
- 44. Rounsaville BJ, Glazer W,

Wilber CH, Weissman MM, Kleber HD. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 629-36.

■ 45. Segal ZV, Whitney DK, Lam RW, and the CANMAT Depression Work Group. Can J Psychiatry 2001; 46 (Suppl 1): 29S-37S.

■ 46. Scocco P, Barbieri I, Frank E. Psychopathology. 2006 Oct 19; 40 (1): 8-13

■ 47. Sullivan HS. WW Norton; 1953.

■ 48. Stuart S, Cole V. Ann Clin Psychiatry 1996; 8: 203-6.

■ 49. Stuart S, Robertson M. Arnold; 2003.

■ 50. Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF III, Pilsnik PA, Hurley K, et al. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 1009-15.

■ 51. Van Schaik A, Van Marwijk H, Ader H, Van Dyck R et al. Am J Geriatr Psychiatry. 2006 Sep; 14 (9): 777-86.

■ 52. Walker K, MacBride, Vachon M. Soc Sci Med 1977; 11: 35-41.

■ 53. Weissman MM, Paykel ES. University of Chicago Press; 1974

■ 54. Weissman MM, Markowitz JW, Klerman GL. Basic Books; 2000.

■ 55. Wilfley DR, Welch R, Stein R, Bormal Spurrell E, Cohen LR, Saelens BE, et al. Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 713-21.

substances psycho-actives n'ont pas montré d'utilité pour la TIP (10.44). Toutefois, quelques précisions s'imposent concernant cette tentative d'extension dont les conclusions semblent quelque peu expéditives. Ces essais qui ne se sont intéressés ni à l'alcool ni au cannabis, deux produits dont les enjeux relationnels ne sont plus à démontrer, remontent à une période où les connaissances disponibles concernant les addictions étaient pour le moins insuffisantes. Si bien qu'elles ne tenaient pas compte comme aujourd'hui de la dimension relationnelle en tant que facteur de vulnérabilité. De ce fait, ces essais n'ont visé que la dépendance à la substance et il serait dommage de s'en passer avant d'avoir testé ce modèle thérapeutique sur d'autres aspects de la toxicomanie.

Eu égard, par ailleurs, aux recommandations des experts (41) incitant à l'usage de l'association de plusieurs approches visant les principaux éléments impliqués dans les conduites addictives pour une prise en charge multidimensionnelle, nous pouvons très bien imaginer la TIP venir renforcer l'arsenal thérapeutique existant. Pour ne citer que les pratiques couramment employées, cette thérapie peut être un complément à l'association, Entretien Motivationnel - Thérapie Cognitive et Comportementale dans une double perspective. D'abord, comme traitement des dépressions associées aux addictions, mais surtout en tant qu'approche thérapeutique pour un travail ciblant la facilitation de la transition (de rôle) d'un mode de vie précaire instauré autour du produit vers un état d'équilibre sans substance, d'autant plus que l'abandon de ce processus évolutif fait régulièrement défaut dans un grand nombre d'approches et met souvent en échec la consolidation des acquis thérapeutiques. Les autres domaines problématiques à savoir, disputes IP, déficits IP et deuil, peuvent également constituer des pistes de recherche intéressantes dans le domaine des addictions. Reste à vérifier toutes ces hypothèses cliniques à travers des essais contrôlés.

## Formation

Aussi étonnant que cela puisse paraître, la diffusion de la TIP a été plus lente que son développement au niveau de la recherche. Néanmoins, ces dernières années on assiste à un véritable décollage de ce modèle thérapeutique dont le champ d'application ne cesse de s'accroître. En effet, de plus en plus de cliniciens à travers le monde, n'hésitent plus à intégrer cette approche dans leurs démarches thérapeutiques.

Pour acquérir une compétence en TIP, une supervision clinique continue est recommandée en plus d'une formation théorique. Pour que la formation soit accréditée, le programme doit être approuvé par l'ISIPT (The International Society for Interpersonal Psychotherapy). En France, un groupe d'amis constitué de psychiatres de différentes obédiences s'intéressait à cette pratique depuis

des années. Au fil des discussions et des échanges, il est apparu nécessaire de faire la démarche de se former et de développer cette pratique dans notre pays tout en prenant le soin de l'adapter aux réalités françaises. C'est ainsi que ce collectif est parti à New York suivre une formation solide à l'université Columbia, berceau de la TIP, qui a abouti à une certification. Ces praticiens se sont organisés depuis, dans le cadre d'une association scientifique baptisée CREATIP\* (Cercle de Recherches et d'Études Appliquées à la Thérapie interpersonnelle)

## Des objectifs clairement stipulés

On retrouve aujourd'hui la TIP proposée à côté des thérapies cognitives et comportementales comme traitement de choix de la dépression dans de nombreux « guidelines » (1.4) et les résultats de la recherche concernant des applications de cette thérapie à d'autres populations cliniques sont prometteurs.

La force de la TIP est qu'elle est codifiée dans un manuel dans la mesure où les manuels stipulent clairement les objectifs des thérapies et normalisent les techniques favorisant notamment, la recherche comparative en matière de psychothérapie. Cette harmonisation rend également, pragmatique (mais pas simpliste) cette approche en laissant toutefois une grande place à l'exploration et une large marge de manœuvre pour l'initiative du thérapeute. À condition bien entendu, que celui-ci dispose de la capacité d'être sensible au matériel affectif qui émerge en chaque séance de psychothérapie et de la souplesse pour effectuer les adaptations nécessaires face à la complexité des besoins différents de nos patients.

Il est bien évident que les thérapies brèves ne sont pas appropriées à tous les patients tout comme il n'est pas réaliste de compter changer un modèle de fonctionnement relationnel interne ou un style d'attachement durant une courte période. Il n'en demeure pas moins vrai que leur brièveté alliée à une puissance démontrée permettent à des cliniciens d'aider un grand nombre de patients souffrant de problèmes de santé publique répandus et handicapants tels que la dépression.

Fort d'une réelle satisfaction pour l'avoir déjà expérimenté et présenté à des collègues psychiatres et médecins généralistes dont l'accueil était très positif à chaque rencontre, les membres de CREATIP espèrent modestement permettre aux thérapeutes et à leurs patients d'accéder à une autre gamme de modèle thérapeutique dont l'efficacité a été scientifiquement éprouvée, car ils pensent que la thérapie interpersonnelle qui vient de surcroît combler un vide concernant la gestion de la dimension relationnelle dont la plupart des approches thérapeutiques ne tiennent compte que dans son aspect subjectif et spécifique à l'individu isolé, mérite qu'on lui réserve une petite place dans le champ de la pratique psychiatrique française. ●

\* <http://www.creatip.fr.st>

\* Membres: Michel Biloa Tang (Grenoble), Thierry Bottai (Martignes), Sophie Christophe (Paris), Carole Depuy (Paris), Laurent Jacquesy (Annecy), Frederic Kochman (Lille), J. Albert Meynard (La Rochelle), Didier Papeta (Brest), Hassan Rahioui (Paris).