

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Nicolas NEVEUX

Pratiquer la TIP - Thérapie Interpersonnelle

2^e édition

Préface du Pr Chrystel BESCHE-RICHARD

DUNOD

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--



© Dunod, 2021
 (Dunod, 2017 pour la 1^{ère} édition)
 11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
 www.dunod.com

ISBN 978-2-10-082694-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

Remerciements.....	9
Préface.....	10
Avant-propos.....	13
Introduction.....	14
1 ● OBJECTIFS DE L'OUVRAGE	14
2 ● LA TIP EN TROIS POINTS CLÉS	15
3 ● POSITION DE L'OUVRAGE	16
4 ● INFLUENCES THÉORIQUES ET RECOMMANDATIONS DE LA TIP	17
Modèles et théories.....	17
Efficacité de la TIP.....	20
PARTIE 1 Le déroulement classique de la TIP	22
Chapitre 1 – Déroulement général d'une thérapie	24
1 ● LIEN IP ET EDC	26
Lien IP.....	26
Interaction lien IP et EDC.....	33
Modèle TIP de la dépression.....	34
2 ● OBJECTIFS DE LA TIP	36
Aider le patient à prendre conscience du principe de réalité.....	36
Mobiliser les ressources IP.....	37
Favoriser la proactivité.....	37
Accompagner le patient dans la mobilisation des ressources IP.....	37
3 ● PRINCIPES DE LA TIP	38
Attachement et TIP.....	38
Mentalisation et TIP.....	39
Conceptualisation.....	40
Utilisation du lien IP à but psychothérapeutique.....	43
4 ● MODALITÉS PRATIQUES	44
Étapes de la TIP.....	44
Séances.....	44
Chapitre 2 – Phase I	46
1 ● PRINCIPES	48
Préparer la proactivité.....	48
Préparer les phases intermédiaires et de terminaison.....	49
2 ● DÉVELOPPER LA PROACTIVITÉ	49
Le diagnostic de dépression.....	49
Faire le lien entre EDC et troubles IP.....	50
Aider le patient à comprendre le modèle d'intervention TIP.....	53
3 ● DIAGNOSTIC DU STYLE D'ATTACHEMENT	53
Classifications des styles d'attachement.....	54
Évaluation du style d'attachement en TIP.....	56
Pourquoi identifier le style d'attachement ?.....	61

4	DIAGNOSTIC TIP	63
	Principes.....	64
	Comment déterminer le diagnostic TIP ?.....	72
	Conflit.....	73
	Transition de rôle.....	75
	Isolement quantitatif.....	78
	Isolement qualitatif.....	80
	Deuil.....	82
	Problèmes classiques.....	84
	Que faire une fois qu'on a le diagnostic TIP ?.....	87
5	CONTRAT THÉRAPEUTIQUE ET PROACTIVITÉ	87
	Sick-role.....	88
	Contrat thérapeutique.....	89
	Proactivité.....	91
Chapitre 3 – Phase 2.....		94
1	BUTS ET PRINCIPES	96
2	LIEN IP AVEC LE THÉRAPEUTE	97
	Principes.....	97
	Créer une base sécurisée.....	98
	Techniques concrètes.....	102
	Consultation à distance.....	104
	Analyse du lien avec le thérapeute.....	105
	À quels besoins répond le lien avec le thérapeute ?.....	105
	Pourquoi faut-il éviter de suggérer ?.....	107
3	CLARIFICATION	107
	Principes.....	107
	Évaluation de l'humeur.....	108
	Clarification émotionnelle.....	110
	Clarification factuelle.....	123
	Conclusion.....	125
4	ANALYSE DU LIEN	125
	Principes.....	125
	Attentes concrètes.....	130
	Réalité concrète.....	131
	Les besoins.....	131
	Disponibilité de l'interlocuteur.....	140
	Règles.....	143
	Comportements-réponses.....	144
	Que fait le thérapeute TIP une fois qu'il a identifié les besoins problèmes chez son patient ?.....	147
	Conclusion.....	149
5	ANALYSE DE LA COMMUNICATION	149
	Principes.....	150
	L'analyse réplique par réplique.....	150
	Cercle domination / hostilité.....	165
	Conclusion.....	167
6	ANALYSE DÉCISIONNELLE	167
	Principes.....	168
	Méthodes.....	168
7	ASSIGNATION DE TÂCHES	173
	Principes.....	174
	Méthodes.....	174
	Exemple de Jean-Marc.....	175
8	JEUX DE RÔLES	176
	Principes.....	176
	Buts du JDR.....	178
	JDR investigation : pour aider à identifier les difficultés IP du patient.....	179
	JDR prise de conscience : aider le patient à mentaliser.....	182
	Faciliter l'exportation dans la vraie vie des améliorations interpersonnelles.....	183
	Prise de conscience.....	185

	Difficultés habituelles.....	187
9	CONCLUSION.....	188
Chapitre 4 – Phase 3.....		
1	OBJECTIFS.....	192
2	PRINCIPES.....	192
3	ÉVALUER SI L'ARRÊT EST POSSIBLE.....	194
	Situation 1.....	194
	Situation 2.....	194
	Situation 3.....	195
	Situation 4.....	196
4	MÉTHODES.....	197
	Vers le passé : faire le bilan de ce qui a été appris par le patient.....	197
	Vers le futur.....	198
5	DIFFICULTÉS POUR LE THÉRAPEUTE.....	199

PARTIE 2 Les spécificités de la prise en charge..... 200

Chapitre 5 – Conflits.....		
1	QU'EST-CE QU'UN CONFLIT ?.....	206
	Définition du conflit.....	206
	Contexte du conflit.....	207
	Conflit dans le modèle TIP du lien.....	207
2	OBJECTIFS & PRINCIPES DE BASE.....	208
3	FIL ROUGE.....	208
4	PHASE 1 DANS LE CONFLIT.....	209
	Conflit ouvert ou masqué.....	209
	Cercle IP.....	210
	Timeline.....	211
	Conclusion de la phase 1.....	212
5	TECHNIQUES DANS LE CONFLIT.....	213
	Lien IP avec le thérapeute.....	213
	Clarification.....	214
	Analyse du lien.....	216
	Analyse de la communication.....	219
	Analyse décisionnelle.....	223
	Assignation de tâches.....	224
	Jeux de rôles.....	225
	Suite de la TIP pour Zoé.....	225
6	L'ATTACHEMENT DANS LE CONFLIT.....	226
	Évitant.....	226
	Ambivalent.....	226
7	PHASE 3 DANS LE CONFLIT.....	226
Chapitre 6 – Transition de rôle.....		
1	QU'EST-CE QU'UNE TRANSITION DE RÔLE ?.....	230
	Modélisation.....	230
	Facteurs de risque de transition de rôle difficile.....	231
2	OBJECTIFS & PRINCIPES DE BASE.....	231
3	FIL ROUGE.....	232
4	PHASE 1 DANS LA TRANSITION DE RÔLE.....	232
	Temporalité.....	232
	Diagnostics différentiels.....	233
	Timeline.....	233
	Cercle IP.....	234
	Tableau des relations.....	235

5	TECHNIQUES DANS LA TRANSITION DE RÔLE.....	235
	Technique spécifique : identification des changements.....	235
	Lien IP avec le thérapeute.....	240
	Clarification.....	240
	Analyse du lien.....	242
	Analyse de la communication.....	246
	Analyse décisionnelle.....	246
	Assignment de tâches.....	250
	Jeux de rôles.....	251
	Suite de la thérapie pour Sandra.....	251
6	LE STYLE D'ATTACHEMENT DANS LA TRANSITION DE RÔLE.....	251
	Évitant.....	251
	Ambivalent.....	252
7	PHASE 3 DANS LA TRANSITION DE RÔLE.....	252

Chapitre 7 – Isolement quantitatif..... 254

1	QU'EST-CE QU'UN ISOLEMENT QUANTITATIF ?.....	256
2	OBJECTIFS & PRINCIPES DE BASE.....	256
3	FIL ROUGE.....	257
4	PHASE 1 DANS L'ISOLEMENT QUANTITATIF.....	257
	Timeline.....	257
	Cercle IP.....	258
	Diagnostic TIP plus difficile à établir.....	258
	Tableau des relations.....	259
	Message clé de la phase 1.....	259
5	TECHNIQUES DANS L'ISOLEMENT QUANTITATIF.....	260
	Techniques spécifiques.....	260
	Lien IP avec le thérapeute.....	263
	Clarification.....	264
	Analyse du lien.....	265
	Analyse de la communication.....	265
	Analyse décisionnelle.....	265
	Assignment de tâches.....	268
	Jeux de rôles.....	268
	Suite de la thérapie avec William.....	269
6	L'ATTACHEMENT DANS L'ISOLEMENT QUANTITATIF.....	270
	Évitant.....	270
	Ambivalent.....	270
7	PHASE 3 DANS L'ISOLEMENT QUANTITATIF.....	270

Chapitre 8 – Isolement qualitatif..... 272

1	QU'EST-CE QU'UN ISOLEMENT QUALITATIF ?.....	274
2	OBJECTIFS & PRINCIPES DE BASE.....	275
	Objectifs.....	275
	Principes de base.....	275
3	FIL ROUGE.....	275
4	PHASE 1 DANS L'ISOLEMENT QUALITATIF.....	275
	Timeline.....	275
	Cercle IP.....	276
	Tableau des relations.....	276
	Diagnostic TIP plus difficile à établir.....	278
	Contrat et psychoéducation.....	278
5	TECHNIQUES DANS L'ISOLEMENT QUALITATIF.....	278
	Lien IP avec le thérapeute.....	278
	Clarification.....	279
	Analyse du lien.....	280
	Analyse de la communication.....	284
	Analyse décisionnelle.....	285
	Assignment de tâches.....	287

	Jeux de rôles.....	288
	Suite de la thérapie avec Rebecca.....	288
6	● L'ATTACHEMENT DANS L'ISOLEMENT QUALITATIF.....	288
	Évitant.....	288
	Ambivalent.....	288
7	● PHASE 3 DANS L'ISOLEMENT QUALITATIF.....	289
Chapitre 9 – Deuil.....		
		292
1	● QU'EST-CE QU'UN DEUIL ?.....	294
	Définition.....	294
	Phases du deuil.....	295
	Modélisation TIP.....	295
2	● OBJECTIFS & PRINCIPES DE BASE.....	296
3	● FIL ROUGE.....	297
4	● PHASE 1 DANS LE DEUIL.....	297
	Timeline.....	297
	Cercle IP.....	298
	Diagnostic TIP plus difficile à établir.....	298
	Tableau des relations.....	299
5	● TECHNIQUES DANS LE DEUIL.....	299
	Techniques spécifiques : identifier les changements.....	300
	Lien IP avec le thérapeute.....	305
	Clarification.....	306
	Analyse du lien.....	310
	Analyse de la communication.....	311
	Analyse décisionnelle.....	311
	Assignment de tâches.....	317
	Jeux de rôles.....	318
	Évolution de Viviane.....	318
6	● L'ATTACHEMENT DANS LE DEUIL.....	319
	Évitant.....	319
	Ambivalent.....	319
7	● PHASE 3 DANS LE DEUIL.....	320
Chapitre 10 – TIP de maintien ou d'entretien.....		
		322
1	● INDICATIONS.....	324
2	● OBJECTIFS.....	324
3	● MOYENS.....	325
	Méthodes.....	325
	Logistique.....	326
Chapitre 11 – TIP : autres indications.....		
		328
1	● TROUBLE DE PERSONNALITÉ BORDERLINE (ÉTAT-LIMITE).....	330
	Principes.....	330
	Méthodes.....	330
2	● ADDICTIONS.....	331
	Principes.....	331
	Méthodes.....	332
3	● TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA).....	332
	Indications.....	332
	Principes.....	333
	Phase 1.....	333
	Phase 2.....	333
	Phase 3.....	334
4	● TIP POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS (TIP-A).....	334
	TIP chez l'enfant.....	335
	TIP chez l'adolescent (aussi nommée TIP-A).....	336
5	● TIP POUR L'EDC DU POST-PARTUM.....	337

6	● TIP DES TROUBLES BIPOLAIRES (TIPARS)	338
	Généralités.....	338
	TIPARS.....	338
7	● COUNSELLING INTERPERSONNEL (CIP)	340
	Conclusion.....	342
	 ANNEXES	 344
	Annexe 1 Cercle IP de proximité.....	346
	Annexe 2 Tableau des relations	347
	Annexe 3 Grille de Neveux & L'Hégaret.....	348
	Annexe 4 Analyse réplique par réplique.....	349
	Annexe 5 Cercle domination / soumission.....	350
	Annexe 6 Agenda de l'humeur	351
	Annexe 7 Analyse décisionnelle : brainstorming	352
	Annexe 8 Analyse décisionnelle : évaluation de la faisabilité.....	353
	Bibliographie.....	354

Remerciements

LA NAISSANCE DE CE LIVRE doit beaucoup à certains soutiens interpersonnels...

Je ne peux que commencer par un petit mot pour le Dr Yann L'Hégaret, ancien co-interne et complice, à qui ce livre doit beaucoup !

Je tiens aussi à remercier le Pr Chrystel Besche-Richard d'avoir relu et préfacé cet ouvrage, ainsi que le Dr Virginie Guillard-Lawton, Mmes Sarah Lemee, Séverine Sacré pour leur éclairage TIP !

Et bien sûr, une pensée pour ma famille au soutien indéfectible...

Préface

LA DÉPRESSION EST l'un des troubles mentaux parmi les plus fréquents dans la population. La Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle, dans sa note de cadrage publiée en mai 2014, les chiffres de prévalence rapportés par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 2013) qui oscillent, selon les études, entre 5 et 12% de la population, représentant, ainsi en France, 3 millions de personnes atteintes de troubles dépressifs. Ce trouble constitue donc un enjeu de santé publique important, et la question de sa prise en charge efficace est au cœur du système de soins en santé mentale. L'ouvrage de Nicolas Neveux sur la pratique des thérapies interpersonnelles (TIP) tient donc une place centrale pour le développement, en France, de ces pratiques thérapeutiques dont l'efficacité, dans la prise en charge des troubles dépressifs, est attestée par une littérature internationale. Par ailleurs, comme rappelé par l'auteur, les thérapies interpersonnelles font partie des recommandations de bonnes pratiques proposées notamment par l'Organisation Mondiale de la Santé, dans la prise en charge des troubles dépressifs. Mais pourquoi sont-elles efficaces ? Même si les réponses sont complexes (Lemmens *et al.*, 2017), une piste peut être à tout le moins suggérée.

En effet, l'une des principales caractéristiques de la pathologie dépressive, outre les signes cliniques fondamentaux, concerne les difficultés interpersonnelles dont se plaignent le plus souvent les patients et qui s'expriment dans des contextes divers : social, professionnel et familial. Parmi les critères diagnostiques proposés par le DSM-5 (APA, 2013), figure la présence d'une « altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ». Des recherches ont pu montrer que les patients déprimés présentent des compétences sociales réduites, ont peu d'interactions sociales et évaluent moins positivement les situations sociales comme plaisantes que des individus non déprimés (Nezlek *et al.*, 2000), notamment lorsque la dépression s'installe de manière chronique (Hammen & Brennam, 2002). Ces problèmes interpersonnels constituent, par ailleurs, un facteur de maintien des troubles dépressifs (Natoli *et al.*, 2016). La réduction des interactions sociales et l'évaluation négative qu'en font les patients déprimés contribuent à renforcer le processus d'isolement propre à la pathologie, aussi alimentées par les difficultés de régulation émotionnelle des personnes souffrant de troubles dépressifs. C'est parce que ces difficultés

interpersonnelles sont persistantes et récurrentes (Petersen *et al.*, 2004) dans la pathologie dépressive et participent à sa rechute, qu'il est important, d'une part, de mieux connaître les mécanismes psychiques qui sous-tendent ces problèmes d'interaction sociale et, d'autre part, de pouvoir accompagner la prise en charge des troubles par un abord ciblé sur les liens interpersonnels.

Un des modèles théoriques d'étayage des thérapies interpersonnelles est la théorie de l'attachement qui prend tout naturellement son sens au regard, d'une part, de la cible thérapeutique des TIP (le lien interpersonnel) et, d'autre part, des connaissances sur les troubles de l'attachement dans la dépression et du rôle des comportements d'attachement dans la régulation des émotions (Malik, Wells, & Wittkowski, 2015). L'attachement de type insecure qui caractérise les patients déprimés peut être considéré comme un facteur-trait rendant vulnérables les personnes à la survenue de la dépression, ou comme un facteur-état lorsque les styles d'attachement se modifient avec l'évolution de la symptomatologie dépressive (Reynaud *et al.*, 2012). Dans les deux cas, les styles d'attachement constituent une dimension importante de la pathologie dépressive, dont on peut faire l'hypothèse qu'ils puissent constituer une cible thérapeutique, ce qui renforce la pertinence des thérapies interpersonnelles dans la prise en charge des troubles dépressifs.

Ces éléments placent les thérapies interpersonnelles au cœur même de la prise en charge des troubles dépressifs. En effet, les TIP, contrairement à d'autres approches psychothérapeutiques, ne s'intéressent pas à la modification des schémas de pensées, aux représentations intrapsychiques inconscientes, mais aux émotions impliquées dans les relations interpersonnelles (Neveux, 2014).

Au cours de cet ouvrage, Nicolas Neveux propose un cheminement pragmatique de la pratique des thérapies interpersonnelles alimenté par une clinique riche en exemples. L'ouvrage, abordant les fondements théoriques et empiriques de la pratique des TIP dans la prise en charge des troubles dépressifs, explique clairement le déroulement d'une prise en charge classique en décrivant les techniques fondamentales, pour enfin développer les spécificités de la pratique en fonction des diagnostics TIP établis en début de thérapie. Il faut souligner la très grande valeur pédagogique de l'ouvrage alimentée par une expérience clinique riche. Qu'il s'agisse de praticiens et/ou d'étudiants avancés, cet ouvrage constitue une contribution majeure à la formation aux pratiques de soins innovantes. La pratique des thérapies interpersonnelles est actuellement assez peu développée en France (car peu de praticiens y sont formés) et il est important que cette pratique puisse se développer au sein du paysage psychothérapeutique de la

prise en charge des troubles dépressifs. On ne peut que remercier l'auteur pour son initiative de faire découvrir les thérapies interpersonnelles aux praticiens francophones, de les initier aux techniques spécifiques de ces thérapies dans la prise en charge des troubles dépressifs et de terminer l'ouvrage en considérant les autres champs d'applications cliniques des thérapies interpersonnelles.

Chrystel BESCHE-RICHARD

Professeure de psychopathologie cognitive

Université de Reims Champagne-Ardenne

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, France, Masson.
- HAMMEN, C., BRENNAN, C.A. (2002). "Interpersonal dysfunction in depressed women: impairments independent of depressive symptoms", *Journal of Affective Disorders*, 72, 145-156.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2014). « Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours », Recommandations de bonnes pratiques.
- LEMMENS, L.H.J.M., GALINDO-GARRE, F., ARNTZ, A., PEETERS, F., HOLLON, S.D., DERUBEIS, R.J., HUIBERS, M.J.H. (2017). "Exploring mechanisms of change in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression" *Behavioral Research Therapy*, 94, 81-92.
- MALIK, S., WELLS, A., WITKOWSKI, A. (2015). "Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review". *Journal of Affective Disorders*, 172, 428-444.
- NATOLI, A.P., NELSON, S.M., LENGU, K.J., HUPRICH, S.K. (2016). "Sensitivity to criticism differentially mediates the relationship between interpersonal problems and state and trait depression". *Personality and Mental Health*, 10, 293-304.
- NEVEUX, N. (2014). « Thérapies interpersonnelles. Une nouvelle psychothérapie de la dépression », *Médecine*, mai, 209-213.
- NEZLEK, J.B., HAMPTON, C.P., SHEAN, G.D. (2000). "Clinical depression and day-to-day social interaction in a community sample". *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 11-19.
- REYNAUD, M., CHAHRAOUI, K., VINAY, A., JEbrane, A., BONIN, B., GISSELMANN, A., LAROME, A. (2012). « Évolution des styles d'attachement romantique et interpersonnel au cours de l'hospitalisation chez des femmes adultes déprimées », *L'Encéphale*, 38, 381-389.

Avant-propos

TOUT LIVRE A UNE HISTOIRE. Celui-ci ne fait pas exception à la règle. Lors de ma formation en Thérapie Inter Personnelle, j'ai constaté la difficulté qui existe, en France, à trouver des ouvrages traitant de TIP dans la langue de Molière... Or, en psychothérapie plus que dans les autres domaines scientifiques, pouvoir découvrir de nouveaux outils dans sa langue maternelle me semble un atout fondamental.

Souvent, en présence de confrères psychiatres ou psychologues, je cherchais à savoir s'ils avaient entendu parler des TIP. Généralement, je n'obtenais que des réponses négatives. Au mieux, ceux qui en avaient entendu parler confondaient la TIP avec les thérapies cognitives et comportementales. Le surprenant décalage existant entre l'efficacité démontrée de la TIP et sa faible diffusion en France a fini par m'interpeller. Plus étonnant encore, les patients étaient souvent mieux renseignés que les professionnels sur l'existence de cette psychothérapie. N'était-il pas dommage pour les patients de ne pas pouvoir bénéficier d'une des rares thérapies ayant démontré son efficacité dans la dépression ? C'est tout naturellement, que m'est apparue la nécessité de rédiger un manuel de TIP en français.

Toutefois, n'étant ni chercheur ni universitaire, mais clinicien, il m'a semblé évident que ma contribution devrait s'adresser avant tout à des praticiens. Après tout, ce sont eux qui soignent les patients ! C'est pour cela que l'ouvrage est résolument clinique, afin d'aider le lecteur à utiliser la TIP dans sa pratique quotidienne. Pour cela il fallait éviter l'écueil du « y'a qu'à » « faut que » trop fréquent dans les manuels. C'est pourquoi l'ouvrage est émaillé de nombreuses vignettes cliniques, mais aussi d'exemples de répliques, ainsi que de l'explication de l'intention sous-jacente. Ai-je réussi à atteindre l'objectif fixé ? Le lecteur est le meilleur juge ! Mais dans tous les cas, le plus important est que ce livre contribuera peut-être à donner envie à certains praticiens de pratiquer une thérapie efficace dans la dépression, le trouble bipolaire, les troubles du comportement alimentaire... dont le principal bénéficiaire au final, sera le patient.

Nicolas NEVEUX

Introduction

1 OBJECTIFS DE L'OUVRAGE

En parcourant cet ouvrage, vous découvrirez une psychothérapie qui commence à peine à se développer en France : la thérapie interpersonnelle (TIP). **Basée sur l'attachement**, comme l'avaient imaginée ses concepteurs initiaux (Paykel, Klerman et Weissman), cette psychothérapie innovante a démontré son efficacité dans plusieurs indications thérapeutiques, selon les normes scientifiques de l'*evidence-based medicine*.

Cet ouvrage a été pensé dans un but didactique. Nous passerons peu de temps sur les preuves de cette efficacité (elles sont faciles à trouver sur internet) et sur les théories sous-jacentes. Nous choisirons plutôt de nous consacrer à la pratique clinique. Autant le dire tout de suite : cet ouvrage est **destiné aux praticiens qui veulent utiliser la TIP dans leur pratique quotidienne**.

L'essentiel du contenu porte sur le traitement par des méthodes TIP d'un patient présentant un diagnostic **d'épisode dépressif caractérisé** (dépression).

Pour l'illustrer, l'ouvrage se divise en deux grandes parties :

- la première partie décrit le déroulement classique d'une TIP et les techniques fondamentales de chaque phase. De multiples exemples cliniques émaillent cette partie afin que chaque notion théorique fasse écho à une application pratique ;
- la deuxième partie se consacre aux spécificités de la prise en charge. Son but est de vous permettre de comprendre la stratégie en fonction du diagnostic TIP. Un exemple clinique accompagne chaque chapitre, en tant que « fil rouge », afin d'illustrer l'application clinique des techniques. Cette partie se termine par un chapitre traitant des autres indications cliniques de la TIP.

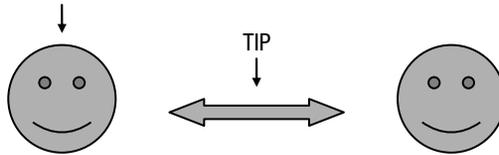
Les exemples cliniques choisis sont toujours cadrés, dans le but d'être pédagogiques. Ce ne seront jamais des exemples compliqués (qui seraient incompatibles avec un ouvrage visant des thérapeutes débutant la TIP), mais toujours choisis de façon à illustrer l'utilisation des techniques.

Vous trouverez en annexe des tableaux et des diagrammes vierges identiques à ceux utilisés dans le corps du texte. Ils sont faits pour que vous puissiez **les utiliser dans votre pratique quotidienne**. Bien sûr, vous pouvez aussi les adapter en fonction de vos goûts et sensibilités !

Dans la suite de l'ouvrage, le mot « interpersonnel » sera abrégé « IP » pour plus de légèreté et épisode dépressif caractérisé « EDC ».

2 LA TIP EN TROIS POINTS CLÉS

- La TIP est une **thérapie émotionnelle brève, structurée**, de 12 ou 16 séances dans le cas de la dépression.
- Elle se divise en trois phases :
 - une phase initiale pendant laquelle :
 - a) est posé le diagnostic TIP. Il peut s'agir d'un conflit, d'un deuil, d'une transition de rôle, d'un isolement. **Complétant** le diagnostic DSM-5 d'EDC, il ne s'y substitue pas. Il désigne l'axe de travail qui sera développé, selon le type de problème IP ;
 - b) le thérapeute TIP va mettre en évidence pour le patient le lien entre troubles IP et dépression ;
 - c) est défini le contrat thérapeutique ;
 - d) est identifié le style d'attachement du patient.
 - une phase intermédiaire, dans laquelle le thérapeute met en pratique les techniques TIP. Chaque diagnostic TIP se caractérisant par des particularités dans le lien IP problème, certaines techniques seront spécifiques à chaque diagnostic TIP, d'autres seront communes à tous ;
 - une phase de terminaison, qui permet la généralisation des acquis du patient et la préparation de la fin de la thérapie.
- Place de la TIP parmi les psychothérapies : contrairement aux autres psychothérapies, notamment les thérapies psychanalytiques ou les thérapies cognitives et comportementales, la TIP est **non intrapsychique**. En effet, elle ne s'intéresse pas à restructurer les cognitions dysfonctionnelles ou les schémas, ni à donner du sens symbolique, mais au contraire se concentre sur **la dynamique des liens**. C'est ce lien IP qui concentre toute l'attention du thérapeute, dans une vision **pragmatique** tournée vers le présent et le futur, **dans l'ici et le maintenant**.



Cette particularité lui permet d'être particulièrement efficace chez les patients déprimés. Étant basée sur l'attachement, elle ne demande pas au patient une élaboration cognitive complexe, mais vise à l'amener à **mobiliser ses ressources IP**. Le but est d'amener le patient à **vivre des liens d'attachement sécurés aptes à créer un apaisement émotionnel**. Ce vécu émotionnel apaisant contrebalance alors les affects dépressifs. On vise avant tout à créer de l'apaisement émotionnel, sans forcément chercher à résoudre le problème. La TIP est donc une thérapie émotionnelle qui peut donc être utilisée très précocement lors de la prise en charge de l'EDC. Son positionnement permet de l'articuler avec les thérapies intrapsychiques, qui sont parfaitement **complémentaires de la TIP**.

16

3 POSITION DE L'OUVRAGE

Cet ouvrage s'inscrit dans une vision classique des TIP, respectant les quatre diagnostics fondamentaux de la TIP : isolement, deuil, transition de rôle et conflit. Il se positionne donc résolument dans le sillage de Weissman, Klerman et Paykel donc aux **racines de la TIP**. Notons d'ailleurs que les études ayant prouvé l'efficacité des TIP ne portent pas sur les développements d'auteurs annexes mais sur la TIP de Weissman, Klerman et Paykel.

Le contenu de l'ouvrage est conforme à l'enseignement de l'association qui diffuse les TIP en France : l'IFTIP (Institut de Formation en Thérapies InterPersonnelles).



Pour ceux qui souhaitent se former en TIP, il est possible de contacter l'IFTIP par mail (iftip@iftip.fr) ou sur ce site : <http://www.iftip.fr>.

4 INFLUENCES THÉORIQUES ET RECOMMANDATIONS DE LA TIP

L'essentiel, si vous êtes pressé !

- La TIP agit sur les aspects socio-environnementaux, facteurs ayant une action directe sur l'état psychique et thymique du patient.
- La levée de l'impuissance et la proactivité sont indispensables en TIP.

Nous ne développerons pas l'intégralité de ces modèles, ni de ces théories, mais uniquement les aspects qui permettent de comprendre en quoi ils sont fondamentaux dans la prise en charge TIP et le fonctionnement de cette psychothérapie.

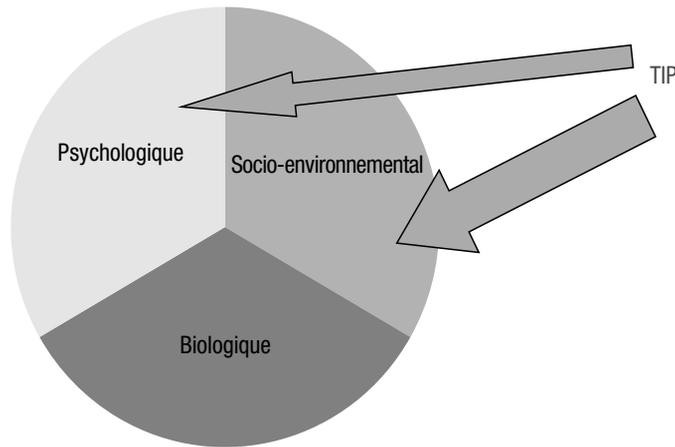
Modèles et théories

La TIP trouve ses bases théoriques dans plusieurs modèles et théories. Nous ne développerons ici que l'essentiel, afin de comprendre les implications cliniques qui en découlent.

► Modèle bio-psycho-social

Ce modèle propose que l'état psychique du patient dépende de 3 facteurs essentiels pour l'équilibre psychique et le maintien de l'euthymie :

- le biologique : il intègre les aspects génétiques, physiologiques, toxiques, etc. ;
- l'aspect socio-environnemental : l'environnement, l'interaction avec l'autre, le contexte IP. Ainsi l'annonce d'une très mauvaise nouvelle, une dispute, seront autant de facteurs qui influenceront l'état psychique de l'individu ;
- le psychologique : le sens que l'individu donne à un événement. Il dépend de l'histoire du patient, de son vécu, de ses schémas de pensées et de sa personnalité. Ce sens est soumis à une grande variabilité entre individus et, chez la même personne, au cours du temps.



Contrairement aux thérapies intra-psychiques, la TIP cible l'amélioration des interactions IP. On comprend ainsi pourquoi la TIP s'articule parfaitement avec les autres psychothérapies et la prescription médicamenteuse : elle en est **complémentaire** car ne vise pas la même cible thérapeutique.

► Modèles cognitifs

La TIP ne cible ni les schémas ni les cognitions, mais prend en compte certains modèles comportementaux de la dépression.

● Impuissance apprise de Seligman (*learnt helplessness*)

Seligman propose que la dépression soit entraînée par la conscience de l'**impuissance** à faire face à un problème et non pas par le problème lui-même. Il précise en outre que ce qui compte n'est pas la véracité de l'impuissance, mais sa perception par le patient.

● En TIP

Le modèle de la TIP intègre les enseignements de ce modèle :

- l'un des objectifs thérapeutiques consiste à contrebalancer l'impuissance apprise par une **proactivité importante** ;
- la TIP aide le patient à utiliser les interactions IP comme une **ressource** et non plus comme une souffrance.

► Théorie de l'attachement

Toutes les formes de TIP sont basées sur la théorie de l'attachement. D'ailleurs les premières ébauches de la TIP (la thérapie « high contact ») formulées

par Klerman et Paykel s'inspiraient déjà de la théorie de l'attachement selon Bowlby¹.

● La théorie de l'attachement selon Bowlby

Cette théorie décrit la relation d'attachement mère-enfant. Pour Bowlby, l'attachement se manifeste par :

- des comportements d'attachement ;
- la construction progressive de mécanismes psychiques (intériorisés, hypothétiques) : *inner working models* ou Modèles Internes Opérants (MIO).

Les comportements d'attachement sont des séquences de comportements prévisibles comprenant :

- *des comportements de signalement* effectués par l'enfant en détresse : pleurs, cris, babillage...
- *des comportements de rapprochement* effectués par l'enfant et la mère :
 - mère : prendre dans les bras, regarder avec affection, parler, embrasser ;
 - enfant : s'agripper, chercher du regard, sourire.

La répétition dans l'enfance de cette récurrence de demandes et de réponses constantes crée des représentations mentales nommées *inner working models* (ou Modèles Internes Opérants - MIO).

Ces MIO permettent à l'enfant de prévoir le comportement des autres, leur attribuer une intentionnalité et donc de rendre prédictible l'entourage. Selon Bowlby, les MIO structurent l'univers relationnel du bébé puis de l'enfant et l'adulte, **définissant son style d'attachement**.

● La théorie de l'attachement aujourd'hui

D'après les travaux récents, ces MIO évoluent jusqu'à l'adolescence. À ce moment, l'individu possède le style d'attachement qui sera le sien pendant le reste de sa vie.

Sperling et Berman² définissent le style d'attachement comme « une tendance stable d'un individu à faire des efforts substantiels pour rechercher et maintenir la proximité et le contact avec un ou quelques individus particuliers qui apportent la possibilité subjective d'une sécurité physique ou psychologique ».

Il convient alors de distinguer :

- le style d'attachement, qui est la **tendance spontanée** de l'individu et qui ne bouge pas chez l'adulte ;

- les liens d'attachement, qui sont les liens dans l'ici et le maintenant.

Ainsi, quel que soit son style d'attachement, un individu peut créer des liens d'attachement sécurés dans l'ici et le maintenant (avec ses amis, son conjoint, etc.) même si son style d'attachement est insécure. Simplement, sa tendance spontanée pourra être de faire plus ou moins fréquemment des liens d'attachement sécurés en fonction de son style d'attachement.

● TIP et théorie de l'attachement

L'attachement est un processus primaire qui fonctionne dès la naissance. C'est un mécanisme qui reste actif même en cas de ralentissement cognitif sévère comme dans l'EDC.

Chez l'adulte : si les liens d'attachement sont insécures (quel que soit le style d'attachement sous-jacent), alors des modes de communication inadaptés risquent de s'installer entraînant des dysfonctionnements IP, auxquels un EDC risque de faire suite.

La TIP propose de reconstruire dans l'ici et le maintenant des liens d'attachement sécurés, en favorisant l'instauration de séquences signalement-rapprochement fonctionnelles afin de créer suffisamment d'apaisement émotionnel.

Attention, la TIP propose de travailler sur les liens d'attachement dans le présent, pas sur le style d'attachement, qu'elle ne modifie pas.

Efficacité de la TIP

Même si ce n'est pas l'objet premier de ce livre, il nous semble pertinent de vous apporter quelques éléments établissant l'efficacité des TIP. Cela nous paraît important pour que vous puissiez utiliser ces éléments dans un but de psychoéducation si le patient s'interroge sur l'efficacité des TIP.

► Preuves scientifiques

De multiples études établissent l'efficacité de la TIP dans la dépression³⁻⁸. Nous citerons simplement quelques méta-analyses.

● Pour l'EDC : trois méta-analyses^{9, 10, 6, 8}

- *Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression : a network meta-analysis.* Barth, 2013.
- *Interpersonal psychotherapy for depression : a meta-analysis.* Cuijpers, 2011.

- *Randomized trial of interpersonal psychotherapy and cognitive behavioral therapy for major depressive disorder in a community-based psychiatric outpatient clinic.* Ekeblad, 2016.
- *Clinical effectiveness of cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for depression : results of a randomized controlled trial.* Lemmens, 2015.

► Pour la prévention de la rechute et le maintien : une méta-analyse¹¹

- *Interpersonal psychotherapy for mental health problems : a comprehensive meta-analysis.* Cuijpers, 2016.

Les lecteurs qui souhaitent en savoir plus puiseront utilement dans les références bibliographiques de ces études puissantes et d'une excellente méthodologie.

► Recommandations

La plupart des pays la recommandent en première intention dans la prise en charge de l'EDC.

À titre d'exemple :

- l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) cite la TIP en première intention dans la prise en charge de l'EDC¹² (<https://www.who.int/fr/newsroom/fact-sheets/detail/depression>) ;
- les recommandations de la NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) et l'APA (American Psychiatric Association) la citent également en première intention dans l'EDC.

Partie **1**

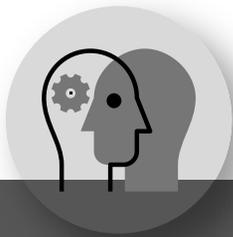
Le déroulement classique de la TIP



Chapitre 1 – Déroulement général d'une thérapie	24
Chapitre 2 – Phase 1	46
Chapitre 3 – Phase 2	94
Chapitre 4 – Phase 3	190

Chapitre 1

Déroulement général d'une thérapie



1	Lien IP et EDC	26
2	Objectifs de la TIP	36
3	Principes de la TIP	38
4	Modalités pratiques	44

1 LIEN IP ET EDC

Lien IP

L'essentiel, si vous êtes pressé !

- Le lien IP est la clé en TIP. C'est l'objet de toute l'attention, la cible et aussi l'outil de travail.
- La TIP propose de conceptualiser le lien IP selon 4 axes : les règles, les besoins, les attentes concrètes, la disponibilité.
- Le lien IP n'est pas forcément un lien d'attachement.

C'est peut-être le chapitre le plus essentiel de cet ouvrage. L'originalité de la TIP est de proposer une vision psychothérapique centrée sur ce lien IP. Le lien IP... on en parle, on a une idée de ce que c'est, mais pouvons-nous le définir précisément d'une manière fonctionnelle ?

Prenez quelques instants pour poser ce livre et vous demander : « De quoi est fait un lien interpersonnel ? »

Vous avez réfléchi ? Parfait.

Les réponses les plus courantes sont : le lien est fait de communication, d'émotions, d'expériences, d'envies, de partage...

Sans être fausses, ces réponses sont en fait incomplètes. La TIP propose un autre angle d'approche, sans prétendre disposer d'une vérité absolue : le lien IP est tellement polymorphe qu'il ne peut pas être défini de manière univoque.

En TIP, nous nous intéressons à 4 aspects du lien (règles, besoins, attentes et disponibilité), parce que ces 4 éléments sont centraux dans les problématiques interpersonnelles. C'est d'ailleurs sur ces éléments que la TIP travaille.

► Définition du lien IP

Par lien interpersonnel, on entend tout lien qui unit deux individus, quelle que soit la nature de ce lien.

La TIP décrit l'histoire naturelle du lien de la manière suivante (fig. 1.1) :

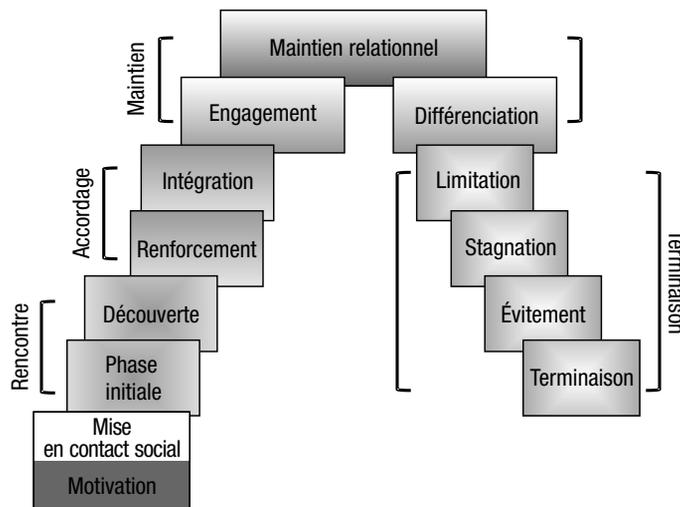


Figure 1.1. Modèle TIP du lien

La TIP propose que le lien se décline en plusieurs phases :

- **Phase de prise de conscience**

En TIP, il arrive que le patient n'ait même pas conscience de la nécessité d'initier le contact social, notamment dans le deuil ou l'isolement social quantitatif.

- Motivation : si le patient dénie la nécessité de contact social, le but est de permettre l'apparition de la motivation. Parfois, le patient est motivé, mais ne sait pas comment faire, il est contemplatif.
- Mise en contact social : phase où le patient est suffisamment motivé pour faire la démarche de socialisation mais ne sait pas comment s'y prendre concrètement.

- **Phase de rencontre**

- Phase initiale : les interlocuteurs initient le contact jusque-là inexistant.
- Phase de découverte : les deux partenaires réalisent qu'ils ont un intérêt mutuel dans ce lien.

- **Phase d'accordage**

- Phase de renforcement : les deux partenaires font des efforts pour développer le lien et créer un fond d'expérience commune. Les deux partenaires expriment leurs besoins, règles et attentes et ceux de leur partenaire.

- Phase d'intégration : les deux partenaires intègrent le lien IP dans leur univers relationnel.

- **Phase de maintien**

- Phase d'engagement : les deux partenaires investissent affectivement la relation, ont une représentation des soutiens que l'autre peut leur apporter. Ils se projettent dans la relation.
- Phase de maintien relationnel : les deux partenaires développent la relation par des moments vécus de concert, qui leur permettent de renforcer leur expérience commune et leur connaissance mutuelle.
- Phase de différenciation : chaque individu étant une entité dynamique, des éléments se modifient en termes de personnalité, besoins, etc. Les deux partenaires prennent en compte les différenciations qui surviennent au cours de la relation et les intègrent à leur représentation du lien. Ils font des ajustements. Il s'agit donc d'une mini-phase d'accordage.

- **Phase de terminaison** : pas obligatoire, elle survient si le maintien de la relation ne se fait pas.

- Phase de limitation : le lien ne fonctionne plus de façon idéale, les besoins et les attentes sont imparfaitement satisfaits, les partenaires limitent leur investissement dans le lien et se montrent moins disponibles.
- Phase de stagnation : les besoins et les attentes sont imparfaitement satisfaits, les partenaires font peu d'efforts pour améliorer la situation. Il y a souvent expectative.
- Phase d'évitement : les besoins et les attentes sont imparfaitement satisfaits, les partenaires font peu d'efforts pour améliorer la situation et tendent à trouver des solutions IP en dehors du lien.
- Phase de terminaison : le lien devenu insatisfaisant, l'un ou l'autre des partenaires fait le choix de le rompre.

Selon le diagnostic TIP, les difficultés ont tendance à se situer plus fréquemment à un niveau ou un autre du modèle TIP du lien.