

Psychothérapie interpersonnelle

Scott Stuart
Michael Robertson



Psychothérapie interpersonnelle

Guide du clinicien

Édition française révisée par **Oguz Omay**

 érès

REMERCIEMENTS

Nous sommes redevables à de nombreuses personnes sans lesquelles ce projet n'aurait pu aboutir, particulièrement : Mike O'Hara et l'équipe du Centre de recherche sur la dépression de l'Iowa, les participants de l'Institut de psychothérapie interpersonnelle et les nombreux cliniciens ainsi que les collègues avec lesquels nous avons eu le privilège de travailler au fil des ans.

Un merci personnel et chaleureux est adressé aux nombreux patients avec lesquels nous avons eu le privilège de travailler. Nous leur sommes reconnaissants pour tout ce que nous avons appris à leur côté et pour la délicatesse avec laquelle ils ont su partager leurs expériences de vie.

Enfin, nous tenons à remercier nos proches : Shana, Kaela, Ryson, Darra et Logan, mais aussi Anna et Lucas.

Ouvrage publié avec le soutien de l'ARIP

Première édition : Scott Stuart and Michael Robertson,
Interpersonal Psychotherapy. A Clinicians Guide, 2nd Edition
© Hodder Education, Taylors Francis Group, 2012

Avec la participation de Jamie Lenchantin pour la traduction

Conception de la couverture :

Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2021

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-6834-7

Première édition © Éditions érès 2021

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Partagez vos lectures et suivez l'actualité des **éditions érès** sur les réseaux sociaux



Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Table des matières

AVANT-PROPOS	7
Histoire de la PTI	13
<i>Approche idéale du développement de la psychothérapie</i>	16
Une métaphore pour la PTI et les autres thérapies soutenues empiriquement	22
Conclusion.....	24

I. De la théorie à l'intervention

1. INTRODUCTION.....	31
Caractéristiques de la PTI.....	32
La PTI est orientée vers l'interpersonnel.....	33
La PTI est fondée sur un modèle biopsychosocial/culturel/ spirituel du fonctionnement psychique.....	35
Dans sa phase intensive, la PTI est une thérapie brève.....	38
Les interventions en PTI ne visent pas directement la relation patient-thérapeute	42
Une métaphore pour la PTI.....	48
Conclusion.....	50
2. THÉORIE ET APPLICATIONS CLINIQUES.....	53
Théorie de l'attachement.....	57
Les enjeux thérapeutiques de la théorie de l'attachement.....	66
<i>La théorie de l'attachement représente la base en matière de conceptualisation de la souffrance du patient comme étant des besoins d'attachement non comblés</i>	66

<i>La théorie de l'attachement fait le lien entre la manière dont le patient s'attache au thérapeute et la manière dont le patient s'attache aux êtres chers.....</i>	66
<i>La théorie de l'attachement renseigne le thérapeute sur les interventions utiles en PTI.....</i>	67
<i>La théorie de l'attachement renseigne sur le pronostic.....</i>	67
La théorie interpersonnelle.....	68
Théorie sociale.....	74
La PTI : de la théorie à l'intervention.....	77
Conclusion.....	82

II. Les séances initiales. L'évaluation

3. LA STRUCTURE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE INTERPERSONNELLE.....	89
La phase initiale évaluative.....	89
La phase intensive.....	90
Conclusion du traitement aigu.....	91
Le maintien du contact.....	91
La PTI et le modèle biopsychosocial/culturel/spirituel.....	93
Les dimensions interpersonnelles problématiques.....	94
Bénéfices et limites des psychothérapies structurées.....	97
Conclusion.....	100
4. ÉVALUER ET CHOISIR LES PATIENTS.....	101
La procédure évaluative.....	102
Évaluer l'attachement et le mode de communication.....	102
La description, par le patient, de ses relations.....	103
Questions possibles pour évaluer l'attachement.....	104
Une description du patient par un être cher.....	106
La qualité du récit du patient.....	107
<i>Une bonne histoire doit avoir une intrigue cohérente.....</i>	107
<i>Une bonne histoire ou un récit irrésistible doit contenir de l'action.....</i>	107
<i>Des détails doivent situer l'histoire dans un contexte temporel.....</i>	107
La qualité de la relation patient thérapeute.....	111
Évaluation de l'attachement et de la communication : résumé...	112

TABLE DES MATIÈRES

Évaluer les caractéristiques classiques des patients dans le cadre de la psychothérapie limitée dans le temps.....	113
<i>La sévérité de la pathologie</i>	113
<i>La motivation</i>	114
<i>La capacité à créer une alliance thérapeutique</i>	114
<i>La force du Moi</i>	115
<i>Ouverture à la réflexion psychologique</i>	115
Les caractéristiques du patient spécifiques à la PTI.....	116
<i>Un attachement sécure</i>	116
<i>Un récit cohérent</i>	117
<i>Un accent spécifique sur l'interpersonnel</i>	117
<i>Un bon réseau social de soutien</i>	118
Soutien empirique à la PTI.....	118
Conclusion.....	121
5. INVENTAIRE INTERPERSONNEL	127
Les caractéristiques de l'inventaire interpersonnel.....	128
<i>L'inventaire interpersonnel porte sur les relations actuelles importantes, en incluant les pertes récentes</i>	128
<i>L'inventaire interpersonnel détaille les causes des problèmes relationnels</i>	128
<i>L'inventaire interpersonnel trace les grandes lignes du soutien social</i>	129
<i>L'inventaire interpersonnel recherche les problèmes de communication actuels</i>	129
<i>L'inventaire interpersonnel définit les attentes à l'égard des relations</i>	129
<i>L'inventaire interpersonnel identifie les dimensions interpersonnelles cibles</i>	129
<i>L'inventaire interpersonnel permet de prévoir certaines interventions dans le traitement</i>	130
<i>L'inventaire interpersonnel évolue au cours de la PTI et contribue à contrôler les progrès</i>	130
<i>L'inventaire interpersonnel sert de référence pour réorienter le déroulement de la thérapie</i>	130
Construire un inventaire interpersonnel.....	131
Utiliser l'inventaire interpersonnel au cours de la PTI.....	137
Conclusion.....	140

6. LA FORMULATION INTERPERSONNELLE.....	141
Le modèle biopsychosocial, culturel et spirituel.....	142
Les éléments de la formulation interpersonnelle.....	143
Facteurs biologiques de la souffrance.....	146
<i>Facteurs génétiques.....</i>	146
<i>Abus de drogue et d'alcool.....</i>	146
<i>Pathologies médicales.....</i>	147
<i>Les effets des traitements médicamenteux.....</i>	147
<i>Régimes alimentaires et exercices physiques.....</i>	147
Facteurs psychologiques de la souffrance.....	147
<i>Style d'attachement.....</i>	147
<i>Caractère.....</i>	148
<i>Modèle cognitif.....</i>	148
<i>Mécanismes de défense.....</i>	148
Facteurs sociaux de la souffrance.....	149
Facteurs culturels de la détresse.....	149
Facteurs spirituels de la détresse.....	149
Thérapie cognitive et comportementale.....	154
Psychologie du Moi.....	154
Thérapie familiale.....	155
Psychothérapie interpersonnelle.....	155
Conclusion.....	157
7. L'ENTENTE THÉRAPEUTIQUE.....	159
Établir l'entente thérapeutique.....	160
Les éléments de l'entente thérapeutique en PTI.....	161
Le nombre, la fréquence et la durée des séances.....	162
<i>Les dimensions interpersonnelles traitées.....</i>	162
<i>Les attentes du patient et du thérapeute.....</i>	162
<i>Les contraintes pratiques.....</i>	162
<i>Les limites lors du traitement.....</i>	163
Entretenir l'entente thérapeutique.....	163
Le non-respect de l'entente thérapeutique.....	164
<i>Raisons pratiques.....</i>	164
<i>Les conséquences sur les relations sociales du patient.....</i>	165
<i>Gérer le non-respect de l'entente au sein de la relation thérapeutique.....</i>	165
Éléments complémentaires concernant l'entente thérapeutique	169
Conclusion.....	170

III. Les techniques spécifiques à la PTI

8. LA CLARIFICATION	173
La clarification en PTI	174
La clarification et le style d'attachement du patient	175
L'art de la clarification.....	175
Démarrer les séances par la clarification.....	176
Les difficultés potentielles de la clarification.....	177
<i>Le patient qui dévie sans cesse</i>	177
<i>Le thérapeute qui dévie sans cesse</i>	178
Conclusion.....	181
9. L'ANALYSE DE LA COMMUNICATION.....	183
Les objectifs de l'analyse de la communication	183
Les origines des exemples de communication	184
Les descriptions du patient à propos de ses communications.....	185
La qualité du discours du patient.....	188
La communication du patient avec le thérapeute au cours de la séance.....	190
Éléments obtenus à partir des proches du patient	190
Les incidents interpersonnels.....	192
Le processus de l'analyse de la communication	206
Faire un retour au patient.....	207
Conclusion.....	216
10. RÉOLUTION DE PROBLÈMES.....	217
Étude détaillée du problème	219
Exploration de solutions potentielles.....	219
Choix du plan d'action	220
Surveillance et modulation de la solution.....	220
Les étapes de la résolution de problèmes.....	221
<i>Le spectre des interventions</i>	221
<i>Développer de nouvelles solutions</i>	222
<i>L'avis direct du thérapeute</i>	222
<i>La réflexion initiée par le thérapeute</i>	223
<i>La révélation de soi par le thérapeute</i>	224
<i>La réflexion menée par le patient</i>	225
<i>Trouver des solutions à partir des expériences antérieures du patient</i>	225
Les exercices à domicile.....	225

Les difficultés potentielles de la résolution de problèmes	226
<i>Le patient a du mal à s'engager dans la résolution de problèmes</i>	226
<i>Il ne semble pas y avoir de solution au problème</i>	228
<i>La mise en place de la solution entraîne une aggravation de la situation</i>	228
Conclusion	233
11. LE RECOURS À L'AFFECTIF	235
Contenu et processus affectif	235
Conclusion	242
12. LES JEUX DE RÔLES	243
Utilisations thérapeutiques des jeux de rôles	244
Mener un jeu de rôles	244
<i>Le thérapeute comme patient</i>	245
<i>Le patient jouant le rôle de l'autre</i>	246
<i>Le patient jouant son propre rôle</i>	246
<i>Le thérapeute dans le rôle de l'autre</i>	247
Les difficultés potentielles du jeu de rôles	248
<i>Le patient est réticent ou peu disposé à faire un jeu de rôles</i> ...	248
<i>Le thérapeute ne peut pas dépendre correctement l'être cher</i>	249
<i>Le thérapeute décrit le patient d'une manière que le patient considère comme critique</i>	249
Conclusion	253
13. EXERCICES À DOMICILE ET AUTRES CONSIGNES	255
Les exercices à domicile en PTI : de quoi s'agit-il ?	257
<i>Les exercices de communication</i>	258
<i>Les exercices d'évaluation</i>	258
<i>Les exercices incluant activité et comportement</i>	259
<i>Les exercices paradoxaux</i>	259
Exercices à domicile en PTI : choix de la patientèle	259
Comment donner des exercices à domicile en PTI	261
Conclusion	267

IV. Dimensions interpersonnelles

14. LES CONFLITS INTERPERSONNELS	271
Identification des conflits lors de la phase initiale évaluative	274
Conflits interpersonnels : exploration lors de la phase intensive	275
Représenter le conflit interpersonnel	276
Conflits interpersonnels : les techniques	280
<i>Clarification</i>	281
<i>L'expression des affects</i>	281
<i>Analyse de la communication</i>	281
<i>Résolution de problèmes</i>	282
<i>Jeu de rôles</i>	282
<i>Évaluation de la relation</i>	282
Conflits interpersonnels : tactiques thérapeutiques complémentaires	283
<i>Le patient refuse de reconnaître le conflit</i>	283
<i>Le patient ne semble pas motivé à changer</i>	284
<i>Le patient confronté à une adversité sociale envahissante</i>	285
<i>Le patient qui a des difficultés à bien communiquer</i>	285
<i>Le patient avec un conjoint déficitaire</i>	289
Conclusion	299
15. CHANGEMENTS MAJEURS	301
Identification des changements majeurs lors de la phase initiale évaluative	303
Exploration des changements majeurs lors de la phase intensive	304
Élaboration de la frise chronologique des événements de vie	305
Techniques de changements majeurs	311
<i>Clarification</i>	311
<i>Susciter les affects du patient afin de faciliter le changement</i> ..	312
<i>Reconnaître et décrire les émotions à l'égard du changement</i> ..	312
<i>Aider le patient à conceptualiser le changement de manière plus équilibrée, réaliste et sensée</i>	312
<i>Aider le patient à activer de nouveaux soutiens sociaux</i>	314
Décrire le vécu du patient après le changement	314
Tactiques thérapeutiques complémentaires	315
<i>Le patient ne considère pas le problème comme un changement majeur</i>	315

<i>Le patient ne reconnaît pas la complexité du changement majeur</i>	317
<i>Le patient fait preuve de peu d'affects lorsqu'il décrit le changement</i>	317
Conclusion	326
16. DEUILS ET PERTES	329
Identification lors de la phase initiale évaluative	330
Caractéristiques	331
Comment les étudier au cours de la phase intensive	333
<i>Clarifier les circonstances liées à la perte</i>	333
<i>Aider le patient à décrire son vécu de la perte</i>	335
<i>Le thérapeute au centre de l'alliance pour restaurer la confiance</i>	336
<i>Aider le patient à partager son histoire avec les autres pour réduire son isolement et faciliter les liens</i>	337
Tactiques thérapeutiques complémentaires	338
<i>Gérer le deuil anticipé</i>	338
<i>Le travail avec les patients mourants</i>	338
<i>Le patient ayant des difficultés à exprimer ou à ressentir des émotions</i>	339
<i>Le patient a des difficultés pour se lier aux personnes de son entourage</i>	340
Conclusion	345

V. Conclure la PTI

17. CONCLUSION DU TRAITEMENT AIGU ET MAINTIEN DE CONTACT	349
Conclure le traitement aigu	350
Le maintien du contact	351
<i>Décider quand conclure le traitement aigu</i>	352
<i>Conclure le traitement aigu : tactiques</i>	356
<i>Les objectifs de la conclusion du traitement aigu</i>	357
<i>Conclusion de la phase intensive : questions-clés</i>	358
<i>Conclusion de la phase intensive : techniques</i>	360
Mener un traitement de maintien	362
<i>Traitement de maintien : tactiques et techniques</i>	364
Conclusion	367

VI. Compléments

18. PROCESSUS PSYCHODYNAMIQUES.....	371
Transfert.....	372
Contre-transfert.....	376
Résistance.....	378
Conclusion.....	381
19. MISE EN APPLICATION DE LA PSYCHOTHÉRAPIE INTERPERSONNELLE.....	383
Prise en charge de la dépression par PTI.....	383
<i>La PTI et la dépression chez les adolescents.....</i>	383
<i>La PTI et la dépression de fin de vie.....</i>	384
<i>La PTI et les patients âgés présentant des troubles cognitifs... ..</i>	384
<i>La PTI et les femmes en situation périnatale.....</i>	385
<i>La PTI et les troubles dysthymiques.....</i>	385
Prise en charge des troubles bipolaires par PTI.....	386
Prise en charge des troubles non affectifs par PTI.....	387
<i>La PTI et les troubles du comportement alimentaire.....</i>	387
<i>La PTI et l'anxiété sociale.....</i>	388
<i>La PTI et le trouble de la personnalité borderline.....</i>	389
La PTI et le syndrome de stress post-traumatique.....	391
<i>Introduction au syndrome de stress post-traumatique.....</i>	391
<i>Éléments conceptuels.....</i>	392
<i>Adapter la PTI pour le traitement de l'état de stress post-traumatique.....</i>	393
<i>La PTI de groupe et le syndrome de stress post-traumatique ...</i>	395
<i>Éléments en faveur de la PTI dans le stress post-traumatique...</i>	400
Conclusion.....	401
20. LA RECHERCHE EN PSYCHOTHÉRAPIE INTERPERSONNELLE.....	407
21. ÉTUDE DE CAS : ALAIN.....	411
Évaluation clinique.....	411
<i>Environnement.....</i>	411
<i>Séances initiales évaluatives.....</i>	412
<i>Antécédents psychiatriques.....</i>	412
<i>Antécédents médicaux.....</i>	412
<i>Antécédents familiaux.....</i>	413
<i>Antécédents sociaux et développementaux.....</i>	413
<i>Personnalité prémorbide.....</i>	414

PSYCHOTHÉRAPIE INTERPERSONNELLE

<i>Facteurs culturels et spirituels</i>	414
<i>Étude de l'état mental</i>	415
<i>Formulation du diagnostic</i>	415
<i>Inventaire interpersonnel</i>	415
<i>Style d'attachement</i>	417
<i>Formulation interpersonnelle</i>	418
<i>Considérations thérapeutiques</i>	419
<i>Développer les objectifs du traitement</i>	423
<i>L'entente thérapeutique</i>	426
Les séances intensives	426
<i>Conflit interpersonnel : séance 4</i>	426
<i>Séance 5</i>	429
<i>Séance 6</i>	430
<i>Séance 7</i>	431
<i>Séance 8</i>	432
<i>Séance 9</i>	433
<i>Séance 10</i>	434
<i>Séance 11</i>	434
<i>Séance 12</i>	436

Annexes

1. CERTIFICATION EN PSYCHOTHÉRAPIE INTERPERSONNELLE	439
Niveau A : Initiation à la PTI.....	439
Niveau B : Entraînement clinique à la PTI.....	440
<i>Conditions d'admission</i>	440
<i>Supervision en PTI</i>	440
Niveau C : Certification clinique en PTI	440
<i>Conditions d'admission</i>	440
<i>Supervision en PTI</i>	440
Niveau D : Certification à la supervision en PTI.....	441
<i>Conditions d'admission</i>	441
<i>Formation</i>	441
<i>Évaluation indépendante de la supervision</i>	441
Niveau E : Certification à la formation en PTI.....	441
<i>Conditions d'admission</i>	441
<i>Formation et supervision</i>	441
<i>Évaluation indépendante de la supervision</i>	441

TABLE DES MATIÈRES

2. CERCLE INTERPERSONNEL	442
3. FORMULATION INTERPERSONNELLE	442
4. SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE PSYCHOTHÉRAPIE INTERPERSONNELLE (ISIPT)	443

Avant-propos

Nous présentons ici la deuxième édition de notre Guide du clinicien en psychothérapie interpersonnelle (PTI)^{*1}. Au cours de la dernière décennie, nombre de cliniciens et d'universitaires à travers le monde ont eu recours à la première édition à la fois dans leur travail clinique, dans leur enseignement et pour mener diverses études. Nous avons, depuis toujours, l'intention de publier un ouvrage utile aux cliniciens, avec, pour objectif, de les encourager à recourir à la PTI comme un cadre au sein duquel ils peuvent exercer leur jugement, même si jusqu'à ce jour aucun des nombreux manuels de psychothérapie publiés (y compris le nôtre) n'est le graal ni n'a été gravé dans le marbre.

Une approche flexible s'impose lorsque les psychothérapies prenant appui sur des manuels issus de cadres académiques stricts sont transposées sur le terrain. Pour décrire l'application clinique des traitements, des expressions telles que « fondés empiriquement » ou « soutenus empiriquement » sont désormais fréquemment employées. Ainsi est indiqué non seulement que la flexibilité est indispensable dans la prise en charge des patients *complexes*², mais qu'une observance stricte des manuels donne bien souvent un moins bon résultat que celui qui est obtenu grâce

* Toutes les notes de l'éditeur [NDE] sont de Oguz Omay.

1. [NDE] Il est à noter que *Interpersonal Psychotherapy* (IPT) en anglais est traduite en français de deux manières différentes : la Psychothérapie interpersonnelle (PTI) ou Thérapie interpersonnelle (TIP). Il s'agit de la même approche.

2. Pour des raisons pratiques, nous avons choisi d'utiliser le terme de patient dans cet ouvrage. De manière générale, « patient » signifiait initialement « celui qui souffre », et cette description correspond parfaitement aux personnes avec lesquelles nous travaillons : elles souffrent, elles ont donc besoin d'être aidées. Pourtant, ni le terme de « patient » ni celui de « client » ne reflète ce que nous cherchons avant tout à transmettre ; nous proposons donc une alternative consistant à considérer les personnes que nous cherchons à soulager comme des individus uniques, dont les désordres et les détresses font partie de leurs nombreuses qualités humaines.

à un savant mélange à partir des recommandations préconisées par ces ouvrages et soutenues par un jugement clinique et de bon sens. L'utilisation du terme « guide » que nous privilégions est destinée à démontrer que la meilleure conceptualisation de la psychothérapie interpersonnelle est celle d'un traitement reposant sur des références théoriques précises, validées empiriquement et cliniquement, et soumises au filtre du jugement clinique lors de leur application. En effet, les essais randomisés, même s'ils sont essentiels sur le plan scientifique, ne sont pas le seul moyen d'obtenir des données cliniques. L'expérience des cliniciens est également une mine d'information qualitative qui doit contribuer à la pratique clinique.

Notre objectif est donc principalement l'accompagnement des thérapeutes dans leur volonté de prendre en charge les individualités uniques avec lesquelles ils travaillent, car nous sommes convaincus que la PTI est un cadre particulièrement utile tant pour les cliniciens que pour les patients, pour atteindre les objectifs que les uns et les autres se sont mutuellement fixés. Nous avons l'ambition de proposer un guide pour pratiquer la PTI, tandis que sur un plan plus personnel, nous souhaitons aider les thérapeutes à mieux comprendre leurs patients. Ce qui s'inspire du processus de la PTI : afin de soulager les patients de leur souffrance, les thérapeutes doivent avant tout les comprendre, tout en faisant en sorte qu'ils se comprennent mieux eux-mêmes.

Depuis la précédente édition, la PTI a connu de nombreux changements qui ont fait l'objet d'une diffusion internationale. Notamment, des modifications majeures dans la structure ont vu le jour. Ainsi, un traitement par PTI est désormais conclu plutôt que terminé, avec également la nécessité de maintenir le contact³ pour la majorité des patients. Opter pour une thérapie de maintien et ne pas « terminer » a été la norme en pratique clinique de la PTI depuis des années. Le nombre de séances en PTI n'est plus déterminé, considéré désormais comme une posologie flexible pouvant être prolongée. Les dimensions interpersonnelles problématiques ont été réduites de quatre à trois (en éliminant la sensibilité interpersonnelle). Chacune de ces évolutions repose sur des recherches empiriques et sur l'expérience clinique de la PTI.

Nous avons également élargi l'utilisation dans la PTI de la théorie interpersonnelle et celle de l'attachement. Une formulation structurée, qui a prouvé sa totale validité auprès des cliniciens et des patients, inclut

3. [NDE] Tout au long de cet ouvrage, comme lors de nos formations, nous traduisons *maintenance treatment* par notre terme maintien du contact, nettement plus adapté en français à l'esprit de la PTI et au message que les auteurs de ce guide essaient de souligner.

cette nouvelle dimension. Plusieurs techniques spécifiques, telle l'analyse de la communication, ont également été modifiées. Cette édition comporte par ailleurs de nouveaux outils cliniques supplémentaires, qui ont été testés en PTI et qui sont aujourd'hui largement diffusés. Il s'agit de l'inventaire interpersonnel structuré, de la frise chronologique des changements majeurs, et du graphique des conflits interpersonnels. Chaque outil, simple d'utilisation, est destiné à aider les cliniciens à mieux comprendre leurs patients.

De plus, cette deuxième édition adopte un point de vue plus large concernant les problèmes potentiellement traités par PTI. Au cours de la dernière décennie, de nombreux essais cliniques ont eu recours à la PTI pour traiter des troubles variés ; également, l'expérience clinique a démontré son utilité en matière transdiagnostique. L'adoption du nouveau manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (DSM-V), tout comme les nouveaux critères de recherche par domaine (RDOC) [Cuthert et Insel, 2010 ; Insel et coll., 2010] qui sont en cours de développement par l'Institut national américain de santé mentale, rendent cette approche transdiagnostique non seulement très actuelle mais également soutenue empiriquement. Ainsi, nous avons choisi d'utiliser le terme de « détresse » pour englober ces concepts et pour les décrire au sein de la PTI.

Depuis notre première édition en 2003, de nombreuses études pilotes ont fait appel à la PTI pour traiter différents troubles auprès de *populations variées*⁴. Pour autant, alors que la PTI est de plus en plus soutenue empiriquement concernant son *efficacité*, rares sont les recherches qui évaluent son *efficience* dans un cadre clinique classique de terrain. Comme nous l'avons remarqué il y a une décennie, c'est le cas pour l'ensemble des psychothérapies validées empiriquement. En d'autres termes, la PTI (mais aussi les autres pratiques fondées sur des preuves) a pu démontrer empiriquement son bénéfice quand elle est utilisée :

- dans un contexte universitaire avec des thérapeutes dédiés à sa mise en application ;
- avec des sujets (par opposition à des patients) qui remplissent soigneusement les critères diagnostiques sélectionnés, et sans pathologie comorbide ;
- avec des sujets acceptant d'être impliqués dans un essai clinique randomisé ;

4. Voir les chapitres 19 et 20 de cet ouvrage.

- avec des sujets qui n’ont pas à payer pour recevoir leur traitement ;
- dans des protocoles étroitement contrôlés qui respectent strictement le manuel.

Cependant, pour la plupart des cliniciens, il est presque inconcevable d’envisager rencontrer de manière hebdomadaire un patient pendant douze, seize, voire plus, semaines consécutives comme l’exige le protocole de recherche. De surcroît, ils sont directement rémunérés par le patient, et non par un financement de recherche. La majorité des cliniciens ne peuvent s’offrir le luxe de travailler avec des sujets présentant une dépression majeure sans comorbidité ; de nombreux patients de la « vraie vie » présentent, en effet, un savant mélange de dépression, d’anxiété, de traits de personnalité dysfonctionnels, d’abus de substances et d’autres problèmes associés. Par ailleurs, la plupart de ceux qui recherchent un traitement au sein des institutions ont une idée précise du type de traitement souhaité : médicamenteux, thérapeutique ou autre. Ils diffèrent donc des sujets de recherche qui acceptent de se voir attribuer de manière aléatoire un traitement. En ville, il n’existe pas de patient s’adressant spontanément à un centre de soin et demandant à être traité de manière randomisée par placebo.

La recherche empirique portant sur l’*efficacité* d’un traitement est fondamentale : par exemple, évaluer son bénéfice quand il est appliqué dans un cadre de recherche strict et contrôlé. L’*efficience* d’un traitement correspond à l’évaluation ultime de son utilité clinique : par exemple son bénéfice quand il est mis en place dans un contexte clinique (Nathan et coll., 2000 ; Barlow, 1996). La recherche empirique à partir de la population générale, concernant l’efficience de la PTI, est encore peu développée ; la sagesse et l’expérience clinique sont d’une grande utilité pour l’ensemble de la communauté. L’expérience clinique correspond d’ailleurs à une forme de recherche : des informations qualitatives sont en effet retirées de l’observation spécifique des applications de la PTI ainsi que de la façon dont les patients s’adaptent aux changements. Selon nous, la pratique de la PTI doit se fonder tant sur l’information empirique apportée par les études randomisées que sur l’information qualitative obtenue par l’*expérience clinique*⁵.

C’est cette conviction qui nous conduit à une conclusion fondamentale à propos des formes théorisées de la PTI mais aussi des traitements

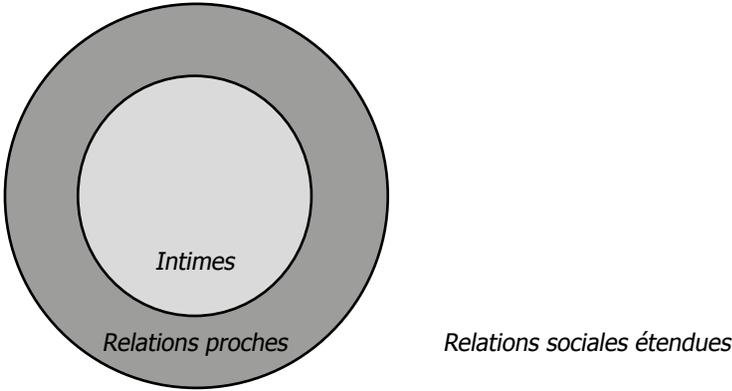
5. Ce même principe s’applique à tout autre traitement validé empiriquement, psychothérapeutique ou psychopharmacologique.

en général. Adhérer pleinement au manuel en excluant tout protocole clinique risque fort de rendre l'efficacité du traitement quasi nulle, les thérapeutes étant dissuadés d'exploiter leur expérience clinique. Cela a été récemment confirmé par des éléments tangibles : les soins prodigués par les thérapeutes expérimentés sont plus efficaces quand ils sont administrés avec souplesse au regard des traitements validés empiriquement (Barber et coll., 2006 ; Castonguay et coll., 1996).

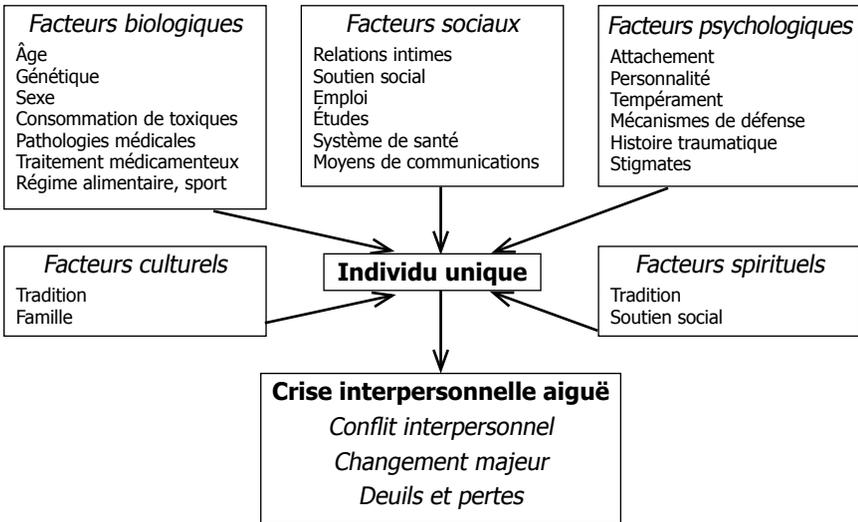
Une thérapie aboutit bien souvent à des résultats déductibles et observables sur le patient : plus grande qualité d'introspection ; motivation au changement plus forte ; transfert agissant sur l'interaction thérapeutique et la qualité de l'alliance thérapeutique. Ces résultats peuvent aider le thérapeute à décider de l'opportunité de proposer au patient des exercices à domicile, si celui-ci est capable d'accroître son introspection grâce aux interventions du thérapeute à des moments adéquats, ou encore décider de modifier éventuellement le nombre de séances nécessaires à l'amélioration de son état. Ces décisions devraient découler d'une réflexion mutuelle au sein de chaque dyade thérapeutique, plutôt que d'être imposées antérieurement par un manuel (Edelson, 1994 ; Strauss et Kaechele, 1998). Pour tout cela, cet ouvrage se veut être d'avantage un guide qu'un manuel dans le sens où il délivre un ensemble de principes permettant d'élaborer un cadre pour la conduite d'une PTI, plutôt qu'il ne fixe un ensemble de règles la limitant.

Dans cette deuxième édition, nous avons intégré tout cela pour décrire la structure de la PTI. Par exemple, nous avons retenu en priorité ce que l'expérience clinique a démontré, à savoir qu'après avoir mené douze à seize séances hebdomadaires, les arrêter brutalement n'était pas la meilleure façon de conduire une pratique clinique en PTI. En effet, des essais cliniques ont été menés sous contrôle, en appliquant un traitement aigu par PTI et des séances s'estompant dans le temps tout en maintenant le contact (Frank et coll., 2000 ; Talbot et coll., 2011). En outre, les cliniciens expérimentés savent depuis longtemps que les résultats obtenus avec une telle approche présentent moins de rechutes. Par ailleurs, nombreuses sont les études qui démontrent que certains troubles comme la dépression font souvent retour (Kessler et coll., 2003 ; 2005) ; or, la PTI de maintien réduit ces risques de rechutes (Frank et coll., 2000 ; 2007) ; ce serait donc une faute professionnelle que de ne pas la proposer aux patients présentant un risque élevé.

2. Cercle interpersonnel



3. Formulation interpersonnelle



4. Société internationale de psychothérapie interpersonnelle (ISIPT)

L'ISIPT rassemble des universitaires, des praticiens, des chercheurs et de manière générale toute personne intéressée par le travail clinique, l'enseignement et la recherche en PTI.

L'ISIPT a pour mission de :

- diffuser la PTI au niveau international ;
- promouvoir la formation en PTI ;
- favoriser la recherche en PTI ;
- proposer un espace de dialogue favorable au développement de la PTI.

L'ISIPT a été fondé en 2000 par Michael Robertson et Scott Stuart. La première rencontre de l'ISIPT a eu lieu lors du rassemblement de l'APA (American Psychiatric Association) à Chicago en mai 2000, et a rassemblé des praticiens venus des États-Unis, du Canada, de Grande-Bretagne, de l'Islande, des pays scandinaves, d'Australie, de Nouvelle-Zélande, d'Allemagne et du Luxembourg. Depuis cette date, l'organisation s'est développée pour inclure des membres venus des six continents et de plus de quarante pays différents. L'ISIPT a organisé sept colloques internationaux : en 2005 à Pittsburgh (États-Unis), en 2007 à Toronto (Canada), en 2009 à New York (États-Unis), en 2011 à Amsterdam (Pays-Bas), en 2013 à Iowa City (États-Unis), en 2015 à Londres (Angleterre) et en 2017 à Toronto (Canada).

Des informations complémentaires sur l'ISIPT peuvent être obtenues sur le site Internet www.interpersonalpsychotherapy.org