



HAL
open science

Thérapie interpersonnelle et dépression de l'adolescent

Pierre-François Fattaccini

► **To cite this version:**

Pierre-François Fattaccini. Thérapie interpersonnelle et dépression de l'adolescent. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03473269

HAL Id: dumas-03473269

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03473269>

Submitted on 11 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 300

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Thérapie interpersonnelle et dépression de l'adolescent

Présentée et soutenue publiquement
Le 10 décembre 2019

Par

Pierre-François Fattaccini

Né le 1^{er} août 1987 à Paris

Dirigée par M. Le Docteur Yann L'Hegaret

Jury :

M. Le Professeur Franck Bayle, PU-PH Président

M. Le Professeur Bernard Granger, PU-PH

M. Le Docteur Jean-Yves Rotge, MCU-PH

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS (p.9)

INTRODUCTION (p.11)

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LA THERAPIE INTERPERSONNELLE (p.13)

CHAPITRE 1 : Histoire de la thérapie interpersonnelle (p.13)

CHAPITRE 2 : Sources théoriques de la thérapie interpersonnelle (p.19)

2.1) travaux de Sullivan et Meyer (p.19)

2.2) théorie de la communication (p.20)

2.3) théorie de l'attachement (p.21)

2.4) modèle biopsychosocial (p.28)

2.5) modèle cognitif (p.31)

CHAPITRE 3 : Modélisation de la dépression en thérapie interpersonnelle (p.33)

3.1) lien interpersonnel en thérapie interpersonnelle (p.33)

3.2) modélisation de la dépression (p.36)

CHAPITRE 4 : Déroulement type de la thérapie (p.40)

4.1) phase initiale (p.40)

4.2) phase intermédiaire (p.45)

4.3) phase finale (p.47)

DEUXIEME PARTIE : LA DEPRESSION DE L'ADOLESCENT (p.48)

CHAPITRE 1 : Données épidémiologiques et cliniques (p.48)

1.1) épidémiologie (p.48)

1.2) formes cliniques (p.49)

1.2.1) définitions (p.49)

1.2.2) symptomatologies dépressives à l'adolescence (p.51)

1.2.3) principales comorbidités (p.54)

1.2.4) évolution des troubles dépressifs de l'adolescent (p.55)

CHAPITRE 2 : Principaux modèles explicatifs (p.57)

2.1) un processus multifactoriel (p.57)

2.2) modèle comportemental (p.58)

2.3) modèles cognitifs (p.59)

2.4) modèle psychanalytique (p.60)

2.4.1) crise à l'adolescence (p.61)

2.4.2) deuil et dépression (p.63)

2.5) modèle systémique (p.64)

2.5.1) psychopathologie familiale (p.64)

2.5.2) données systémiques (p.66)

2.6) modèle biopsychosocial (p.70)

CHAPITRE 3 : La dépression de l'adolescent vue sous l'angle de la théorie de l'attachement (p.75)

TROISIEME PARTIE : APPLICATION DE LA THERAPIE INTERPERSONNELLE A LA DEPRESSION DE L'ADOLESCENT (p.78)

CHAPITRE 1 : Données de la littérature (p.78)

CHAPITRE 2 : Adaptation de la thérapie au cas des adolescents (p.86)

CHAPITRE 3 : Cas clinique de thérapie interpersonnelle chez un adolescent : une situation de conflit interpersonnel (p.93)

3.1) anamnèse (p.93)

3.2) prise en charge en thérapie interpersonnelle (p.96)

CHAPITRE 4 : Discussion (p.117)

4.1) discussion des données de la littérature (p.117)

4.2) discussion de notre cas clinique et expérience personnelle (p.122)

4.3) autres champs d'application de la thérapie interpersonnelle chez les adolescents (p.124)

4.3.1) adolescence et grossesse (p.125)

4.3.2) trouble des conduites alimentaires (p.126)

4.3.3) trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité (p. 127)

4.3.4) trouble bipolaire (p.128)

4.3.5) trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle (p. 128)

4.3.6) trouble de personnalité limite (p.130)

CONCLUSION (p.133)

BIBLIOGRAPHIE (p .135)

REMERCIEMENTS

Au professeur Franck Baylé, qui nous fait l'honneur de présider notre jury de thèse.

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail, et de présider notre jury de thèse.

Au professeur Bernard Granger, qui nous fait l'honneur de siéger à notre jury de thèse.

Je vous remercie de vous être intéressé à ce travail et d'avoir accepté de le juger.

Au Docteur Jean-Yves Rotgé, qui nous fait l'honneur de siéger à notre jury de thèse.

Je vous remercie de vous être intéressé à notre travail et d'avoir accepté de le juger.

Au Docteur Yann L'Hégaret, qui a contribué à développer mon intérêt pour la thérapie interpersonnelle et m'a fait l'honneur de diriger ce travail de thèse, et que je remercie pour sa disponibilité, la pertinence de ses conseils, et la confiance qu'il m'a accordée pour mener à bien l'ensemble de cette thèse.

A mes parents et mon frère,

A ma tante Bib,

A Camille,

Au Docteur Feinte, pour son amitié, son soutien tout au long de l'internat, son souci de formation et sa vision de la psychiatrie,

A Alexis, pour sa présence quotidienne et la motivation permanente qu'il m'a apportée,

A Maxime, avec qui j'ai passé mes études de médecine (à la bibliothèque),

A Alexandre, mon ami d'enfance,

A mes amis de l'internat, Virgile, Margaux, et Fanilo, pour leur implication et nos discussions enrichissantes sur notre beau métier,

A l'équipe du secteur 17/18 du Docteur Garnier à Sainte-Anne pour leur sollicitude envers les patients, et en particulier le Docteur Raimbaud pour son optimisme et sa pratique passionnée.

INTRODUCTION

La prévalence de la dépression chez les adolescents est estimée à 8% en France [1] et probablement sous-estimée. En plus d'un retentissement fonctionnel qui peut être majeur et de l'association avec de nombreuses comorbidités [2], le fait de présenter un épisode dépressif précoce constituerait un facteur de risque important de récurrence à l'âge adulte, d'une évolution vers une dépression résistante au traitement, ou pourrait orienter, en association avec d'autres arguments anamnestiques et cliniques, vers un trouble bipolaire [2,3]. Certaines études de suivi des adolescents présentant un épisode dépressif caractérisé montrent, après une double prise en charge par pharmacothérapie et psychothérapie, des taux de récurrence compris entre 25 et 50 % dans les six mois à deux ans après le traitement [4]. L'inquiétude principale concerne aussi le passage à l'acte suicidaire, qui représente la seconde cause de décès chez les 15-24 ans en France (6,7 pour 100000) [1]. La prise en charge de la dépression chez l'adolescent constitue donc un enjeu de santé publique primordial. L'Organisation Mondiale de la Santé estimait dans son rapport de 2014 qu'il s'agissait de la première cause de maladie et de handicap chez les jeunes de 10 à 19 ans [5].

Cette prise en charge peut associer, en fonction de la sévérité clinique et des antécédents, un traitement pharmacologique par antidépresseur et/ou une prise en charge psychothérapeutique et psychosociale, ainsi qu'un traitement des comorbidités.

Parmi les psychothérapies citées dans les recommandations internationales, seules la thérapie cognitive et comportementale et la thérapie interpersonnelle (également appelée TIP) [6] apparaissent de manière consensuelle [1, 7], la Haute Autorité de Santé recommandant de choisir le type de psychothérapie spécifique le plus adapté à la situation après un avis spécialisé [1].

La thérapie interpersonnelle est une psychothérapie brève et structurée en trois phases, postulant que la dépression survient dans un contexte interpersonnel propice à l'apparition ou à la pérennisation des symptômes. Elle a été élaborée aux Etats-Unis au début des années 1970 pour des patients adultes atteints d'épisode dépressif caractérisé, non bipolaire et non psychotique [8], avec comme principaux cadres théoriques les travaux de Bowlby sur l'attachement, les théories sociales de Sullivan et Meyer, et la théorie de la communication de Kiesler [9]. Elle vise à la fois la rémission des symptômes dépressifs et l'amélioration du fonctionnement interpersonnel et social de l'individu, en restaurant sa capacité à s'entourer de liens sécurisés. Plusieurs études ont à ce jour fait preuve de son efficacité dans cette indication, dont deux méta-analyses [10, 11] en population adulte. Chez l'adolescent, la thérapie interpersonnelle a été adaptée par Mufson au début des années 1990 [12], sous le nom de TIP-A (thérapie interpersonnelle de l'adolescent), en prenant en compte les particularités liées à cette période du développement physique et psychique: affirmation de l'identité personnelle, apparition de nouveaux besoins et adoption de nouvelles règles, sortie de l'univers protégé des adultes, détachement de l'identité parentale vers l'identité groupale. Ces transitions d'attachement pouvant être difficiles à opérer et être associées à l'émergence d'une symptomatologie dépressive.

Dans ce travail, nous exposerons dans une première partie les fondements théoriques de la thérapie interpersonnelle, ainsi que le déroulement d'une thérapie type selon cette approche. Nous aborderons dans une seconde partie l'épidémiologie et la sémiologie complexe de la dépression de l'adolescent ainsi que les principaux modèles explicatifs des troubles dépressifs au sein de cette population. Enfin, nous nous intéresserons dans une troisième partie à l'application de la thérapie interpersonnelle à la dépression de l'adolescent à partir d'une revue de la littérature concernant l'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans cette indication, et de la présentation d'un cas clinique. Nous terminerons ce travail par une discussion sur la pertinence relative de cette thérapie chez l'adolescent, et par un exposé des autres champs potentiels d'application.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LA THERAPIE INTERPERSONNELLE

CHAPITRE 1 : Histoire de la thérapie interpersonnelle

Développée à partir de la fin des années 1960, et initialement limitée à la prise en charge de la dépression unipolaire de l'adulte, la thérapie interpersonnelle se présente comme une thérapie brève et limitée dans le temps. Dans cette approche, la dépression est considérée comme une pathologie se développant dans un contexte social et interpersonnel propice à l'apparition ou l'aggravation de la maladie. La thérapie aura comme principaux objectifs de réduire la symptomatologie dépressive, ainsi que de favoriser un meilleur fonctionnement relationnel du patient en améliorant notamment ses capacités de communication, et en s'intéressant spécifiquement à ses interactions interpersonnelles au regard de son style d'attachement.

Les modèles explicatifs et étiologiques de la dépression ont longtemps été divisés entre une approche biologique (dépression endogène ou mélancolique) et une approche psychodynamique, où l'apparition de symptômes dépressifs était conçue comme liée à des facteurs environnementaux (dépression dite névrotique) [13]. Ces oppositions théoriques reflètent bien les aspects hétérogènes de la dépression [14], qui se présente avec des degrés variables de sévérité et d'atypicité, comme une affection soit limitée dans le temps, soit récurrente voire chronique. Durant la première partie du XXe siècle, les thérapies biologiques étant pratiquement inexistantes, les approches privilégiées étaient principalement les psychothérapies d'inspiration analytique. A la fin des années 1950 sont apparus les premiers médicaments efficaces contre la dépression [15, 16,17], suscitant une approche thérapeutique orientée vers le soulagement des symptômes. Le terme d'épisode dépressif majeur est apparu dans le troisième Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSMIII [18]) en 1980 (devenu désormais épisode dépressif caractérisé dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) [19]), suite à une volonté d'établir une définition plus stricte, basée sur une série de critères objectifs et quantitatifs, et dans le but affiché d'augmenter la fiabilité du diagnostic et sa reproductibilité. Cette définition, non reliée à un modèle particulier de compréhension étiologique, à défaut d'établir les causes de la dépression, incluait plusieurs facteurs de risque (biologiques, génétiques, environnementaux et psychosociaux) susceptibles d'être intriqués à la genèse de l'épisode dépressif.

Même si les médicaments étaient perçus comme un moyen nouveau de réduction des symptômes de la dépression, leur efficacité globale demeurait limitée (70% d'efficacité de l'amitryptiline en phase aiguë dans l'étude préliminaire à celle de Weissman en 1974 [8]) et entachée par les effets secondaires des antidépresseurs tricycliques et des inhibiteurs de la monoamine oxydase. A cette époque, la psychothérapie psychodynamique demeure la plus

pratiquée, et les thérapies cognitivo-comportementales sont en cours de développement avec notamment les travaux de Beck [20]. Au vu des différents facteurs de risque environnementaux retrouvés dans la dépression, il semblait intéressant d'adjoindre à la thérapie médicamenteuse une approche de type psychosociale pour traiter les répercussions négatives de la dépression sur les aptitudes sociales des patients et sur leur qualité de vie relationnelle.

Partant de ce constat, une équipe de chercheurs de l'université de Yale dirigée par les Dr. Gerald Klerman et Eugene Paykel engage en 1969 une étude clinique visant à tester l'efficacité des antidépresseurs tricycliques seuls ou associés à une psychothérapie envisagée comme traitement de maintenance dans la prévention d'une rechute suite à un épisode dépressif unipolaire chez des sujets adultes.

L'équipe qui élabore les thérapies interpersonnelles est aussi constituée de Brigitte Prusoff, jeune chercheuse en biostatistiques et Myrna M. Weissman, assistante sociale.

Klerman pensait que la dépression avait une base essentiellement biologique, mais était impressionné de constater que le stress social et interpersonnel pouvait favoriser l'apparition des symptômes ou une rechute [9]. Il présupposait un manque d'efficacité des psychothérapies dans la prévention des rechutes dépressives.

Nous allons brièvement décrire leurs premiers travaux, et détaillerons plus loin les principales sources théoriques ayant servi de base à la thérapie interpersonnelle.

Klerman et Paykel décident ainsi de proposer une thérapie « high contact », basée sur le soutien interpersonnel à apporter au patient [9]. Dans cette première forme de thérapie on se focalisait sur les événements de vie entourant l'épisode dépressif, en estimant que leur compréhension, et le réaménagement du rôle du patient envers les personnes importantes dans sa vie actuelle étaient essentiels pour la rémission et la prévention des rechutes dépressives. Les données n'étaient à ce moment-là pas claires quant à la durée souhaitable du traitement médicamenteux après la phase aiguë de dépression (des patients rechutant à l'arrêt) et concernant l'efficacité possible de la psychothérapie en terme de prévention de la rechute dépressive [9].

Dans la conception initiale de la thérapie, le principe était de tester cette nouvelle approche avec de larges instruments de mesure (échelles de qualité de vie, de « fonctionnement social », l'équipe développant la « Social Adjustment Scale-Self report » (SAS-SR) [21,22]) et de faire en sorte qu'elle soit facilement reproductible.

Le premier essai clinique [8] compare donc chez 150 femmes ayant fait un épisode dépressif unipolaire (traité à la phase aiguë pendant 4 à 6 semaines par amitriptyline) les effets de l'antidépresseur amitriptyline, d'une thérapie « high contact » (consistant à voir une heure par semaine un travailleur social pour des entretiens portant sur des événements de vie récents et significatifs pour les patients), et de l'association amitriptyline/« high contact », comme traitement de maintenance (après traitement de la phase aiguë) durant 8 mois.

Les premiers résultats publiés dans l'American Journal of Psychiatry en 1974 [8] montraient une efficacité significative relativement similaire dans les deux branches: étaient observés

12% de rechute avec l'antidépresseur, et 16% avec la psychothérapie, durant le suivi. Par ailleurs, la psychothérapie permettait d'améliorer le fonctionnement social et interpersonnel (performance au travail, moins de conflits conjugaux, de ruminations anxieuses, et réduction des situations de dépendance) des patients et d'atténuer leurs symptômes résiduels de dépression.

Ces résultats allaient à l'encontre des attentes initiales des chercheurs, à savoir un manque d'efficacité de la psychothérapie par rapport au traitement antidépresseur, et conduirent l'équipe à vouloir tester spécifiquement cette psychothérapie dans les phases aiguës de dépression. C'est d'ailleurs à ce moment-là qu'ils décidèrent de requalifier « high contact » en thérapie interpersonnelle.

Après avoir démontré l'efficacité comme traitement de maintenance [8], la thérapie a donc été testée par l'équipe chez 81 patients présentant une phase aiguë de dépression, durant 16 semaines, comparant thérapie interpersonnelle (une session par semaine de 50 minutes avec un psychiatre, centrée sur le contexte social de la dépression), amitriptyline, et association thérapie interpersonnelle + amitriptyline. L'antidépresseur et la thérapie interpersonnelle ont été d'efficacité similaire, et leur association plus efficace que la monothérapie seule [23]. Durant un an de suivi, les patients ayant bénéficié de la thérapie interpersonnelle ont montré un meilleur fonctionnement social que ceux sous antidépresseur.

Afin que l'approche soit facilement reproductible, le premier manuel de thérapie interpersonnelle est publié en 1984 [24], donnant les bases de ce qui deviendra la thérapie interpersonnelle actuelle : la phase initiale est décrite avec les notions de « sick role », de corrélation entre les symptômes et les relations interpersonnelles, et les définitions des diagnostics interpersonnels sont posées (deuil, conflit, isolement social, transition de rôle). Un second manuel est publié en 2000 par Klerman, actualisé [25] et traduit en français en 2006 [26] (faisant suite à un autre manuel francophone paru en 2002 [27]), puis un troisième en 2007 constituant une version plus allégée que les deux précédents [28], afin de faciliter l'application de la thérapie interpersonnelle et d'en étendre la pratique. D'autres manuels ont été par la suite rédigés, consistant en des adaptations de la thérapie interpersonnelle à différentes situations cliniques et proposant d'autres indications que nous évoquerons plus loin [29,30]. Dès 1993 un ouvrage était consacré à la thérapie interpersonnelle chez l'adolescent [31], faisant suite à différents travaux [32].

A la fin des années 1980, le National Institute of Mental Health avait lancé une grande étude multicentrique sur l'ensemble du territoire américain, visant à tester ce qui était efficace dans la prise en charge de la dépression unipolaire de l'adulte. Les résultats de cette étude menée auprès de 250 patients montraient que la thérapie interpersonnelle se révélait au moins aussi efficace que la médication antidépressive (par imipramine) et la thérapie cognitivo-comportementale, avec une supériorité sur celle-ci dans les dépressions sévères

[33]. Cette étude permet de donner une visibilité importante à la thérapie interpersonnelle dans le monde anglo-saxon. Weissman disait de manière humoristique qu'au début des années 1990, il y avait plus d'articles montrant l'efficacité de la thérapie interpersonnelle, que de praticiens formés.

Depuis les années 1990, les thérapies interpersonnelles se sont développées au plan international avec des programmes pratiques proposés dans de nombreux pays (elles font notamment partie des thérapies remboursées aux Pays-Bas, en Australie, en Angleterre), et une intégration dans les recommandations internationales. L'Organisation Mondiale de la Santé cite comme une des trois thérapies recommandées dans la prise en charge des épisodes dépressifs caractérisés : « il existe des traitements efficaces pour combattre les formes modérées à sévères de la dépression. Les prestataires de soins peuvent proposer des traitements psychologiques (comme l'activation comportementale, la thérapie comportementale et cognitive, la thérapie interpersonnelle) ou des médicaments antidépresseurs » [34]. De même, « les traitements psychosociaux sont performants et devraient être prescrits en première intention pour soigner la dépression légère. Les médicaments et les traitements psychologiques sont efficaces en cas de dépression modérée ou sévère » [34]. Aussi, selon l'Organisation Mondiale de la Santé :

Les antidépresseurs peuvent être appropriés pour traiter une dépression modérée ou sévère, mais ne s'imposent pas comme le traitement de première intention pour les cas de dépression légère. Ils ne devraient pas servir à traiter la dépression chez l'enfant et ne constituent pas le traitement de première intention pour les adolescents, auxquels ils devraient être prescrits avec prudence [34]

Les traitements psychologiques (thérapies interpersonnelles ou cognitivo-comportementales) sont-ils ainsi recommandés en première intention chez les enfants ou adolescents déprimés [34].

Le National Institute for health and Care Excellence [35] cite également les thérapies interpersonnelles dans la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé, d'intensité modérée à sévère (avec association à un antidépresseur), ou léger avec une réponse insuffisante aux interventions initiales. L'American Psychiatric Association indique également que la thérapie interpersonnelle ou la thérapie cognitivo-comportementale sont la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé léger à modéré en première intention, pouvant être combinées à un antidépresseur dans certaines formes modérées, ou sévères [36]. Elle fait état d'une efficacité démontrée chez l'adolescent, comme traitement de la dépression en première intention.

De nombreux travaux démontrent en effet l'efficacité de la thérapie interpersonnelle :

- Dans la dépression unipolaire de l'adulte à travers plusieurs méta analyses [10, 11,37] et revues [38]. L'ensemble de ces travaux sont, comme les recommandations précitées, en faveur des thérapies interpersonnelles et cognitivo-comportementales en première intention [39], constatant une efficacité similaire des deux thérapies [40], quelle que soit l'intensité de la dépression, avec moins d'abandon en cours de

traitement avec la thérapie interpersonnelle [41]. Par ailleurs, il n'y a pas de preuve de la supériorité d'un antidépresseur sur la thérapie interpersonnelle [37], et la combinaison thérapie interpersonnelle + antidépresseur présente un intérêt dans plusieurs études [42,43]

- Cette efficacité chez l'adulte a aussi été établie dans la dépression résistante [42] ou chronique [43], et en prévention du passage d'une symptomatologie dépressive à un épisode dépressif caractérisé [37], ainsi que dans la diminution des idées suicidaires associées à la dépression [44]. Elle est également validée comme traitement de maintenance [37, 45, 46] (l'efficacité de la thérapie seule étant corrélée à la réponse initiale [46], et l'association avec la pharmacothérapie plus efficace que la pharmacothérapie seule [10]).

En France, la thérapie interpersonnelle est présente depuis 2002 dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé [47]. Depuis 2007 elle est aussi citée en prévention de la récurrence d'un épisode dépressif caractérisé [48]. Chez l'adolescent, la Haute Autorité de Santé recommande la psychothérapie seule en première intention depuis 2014, dont la thérapie interpersonnelle, au même niveau que les autres thérapies [1].

Une synthèse récente [49] des différentes recommandations internationales concernant la prise en charge de la dépression de l'adolescent retrouvait que pour une dépression d'intensité légère, les recommandations étaient consensuelles et préconisaient des mesures de surveillance et de soutien. Les recommandations différaient dans la dépression modérée quant à l'association psychothérapie (soit par thérapie cognitivo-comportementale, ou interpersonnelle) et traitement antidépresseur (fluoxétine 20mg par jour pendant une durée comprise entre six et douze mois après la rémission des symptômes dépressif [50]) dans les recommandations américaines et canadiennes versus psychothérapie en monothérapie dans les autres recommandations. Dans la dépression d'intensité sévère, l'association psychothérapie et traitement antidépresseur est recommandée en première ligne, en dehors du National Institute for Health and Care Excellence et de la Haute Autorité de Santé qui la recommandent en deuxième ligne, après échec de la psychothérapie en monothérapie. Une méta analyse étudiant différentes formes de psychothérapies comme traitement de la dépression de l'adolescent et basée sur des essais randomisés contrôlés retrouve que seules la thérapie cognitivo comportementale et la thérapie interpersonnelle étaient significativement plus efficaces que les groupes contrôles [6]. L'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans la dépression unipolaire chez l'adolescent est étayée par trois méta analyses récentes [51-53].

Le nombre de publications scientifiques sur les thérapies interpersonnelles est considérable. Lors d'une recherche en juin 2019, en tapant les mots clés sur PubMed "interpersonal therapy", on retrouvait plus de 28000 articles. En comparaison, à cette même période on retrouvait plus de 17000 articles pour les mots clés "psychoanalytic therapy" et 39000 pour "cognitive behavioral therapy", qui reste la plus évaluée (bien entendu, ce nombre de

publications est majoré, dans les trois recherches, par le caractère peu spécifique des mots clés utilisés).

Le champ d'application de cette thérapie s'est élargi à d'autres indications telles que le trouble bipolaire (thérapie interpersonnelle et aménagement des rythmes sociaux), les troubles du comportement alimentaire, les troubles de personnalité « borderline », et autres pathologies où la composante interpersonnelle est majeure [54]. Nous reviendrons dans la discussion sur les indications autres que la dépression chez l'adolescent.

CHAPITRE 2 : Sources théoriques de la thérapie interpersonnelle

Le modèle biopsychosocial est largement utilisé pour modéliser les maladies psychiques et la plupart des psychothérapies ciblent leur action sur l'aspect psychique du trouble. La thérapie interpersonnelle va s'intéresser quant à elle, à l'étude des interactions interpersonnelles, à la dimension psychosociale du trouble.

La thérapie interpersonnelle s'est initialement élaborée puis enrichie à partir de plusieurs modèles et d'un corpus théorique solide.

On citera, principalement:

- les travaux de Sullivan sur l'influence des relations interpersonnelles sur les émotions [55]
- les travaux de Meyer sur la relation entre les patients et leur environnement [56]
- les théories de la communication [57]
- la théorie de l'attachement développée par Bowlby et Ainsworth [58]
- le modèle biopsychosocial [59]
- les modèles cognitifs [60]
- le concept de mentalisation [61] et la cognition sociale

2.1.) travaux de Sullivan et de Meyer

L'approche de Sullivan, psychiatre américain de la première moitié du XXe siècle, se focalise sur le contexte interpersonnel récent du patient dans la survenue des difficultés psychiques et rapproche sciences sociales et psychiatrie. Sullivan affirme dans sa théorie interpersonnelle des émotions que les comportements interpersonnels des individus régissent les émotions ressenties, et que toute relation interpersonnelle est guidée par la recherche d'une satisfaction [55]. Les actions d'une personne doivent être comprises et appréhendées dans leur contexte interpersonnel passé ou présent. La psychothérapie offrirait donc des moyens d'identifier les problématiques interpersonnelles, afin de les clarifier et d'aider la personne à expérimenter des comportements alternatifs à ceux générant des difficultés interpersonnelles. Paykel et Klerman se sont largement inspirés de ces travaux pour fonder les bases de leur psychothérapie.

Adolf Meyer, lui aussi psychiatre américain ayant exercé à la même période, est le précurseur du modèle biopsychosocial : son abord psychobiologique de la compréhension des difficultés psychiques accorde une grande importance à la relation du patient avec son

environnement, formant également une base théorique de la thérapie interpersonnelle. Il souligne l'importance du contexte, notamment social, dans la genèse des troubles psychiques, qu'il considère comme la traduction pour le patient d'une tentative d'adaptation à son environnement [56]. Ainsi, la réponse d'un individu au changement environnemental est déterminée par ses expériences antérieures, notamment des expériences précoces au sein de la famille et l'affiliation de l'individu à divers groupes sociaux. On peut en déduire qu'un travail visant l'amélioration du contexte social pourra soulager le patient déprimé.

2.2) théories de la communication

La thérapie interpersonnelle s'est également inspirée de la théorie de la communication telle que élaborée par Kiesler et Watkins.

Kiesler, professeur en psychologie sociale américain, développe un modèle reposant sur la communication interpersonnelle et les relations centrées sur les questions de complémentarité dans la communication et sur les « messages évoquant » du patient [57]. Selon lui, le travail du thérapeute est d'identifier les problèmes interpersonnels spécifiques et la manière dont ils se manifestent dans le style de communication interpersonnelle du patient. Le thérapeute aide à corriger les communications dysfonctionnelles, avec comme objectif de résoudre les problèmes interpersonnels et d'améliorer le bien-être émotionnel du patient. Les besoins d'attachement étant communicables aux proches, les personnes ayant un attachement sécurisé sont en général aptes à exprimer leurs besoins de façon claire et adaptée. Selon Rahioui, les patients en difficulté sur le plan de l'attachement vont quant à eux « signaler leurs besoins de façon ambivalente voire inadaptée, ce qui peut aboutir à une réaction hostile ou un refus de la part de l'interlocuteur sollicité » [62]. Une des étapes de la thérapie consistera à travers l'analyse de la communication, en phase intermédiaire, à restaurer une communication fonctionnelle quand elle fait défaut au sein du lien. Pour cela, le thérapeute a notamment recours au cercle domination/hostilité, inspiré du cercle de Kiesler. La communication est décrite à partir des axes suivants (cf. figure 1) :

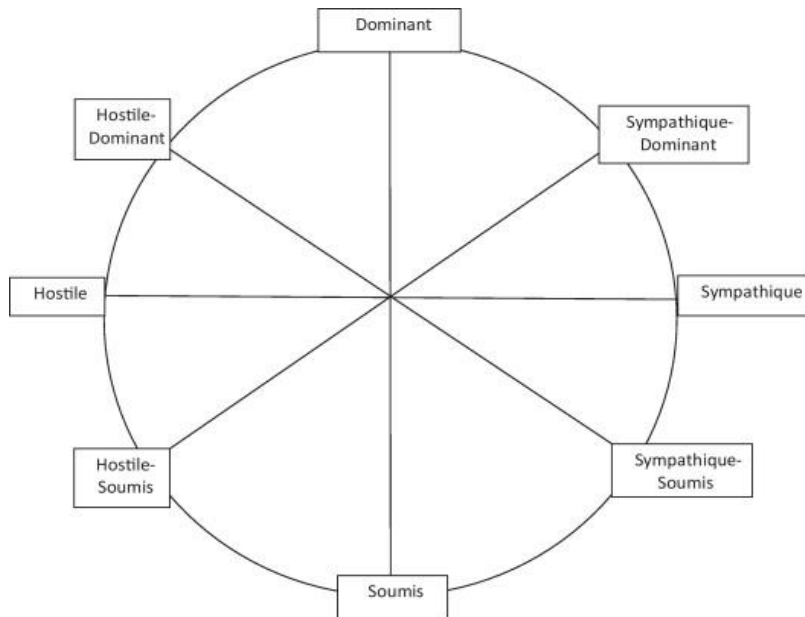


Figure 1: cercle de la communication de Kiesler (Neveux, pratiquer la TIP, 2017, Dunod)

2.3) théorie de l'attachement

Parmi les modèles inspirant la thérapie interpersonnelle, la théorie de l'attachement occupe une place centrale.

Elle a été développée par le psychiatre et psychanalyste anglais John Bowlby suite à ses observations et travaux sur les liens mère–enfant et les conséquences des séparations précoces de cette dyade. Il a formulé ses premières hypothèses quant aux théories de l'attachement après la Seconde Guerre mondiale, à l'occasion d'un rapport rendu à l'Organisation Mondiale de la Santé [63] quant aux effets de l'institutionnalisation des enfants sans foyer sur leur développement relationnel : effets dus à la perte de la mère, et mesures pratiques pour prévenir ou atténuer ces effets. La théorie initiale associe également les données de l'éthologie portant sur la notion d'empreinte développée par Lorenz [64] et sur l'importance du contact maternel chez les animaux décrit par Harlow [65].

Lorenz, biologiste autrichien du XXe siècle, définit l'empreinte à travers ses expériences comme la « réaction de poursuite du jeune canard ou poussin par laquelle il apprend à reconnaître de façon sélective les caractéristiques de sa mère, que celle-ci soit la mère biologique ou un individu (voire un objet) de substitution » [64]. Selon Bowlby, l'attachement sélectif du bébé humain à sa mère reposerait sur un phénomène analogue.

Harlow, psychologue américain, a pu montrer sur des expériences réalisées sur de jeunes primates, que ceux-ci cherchaient à répondre en priorité au besoin d'attachement (en allant vers un « substitut maternel » dans une cage, indépendamment de l'apport en nourriture) plutôt qu'au besoin alimentaire : après s'être rendus auprès d'un substitut maternel réconfortant, les bébés singes peuvent s'aventurer vers de nouveaux objets. La satisfaction de

ce besoin d'attachement semblait nécessaire au bon développement psychique et physique du jeune primate, lui permettant à terme d'être suffisamment sécurisé pour pouvoir explorer le reste de son environnement [65].

Bowlby postule que l'attachement est un comportement primaire, actif dès la naissance, capable de lier l'enfant à sa mère, et ce par la mise en place de modèles internes opérants jouant un rôle de régulation du sentiment de sécurité. L'enfant se construit au moyen des interactions avec les personnes significatives qui l'entourent [66] et s'oriente vers une figure d'attachement, à savoir « toute personne qui s'engage dans une relation sociale animée et durable répondant à ses signaux et à ses approches. La figure principale (le plus souvent la mère) est celle qui apportera le plus fort sentiment de sécurité à l'enfant à travers le temps passé avec lui, la qualité des soins, l'investissement émotionnel, et la constance de la présence », selon Titeca, psychiatre [67]. Les interactions précoces de l'enfant avec sa mère vont modeler une grande partie de sa vie relationnelle future et lui permettre de se construire des représentations du monde extérieur. Bowlby modélise ces interactions comme une séquence de comportement à la fois de signalement et de rapprochement : le bébé pleure pour signaler son mal-être, la mère se rapproche et le prend dans ses bras par exemple, et le bébé s'agrippe à elle. Bowlby (cité par Tereno, psychologue) a identifié cinq « réponses instinctives » qui « apportent une contribution spécifique au développement de l'attachement de l'enfant : sucer, attraper, suivre (comportements de proximité), pleurer et sourire (comportements de signalisation) » [68]. Ces comportements d'attachement visent à assurer la sécurité émotionnelle de l'enfant en augmentant la proximité avec sa figure d'attachement [67].

La répétition de ces séquences comportementales va permettre à l'enfant de se construire des modèles internes visant à appréhender ses relations avec le monde externe. Delage (psychiatre, thérapeute systémique) souligne que « deux composantes sont donc à considérer : comportementale, directement observable et représentationnelle, permettant une construction psychique du lien (modèles internes opérants) » [69]. Ces modèles internes opérants sont des représentations mentales de soi et des autres, facilitant une adaptation progressive sur les plans émotionnels et cognitifs, et sont à l'origine de la construction de notre style d'attachement. Une fois les modèles de représentations établis, ceux-ci tendent à se maintenir tout au long de la vie et à se réactiver dans les situations de stress important.

Le principal objectif du système d'attachement est selon Guedeney (pédopsychiatre d'orientation attachementiste) de « maintenir la proximité, l'accessibilité et la disponibilité de la figure d'attachement pour garder le contrôle de l'environnement immédiat : objectif externe de proximité spatiale et physique, et objectif interne d'état émotionnel stable, secondaire au sentiment de sécurité » [70].

Ainsworth, psychologue américaine, a repris les travaux de Bowlby pour montrer comment des enfants d'un an se comportaient avec leurs parents après une séparation forcée, en fonction de la façon dont les parents avaient répondu à leurs besoins pendant la petite enfance. Cette expérience, nommée « strange situation » [71], met les jeunes enfants dans une situation où ils seront successivement séparés de leur parent, mis en contact avec une personne étrangère, avant que le parent ne revienne, afin d'étudier les séquences de séparations/retrouvailles.

Les cliniciens ont ainsi mis en évidence trois styles d'attachement chez ces enfants : insécure-évitant (groupe A) : 22%, sécure (groupe B) : 66%, et insécure-ambivalent (groupe C) : 12%. Dans le groupe A, les enfants ne manifestent pas ou peu de détresse quand leur mère s'en va mais l'ignorent à son retour, faisant preuve d'une indifférence apparente. Les tentatives de rapprochement sont peu fructueuses. Il arrive qu'ils manifestent une réticence à interagir avec l'autre et se détournent de leur parent pour porter leur attention vers un objet. Dans le groupe B, les enfants manifestent leur mécontentement lors du départ du parent mais l'accueillent avec joie (soulagement pouvant être associé à un contact physique) à son retour, et se remettent rapidement à jouer et explorer le reste de l'environnement. Dans le groupe C, la séparation s'ensuit d'une grande détresse, les enfants protestent et ne peuvent ni être apaisés, ni se remettre à jouer, les investissements étant trop intenses et inadaptés. Au retour du parent, ils recherchent le réconfort de façon ambivalente, s'agrippant à lui, pour s'en défaire rapidement après, dans un mouvement de colère.

Certains enfants classés dans l'une des catégories précédentes ne montraient pas de modèle comportemental vraiment organisé. À ces catégories, Main et Solomon, également psychologues, [72] ont constaté que les enfants maltraités adoptaient des comportements plus désorganisés, perturbateurs, agressifs et dissociatifs et ont proposé d'en définir une quatrième : l'attachement « désorganisé » (groupe D), attribué à des enfants qui expriment à la fois une forte recherche d'intimité et un évitement important et n'arrivent à mettre en place aucune stratégie comportementale apaisant leur détresse. Environ 15% des enfants (dont certains classés initialement à tort dans d'autres catégories), dans les échantillons issus de l'expérience de Ainsworth, montrent des styles d'attachement désorganisés.

Bartholomew et Horowitz, psychothérapeutes américains, ont également proposé une typologie des styles d'attachement à l'âge adulte basée sur les modèles internes opérants en termes de modèles de soi (relatif au sentiment d'être digne ou indigne d'être aimé) et des autres (relatif à la disponibilité d'autrui) [73] (cf. tableau 1).

On peut aussi citer d'autres classifications établies par des équipes de psychologues, telles que celle de Shaver et Hazan [74], basée sur les relations amoureuses, et celle de Georges, Kaplan et Main (1985), obtenue suite à la passation d'entretiens d'attachement à l'âge adulte (Adult Attachment Interview) [75], évaluation que l'on peut utiliser en thérapie interpersonnelle afin de déterminer le style d'attachement du patient.

	MIO de Soi positive	MIO de Soi négative
MIO de Autres positive	<p>SECURE (sécurisant chez l'enfant)</p> <p>Aisance émotionnelle Flexibilité, autonomie Réceptivité aux demandes du partenaire</p>	<p>PRÉOCCUPÉ ou ANXIEUX (anxieux-ambivalent chez l'enfant)</p> <p>Insécurité, inquiétudes, jalousie Hyper-sensibilité à sa propre détresse Recherche de l'approbation Surdépendance Craintes de l'abandon, de la solitude</p>
MIO des Autres négative	<p>DÉTACHÉ ou ÉVITANT (anxieux-évitant chez l'enfant)</p> <p>Idéalisation de soi Évitement de l'intimité Se dévoilent peu Incapables de dépendre des autres Partenaires perçus comme non disponibles ou rejetants Relations basées sur la sexualité</p>	<p>CRAINTIF (désorganisé chez l'enfant)</p> <p>Double contrainte : besoin de réassurance et évitement de l'intimité Grande sensibilité au rejet Détresse Crainte des relations de proximité Manque d'affirmation Solitaire</p>

Tableau 1 : typologie des 4 styles d'attachement chez les adultes en correspondance avec ceux décrits chez l'enfant. MIO : modèle interne opérant (Bartholomew et Horowitz, 1991, <http://www.psycho50.com/attachement-dans-le-couple/>)

Nous allons maintenant résumer ces différents travaux sur les styles d'attachement et décrire leurs implications potentielles lors des séances de thérapie interpersonnelle :

Dans l'attachement qualifié de « sécuritaire » (cf. tableau 2), quand l'enfant est rassuré par la proximité de sa figure d'attachement, son système exploratoire est activé et il a tendance à quitter sa base pour aller rencontrer son environnement. Delage décrit que :

L'enfant apprend dans les interactions précoces à pouvoir compter sur une ou quelques figures d'attachement quand il est en situation de détresse. Une des sources possibles de détresse est l'éloignement de la base de sécurité que constitue cette figure d'attachement. Lors de la séparation, il active son système d'attachement et de sécurité, et il est vite rassuré par l'attention qu'on lui porte. [69]

Quand son système de peur est éveillé par des signaux naturels de danger (l'inconnu, un bruit soudain, l'isolement), l'enfant cherche alors de façon adaptée une source de protection comme réponse. Ses capacités de mentalisation - c'est-à-dire la faculté à se comprendre soi-

même et à comprendre les autres en déduisant les états mentaux sous-jacents au comportement apparent et aux interactions interpersonnelles -, essentielles à l'autorégulation et à l'établissement de relations intimes constructives, se développent et reposent sur une relation d'attachement sécurisée.

ATTACHEMENT SÉCURISÉ (60%)		
SENTIMENT	COMPORTEMENT	CE QUE CELA REFLÈTE
<ul style="list-style-type: none"> • confiance • sécurité • protection • estime de soi <p>«Je suis quelqu'un de valable, je mérite qu'on s'occupe bien de moi. Il y a autour de moi des gens qui peuvent m'aider et me rassurer lorsque je suis en détresse.»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche la proximité physique avec l'adulte • Possibilité de réaction aux séparations en parvenant à les tolérer • Aime s'approcher des adultes auxquels il est attaché pour retourner explorer son environnement 	<ul style="list-style-type: none"> • Ces enfants ont appris, à travers une histoire de réponses maternelles cohérentes face à leurs besoins de protection (malades, tristes, blessés), qu'ils peuvent compter sur leur mère pour du réconfort. • Cette confiance leur permet d'explorer librement l'environnement en sa présence, d'exprimer leurs besoins et d'accepter le réconfort maternel.

Tableau 2 : style d'attachement sécurisé

(<https://guideattachementparentenfant.wordpress.com/>)

Dans les attachements qualifiés « d'insécurés », Delage décrit que :

L'enfant grandit dans un climat affectif où la régulation émotionnelle et relationnelle s'effectue difficilement. Il ne reçoit pas les réponses suffisamment satisfaisantes à ses besoins de sécurité. Dans ces conditions, il développe des stratégies comportementales et relationnelles qui l'entraînent à tisser des liens moins fonctionnels [69] [que lorsque le style d'attachement est sécurisé [76]].

Soit il inhibe ses besoins d'attachement, et il construit alors un attachement évitant (cf. tableau 3), se caractérisant par un hypo signalement des besoins, avec une impression d'indépendance et une mise à distance de ses émotions. En thérapie, ce profil de patient aura une grande difficulté à verbaliser ses émotions et à y prêter attention, à prendre conscience de la relation entre épisode dépressif et liens interpersonnels, ainsi qu'à faire appel à l'autre. Il demandera beaucoup d'explications, et aura tendance à l'évitement, notamment lors de l'assignation de tâches en phase intermédiaire de la thérapie. Il faudra donc préparer des tâches quasi systématiquement via des jeux de rôles, et donner des

critères de réussite précis, tout en commençant par l'exploration de liens interpersonnels déjà existants avant d'en explorer de nouveaux, et travailler spécifiquement le signalement de ses besoins [77].

ATTACHEMENT INSECURE ÉVITANT (10%)		
SENTIMENT	COMPORTEMENT	CE QUE CELA REFLÈTE
<ul style="list-style-type: none"> • inutilité • distance • isolement • peur de déranger l'adulte • peur du rejet et de l'impatience de l'adulte. <p>«Si je manifeste que j'ai besoin de quelqu'un ou que je suis en détresse, je risque fort de déranger et d'être rejeté. Il vaut mieux cacher ses sentiments négatifs et ne compter que sur soi.»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il donne l'impression d'être agréablement indépendant, mais ce n'est pas le cas. • Il maintient une neutralité et une distance avec l'adulte par des échanges impersonnels ou instrumentaux. • Évite le contact physique et visuel. Évite d'être proche de l'adulte. Discret, renfermé. Évite de parler de lui. • Ne semble pas affecté (en apparence) par les séparations. • Peut se détacher rapidement de l'adulte, voire l'affronter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cet enfant semble avoir vécu une histoire relationnelle dans laquelle il a été fréquemment ignoré ou rejeté quand il était malade, blessé ou triste. • Adulte distant, désengagé. • Il a appris à ne pas déranger les adultes sinon les conséquences peuvent être désastreuses. • Il a appris à compter sur ses propres ressources. • Il a appris à restreindre l'expression de ses besoins d'attachement car ceux-ci sont associés à la peur du rejet.

Tableau 3 : style d'attachement insécurité évitant
(<https://guideattachementparentenfant.wordpress.com/>)

Soit il hyperactive ses besoins d'attachement et de protection, et développe un style anxieux-ambivalent (cf. tableau 4). Selon Delage :

L'enfant majore ses signaux de détresse lors d'une situation d'absence de sa figure d'attachement, mais aussi manifeste son insatisfaction aux figures censées l'apaiser, en résistant aux tentatives d'apaisement, et en se montrant éventuellement agressif, car il a à la fois un désir d'intimité fort et un doute quant à la disponibilité d'autrui, assorti d'une crainte de l'abandon. Ses représentations le conduisent à l'anxiété, au manque de confiance en soi [69] [, et au désir de faire appel à l'autre mais avec des difficultés de signalement].

Ce type de patient va être « peu disponible pour s'ouvrir à l'environnement extérieur et à de nouvelles expériences, sources pour lui d'insécurité » (Delage [69]). En thérapie, ce patient risque de transgresser fréquemment le cadre, aura une grande difficulté à faire appel à

l'autre de façon adaptée et à mentaliser, et sera souvent en difficulté dans l'analyse du lien et de la communication [77].

ATTACHEMENT RÉSISTANT/AMBIVALENT (20%)		
SENTIMENT	COMPORTEMENT	CE QUE CELA REFLÈTE
<ul style="list-style-type: none"> • incertitude, • frustration, • colère, • exaspération, • détresse, • abandon, • peur du rejet. <p><i>«Je ne sais jamais si je vais obtenir une réponse à mes besoins. C'est seulement lorsque je manifeste haut et fort ma détresse, ma colère que quelqu'un s'occupe de moi.»</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Énergique, mais souvent contrarié • Passivité ou résistance qui peuvent entraver l'exploration de l'environnement. • Difficulté à réguler ses émotions, à être en contrôle de ses sentiments. • Difficulté de se séparer de la figure d'attachement; résiste à la séparation, au départ; peut négocier sans satisfaction. Enfant très dépendant de l'adulte • Se sent fréquemment abandonné, rejeté ou encore trop absorbé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il a vécu une histoire relationnelle où les réponses maternelles sont incohérentes face à ses besoins d'attachement. • Il a appris qu'une expression prolongée et exagérée de ses besoins d'attachement suscitera éventuellement l'attention de sa mère. • La figure d'attachement entend les cris de l'enfant, mais a beaucoup de difficulté à comprendre ce qui le trouble et le dérange. • Parent et enfant demeurent à proximité; à la longue, la situation devient très frustrante pour tout le monde.

Tableau 4 : style d'attachement anxieux-ambivalent
(<https://guideattachementparentenfant.wordpress.com/>)

Enfin, dans l'attachement désorganisé (cf. tableau 5), l'enfant n'a pas de stratégie d'attachement élaborée et peut présenter des comportements étranges, témoignant d'une absence de réponse organisée face à la détresse. Il n'y a pas d'intégration de stratégies de base pour chercher une protection en cas d'une situation de stress. L'enfant exclut ses émotions lorsqu'il ne peut pas obtenir la proximité de sa figure d'attachement, alors qu'il est en détresse. Il ne prend pas conscience d'événements ou de pensées intolérables, ce qui implique la distorsion des échanges et des expériences négatives. L'enfant active son système d'attachement en lien avec les comportements inadéquats de sa figure d'attachement, et échoue à le désactiver, éprouvant colère et impuissance. Les interactions avec la figure d'attachement sont désaccordées, et l'enfant ne peut accéder à une sécurité interne, ce qui entraîne une faillite des processus de mentalisation. L'échec de cette mentalisation lors d'interactions émotionnelles est un problème central du trouble de la personnalité limite particulièrement [78].

Lors des séances de thérapie interpersonnelle, on ne change pas le style d'attachement mais on pose un diagnostic de style d'attachement. On cherche dans la situation de dépression à établir des interactions sécurisées dans le présent quel que soit ce style d'attachement, et pour cela, on cherche à recréer dans le présent une séquence signalement – rapprochement fonctionnelle.

ATTACHEMENT DÉSORGANISÉ/DÉSORIENTÉ (10%)		
SENTIMENT	COMPORTEMENT	CE QUE CELA REFLÈTE
<ul style="list-style-type: none"> • confusion, aucune stratégie pour combler ses besoins • incompetence, impuissance • incapacité, incertitude • abandon, rejet • colère, ambivalence • tension, peur <p><i>«Je suis impuissant et incapable de me contrôler. Je ne peux pas compter sur les gens de mon entourage pour me guider ou m'aider car ils ne sont pas disponibles ou peuvent me faire du mal. Il est préférable que ce soit moi qui les prenne en charge.»</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agit avec ambivalence: parfois avec bienveillance et parfois avec violence. • Manifeste de la contradiction: approche l'adulte et l'évite. • Manifeste de la désorientation, de l'appréhension, de la désorganisation. • Peur de l'adulte car pour l'enfant, l'adulte à la fois le protège (surprotège) et lui fait mal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adulte est marqué par une histoire malheureuse, un passé traumatique et est ainsi absorbé par sa propre survie. <i>La vie, c'est la survie</i> • Adulte a très peu à offrir à l'enfant qui, de son côté, est terrorisé par l'imprévisibilité du parent. • Manque d'encadrement et de soutien solide. • Adulte apeuré ou épeurant ; passif ou intrusif.

Tableau 5 : style d'attachement désorganisé
(<https://guideattachementparentenfant.wordpress.com/>)

2.4) modèle biopsychosocial

Quand Klerman et son équipe ont développé la thérapie interpersonnelle [24], ils ont adopté un modèle explicatif biopsychosocial de la dépression, évitant ainsi, une formulation étiologique du trouble.

Le modèle biopsychosocial [59] (cf. figure 2) postule que l'état psychique de l'individu est déterminé par trois facteurs: l'état biologique, la dimension psychologique, et le contexte socio-environnemental. En cela, ce modèle est dans la lignée des travaux de Sullivan et Meyer [55,56].

Nous ne détaillerons ici ni le déterminant biologique, ni le déterminant psychologique au sens large, mais seulement les interactions entre style d'attachement et l'environnement social. Pour schématiser, un stress psychologique aigu chez un patient avec des prédispositions biologiques et un style d'attachement insécuré, vivant dans un contexte marqué par l'insuffisance du soutien social, conduit au développement de la dépression.

Brown et Harris, psychothérapeutes [79], se sont penchés sur le rôle des facteurs sociaux dans la dépression. Ils expliquent que les facteurs interpersonnels sont impliqués dans la vulnérabilité au stress, le rôle de l'intimité et des soutiens sociaux faisant office de protection contre la dépression. Ils soulignent l'importance de bonnes relations sociales perçues pour le bien-être émotionnel. Puig-Antich [80] évoque les interactions entre difficultés relationnelles et troubles dépressifs, s'aggravant l'un comme l'autre progressivement. L'évaluation du réseau relationnel doit donc, en plus du style

d'attachement, prendre en compte l'évaluation du soutien social perçu dans sa dimension quantitative (disponibilité sociale) et qualitative (satisfaction sociale), dont on peut avoir une idée en établissant un cercle interpersonnel en début de thérapie. A ce titre, à travers plusieurs études [81-85] Kendler a démontré l'existence d'une relation étroite entre la dépression, les événements de vie stressants, le manque de soutien social et les stratégies d'adaptation mises en place par l'individu pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer une situation aversive. Ces études ont amené à considérer les événements de vie stressants comme susceptibles de contribuer au déclenchement d'un épisode dépressif caractérisé, même si l'intrication entre les deux semble complexe. En effet, un facteur de stress donné a un impact différent sur chaque sujet, selon le contexte dans lequel il survient : certains événements de vie sont indépendants du sujet, alors que d'autres découlent de la survenue répétitive d'épisodes antérieurs, n'ayant dans ces deux cas pas le même impact sur la trajectoire de vie et la symptomatologie dépressive potentielle [13]. De plus, la théorie sociale de Henderson, chercheuse américaine [86,87] avance qu'en fonction de l'exposition d'un individu à des hauts ou bas niveaux d'adversité, un déficit dans les relations sociales constitue un facteur aggravant de détresse psychologique.

Le rôle du fonctionnement interpersonnel adaptatif dans la protection contre la dépression a été étudié par d'autres chercheurs en sciences humaines [88, 89, 90], qui ont démontré que les stratégies d'adaptation concrètes, telles que l'approche plutôt que l'évitement, la résolution directe des problèmes et la recherche d'informations auprès des autres (plutôt que la formulation d'hypothèses), peuvent avoir un rôle protecteur pour les personnes contre les effets dépressogènes des événements de vie négatifs. Ces éléments théoriques sont particulièrement applicables en thérapie, pour faire travailler le patient sur la qualité de son signalement, sa proactivité, et développer sa mentalisation lors des séances, à savoir sa capacité à interpréter les comportements en relation avec ses états mentaux et ceux des autres.

Sur le plan de la psychopathologie, le style d'attachement insécuré est rapporté comme un facteur de vulnérabilité [91], et plusieurs études ont retrouvé une corrélation entre prévalence vie entière de la dépression et style d'attachement insécuré :

L'étude de Chahraoui [92] portant sur 35 femmes déprimées comparées à un groupe de 35 femmes témoins, montre que 14,2 % des sujets déprimés ont un style d'attachement « sécuré » contre 68,5 % des témoins. Les patientes déprimées ayant en particulier un style d'attachement préoccupé ou désorganisé, renvoyant à un modèle négatif de soi et associés à une anxiété dans les relations interpersonnelles, une faible estime de soi et un évitement des relations intimes. Également, l'étude de Carnelley [93] réalisée sur des étudiants déprimés comparés à des étudiants non déprimés, démontre que les styles d'attachement désorganisés et préoccupés sont retrouvés plus fréquemment chez les déprimés. Les auteurs en concluent que les représentations négatives de soi et des autres, l'évitement, et l'anxiété dans les relations interpersonnelles sont étroitement liées à la vulnérabilité dépressive.

Certaines études ont par ailleurs souligné la question de la qualité du soutien social objectivement observé ou tel que perçu par le sujet. Ainsi, les divers types de liens sociaux (familiaux, maritaux, professionnels, etc.) n'ont pas nécessairement le même impact qualitatif en terme d'effet protecteur sur la dépression chez un individu donné. On peut citer

à titre d'exemple l'étude cas-témoins de Zaghdoudi [94] qui compare les styles d'attachement et le soutien social perçu de deux échantillons (patients dépressifs ou non) de sujets et met en évidence une relation entre le style d'attachement, le soutien social et la vulnérabilité dépressive. 80 patients (dont 29% d'attachement sécure) présentant un épisode dépressif caractérisé dont la sévérité est évaluée par l'échelle de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale), ont été comparés à 80 témoins (dont 56% d'attachement sécure) indemnes de toute pathologie psychiatrique. Le réseau relationnel a été évalué à travers deux auto-questionnaires: le questionnaire de perceptions sociales de Bartholomew et Horowitz (Relationship Scales Questionnaire), [95, 96] qui renseigne sur les relations actuelles, générales et sociales du sujet, et le questionnaire de soutien social de Sarason (Social Support Questionnaire) [97,98], qui évalue l'importance quantitative du réseau social perçu et la satisfaction générée par de ce soutien.

Les auteurs mentionnent que :

La population de sujets déprimés présentait des caractéristiques particulières quant à leur réseau relationnel et leur style d'attachement, essentiellement « insécure », avec une corrélation négative quant à leur soutien social, particulièrement pauvre d'un point de vue quali-quantitatif. Il est aussi observé chez le groupe témoin que la dimension « sécure » montrait une corrélation positive significative avec la disponibilité et la satisfaction sociales. Le style d'attachement « sécure » facilite donc d'après ces études les interactions relationnelles et influence ainsi positivement le soutien social. Concernant le soutien social perçu, les figures de soutien variaient en fonction de la nature du soutien considéré : les amis interviennent comme figures de soutien social uniquement chez les témoins (indemnes de toute pathologie psychiatrique cliniquement caractérisée), les patients ne percevant pas de relations amicales [94] [(ce qui peut s'expliquer par un retrait social consécutif à la dépression, retrait que la thérapie interpersonnelle va cibler en recréant des séquences interpersonnelles satisfaisantes et permettant de rompre l'isolement)].

Pour l'ensemble des items du Social Support Questionnaire, la satisfaction était moindre dans le groupe des patients, qui perçoivent donc à la fois moins de disponibilité de leur entourage et de satisfaction sociales.

Ces données doivent être interprétées en prenant en considération les biais inhérents à l'influence de la pathologie dépressive sur l'évaluation du réseau social : l'humeur dépressive et les biais cognitifs de la dépression exercent une influence sur l'appréciation du réseau relationnel. Il aurait fallu revoir les patients en phase de rémission pour s'assurer de la stabilité de ces facteurs.

Ainsi nous voyons bien comment le déterminant psychologique (les modèles internes opérants des patients en lien avec leur style d'attachement, et leurs représentations cognitives) va avoir une influence sur le déterminant socio environnemental, interaction qui selon les cas favorisera ou non la dépression.

Sur le plan biologique, des travaux sur le noyau cingulaire antérieur [99-101] retrouvent que l'activation de cette zone est corrélée à une douleur physique et à des cris chez le bébé. Une

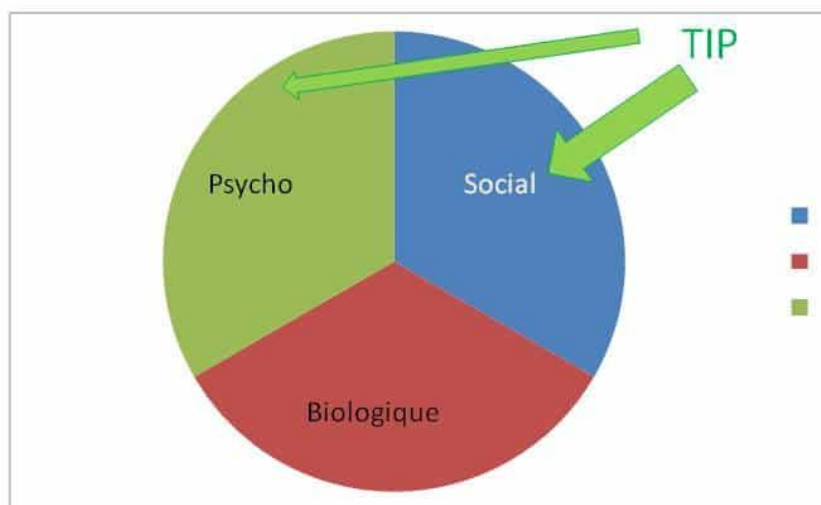
activation a lieu en cas de souffrance sociale (rejet, ostracisme, violation de règles) comme le montre une expérience de neuro-imagerie où les patients étaient successivement inclus puis exclus d'un jeu de cyber ball.

Plus l'expérience de rejet est longue, plus l'activation est rapide. Une activation élevée prédit une apparition de symptômes dépressifs à un an.

En thérapie interpersonnelle, on cherchera peu à modifier le déterminant psychologique directement (la thérapie n'est pas intra psychique), mais on se centrera sur le fait de faire vivre des interactions sécurisées dans le présent (déterminant social) au patient. Le travail de mentalisation sera au service de la réalisation de ces expériences. Cependant, on pense que le fait de répéter ces expériences aura un effet indirect sur les représentations du patient [54].

Nous reviendrons plus spécifiquement sur ce modèle biopsychosocial dans la partie sur la dépression de l'adolescent, en détaillant plus amplement la composante biologique.

Modèle bio psycho social



www.iftip.fr

1

Figure 2 : modèle biopsychosocial et cibles d'action des thérapies interpersonnelles (<https://www.iftip.fr/wordpress/>)

2.5) modèle cognitif

Les modèles cognitifs peuvent également apporter un éclairage sur le mode d'action de la thérapie interpersonnelle : on peut citer en particulier l'impuissance apprise de Seligman [102], le style d'attribution négatif, et la triade cognitive de Beck [103].

L'impuissance apprise se définit comme un état psychologique résultant d'un apprentissage au cours duquel le sujet fait l'expérience de son absence de maîtrise sur les événements survenant dans son environnement (peu importe la dimension positive ou négative de ces événements) [102]. Cette expérience tendrait à l'adoption par le sujet d'une attitude résignée ou passive face aux événements de vie qu'il rencontre. Cette impuissance est « apprise » car elle s'étend aux situations pour lesquelles l'action du sujet aurait pu être pourvoyeuse d'un résultat. A travers cette perspective cognitive, les troubles dépressifs se caractérisent par une vision négative de l'estime de soi, des expériences faites dans la vie (et du monde en général), et de l'avenir. Ces trois points définissent la triade cognitive de Beck [103]. La relation entre cognitions dépressives et dépression est apparue bidirectionnelle : les cognitions dépressives sont à la fois une cause et un symptôme de la dépression.

Une étude parue dans le journal des thérapies cognitivo-comportementales en 2008 s'est intéressée [104] aux relations entre anxiété, dépression, et partage social des émotions, considéré comme un processus de régulation émotionnelle interpersonnelle. Elle retrouvait une relation positive entre l'inhibition du partage social émotionnel et l'anxiété, l'individu cherchant à éviter la réactivation du vécu émotionnel, et entre l'inhibition d'une partie seulement du vécu émotionnel lors du partage et le niveau de dépression, l'individu cherchant à se préserver d'une vision négative de soi.

Le travail en thérapie interpersonnelle consistera à lever l'impuissance notamment en modélisant le trouble dépressif, faisant percevoir au patient que l'autre peut être ressource, et en stimulant la proactivité qui est un des objectifs de la prise en charge, favorisée par les réussites du patient notamment en phase d'assignation de tâches.

Ce modèle théorique sera repris plus bas, comme un des modèles explicatifs de la dépression de l'adolescent.

CHAPITRE 3 : Modélisation de la dépression en thérapie interpersonnelle

3.1) lien interpersonnel en thérapie interpersonnelle

L'attachement est à la base de la thérapie interpersonnelle classique.

Un travail en thérapie interpersonnelle se base donc sur le lien interpersonnel, considérant que chaque individu possède, dans l'«ici et maintenant», des liens d'attachement au sein desquels des besoins sont mis en jeu. Ces liens d'attachement peuvent être modulables et ce sont eux que le travail thérapeutique effectué va chercher à rendre sécurisés dans le présent, quel que soit le style d'attachement du patient [77].

Un patient ayant un style d'attachement sécurisé a plus de chances de créer des liens d'attachement sécurisés dans le présent. Toutefois, il peut malgré tout créer des liens d'attachement insécurisés. Inversement, un patient ayant un style d'attachement insécure aura une propension importante de créer des liens insécurisés, mais pourra également en créer des sécurisés. En thérapie interpersonnelle, on cherchera à compenser cette tendance afin de l'aider à créer des liens d'attachement sécurisés même si son style d'attachement est insécure [77].

L'évolution d'un lien interpersonnel peut être modélisée suivant plusieurs phases, allant de la rencontre initiale à la terminaison du lien (cf. figure 3). De la rencontre se crée une découverte de l'autre qui aboutit à un accordage ou non, si les deux partenaires partagent des affinités. Lorsque l'accordage se fait, il s'en suit un renforcement des moments ensemble, ce qui aboutit à une intégration progressive de la personne rencontrée, jusqu'à l'engagement via des projets communs et un investissement affectif de la relation. Une différenciation entre soi et l'autre apparaît et peut s'intégrer à la représentation du lien. Si le maintien de la relation ne s'opère pas, l'individu ne se reconnaît plus dans cette relation. Ceci va réduire les échanges (limitation), amenant à une stagnation du lien (besoins et attentes non satisfaites) et peut-être un évitement progressif de l'autre avec la recherche de solutions en dehors du lien, amenant la fin de la relation.

Face à un patient déprimé le thérapeute cherchera à identifier quelles phases dans l'évolution du lien pose problème chez le patient afin de la travailler spécifiquement.

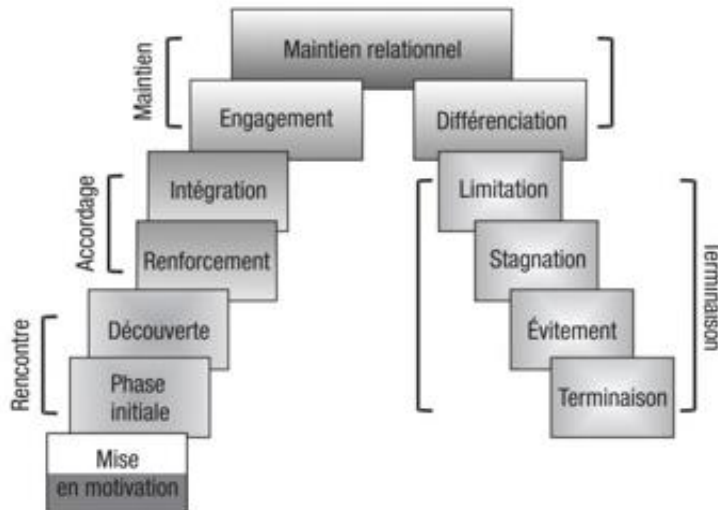


Figure 3 : schéma du modèle de Knapp adapté aux thérapies interpersonnelles (Neveux, pratiquer la TIP, 2017, Dunod)

Dans la modélisation interpersonnelle, le lien est en lui-même constitué de quatre dimensions que nous allons détailler [77] :

- Les règles : elles définissent le cadre de la relation interpersonnelle, créant de la prévisibilité donc sécurisant le lien d'attachement. Elles doivent être explicitées et reconnues par les deux partenaires. Par exemple, au sein d'un couple, être fidèle à son/sa partenaire.
- Les besoins (cf. figure 4) : ils sont conceptuels, le thérapeute cherchant toujours à identifier le besoin que le patient exprime dans son discours, et si ce besoin est pertinent à exprimer dans le cadre de ce lien. On peut distinguer des besoins intrinsèques, et des besoins en termes de soutien interpersonnel. Par exemple, un patient peut ressentir un fort besoin de soutien émotionnel suite à un licenciement inattendu.

Concernant ces besoins, on peut citer les travaux de Maslow, psychologue américain, [105, 106] qui postule que l'homme n'atteint le plein développement de son psychisme que s'il est satisfait sur tous les plans : physiologie, sécurité, amour (appartenance), estime (reconnaissance) et accomplissement de soi (créativité) (cf. figure 5). Le comportement social est une réponse à un ensemble de besoins auxquels nous devons répondre pour maintenir un état d'équilibre. Nous pouvons représenter le comportement social comme un schéma de réduction de la tension en vue du retour à l'équilibre (principe d'homéostasie) : besoin non satisfait = tension, et assouvissement du besoin = réduction de la tension. Dans ce schéma hiérarchique des besoins, un besoin de niveau supérieur n'apparaît que si le besoin de niveau inférieur est satisfait, schéma sans doute simplificateur. D'autres auteurs ont travaillé sur la conceptualisation des besoins : Rosenberg (théorie de la communication non violente), Wills (travail sur les soutiens sociaux).

Besoins intrinsèques	Besoins en termes de soutien IP
<ul style="list-style-type: none"> • Accomplissement • Appartenance <ul style="list-style-type: none"> • Identité • Sécurité • Estime • Physiologiques <ul style="list-style-type: none"> • Liberté 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien instrumental • Soutien camaraderie / plaisir • Soutien informationnel / choix <ul style="list-style-type: none"> • Soutien motivationnel • Soutien émotionnel

Figure 4 : principaux besoins engagés dans les liens interpersonnels (Neveux, Pratiquer la TIP, Dunod)

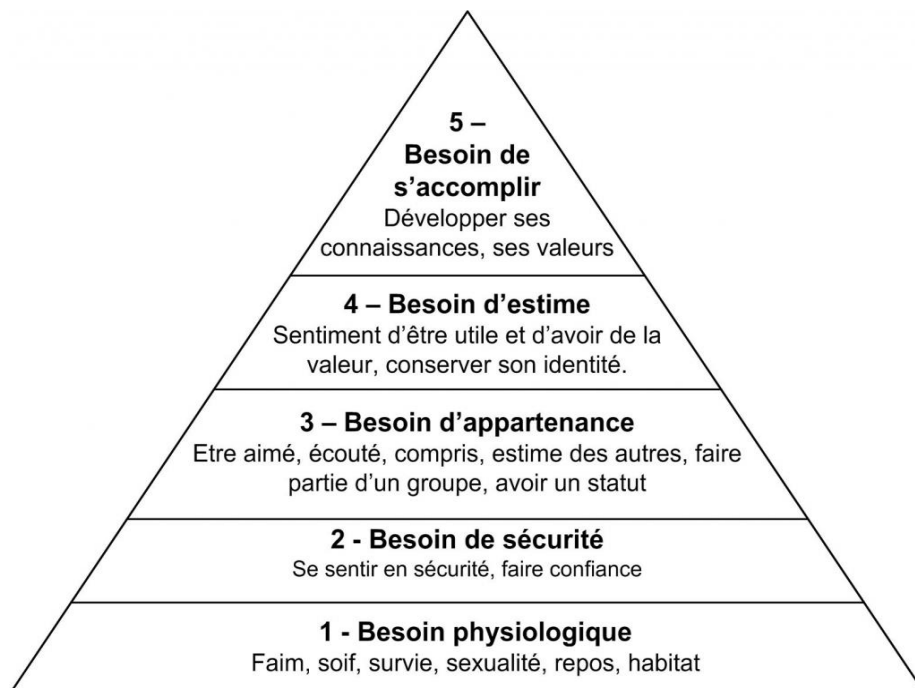


Figure 5: pyramide de Maslow, hiérarchie des besoins (<https://lisette-mag.fr/pyramide-de-maslow>)

- Les attentes : elles décrivent de façon concrète le fait que le patient souhaite que le lien contribue à satisfaire ses besoins. Par exemple, un patient attend que son collègue de travail le remplace une semaine suite à une rupture sentimentale.
- La disponibilité : l'interaction ne peut être satisfaisante que si le partenaire est disponible pour y répondre, en terme de capacité (temporelle, physique, aptitude, compétence psychique et émotionnelle) et en terme de volonté (l'interlocuteur est-il disposé ou non à répondre). Par exemple, le collègue en question refuse de remplacer notre patient car cela fait trop de travail à assurer. Il ne veut pas. Une autre collègue aimerait aider notre patient, mais

cela la renvoie elle-même à son divorce et l'attriste. Elle ne peut pas être disponible.

Ces différents aspects peuvent poser problème à plusieurs niveaux (règles enfreintes, besoins insatisfaits, attentes déçues, disponibilité absente...), et seront des facteurs d'insécurisation du lien et de déstabilisation thymique.

3.2) modélisation de la dépression

Dans cette approche interpersonnelle, la dépression est modélisée à partir de trois processus constitutifs comme expliquent Klerman et Weisman, repris par Hovaguimian:

- la formation des symptômes, impliquant le développement de l'affect dépressif. Ces symptômes peuvent dériver de mécanismes psychobiologiques ou psychodynamiques, ou les deux.
- le fonctionnement social, qui implique des interactions avec d'autres personnes, et découle en particulier de l'apprentissage basé sur les expériences de l'enfance et le renforcement social simultané
- la personnalité, définie comme des traits et des comportements plus durables, qui caractérisent les réactions et les modes de fonctionnement de la personne et qui peuvent contribuer à une prédisposition au développement de symptômes dépressifs. [24,27]

La thérapie interpersonnelle intervient sur les deux premiers processus. Elle cible spécifiquement les symptômes dépressifs comme causes et conséquences des difficultés, et le lien interpersonnel dans l'ici et maintenant. Il s'agit d'une thérapie pragmatique, non symbolique, et qui ne prétend pas avoir une influence sur les aspects durables de la personnalité.

Les relations interpersonnelles jouent un rôle protecteur pour l'humeur, le patient pouvant recourir à ces ressources extérieures en cas de survenue d'une difficulté qu'il ne peut surmonter seul. A l'inverse, les problèmes interpersonnels sont à l'origine de la dépression quand le patient se désengage de ses relations, qu'il n'est plus capable de trouver un recours interpersonnel dans son environnement.

Dans la modélisation attachementiste, le patient déprimé est modélisé comme évoluant dans un environnement interpersonnel vécu comme insécure, créant et renforçant la dépression. Les besoins fondamentaux du patient ne sont plus satisfaits, soit parce qu'il existe une cause interpersonnelle à sa souffrance (exemple : un conflit), soit parce que le patient n'arrive pas à trouver une ressource interpersonnelle pour faire face à une cause de souffrance non interpersonnelle (exemple : pathologie somatique) [77]. Dans les deux cas de figure un cercle vicieux s'installe (cf. figure 6 et 7) :

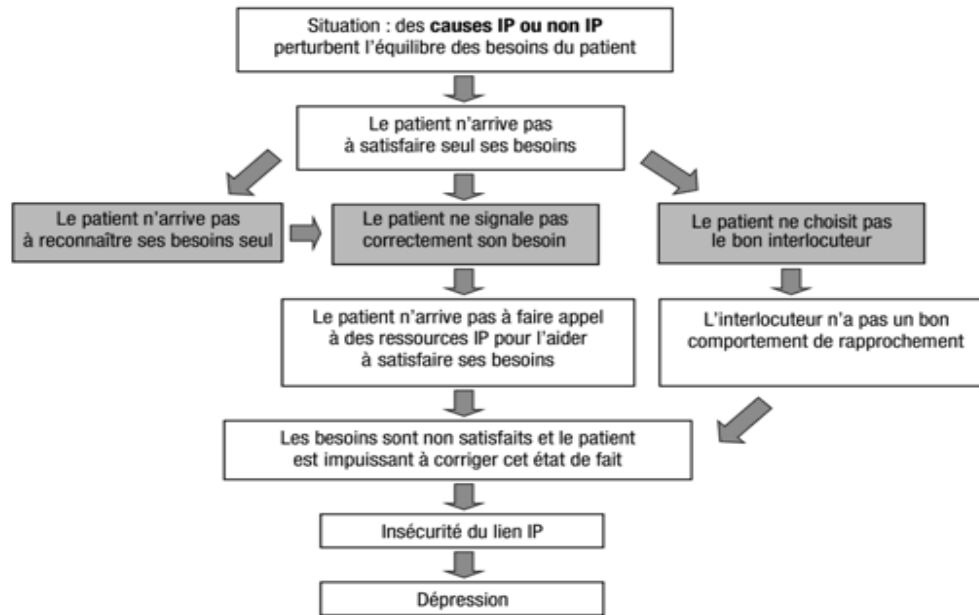


Figure 6 : modélisation de la dépression en thérapie interpersonnelle (Neveux, pratiquer la TIP, 2017, Dunod)

Le patient ne trouve donc pas un étayage suffisamment sécurisé pour l'aider à surmonter ses difficultés, qu'elles soient interpersonnelles ou non. En cela, les émotions négatives sont les conséquences de besoins et d'attente non satisfaits.

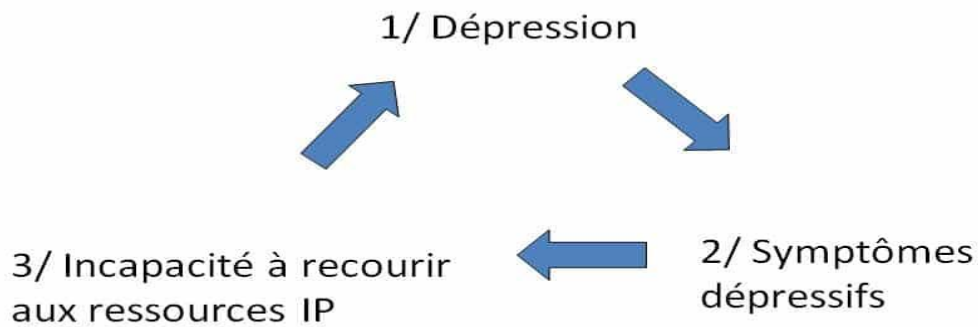
Une fois la dépression installée, il se désinvestit de son cercle social, ce qui en retour peut perpétuer l'isolement et la passivité.

L'objectif pour de tels patients est de les aider à rompre ce cycle de sorte à ce qu'ils se remobilisent vis-à-vis de leurs relations afin de renforcer leurs liens interpersonnels et de vivre en harmonie avec leur environnement immédiat. Le travail du thérapeute est de guérir la dépression en permettant au patient de vivre des expériences attachementnistes de qualité (via des séquences de signalement-rapprochement fonctionnelles) (cf. figure 8), sécurisant peu à peu cet environnement [107]. La prévisibilité de la relation sécurisée permet d'espérer une meilleure satisfaction des besoins, et de rétablir une bonne mentalisation.

Dans son rapport au thérapeute, le patient « expérimente un lien qui fonctionne correctement, crée une base sécurisée et reçoit un soutien émotionnel, informationnel et motivationnel. Une fois cette base sécurisée instaurée, le patient sera en mesure d'expérimenter d'autres liens dans son quotidien » (Neveux [77]).

L'expérimentation vécue de ces liens va permettre un remodelage secondaire de ses cognitions sociales, favorisant ainsi ses capacités de mentalisation, mais surtout l'amélioration thymique du patient, l'apaisement de l'anxiété dans la relation, et la résolution de l'épisode dépressif.

La dépression perturbe le lien IP



www.iftip.fr

2

Figure 7 : modélisation de la dépression en thérapie interpersonnelle (<https://www.iftip.fr/wordpress/>)

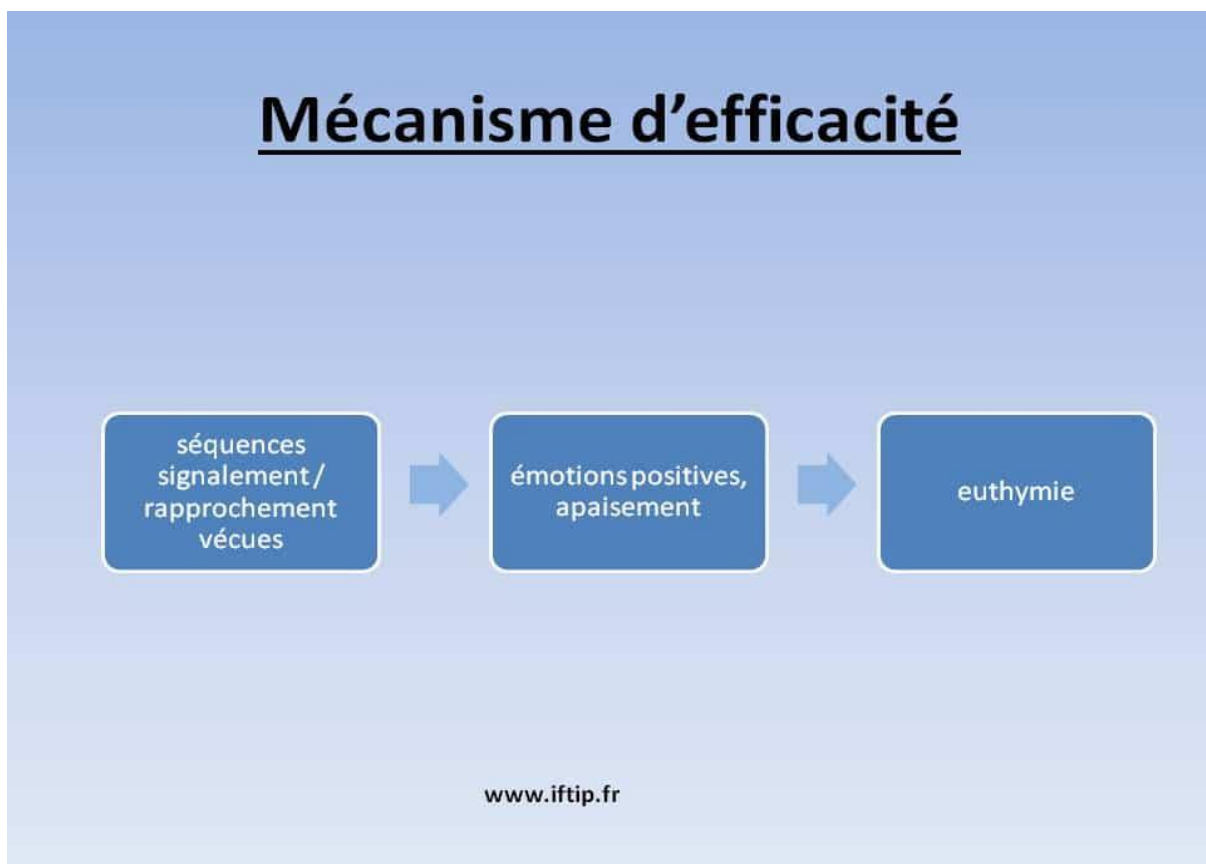


Figure 8 : un des mécanismes d'action en thérapie interpersonnelle, l'importance de séquences de signalement/rapprochement fonctionnelles (<https://www.iftip.fr/wordpress/>)

La thérapie intègre ainsi des concepts de mentalisation et de cognition sociale, « non pas pour travailler directement sur les pensées dysfonctionnelles, mais pour prendre en compte les enjeux et le contexte interpersonnel, ainsi que les états émotionnels du partenaire et du patient » (Neveux [77]) et lui permettre d'acquérir : «

- une meilleure conscience des faits (clarification factuelle) et de son état émotionnel (clarification émotionnelle)
- une meilleure analyse du contexte interpersonnel et de l'intentionnalité (analyse du lien, jeu de rôle)
- un meilleur signalement (analyse de la communication) » (Neveux [77])

Les principaux objectifs de la thérapie interpersonnelle mentionnés par Neveux sont :

- d'aider le patient à prendre conscience du principe de réalité :
La dépression entraîne des difficultés thymiques et cognitives qui affectent la capacité du patient à mobiliser correctement ses ressources intrinsèques. Il doit alors faire appel à ses ressources interpersonnelles, et signaler son besoin à une ressource adéquate afin de rétablir des liens d'attachement sécurés.
- de favoriser la proactivité, alors que le patient dispose de facultés cognitives et émotionnelles amoindries du fait de la dépression.
- d'accompagner le patient dans cette mobilisation des ressources interpersonnelles. [77]

CHAPITRE 4 : Déroulement type de la thérapie

Bien que le contenu des séances concerne les aspects interactionnels actuels du patient, les éléments de vie passés sont abordés dans la seule perspective d'identification de situations de répétition [108]. La thérapie se concentre sur les interactions et les modalités relationnelles plutôt que sur les cognitions erronées ou dysfonctionnelles, sans pour autant les négliger.

Rahioui souligne que :

La relation thérapeutique n'est en elle-même pas abordée suivant une dynamique de mouvement transférentiel. Le type de lien établi par le patient au cours des séances reflète globalement ses modes relationnels habituels avec les personnes significatives de son entourage. En toutes circonstances, il faut établir avec le patient une relation empreinte d'empathie de manière à lui offrir un espace sécurisant au sens attachementiste du terme, pour l'amener à réaliser avec confiance une exploration approfondie de sa problématique. [108]

Dans sa forme classique, la thérapie se déroule en 12 à 16 séances hebdomadaires, en ambulatoire. Le protocole thérapeutique est divisé en trois phases [109], se déclinant comme suit : une phase initiale, une phase intermédiaire et une phase finale (cf. tableau 6).

TIP en 16 séances	TIP en 12 séances	Contenu de la phase
Phase initiale (1-4)	Phase initiale (1-3)	Diagnostic du style d'attachement Diagnostic TIP Explications sur l'épisode dépressif caractérisé et lien avec problèmes interpersonnels Contrat thérapeutique
Phase intermédiaire (5-13)	Phase intermédiaire (4-9)	Travail sur le lien : Techniques spécifiques au diagnostic TIP Techniques communes à tous les diagnostics TIP
Phase finale (14-16)	Phase finale (10-12)	Séparation avec le thérapeute Analyse des progrès et généralisation Perspectives futures

Tableau 6 : déroulement classique de la thérapie, en trois phases (sources : Neveux, pratiquer la TIP, 2017, Dunod)

4.1) phase initiale:

L'approche démarre d'abord par l'établissement du diagnostic de l'épisode dépressif et l'identification du contexte interpersonnel dans lequel il survient [110].

- Le diagnostic :

Le thérapeute peut se référer aux critères de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [19] ou de la 10^e édition de la Classification Internationale des Maladies [111] et utiliser des échelles de sévérité, telles que le Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), le Montgomery and Asberg Depression Scale (MADRS), ou le Beck Depression Inventory (BDI). Ensuite, il informe le patient à propos de la dépression : tableau clinique, prévalence, pronostic évolutif, et possibilités thérapeutiques. Il fait le lien également entre symptômes dépressifs et conséquences relationnelles. Enfin, le thérapeute attribue au patient le «sick role», un statut temporaire reconnaissant que cette pathologie dépressive ne permet pas au patient de fonctionner à son habitude, mais lui accorde des droits et des devoirs. Ce «sick role» permet également de soulager le sujet de certaines obligations en le déculpabilisant (il n'est pas responsable de ses symptômes), tout en l'impliquant rapidement et activement dans sa prise en charge en favorisant sa pro activité (il peut améliorer son état thymique par un travail interpersonnel). En fonction de la sévérité de la symptomatologie, la pertinence de l'association d'un antidépresseur sera aussi évaluée.

- L'inventaire interpersonnel et le style d'attachement :

Pour Rahioui, « 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 ou non de ces relations, ses attentes et ses déceptions envers celles-ci » [112]. On évalue ainsi le support social et cela donne des indications sur le style d'attachement. La connaissance du style d'attachement va permettre au thérapeute d'anticiper les difficultés prépondérantes que pourra rencontrer le patient et adapter en conséquence les techniques employées. Il permettra également au patient de prendre conscience de certaines de ses difficultés dans sa mise en lien avec l'autre. Le thérapeute peut procéder par questions directes ou s'aider à ce sujet de l'Adult Attachment Interview [75]. Il pourra s'aider de plusieurs outils (nous les modéliserons dans notre cas clinique) : du cercle de proximité interpersonnelle (analyse synchronique) et d'une timeline (analyse diachronique) modélisant l'intensité de la dépression (ordonnée) en fonction du temps (abscisse).

- Diagnostic TIP :

Les symptômes dépressifs sont mis en parallèle avec les dysfonctionnements interpersonnels actuels, et sont définis quatre diagnostics interpersonnels : conflits interpersonnels, transitions de rôle, deuil, et isolement. Le but de ce diagnostic est que le patient prenne conscience du lien entre sa problématique dépressive et la dimension interpersonnelle associée, ce qui permettra de déterminer un axe précis de prise en charge. Cette compréhension permet de lever partiellement le sentiment d'impuissance en déterminant un levier d'action sur lequel le patient a prise. Nous allons préciser chacun de ces diagnostics :

Conflits interpersonnels :

Le conflit est une situation d'opposition entre le patient et un interlocuteur, impactant la faculté du patient à combler ses besoins et activant son sentiment d'insécurité. En général, ce conflit est selon Rahioui :

La conséquence d'attentes non réciproques et de l'absence d'une certaine complémentarité des rôles. On cherche à faire comprendre au patient que ce n'est pas l'autre qui pose nécessairement problème. Les événements se déroulent dans une atmosphère marquée par la pauvreté de la communication ou au contraire une communication agressive et peu efficace [112].

Nous amenons le patient lors de la thérapie, à modifier sa façon de communiquer ses besoins d'attachement pour développer des liens interpersonnels plus satisfaisants [112]. Le rôle du thérapeute consiste à amener à la résolution de ce conflit, par la modification d'attentes mutuelles souvent irréalistes, et à l'amélioration de la qualité de la communication, tout en attirant l'attention du patient sur ses besoins et les règles dans la relation. En phase intermédiaire, l'analyse du lien et de la communication va être centrale. D'un point de vue attachementiste, un lien important devient insécure et entraîne l'épisode dépressif.

Transition de rôle :

La transition de rôle est un changement significatif dans la vie du patient entraînant une modification des liens composant son étayage interpersonnel. Ces moments se rapportent aux changements de statut (perte d'emploi, promotion professionnelle, mariage, divorce,...) qui requièrent un ajustement pouvant parfois faire défaut chez certaines personnes. Les tâches de la thérapie impliquent l'identification des changements, à savoir l'exploration systématique à la fois des aspects positifs et négatifs de l'ancien rôle (afin d'éviter son idéalisation par le patient) et du nouveau, en s'intéressant aux besoins impactés (satisfaits/insatisfaits). On établit pour cela un tableau avant/après transition de rôle. « Le thérapeute doit être en mesure d'aider à traverser ces situations qui vont demander d'effectuer des remaniements interpersonnels pour quitter le fonctionnement antérieur et en adopter un nouveau » (Rahioui [112]). Cela implique en phase intermédiaire une clarification factuelle, et une acceptation de la composante émotionnelle associée au changement. D'un point de vue attachementiste, plusieurs liens deviennent potentiellement insécures. Le patient devra utiliser de façon adaptée ses liens sociaux existant, et/ou en développer de nouveaux.

Deuil :

Le deuil ne s'applique ici qu'au décès d'une personne investie et ne s'entend pas au sens symbolique, ce qui s'apparenterait à une transition de rôle. Ici, un nombre limité de liens est corrélé aux symptômes. « La personne décédée est souvent idéalisée et les sentiments à son sujet sont empreints de culpabilité et d'angoisse liée à la perte » (Rahoui [112]). Contrairement aux autres diagnostics cités, ce lien a la particularité de ne plus exister. Le patient va devoir connaître différents remaniements affectifs et s'adapter à une nouvelle vie. Selon Rahoui:

Les patients ayant un attachement sécure ont plus de probabilité de mettre en place des stratégies constructives qui leur permettent de ressentir et d'exprimer leur détresse et souffrance, sans se sentir accablés par leurs émotions ni perdre totalement leur fonctionnement relationnel et social.

[108]

A l'inverse, chez les personnes évitantes, qui peuvent sembler traverser le deuil sans trop de retentissement, une forme de déni peut s'observer, générant un évitement et une minimisation de l'impact du deuil sur sa vie. Certaines vont refouler tant bien que mal leurs pensées les plus tristes afin de lutter contre leur souffrance dépressive. Ce refoulement précaire pourra laisser place aux signes indirects des dépressions masquées: somatisations plus ou moins graves [112] (avec un recours possible au généraliste ou pédiatre en première intention), fléchissement scolaire ou comportements négatifs allant jusqu'aux actes antisociaux chez l'adolescent, etc. « Les personnes avec un style d'attachement anxieux vont quant à elles vivre la perte comme une épreuve en lien avec leur peur de l'abandon qui se réactive, engendrant un besoin de réassurance important » (Rahoui [112]).

Les objectifs consistent ici à décentrer le lien entre le patient et le défunt, à faciliter le deuil par une expression ajustée des affects – envahissants ou réprimés – en rapport avec la perte, via la clarification émotionnelle en phase intermédiaire, et à promouvoir l'investissement d'autres liens interpersonnels. Ici, un lien important est définitivement perdu.

Isolement :

L'isolement est soit le déficit de liens en quantité (peu de liens) ou en qualité (liens présents, mais peu fonctionnels et ne permettant pas la satisfaction des besoins). Les objectifs sont alors d'explorer des liens dans l'isolement quantitatif, et de cultiver des liens fonctionnels dans l'isolement qualitatif. Pour atteindre ce but, le praticien « revoit les aspects positifs et négatifs des relations antérieures significatives et analyse l'engagement et les sentiments qui y sont rattachés, tout en cherchant à

identifier le pattern relationnel pathologique utilisé » (Rahioui [108]). 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. Dans l'isolement quantitatif, on procède en phase intermédiaire à l'analyse d'un lien imaginaire et d'un lien passé. Enfin, on utilise des stratégies de communication et des jeux de rôle afin d'aider l'individu à combler ses déficits interpersonnels. Une grande partie du travail pour l'isolement quantitatif consiste à créer de nouveaux liens, pour l'isolement qualitatif à améliorer le fonctionnement des liens, savoir se séparer de certains liens, et trouver de nouvelles ressources adaptées.

Chacun de ces quatre diagnostics TIP est caractérisé par des particularités en termes d'impact sur le lien interpersonnel (cf. figure 9). Pour terminer cette phase, le thérapeute va expliquer au patient la dimension biopsychosociale de la thérapie en des termes concrets tout en mettant l'accent sur l'orientation interpersonnelle, et établir avec lui un contrat thérapeutique, en posant un cadre précis incluant le nombre de séances, leur durée et l'engagement du patient à essayer de faire des assignations de tâches afin de favoriser sa proactivité.

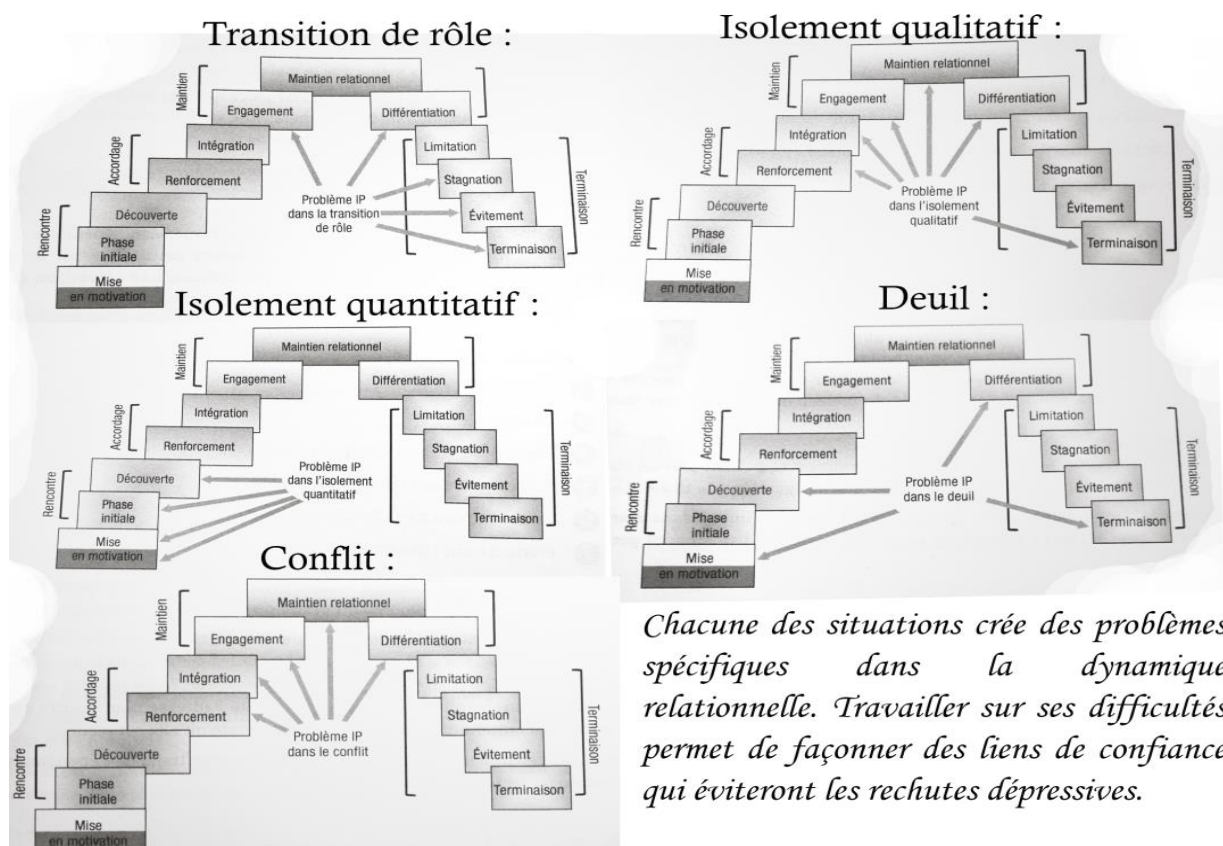


Figure 9 : les 4 diagnostics TIP, avec les principales phases impactées (Neveux, pratiquer la TIP, 2017, Dunod)

4.2) phase intermédiaire

Pendant la phase intermédiaire (cf. figure 10), le thérapeute met en pratique plusieurs techniques, dont la finalité est toujours de rétablir une séquence attachementiste sécuritaire de signalement-rapprochement entre le patient et ses ressources interpersonnelles, et de développer ses facultés de mentalisation, pour qu'il puisse appréhender les sources de ses motivations dans les relations interpersonnelles et de les relier à des comportements prévisibles. Ces techniques permettent d'identifier les liens problèmes à travailler, les dysfonctionnements interpersonnels, et les besoins impactés pour le patient.

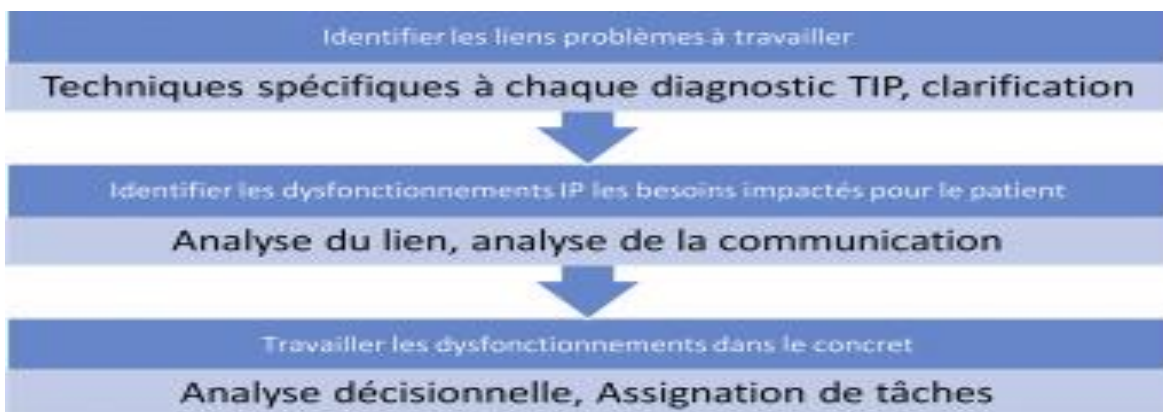


Figure 10: techniques de la phase intermédiaire (<https://www.iftip.fr/wordpress/>)

Chaque séance débute par une question cherchant à lier l'intensité des symptômes et les interactions interpersonnelles survenues dans la semaine précédant la séance, en cotant entre 0 et 10 l'état thymique du patient par une auto-évaluation. Cette auto-évaluation lui rend perceptible et significatif le lien entre la fluctuation de la dépression et les événements de vie et développe ses capacités de mentalisation [108], et sa proactivité, avec un sentiment de plus grande maîtrise de son environnement et de son état. Le thérapeute va ensuite demander « pourquoi pas 10 ? » concernant l'état thymique, orientant par cela la discussion vers ses manques dans l'ici et le maintenant [77].

Afin d'atteindre les objectifs fixés dans chaque domaine problématique, le thérapeute peut faire usage d'un certain nombre de techniques dont certaines sont propres à la thérapie interpersonnelle et d'autres moins spécifiques à cette approche, le but étant toujours de reconstituer des liens interpersonnels sécuritaires dans l'ici et le maintenant. Certaines techniques sont orientées vers l'identification des émotions (clarification), d'autres visent à mentaliser ce qui se joue au sein du lien interpersonnel (analyse du lien), certaines évaluent la qualité de la communication (et donc du signalement) (analyse de la communication) émanant du patient et de son interlocuteur, d'autres enfin cherchent à aider le patient à améliorer, dans sa vie réelle, son fonctionnement interpersonnel (analyse décisionnelle, assignation de tâches, jeux de rôles). Nous allons brièvement les détailler, et y reviendrons plus concrètement à travers notre cas clinique :

- clarification : le thérapeute va toujours consacrer un temps à explorer les émotions ressenties par le patient et les accueillir (clarification émotionnelle). Cette technique met (selon Rahioui [108]) « en concordance la description faite par le patient et la compréhension qu'en a le thérapeute » (clarification factuelle, du contexte). En effet, les émotions sont un indice mettant le thérapeute sur la piste de ce qui pose problème au patient, mais aussi un obstacle empêchant le patient d'élaborer correctement, d'identifier son état psychique et ce qui se joue pour lui, et de mentaliser l'état psychique de son interlocuteur. En évoquant les faits, le patient entame une distanciation vis-à-vis de ceux-ci.
- l'analyse du lien interpersonnel : technique centrale, elle permet d'identifier les principaux besoins engagés par le patient et les dysfonctionnements interpersonnels et par conséquent de développer la capacité du patient à mentaliser, ainsi que de créer une prévisibilité dans la relation (cf. tableau 7).

LIEN				
Règles	Besoins	Attentes concrètes	Disponibilité (de l'interlocuteur, du partenaire)	Réalité concrète

Tableau 7 : analyse du lien

- l'analyse de la communication : elle évalue les dysfonctionnements dans le signalement du patient au sein de la relation. C'est le moyen de vérifier l'hypothèse que les difficultés du patient sont « causées, maintenues ou majorées par une communication inadéquate ou des attentes non réciproques ou irréalistes » (Rahioui [108]). Il faut aider le patient à identifier ces dysfonctionnements et à améliorer sa faculté à communiquer correctement dans le contenu, la forme et l'expression des émotions. On lui demande aussi de situer son partenaire et lui-même sur le cercle domination/hostilité (cf. cercle de Kiesler, figure 1), afin qu'il puisse prendre conscience de son positionnement
- l'analyse décisionnelle : elle amène le patient à imaginer des solutions aux problèmes interpersonnels qui se posent à lui, afin de rétablir un lien sécurisé. A ce stade, les besoins et difficultés interpersonnelles sont identifiés, et la thérapie passe d'un travail conceptuel à un travail pratique. Lors d'une première étape de brainstorming, on demande au patient ce qu'il peut imaginer pour améliorer sa situation. On évalue ensuite la faisabilité de chaque solution proposée lors du brainstorming.

- l'assignation de tâches pratiques : le thérapeute et le patient conviennent du programme de tâches à effectuer, en fonction des dysfonctionnements identifiés dans l'analyse du lien et de la communication. Cette tâche doit être « accessible, claire, explicite, et le patient doit tenter de l'appliquer. Il a une obligation de moyens mais pas de résultats » (Neveux [77]). Cette étape permet de concrétiser les solutions pour rétablir un lien sécurisé.
- les jeux de rôles : ils permettent de faciliter dans un cadre sécurisant la concrétisation de solutions, pour rétablir un lien sécurisé. Ils peuvent avoir une fonction d'investigation (le thérapeute cherchant à recueillir des informations) ou de prise de conscience (aider le patient à mentaliser en prenant conscience de ses dysfonctionnements). Ils permettent aussi de faciliter l'exportation dans la vraie vie des améliorations obtenues en séance, en confrontant le patient et ses attentes au principe de réalité [77].

4.3) phase finale

Durant la phase finale, les acquis thérapeutiques des séances précédentes sont passés en revue et consolidés, le but final étant d'aider le patient à explorer de nouveaux liens interpersonnels et d'envisager de nouvelles perspectives pour les liens existants. Cette phase permet de faire expérimenter au patient la dynamique des liens. Il fait le bilan des apports de son travail et généralisera ce qu'il a appris afin de devenir autonome dans sa faculté de gestion des difficultés interpersonnelles : il est possible de résoudre le problème interpersonnel par soi-même, ou en signalant (prise de conscience qui évite dépendance ou régression). Il est expliqué au patient que la fin du traitement constitue l'équivalent d'une transition de rôle. Le thérapeute sera à ce titre vigilant vis-à-vis des patients au style d'attachement insécurisé ambivalent dont le fonctionnement est souvent marqué par la dépendance, qui risque de poser problème à la fin de la thérapie [77, 108]. Cette étape est très importante, car il est tout aussi nécessaire d'apprendre à se lier qu'à se détacher. Ainsi, un travail de désinvestissement du lien est également élaboré durant ces dernières séances.

DEUXIEME PARTIE : LA DEPRESSION DE L'ADOLESCENT

CHAPITRE 1 : Données épidémiologiques et cliniques

1.1) épidémiologie

La dépression est actuellement la principale cause de pathologie et de handicap chez les jeunes de 10 à 19 ans, selon un rapport publié en mai 2014 par l'Organisation Mondiale de la Santé [5].

Les études épidémiologiques sur l'adolescence montrent des chiffres en hausse concernant la prévalence de la dépression. En France, une étude [113] a été menée sur 7110 élèves âgés de 15,1 ans en moyenne. Parmi les adolescents interrogés, 9,6 % ont déclaré des symptômes compatibles avec au moins un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois. Trois facteurs étaient dans cette étude indépendamment associés à une probabilité plus importante de survenue d'un épisode dépressif caractérisé dans les 12 derniers mois : être de sexe féminin (odd ratio = 3,0), avoir un âge supérieur ou égal à 16 ans (odd ratio = 2,2) et vivre avec sa mère seule (odd ratio = 1,7).

Une autre étude soulignait comme facteur de risque le fait d'avoir un parent présentant un antécédent de dépression (risque multiplié par 2 à 4) [114]. Sont aussi cités comme principaux facteurs de risque les maladies chroniques et les événements de vie stressants comme la perte d'un ami ou d'un membre de la famille proche [115].

En novembre 2014, la Haute Autorité de Santé a estimé la prévalence moyenne de la dépression de l'adolescent à 8 % dans ses recommandations [1]. L'INSERM [116] relève 14% de prévalence.

La plupart des études épidémiologiques rapportant une sous-évaluation probable de ces chiffres de prévalence.

Aux Etats-Unis, la prévalence en 2017 est estimée à 13.3% chez les adolescents entre 12 et 17 ans (National Institute of Mental Health) [117], et 7% des adolescents ont présenté une dépression lors des 12 derniers mois [118].

Selon l'Oregon Adolescent Depression Project, l'âge moyen du premier épisode dépressif caractérisé se situe à 14.7 ans chez la fille et 15.9 ans chez le garçon [119].

L'inquiétude principale, en cas de trouble dépressif, est le risque suicidaire [120], le suicide étant la troisième cause de décès (seconde en France) chez les 15-24 ans selon l'Organisation Mondiale de la Santé.

La Haute Autorité de Santé estime son taux à 6,7 pour 100 000 habitants, tout en précisant qu'il est probablement sous-estimé de 20 %. On comptabilise en moyenne 11 000 décès par suicide et 160 000 tentatives chaque année en France sur l'ensemble de la population [121]. Le taux de décès par suicide chez les 15-19 ans en France est de 4.1 pour 100 000 habitants. Sont rapportés 800 à 1 000 décès annuels par suicide chez les 15-24 ans [122].

Par ailleurs, des troubles dépressifs infra syndromiques (dont nous décrivons également la présentation clinique) sont observés chez 21 % des garçons et 31 % des filles en population adolescente [123]. Leur distinction avec des mouvements dépressifs inhérents aux processus normaux de l'adolescence peut être difficile à établir.

Enfin, la prévalence de la dysthymie chez l'adolescent estimée entre 1.6 et 8 % selon les études est probablement sous-évaluée. Or son retentissement à l'adolescence peut également être sévère [124].

Depuis quelques années le caractère anodin de la symptomatologie dépressive « banale » de l'adolescence a également été remis en question: ces syndromes dépressifs mineurs (ou infra syndromiques d'un épisode dépressif caractérisé) évoluent souvent vers l'éclosion d'une dépression caractérisée, et ont un retentissement psychosocial significatif. À long terme, leur évolution est comparable à celle des dépressions caractérisées [125].

Les troubles dépressifs de l'adolescent – considérés dans le passé comme rares, ayant une symptomatologie atypique et une évolution bénigne - constituent donc un problème majeur de santé publique, de par leur fréquence, leur symptomatologie commune avec ceux de l'adulte, leur retentissement sur le développement social, familial et scolaire, et de par les risques potentiellement graves qui y sont liés à court (passages à l'acte suicidaires et nombreuses comorbidités), et à long terme (récidives à l'âge adulte, évolution possible vers une dépression résistante au traitement, ou émergence d'un trouble bipolaire). Leur existence réclame donc un dépistage précoce et une évaluation approfondie.

1.2) formes cliniques

1.2.1) définitions

Les principales formes cliniques décrites sont les dépressions caractérisées, les dépressions mineures, et les dépressions mineures chroniques ou dysthymies. Les dépressions caractérisées peuvent être chroniques ou associées à une dysthymie (dépression double).

- Dépressions caractérisées :

Les critères de diagnostic les plus utilisés sont ceux de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [19]. Ces critères sont communs à l'enfant, à l'adolescent et à l'adulte et sont résumés dans le tableau ci-dessous (cf. tableau 8) :

<p>A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.</p> <p>(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.</p> <p>(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).</p> <p>(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.</p> <p>(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.</p> <p>(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).</p> <p>(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.</p> <p>(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).</p> <p>(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).</p> <p>(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.</p> <p>B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.</p> <p>C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.</p> <p>NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.</p> <p>NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.</p> <p>Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.</p> <p>D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.</p> <p>E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.</p>

Tableau 8 : épisode dépressif caractérisé, selon le DSM-V

- Dépressions mineures (dépressions subcliniques ou sub-syndromiques, ou infra-syndromique) :

Nombre d'adolescents ne répondent pas aux critères diagnostiques stricts d'épisode dépressif caractérisé mais souffrent de formes sub-cliniques au retentissement non négligeable.

Les définitions de ces dépressions mineures sont variables. On peut retenir celle de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [19] : épisode dépressif d'au moins deux semaines marqué par la présence de moins de cinq critères des dépressions caractérisées : doivent être présents au moins deux critères des dépressions caractérisées, dont l'un des deux critères obligatoires.

Cette forme de dépression est importante à rechercher chez l'adolescent. Elle peut précéder ou suivre un épisode dépressif caractérisé et être associée à un retentissement non négligeable sur l'adaptation psychosociale [126]. Sihvola et al. [126] ont retrouvé au sein d'un échantillon de 2000 adolescents en population générale 14 % de dépressions mineures qui étaient fortement associées à des idées ou tentatives de suicide, et à d'autres comorbidités.

Selon l'étude de Flament [127], 20 % des adolescents peuvent présenter une symptomatologie dépressive sans épisode dépressif caractérisé, trop souvent considérée comme une crise d'adolescence transitoire. Or, ces adolescents constituent un groupe à risque de dépression puisque 40 % d'entre eux présentent un épisode dépressif caractérisé dans l'année.

Plusieurs études, que nous détaillerons plus loin, ont évalué l'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans la prise en charge de ces dépressions sub-syndromiques, notamment en termes de prévention d'une évolution vers un épisode dépressif caractérisé.

- Dysthymies (dépressions mineures chroniques, trouble dépressif persistant) :

Selon la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [19], la dysthymie ou dépression mineure chronique repose sur le diagnostic suivant : humeur triste ou irritable presque toute la journée, plus d'un jour sur deux, pendant au moins un an, accompagnée de deux au moins des symptômes suivants : appétit diminué ou augmenté, insomnie ou hypersomnie, manque d'énergie ou fatigue, faible estime de soi, trouble de l'attention ou difficulté à prendre des décisions, sentiment de désespoir. Les dépressions mineures chroniques évoluant de longue date peuvent être particulièrement délicates à diagnostiquer car l'adolescent peut être habitué à cet état au point de le considérer comme normal et faisant partie intégrante de sa personnalité [128], du fait de l'absence de rupture nette avec l'état antérieur.

1.2.2) symptomatologies dépressives à l'adolescence

Les formes cliniques des dépressions de l'adolescent sont très hétérogènes, ce qui peut rendre le diagnostic difficile et engendrer un retard de prise en charge non négligeable. Les adolescents ayant tendance à ressentir les choses de manière particulièrement intense, les «sauts d'humeur» marqués sont le lot commun chez ces jeunes patients. Il peut être difficile de distinguer des réactions émotionnelles fortes et labiles d'un trouble de l'humeur. Les symptômes, bruyants ou discrets, ne renvoient pas forcément à un diagnostic caractérisé.

L'enjeu est pour le thérapeute de dépister une pathologie dépressive souvent difficile à repérer au sein de cette tranche d'âge, du fait d'une confusion potentielle avec la « crise d'adolescence ». Chaque symptôme dépressif peut « dominer la présentation clinique et faire passer les autres, moins apparents ou cachés, au second plan » (Chabrol – professeur de psychologie clinique [128]). Des symptômes trompeurs, tels que l'irritabilité ou l'agressivité peuvent être prégnants et provoquer des attitudes hostiles plutôt qu'empathique de la part de son entourage. Les mécanismes de défense et les stratégies d'adaptation [128] visant à lutter contre les troubles émotionnels de la dépression (dont les signes peuvent être repérés grâce à l'expérience du clinicien, ou apparaître quand l'alliance thérapeutique le permet) peuvent être au premier plan et la masquer. L'ensemble de ces symptômes sont chez l'adolescent fréquemment influencés par les situations sociales (culturelles, familiales, relationnelles), avec des champs de vie préservés (maison, collège,...), l'adolescent pouvant conserver des capacités de fonctionnement malgré les symptômes dépressifs, et se sentir mieux quand un événement positif lui arrive.

Les premières questions du thérapeute, et de la famille, sont souvent, « est-ce normal ou pas normal ? Est-ce que c'est une crise de passage ou faut-il s'en soucier davantage ? ». Huerre observe que « les réactions des parents alternent souvent entre banalisation et dramatisation. Les premiers entretiens doivent investiguer précisément la vie de l'adolescent, et collecter plusieurs points de vue de son entourage afin de distinguer tristesse ordinaire ou début de dépression » [129].

Chabrol souligne également que :

Le processus dépressif est caractérisé par une auto-aggravation (des émotions, cognitions et comportements) due au renforcement réciproque entre la dépression et ses symptômes. Par exemple, les troubles de l'attention et du fonctionnement intellectuel provoquent une baisse des résultats scolaires qui contribue à diminuer l'estime de soi, renforcer le sentiment de rejet, accroître l'irritabilité et les conflits relationnels [128].

Les travaux de Yorbik [2] ont présenté une étude sémiologique des dépressions caractérisées, interrogeant 715 adolescents affectés d'un trouble dépressif caractérisé diagnostiqué dans une clinique spécialisée en troubles de l'humeur : les adolescents exprimaient la détresse et le désespoir (72 %), le manque d'énergie et la fatigue (84 %), l'hypersomnie (36 %), la perte de poids (22 %), des tentatives de suicide (26 %).

Plus généralement, sont observés à des degrés divers :

- Des troubles des affects et de la cognition

Les affects douloureux et cognitions négatives (tristesse, colère, sentiment d'infériorité, de honte entretenus par des défauts ou insuffisances physiques ou psychologiques ressentis et assortis de sentiments de culpabilité chez 49% des adolescents déprimés selon Yorbik [2]) peuvent être intenses [128]. Dans d'autres cas, l'indifférence affective semble dominer : les sentiments positifs et négatifs paraissent émoussés, voire absents [128]. Cependant, les adolescents souffrant de dépression n'ont pas toujours l'air triste, ou ne se plaignent pas

spontanément de tristesse. L'humeur dépressive peut être exprimée par des sentiments de vide et d'ennui, de découragement, ou des pleurs.

L'humeur de l'adolescent est souvent sensible à l'environnement immédiat. Elle peut s'améliorer temporairement dans certaines situations vécues comme positives ou liées à l'expression d'intérêt et de soutien de la part de l'entourage [128], voire même laisser place à un sentiment de toute-puissance. A l'inverse, un manque de réactivité marqué de l'humeur peut être observé notamment dans les formes mélancoliques de dépression. Yorbik [2] retrouve dans son étude une proportion élevée de mélancolie (59 % chez les adolescents affectés d'épisode dépressif caractérisé hospitalisés).

Par ailleurs, Chabrol note que « l'irritabilité peut être le principal trouble des affects de l'adolescent déprimé » [128] (retrouvée à 89% dans l'étude de Yorbik [2]). Elle peut se manifester par des attitudes d'opposition passive, par des colères inadéquates liées à un sentiment de frustration ou à une susceptibilité excessive. Sa présence est fortement corrélée à la sévérité de la dépression [130].

- Une diminution de l'intérêt et du plaisir

L'anhédonie peut dominer la présentation clinique. Elle a été par exemple observée chez 72 % des patients de l'étude de Lewinsohn [131].

- Des troubles des conduites instinctuelles

Les comportements alimentaires sont fréquemment perturbés : crises d'hyperphagie, ou l'inverse, entraînant une importante perte de poids et prenant l'aspect physique d'une anorexie mentale. De même, le sommeil peut être perturbé quantitativement (insomnies d'endormissement ou hypersomnie) ou qualitativement (réveils nocturnes, cauchemars), pouvant fortement interférer avec les activités et investissements.

- Une agitation ou un ralentissement psychomoteur

Le ralentissement psychomoteur semble être plus fréquent (47%) que l'agitation psychomotrice (34%) chez l'adolescent déprimé dans l'étude de Yorbik [2]. Une asthénie peut par ailleurs être ressentie lors des activités physiques et intellectuelles. Cette perte d'énergie peut se confondre avec un manque de volonté [128]. Les troubles attentionnels se manifestent par des difficultés de concentration, une altération des capacités de réflexion, assorties de difficultés à prendre des décisions [128]. Le retentissement scolaire de ces troubles peut être majeur (39,7% de dépression sur une cohorte de 63 adolescents âgés de 15 ans en moyenne, déscolarisés) [132].

- Des idées suicidaires ou tentatives de suicide

Les idées et les tentatives de suicide sont fréquemment associées aux dépressions de l'adolescent. On retrouve un trouble de l'humeur dans 50 à 80 % des cas de geste suicidaire [121]. Dans une enquête en milieu scolaire portant sur 33 adolescents ayant un épisode dépressif caractérisé, on retrouvait 36% d'idées suicidaires, et 15% d'entre eux déclaraient avoir réalisé une tentative de suicide [128]. Une autre étude en milieu scolaire retrouvait [127], 45 % d'idées suicidaires et 22,5 % d'antécédents de tentatives de suicide dans les dépressions caractérisées, ces fréquences étant de 43 % et de 9,5 % dans les dysthymies. Chez les adolescents hospitalisés ou suivis en consultation présentant un épisode dépressif caractérisé, la fréquence des idées suicidaires est encore plus élevée : 72 % dans l'étude de Yorbik [2]. Dans l'étude de Lewinsohn [131], les idées de mort ont été relevées chez 38 % des sujets, et les idées de suicide chez 29 % lors du premier épisode dépressif caractérisé.

Les conduites suicidaires sont aussi fortement associées à certaines comorbidités: il existe chez les adolescents une association significative entre consommation de tabac ou de drogues illicites et idées suicidaires (odd ratio = 2,3), consommation d'alcool ou de cannabis et tentatives de suicide (odd ratio =3,9). L'usage de substances a des effets bidirectionnels : effet dépressogène et désinhibiteur vis-à-vis du passage à l'acte. Par ailleurs, les symptômes boulimiques sont associés aux idées (odd ratio = 2,3) et aux tentatives de suicide (odd ratio = 3,1) [121, 133]. Les victimes de maltraitance physique et sexuelle ont 5,6 fois plus de risque de réaliser un geste suicidaire. La violence agie est de la même manière associée à un risque suicidaire élevé (odd ratio =5,7). Face à l'urgence représentée par la crise suicidaire, une étude [134] s'est intéressée à une forme brève de thérapie interpersonnelle (12 séances sur 6 semaines), retrouvant une bonne efficacité dans la réduction des idées suicidaires en lien avec un épisode dépressif caractérisé.

1.2.3) principales comorbidités

Le diagnostic de dépression peut aussi être porté devant des troubles du comportement ou de troubles anxieux évoluant depuis plus longtemps que les symptômes thymiques. L'association est en effet fréquente avec les troubles anxieux : Yorbik et son équipe ont trouvé 28 % de troubles anxieux chez les adolescents déprimés [2], et Purper Ouakil rapporte qu'un trouble anxieux précède dans 40 à 70% des cas la symptomatologie dépressive [121], avec fréquemment une phobie sociale [135]. D'un point de vue diachronique, il est rapporté que chez le jeune adolescent l'anxiété précède souvent la dépression [136] à la différence de l'adolescent plus âgé chez lequel l'anxiété peut prédire la dépression et réciproquement [137].

De même, les troubles des conduites (12 % dans l'étude de Yorbik [2]), et les troubles liés à l'usage de substances psychoactives (Grilo et son équipe [138] retrouvent 43 % de troubles de l'usage de substances psychoactives sur une cohorte d'adolescents hospitalisés) sont assez fréquemment associés à la dépression de l'adolescent. Chez des adolescents déprimés vus en consultation, les travaux de Yorbik [2] signalent 11 % de troubles liés à l'usage de substances. Ces consommations sont souvent prises comme un « auto-traitement de la dépression », et ne font pas nécessairement évoquer la dépression comme première hypothèse diagnostique. Les troubles du comportement alimentaire (l'étude de Flament

[127] retrouve 10 % de boulimie parmi les dépressions caractérisées) et le trouble de personnalité limite (les travaux de Grilo [138] ont retrouvé 56 % de troubles de la personnalité chez des adolescents hospitalisés pour une dépression caractérisée, les diagnostics les plus fréquents étant la personnalité limite (31 %)) sont aussi régulièrement associés à la dépression. A ce propos, il semble intéressant de noter que les auteurs ont de manière générale mis en évidence une corrélation significative entre traits de personnalité limite et attachements insécures anxieux-évitants, ou désorganisés [139]. La distribution des styles insécures chez ces personnalités de type état limite varie cependant en fonction des études, qui ne permettent pas de définir un style d'attachement spécifiquement associé [140].

La comorbidité peut « être liée à des facteurs étiologiques communs, ou être la cause ou la conséquence de la dépression » (Chabrol [128]). La comorbidité influence l'évolution de l'épisode, et l'efficacité du traitement. Par exemple, certains auteurs [141, 142] ont étudié l'impact d'une comorbidité anxieuse sur l'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans la dépression, retrouvant des améliorations moindres de la symptomatologie dépressive chez les patients porteurs d'un trouble anxieux (notamment de type phobie sociale).

1.2.4) évolution des troubles dépressifs de l'adolescent

Les principales études longitudinales examinant l'évolution à moyen et long terme des dépressions de l'adolescent montrent que celles-ci sont marquées par la fréquence des rechutes, des récives (le risque de récive après une double prise en charge par pharmacothérapie et psychothérapie est compris entre 25 et 50 % dans les six mois à deux ans après le traitement [4], et peut atteindre 50 à 70 % dans les 5 ans [143]) et des complications. 20% des adolescents déprimés développent une dépression récurrente à l'âge adulte [143]). On observe aussi l'association à d'autres troubles psychiatriques en particulier des troubles de la personnalité et des difficultés d'adaptation psychosociale persistantes même en l'absence de récive [144], une évolution vers un trouble anxieux, vers l'usage de substances psychoactives, ou vers une dépendance comportementale [128]. Ces éléments pouvant éclore conjointement à la symptomatologie dépressive, la précéder, ou se révéler à distance.

L'ensemble de ces données évolutives nous invitent à traiter avec vigilance tout épisode dépressif détecté chez l'adolescent que le stade soit infra syndromique ou caractérisé afin d'obtenir la rémission la plus solide possible, sans négliger la recherche et la prise en charge systématique des comorbidités afin d'améliorer le pronostic global.

Un autre risque évolutif de la dépression caractérisée à l'adolescence est celui de développer un trouble bipolaire, dont le risque a été estimé à 10 %-20 % [145] dans les échantillons cliniques. Les facteurs dits prédictifs d'évolution vers une bipolarité étant [146] une installation brutale de l'épisode dépressif, une plus grande sévérité de l'humeur dépressive, des auto-reproches et des préoccupations corporelles, un ralentissement psychomoteur important, une hypersomnie ou hyperphagie, un antécédent familial de troubles bipolaires, ou l'apparition de symptômes maniaques au cours de la prise d'un traitement antidépresseur [147]. L'étude de Lewinshon [148] a suivi un échantillon communautaire de 275 adolescents – donc a priori présentant des dépressions moins graves

qu'en population clinique - ayant eu une dépression caractérisée à l'adolescence : entre l'âge de 19 et 23 ans, seulement 1 % a développé un trouble bipolaire de type I ou II, ou une cyclothymie.

D'après une étude de suivi prospectif durant 20 années [149] sur 149 patients hospitalisés pour dépression durant leur enfance ou adolescence, la tendance défavorable observée au jeune âge adulte se prolonge ensuite, avec 62,4% de récurrences sur l'ensemble du suivi [149].

D'un point de vue interpersonnel, la dépression chez l'adolescent fait obstacle au développement de capacités pro-socialisantes, ce qui peut être à l'origine de difficultés interpersonnelles durant sa vie future si ces incapacités ne sont pas traitées précocement.

CHAPITRE 2 : Principaux modèles explicatifs

2.1) un processus dépressif multifactoriel

Entre enfance et âge adulte, la période de l'adolescence est caractérisée par d'importantes transformations morphologiques, physiologiques, psychologiques et sociales étroitement intriquées. L'adolescent vit en effet plusieurs changements, corporels (généralisation du corps), affectifs (prise de distance à l'égard des parents), relationnels et sociaux (groupes de pairs, modes) et intellectuels (acquisition et maniement plus aisé des abstractions) [150].

Il s'individue au sein d'une relation potentiellement intense avec ses parents dont la présence demeure cruciale.

On peut distinguer trois étapes successives propres à l'adolescence identifiées par Goldbeter-Merinfeld (psychologue systémicienne) :

- Début de l'adolescence : le jeune adolescent veut plus de responsabilités, mais ne revendique pas encore son indépendance, et peut, dans certains milieux dès 13-14 ans substituer une appartenance à un groupe au soutien parental.
- Milieu de l'adolescence : demande d'autodétermination et volonté de moins dépendre des parents mais plus de soi ou du groupe de pairs. Si ces adolescents n'ont pas une bonne estime d'eux-mêmes ou s'ils ne bénéficient pas d'un groupe de pairs étayant leurs besoins notamment d'appartenance, d'identité et de liberté, cette recherche peut les amener à vivre un sentiment de solitude voire une réelle situation d'isolement. En cas de stress majeur, ils auront cependant tendance à se tourner vers les figures d'attachement parentales.
- Les adolescents plus âgés se sentent plus sécurisés vis-à-vis d'eux-mêmes et dans leurs rapports avec le monde. Ils dépendent moins du groupe de pairs dans un second temps et cherchent à se distinguer en affirmant leur propre identité dans le groupe. [151]

Chabrol rappelle que « la psychopathologie des dépressions de l'adolescent fait intervenir plusieurs facteurs agissant à différents niveaux du fonctionnement psychique et à différents temps du processus dépressif » [128]. Ces différents déterminants s'intriquent et ne sont donc pas exclusifs. Les modèles cités ci-après sont donc pour partie complémentaires, l'approche ne pouvant se réduire à une seule théorie.

2.2) modèle comportemental

L'acquisition des comportements dépressifs fait intervenir des mécanismes de conditionnement pavlovien [152], de conditionnement opérant [153], ou d'apprentissage social [154].

En référence à ce modèle, la dépression est envisagée comme une diminution des comportements adaptés, principalement sous l'effet d'une réduction prolongée des renforçateurs (stimuli qui augmentent la probabilité d'une réponse) de ces comportements [155] et comme un excès de comportements d'évitements. Les comportements d'évitement dépressif se caractérisent par des événements provoquant une réponse anxieuse pouvant conduire à éviter les situations où ils peuvent se reproduire.

Chabrol décrit à propos que :

Les renforçateurs externes sont des avis ou conseils émis par l'entourage, qui ont valeur d'encouragement et de récompenses. Les renforçateurs internes sont des auto-verbalisations positives que le sujet s'adresse à lui-même. Les comportements sont en grande partie maintenus et valorisés par le plaisir direct qu'ils procurent ou par le plaisir indirect lié aux renforçateurs externes et internes. La perte du plaisir qui survient dans la dépression, ou de ces renforçateurs entraîne une diminution de fréquence des comportements adaptés [128] [par un mécanisme d'extinction].

Le manque de renforçateurs sociaux peut être lié à l'insuffisance d'habiletés sociales qui entraîne un manque de capacité à susciter des renforcements positifs de la part de l'entourage, ou à l'irritabilité et l'apragmatisme associés à la dépression qui génèrent une hostilité au sein de l'entourage. Lewinsohn applique cette modélisation au cas de l'enfant :

Un enfant dépressif peut recevoir initialement beaucoup d'attention de la part de ses proches, (famille, amis, etc.) renforçant des comportements tels que pleurer, se plaindre ou exprimer sa culpabilité. Lorsque ces comportements persistent, ou qu'il manifeste de l'irritabilité, de la passivité ou du repli, la relation avec l'enfant devient aversive et les personnes qui le soutenaient auparavant évitent d'être avec lui, ce qui contribue à aggraver sa dépression par perte des renforcements positifs. [Un renforcement insuffisant peut également être expliqué par un soutien parental réduit [157]], notamment du fait de la dépression d'un parent qui se manifestera aussi par une mauvaise résolution des problèmes interpersonnels, une diminution des renforcements verbaux positifs adressés à l'adolescent, et par une tendance aux critiques, à l'hostilité, ou à la négligence, engendrant un déséquilibre de renforcements [156].

D'autre part, « les attentes négatives à l'égard des autres peuvent faire que les renforçateurs sociaux ne soient pas perçus ou qu'ils soient interprétés négativement par l'adolescent » (Chabrol, [128]).

L'apprentissage social [158] peut aussi intervenir dans l'explication comportementale de la dépression, les adolescents pouvant manquer d'un modèle parental adéquat de comportement de communication et de résolution des problèmes interpersonnels. Dans ce cas, « l'adolescent répond à des situations de stress par des attitudes de passivité ou de repli, en imitant un parent déprimé » (Chabrol [128]). L'adolescent déprimé et isolé ne s'intégrera pas dans les groupes de pairs adolescents, ne bénéficiant pas d'autre modèle que le parent déprimé, et ne lui permettant pas de développer de nouvelles habilités sociales et interpersonnelles.

2.3) modèles cognitifs

Les théories cognitives ont souligné le rôle des dysfonctionnements de la pensée dans le lien entre expériences conditionnantes négatives et comportements dépressifs :

- L'impuissance apprise de Seligman et le style d'attribution négatif

Les adolescents déprimés rapportent plus d'attributions internes pour les événements négatifs dont ils tendent à se rendre responsables et moins d'attributions internes pour les événements positifs. Ils se caractérisent par une tendance générale aux distorsions cognitives négatives, qui s'atténue avec la rémission de la dépression mais persiste cependant à un niveau significativement supérieur à celui des adolescents non déprimés [159].

Comme expliqué dans notre précédent paragraphe sur la théorie cognitive de la dépression, et repris par Chabrol :

Un passé d'expériences négatives incontrôlables (pertes, maladies somatiques, conflits familiaux...) conduit à une « impuissance apprise » (learned helplessness), et à la conviction de l'absence de possibilité de contrôle sur les événements positifs ou négatifs, conditionnant les affects, l'estime de soi et la motivation [160]. Cette impuissance apprise se caractérise par un style d'attribution de causalité qui est toujours défavorable au sujet. [128, 161]

L'événement négatif et les échecs sont perçus comme cohérents sur le plan contextuel plutôt que spécifique à une circonstance particulière. En cela, l'attribution interne est liée à la conviction que la situation négative se produit en raison de conditions individuelles plutôt que de circonstances extérieures.

Chabrol cite à propos des travaux des cognitivistes, que les personnes à risque de dépression « attribuent les événements négatifs à des facteurs internes, stables et permanents, et attribuent le succès à des causes externes, instables, indépendantes du sujet et non reproductibles » [128, 161-163]. Ce style cognitif est également retrouvé chez les adolescents à risque de dépression, ou lors d'épisodes dépressifs constitués [164].

- Le modèle cognitif de Beck

Selon le modèle cognitif de Beck (cité ici par Chabrol) :

Des représentations négatives de soi, du monde et du futur sous tendent les émotions et les comportements dépressifs. Les cognitions concernant le sujet contribuent aux sentiments d'infériorité, de honte ou de culpabilité. Celles concernant le monde participent à la perte d'intérêt et de plaisir dans les activités. Celles portant sur le futur expliquent le pessimisme, et la perte des motivations. [60,128]

Chabrol, reprenant une étude de Levesque, et les travaux initiaux de Beck, précise que :

L'adolescent n'est généralement pas conscient du lien entre les pensées négatives et les émotions négatives. Les pensées dysfonctionnelles sont souvent automatiques et peu accessibles à l'élaboration, ou considérées comme des évidences, résultant d'un traitement de l'information négatif. [128,159]

Ces pensées dysfonctionnelles sont liées à des «erreurs cognitives systématiques», erreurs logiques qui sont des biais répétitifs et stéréotypés, dans le traitement des informations. On peut citer, la surgénéralisation, l'abstraction sélective, la personnalisation, l'inférence arbitraire, la pensée dichotomique. Pour Beck, les erreurs systématiques maintiennent chez les personnes leurs croyances de base en dépit de la présence d'éléments concrets contradictoires [165]. Beck intègre aussi dans la notion de «schémas dépressogènes» les « processus cognitifs qui interprètent les informations présentes dans une situation pour en tirer des conclusions négatives » [128]. Ces «schémas dépressogènes» se façonnent au décours d'expériences précoces négatives (expérience de perte ou de rejet, éducation faite de règles rigides, ou contact avec un parent déprimé) et représentent des structures cognitives stables de la personnalité, qui s'activent en la présence d'événements de vie stressants, se substituant à des modes plus appropriés et flexibles d'évaluation des situations, et menant aux symptômes de dépression [166].

2.4) modèle psychanalytique

L'abord psychanalytique considérera l'intrication entre pathologie, organisation psychique sous jacente et processus d'adolescence. Freud caractérise la puberté en partant des transformations biologiques et du primat de la génitalité. Nouveaux choix d'objet et reviviscence du complexe d'Œdipe en constituent les deux autres dimensions majeures [167].

Les conceptions post freudiennes mobilisent complémentirement d'autres problématiques exprimées en termes de rupture, d'identité, d'image du corps, de défense, de crise et de travail de deuil.

En rapport avec le sujet qui retient notre attention, nous nous limiterons ici à ces deux derniers éléments (qui intègrent pour partie les précédents).

2.4.1) crise à l'adolescence

Au cours de la période d'adolescence, la personnalité se transforme selon un équilibre complexe d'oppositions conflictuelles, qui affectent le Moi, très vulnérable en raison des difficultés auxquelles il est confronté (éléments pré-cités : choix d'objet, Œdipe). Dans La crise juvénile, Pierre Mâle (cité par Ouvry [168]), pédopsychiatre français, développe la notion de crise d'adolescence qui comporte l'idée de tension, assortie de résolution et de restructuration. Cette crise se caractérise essentiellement par un doute sur l'authenticité de soi et du corps, et une entrée en jeu de la tension génitale qui peut être source de culpabilité. Il craint aussi les évolutions pathologiques de cette crise : « derrière la crise juvénile, se profilent les aspects névrotiques et psychotiques redoutables pour l'avenir, qu'il faut savoir reconnaître. », et développe une psychothérapie d'inspiration analytique pour les adolescents.

Pour Kestemberg [169], psychanalyste française, cette crise est un conflit de développement ou un réorganisateur psychique. Une réorganisation est induite par la maturité génitale, moment nécessairement angoissant, ayant le pouvoir d'organiser ou de désorganiser la personnalité, avec une menace de cassure dans la continuité narcissique du sujet, qui peut se figer autour d'une conduite pathogène ou d'un symptôme qui assure la continuité narcissique, au détriment d'une ouverture vers des relations objectales. Cette crise permet au sujet de passer de la déception à la conquête : la déception étant la désillusion qui met le sujet en conflit avec ses identifications antérieures, avec son Idéal du Moi et avec les objets (investissements) infantiles qu'il perd. La conquête c'est la nécessité pour l'adolescent de se conquérir soi-même à travers un objet en fait mal individualisé dans son altérité mais qui a une fonction de tremplin narcissique. L'auteure parle de « catastrophe » quand la crise devient pathologique : absence de crise ou hyperlatence, ou exaltation du pubertaire. La gravité de la crise ne peut pas se confondre avec l'ampleur de sa manifestation symptomatique.

Braconnier emploie quant à lui le terme de rupture [170], qui met en cause le monde interne, fantasmatique, la continuité psychique, l'organisation des défenses et des idéaux. A cette rupture du monde interne s'ajoute parfois une rupture du monde externe (conflits avec les instances parentales et sociales). Entre dépressivité et dépression caractérisée, Braconnier décrit un autre état transitionnel appelé « syndrome de menace dépressive » :

Le travail psychique de renoncement aux investissements de l'enfance, lié à l'adolescence, pouvait s'exprimer par une dépressivité (ou dysphorie pubertaire) normale, comprise comme une défense contre la dépression, et se manifestant par l'apparition relativement brutale d'une peur intense d'être envahi par la tristesse.

L'adolescent doit donc accepter le risque de se déprendre de l'objet d'amour œdipien, connu et rassurant, pour s'éprendre d'un objet d'amour nouveau, inconnu et énigmatique. [171]

Une des étapes de l'adolescence est la séparation concrète du milieu familial, au bénéfice de nouvelles rencontres, intérêts et objectifs. Des liens d'attachement profonds (intersubjectifs) et anciens sont rompus. Braconnier et Marcelli soulignent que perte d'objet (intra subjective) et perte narcissique guettent l'adolescent, à quatre niveaux:

- Au niveau du corps : il perd la relative quiétude de l'enfance, avec de brusques modifications corporelles liées à la poussée pubertaire qui fragilisent la stabilité de l'image corporelle, et des « ennuis » physiologiques qui peuvent être difficilement contrebalancés par les potentialités naissantes.
- Au niveau des parents : il existe un deuil de la mère refuge, du bien être idéal d'union avec elle, et un deuil de l'investissement œdipien et de la dépendance aux parents, tout en aménageant un nouveau mode de relation avec eux. Les angoisses de séparation-individuation peuvent accompagner ces processus.
- Au niveau du groupe : l'adolescent quitte le groupe familial et les proches de sa famille pour entrer dans le groupe des pairs et adultes (parfois distant au niveau des âges, des idéaux, des niveaux socio culturels...).
- Au niveau de la personnalité, de ses mouvements et de ses formations psychiques: le réveil et le remaniement des positions infantiles associées à l'émergence de nouveaux investissements obligent l'adolescent à faire des choix qui lui font subir une perte, et à remettre en cause son système d'idéalisation. Par moment, il ne reconnaît pas son Moi : il a le sentiment de l'avoir perdu. En ce qui concerne le Surmoi, l'adolescent doit se constituer une morale personnelle et se dégager de celle reçue et subie lors de son éducation. Au niveau de l'Idéal du Moi, il y a confrontation entre la réalité et la mégalomanie, et entre l'idéal parental que l'adolescent est amené à désinvestir, et l'image d'objet idéal parfait se substituant progressivement à l'idéal parental et ne tardant pas à son tour à être décevant [172].

Les représentations parentales idéales de l'enfance ne correspondent pas aux parents tels qu'ils se découvrent. Il y a de plus un écart entre l'Idéal du Moi projeté sur l'enfant et la réalité juvénile de l'adolescence. Il y a en cela un deuil nécessaire de l'idéal parental projeté sur l'enfant. Le nouveau groupe social auquel il s'intègre est par ailleurs source de relais d'identification et d'apport narcissique.

2.4.2) deuil et dépression

Freud explicite les différences entre deuil et mélancolie [173]: « le deuil est normal, il est surmonté après un certain laps de temps, et il présente des symptômes similaires à la mélancolie, sauf la baisse de l'estime de soi ». L'adolescent oscille entre deux positions : d'une part, l'expérience de perte comme exposé ci-dessus, et donc la mise en place d'un travail comparable au processus de deuil, et d'autre part, le danger potentiel, du fait des régressions narcissiques, d'un état dépressif cliniquement repérable. Ces remaniements d'équilibre entre investissements narcissiques et objectaux (antagonisme narcissico-objectal [174]) sont très importants à l'adolescence.

Dans la dépression, il y a donc deux hypothèses complémentaires, formulées dans les travaux de Braconnier et Marcelli [172]: la régression narcissique (le sujet ayant perdu l'objet, il va l'intérioriser et vivre comme si cet objet était maintenant lui-même), et l'ambivalence (l'objet perdu n'était pas qu'un objet d'amour mais aussi de haine, le sujet va donc attaquer cet objet intériorisé, ce qui prendra la forme d'une auto-accusation). La régression narcissique est une composante potentielle du processus d'adolescence, pouvant être à l'origine de mouvements de honte, d'infériorité. Ces sentiments de perte de l'estime de soi peuvent être à la base d'une rage narcissique, origine des comportements agressifs dirigés vers les objets oedipiens, et pouvant se retourner contre soi. Un passage à l'acte peut venir se substituer à une prise de conscience insupportable.

Les sentiments de perte inhérents à l'adolescence, et l'agressivité contre les parents réveillent les angoisses de la position dépressive d'autant plus qu'elle a été insuffisamment élaborée. Selon M.Klein, psychanalyste britannique, à la phase schizo-paranoïde succède la position dépressive, sous l'effet de la tendance à l'intégration qui amène le nourrisson à reconnaître la mère comme un objet total et à être confronté à son ambivalence [175]. Il craint que ses pulsions agressives n'anéantissent le bon objet dont il dépend entièrement, entraînant une perte totale de l'objet. Le deuil et la nostalgie de l'objet aimé ressenti comme perdu, le désespoir et la culpabilité de l'avoir détruit constituent une épreuve dépressive originelle. Le nourrisson essaie de surmonter cette souffrance dépressive par la réparation et, quand elle est insuffisante, par les défenses maniaques. Cette position dépressive n'est jamais complètement élaborée, toute perte ultérieure faisant revivre l'angoisse de perdre le bon objet interne, et peut en cela réactiver la position dépressive.

En termes d'affect, l'humeur dépressive n'est pas constante, de même que l'idéalisation de l'estime de soi fluctue. Un moment dépressif peut être un signe d'alarme vers la perte de l'estime de soi qui, si elle s'aggrave, fait basculer le sujet dans la dépression. Intermittente, elle peut être dissipée par un mouvement inverse lié à l'idéal du Moi de rechange extériorisé sur une action, une idéologie, un groupe. L'ennui que peut rencontrer l'adolescent s'accompagne presque toujours d'inhibition (des affects, motrice et intellectuelle) et peut être le représentant d'un état dépressif plus ou moins latent ou profond.

2.5) modèle systémique

2.5.1) psychopathologie familiale

La psychopathologie parentale est fréquemment associée aux dépressions de l'adolescent, d'où l'intérêt d'évoquer quelques éléments d'une approche systémique du trouble.

Plusieurs travaux mettent en évidence que des antécédents familiaux de dépression constituent un facteur de risque majeur. Un enfant de parents déprimés présente un risque de dépression 2 à 4 fois plus élevé que dans la population générale [114]. Bien que des facteurs génétiques soient sans doute impliqués, la part des mécanismes psychosociaux dans la transmission familiale de la dépression est tout à fait reconnue [124] :

- Klein et son équipe [176] ont réalisé une étude sur les familles d'adolescents déprimés au sein d'un échantillon représentatif de la population générale. L'évaluation a porté sur 2002 parents (de 268 adolescents ayant des antécédents de dépression caractérisée, de 111 adolescents avec des antécédents d'autres troubles psychiatriques - usage de substance, troubles anxieux et trouble des conduites - sans antécédent dépressif, et de 291 adolescents sans antécédent psychopathologique) via des entretiens semi structurés. Cette étude a montré une association forte et spécifique entre la dépression de l'adolescent et les troubles de l'humeur dans la parenté au premier degré (en particulier maternelle), dans près de la moitié des cas. On observait en particulier 40% d'épisode dépressif caractérisé, 5% de dysthymie, et une légère augmentation de trouble lié à l'usage d'alcool.
- L'étude de Hammen [177] a porté sur les parents d'un échantillon clinique d'adolescents déprimés d'un âge moyen de 13 ans, et a retrouvé des résultats comparables, avec chez les mères une forte prévalence de troubles dépressifs (58 % de dépressions caractérisées et 12 % de dysthymies actuelles ou passées), et chez les pères, des troubles liés aux substances psycho-actives (33 %), puis de personnalité (type anti-sociale 14 %) et de dépressions (14 %).
- Hammen et Brennan [178] ont recherché les facteurs de risque de dépression chez des adolescents de 15 ans, en fonction des caractéristiques de l'épisode thymique chez leurs mères. Les jeunes sujets exposés à une dépression maternelle avant l'âge de 10 ans avaient deux fois plus de risque d'être affectés d'une dépression caractérisée ou d'une dysthymie à l'âge de 15 ans (20 % contre 10 %). L'augmentation du risque était également liée à la sévérité ou à la chronicité de la dépression maternelle.

- Sheeber [179] a également mis en évidence l'importance des relations familiales, et notamment des conflits qui s'y tiennent, dans l'apparition des symptômes dépressifs.
- De la même manière, une revue de la littérature sur le sujet a montré que la dépression paternelle était associée aux conflits familiaux et à la dépression des enfants et des adolescents [180].
- Plusieurs auteurs [181] ont suivi 151 enfants de parents présentant un épisode dépressif modéré à sévère pendant trente années (jusqu'à l'âge moyen de 46 ans) et les ont comparés à un groupe contrôle d'enfants de parents non déprimés. Les enfants de parents déprimés avaient un risque multiplié par trois de troubles anxieux et dépressifs: 74 % des enfants de parents déprimés avaient développé une dépression caractérisée. A noter dans les deux groupes que la période à risque de premier épisode était entre 15 et 25 ans, l'étude mettant en avant l'adolescence comme période sensible vis-à-vis de la dépression. Par ailleurs, les enfants issus de familles ayant au moins un parent déprimé étaient significativement plus à risque de récurrence à long terme.
- Sur le plan interpersonnel, Hammen [182] a constaté après évaluation de deux groupes d'adolescents déprimés, un issu de mère déprimées (65 adolescents), un de mères non déprimées (45 adolescents), que ceux ayant une mère déprimée avaient plus de dysfonctionnements interpersonnels que les autres (en isolant les autres variables), se traduisant par des expériences relationnelles et des cognitions négatives.

Au-delà des antécédents familiaux d'épisodes dépressifs, l'importance des interactions familiales dans l'apparition des symptômes dépressifs ne peut être négligée. Une autre étude [183] a retrouvé que les relations des adolescents déprimés avec leurs parents étaient très perturbées ou moyennement perturbées (conflits parent(s)- enfant, faible cohésion familiale, contrôle comportemental des parents avec une surprotection sans tendresse) dans 67 % des cas et qu'un conflit parental était présent dans 37 % des cas. Rohner et Khaleque [184] et Putnick [185] ont pu constater que l'adaptation psychologique des enfants est étroitement liée à leur perception du fait d'être acceptés ou rejetés par leurs principaux responsables, tandis que d'autres études ont montré qu'un soutien moins important de la part des parents était associé à des niveaux plus élevés de dépression et d'anxiété chez les adolescents [186, 187].

Cette thématique du conflit constitue un diagnostic TIP sur lequel nous pouvons spécifiquement agir en thérapie. Il est à ce sujet intéressant de citer les résultats d'une étude récente [188] évaluant lors d'un essai randomisé contrôlé la pertinence d'une

implication parentale structurée, dans la thérapie de l'adolescent lors des situations de conflits parents/adolescent. Est retrouvée une efficacité supérieure sur la dépression et le fonctionnement familial (évalué par le Conflict Behavior Questionnaire) de la thérapie avec implication parentale comparée à celle de l'adolescent seul. De même, ont été constatées une meilleure perception des ados dans leur relation à leur père, et une meilleure perception des mères dans leur relation à l'adolescent.

Au-delà de ces statistiques sur les prédispositions familiales à la dépression, des données intrinsèques à l'organisation du système familial et à sa remise en question lors de l'adolescence peuvent aussi expliquer l'émergence d'une symptomatologie dépressive chez l'adolescent.

2.5.2) données systémiques

Les principaux stades de développement traversés par les familles sont selon Bradley et Pauzé marqués par « le départ du foyer familial du jeune adulte, la formation de son couple, la naissance de ses enfants, l'entrée des enfants dans l'adolescence, puis le départ des enfants de la famille, la retraite des parents, et la disparition des grands-parents » [189]. Goldbeter-Merinfeld souligne que l'adolescence implique une « modification de l'organisation du système familial qui traverse une période d'instabilité avec des tentatives de recherches de nouveaux équilibres intergénérationnels essayant de répondre aux besoins d'autonomie et d'indépendance de l'adolescent » [150].

La place de l'enfant grandissant est donc redéfinie, de même que le rôle du parent à son égard [190, 191], et leur relation s'articule autour de l'exploration et l'acquisition de l'autonomie. La structure même de la famille est remise en question puisque celle-ci doit passer d'un système qui par les liens d'appartenance protège l'enfant à une base de sécurité pour permettre à l'adolescent son émancipation, et à se confronter au monde adulte, ses responsabilités et ses engagements. [190, 192].

D'après certains travaux [190], Bradley et Pauzé affirment que les familles résolvant le mieux ce stade de transition sont celles « dont les étapes développementales familiales précédentes ont été résolues par une bonne différenciation d'avec la famille d'origine et une relation conjugale saine ».

Il peut arriver que les différentes temporalités des individus ne puissent se coordonner pour produire un temps systémique de qualité, engendrant des crises, impliquant le sentiment de ne plus pouvoir répondre à une perturbation en recourant aux moyens et repères habituels, et le sentiment d'être incapable d'en trouver d'autres [150].

Haley, thérapeute familial et membre fondateur de l'école de Palo Alto, souligne que (cité par Goldbeter-Merinfeld [151]) :

Les règles transgénérationnelles des différents systèmes familiaux d'origine se trouvent réactualisées par les mouvements d'autonomisation des enfants. Les parents font donc face à une double séparation : celle de leurs enfants et le deuil de leurs propres parents. La question des facultés d'autonomisation et des liens de dépendance est particulièrement posée ici [193].

Compte tenu de cette fragilité momentanée de l'adolescent, il peut exister un renforcement mutuel entre crise d'adolescence et crise parentale :

- Parents :

L'adolescence a lieu durant la phase du milieu du cycle de vie des parents (« middle life crisis »), période où leurs âges varient en moyenne de 40 à 65 ans [150].

La famille qui entre dans l'étape de l'adolescence devrait selon Goldbeter-Merinfeld :

Etre à même d'évoluer d'une organisation plutôt centripète (centrée sur les enfants) à une organisation centrifuge: les adolescents investissent leurs activités extérieures, le couple parental est amené à élargir sa vie sociale tout en étant plus directement confronté à son propre fonctionnement qui peut laisser apparaître un certain vide ou des incompatibilités compensées jusqu'alors par les tâches éducatives de l'enfant. Les parents sont confrontés à des remaniements affectifs, identificatoires, et de leurs idéaux de vie (aspirent à retrouver un temps qui leur est propre maintenant que les enfants sont moins dépendants, et à ralentir leur rythme déjà appesanti par les contraintes professionnelles), avant que les obstacles liés au vieillissement ne se manifestent. Ils assistent aussi au vieillissement et à la fragilisation de leurs propres parents en perte d'autonomie. [151, 194]

Certains parents peuvent attribuer leurs difficultés à la crise que traverse leur enfant sans penser qu'ils puissent eux-mêmes avoir des problèmes propres. Cette interférence possible des crises nécessite un réaménagement relationnel et le passage d'une relation parents-enfant à une relation d'adultes à adulte. Cela passe par un travail de transition de la part des parents, à travers le renoncement à leur toute-puissance, à l'idéalisation de leur enfant, au privilège de la maturité, aux projets communs soutenus par un idéal, et au désir de maîtrise face à l'émergence pulsionnelle, à l'agressivité ou au rejet identificatoire de la part de l'enfant.

Ces remaniements peuvent aussi exacerber des vécus moyennement satisfaisants et mener à des conflits conjugaux, voire une rupture au sein du couple parental, engendrant un stress

majeur et une absence de disponibilité pour répondre aux besoins et questionnements de l'adolescent. Le divorce est ainsi éprouvé par la plupart des adolescents comme une perte personnelle et familiale pouvant provoquer des sentiments de culpabilité car l'adolescent peut s'en rendre d'autant plus responsable si ses parents l'ont désigné comme la cause de leurs conflits.

On peut également observer un contexte d'inversion générationnelle que décrit Goldbeter-Merinfeld :

Certains parents sont confrontés à leur propre adolescence à travers leur enfant grandissant, et réalisent que cette période n'a pas été suffisamment vécue à leur époque. Ils peuvent vouloir prendre la décision de la vivre à ce moment-là, au détriment de leur enfant [151] [dont les besoins sont alors négligés, voire exploités].

En cas de séparation, l'adolescent peut aussi symboliquement remplacer le partenaire qui a déserté le foyer, dans un rôle parental, occupant une place maternante et hyper mature [195]. Dès lors, « il n'arrive plus à s'autonomiser sans se sentir responsable du sort de son parent et coupable d'abandonner à son tour un parent déjà laissé pour compte par l'autre parent » [151].

- Adolescents :

Dans l'approche systémique, les troubles du comportement des enfants et des adolescents ont une fonction régulatrice et de stabilisation de l'organisation familiale.

Pour Dankoski et Gerson (cités par Pauzé [189]), « le détachement émotionnel progressif de l'adolescent vis-à-vis de sa famille, et son besoin d'indépendance peuvent être très perturbateurs et créer chez ses parents une crainte de perdre leur lien privilégié avec lui » [196, 197]. Une évolution de ce lien est nécessaire puisqu'à cet âge, les adolescents alternent entre la revendication de leur indépendance et la nécessité d'un soutien familial (avec des besoins interpersonnels de soutien instrumental, informationnel, motivationnel, émotionnel, et des besoins intrinsèques d'accomplissement, d'appartenance, d'identité, de sécurité, de liberté) [192, 198].

Parfois, les parents ont communiqué principalement par le prisme de leur enfant et ne savent pas aborder leurs problèmes autrement que par son intermédiaire, comme souligne Chabrol :

Quand il grandit, cet enfant indispensable au fonctionnement conjugal peut être alors maintenu dans une relation de dépendance vis-à-vis de ses parents. Ses échecs scolaires ou professionnels, ses difficultés, peuvent permettre au couple de continuer de communiquer à travers lui, et de maintenir une certaine stabilité d'organisation familiale. A l'inverse, l'approche d'un succès scolaire, social ou professionnel de l'adolescent peut représenter une promesse d'autonomisation pouvant précipiter une crise familiale. [199]

« Dès lors, les adolescents perturbés ressentent un manque d'attention et une forme d'abandon de la part de leurs parents » (Goldbeter-Merinfeld [151]). Ils peuvent remettre en cause les valeurs de la famille, ou solliciter la mise en place de limites ou d'attention par des passages à l'acte tels que des échecs scolaires soudains, le non-respect des horaires de sorties, un trouble du comportement alimentaire, diverses prises de risque, que l'on peut traduire comme une demande que le système familial « se réorganise suivant une structure déjà expérimentée » (Goldbeter-Merinfeld [151]) et plus sécurisante, et que les parents se montrent impliqués.

La dépression de l'adolescent peut dans certaines configurations aider le parent à dépasser sa propre dépression pour s'occuper de l'adolescent. Quand il a été parentifié du fait de la faiblesse ou de la dépression du parent, l'adolescent peut rétablir le parent dans son rôle en devenant à son tour déprimé : en adoptant le rôle de malade, l'adolescent donne l'occasion au parent de prendre soin de lui et de retrouver son statut de responsabilité parentale.

La famille est donc fragilisée par différents facteurs propres à cette étape singulière du cycle de vie, comme souligne Goldbeter-Merinfeld : « difficultés d'un adolescent ou d'un jeune adulte, crises conjugales, maladie ou mort d'un grand-parent ou d'un parent, perte d'emploi et dégradation de leur niveau de vie (pouvant être aussi lié à un divorce), etc » [151].

L'adolescence questionne les valeurs et les croyances de la famille, et nécessite en particulier un remaniement en profondeur de la structure organisationnelle et des rôles assumés par chacun.

2.6) modèle biopsychosocial

Nous développerons ici les aspects neurobiologiques du modèle biopsychosocial, particulièrement remaniés à l'adolescence, sans revenir en détail sur les aspects psychosociaux du modèle, déjà décrits précédemment.

Plusieurs hypothèses ont été élaborées quant aux perturbations biologiques retrouvées chez les sujets déprimés, perturbations provoquant une modulation de la sensibilité du sujet à l'environnement. A travers ces hypothèses, l'intrication entre perturbations moléculaires et facteurs psychosociaux pourrait engendrer une dépression. Deux revues de littérature récentes abordent ces interactions complexes [200, 201] entre perturbations moléculaires et facteurs de stress dans la genèse de la dépression :

- Le déficit en monoamines :

L'implication des neurotransmetteurs dans la physiopathologie de la dépression a été étudiée à travers des altérations des taux de sérotonine, noradrénaline et de la dopamine observées chez les patients déprimés.

Concernant la sérotonine, impliquée dans des fonctions vitales de régulation et d'homéostasie de l'organisme, ses métabolites sont réduits au niveau cérébral (en atteste l'efficacité des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine +/- noradrénaline, et tricycliques), et des anomalies de sa transmission sont liées à une variation allélique (5HTTLPR) de la région promotrice liée au transporteur de cette monoamine, associée donc à une baisse de l'expression de celle-ci et à une vulnérabilité accrue à la dépression [202]. De plus, cette molécule module la neuroplasticité (qui correspond à des changements d'organisation et de structure de certains éléments neuronaux, produisant, une modification ou une modulation de leur fonction), en particulier au cours des premières années de la vie. Les auteurs mettent en évidence en regroupant différents travaux que :

Des dysfonctionnements à ce niveau contribuent également à expliquer la physiopathologie de la dépression [203]. Les tests d'imagerie par résonance magnétique ont révélé [des différences cérébrales structurales chez les patients déprimés] une réduction du volume de l'hippocampe chez les patients dépressifs, qui pourrait être due à des modifications de la neuroplasticité sérotoninergique. Branchi [204] soutient cependant que l'amélioration des niveaux de sérotonine peut accroître les chances de développement et de guérison de la psychopathologie et souligne le rôle joué par l'environnement social dans ce processus. En ce sens, Curley et son équipe [205] soulignent que les expériences sociales survenant tôt dans le développement pourraient avoir une influence particulière sur le développement du cerveau, et qu'il subsisterait une plasticité au sein de ces circuits neuronaux chez les jeunes et jusqu'à l'âge adulte. En cela la qualité de l'environnement social peut influencer sur le développement et l'activité des systèmes neuronaux, et donc sur les réactions comportementales, physiologiques et émotionnelles. [200]

La noradrénaline est également affectée, d'où l'efficacité des antidépresseurs inhibiteurs de sa recapture [206].

Les auteurs décrivent que :

Le stress chronique affecte en effet le système noradrénergique, qui est lié aux systèmes neuroendocrinien et immunitaire, via une augmentation de l'activité de la tyrosine hydroxylase (enzyme impliquée dans la synthèse de noradrénaline) et de la libération de la noradrénaline par augmentation de libération de corticotropin releasing factor (CRF) par l'hypothalamus, avec en aval une sécrétion d' hormone corticotrope (ACTH) par la tige pituitaire, et via les glandes surrénales une libération de noradrénaline et de cortisol [207]. Des niveaux augmentés de cortisol et noradrénaline engendrent la libération de cytokines, agissant sur l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien. [201]

Concernant la dopamine, la voie mésolimbique est constituée de neurones dopaminergiques (origines dans la région tegmentale ventrale, projections vers le noyau accubens) assurant la médiation de la voie de la récompense et de la motivation. Une altération de cette voie et de la transmission dopaminergique dans la dépression se traduit par un dysfonctionnement du système de récompense, et l'apparition de symptômes neurovégétatifs (anhédonie et perte de motivation). Un stress chronique peut aussi être à l'origine de changements neuro adaptatifs du système mésolimbique, associé à une expression altérée du brain-derived neurotrophic factor (BDNF) et de la neuroplasticité [208].

Ces trois monoamines sont interconnectées : l'altération de l'une affecte les deux autres [209]: la dopamine a un effet inhibiteur sur la libération de noradrénaline, qui elle-même inhibe la libération de dopamine.

La noradrénaline et la dopamine augmentent la libération de sérotonine. De même, de bas niveau de sérotonine engendrent de bas niveau de noradrénaline.

Ces dernières années, l'usage de la kétamine (antagoniste des récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA)) est apparu intéressant compte tenu d'une efficacité antidépressive précoce [210]. Les auteurs mettent en évidence à travers plusieurs travaux que :

Son action diminue l'inhibition de la libération de glutamate dans les neurones glutamatergiques, provoquant par une cascade de seconds messagers et par la libération de BDNF une neuroplasticité accrue [211], qui atteste de l'implication du glutamate dans la régulation de l'humeur. Concernant la neuroplasticité, ce facteur BDNF est nécessaire à une plasticité saine. Dans la dépression, la réduction des taux sériques en BDNF [212] laisse supposer une implication de ce facteur. La fluoxétine augmente par ailleurs l'ARNm du BDNF dans l'hippocampe, dans la région tegmentale ventrale et le noyau accubens – impliqués dans le circuit de la récompense - qui explique l'anhédonie quand il est dysfonctionnel dans la dépression [213]. [201]

Ceci permet de formuler l'hypothèse selon laquelle les antidépresseurs, en plus d'augmenter les concentrations en monoamines, augmentent le niveau de plasticité des réseaux dysfonctionnels limbiques et corticaux [214].

- Altérations endocriniennes et de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien :

Les auteurs rapportent à ce propos que :

Certaines études suggèrent que la dépression pourrait être liée à des altérations du système endocrinien: altérations des sécrétions nocturnes de cortisol [215], des sécrétions nocturnes d'hormone de croissance [216], des sécrétions d'hormone stimulant la thyroïde [217], sécrétions de mélatonine et de prolactine [218, 219,220], taux de cortisol élevés et corrélés à la gravité de l'épisode [221] ou diminution de la production d'hormone de croissance pendant l'épisode, et en phase de rémission [222]. La puberté et les modifications hormonales et physiques qui en découlent nécessitent une attention particulière. Il a été suggéré qu'elles pourraient être associées à une incidence accrue de la dépression [223]. [200]

Une étude réalisée par Mufson [224] a dosé le taux de cortisol chez les adolescents après un conflit parental, comme marqueur de réponse à la thérapie interpersonnelle dans le cadre de la dépression. De hauts niveaux de cortisol mesurés 30 minutes après un conflit étant associé à une meilleure réponse à la thérapie.

Plusieurs études ont montré qu'une augmentation de l'inflammation et de l'hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien pourrait expliquer une dépression caractérisée [225]. Nous avons vu que les événements de vie stressants pouvaient conduire aux épisodes dépressifs chez les personnes vulnérables [226], en particulier que les stress de l'enfance, sous forme notamment d'abus ou de négligence, pouvaient conduire à des dépressions ultérieures [227].

Les auteurs mettent en évidence le fait que :

L' hypersensibilité de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien dans la dépression engendre une libération de cortisol en réponse à des niveaux de stress plus faibles. Ces taux de cortisol chroniques plus élevés altèrent les fonctions du cortex préfrontal médian (impliqué dans le traitement cognitif des émotions générées par l'amygdale, une baisse d'activité à ce niveau génère un traitement inadéquat des affects négatifs), de l'hippocampe et de l'amygdale. De plus, le stress chronique augmente l'excitabilité de l'amygdale, sa réactivité accrue altérant également le traitement cognitif [228]. Ces taux de cortisol élevés altèrent donc le circuit émotions/cognitions, qui font passer l'organisme d'un apprentissage contextuel et d'une exploration adaptative, à un apprentissage habituel. Ce mécanisme évite l'exploration lors des stress chroniques, en s'appuyant sur l'expérience déjà vécue pour faire face aux menaces extérieures. Quand l'environnement extérieur est interprété à tort comme dangereux, cet abandon de l'apprentissage adaptatif peut devenir inapproprié, entraînant un désintérêt pour le monde extérieur et des symptômes dépressifs [229]. [201]

Ce modèle de stress peut s'étendre des facteurs externes objectifs au stress psychique interne, recoupant les modèles de Bowlby et de Beck. Pour Kernberg :

Des relations à l'objet pathologiques, des privations précoces et stress de début de vie dans l'attachement précoce, peuvent hyperactiver l'axe hypothalamo-hypophysio-

surrénalien. Sur le plan cognitif, des pertes, stress ou traumatismes précoces peuvent conduire à l'élaboration de schémas cognitifs négatifs pour l'interprétation d'événements externes futurs. L'activation répétée de ce mode engendre une fixation et le patient ignore les stimuli extérieurs positifs. [230]

Beck propose une explication neurobiologique à ces schémas cognitifs :

Le polymorphisme génétique du transporteur 5HT entraîne une réactivité augmentée de l'amygdale, majorant la réactivité aux événements négatifs et aux biais attentionnels négatifs, menant aux distorsions cognitives, qui activent à leur tour l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien en réponse à une interprétation erronée d'événements externes. [231]

- Rôle de l'inflammation :

Les auteurs constatent que :

Sur le plan de l'inflammation, sont observés chez les patients déprimés des taux accrus des marqueurs inflammatoires (IL1beta, IL2, IL6, TNFalpha, CRP, PGE2) [232]. Le stress chronique augmentant les cytokines [233] il existe un lien bidirectionnel entre dépression et inflammation, l'inflammation générant stress et vice versa. L'anhédonie et l'asthénie s'expliquent par le fait que l'organisme abandonne l'exploration de l'environnement pour se concentrer sur la guérison. Ce mécanisme est adaptatif en aigu, mais les états de stress chronique psychique engendrent une perte de cette capacité d'adaptation [234], ces perturbations faisant ressentir de nombreux stimuli objectivement neutres comme subjectivement stressants. [201]

- Troubles du sommeil :

Il semble également que les troubles du sommeil soient liés au développement de la dépression, ces troubles augmentant la durée et la gravité des épisodes [235]. Une vaste étude longitudinale [236] réalisée sur 10220 adolescents de 16 à 18 ans en Norvège retrouvait une durée de sommeil nettement plus courte, une latence du sommeil (SO) et une veille après le sommeil (WASO) nettement plus longues.

Les adolescents insomniaques présentaient un risque de dépression multiplié par 4 à 5 par rapport aux personnes qui dormaient bien. Il existait également une interaction significative entre l'insomnie, la durée du sommeil et la dépression, les probabilités de dépression étant huit fois plus élevées chez les personnes répondant aux critères d'insomnie et dormant moins de 6 h. D'autres auteurs [235] affirment que les associations bidirectionnelles entre les troubles du sommeil (en particulier l'insomnie) et la dépression rendent plus difficile la distinction des relations de cause à effet entre elles. La relation de cause à effet entre dépression et troubles du sommeil n'est donc pas clairement établie. Cependant, il semble assuré que le traitement des troubles du sommeil (insomnie et hypersomnie) peut aider à réduire la gravité de la dépression et favoriser le rétablissement [235].

Une étude [237] a évalué la relation entre troubles du sommeil, dépression, et fonctionnement interpersonnel dans la dépression de l'adolescent, retrouvant que la persistance de troubles du sommeil malgré l'amélioration des autres symptômes dépressifs, conduisait à une moindre efficacité de la thérapie interpersonnelle à la fois sur la dépression et sur l'amélioration des relations interpersonnelles.

- Déficits génétiques :

D'autres études ont mis en évidence l'importance de la génétique – et de l'interaction gène – environnement - dans l'apparition de la dépression (40%) [238]. Les auteurs soulignent à ce titre que :

Il est important de reconnaître qu'une prédisposition génétique à une réponse excessive de l'amygdale au stress ou un axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien hyperactif (hyperphénylalaninémie modérée) dû au stress au cours de la petite enfance peut déclencher un effet excessif ou modifier un système psychologique par ailleurs équilibré [201]. De plus, des anomalies génétiques dans la transmission sérotoninergique ont été associées à la dépression comme évoqué ci-dessus : la région polymorphe liée à la sérotonine (5HTTLPR) est une répétition dégénérée du gène qui code pour le transporteur de la sérotonine (SLC6A4). Le génotype s / s de cette région est associé à une réduction de l'expression de la sérotonine, elle-même liée à une plus grande vulnérabilité à la dépression [202]. De son côté, Oken [239] affirme que les perturbations psychologiques peuvent déclencher des modifications des paramètres physiologiques, telles que la transcription de l'ADN, ou entraîner des modifications épigénétiques qui altèrent la sensibilité du récepteur du neurotransmetteur. [200]

- Sur le plan social et environnemental :

Comme exposé précédemment, des facteurs de stress tels que des pertes (séparations, décès), des antécédents psychiatriques familiaux et une psychopathologie antérieure augmentent le risque de dépression chez les adolescents [240].

Cependant nous avons souligné que toutes les personnes exposées à ce type d'expérience traumatique ne deviennent pas dépressives. La personnalité et le moment auquel les événements se produisent sont bien entendu tous deux impliqués dans la relation entre la dépression et les événements de vie stressants. Les auteurs [200] citent dans leur revue deux autres facteurs d'ordre sociologiques – que nous n'avions pas encore évoqués dans le modèle biopsychosocial – impliqués dans le risque de dépression, à savoir l'acculturation et l'enculturation. Lors de l'acculturation, des changements structurels (économiques, politiques et démographiques) sont observés, ainsi que des changements dans le comportement psychologique des personnes [241, 242]. Ces remaniements sont à risque de dépression, d'après l'étude menée sur une cohorte de jeunes hispaniques devant s'adapter à la culture américaine : sont observées une détérioration de la cohésion familiale (à travers notamment plus de conflits), et une perte des valeurs culturelles d'origine. Par ailleurs, ils notent que certaines études lient les taux de suicide accrus à la récession économique [243, 244], ces données concernant cependant la population adulte.

CHAPITRE 3 : La dépression de l'adolescent vue sous l'angle de la théorie de l'attachement

Après avoir discuté des particularités épidémiologiques, sémiologiques, et des approches théoriques de la dépression chez l'adolescent, nous allons examiner le point de vue attachementiste et interpersonnel.

Le modèle d'attachement de Bowlby postule que la vulnérabilité à la dépression découle d'expériences précoces qui n'ont pas satisfait le besoin de sécurité, de soins et de réconfort de l'enfant, ainsi que de l'état actuel de ses relations intimes [58,66, 245]. Des associations entre un attachement insécurisant chez les enfants et une image de soi négative, une sensibilité à la perte et un risque accru de dépression chez les enfants et les adolescents ont été rapportées par de nombreux auteurs [246-251].

Milrod et Markowitz [252] soutiennent que l'attachement pathologique au cours de la petite enfance a des conséquences graves sur la capacité des adultes à expérimenter et à intérioriser des relations positives.

Dans une étude longitudinale portant sur la relation entre le risque de dépression maternelle et le comportement d'attachement du nourrisson, Bigelow et son équipe [253] ont analysé les bébés à l'âge de 6 semaines, 4 et 12 mois, en concluant que les mères à risque de dépression peu après la naissance de leur enfant pouvaient avoir des difficultés à répondre de manière appropriée aux besoins d'attachement de leur enfant, donnant lieu à un attachement insécuré.

Comme nous l'avons déjà exposé, de nombreux auteurs s'accordent sur le fait que le style d'attachement insécuré est un facteur de risque de survenue de troubles psychiques et que réciproquement, la pathologie est une source d'activation, voire de perturbation du comportement d'attachement [254, 255].

Le système d'attachement s'active quand l'individu perçoit une menace réelle ou potentielle lors d'une situation de stress important. La situation dans laquelle le système de peur est activé en même temps qu'est ressentie l'absence de disponibilité de la figure d'attachement, génère un sentiment d'insécurité et de l'angoisse.

Face à cette menace, la personne va déployer des stratégies d'attachement secondaire (hyper activation, désactivation) comme moyen de régulation émotionnelle. Alors que les patients sécures vont comme nous l'avons expliqué précédemment rechercher une proximité avec leur figure d'attachement pour obtenir son attention et son soutien, les patients au style d'attachement insécuré (anxieux ou évitant) vont mettre en place des stratégies inadaptées qui vont conduire à un épuisement émotionnel et favoriser l'émergence de symptômes dépressifs [256].

On a constaté par ailleurs que des remaniements de l'attachement étaient possibles. Trois séries de facteurs peuvent potentiellement intervenir selon Delage:

- il existe plusieurs «périodes sensibles» d'un point de vue attachementiste : en dehors de la période des interactions précoces, l'adolescence constitue une période sensible, de même que la vieillesse.
- des rencontres affectives significatives ou des événements de vie peuvent apporter d'importantes modifications à la qualité de l'attachement.
- enfin, un travail thérapeutique est également susceptible d'apporter des modifications sur les styles insécures, en atténuant leur anxiété et inconfort ressentis dans les relations aux autres. [69]

L'adolescence est un moment où les attachements précoces peuvent se réduire et se compléter par de nouveaux. Les parents restent les figures d'attachement principales pendant que d'autres liens se créent. Ces transitions d'attachement peuvent être difficiles à traverser et peuvent favoriser l'émergence d'une dépression. De nombreux conflits entre parents et adolescents peuvent être dus aux effets de l'exploration de l'environnement par l'adolescent, et à l'extension des relations avec les pairs, modifiant l'attachement perçu aux parents.

Suivant le modèle interpersonnel, l'adolescence peut ainsi être décrite comme une transition de rôle (tel que décrit plus haut comme un des 4 diagnostics TIP), du fait de « l'apparition de nouveaux besoins – autonomie, identité, estime, liberté - dus au processus de séparation/individuation » (Neveux [77]). Au quotidien, ces nouveaux besoins se traduisent par des signes extérieurs communs tels que l'obtention des clés de la maison, d'heures de sorties étalées, l'accroissement de l'intimité personnelle, l'accession à la vie sexuelle, l'obtention du permis de conduire, des investissements sentimentaux hors du cercle de famille... Il y a un déplacement de l'identité parentale vers l'identité groupale, une représentation nouvelle du monde et des adultes, puis une affirmation de l'identité personnelle avec une singularisation au sein du groupe. Cette identité est en construction, avec une image de soi encore incertaine et la négociation de nouveaux liens familiaux. Ce diagnostic de transition de rôle reste cependant sous-jacent, le but étant pour le thérapeute de trouver avant tout à identifier un diagnostic TIP d'avantage en lien avec l'épisode dépressif qu'il va prendre en charge [77].

On observe aussi de nouvelles règles « dont beaucoup sont implicites ou non formulées. L'adolescent quitte son univers protégé (découverte de lois et du principe de réalité), et l'image de l'adulte sécurisant devient potentiellement défailante » (Neveux [77]).

Ainsi, cette transition d'un environnement interpersonnel stable, prévisible, centré sur quelques figures d'attachements inattaquables vers un nouvel environnement moins

prévisible , fait d'une multitude de figures d'attachement potentielles, avec remise en question des anciennes figures d'attachement, constitue une période de déséquilibre transitoire à haut risque de dépression.

En effet, plusieurs facteurs peuvent intervenir dans l'émergence de symptômes dépressifs :

- Parents n'accompagnant pas cette transition, entraînant des conflits
- Incapacité de l'adolescent à identifier ses nouveaux besoins et à les satisfaire dans de nouvelles relations
- Incapacité de l'adolescent à conscientiser les nouvelles règles relationnelles, ne permettant pas de lever le caractère imprévisible de son environnement
- Incapacité de l'adolescent à avoir un signalement de ses besoins adaptés (durant l'enfance, une partie de ses besoins étaient anticipés par l'adulte, adolescent, il devient responsable de son signalement).
- Incapacité à intégrer de nouveaux groupes de pairs conduisant à l'isolement

Ces situations ont pour conséquences un déficit d'expériences attachementnistes sécurisantes pour l'adolescent, conduisant potentiellement à l'épisode dépressif. Au vu de ces éléments, une approche thérapeutique interpersonnelle semble très intéressante à proposer à cet âge. La troisième et dernière partie de notre travail décrira à travers une revue de la littérature l'état des connaissances concernant l'efficacité de cette thérapie chez l'adolescent, les principales adaptations à effectuer par rapport à la forme modélisée chez l'adulte, et présentera un cas clinique afin de mieux illustrer ces dimensions théoriques. Nous discuterons pour finir de la pertinence des thérapies interpersonnelles dans la dépression de l'adolescent, ainsi que dans d'autres champs d'application.

TROISIEME PARTIE : APPLICATION DE LA THERAPIE INTERPERSONNELLE A LA DEPRESSION DE L'ADOLESCENT

CHAPITRE 1 : Données de la littérature

L'objectif de cette revue de littérature est de relever de façon systématique les données concernant l'efficacité des thérapies interpersonnelles dans la dépression de l'adolescent. Nous nous intéresserons dans un premier temps à l'efficacité en phase aiguë de l'épisode dépressif caractérisé, puis à l'efficacité en terme de prévention de l'épisode dépressif caractérisé chez des patients présentant une symptomatologie dépressive infra syndromique, n'atteignant pas le seuil de définition clinique de l'épisode dépressif caractérisé selon les critères de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [19].

- Matériels et méthodes

Une recherche systématique sur les bases de données PubMed et PsycINFO a été réalisée sans limite de dates de publication antérieures au 31 juin 2019, afin d'identifier les différentes études, avec les mots clés suivants : interpersonal psychotherapy, depressive, adolescent. Les critères d'inclusion retenus étaient : critère de langue (anglais, français), publication dans un journal avec comité de révision par les pairs, âges des patients inclus dans les études compris entre 10 et 19 ans, diagnostic clinique d'épisode dépressif caractérisé basé sur des critères standardisés cités dans l'étude, ou symptomatologie dépressive cotée sur une échelle de dépression validée. Les critères d'exclusion étaient les suivants : prise en charge d'une dépression s'inscrivant dans un trouble bipolaire ou une schizophrénie connus, d'une dépression résistante, âges inférieurs à 10 et supérieurs à 19 ans selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé de la définition de l'adolescence [5], études combinant la thérapie interpersonnelle avec un médicament à visée anti dépressive comme intervention (ne pouvant donc étudier la spécificité de l'efficacité de la thérapie interpersonnelle), études ne traitant pas de la prise en charge de la dépression de l'adolescent par la thérapie interpersonnelle (prévalence, facteurs de risque...) en phase aiguë de l'épisode, ou ne traitant pas de la prévention de l'épisode dépressif caractérisé chez les adolescents ayant une symptomatologie dépressive infra syndromique, études de type « case report ».

- Résultats

Une première recherche a retrouvé 572 articles. Au total, 17 études parmi ceux-ci ont été conservées, dont 12 essais randomisés contrôlés, et 5 essais en ouvert (cf. diagramme de flux en figure 10). Parmi ces études, 13 évaluaient l'efficacité de la thérapie interpersonnelle en phase aiguë de l'épisode dépressif caractérisé, et 4 évaluaient la pertinence de la thérapie

interpersonnelle en prévention de l'épisode dépressif caractérisé chez les adolescents à risque du fait d'une symptomatologie dépressive infra syndromique:

- Efficacité en aigu :

De nombreuses études se sont intéressées à l'efficacité générale de la thérapie interpersonnelle dans la phase aiguë de l'épisode dépressif caractérisé de l'adolescent, évaluant cette efficacité à travers des scores d'échelles psychométriques tels que l'Hamilton Depressive Rating Scale (HDRS) [257-261], le Beck Depressive Inventory (BDI) [134, 257-262], le Children's Depression Inventory (CDI) [263-265], le Children's Depression Rating Scale (CDRS) [188,263], la Clinical Global Impression (CGI) [257,260,263], ou encore la Acholi Psychosocial Assessment Instrument depression symptom scale (APAI) [266], ainsi que le fonctionnement global et social via des échelles telles que la Children's Global Assessment Scale (CGAS) [188, 257-262,267] ou la Social Adjustment Scale-Self Report (SAS-SR) [259,260,263]. La plupart des résultats (résumés dans le tableau 9) montrent une bonne efficacité de la thérapie interpersonnelle, au cours d'un suivi longitudinal sans groupe contrôle dans des études ouvertes [257,258,261,263,267], ou encore dans les études contrôlées avec un groupe recevant une surveillance clinique mensuelle [259], une thérapie de soutien avec suivi social [134, 260], une absence d'intervention [264,266], ou une intervention par thérapie cognitivo-comportementale [264, 265].

Les deux premières études randomisées contrôlées [259,260] retrouvent des résultats relativement similaires avec une diminution significativement plus importante du score de dépression (sur les échelles BDI et HDRS) dans le groupe thérapie interpersonnelle comparé à la psychothérapie de soutien [260] ou un simple suivi clinique non interventionnel [259]. Par exemple, l'étude de Mufson réalisée en 2004 [260] retrouve un taux de 50% de rémission clinique (définie par un score HDRS ≤ 6) sur l'échelle HDRS dans le groupe thérapie interpersonnelle (34 patients) contre 34% dans le groupe ayant suivi une psychothérapie de soutien (29 patients). L'effectif réduit de l'échantillon (63 patients) et le taux élevé de refus de participation (60%) à l'étude conduisent cependant à relativiser l'interprétation de ces résultats. Une autre étude de Mufson faite en 1999 [259] retrouve un taux de 75% de rémission (définie par un score HDRS ≤ 6) dans le groupe thérapie interpersonnelle (24 patients) contre 46% dans le groupe ayant un simple suivi clinique mensuel (24 patients), avec des effectifs tout aussi limités (48 patients) et avec une comorbidité anxieuse notable (88% des patients inclus). L'étude de Rossello [264] rapporte également une efficacité de la thérapie interpersonnelle supérieure à l'absence d'intervention, et similaire à la thérapie cognitivo-comportementale, avec toutefois une supériorité en faveur de la thérapie interpersonnelle chez les patients ayant une symptomatologie sévère (score initial de CDI > 19) (11% de patients contre 24% de patients respectivement de chaque groupe en fin de traitement).

Trois autres études randomisées contrôlées [262, 265, 266] ont évalué l'efficacité d'une thérapie interpersonnelle de groupe (avec comme groupe contrôle une thérapie

interpersonnelle individuelle [262,265], un groupe d'activités créatives ou une absence d'intervention [266]), retrouvant une efficacité similaire et sans différence significative dans les deux formats de thérapie (groupe ou individuelle) [262, 265], et une supériorité de la thérapie interpersonnelle de groupe sur l'absence d'intervention ou un groupe d'activités créatives [266]. Par ailleurs, une étude randomisée contrôlée [134] a évalué l'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans la prise en charge en aigu de la dépression avec idées suicidaires, via une forme brève (12 séances sur 6 semaines), retrouvant une amélioration significative de la symptomatologie dépressive avec une diminution des idées suicidaires, de l'anxiété, et de la péjoration de l'avenir. Enfin, une dernière étude randomisée contrôlée [188] a évalué l'efficacité relative d'une forme de thérapie interpersonnelle associant de façon structurée les parents à la thérapie (6 séances individuelles, puis 2 avec seulement les parents, puis 6 séances associant parents et adolescent déprimé), retrouvant une efficacité similaire à la thérapie interpersonnelle individuelle sur les symptômes dépressifs, mais une supériorité significative de la forme familiale sur la perception par les adolescents de leurs relations avec leurs pères, et par les mères de leurs relations avec leur jeune adolescent, dans les cas où un conflit s'intriquait à la symptomatologie dépressive (l'ensemble de ces données relationnelles étant évaluées par le Conflict Behaviour Questionnaire (CBQ)).

Les résultats obtenus au décours de la thérapie se sont globalement maintenus dans le temps, bien que peu d'études évaluent à distance de la fin de la thérapie le maintien des bénéfices observés en aigu: l'étude de Rossello (1999) [264] retrouve à 3 mois un maintien des bénéfices cliniques mesurés chez les 23 patients en fin de thérapie. L'étude de O'Shea [262], comparant thérapie interpersonnelle de groupe et individuelle auprès de 39 adolescents, retrouve à un an un maintien de l'amélioration constatée similaire dans les deux branches. Celle de Miller (2008) [257] constate aussi un maintien de l'amélioration clinique, à 20 semaines, ainsi que l'étude de Mufson publiée en 2004 [260] qui rapporte un maintien des bénéfices cliniques observés dans le groupe thérapie interpersonnelle à 16 semaines (soit seulement un mois après l'arrêt de l'intervention). Enfin, dans une étude dédiée au suivi sur un an [268], Mufson retrouve un maintien des résultats obtenus en fin de thérapie dans une autre étude ouverte [258].

- Efficacité en termes de prévention de l'épisode dépressif caractérisé en population à risque :

Quatre études randomisées contrôlées [269-272] ont évalué l'intérêt de la thérapie interpersonnelle chez l'adolescent présentant une symptomatologie dépressive infra-syndromique. L'ensemble de ces études retrouve une efficacité significative de la thérapie interpersonnelle comme moyen de prévention de l'épisode dépressif caractérisé chez ces adolescents (les résultats sont résumés dans le tableau 10, ainsi que les abréviations des scores). En effet, les travaux de Young [270-272] ont comparé une forme de thérapie interpersonnelle de groupe adaptée à la prévention de l'épisode dépressif caractérisé

(Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training, « IPT-AST ») à une intervention par conseil scolaire (groupe de parole, non focalisé sur les aspects psychologiques, mais les prenant en compte, tout en y associant les dimensions pédagogiques et sociales). Les deux premières études [270,271] menées respectivement sur 41 et 57 adolescents retrouvent une efficacité significativement supérieure pour l'intervention par IPT-AST, à la fois dans la réduction des symptômes dépressifs (évalués par l'échelle Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)), et dans l'absence d'évolution vers une dépression caractérisée au cours de la prise en charge. Les résultats sont maintenus à six mois de suivi dans les deux études. La seconde étude [271] évalue jusqu'à 18 mois de suivi et observe cependant qu'au bout de 12 mois (et malgré une conservation de la baisse des symptômes obtenue en post traitement), il n'y a plus de différence significative entre les deux groupes en terme d'efficacité sur les symptômes dépressifs (évalués via le score children depressive rating scale CDRS-R), concluant que les effets préventifs de l'intervention par IPT-AST sont limités à du court-terme (6 mois) et stagnent ensuite. Cette même étude observe que 18 mois après la fin de l'intervention, les bénéfices obtenus par IPT-AST s'estompent alors que ceux par conseil scolaire se poursuivent.

L'équipe de Young [270,271] note comme limite le fait que la fréquence de l'intervention par conseil scolaire individuel était moindre que celle hebdomadaire par IPT-AST, ce qui rend difficile l'interprétation de l'efficacité relative de cette intervention. En effet, les résultats positifs peuvent être attribuables aux effets spécifiques de l'IPT-AST, ou bien à des facteurs non spécifiques pour l'adolescent tels que l'intervention en groupe durant un plus grand nombre de séances, en suivant un protocole plus structuré que le conseil scolaire.

Pour répondre à cette question, Young a refait une étude [272] dans laquelle il inclut 186 adolescents, et compare l'IPT-AST (95 patients) avec un groupe de conseil scolaire «actif» (91 patients), structuré sur les mêmes fréquences et durées que l'IPT-AST. Cette étude retrouve une supériorité modeste (meilleure diminution des symptômes dépressifs mais pas de différence significative quant à l'apparition d'un possible épisode dépressif caractérisé) en post-intervention et à 6 mois du groupe IPT-AST comparé au groupe de conseil scolaire, avec une taille d'effet inférieure aux études précédentes (d de Cohen (d)=0,31), ce que les auteurs expliquent notamment par le fait que l'IPT-AST ne cible principalement qu'un facteur de risque de la dépression, à savoir les vulnérabilités interpersonnelles.

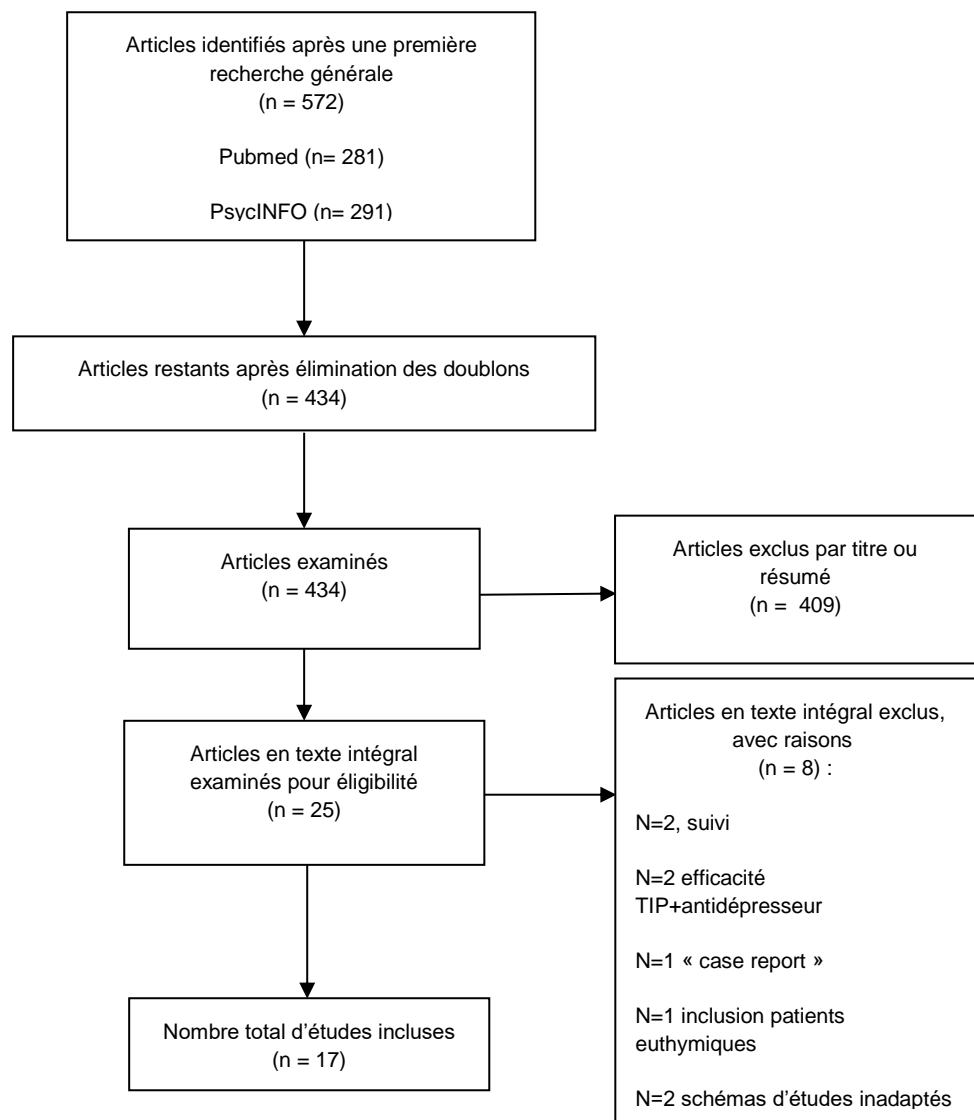
Une autre étude de Young [273] a complété les données de suivi de cette dernière étude [38], en évaluant les résultats à 24 mois : les deux groupes, efficaces sur la symptomatologie dépressive, ne différaient pas significativement en terme d'amélioration des symptômes dépressifs ou d'apparition de diagnostic d'épisode dépressif caractérisé sur l'ensemble de la durée du suivi, les effets de l'IPT-AST (supérieurs au conseil scolaire à six mois) s'estompant à long terme, le groupe de conseil scolaire montrant une diminution continue des symptômes dépressifs et une stabilité du fonctionnement général, alors que le groupe IPT-AST montrait

une augmentation non significative des symptômes dépressifs et une légère diminution significative du fonctionnement général.

Enfin, l'étude d'Horowitz [269] a également retrouvé une supériorité significative mais faible ($d=0,26$) de la thérapie interpersonnelle (99 patients) sur l'absence d'intervention (169 patients) en terme de prévention de l'épisode dépressif caractérisé, non maintenue à 6 mois. La différence d'efficacité entre l'IPT-AST et le groupe contrôle est retrouvée comme plus importante ($d=0,84$) dans le groupe à haut risque (défini par une symptomatologie se situant dans quartile le plus élevé).

Cette revue de littérature permet de conclure à l'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans la dépression de l'adolescent, qu'il s'agisse de la phase aiguë ou de la prévention de l'épisode dépressif, et de façon collatérale en termes de fonctionnement social et interpersonnel. Nous discuterons plus loin de ces résultats et de leur implication clinique potentielle.

Figure 10 : diagramme de flux des études sélectionnées



Nom de l'étude /type	Intervention (patients)	Age /Nombre de patients	Nb sessions /Durée	Efficacité	Suivi	Définition dépression	Echelle(s) de dépression	Réponse /rémission	Qualité de vie /fonctionnement global/autres évaluations
Mufson 2004 / RCT	TIP (34 p.) vs TAU (29p.)	15,1 ans / 63 p.	12 séances. individuelles/ 12 à 16 semaines	50% rémission TIP vs 34% TAU sur HDRS ; 74% TIP vs 52% TAU sur BDI	A 16 semaines : maintien	DSM4	HDRS, BDI	HDRS ≤ 6, BDI ≤ 9	CGAS, SAS-SR, CGI (efficacité TIP>TAU sur tous)
Mufson 1999/ RCT	TIP (24 p.) vs clinical monitoring (24 p.)	15,8 ans /48 p.	12 séances. individuelles/12 semaines	75% de rémission TIP vs 46% CM	Aucun	DSM3 TR	HDRS, BDI ; KSADS-E (non efficace sur idées suicidaires)	HDRS ≤ 6	SAS-SR, CGI, CGAS, SPSI-R (efficacité TIP>CM sur tous sauf CGAS)
Rossello 1999/ RCT	TIP (23 p.) vs WL (23 p.) vs TCC (25 p.)	14,7 ans/71 p.	12 séances individuelles/12s emaines	82% récupèrent fonctionnement (CDI ≤ 17), taille effet 0,73 (vs 0,43 TCC)	3 mois : maintien	DSM3TR	CDI-27	CDI ≤ 12 (seuil de dépression légère) Seuil de 17 dans l'étude (fonctionnement)	SASCA, PHSCS, FEICS, CBCL (efficacité TIP>WL sur estime de soi et adaptation sociale)
Tang 2009/ RCT	TIP (35 p.) vs TAU (38 p.)	12 à 18 ans/ 73 p.	12 séances individuelles/ 6 semaines	Réduction sur BDI, idées suicidaires, anxiété et pessimisme	Aucun	DSM4 TR	BDI-2 BSSI BAI BHS	Non définie	Non évalué
O'Shea 2015/ RCT	TIP groupe (20 p.) vs TIP individuelle (19 p.)	15,3 ans/ 39 p.	2 sessions individuelles+10 groupe/ 12 sessions en individuel /. Sessions de maintenance individuelles à 1, 3, 6,12 mois	Efficacité dans les 2 branches : 90% sans EDC en TIP groupe et 73,7% sans EDC TIP individuel, sans différence significative	12 mois : maintien (80% sans EDC dans groupe et 73,7% sans EDC dans individuel) sans différence significative	K-SADS-E (basé sur le DSM4)	BDI-2	Non définie	SCAS-C, CGAS, YSR, CBCL (amélioration dans les 2 groupes)
Rossello 2008/ RCT	TIP de groupe (29 p.) vs individuelle (31 p.)	14,5 ans /60 p.	12 sessions sur 12 semaines	Amélioration groupe et individuel sans différence significative	Non évalué	DSM3TR ou CDI > 13 en l'absence de critères DSM3TR	CDI	CDI ≤ 12	PHSCS, CBCL A et P, SASCA, DISC2.1

Tableau 9 : efficacité de la TIP en phase aigu de l'épisode dépressif caractérisé (EDC).

Bolton 2007/ RCT	TIP (105 p.) de groupe vs liste d'attente (104 p.) vs activités créatives (105 p.)	314 p.	16 sessions de groupe sur 16 semaines	Baisse des scores de dépression de plus de 9,79 points que les groupes contrôle, 37,1% de réponse et 29,1% de rémission en groupe TIP (vs en moyenne 13% et 7,3% groupes contrôle)	Non évalué	APAI ≥ 32	APAI	Baisse de plus de 50% du score APAI : réponse, score inférieur à 15,6 : rémission	
Mufson 2016/ RCT	TIP classique (6 p.) vs TIP associant parents, structurée (9 p.)	15,2 ans/15 p.	16 séances individuel vs 6 individuel puis 2 parents + 6 double	Efficacité similaire	Non évalué	DSM4, CDRS ≥ 36 , BDI ≥ 14	CDRS, BDI	Non défini	CGAS, CBQ : efficacité similaire mais meilleure perception relations parents/adolescents après forme familiale dans cas conflit
Mufson 2015/ OLT	TIP brève	12 à 19 ans/10 p.	6 sessions sur 6 semaines	Baisse significative des 2 scores, 100% satisfaction	Non évalué	DSM4	BDI-2, CDRS-R	Non défini	CGAS, CGI, SAS-SR (amélioration)
Mufson 1994 / OLT	TIP classique	15,5 ans/ 14 p.	12 sessions sur 12 semaines	Baisse des scores de dépression, aucun patient dg DSM3TR en fin de cure, 3 avec des symptômes résiduels	1 an : maintien résultats chez 9/10 patients (1 patient en rechute mais avait arrêté la TIP à s4)	DSM3TR	BDI, HDRS	Non défini	CGAS, SAS-SR, SAICA : (amélioration fonctionnement familial et scolaire)
Miller 2008/ OLT	TIP classique	16,5 ans/ 25 p. (étude1 : 14 + étude 2 : 11)	12 sessions sur semaines	Etude 1 : réponse chez 13/14 patients Etude 2 : réponse chez 10/11 patients (dont 8/11 absence de critères DSM4)	Suivi à S20 dans l'étude 2 : maintien de l'amélioration	DSM4 TR, KSADS	Etude 1 : EPDS, BDI Etude 2 : EPDS, BDI, HDRS	Etude 1 : baisse de plus de 50% des symptômes Etude 2 : baisse de plus de 40%	Etude 2 : SPSSI-R, CGAS, CGI (amélioration)
Mufson 2004/OLT	TIP de groupe	12 à 17 ans/6 p.	Non défini	2 adolescents déprimés sur 6 à 6,5 semaines	Non évalué	DSM4	Non rapporté	Non défini	CGAS
Santor 2001/ OLT	TIP classique	12 à 19 ans/25 p.	12 semaines	84% sur HRSD, 80% BDI Meilleurs résultats si HRSD sup ou égal 25	Non évalué	DSM4	BDI, HRSD	HRSD<7, BDI<10	CGAS (amélioration)

Tableau 9 : efficacité de la TIP en phase aigüe de l'épisode dépressif caractérisé (EDC). APAI = Acholi Psychosocial Assessment Instrument depression symptom scale. BAI = Beck Anxiety Inventory. BHS = Beck Hopelessness Scale. BDI-II=Beck Depression Inventory – I. BSSI = *Beck Scale for Suicidal Ideation I*; CBCL-Int/ A and P=Child Behaviour Checklist –Internalizing subscale/ Adolescent and Parent version. CDI = Children's Depression Inventory. CDRS =children depressive rating scale. CGAS = Children's Global Assessment Scale. CGI : Clinical Global Impression. CM = clinical monitoring. DISC 2.1 = Diagnostic Interview Schedule for Children. DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale. FEICS = *Family Emotional Involvement and Criticism Scale*. HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression. K-SADS-PL/E = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children – Present and Lifetime Version/ Epidemiologic Version. Nb = nombre. OLT = open label trial. PHCSC = PIERS-HARRIS CHILDREN'S SELF-CONCEPT SCALE. P. = patients. RCT = randomized controlled trial. SAICA = Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents. SASCA = *Social Adjustment Scale for Children and Adolescent*. SAS-SR = *Social Adjustment Scale-Self Report*. SCAS-C = Spence Children's Anxiety Scale. SPSSI-R= Social Problem-Solving Inventory-Revised. TAU= Treatment As Usual. TCC = Thérapie cognitivo comportementale. TIP = thérapie interpersonnelle. YSR-Int = Youth Self Report – Internalizing subscale

Young 2006 / RCT	IPT-AST (27 p.) en prévention vs SC (14 p.)	13,4 ans/ 41 p.	2 sessions individuelles puis 8 en groupe, sur 10 à 16 semaines	Baisse du score CES-D (et du CGAS) significativement supérieure pour IPT-AST	Mois 3 puis Mois 6 : maintien de la baisse du CES-D et d'un meilleur fonctionnement, 0 EDC dans IPT vs 3 en SC	CES-D \geq 16, KSADS-PL : au moins 2 ou 3 symptômes D sans critères EDC	CES-D	Non défini	CGAS (amélioration)
Young 2010 / RCT	IPT-AST (36 p.) vs SC (21 p.) en prévention	14,5 ans/ 57 p.	Idem Young 2006	Baisse du score CES-D (et du CGAS) significativement supérieure pour IPT-AST	Maintien des résultats à 6 mois en faveur de l'IPT (0 EDC vs 4 en SC), pas de différence significative à 12 mois, ralentissement de l'amélioration dans le groupe TIP à 18 mois vs poursuite dans le groupe SC	CES-D \geq 16 KSADS-PL : au moins 2 ou 3 symptômes D sans critères EDC	CES-D et CDRS	Non défini	CGAS (amélioration)
Young 2016 / RCT	IPT-AST (95 p.) vs GCS (91 p.)	14 ans/ 186 p.	Idem Young 2006	Réponse dans 40% du groupe TIP vs 30% CS, significative mais différence faible	A 6 mois : maintien des résultats	CES-D \geq 16, KSADS-PL : au moins 2 ou 3 symptômes D sans critères EDC	CES-D	Baisse du CES-D d'au moins 50%	CGAS (amélioration)
Horowitz 2007 / RCT	IPT-AST (99 p.), non intervention (169 p.), TCC (112 p.)	14,4 ans/ 380 p.	2 sessions individuelles, 8 sessions de groupe	Efficacité supérieure de la TIP sur l'absence d'intervention (taille effet 0,26), en particulier dans le groupe le plus symptomatique (score 25 ^e percentile haut, taille effet 0,86)	Pas de maintien à M6 de l'efficacité constaté en fin de thérapie		CDI, CES-D	Non défini	SASC, COPE, CBQ

Tableau 10 : efficacité de la TIP en prévention de l'épisode dépressif caractérisé (EDC). CBQ = Conflict Behavior Questionnaire. CES-D = Center for Epidemiologic Studies–Depression Scale. COPE = The Coping Orientation to Problems Experienced Inventory. GCS = group counseling skills. IPT-AST = Interpersonal Psychotherapy–Adolescent Skills Training. SC = School counseling.

CHAPITRE 2 : Adaptation de la thérapie au cas des adolescents

Mufson souligne dans son manuel sur la TIP-A [31] que plusieurs éléments sont à prendre en compte dans l'adaptation de la thérapie interpersonnelle à l'adolescent, parmi lesquels une certaine flexibilité, mais qui doit néanmoins rester dans le cadre imposé par la thérapie brève, l'implication des parents, et des modifications inhérentes à chaque phase de la thérapie.

Sont bien entendu à considérer les spécificités inhérentes à la période adolescente : la création de nouvelles relations, leur mouvance, les relations conflictuelles avec les parents et, de l'autre côté, les relations fusionnelles avec les pairs, etc. De plus, en tant que personne mineure, souvent amenée au soin par l'entourage plus que demandeuse, l'adolescent oblige à intégrer les parents à la prise en charge, tant le lien avec eux occupe une place centrale dans les préoccupations adolescentes. La question est de savoir dans quelle mesure les parents peuvent être associés à la thérapie, sans que celle-ci ne devienne une forme de thérapie familiale.

Les capacités de mentalisation et de conceptualisation étant généralement réduites chez les adolescents, et ce indépendamment de la dépression, le travail sera aussi centré sur les difficultés d'élaboration et le signalement des besoins, et consistera à aider les parents à travailler le comportement de rapprochement adaptatif.

- Phase initiale

La phase initiale retrouve les mêmes objectifs que chez l'adulte : diagnostic TIP, diagnostic de style d'attachement, informations sur la maladie, «sick role» et contrat thérapeutique [77].

Dans la majorité des cas les adolescents sont amenés par leurs parents en consultation. La demande des parents est à considérer, ne serait-ce que d'un point de vue légal, leur autorisation étant nécessaire pour prescrire un traitement médicamenteux, et il convient de leur demander dans le cas d'une psychothérapie. Ils peuvent même dans un premier temps être les seuls porteurs de cette demande d'aide. Des informations doivent leur être fournies initialement, sur les objectifs et les moyens mis en œuvre, sur quelques éléments de psychoéducation, en leur présentant par exemple le modèle biopsychosocial, sur la maladie, les symptômes et leurs conséquences relationnelles, ainsi que sur le déroulement de la thérapie. Il est intéressant d'étudier le positionnement parental vis-à-vis de la dépression et à la thérapie, afin de voir s'ils seront étayants ou non. Il peut leur être proposé une consultation en présence de l'enfant entre chaque phase de la psychothérapie, et à la fin de celle-ci. Les contacts avec d'autres intervenants (professeurs, école, assistantes sociales, éducateurs...) peuvent aussi être sources d'informations pour mieux retracer l'anamnèse, évaluer l'environnement interpersonnel dans lequel le patient évolue, et le retentissement en terme de psycho-social de sa symptomatologie.

Le thérapeute pourra faire preuve de souplesse dans l'utilisation du cadre thérapeutique et convenir, en fin de phase initiale, d'un nombre de séances spécifiques avec l'adolescent, et d'un autre nombre de séances dédiées aux entretiens en présence des parents (parfois même à la demande de l'adolescent). La confidentialité des entretiens avec l'adolescent sera respectée, les informations abordées avec les parents le seront après l'accord du jeune patient, sauf dans les situations inquiétantes telles que des idées suicidaires. Sur le plan interpersonnel, des règles sont mises en place permettant de rendre le cadre de la thérapie prévisible et sécurisant, et de protéger un certain nombre de besoins du côté des parents (identité parentale, réassurance émotionnelle), du patient (respect de son intimité, confiance dans le thérapeute), et du thérapeute.

Du fait de la fréquence des passages à l'acte chez l'adolescent, les idées suicidaires seront systématiquement recherchées, avec l'évaluation du soutien familial, de la nécessité d'une hospitalisation, ainsi qu'une information sur les conduites à tenir en cas d'urgence (adresse et téléphone des urgences, traitement anxiolytique,...).

Dans le cas de l'adolescent, une attention particulière est portée sur la notion de « sick role », ou rôle du malade [274]. En effet, bien que ce rôle doive être expliqué, avec les droits et devoirs qu'il impose, il doit cependant être limité pour éviter l'apparition de bénéfices secondaires (par exemple, le droit de ne pas aller à l'école du fait de la symptomatologie, qui pourrait entraîner une déscolarisation et renforcer le processus dépressif) [275]. On pourra par exemple mettre en place une scolarité aménagée (via un Plan d'Accueil Individualisé), et maintenir l'adolescent dans une logique de progrès plus que de performance. A la maison, les exigences seront moindres, mais on conseillera de poursuivre les tâches à minima.

Le fait de bien délimiter ce « sick role » chez l'adolescent lui permettra de le soulager tout en maintenant les liens et activités, et pour les parents de diminuer les attentes insatisfaites et frustrantes.

Le recueil des relations interpersonnelles actuelles permet de faire le point sur les liens avec la famille, les pairs, et les adultes gravitant autour de l'adolescent. Il est intéressant de réaliser des cercles interpersonnels spécifiques, tels qu'un cercle scolaire, un cercle familial. Au niveau de l'inventaire interpersonnel, le thérapeute sera attentif à rechercher des ressources parfois omises par le patient (par exemple éducateurs, enseignants, conseiller principal d'éducation, infirmier scolaire). Enfin, la phase initiale s'achève avec la contractualisation de la thérapie, qui permet de s'assurer que les messages ont été entendus, compris, et acceptés par l'adolescent, tout en estimant l'implication et la motivation que celui-ci semble présenter.

Ce contrat thérapeutique est important car le lien avec le thérapeute va être particulièrement sensible pour l'adolescent, il pourra selon les cas se trouver dans un rôle inconfortable (se manifestant par exemple par du mutisme, de l'opposition), tester ce lien (d'où l'intérêt d'un cadre prévisible – jours fixes, fréquence, retards, absences - et avec cohérence des positions du thérapeute), ou rendre la distance difficile à trouver pour le thérapeute qui devra tout à la fois se montrer chaleureux et cadrant, instaurer un travail collaboratif, en utilisant un vocabulaire adapté. Le contrat établi viendra donc conclure cette première phase, en explicitant au maximum les règles, les conséquences en cas de manquements, le nombre et le format des séances, le respect de la confidentialité, le rôle et la place des parents dans la thérapie.

Enfin, le thérapeute peut durant cette phase instaurer un contact téléphonique hebdomadaire avec le patient et les parents entre les séances, afin de favoriser l'alliance thérapeutique et la qualité du lien interpersonnel [275]. Le jeu relationnel étant prépondérant chez l'adolescent, le thérapeute doit être perçu comme une aide et non une menace vis-à-vis de l'indépendance en cours d'acquisition.

- Phase intermédiaire

La phase intermédiaire correspond aux séances focalisées sur le diagnostic TIP [274]. L'identification des besoins par l'adolescent sera difficile, et le signalement de ses besoins souvent inexistant. On privilégiera à ce titre des questions et approches concrètes plutôt que théoriques, variables selon les problématiques.

- Problématique du deuil :

Les premières expériences de deuil peuvent survenir dès l'adolescence, engendrant un sentiment d'abandon, et une difficulté à réinvestir les autres liens. Le deuil enlève à l'adolescent la possibilité de contrôler son environnement qu'il commençait à peine à savoir appréhender. L'adolescent va, tout comme l'adulte, tenter d'utiliser tous les moyens dont il dispose pour y faire face de la façon la plus adaptée possible. Cependant, celui-ci ne dispose pas de la même capacité à moduler ses émotions que l'adulte ; en effet, l'adolescent se trouve souvent dans des émotions extrêmes, pouvant autant s'enfermer dans son silence qu'exploser émotionnellement en mettant en acte sa souffrance. Un des enjeux va être de bien clarifier le vécu émotionnel lié à cette perte, et de promouvoir de nouvelles relations.

Confronté au décès d'un de ses parents, le jeune adulte voit brutalement disparaître des repères importants dans la construction de sa propre identité. La disparition de l'un d'entre eux introduira donc une difficulté supplémentaire dans un processus de deuil qui est déjà psychologiquement inconfortable et délicat.

- Problématique de la transition de rôles :

L'adolescence en elle-même est une période propice à de nombreux changements de rôles telle que nous l'avons évoqué précédemment [276]. Sur le plan psychique, on observe le passage de l'enfance et de son caractère sécure à celui de l'âge adulte qui ouvre à de nombreuses incertitudes et questionnements. Au niveau scolaire, le passage du milieu purement scolaire au milieu préprofessionnel, ou les changements d'établissements peuvent constituer des facteurs de déstabilisation. Sur le plan familial, des déménagements, des

séparations ou recompositions familiales affectent potentiellement l'adolescent. Au niveau médical, la possibilité de maladies chroniques peut compliquer les transformations corporelles associées à la puberté et la découverte de la sexualité.

La psychothérapie suit globalement les mêmes règles que chez l'adulte dans ces cas [77] : l'analyse avant la transition de rôle/ après la transition, mettra en évidence les besoins devenus non satisfaits chez l'adolescent ainsi que les liens posant problème suite à la transition de rôle. Le thérapeute cherchera à aider le patient à accepter sa nouvelle situation notamment en faisant l'évaluation des points positifs et négatifs de la situation antérieure, et ceux de la nouvelle situation. Il aidera à conscientiser les nouvelles règles interpersonnelles liées à la nouvelle situation, afin de mettre en œuvre les changements nécessaires pour une projection positive dans l'avenir.

Les spécificités de la prise en charge de la transition de rôle chez l'adolescent sont :

- Travailler particulièrement sur la difficulté à percevoir les changements de règles interpersonnelles, et de remise en question des anciennes règles, et le fait de devoir signaler de nouveaux besoins aux parents.
- La nécessité d'intégrer les parents : les aider à désinvestir un certain nombre de besoins mis en jeu dans le lien avec l'adolescent qui s'autonomise, et à définir de nouvelles modalités de liens à travers l'acceptation d'un nouveau rôle et de nouvelles règles.
- Problématique des conflits interpersonnels :

Les conflits sont fréquents durant l'adolescence, que ce soit avec les figures parentales, ou avec des figures d'autorité, notamment scolaire. En effet, durant l'enfance la nécessité de signaler ses besoins était moins présente car compensée en partie par les anticipations de l'adulte. L'adolescent, dans la mesure où ce signalement relève davantage de la responsabilité personnelle, un travail sur la communication est primordial.

Le travail d'analyse du lien est également primordial dans cette indication : l'adolescent a du mal à mentaliser ses propres besoins ou émotions et encore plus ceux de son interlocuteur. Il pourra également avoir des difficultés à entretenir une relation de confiance avec l'adulte, ou à préserver son intimité vis-à-vis de ses pairs.

Une fois les besoins identifiés, le signalement pourra être travaillé via les jeux de rôle qui stimuleront en particulier la mentalisation. On recherchera également la mise en place de nouvelles règles interpersonnelles explicites notamment avec les parents. En effet, les règles anciennes ont été fixées sous le contrôle des parents, parfois sans remise en question de leur pertinence au regard de l'autonomisation de l'enfant. Les nouvelles doivent être fixées en tenant compte des réalités conflictuelles du moment et co-construites à partir d'une discussion parents-adolescent, ce dans le but de les responsabiliser. Ce travail doit être si possible bifocal, la prise en compte de nouveaux besoins engendrant de nouvelles règles.

Quant aux attentes, de nombreuses sont irréalistes, d'où la nécessité d'effectuer une hiérarchisation, afin de trouver des alternatives acceptables au regard des nouveaux besoins émergents, en acceptant de ne pas répondre à tous.

- Problématique de l'isolement social :

Le déficit interpersonnel correspond ici à une incapacité à se mettre en lien avec les autres, ayant pour conséquence l'isolement social qui peut se pérenniser à long terme. Nous pouvons supposer qu'il sera réversible à cet âge plus rapidement que chez l'adulte, d'où l'intérêt d'une prise en charge précoce afin de développer chez le jeune des capacités pro socialisantes. Chez l'adolescent, l'insertion sociale et groupale constitue un enjeu identitaire majeur. Les conséquences de l'isolement sont une absence de processus de séparation/individuation, une accentuation du sentiment de différence (qui renforce l'isolement), et déficit d'apprentissage des capacités sociales (qui retentira à terme l'âge adulte). Concernant le lien tel qu'il est modélisé en thérapie interpersonnelle (phases successives de rencontre, accordage, maintien et terminaison), la phase de découverte peut poser problème en ce qui concerne l'isolement, lorsque l'adolescent ne partage pas de centres d'intérêts communs avec ses pairs et ne bascule donc pas vers des liens interpersonnels structurés par un dénominateur commun. La phase d'accordage peut aussi être problématique, avec par exemple une non prise en compte des besoins d'autrui ou une impulsivité liée à la fréquence des conduites extériorisées. L'isolement peut parfois être volontaire, lorsqu'il paraît trop difficile à l'adolescent de faire les efforts d'adaptations nécessaires à l'insertion groupale, celui-ci peut alors choisir d'affirmer une identité propre marginale, rejetant lui-même le groupe qu'il jugera inintéressant. Ce positionnement est une manière artificielle de préserver son besoin d'estime, mais demeure très inconfortable pour lui.

Le travail thérapeutique va consister à interroger le patient sur les règles de groupe (centres d'intérêts ? modalités de rencontres ? règles en contradiction avec celles héritées de l'adulte ?), de favoriser l'exploration de nouveaux centres d'intérêts, et de stimuler la pro activité en particulier par les jeux de rôle permettant d'expérimenter de façon sécurisée des comportements de signalement/rapprochement fonctionnels.

La présence d'une comorbidité (notamment de type trouble anxieux et en particulier phobie sociale) est dans ce contexte à bien évaluer, afin de réfléchir à adapter au mieux les séances.

- Familles monoparentales :

Certains articles [274,275] citent un cinquième diagnostic TIP à prendre en compte chez l'adolescent, les familles monoparentales, suggérant que, avec des ressources limitées et un soutien instrumental, émotionnel atténué de la part des adultes, les adolescents peuvent en

tirer des avantages en assumant davantage de responsabilités, en se prenant en charge et en cherchant des conseils par le biais de relations avec des adultes autres que les parents. Cependant, comme nous l'avons vu dans notre partie sur l'approche systémique, en cas de séparation ou de perte d'un parent, l'adolescent peut vivre des difficultés d'autonomisation, et ressentir de la culpabilité vis-à-vis du parent restant, lors de son autonomisation. Pour Le Goff [195], les aspects constructeurs et les aspects destructeurs sont intimement mêlés ou cohabitent au sein d'un processus de parentification. Cette modélisation des familles monoparentales en thérapie interpersonnelle n'est pas reprise dans d'autres articles des mêmes auteurs, mais ses implications restent intéressantes à considérer sur le plan interpersonnel, dans la construction identitaire de l'adolescent.

Les particularités liées aux techniques elles-mêmes sont aussi à évoquer :

- La phase de clarification nécessite particulièrement l'acuité du thérapeute qui doit rechercher toute occurrence interpersonnelle, et bien contextualiser (pour tenir compte du principe de réalité), sachant que l'adolescent peut rapporter un vécu émotionnel intense avec une tendance à la dramatisation des faits.
- L'analyse de la communication doit tenir compte de la prévalence des modes de communication virtuels (sms, réseaux sociaux) dont l'usage est croissant : selon l'étude BVA de 2018 [277], 92% des 12-17 ans ont un smartphone (avec une première acquisition en moyenne à l'âge de 12,2 ans), et 78% sont inscrits sur au moins un réseau social. Un adolescent envoie en moyenne 83 SMS par jour (étude Arcep en 2012 [278]). Un sondage réalisé auprès de 1012 possesseurs de smartphones âgés de 12 à 17 ans [277] retrouve que 89% des adolescents équipés considèrent que le smartphone est incontournable pour entretenir ses relations amicales, et pour 62% des adolescents équipés, avoir un smartphone est incontournable pour entretenir sa vie sentimentale.
- L'analyse du lien expliquera systématiquement le lien avec les parents, la problématique dépressive s'inscrivant souvent dans un dysfonctionnement relationnel parents-enfants comme nous l'avons vu dans notre approche systémique. Il faudra bien détailler les situations interpersonnelles, et identifier les besoins (identitaires, autonomie, liberté), en prenant en compte le fait que l'adolescent aura de nouveau des difficultés à prendre en compte les besoins d'autrui.
- Les jeux de rôle nécessiteront une préparation préalable et une réassurance afin d'éviter les comportements d'opposition initiale, ou l'impulsivité (liée à un mauvais signalement du besoin ou un manque d'élaboration préalable), et devront aider concrètement à la mentalisation.

- Phase de terminaison

La phase de terminaison ne présente pas de différence majeure avec celle de l'adulte. Il peut être intéressant de conclure la psychothérapie avec un entretien familial afin d'évaluer, avec les parents, les améliorations et modifications apparues au cours de la psychothérapie (identification des changements interpersonnels, de nouvelles règles, et imputer à chacun des membres le rôle joué dans cette progression), et d'envisager l'avenir à court terme sans thérapeute, mais au sein d'un nouvel environnement relationnel qui a été retravaillé par et avec le patient.

On insistera sur les différents changements observés en fin de thérapie, les ressources internes acquises (pour aider au processus d'individuation) et la nouvelle base de sécurité créée (réseau interpersonnel avec des places bien définies).

Une étude [279] préconise que les séances de thérapie interpersonnelle effectuées avec l'adolescent continuent par la suite sur une base mensuelle pendant six mois supplémentaires afin de diminuer le risque de rechute et de recidive, mais cette stratégie thérapeutique reste en suspens à la lecture d'autres études qui ne définissent pas de conduite à tenir consensuelle.

CHAPITRE 3 : Cas clinique de thérapie interpersonnelle: exemple de conflit interpersonnel

Après avoir développé les principales adaptations de la thérapie interpersonnelle à la symptomatologie dépressive de l'adolescent, nous allons les illustrer à travers un cas clinique de dépression présentée par un adolescent hospitalisé au long cours dans une clinique de soins études.

3.1) anamnèse

S. est un patient de 17 ans, admis en hospitalisation dans une structure de soins études en novembre 2017, du fait d'une déscolarisation évoluant depuis début 2016, parallèlement à l'apparition d'une symptomatologie dépressive caractérisée d'intensité progressivement sévère.

Je le rencontre pour la première fois en mai 2018, dans l'unité de soins études où il est alors hospitalisé depuis plusieurs mois et où je réalise mon premier stage de pédopsychiatrie. Nous reprenons lors des premiers entretiens quelques éléments biographiques et d'anamnèse afin de faire sa connaissance, et d'instaurer une relation thérapeutique de qualité pour les mois à venir durant lesquels je serai amené à le suivre.

S. est le cadet d'une fratrie de deux enfants. Son frère aîné de 19 ans, avec qui les contacts sont irréguliers, a suivi une partie de sa scolarité en internat avant de passer un bac professionnel en 2018.

S. vit chez son père et passe les weekends chez sa mère. Pendant la période d'hospitalisation, il se rend en moyenne un weekend sur deux chez chaque parent. Son père est pharmacien et dirige une officine. Sa mère est technicienne de laboratoire. Ses parents sont séparés depuis 2011, S. avait à l'époque 10 ans et se préparait à entrer au collège.

Sa mère aurait été très anxieuse durant l'enfance de S. Il la décrit comme ayant eu des « épisodes de parano » et elle aurait pris des traitements psychotropes durant une période où elle rapporte un harcèlement au travail. Elle aurait changé de poste en 2009 et se serait à cette période beaucoup disputée avec tous les membres de la famille. S. met en lien les problèmes de sa mère avec les difficultés qu'elle a vécues au moment de son enfance. D'origine cambodgienne, elle a subi le régime des khmers rouges, et a dû quitter son pays à l'âge de 14 ans. Elle a perdu dans ce contexte politique de nombreux proches, dont son père, sénateur du Cambodge. S. explique que sa mère serait restée par certains aspects une personne très demandeuse d'attention, en lien avec ces traumatismes psychiques vécus.

S. témoigne d'une certaine violence vécue lors de la séparation parentale en 2011, sa mère aurait cassé le pare-brise de la voiture du père avec une trottinette, et l'aurait maltraité physiquement.

Il rapporte un autre événement violent accidentel où sa mère l'aurait blessé involontairement au doigt (il avait 9 ans) alors qu'elle essayait de forcer la porte du domicile du père.

Il semble n'avoir eu personne dans son entourage, hormis son frère pour partager son ressenti à l'époque.

La relation avec le père est peu évoquée au cours du premier entretien. S. rapporte que son père a toujours eu un rôle de soutien informationnel pour répondre aux questions qu'il lui posait sur « les choses de la vie », nouant par cela une certaine complicité avec lui.

Il voit peu son frère, car les weekends sont alternés chez les deux parents. S. fait état d'une bienveillance mutuelle, et d'un lien plutôt préservé qualitativement.

Les premières difficultés scolaires remontent à début 2016. En deuxième année de seconde qu'il redouble, S. se désinvestit progressivement de ses cours, est souvent absent et se déscolarise totalement en septembre 2016 (entrée en classe de première). Son investissement cognitif se centre quasi-exclusivement sur les jeux en ligne alors qu'il tend à se replier et s'isoler, cela dans un contexte de conflit familial sous-jacent qui persiste, malgré la séparation parentale quelques années auparavant.

S. a un suivi psychiatrique au centre médico-psychologique de son inter secteur depuis septembre 2016.

Il est hospitalisé quelques semaines fin 2016 en pédopsychiatrie dans son secteur devant une symptomatologie anxieuse et dépressive croissante, ne permettant pas la reprise des cours à sa sortie en janvier 2017. Des traits de personnalité histrionique auraient été observés lors de ce séjour, sans plus de précision sémiologique.

Face à cette situation de déscolarisation, d'hospitalisation infructueuse, et la persistance de la symptomatologie (sentiment de vide, difficultés de communication avec ses pairs, auto-dévalorisation, insomnie et inversion du rythme nyctéméral, repli au domicile avec investissement exclusif sur ses jeux-vidéos et jeux en ligne) il est adressé en clinique en unité post-aigüe pour adolescents en mai 2017. Les parents rapportent également leur inquiétude à propos de son état.

L'entretien d'admission dans cette unité laisse apparaître une relation conflictuelle avec sa mère, entretien au cours duquel ils s'interpellent verbalement et se coupent constamment la parole.

S. reste hospitalisé dans cette unité jusqu'en octobre 2017, permettant l'apaisement des troubles, associée à un relais de prise en charge en hôpital de jour de l'unité, puis un retour au domicile dans l'attente d'une admission en soins études. A cette période, sont prescrits sur le plan médicamenteux de la fluoxétine (20 mg/jour), puis de l'aripiprazole (10 mg/jour).

Après la récurrence d'éléments anxieux et d'un repli, S. est de nouveau hospitalisé dans l'unité post-aigüe dans l'attente de l'admission en soins-études.

S. est de bon contact dans le service, respectant les consignes de prise en charge et participant aux différentes médiations thérapeutiques proposées (lecture, ateliers cuisine, jeux de société, expression corporelle).

L'hospitalisation permet une accalmie rapide et durable des symptômes anxieux puis secondairement une normalisation de l'humeur.

Il participe aux soins et prend alors un traitement par aripiprazole (10 mg/jour).

Il s'investit dans le projet de soins études et entre finalement dans la filière en novembre 2017.

Dans l'unité de soins études, l'apragmatisme, l'asthénie persistante et l'hypersomnie de S. conduit à réintroduire la fluoxétine (20 mg/jour), remplacé par de la sertraline (50 mg/jour), suite à une éruption cutanée sous fluoxétine.

S. verbalise un sentiment de tristesse et d'incurabilité, va peu en cours. Ses relations aux autres sont cependant préservées.

Une culpabilité importante est exprimée de la part du patient, de ne pas avoir soutenu ses parents dans leurs conflits et séparation, de "ne pas avoir fait suffisamment", et de continuer à les préoccuper.

Il exprime le sentiment d'être en permanence en train de réfléchir "à pourquoi il est triste" et d'anticiper négativement l'avenir.

S. explique qu'il est souvent très fatigué et envahi par la question de l'orientation post bac, qui le « bloque complètement ». Il n'a pas encore élaboré de projet d'études supérieures ou professionnel construit.

S. exprime sa tendance à un certain évitement de la réflexion, et de la pensée, "pour oublier un maximum". Il se questionne sur l'endogénicité de la maladie dépressive et dit "ne pas savoir que faire pour lutter contre", témoignant du sentiment d'une certaine incurabilité par moment.

Sur le plan somatique, il présente un asthme diagnostiqué à l'âge de 4 ans, stabilisé, des céphalées de tension, et un terrain atopique aux acariens.

La thérapie interpersonnelle m'a semblé indiquée chez ce patient, à plusieurs titres :

- La problématique du conflit en particulier avec sa mère était prégnante lors de nos entretiens de rencontre, et ressortait également de longue date dans les précédentes observations des prises en charge antérieures.
- Le patient n'avait pas d'espace de psychothérapie indépendant de la prise en charge strictement psychiatrique et institutionnelle collective proposée en soins études, et la thérapie interpersonnelle semblait particulièrement adaptée du fait du cadre institutionnel où les interactions sociales étaient nombreuses et très diversifiées (équipes soignantes à travers des entretiens individuels, des médiations thérapeutiques et des groupes de paroles, autres patients de la même tranche d'âge, enseignants).
- Il présentait un épisode dépressif concomitant à des événements de vie interpersonnels pour lesquels le diagnostic TIP sous-jacent semblait à affiner (isolement cause ou conséquence ? transition de rôle en entrant au lycée avec la question du choix d'orientation ? conflit maternel ouvert, ou conflit masqué autre ?)

L'approche psychothérapeutique par thérapie interpersonnelle a été expliquée à S. lors d'entretiens précédant la phase initiale. Son contact a toujours été de qualité lors de ces entretiens préparatoires où il se livre sans réticence et se montre de prime abord curieux de

la prise en charge qui lui est proposé, sur une douzaine de séance a priori, réparties en trois phases qui lui sont exposées.

S. étant mineur, le consentement écrit de sa mère a été obtenu avant la première séance de thérapie interpersonnelle. Son père a donné un accord verbal mais n'a pas retourné le consentement écrit que je lui ai adressé deux fois.

3.2) prise en charge en thérapie interpersonnelle

PHASE INITIALE

- Séance 1 :

Nous revenons sur les symptômes présents avant l'admission à l'hôpital: S. rapporte depuis plus de 2 années un sentiment de vide, une anhédonie, un apragmatisme, une perturbation des conduites instinctuelles (sommeil, appétit), un repli sur lui-même et une forte tristesse de l'humeur.

Il explique aussi que suite à son épisode dépressif, il est très affecté à partir de 2016 : en plus de sa déscolarisation, il ne répond plus à ses amis, ne sort plus, ne parle plus à son entourage. Il perd la majorité de ses contacts amicaux, ne conservant qu'un camarade vivant au Maroc, et un autre vivant à une heure de chez lui.

Lors de ce premier entretien, il dit « arriver à oublier » cet état mais rapporte tout de même ce sentiment de vide, d'asthénie, de tristesse, et une forte culpabilité en lien avec l'évolution chronique de ses symptômes depuis deux années et son incapacité à en sortir : « j'ai toutes les raisons d'être heureux, et j'arrive à être triste ». Il souhaiterait « enlever ce sentiment de vide mais est un peu désespéré », faisant part d'un pessimisme important. Les moments d'apragmatisme sont particulièrement mal perçus par sa mère qui lui reprocherait de ne pas participer à l'entretien du domicile les weekends.

Il rapporte lors de cette première séance des relations conflictuelles avec sa mère : en primaire et au collège, S. faisait plusieurs crises d'asthme et de bronchite et s'absentait des cours, sa mère pensant alors qu'il s'absentait de son plein gré pour ne pas aller en cours. C'est avec colère et agressivité qu'elle lui reprochait son absentéisme.

Actuellement, il voit sa mère les weekends, chez elle : ils ne se parlent pas beaucoup, ils restent chacun dans leurs chambres, S. rapporte à la fois un manque d'envie d'aller vers elle, et un évitement, de peur de déclencher une dispute en cas de désaccord sur un sujet.

Je lui expose le diagnostic d'épisode dépressif, en lui expliquant qu'il s'agit d'un état psychique fréquent en population générale, pour lequel il existe de nombreuses modalités de prise en charge, dont la thérapie interpersonnelle qui est validée dans la littérature scientifique à travers plusieurs études. Je lui demande de décrire à nouveau les symptômes de dépression qu'il vit, et je les relie à la maladie afin qu'il soit envisageable pour lui de s'améliorer. A la question d'imaginer un monde où les symptômes dépressifs seraient absents, il dit qu'il aurait plus de motivation pour aller en cours, réussirait mieux ses études, plus de relations sociales, plus d'activités de loisirs, et serait plus heureux. Il se représente la dépression comme ayant un impact sur son hygiène de vie, sa santé psychique et physique (et donne comme exemple la perte de poids qu'il a connue). Je lui demande ensuite d'attribuer ses symptômes et ses «torts» à la maladie, dans le but de le déculpabiliser, et non à ses traits de caractère intrinsèques.

Ensuite, je lui explique en quoi dépression et perturbations des liens interpersonnels sont liées: les problèmes interpersonnels (en prenant l'exemple du conflit) engendrant un désengagement et la dépression dans certains cas, et la dépression faisant perdurer les difficultés relationnelles par incapacité à recourir aux ressources interpersonnelles. Je lui explique l'impact de chaque symptôme de la dépression et en quoi ils empêchent de mobiliser correctement ses ressources intrinsèques et interpersonnelles: la tristesse de l'humeur limitant la capacité à aller vers les autres, le retentissement somatique (insomnie, asthénie) empêchant de créer des situations sociales stables, l'irritabilité, le repli sur soi, générant des conflits, ainsi que les biais cognitifs qui empêchent de voir l'autre comme un recours possible.

Je lui demande d'imaginer les impacts positifs qu'il serait en droit d'anticiper si sa situation interpersonnelle s'améliorait : il serait moins triste, moins désespéré, partagerait des activités avec sa mère, lui parlerait davantage et se disputerait moins avec elle.

J'aborde ensuite le modèle d'intervention spécifique à la thérapie interpersonnelle. Je lui demande comment il se représente un lien interpersonnel, il répond que c'est « quand on arrive à communiquer naturellement ». Pour lui, il y a dans une relation une phase de découverte, où l'on apprend à connaître l'autre, puis une étape de confrontation d'idées contraires.

Je lui explique que la thérapie va l'aider à prendre conscience de ses difficultés thymiques dues à la dépression, de la nécessité de faire appel aux ressources interpersonnelles, et de signaler ses besoins, engageant par cela sa proactivité.

Nous concluons cette séance par une autoévaluation subjective de l'intensité de la dépression sur l'inventaire abrégé de dépression de Beck (13 items), qui retrouve un score à 16 (seuil de « dépression sévère »). S. y mentionne en particulier une forte auto-dévalorisation. Il déclare de nouveau s'intéresser moins aux autres depuis qu'il se sent déprimé.

- Séance 2 :

J'axe cette séance sur le diagnostic du style d'attachement, et le diagnostic TIP. J'explique à S., que par une série de questions nous allons explorer quelle tendance il a à créer et entretenir des liens. Au sein de l'institution, il ne transgresse pas le cadre qui lui est proposé, occupe une place assez centrale dans le service et au sein des médiations (activités), fait facilement confiance aux autres, et est apprécié de tous. Il est vu comme bienveillant, attentif, très prévenant. Lui rapporte une difficulté à exprimer des demandes, de peur de déranger, de « prendre à l'autre ». Il dit cependant exprimer facilement ses désaccords dans une conversation.

Nous explorons l'anamnèse attachementiste : il ne rapporte pas de traumatisme précoce, mais souligne la difficile séparation de ses deux parents en 2010-2011, faisant suite à de nombreux conflits à la maison les années précédant, autour de thématiques matérielles principalement. Il se remémore les cris de sa mère, une éducation stricte de la part de celle-ci. Il réagissait avec tristesse aux disputes avec ses parents, en s'isolant dans sa chambre sous un coussin. Il ne sollicitait pas son entourage devant ces difficultés, « j'agissais seul ».

Il n'a pas d'informations à fournir quant à la grossesse de sa mère, mais se souvient qu'elle pleurait souvent après sa naissance, dans des moments de forte anxiété. L'accouchement s'est fait par césarienne, sans problèmes somatiques, et les premiers mois chez une nourrice, il retrouvait ses parents le soir. Il n'y a pas eu de deuil ni de pertes précoces. Il mentionne le décès de son grand-père maternel, avant sa naissance.

Son frère est de deux ans son aîné, ils ont dit-il reçu la même éducation, s'entendaient bien, et ne saurait pas définir quelle « place » dans la fratrie chacun occupe.

L'entrée à l'école maternelle/primaire s'est bien passée, de même que les apprentissages, « sans lacunes ». Il rapporte un voyage scolaire d'une semaine, en classe de neige, dont la séparation avec les parents a été très bien tolérée. Il avait quelques amis avec qui il faisait les « 400 coups ».

Durant l'enfance, sa figure d'autorité était sa mère, qu'il décrit comme stricte, elle le disputait souvent, quand il effectuait mal les tâches ménagères, allant jusqu'à des violences physiques. « Je le méritais », dit-il. Elle était présente chaque soir après son travail. La figure maternante était plutôt incarnée par son père, à qui il posait plusieurs questions, il lui apportait beaucoup d'explications sur la vie, lui apprenant notamment à « relativiser » et assurant par cela une réassurance émotionnelle et un rôle de soutien informationnel. Sa disponibilité était cependant limitée du fait de son travail. Le cadre familial était relativement stable (malgré les disputes entre le père et la mère). Il avait quelques

insomnies en lien avec ces disputes, dormant dans la même chambre que son frère jusqu'au CM2, puis seul.

A l'adolescence, il rapporte avoir eu des amitiés stables, bien que cela se soit compliqué au cours du collège, il trouvait les autres immatures, « des choses que je ne comprenais pas », « j'étais peut être trop coincé ». A la récréation, on se moquait de lui, il était comme exclu, « tu es bizarre ». Lui cherchait à comprendre « qu'est-ce que j'ai fait de mal ? ». Rejeté, il dit « je n'agissais pas comme eux ». Il avait cependant deux amis (avec qui il est toujours en contact) qui le comprenaient et le défendaient, « amis depuis toujours » en qui il fait totalement confiance. Il rapporte cependant un bon investissement des groupes notamment via le sport (un an de football au poste de gardien, a gagné un tournoi, une année de judo, sept années de karaté, huit de natation et un an de handball).

Le cadre parental, affecté par le divorce, s'est ensuite peu adapté: il se souvient de weekends difficiles chez sa mère, qui se disputait beaucoup avec le frère aîné de S., certains weekends il ne voulait pas s'y rendre. Chez son père, cela se passait correctement, il était autonome et faisait ses devoirs régulièrement.

Jusqu'à ce jour, il n'a pas eu de vie amoureuse. Il n'exprime ni peur de l'engagement ou de l'abandon à ce sujet, mais reste très détaché quant à cette question.

Aujourd'hui, il dit ne se confier à personne, rarement à son frère. «Je relativise», dit-il quand il s'agit de chercher une forme de réassurance. Il dit s'adapter facilement aux nouveaux groupes qu'il côtoie via l'institution, sans appréhension.

Je lui lis les trois auto-vignettes de Shaver et Hazan (cf. figure 11), il se reconnaît plutôt dans un mode d'attachement sécure (sans que je ne lui dise). Je lui adresse pour qu'il puisse les relire et disposer d'un temps de réflexion, il confirme se retrouver dans cette description.

Je lui explique que l'ensemble de ces questions cherche à évaluer sa tendance à se lier d'une certaine manière aux autres, et que nous allons être particulièrement vigilants à travailler les difficultés qu'il peut rencontrer dans ses relations interpersonnelles à la lumière de ce mode d'attachement.

A noter que ce style d'attachement me surprend, S. semblait plutôt fonctionner sur un mode évitant, à savoir une difficulté à demander de l'aide à l'autre de manière générale, illustrée récemment par une absence de signalement quand il a eu une éruption cutanée sous Prozac, constatée après plusieurs jours puisqu'il n'avait rien référé à l'équipe, ainsi qu'une absence d'information de sa part quand son traitement pour l'asthme n'a pas été prescrit au moment de son entrée. Ce style évitant se caractérisant par une difficulté à exprimer les émotions, une difficulté à faire appel à l'autre en terme de ressources, une demande de nombreuses explications et de nombreux prétextes pour ne pas faire les tâches, et un évitement important.

La suite de la séance est axée sur le diagnostic TIP. Je lui explique que nous allons affiner le lien entre dépression et dysfonctionnement en matière de relations interpersonnelles via quelques questions.

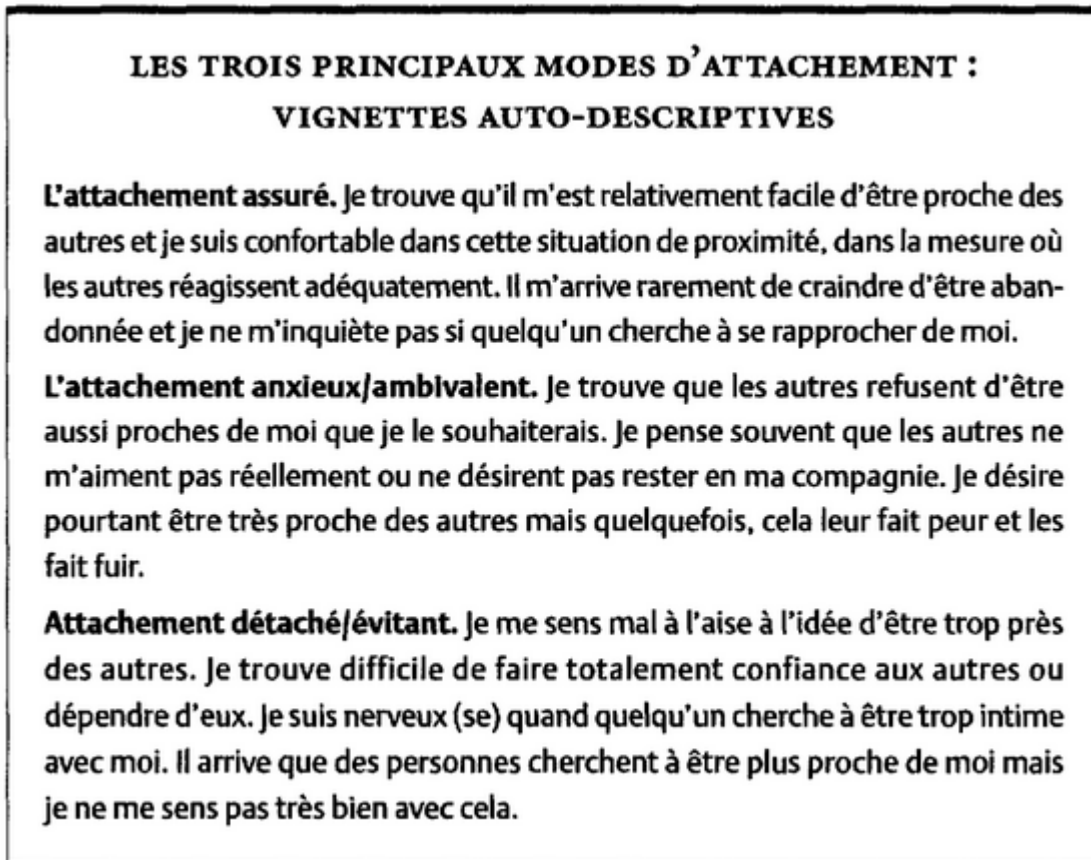


Figure 11 : vignettes auto-descriptives de Shaver et Hazan (sources : <https://docplayer.fr/21176627-La-theorie-de-l-attachement-et-les-relations-interpersonnelles.html>)

Analyse diachronique :

Selon S., les symptômes dépressifs sont apparus à la fin de sa première seconde il y a 3 ans, en 2015-2016. Les premiers symptômes ont débuté par une forte tristesse de l'humeur, un pessimisme quant à l'avenir, un désespoir, un apragmatisme (incurie, chambre non rangée) et un fléchissement des résultats scolaires. Il n'identifie pas d'épisode dépressif antérieur. A cette époque les personnes importantes pour lui étaient ses amis et son frère plus que ses parents, ses relations allaient plutôt bien, mais il a progressivement perdu ses amis. Son frère essayait de le stimuler, « il me trouvait trop mou et bizarre ». La relation avec ses parents est devenue de plus en plus tendue suite à l'apparition des premiers symptômes.

Un des éléments difficiles lors de sa scolarité a été son asthme, qui s'est déclaré lorsqu'il avait 4 ans, compliqué de bronchites, pour lequel il manquait 4 à 5 jours par mois au collège, du fait notamment d'hospitalisations en urgence pour des crises aiguës. Certains

professeurs lui reprochaient ses absences, qui ont généré de nombreux conflits avec sa mère: elle pensait qu'il séchait les cours, et ne le croyait pas alors qu'il lui montrait les ordonnances de traitements. Il est toujours sous Seretide, mais les crises se sont amendées à l'entrée en seconde. Il dit que le passage en seconde a été difficile car il ne savait pas quoi faire après le lycée, concernant ses études supérieures.

Nous établissons ensuite une « timeline » (cf. figure 12) afin d'illustrer l'intensité de la dépression en fonction des événements de vie. Le schéma ci-dessous résume bien l'évolution chronologique qu'il a détaillée au cours de la séance.

Intensité de la dépression

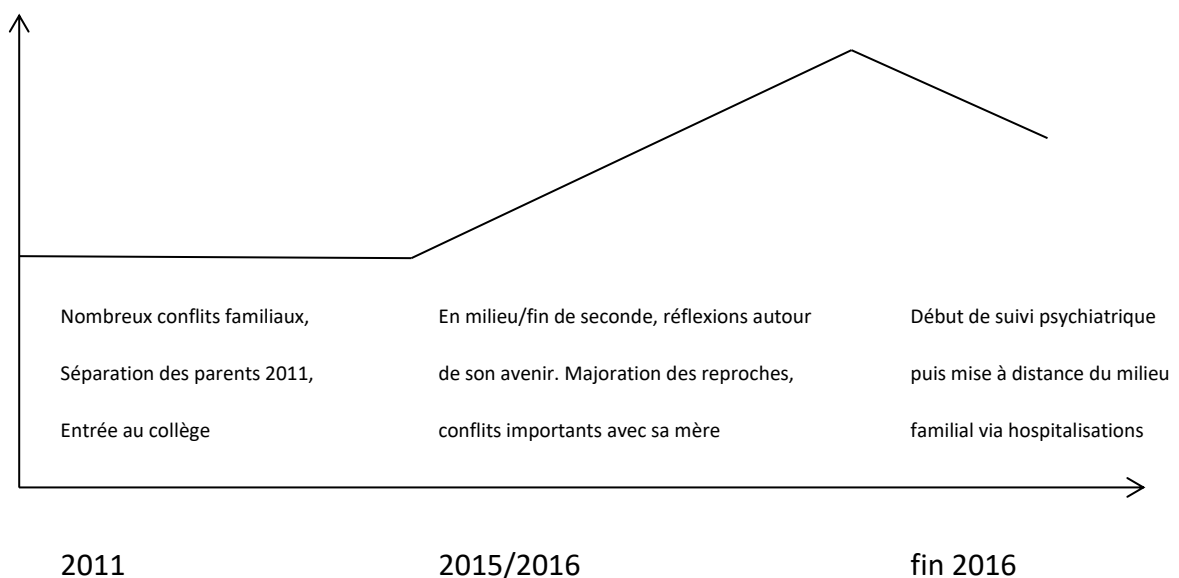


Figure 12 : intensité de la dépression en fonction du temps (« timeline »)

Un entretien familial est réalisé avec la chef de l'unité entre les séances 2 et 3, la mère de S. est reçue, en présence de S.

La majeure partie de l'entretien est marquée par le conflit entre S. et sa maman, qui restent à distance l'un de l'autre. Elle rapporte un vécu de souffrance psychique en lien avec des éléments de persécution qu'elle a beaucoup subi dans le passé (relate que des voitures la surveillaient, du harcèlement sexuel et moral, et craint qu'il y ait eu quelque chose contre elle dans la déclaration du mode de garde établi il y a 8 ans lors de la séparation).

Elle reproche notamment à S. son apatisme et le fait de ne "plus être comme avant", ne comprenant pas pourquoi.

S. verbalise peu la souffrance engendrée, disant que "ce n'est pas grave", même quand on aborde un coup de tournevis qu'il a reçu par sa maman il y a quelques années. Il dit être résigné et indifférent, le conflit étant selon lui immuable désormais. Sa mère lui reproche ce désinvestissement. On peut faire l'hypothèse de besoins insatisfaits de sa part dans sa

relation avec son fils, qu'elle exprime à travers ses reproches. Il admet plus activement une forme d'opposition en seconde partie d'entretien, expliquant avoir vu sa mère très mal dans l'enfance, sans comprendre, puis avoir été tiraillé entre père et mère après leur séparation, sans être protégé d'un conflit parental intense.

Il présente ses excuses à sa mère quant aux négligences qu'elle lui reproche, elle a beaucoup plus de difficultés à faire de même envers lui, revendiquant en premier lieu sa souffrance psychique et refusant pour cela d'accorder des excuses à son fils.

- Séance 3 :

Analyse synchronique :

Nous débutons la séance par l'établissement d'un cercle interpersonnel de proximité (cf. figure 13), avec comme consigne de « mentionner toutes les personnes importantes pour vous, plus elles sont proches, plus elles sont importantes pour vous ». S. me demande s'il peut « grouper des personnes », je lui dis de faire comme il veut. Il rend un cercle avec dans le 1^{er} cercle « ma famille », « mes amis », et dans le second « l'équipe soignante », « mes chattes ». Je lui demande pourquoi il n'individualise pas, par personne, il dit qu'il n'aime pas trier, donc considère par entité. Je lui demande tout de même de préciser qui il entend quand il parle de sa famille, il dit qu'il y mettrait son frère, son père, mais pas sa mère du fait des conflits trop importants « ma mère non car on fait jamais rien ensemble », sa tante et son cousin. Concernant ses amis, je l'interroge sur les deux dont il parlait aux séances précédentes, l'un est au Maroc et il a actuellement moins de nouvelles depuis un ou deux mois, l'autre, Thibault « le seul que je puisse voir » révisé son bac donc est moins disponible.

L'équipe soignante fait office de relation stable, sans inattendu et sans conflit pour S., et lui apporte une sécurité quotidienne. Il peut expérimenter à travers ces interactions une forme de lien prédictible, étayant, et sécuritaire.

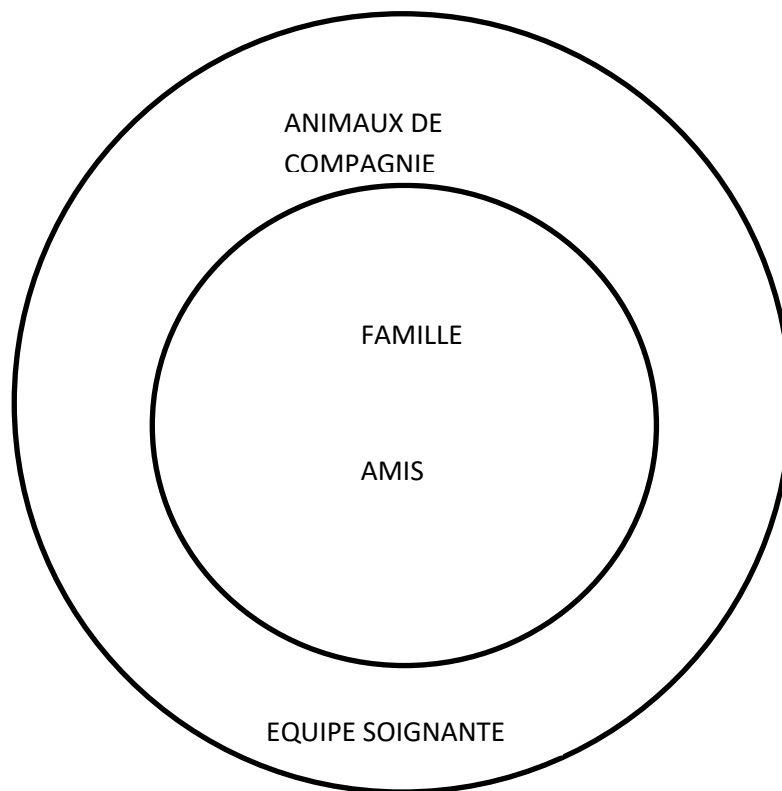


Figure 13 : cercle interpersonnel de proximité

Ce tableau des relations (cf. tableau 11) explore le caractère fonctionnel des principaux liens cités par S. :

Nom	Père	Frère	Mère	Thibault
Rôle et type de lien	familial	familial	familial	amical
Disponibilité actuelle	Très disponible	Moyenne (sorties+ révision bac)	Elle qui le sollicite, souvent conflictuel, parfois il évite de la voir	Peu depuis 2 mois, prépare son bac, autrement l'est en général
Fréquence	Message 3 fois par semaine, visite 1 we/2	2-3 fois par semaine, visite 1 we/2	1 semaine/2	Dernier message il y a deux mois
Type de soutien donné	NSP	Loisir, affectif	NSP	Camaraderie
Type de soutien reçu	Affectif, informationnel	Affectif, motivationnel	Motivationnel mais elle s'inquiète ou s'énerve	Camaraderie

Qualité du lien depuis l'EDC	Communication affaiblie	Inchangé	« toujours conflictuel mais s'est refroidi depuis l'EDC »	« Il fait tout son possible pour me soutenir »
------------------------------	-------------------------	----------	-----------------------------------------------------------	------------------------------------------------

Tableau 11 : tableau de relations (NSP : ne sait pas, we : week-end, EDC : épisode dépressif caractérisé)

Nous retenons comme diagnostic TIP le conflit, le lien avec sa mère étant très souvent problématique et pourvoyeur de difficultés thymiques, à la fois dans l'apparition comme dans l'aggravation de la symptomatologie actuelle. Ce conflit apparaît comme ouvert, avec de nombreuses disputes. Nous pouvons supposer que trouver des éléments de résolution de ce conflit permettra de réduire l'intensité de la symptomatologie dépressive présentée par S.

Les autres diagnostics TIP sont écartés devant les arguments suivants :

- Il ne s'agit pas d'une transition de rôle, bien que S. ait éprouvé des difficultés lors de l'entrée au lycée, il n'attribue pas à cela l'éclosion de ses symptômes dépressifs mais pointe surtout le lien problème comme étant celui avec sa mère, qu'il omettrait même de mentionner sur le cercle IP devant l'intensité des désaccords avec elle.
- Il ne s'agit pas d'un isolement quali/quantitatif, le patient rapportant un entourage en nombre et relativement présent avant son épisode dépressif, son cercle IP n'est pas typique d'un isolement quali/quantitatif, et il n'y a pas de déficit dans sa faculté à explorer d'autres relations interpersonnelles au sein de la structure de soins dans laquelle il est. Son tableau de relation montre des liens durables. L'isolement rapporté par S. apparaît être secondaire au conflit et à la déscolarisation.
- Enfin, il n'y a pas eu de deuil vécu.

Nous terminons cette première phase sur l'explication du « sick role » :

- déculpabilisation de S. vis-à-vis de ses symptômes et de leurs conséquences,
- responsabilisation face à sa maladie : il a le devoir d'essayer d'améliorer sa situation actuelle, avec l'aide des séances à venir.

Nous insistons sur la nécessité d'avoir d'une attitude proactive dans la thérapie et face à la dépression.

Je lui expose les différentes dimensions du contrat thérapeutique que nous mettons en place, à savoir respecter le cadre de la thérapie via des règles, notamment la présence régulière aux deux séances hebdomadaires de 45 minutes dont les horaires et jours seront fixés une semaine en avance à chaque fois, ce qui induit une prédictibilité dans le lien. En

tant que thérapeute j'apporterai un soutien motivationnel dans la démarche de proactivité de S. Nous explorerons ensemble les situations qui peuvent engendrer ces conflits récurrents, et travaillerons à formuler des éléments de résolution vis-à-vis de ce lien cible.

Sur le plan médicamenteux, S. fait un rash érythémateux pour lequel la sertraline est suspendue quelques jours dans l'attente d'un avis dermatologique.

PHASE INTERMEDIAIRE

- Séance 4 :

Cette séance débute par une explication des objectifs de cette seconde phase, à savoir l'utilisation de « techniques » en lien avec le diagnostic TIP retenu, et la problématique interpersonnelle soulevée en phase initiale. J'explique à S. que nous allons essayer maintenant d'améliorer le lien à sa mère. Pour cela nous allons d'abord essayer d'analyser le lien, quels en sont les enjeux, s'il y a des difficultés de communication, s'il y a des besoins insatisfaits... Puis nous essaierons ensuite de voir s'il est possible de l'améliorer notamment en essayant de signaler à sa mère ce qui est important pour lui. Nous entamons ensuite la phase de clarification afin de favoriser la mentalisation, et d'identifier une situation concrète sur laquelle nous pourrions travailler ensuite.

Je lui rappelle que pendant une dépression, le patient est en difficulté pour évaluer spontanément ses dispositions émotionnelles et psychiques, que le thérapeute ne sait pas dans quel contexte exact surviennent les problèmes interpersonnels, et qu'il apparaît nécessaire de réaliser cette phase de clarification.

- Clarification émotionnelle :

La séance commence par une évaluation de l'humeur, que S. autoévalue à 7/10. A la question « pourquoi pas 10 ? », il dit avoir des ruminations anxieuses qui lui viennent à l'esprit, des « pensées régressives », quelques idées noires, et une tristesse. Le plus dur étant actuellement la tristesse et la culpabilité. Il ressent souvent une envie de pleurer mais se retient, et sent son corps mou. Lorsque je lui demande quelles en seraient les raisons justement, il évoque la séparation de ses parents, la « maladie », la perte de ses amis suite à la dépression, le fait d'avoir « très peur » des réactions de sa mère. A la question « qu'est-ce qui vous attriste le plus ? », il répond « être moi-même », se trouvant « bête, moche, ayant perdu l'attention, la réflexion, et le tact », et avoir perdu sa propre estime. Il se sent particulièrement coupable d'être triste « alors qu'il n'a aucune raison de l'être », disant que

ce n'est pas de sa faute, « enfin si ». Là je reprends le travail de déculpabilisation en lien avec la phase initiale et le « sick role ». Il exprime aussi de la colère envers sa mère quand « elle dit n'importe quoi et qu'elle me dévalorise » (ce qui fait aussi le lien avec la mésestime de lui-même).

Je lui indique que ces disputes génèrent une insécurité dans le lien, ainsi que des conséquences émotionnelles difficiles pour lui, et lui demande si nous pourrions atténuer ces émotions négatives, en arrivant à bien comprendre ce qui se joue lors des situations conflictuelles. Il dit qu'il ressentirait moins de colère si il comprenait mieux.

Cette phase de clarification émotionnelle permet à S. de verbaliser sa déception, et sa tristesse face au défaut d'attention de la part de sa mère, et face à son discours culpabilisant et dévalorisant.

- Clarification factuelle :

Je lui propose de décrire des situations concrètes où il se dispute avec sa mère. Il dit que cela tourne souvent autour des tâches matérielles et ménagères, par exemple qu'elle le dispute quand il passe mal l'aspirateur, lui disant qu'il ne saura jamais rien faire de sa vie, l'insultant et allant parfois jusqu'à le menacer physiquement.

Je lui demande quelles difficultés il rencontre depuis que le conflit avec sa mère s'est intensifié. Il dit se taire, ne pas arriver à communiquer avec elle, « elle ne respecte que les gens intéressants, je n'ai jamais eu de reconnaissance » (un besoin d'appartenance familiale et d'estime peut s'interpréter ici). Il lui est difficile de faire ses activités de weekend quand elle le mobilise pour le rangement de la maison (évoquant par cela un besoin liberté sur son temps en dehors de l'hospitalisation).

Il ressent du désespoir de jour en jour. N'ayant « Jamais communiqué avec elle sous aucune forme », il dit qu'il ne lui est pas possible de jouer tranquillement aux jeux vidéo quand il est chez sa mère, qu'elle le sollicite beaucoup pour les tâches ménagères, dans des moments où il est occupé.

Dans ces moments, il se dit silencieux et indifférent, alors que sa mère est exaltée, nerveuse, insultante, le frappait parfois jusqu'au jour où il l'a lui-même poussée.

Ces disputes durent en général 5 à 10 minutes.

Il dit avoir tout essayé, étant calme, gentil, en criant...puis avoir abandonné tout essai de communication. Ce qui semble être le plus difficile pour S., c'est que sa mère doit « avoir toujours raison, le dernier mot, et coupe la parole aux autres ».

Quand je lui demande si nous pouvons améliorer les relations avec sa mère, il répond que « c'est la vie ». Là encore, je lui explique que via l'analyse des besoins mis en jeu dans leurs échanges, et de leur façon de communiquer, nous pouvons envisager le rétablissement d'une relation plus sereine, à condition qu'il fasse preuve de proactivité et non de résignation comme jusqu'alors. A ce stade, S. ne semble pas avoir pleinement conscience des besoins mis en jeu de son côté, et encore moins de ceux de sa mère dans les situations de conflits.

- Séance 5 :

A noter la réintroduction de la sertraline avant la séance 5 après un avis dermatologique qui élimina l'hypothèse d'une toxidermie.

Cette séance est axée sur l'analyse du lien (cf. tableau 12), en particulier en identifiant les besoins en jeu dans le lien entre S. et sa mère. En partant d'une situation donnée (celle du conflit autour d'une tâche ménagère, dont les répliques sont citées dans l'analyse de la communication en séance 6), l'analyse du lien est résumée dans le tableau suivant, dans le sens de ses besoins, et de ce qu'il attend de sa mère (ce tableau étant un résumé, et s'enrichit au fil des séances) :

Règles	Besoins	Attentes concrètes	Disponibilité	Réalité concrète
Je peux jouer moins	Liberté	Me laisser jouer	Oui en théorie	Elle insiste pour que je fasse ce qu'elle veut elle
Je dois faire plaisir à ma mère	Appartenance familiale, identité	Garder une bonne relation avec ma mère Qu'on ait un dialogue constructif Mieux s'entendre	Possible	« quand on communiquait bien on allait mieux » « je compense par les écrans et reste silencieux »
Tenir compte de mon avis	Estime, reconnaissance	Etre écouté, Compris	Non	« je n'ai jamais eu de reconnaissance »
Ma mère devrait me soutenir	Soutien informationnel, choix	Etre conseillé, soutenu de façon pérenne dans mes choix	Non	Dispute, choix imposés

Tableau 12 : analyse du lien, S. avec sa mère

Nous sommes d'abord partis des attentes concrètes de S., ces attentes m'ont paru dans l'ensemble adaptées, mais avec un défaut de mentalisation. Il y a une difficulté dans la prise en considération d'attentes différentes des siennes, comme celles de sa mère (ce qui est étayé par l'analyse du lien décentré que nous effectuons après). Dans les phases de disputes avec sa mère, il a une tendance à l'évitement et à rester silencieux face aux injonctions maternelles, ce qui peut être perçu comme un refus de contact par l'autre et faire perdurer le conflit. La réalité concrète nous a permis d'évoquer en particulier les comportements réponses de sa mère, que nous détaillerons ci-après. Les principaux besoins mis en jeu dans ce lien par S. sont ceux de liberté, d'appartenance familiale, d'estime et de soutien informationnel dans ses prises de décisions. La question de la disponibilité du partenaire est plus délicate : S. se heurte à une indisponibilité de sa mère, pour des raisons émotionnelles : elle peut être dans des états d'anxiété qui affectent sa communication avec S., s'exprimant alors sur un ton agressif ou autoritaire. Concernant les règles, elles n'ont jamais été clairement explicitées et bien reconnues par S. et sa mère. Concernant la règle selon laquelle sa mère doit le soutenir, S. ne lui a pas exprimé, pour lui c'est « le rôle d'une mère et normal », et il n'a pas exprimé non plus son besoin de reconnaissance et de réassurance. Il y a donc un défaut de signalement global de la part de S., qui pourrait mieux élaborer ses besoins à travers les émotions qu'il ressent, mieux les signaler, tout en mentalisant quant aux attentes et besoins de l'autre.

Nous avons ensuite pris quelques instants pour nous intéresser aux comportements et réponses de sa mère, afin de travailler les capacités de mentalisation chez S., puis à une analyse du lien décentrée, en prenant le point de vue de la mère. Ces deux exercices montrent une capacité de mentalisation fragile du côté de S., qui a du mal à lire les intentions du partenaire et à tenir compte de ses besoins.

- Comportement – réponse de la mère (cf. tableau 13) :

Comportement	Factuel	Emotionnel	Intentionnel
Elle me parle mal	Cris, insultes	Enervée, colère, frustration	NSP

Tableau 13 : comportement-réponse de la mère de S.

- Analyse du lien décentrée (cf. tableau 14) pour voir ce qui se joue du point de vue de la mère, j'essaye par cela à amener S. à mentaliser les règles relationnelles et attentes de sa mère, en lui posant les questions suivantes :

« Si on inversait les rôles ? Pourquoi tu n'as pas rangé ?

Que ressentiriez-vous dans cette situation ? De l'incompréhension

Qu'attendiez-vous ? Que je sois actif, que j'ai de meilleures manières
 Quels seraient vos besoins ? (S. est en difficulté pour répondre) Appartenance
 familiale, aide matérielle
 Comment pourriez-vous les signaler ? Je ne sais pas »

Règles	Besoins	Attentes concrètes	Disponibilité de S.	Réalité concrète
S. doit ranger sa chambre	Soutien instrumental, appartenance familiale	Investissement dans les tâches domestiques	Aimerait, mais le conflit l'en empêche	Incompréhension, repli sur lui même

Tableau 14 : analyse du lien, point de vue de la mère, rempli par S.

- Séance 6 :

Cette séance est axée sur l'analyse de la communication, à travers une analyse réplique par réplique. Les objectifs étant d'identifier les difficultés de signalement de S. et de sa mère et de les lui faire mentaliser, puis de rétablir un mode de communication adapté.

Nous partons d'une situation de conflit courant, à propos du rangement des affaires à la maison (cf. tableau 15) :

Réplique	Commentaire	Nouvelle réplique
M : Pourquoi tu ne ranges pas ? (ton agressif)	Soutien instrumental demandé sur un mode accusateur	
S : Silence/ j'ai oublié/je suis en train de jouer	Besoin de liberté non exprimé	Je suis désolé, j'ai oublié, ce n'est pas si sale que ça, je remets ça à plus tard, je sais que c'est important pour toi

M : T'es sale, tu fais tout le temps ça, c'est l'éducation de ton père	Soutien instrumental demandé, ton accusateur et dévalorisant	
S : Silence	Besoin de liberté non exprimé, besoin d'appartenance familiale impacté	
M : S'il te plaît réponds-moi quand je te parle	Besoin de reconnaissance	
S : Silence		Je suis occupé mais je comprends ce que tu dis. On peut voir ça plus tard s'il te plaît

Tableau 15 : analyse de la communication

Je lui expose que sur le fond, sa qualité de signalement n'est pas adaptée, qu'à travers son silence il banalise la situation. Ses propres besoins ne sont pas exprimés, et les besoins du partenaire non pris en compte. Du côté de sa mère, la décharge des émotions et les revendications ont un impact sur la qualité de communication. Sur la forme, on voit que le ton employé par la mère de S. est accusateur, et que son agressivité - sous tendue par des besoins non satisfaits - génère de l'insécurité chez son fils. De même, sa mère ne tient pas compte de la disponibilité de S. et déclenche une situation de conflit alors que celui-ci est occupé par ses jeux vidéo. S. dit rester silencieux car dans ce type d'échange, il ressent de la déception, de la tristesse, et de la résignation.

De même, attendre que sa mère connaisse ou devine ses besoins sans qu'il ne les signale et ne les exprime est une attente non raisonnable et donc insatisfaite la plupart du temps.

Nous reprenons l'échange réplique par réplique, et je demande à S. de proposer de nouvelles réponses, autres que de rester dans le silence face aux doléances de sa mère. Je lui indique que ces nouvelles répliques auraient permis de ramener une communication plus fonctionnelle, et de réorienter la conversation vers plus d'équilibre. Je lui fais retenir ces répliques nouvelles comme des répliques de « sortie de crise ».

Nous établissons ensuite un cercle de Kiesler (cf. figure 14) et je lui demande de se placer dessus au fil de la discussion. Il place sa mère (losange) sur un versant de domination/hostilité, et lui (carré) de soumission et de repli au début comme à la fin de la discussion, du fait de l'agressivité qu'il perçoit chez sa mère. Il reconnaît cependant que ce placement est inadéquat dans l'établissement d'une bonne communication. Le ton conflictuel adopté par sa mère est aussi consécutif à une mauvaise signalisation des besoins mutuels.

Je lui expose ensuite trois modes de communication, à savoir inhibé, affirmé, qui respecte la disponibilité et le besoin des deux partenaires, et agressif, en lui expliquant qu'une affirmation de soi efficace doit passer par l'adoption d'une communication affirmée.

Avec le cercle de Kiesler, nous reprenons la question de savoir comment signaler ses besoins de façon adaptée à sa mère, en restant au centre du cercle sur l'axe domination/soumission.

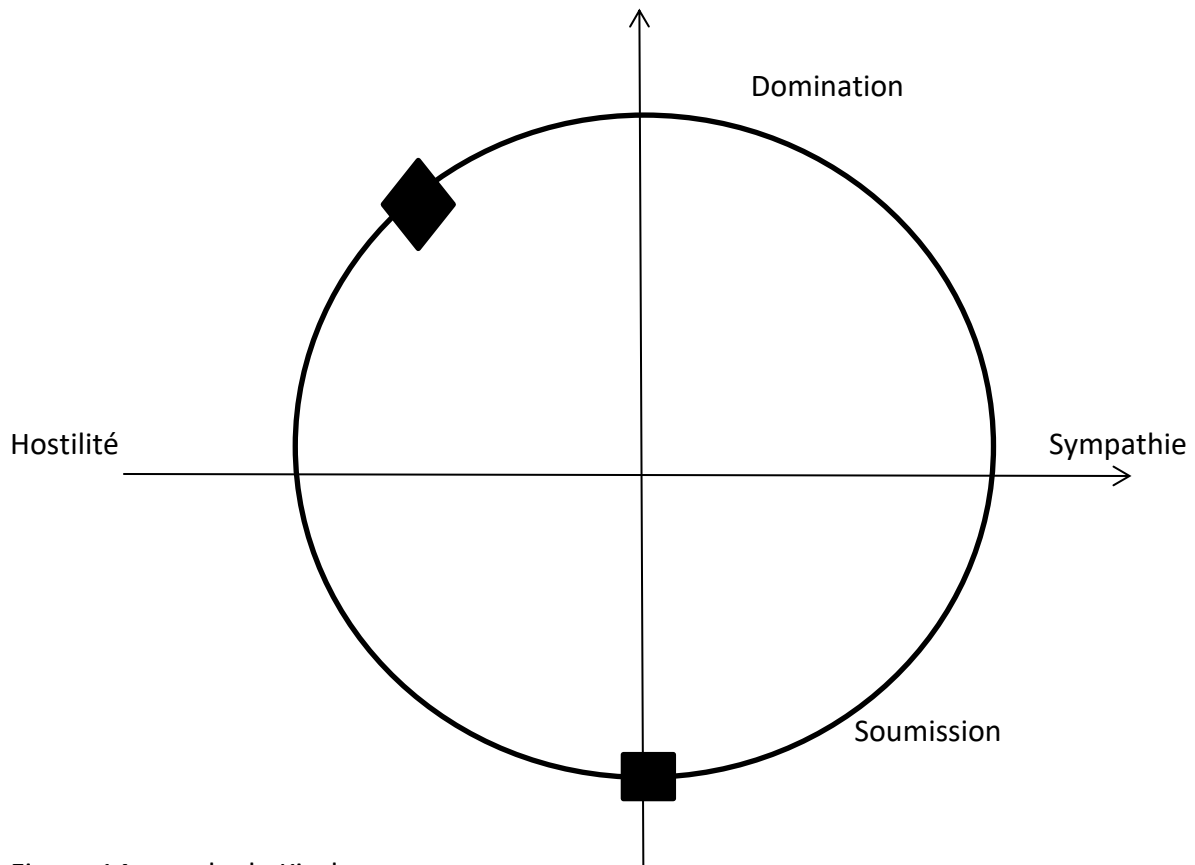


Figure 14 : cercle de Kiesler

- Séance 7 :

S. ne s'est pas présenté. Il dira plus tard avoir oublié cette séance, nous l'avons cherché en vain dans l'unité à plusieurs reprises et l'avons vu revenir une heure après l'heure fixée pour la séance.

- Séance 8 :

Nous entamons cette séance par un jeu de rôle pour favoriser la mentalisation et revoir les éléments travaillés pendant l'analyse de la communication. Nous reprenons une première

phase où S. joue les répliques de sa mère et moi le rôle de S. avec les répliques alternatives vues à la précédente séance, puis S. joue son propre rôle. Je demande à S. d'adopter un style de communication affirmé lorsqu'il signale ses besoins. Il perçoit ainsi qu'en adoptant un ton de communication adapté et en ne restant pas silencieux, il serait difficile pour sa mère de ne pas entendre ses demandes, et d'y répondre par l'agressivité.

On identifie le schéma suivant à l'issue du jeu de rôle : difficulté de signalement des besoins de S. et repli sur lui-même = déclenchement du conflit, puis difficulté à percevoir le vécu émotionnel du partenaire = majoration du conflit.

Ensuite, nous entamons la phase d'analyse décisionnelle (cf. tableau 16) par un brainstorming : je lui demande tout ce qu'il peut imaginer pour améliorer sa situation, qu'il s'agisse d'idées réalistes ou non, en partant des principaux besoins identifiés dans l'analyse du lien.

Les besoins de reconnaissance et de soutien informationnel se heurtent à l'indisponibilité psychique de sa mère, qui dit-il n'a jamais comblé ses attentes sur ces plans-là, connaissant elle-même des moments d'instabilité psychique. Je n'engage donc pas ces besoins dans la phase de brainstorming. A ce stade, S. prend conscience à travers l'analyse du lien que ces besoins de reconnaissance et de soutien ne seront que très peu satisfaits dans ce lien. Bien que cela soit difficile, il doit en déduire qu'il n'a plus d'attente particulière vis-à-vis de sa mère concernant ces besoins.

Je lui propose cependant d'améliorer d'autres aspects, autour du besoin de plaisir/camaraderie/ appartenance, qu'il pourrait partager avec sa mère ou avec son ami Thibault qui s'est toujours montré comme un soutien et a passé le bac, donc peut être a priori plus disponible pour S.

Besoin	Attentes idéales	Attentes raisonnables	Réalité concrète	Que faire pour que 2 = 3
Liberté	Respecter mon temps libre	Aménagement du temps libre	Disputes persistantes quand je suis occupé	Moins jouer aux jeux vidéo, prévoir les tâches domestiques via un planning en début de weekend
Appartenance familiale, reconnaissance	Zéro dispute	Eviter les grosses disputes	Dispute	Anticiper les disputes, atténuer les disputes
Plaisir et camaraderie	Faire de l'accrobranche	Trouver une activité commune	On ne fait que les courses ensemble	Proposer à sa mère une activité

		faisable (ex : natation) avec sa mère		commune et ludique, si pas possible, la proposer à un ami (Thibault)
--	--	---------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------

Tableau 16 : analyse décisionnelle

Etude de la faisabilité (cf tableau 16 bis) :

Ce que je peux faire pour que 2=3	Arguments pour	Arguments contre	Total
Jouer moins	++	---	-
Prévoir les tâches domestiques	+++	0	+++
Proposer une activité commune à sa mère	+++	--	+
Reprendre contact avec son ami	+++	0	+++

Tableau 16 bis : analyse décisionnelle

Comme le weekend suivant la séance, S. va chez sa mère, on convient d'une assignation de tâche, à savoir qu'il établisse un planning des différentes tâches sujettes à disputes, tels que le rangement de sa chambre, les courses, et le temps passé à jouer aux jeux vidéo, afin de structurer un cadre et d'éviter d'entrer en conflit avec sa mère sur ces éléments-là. S. n'exprime pas d'anticipation anxieuse quant à la mise en pratique de cette action.

A noter que sa mère fait occasionnellement de la natation, mais S. n'aime pas ça et ne l'accompagne généralement pas. Il lui semble difficile de partager une activité de loisir avec elle pour l'instant, les moments communs étant principalement centrés sur les courses.

Je lui ai également demandé de reprendre contact par message avec son ami Thibault d'ici la prochaine séance, afin de voir quelle était sa disponibilité, pour ultérieurement lui proposer une activité de loisir. J'ai choisi cet ami car il était au centre du cercle interpersonnel établi lors de la phase 1, estimant donc qu'il pourrait théoriquement répondre au besoin de loisir évoqué précédemment.

J'aurai également pu questionner le lien au frère à travers une assignation de tâche, mais ils ne se voyaient que rarement du fait du mode de garde alterné les weekends.

- Séance 9 :

Cette séance, courte, revient sur les tâches que nous avons établies à la précédente séance, afin de voir si elles ont pu être mises en pratique. S. dit avoir appliqué le planning en début de weekend, ce qui lui a permis de mieux planifier l'aspect organisationnel et d'éviter d'entrer en conflit avec sa mère concernant des préoccupations matérielles et domestiques, et par cela d'apporter une forme de sécurisation du lien.

Concernant celle qui consiste à contacter son ami, il dit que cela n'a pas été fait, sans savoir « pourquoi ». Je lui dis que cela pourra être fait ultérieurement, en lui indiquant que je n'ai peut-être pas été assez clair dans ma façon de lui présenter l'objectif.

Par ailleurs, il n'estime pas nécessaire de refaire un jeu de rôle, estimant que les éléments évoqués lors des précédentes séances sont pour lui acquis.

S. semblait avoir progressé, et nous nous étions engagés sur 12 séances au départ donc sommes passés à la phase de terminaison. Nous avons identifié que certains aspects du lien pouvaient être développés (camaraderie, appartenance) à l'avenir. Par ailleurs, le contexte institutionnel a limité les possibilités d'assignations de tâches à l'extérieur durant la phase intermédiaire.

PHASE FINALE

- Séance 10 :

Je lui expose les objectifs de la 3ème phase, à laquelle nous consacrerons les trois dernières séances : aider S. à prendre conscience de ses améliorations en terme de relations interpersonnelles, généraliser les acquis de la phase 2 en les appliquant à d'autres relations, expérimenter le désinvestissement d'un lien sécurisé que nous avons établi jusque-là, en évitant une forme de dépendance à mon égard, évaluer l'amélioration de l'humeur en lien avec la thérapie. Il lui est annoncé qu'il reste trois séances, avant de continuer à se voir pour des entretiens de suivi institutionnel comme avant la TIP. S. n'exprime pas d'appréhension à l'idée d'arrêter les séances de TIP. Il rapporte avoir acquis de « nouvelles compétences » et se sent « plus ouvert aux autres ».

Nous poursuivons la séance par la réalisation d'une courbe représentant l'évolution de son humeur au long de la thérapie (cf. figure 15). S. dit être passé de 4/10 à 8/10.

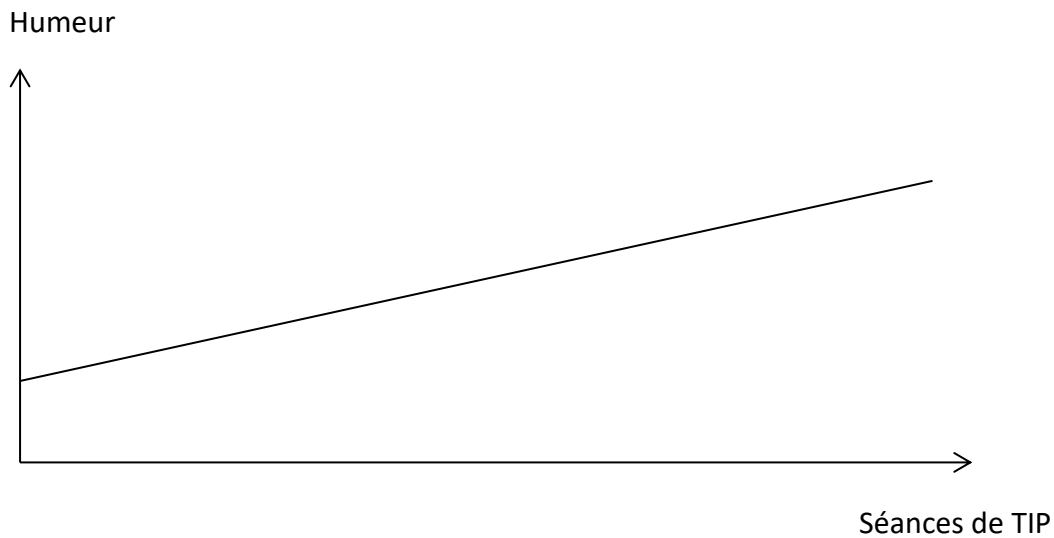


Figure 15 : évolution de l'humeur au cours de la thérapie

Est ensuite réalisée une auto évaluation sur l'échelle de Beck. L'auto évaluation sur l'échelle reste similaire à celle faite en début de thérapie avec un score à 16. Nous pouvons l'expliquer en particulier par une forte auto dévalorisation et culpabilité. On peut observer cependant moins de tristesse, et moins de pessimisme quant à son avenir.

- Séance 11 :

S. rapporte à cette séance que le suivi en thérapie interpersonnelle lui a permis d'acquérir plus de compréhension dans la façon de gérer ses émotions, ses relations, et qu'il prête maintenant plus attention aux besoins du partenaire, ses intentions, ses émotions. Il se dit très satisfait des séances réalisées, et dit ne pas avoir eu de difficulté particulière à intégrer les techniques travaillées.

Il se dit moins triste, et a compris l'intrication entre relations interpersonnelles et dépression : la dépression favorise l'asthénie, l'isolement, et les conflits. Avant de suivre la TIP, il n'avait dit-il pas remarqué le lien entre relation interpersonnelle et vulnérabilité.

Il s'est rendu compte qu'attendre une reconnaissance et une valorisation de sa mère était vain du fait de la pathologie de sa mère et qu'il fallait qu'il centre son attention sur d'autres aspects du lien comme passer des moments agréables avec elle.

Le signalement des besoins semble encore approximatif pour S. Il dit en particulier que faire appel à l'autre engendre encore pour lui le sentiment de déranger. Il dit cependant avoir compris comment améliorer sa communication, et chercher à comprendre les besoins de l'autre dans les échanges et notamment en situation de conflit.

- Séance 12 :

Nous concluons ces séances par un travail de généralisation des acquis. Nous reprenons les points suivants avec S. :

- La capacité à établir des stratégies de signalement adaptées aux besoins, tout en trouvant un compromis avec les attentes et besoins du partenaire
- Réfléchir à ses besoins, y répondre aux mieux via ses ressources personnelles, et évaluer la disponibilité du partenaire dans la réponse à ces besoins
- Mentaliser le vécu émotionnel et les besoins de l'autre
- Généraliser aux autres liens ces nouvelles compétences afin de restaurer un réseau relationnel sécurisant
- Eviter la dépendance à certains liens ayant pour risque les fléchissements thymiques en cas de rupture mal anticipée.

CHAPITRE 4 : Discussion

4.1) discussion des données de la littérature :

L'ensemble des études de notre revue de littérature conclut à l'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans la prise en charge de la dépression de l'adolescent, au stade aigu, ou en amont devant une symptomatologie infra syndromique à risque d'évolution vers un épisode dépressif caractérisé.

Certaines des études citées ci-dessus ont rapporté des facteurs prédictifs de meilleure réponse à la thérapie interpersonnelle, tels que l'âge (15 à 18 ans) et la sévérité de l'épisode ($HDRS \geq 22$) dans celle de Mufson de 2004 [260] par exemple. Au vu de l'implication du fonctionnement interpersonnel dans la dépression des adolescents, il est intéressant d'évoquer d'autres articles ayant étudié certains facteurs intervenant dans la réponse au traitement par thérapie interpersonnelle: une étude de Mufson en 2010 [280] montre que les adolescents avec un haut niveau de difficultés interpersonnelles (évaluées dans l'étude par les scores SAS-SR et CBQ) montrent une diminution plus rapide des symptômes dépressifs avec la thérapie interpersonnelle, les résultats retrouvant un bénéfice particulièrement intéressant de la thérapie interpersonnelle en cas de haut niveau de conflit maternel, et de dysfonction sociale sur le plan amical, quand ces deux situations sont intriquées avec l'épisode dépressif caractérisé. Plusieurs études citées ci-dessus ont été effectuées en population majoritairement d'origine latine aux Etats-Unis, et de bas niveau socioéconomique, limitant selon les auteurs la généralisation des résultats. A ce titre, une autre étude de Mufson [281] s'est intéressée à l'influence de cette dimension culturelle, montrant que les bénéfices de la thérapie interpersonnelle étaient supérieurs pour les patients nés aux Etats-Unis ou ayant vécu la plupart du temps aux Etats-Unis, ainsi qu'en cas d'appariement ethnique concordant entre le patient et le thérapeute. L'étude de Mufson de 2019 [282] a quant à elle étudié le lien entre style d'attachement (évalué par Experience in Close Relationships-Revisited (ECR-R)) et réponse à la thérapie interpersonnelle chez 40 adolescents déprimés, et a retrouvé une meilleure réponse à la thérapie interpersonnelle (symptômes dépressifs évalués sur le CDRS-R) chez les styles d'attachement hautement évitant, et également un effet bénéfique de la thérapie interpersonnelle sur l'attachement insécure en lui-même (baisse de l'ECR-R), associée à une baisse de la symptomatologie dépressive. Une étude réalisée par Young en 2012 [142] a évalué l'efficacité de l'IPT-AST dans la prévention de la dépression de l'adolescent chez 98 patients (reprenant les patients de leurs études de 2006 [270] et 2010 [271]) présentant des symptômes infra-syndromiques avec comorbidité anxieuse, étant donné la fréquence de cette association (28% de troubles anxieux associées à l'épisode dépressif caractérisé de l'adolescent selon Yorbik [2]), et retrouve

une amélioration (sur le CES-D) plus rapide chez les adolescents ayant un bas niveau d'anxiété de base (évalué par l'échelle Screen for Child Anxiety Related Disorders-SCARED) comparé à ceux ayant un niveau plus élevé. Ces observations coïncident avec une étude de 2006 [141] qui retrouvait une moindre efficacité de la thérapie interpersonnelle chez les patients présentant un épisode dépressif caractérisé avec comorbidité anxieuse, en particulier lorsqu'il s'agissait d'anxiété sociale, expliquant cela par le peu d'engagement dans les interactions interpersonnelles chez ces patients. De plus, dans les troubles anxieux, la composante cognitive est plus importante que la composante interpersonnelle. Enfin, une étude pilote réalisée par Mufson [224] a évalué la pertinence d'un dosage salivaire du cortisol comme élément prédictif de réponse à la thérapie interpersonnelle chez des adolescents ayant une problématique de dépression en lien avec des conflits avec leurs parents. Cette étude retrouve qu'un haut niveau de cortisol 30 minutes après une situation de conflit du patient avec les parents est corrélé à une meilleure amélioration sur le plan des symptômes dépressifs, et un bas niveau à une réponse moindre (que les auteurs expliquent par un moindre engagement interpersonnel en terme de coping) à la thérapie interpersonnelle. Cette question des facteurs prédictifs de réponse nécessitent des études plus étayées et semblent intéressants à explorer dans le but d'optimiser l'efficacité de certaines prises en charge par thérapie interpersonnelle, notamment dans le cadre d'une perspective de prise en charge biopsychosociale de la dépression

Bien qu'étant en faveur de l'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans les indications définies, cette revue présente plusieurs limites.

La première est que la taille des effectifs inclus dans chaque étude reste faible, notamment pour les études en ouvert, ce qui amène à considérer avec prudence un certain nombre de résultats quant à leur généralisation. Compte tenu des faibles effectifs inclus dans chaque étude, trois méta analyses récentes [51, 52,53] ont été réalisées :

- La première [51] regroupe 7 études contrôlées randomisées [266, 259, 260, 264, 134, 270, 271], soit 538 patients, et conclut à la supériorité significative de la thérapie interpersonnelle sur les différents groupes contrôles, à la fois en terme de réduction moyenne de l'intensité de la symptomatologie dépressive (différence moyenne standardisée (DMS) de - 0.74) et de taux réponse de l'épisode dépressif caractérisé à la thérapie [259, 260, 264,266] défini par une diminution d'au moins 50% du score de dépression (45,7% dans le groupe intervention vs 22,8% dans le groupe contrôle), mais aussi pour les autres dimensions évaluées [258, 259, 266, 270,271] telles que la qualité de vie, et l'amélioration du fonctionnement global (DMS de 0,53, avec toutefois une hétérogénéité modérée sur ces derniers résultats). La méta-analyse conclut cependant à une efficacité légère mais non significative sur la réduction du risque suicidaire, résultat limité selon les auteurs par le peu de données [134,260] sur la question. Concernant le suivi sur un maximum de 12 mois, les auteurs retrouvent sur deux

études [270,271] une efficacité significativement supérieure de l'intervention par thérapie interpersonnelle en comparaison aux groupes contrôles (DMS de -0,75), en termes de maintien de l'efficacité sur la symptomatologie dépressive.

Une analyse en sous-groupe n'a pas retrouvé de modulation des résultats selon le type de groupe contrôle, le type d'intervention (groupe ou individuelle), ou les critères de définition retenus de l'épisode dépressif caractérisé (épisode dépressif caractérisé selon les critères cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [19], ou symptômes dépressifs selon un score-seuil sur des échelles standardisées).

Les auteurs rapportent une absence d'hétérogénéité concernant la diminution de la symptomatologie dépressive et le taux de réponse, mais un biais de publication, bien que la différence moyenne ajustée maintienne une supériorité de la thérapie interpersonnelle sur les groupes contrôle (DMS de - 0,59). Cependant, cette méta-analyse n'intègre pas les études portant sur une forme adaptée de la thérapie interpersonnelle, telles que les formes groupales, parentale et brève. De la même manière, les résultats quant au suivi à distance se basent surtout sur le modèle préventif IPT-AST de Young [270, 271], dont les études excluent les jeunes atteignant le seuil diagnostique d'épisode dépressif caractérisé.

- La seconde méta analyse [52] regroupe 10 études soit 766 patients, avec 7 études randomisées contrôlées [134, 259, 260, 262,264-266] et 3 études ouvertes [257, 261,263]. Elle retrouve une taille d'effet de 1,19 dans le groupe thérapie interpersonnelle vs 0,58 pour le groupe contrôle, concluant aussi à une efficacité significative de la thérapie interpersonnelle avec une taille-d 'effet modérée. Cette méta analyse n'intègre pas certaines études importantes, et n'évalue pas les résultats concernant le suivi à distance de la thérapie.
- La troisième méta analyse réalisée [53] regroupe 20 études soit 910 patients (avec 10 études randomisées contrôlées, 7 études ouvertes – ces 17 études citées étant celles retrouvées dans notre revue de littérature -, et 3 études de cas). Elle observe également une bonne efficacité de la thérapie interpersonnelle sur la symptomatologie avec cependant une taille d'effet modérée ($d=-0,64$) en comparaison d'un groupe contrôle actif, une efficacité non significative sur les difficultés interpersonnelles, en comparaison d'un groupe contrôle actif, et une taille d'effet importante ($d=2,85$) quant à l'amélioration du fonctionnement général. Par ailleurs, ces travaux retrouvent une efficacité comparable aux thérapies cognitivo-comportementales, avec un nombre d'études trop limité pour tirer des conclusions définitives. Les auteurs de cette méta analyse avancent comme limites la faible taille et qualité variable (dont peu avec un groupe contrôle) de chacune des études incluses, un manque de données à long terme (le suivi maximal étant de une année), et la nécessité d'évaluer quels mécanismes sous-tendent la thérapie devant une absence de différence significative d'efficacité sur les difficultés interpersonnelles, vis-à-vis

d'un groupe contrôle actif. A cette question, deux études apportent quelques éléments de réponses :

- Des auteurs [283] ont établi une revue de littérature importante (incluant 57 études depuis 1971) afin de déterminer les profils de patients sur lesquelles la thérapie interpersonnelle serait le plus approprié. Ils n'ont pas isolé de variable socio démographique significatives. Sur le plan des caractéristiques cliniques des patients et de leurs comorbidités, ils ont retrouvé une efficacité particulière en cas de dépression sévère, mais résultat contrasté selon les études. Le rôle d'une comorbidité anxieuse reste à mieux évaluer en fonction de son intensité. La personnalité évitante relève plus d'une thérapie cognitivo comportementale, la dimension cognitive étant au premier plan dans ce trouble. La thérapie interpersonnelle perdait en efficacité devant une dépression récurrente, résultat que les auteurs expliquent par le fait que les relations interpersonnelles deviennent de plus en plus difficiles au fil des récives. En population adolescente, ils retrouvent, comme dit précédemment [280], une efficacité particulière en cas de conflit amical ou maternel, et de haut niveau de dysfonction interpersonnelle.
- Lemmens et son équipe [284] notent que la plupart des études avancent comme cibles d'action thérapeutiques la réduction ou la résolution des problèmes interpersonnels, la réduction de l'attachement anxieux et de l'évitement, et le rôle de l'alliance thérapeutique. Bien qu'informatives, ces conclusions ne parlent pas de mécanismes car les études en question n'ont pas permis de différencier les causes et les effets. Les auteurs (qui étudient simultanément les mécanismes d'action des thérapies cognitivo-comportementales et interpersonnelles) ont analysé cinq mécanismes potentiels intervenant dans le processus thérapeutique : les pensées dysfonctionnelles, les problèmes interpersonnels, les ruminations, l'estime de soi et l'alliance thérapeutique. Ils ont retrouvé des résultats limités quant à l'implication de ces cinq items, ne pouvant exclure que les effets aient été causés par des changements extra-thérapeutiques dans la vie de la personne et mettant en avant des limitations dans leur conception de l'étude et dans le choix des instruments de mesure. D'autres mécanismes - non évalués dans cette étude - sont potentiellement responsables du changement thérapeutique.

Une deuxième limite concerne le manque de données global à propos du suivi à long terme (et donc concernant les modalités d'un possible traitement de maintenance), les résultats étant pour la plupart des études limités à la durée du traitement, et le suivi d'en général 6 mois, alors que le risque de récive dépressive est approximativement de 40% à deux ans et de 72% à cinq ans après une rémission [115].

Le maintien de cette efficacité dans le temps reste à préciser, les données sur l'efficacité à long terme restant très limitées et devant être étayées par d'autres études afin d'établir d'éventuelles stratégies de maintien telles que des séances de rappels à distance de la prise en charge initiale.

Concernant les études portant sur la prévention de l'épisode dépressif caractérisé chez les patients présentant une symptomatologie infra-syndromique, il serait intéressant de rechercher les facteurs qui pourraient expliquer la stagnation des résultats obtenus après une période de six mois, là où les progrès se poursuivent dans l'autre forme d'intervention par conseil scolaire.

Une troisième limite réside dans le critère d'évaluation (réponse) utilisé dans plusieurs études (cf. tableau 8) et la méta analyse de Pu [51] qui consiste en la baisse d'au moins 50% de la symptomatologie initiale. Il n'est pas sûr que les résultats positifs sur un critère de réponse puissent l'être sur un critère de rémission qui est définie comme une absence de critères pour un épisode dépressif caractérisé actuel et une récupération du fonctionnement antérieur, notamment lorsque l'on connaît l'impact de symptômes résiduels sur le quotidien des patients, en terme de difficultés sociales et interpersonnelles.

On constate également un biais de sélection dû à l'exclusion fréquente dans les études des patients porteurs de comorbidités tels que des troubles des conduites, des consommations de substances psycho-actives. Ces comorbidités sont en l'occurrence souvent présentes chez les adolescents déprimés vus en consultations ambulatoires ou hospitalisés, comme nous l'avons souligné précédemment en s'appuyant sur les études de Yorbik [2] et Grilo [138].

Par ailleurs, afin d'étudier spécifiquement l'efficacité de la thérapie, nous avons exclu dans notre revue les études combinant thérapie interpersonnelle et antidépresseur. Il semble tout de même intéressant de relever que deux études ont évalué la pertinence de cette association chez l'adolescent :

Une première étude pilote de Gunlicks [285] a suivi sur 16 semaines (12 séances de thérapie interpersonnelle) 32 adolescents en comparant quatre stratégies thérapeutiques pour les adolescents répondant insuffisamment à la thérapie initiale (réponse définie par la baisse des symptômes plus de 20% sur l'échelle HRSD à 4 semaines d'évaluation, ou de plus de 40% à 8 semaines d'évaluation) : à quatre semaines de traitement (avec une réponse insuffisante), augmenter le nombre de séances de thérapie interpersonnelle ou ajouter de la fluoxétine, ou bien attendre 8 semaines de réponse insuffisante, pour augmenter le nombre de séances ou ajouter de la fluoxétine. Les auteurs ont conclu que la réponse globale était meilleure lors d'une intervention précoce dès quatre semaines de thérapie (comparé à une intervention à 8 semaines), et que l'augmentation de la fréquence des séances de thérapie interpersonnelle semblait plus efficace que l'adjonction d'un traitement anti-dépresseur, ce à quatre (75% de réponse sur le score CGI en passant par l'intensification de la thérapie contre 50% de réponse en ajoutant de la fluoxétine) comme à huit semaines d'intervention (60% de réponse sur le score CGI avec plus de séances de thérapie interpersonnelle, contre 40% en ajoutant de la fluoxétine).

Une autre étude plus récente des mêmes auteurs [286] compare les mêmes stratégies thérapeutiques, concluant également qu'une adaptation du traitement à 4 semaines pour les patients répondant insuffisamment à la thérapie donnait de meilleurs résultats qu'une adaptation à 8 semaines. Par ailleurs, l'étude n'établit pas de supériorité pour l'une ou l'autre stratégie, à savoir augmenter la fréquence des séances ou bien ajouter de la fluoxétine.

Si la combinaison thérapie interpersonnelle + antidépresseur présente un intérêt dans plusieurs études en population adulte [42,43], les schémas des deux études précédentes [285, 286] ne permettent pas de statuer sur cette association chez l'adolescent, car il s'agit d'études évaluant la pertinence d'une intensification de la prise en charge en fonction d'une réponse initiale. La question d'associer antidépresseur à la thérapie chez l'adolescent nécessite donc d'autres études, randomisées contrôlées, sur de plus grands effectifs, comme ont été faites pour les thérapies cognitivocomportementales [287-289].

Enfin, il nous semblerait pertinent de réaliser d'autres études qui pourraient évaluer d'une part l'efficacité relative de la thérapie interpersonnelle vis-à-vis de la thérapie cognitivo comportementale en fonction des mécanismes sous tendant l'épisode dépressif pour définir des indications plus précises de prise en charge par l'une ou l'autre thérapie, et d'autre part l'intérêt de certaines formes adaptées (groupale, parentale, brève) de la thérapie interpersonnelle classique en fonction des problématiques interpersonnelles (conflits familiaux, isolement quali/quantitatif, transition de rôle) engagées dans le processus de dépression.

4.2) discussion de notre cas clinique et expérience personnelle

Il s'agissait de ma première application des méthodes de thérapie interpersonnelle à l'issue de la formation dispensée durant l'année. De par sa brièveté et sa structure (jeux de rôle, analyse de la communication), cette thérapie m'a semblé très adaptée au patient suivi. S. s'est dit «très satisfait» de nos séances, exprimant une amélioration dès la phase intermédiaire puis une certaine assimilation des techniques en phase finale, en déclarant avoir utilisé les méthodes apprises, lors de ses interactions avec les autres patients du service. Je l'ai trouvé de plus en plus présent et coopératif au fil des séances, avec une capacité de mentalisation croissante en seconde partie de phase intermédiaire.

La phase initiale m'est apparue fluide car le diagnostic de dépression était fait avant de démarrer la thérapie, et le conflit était connu de longue date, j'ai surtout eu une position informationnelle vis-à-vis de S., dans un rôle de psychoéducation. Il a facilement accepté le «sick role» et s'est montré assez proactif. Il s'agissait cependant de le requestionner afin de ne pas éluder un autre diagnostic TIP avec conflit secondaire. L'évaluation du style d'attachement m'a paru contre intuitif. J'avais peu d'expérience clinique pour une

évaluation fine, et je me suis donc fié aux questions apprises en formation [77] avec en complément une auto-évaluation par les autovignettes de Shaver et Hazan. J'étais assez surpris que le style soit estimé comme sécure, dans la mesure où certains comportements rapportés par l'équipe évoquaient un style évitant, avec notamment un défaut de signalement récurrent et une difficulté dans l'expression de ses émotions. De plus, le milieu familial ayant été peu étayant, voire violent durant l'enfance et le début d'adolescence, avec peu de protection, de disponibilité psychique envers S., nous aurions pu légitimement douter d'un style d'attachement sécure. Bien qu'établi comme tel au regard des dires du patient, je me suis efforcé d'anticiper au mieux les difficultés interpersonnelles rencontrées en phase intermédiaire (notamment le défaut de signalement) et de terminaison.

Lors de la phase intermédiaire, j'ai observé chez S. le bénéfice des techniques telles que l'analyse de la communication et du lien. Il s'est montré réceptif et a identifié certaines de ses difficultés de signalement des besoins. Le rythme des séances (contraint par des impératifs institutionnels), deux fois par semaine, a parfois été dense dans l'enchaînement des techniques de la phase intermédiaire. Pour autant, même si il a identifié ce défaut de signalement, S. n'a pas pleinement acquis une capacité de signalement efficace et adéquate. Il aurait fallu que je réserve une séance plus spécifique consacrée au signalement, via jeux de rôle et assignations de tâches. Ces dernières étaient cependant limitées aux temps de permissions, ce qui a réduit le nombre de tâches concrètes avec la mère.

La participation aux jeux de rôles de S. a été assez passive, j'y ai vu des limites concernant sa capacité de décentration et de mentalisation. Il dit que le fait de l'avoir questionné quant à ces capacités l'a ouvert à des éléments de réflexion qu'il n'aurait pas envisagé seul. Je lui ai proposé une séquence supplémentaire en fin de phase intermédiaire (séance 9), ce qu'il a refusé, déclarant ne pas en avoir besoin. Je ne lui ai pas imposé de refaire des jeux de rôle lors de cette séance, car il restait sur un échec quant au fait de recontacter son ami, or il aurait fallu retravailler directement en jeu de rôle, en définissant des critères de réussite simples et précis. Le fait de renouer des liens amicaux concrets lui aurait permis de se décentrer un peu de ses difficultés personnelles et d'augmenter sa capacité à identifier les états émotionnels et besoins d'autrui.

Les assignations de tâches ont été limitées par la dynamique institutionnelle : le patient participant à des médiations (ateliers) au sein du service, je n'ai pas établi de tâches sur celles-ci mais plutôt sur l'extérieur lors des weekends. Je n'ai donc pas pu évaluer plus précisément sa proactivité sur plusieurs tâches ou semaines. Cependant, celle consistant à contacter son ami n'a pas été réalisée car mon assignation n'était pas de bonne qualité, je suis en effet resté trop flou sur les conditions de mise en pratique. J'aurai pu préparer les assignations de tâches en jeu de rôle sans le laisser dans l'évitement (ce qui m'a requestionné sur son style d'attachement). De plus, je n'ai pas souhaité axer le réinvestissement de liens amicaux sur les autres patients du service, dont les problématiques étaient très hétérogènes, avec un risque de déstabiliser la dynamique groupale et institutionnelle.

Une assignation de tâche simple aurait pu être de demander à S. de questionner sa mère sur ses attentes dans une relation mère-fils. Sa mère aurait peut-être évoqué un besoin de camaraderie/plaisir qui pouvait déboucher sur une activité de loisir avec S.

S. se montrant assez réticent à la reprise d'activités de loisirs communes visant à renforcer ses liens avec sa mère, je n'ai pas eu de visibilité quant aux dispositions psychiques de celle-ci.

Je note cependant que la tâche consistant à planifier ses activités de weekend avait pour moi une dimension comportementale de prime abord. Contrairement à la thérapie cognitivo-comportementale où la tâche sert à la remise en cause du postulat de base (par une exposition), il s'agissait ici de concrétiser ce que S. avait compris du fonctionnement du lien interpersonnel : tenir compte des attentes maternelles et ainsi augmenter la disponibilité maternelle quant aux besoins de S, ce qui a permis un certain apaisement dans la communication avec sa mère en répondant au besoin de soutien instrumental de celle-ci, ainsi que de redonner plus de liberté à S.

J'aurais souhaité mieux structurer la phase finale afin de m'assurer que S. avait acquis des capacités plus solides pour généraliser ses acquis, mais j'ai eu l'impression de manquer d'expérience clinique à ce moment de la thérapie. Des séances de rappel à distance m'ont semblé souhaitables.

4.3) autres champs d'application de la thérapie interpersonnelle chez les adolescents

On pourrait considérer à la lecture des études (excluant les diagnostics de dépression bipolaire et de dépression psychotique) et des techniques (appliquées sur seulement quatre situations diagnostiques) que les thérapies interpersonnelles ne sont indiquées que dans les pathologies « légères » comme un épisode dépressif caractérisé unipolaire, réactionnel et circonscrit dans le temps. Selon la New Freedom Commission on Mental Health (étude approfondie du système de prestation de services de santé mentale aux États-Unis réalisée en 2003), sont considérés comme sévères les troubles entraînant un dysfonctionnement persistant au moins deux années dans le fonctionnement social (travail, scolarité, capacité à élever des enfants), les relations interpersonnelles ou l'aptitude à s'occuper de soi et être autonome. Ce critère de gravité se fonde donc sur le retentissement de la pathologie. Les pathologies graves sont d'après ces considérations représentées par la schizophrénie, le trouble schizoaffectif, le trouble bipolaire, l'épisode dépressif caractérisé [290]. La thérapie interpersonnelle s'applique donc sur deux diagnostics de pathologie grave (épisode dépressif caractérisé et trouble bipolaire), mais aussi sur d'autres troubles psychiques au retentissement fonctionnel lourd tel que les troubles du comportement alimentaire, ou les troubles de la personnalité de type limite, où la composante interpersonnelle est non négligeable. Pour la schizophrénie, on peut supposer à la fois des intérêts et des limites, en théorie. Intérêts liés au caractère désocialisant de la psychose, à l'isolement, à l'incompréhension du fonctionnement social. Limites liées à l'état clinique du patient (syndrome délirant, dissociatif), aux défauts de mentalisation, à l'accès aux soins

spécifiques pour cette population. Aucune étude n'a évalué la thérapie interpersonnelle dans cette indication à ce jour.

4.3.1) adolescentes et grossesse

Chez l'adulte, la thérapie interpersonnelle présente un intérêt particulier dans les cas de dépression de la grossesse et du post-partum, qui touche environ 5 à 10% des femmes [291] : plusieurs méta analyses rapportent une efficacité à la fois préventive [292,293] et curative [293-296] pour la dépression périnatale. Elle est citée comme efficace et recommandée dans les travaux de l'American Psychiatric Association et de l'American College of Obstetricians and Gynecologists [297]. Dans la perspective interpersonnelle, la grossesse et la naissance induisent des remaniements des liens (avec le père et le bébé), et peuvent être conceptualisées comme une transition de rôle, vers la maternité, puis vers la parentalité : la grossesse peut répondre à un besoin d'accomplissement et d'appartenance, mais amplifier transitoirement d'autres besoins, notamment physiologiques, de sécurité, émotionnels ou instrumentaux, sollicitant la disponibilité de l'entourage et en particulier du futur père. De même, la naissance du bébé engendre une répartition différente de la disponibilité au sein du couple, l'attention devant se focaliser sur le bébé parfois au détriment du couple lui-même. Devant la prévalence élevée de la dépression chez les adolescentes enceintes (26 à 44%, avec une sur-représentation dans les populations à bas niveau socioéconomique [257]), l'équipe de Miller [257] a proposé deux études pilotes qui évaluaient l'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans cette indication, en tenant compte du fait qu'une dépression périnatale pouvait faire le lit d'une dépression du post partum, affaiblissant le lien mère-enfant et le style d'attachement chez l'enfant. Ses travaux s'appuient sur des données montrant que la dépression chez les adolescentes enceintes peut être associée à des facteurs de stress interpersonnels graves tels que des conflits ou rejets parentaux, et de possibles ruptures relationnelles avec le père du futur bébé, durant la grossesse [291]. De même, l'adolescente enceinte vit des limitations prématurées de la liberté, une responsabilité accrue, un éloignement des centres d'intérêt de ses pairs, l'adoption d'une perspective hétéro-centrée, une difficulté potentielle à mobiliser des ressources psychologiques ou financières, et des défis pour atteindre des objectifs éducatifs antérieurs en terme d'études. L'efficacité retrouvée dans son étude a été confirmée par une autre étude pilote [298] évaluant cette fois ci une forme brève de thérapie interpersonnelle (9 séances) dans cette indication.

L'utilisation de la thérapie interpersonnelle permet aussi de prévenir les conséquences de la dépression chez l'enfant [299], à travers de meilleures attitudes parentales, et moins de styles d'attachement désorganisés.

4.3.2) troubles des conduites alimentaires

D'après Atger et Corcos :

Plusieurs travaux font apparaître une incidence élevée de l'attachement insécuré chez les sujets présentant des troubles des conduites alimentaires. Les patientes anorexiques présentent souvent un style d'attachement « évitant ou détaché » et les boulimiques un style « ambivalent ou préoccupé ».

[300]

Plusieurs études ont donc évalué la pertinence de la thérapie interpersonnelle dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, en considérant que les conduites pathologiques étaient associées à des perturbations du fonctionnement interpersonnel [301-302] : en effet, les difficultés interpersonnelles générant des affects douloureux, le patient souffrant de boulimie ou de « binge eating disorder » se précipite avec perte de contrôle (subjective) sur l'alimentation par stratégie d'adaptation pour réduire l'affect douloureux. Cette conduite en elle-même s'associant souvent à de la culpabilité et de la honte, ainsi qu'une majoration de l'isolement par auto-stigmatisation, qui exacerbe les difficultés interpersonnelles.

En phase initiale, on observe que le patient est souvent conscient de ses troubles, et est centré sur ses symptômes, dont il a du mal à établir le lien avec ses relations interpersonnelles. Le thérapeute pose un diagnostic TIP : il s'agit généralement de l'isolement social, ou du conflit. Le sick role et le contrat portent sur la nécessité de prendre conscience des émotions et de travailler sur les dysfonctionnements interpersonnels, et non sur les symptômes alimentaires [77].

En phase intermédiaire, la clarification sera importante, sur le plan émotionnel (mentalisation) et factuel (identification des situations interpersonnelles corrélées aux conduites alimentaires). Un agenda de l'humeur peut être réalisé pour que le patient relie ses états émotionnels aux crises.

Rieger propose [302] une modélisation de thérapie interpersonnelle spécifique en théorisant une auto-évaluation sociale négative (perception négative de sa valeur aux yeux d'un individu ou groupe d'individus) jouait un rôle pivot à la fois en tant que cause et conséquence des troubles du comportement alimentaire.

La majorité des études ont été menées en population adulte, évaluant dans la boulimie l'efficacité de la thérapie interpersonnelle (forme adaptée) versus thérapie cognitivo-comportementale sous formes individuelles [303] ou groupales [304, 305, 306] ou brèves [307], dans l'anorexie [308, 309], ainsi que dans les troubles du comportement alimentaire non spécifiés [304, 306]

Chez l'adolescent une étude pilote a été menée sur 38 jeunes présentant un excès de poids avec et sans conduites boulimiques. A l'issue de ce programme de soin basé sur des techniques de thérapie interpersonnelle, seule une jeune femme présentait une prise de poids [310].

Deux études contrôlées randomisées [311,312] retrouvaient par ailleurs une supériorité de la thérapie interpersonnelle adaptée sur la simple éducation alimentaire, en prévention de la prise de poids.

Une revue de littérature [313] a été publiée en 2018, regroupant 15 articles, et les auteurs en tirent les conclusions suivantes : pas de différence significative entre thérapie interpersonnelle et thérapie cognitivo-comportementale en tant que monothérapie dans l'anorexie, moindre efficacité de la thérapie interpersonnelle par rapport à la thérapie cognitivo-comportementale en monothérapie dans la boulimie, mais durée de rémission plus longue à l'issue d'une thérapie interpersonnelle avec donc une efficacité similaire sur le moyen/long terme. La thérapie interpersonnelle amène d'après cette revue à des améliorations cliniques plus tardives, mais tend à maintenir une efficacité sur le long terme. De plus amples études sont nécessaires en population adolescente, mais la thérapie interpersonnelle semble être une piste intéressante dans la prise en charge globale de ces troubles au vue des mécanismes attachementistes et interpersonnels engagés.

4.3.3) trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité (TDAH)

Le TDAH regroupe un spectre de dysfonctionnements comportementaux, cognitifs et émotionnels s'articulant autour de trois symptômes principaux : l'impulsivité, l'hyperactivité motrice et l'inattention [314]. Son impact social et scolaire est non négligeable [315]. Les études utilisant la 4ème édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [316] montrent une prévalence de 3,5% en population générale d'âge scolaire en France [317].

Des travaux portent depuis de nombreuses années sur l'importance de l'environnement social et des relations interpersonnelles des enfants souffrant de cette pathologie [318]. Aussi, Kochman [319], a proposé une forme adaptée de la thérapie interpersonnelle, « FF-ADHD-IPT », se composant de 16 séances, impliquant la famille et l'école. L'auteur décrit cette forme spécifique :

Les trois premières séances se déroulent idéalement à l'école, et sont consacrées à la psychoéducation de l'enfant et des parents. Les dix suivantes sont des séances intermédiaires, centrées sur un des domaines classiques de la thérapie interpersonnelle : travail sur les transitions de rôle, par exemple l'exclusion de l'école, et sur les conflits du jeune avec sa fratrie ou ses parents. On peut également travailler sur le déficit interpersonnel, puis les conflits, et apporter des moyens à l'enfant et aux parents de désamorcer des crises, que ce soit grâce à l'analyse de la communication, à la clarification des émotions, etc. Enfin, les trois dernières sont consacrées à la conclusion de la psychothérapie, et à la projection dans l'avenir. [319]

Des études sont nécessaires afin d'évaluer l'applicabilité et l'efficacité de cette forme spécifique.

4.3.4) trouble bipolaire

Les thérapies interpersonnelles ont été adaptées chez l'adulte dans le cadre des troubles bipolaires, sous le nom de TIPARS [320-322] (thérapie interpersonnelle avec aménagement des rythmes sociaux, ciblant les rythmes sociaux) afin de les ajuster aux besoins physiologiques de l'individu et de stabiliser l'humeur. Cette forme spécifique de thérapie est à ce titre recommandée dans le trouble bipolaire en aigu ou en maintenance. Elle englobe les éléments classiques (phase initiale, liens interpersonnels problématiques). Le patient peut n'avoir aucun dysfonctionnement patent, le travail s'axe alors sur les rythmes sociaux, ce qui revient à travailler la disponibilité du patient pour les interactions sociales. Les objectifs principaux sont d'augmenter la vitesse de récupération des épisodes, le fonctionnement psychosocial, et d'allonger les délais entre les rechutes, les médicaments étant parfois insuffisant pour obtenir une rémission complète et une prévention des récurrences efficace [323,324]. Les principales cibles de la thérapie vont être les vecteurs de stress interpersonnels (l'idée étant pour le patient d'établir un agenda de l'humeur afin d'avoir des contacts interpersonnels de qualité, en lien avec une bonne disponibilité psychique, avec comme corollaire le rythme veille/sommeil, les rythmes sociaux et, le rythme circadien (via des synchroniseurs non interpersonnels tels que le rythme lever/coucher, les rituels d'endormissement et de sommeil afin d'en préserver leur qualité, l'alternance école/week end/vacances, et des synchroniseurs interpersonnels tels que les repas, les loisirs), et les problèmes d'observance thérapeutique. On peut aussi établir que le trouble bipolaire en lui-même constitue une altération chronique de l'humeur, en tant que diagnostic TIP de transition de rôle, pour aider le patient à se dissocier de la maladie. La TIPARS se structure en 16 à 18 séances, sur 20 semaines. Plusieurs auteurs ont retrouvé que 50% des troubles bipolaires se révélaient avant 19 ans [325, 326]. Ces approches techniques ont été conceptualisées pour l'adolescent notamment par Hlastala [327] et ont fait l'objet de plusieurs études ouvertes pilotes, retrouvant de bons résultats sur les différents symptômes en aigu [328], ainsi qu'un effet préventif (maintenu à 6 mois de suivi) chez les patients à risque du fait d'un antécédent parental au premier degré de bipolarité [329,330]. Bien que ces premiers résultats soient prometteurs, il est difficile de statuer sur l'efficacité de la TIPARS chez l'adolescent dans l'absolu, les résultats retrouvés en aigu pouvant être expliqués par la coprescription de thymorégulateurs et par d'autres facteurs affectant l'histoire naturelle de la maladie. De plus amples études contrôlées sont donc nécessaires.

4.3.5) trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle

D'après Masi [334] (reprenant les travaux de Goldstein et Birmaher [331]), « l'attribution du diagnostic de bipolarité en pédopsychiatrie a particulièrement augmenté ces dernières années, en particulier aux États-Unis où les données épidémiologiques ne montrent pas d'augmentation de prévalence ». Certains auteurs ont défini la manie pédiatrique par la présence d'une irritabilité chronique, sans que l'élévation de l'humeur ou les idées de grandeur ne soient nécessairement présentes, ce qui a fait varier considérablement les estimations de prévalence du trouble bipolaire en population pédiatrique [332]. Le groupe de travail sur les troubles de l'humeur en pédopsychiatrie du DSM-5 s'est penché sur l'intérêt de réévaluer les limites du diagnostic de bipolarité car chez beaucoup d'enfants

diagnostiqués bipolaires les types de symptômes différaient des symptômes habituels de bipolarité [333]. Beaucoup d'enfants en souffrance n'ont pas reçu de diagnostic car ils étaient atteints d'un trouble qui n'avait pas encore été défini. « La notion de dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère (DES) paraissait alors pertinente pour décrire la symptomatologie de ces enfants » (Masi, [334]).

La dysrégulation sévère de l'humeur (Severe Mood Dysregulation, SMD) est donc un concept clinique proposé par Leibenluft [335] pour différencier les difficultés émotionnelles chroniques du trouble bipolaire. La prévalence varie largement selon les types de population. La cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [19] a nommé ce trouble Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD). Dans la littérature francophone, on retrouve le terme de dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère (DES).

Les critères diagnostiques fondamentaux [336] sont (1) une humeur chroniquement anormale avec une irritabilité présente quasiment en permanence et (2) une hyperréactivité aux stimuli négatifs avec des crises de colère (au moins trois par semaine), celles-ci comprennent des manifestations verbales et comportementales qui sont des réactions disproportionnées en termes de durée et d'intensité par rapport à la situation qui les a provoquées. « Ces enfants présentent donc un tableau clinique de troubles disruptifs qui exprime en réalité une pathologie de l'humeur internalisée, marquée par une instabilité thymique associée à une dysphorie. Ces « rages » caractérisent donc un nouveau type spécifique de trouble de l'humeur chez l'enfant » [334]. Le début des troubles apparaît avant 12 ans et la durée d'évolution est d'au moins un an

Notons que si le DES n'est pas une prédisposition pour un trouble bipolaire, il l'est pour les troubles dépressifs apparaissant précocement à l'âge adulte [337]. Toujours selon les travaux de Masi :

Le diagnostic de DES vise à distinguer ces enfants de ceux souffrant de troubles bipolaires et à éviter d'attribuer à tort un diagnostic de troubles des conduites, aux conséquences préjudiciables d'un point de vue sociétal et thérapeutique » (Masi, [334]). En effet, les enjeux de la prise de conscience de l'existence du DES sont majeurs pour la prise en charge, notamment médicamenteuse. [334]

En population générale américaine, la prévalence du SMD chez des sujets âgés entre 9 et 19 ans est de 3,3 % (1,8 % des sujets ayant une forme sévère), et est associé à des comorbidités significatives : 26,9 % de TDAH, 25,9 % de trouble des conduites, 24,5 % de trouble oppositionnel avec provocation, 14,7 % de troubles anxieux et 13,4 % de troubles dépressifs [334].

En population clinique les troubles comorbides sont particulièrement fréquents : 93,8 % de TDAH, 84,4 % de trouble oppositionnel avec provocation et 46,9 % de troubles anxieux [334].

Les études récentes se sont surtout attachées à différencier le SMD du trouble bipolaire du sujet jeune.

Les crises étant le symptôme dominant, une approche comportementale a été privilégiée dans un premier temps [338], mais leur impact négatif sur le fonctionnement interpersonnel (familial et/ou scolaire), nous laisse à penser que l'amélioration des relations peut constituer une cible thérapeutique. Dans la littérature, une étude de cas employant la thérapie interpersonnelle dans cette indication (avec un format adapté sur 20 séances) montre des bénéfices potentiels [338]. Une étude pilote randomisée [339] retrouve aussi des résultats encourageants sur 19 patients, mais cette efficacité demande à être documentée par d'autres études complémentaires.

4.3.6) trouble de personnalité limite

Ce diagnostic de trouble de la personnalité limite est souvent cité à l'adolescence mais il n'est pas homogène et recouvre des entités cliniques variées – que nous ne détaillerons pas ici-, engendrant une confusion avec d'autres pathologies et des difficultés diagnostiques. Selon Braconnier :

Les troubles affectifs ou de comportement au cours de l'enfance risquent de favoriser à l'adolescence un mode inadapté et persistant de pensées, d'actes, de sentiments pouvant retarder ou bloquer l'accès à une personnalité mature et être ainsi le lit dès l'adolescence de l'organisation progressive d'un trouble de la personnalité. [340]

Se pose ainsi la question de la persistance ou non d'une « personnalité borderline » à l'âge adulte chez un sujet présentant des symptômes borderline à l'adolescence [341].

Pour Auffret et son équipe de pédopsychiatres :

Ce trouble connaît un regain d'intérêt ces dernières années avec la remise en cause de la classification nosographique catégorielle au profit d'une approche dimensionnelle. Les limites entre trouble de la personnalité limite avéré et symptomatologie borderline à l'adolescence semblent difficiles à établir du fait de l'hétérogénéité des symptômes, des critères diagnostiques moins uniformes que chez l'adulte, du manque de spécificité et du chevauchement avec les troubles co-morbides associés. Le trouble de personnalité implique, par définition, une certaine fixité et une inscription dans la durée. En cela, les critères diagnostiques du trouble de personnalité sont identiques à l'adolescence ou à l'âge adulte et, en particulier, le critère temporel. Or les symptômes à l'adolescence sont plus variables et plus changeants qu'à l'âge adulte. [342]

Face à cette difficulté à établir des critères diagnostiques stricts, Auffret et son équipe ont cherché à travers une étude rétrospective à mieux définir la symptomatologie et les contours du trouble de la personnalité de l'adolescent en identifiant des profils cliniques homogènes en fonction de leur psychopathologie [342]. Parmi les 823 adolescents (hospitalisés ou suivis en ambulatoire), 14,2 % ($n = 117$) présentaient un trouble de personnalité, dont 2/3 de filles ($n = 79$) et 1/3 de garçons ($n = 38$) (âge moyen : 15 ans et demi).

A l'issue de leurs travaux, les auteurs expliquent que :

La prévalence du trouble de personnalité limite était de 9 % en ambulatoire et 19,4 % en hospitalisation. L'analyse en cluster a permis d'identifier trois profils cliniques différents :

- le trouble de personnalité limite constitué (17 %) avec une symptomatologie sévère, des manifestations intrapsychiques et une inhibition relationnelle, et dont le sentiment de vide pourrait être le témoin de l'échec des attachements précoces
- la crise *borderline* à l'adolescence (35 %) avec des symptômes moins sévères et moins d'impulsivité
- le trouble *borderline* expressif labile (48 %) où l'on retrouve plus de filles avec des manifestations comportementales, s'exprimant par une bonne verbalisation émotionnelle et une meilleure adaptation sociale. [342]

De même, Botbol distingue deux situations bien distinctes, à savoir :

- Les états limites d'attente, avec soit les cas au système fluide, où la question de la crise d'adolescence reste ouverte malgré la gravité des manifestations symptomatiques, ou soit les patients pour qui la structure psychotique est encore douteuse (schizophrénies au sens large, mais dont l'évolution après une décompensation délirante plus ou moins résolutive va permettre assez vite de reconsidérer le diagnostic).
- Les états limites structurés de façon suffisamment stable et rigide. Le processus d'adolescence est alors interrompu par le processus pathologique, avec comme espoir que le travail de psychothérapie puisse permettre une reprise de ce processus. [343]

Plusieurs études se sont intéressées à la prise en charge interpersonnelle de ce trouble chez l'adulte [344-347], du fait principalement de l'altération des cognitions sociales et de l'instabilité du lien générée, ciblant ces éléments, et retrouvant une bonne efficacité à la fois dans l'épisode dépressif associé, ou bien dans les difficultés intrinsèques au trouble de personnalité limite lui-même. « La prise en charge interpersonnelle est complexe du fait des grandes difficultés de mentalisation de ces patients, avec un vécu anxigène du lien interpersonnel » (Neveux [77]) qu'ils vont tester au long de la thérapie, un style d'attachement insécure [140], et un isolement qualitatif fréquent. Pour remédier à cette

insécurité du lien, le nombre de séances est augmenté avec un cadre thérapeutique parfaitement défini dans le contrat (afin d'assurer la prévisibilité), en particulier avec une phase initiale longue permettant de bien expliquer le lien et le rapport entre dysfonctionnement interpersonnel/ difficultés émotionnelles. La clarification émotionnelle ainsi que l'analyse du lien seront essentiels, avec un travail de mentalisation de l'univers psychique du patient et de celui de l'interlocuteur à travers la décentration [77], et une attention particulière à la qualité du signalement. Comme nous l'évoquons ci-dessus, des symptomatologies similaires au trouble borderline sont bien identifiées chez l'adolescent. Face à ces symptômes les thérapies interpersonnelles sont a priori intéressantes mais il n'y a à ce jour aucune publication spécifique à cette population dans la littérature scientifique.

Il est cependant intéressant de relever que, devant la fréquence des conduites d'attaque du corps à l'adolescence et particulièrement chez ce profil de patients, une étude a évalué l'efficacité de la thérapie interpersonnelle spécifiquement face aux scarifications en population adolescente. Le thérapeute est en effet très souvent confronté aux passages à l'acte de toute nature, « particulièrement les automutilations au sens large, conduite motrice de décharge endommageant d'une façon ou d'une autre le corps propre » (Botbol, [342]).

Jacobson et Mufson ont proposé une forme de thérapie interpersonnelle adaptée dans le cadre très particulier des scarifications (non-suicidal self-injury). Dans leur article [348], ces auteurs postulent que la majorité des phénomènes d'automutilation interviennent sur un terrain d'affects douloureux (dépression, anxiété, hostilité) et de difficultés relationnelles (en particulier de communication ou d'instabilités), lors d'un stress interpersonnel (conflit, vécu d'abandon). L'objectif était donc de vérifier la réduction de ces comportements après un format adapté de thérapie interpersonnelle. Ils illustrent leur approche par le cas clinique d'une jeune femme de 18 ans souffrant de dépression associée à des scarifications, chez qui ils observent en particulier une grande difficulté de mentalisation et d'expression des émotions. Ils constatent une efficacité de cette forme adaptée à la fois sur la dépression, et les comportements auto agressifs, la patiente maintenant l'amélioration durant les 6 mois ayant suivi la psychothérapie. Bien qu'aucun protocole validant n'existe à ce jour, les travaux des auteurs insistent sur l'intérêt de ce type de prise en charge concernant les comportements d'automutilation.

CONCLUSION

Cette conclusion n'est ni un résumé ni un bilan des études sur les thérapies interpersonnelles. Elle propose quelques éléments de réflexion liés à mes lectures de recherche et à ma pratique professionnelle récente en tant qu'interne.

C'est en partant d'une hypothèse biologique qu'une équipe de chercheurs a conduit à la fin des années 1960 une étude clinique visant à comparer l'efficacité relative de la psychothérapie par rapport aux antidépresseurs dans le traitement des épisodes dépressifs. Les résultats ont mis en évidence de manière inattendue selon les auteurs l'importance de la dimension psychosociale et interpersonnelle dans l'apparition des symptômes de dépression. L'équipe de recherche était composée d'une assistante sociale, issue d'un secteur professionnel où l'on connaît le poids des déterminismes sociaux, des conflits familiaux, des relations sociales restreintes et des événements de vie subis. C'est le sentiment que j'ai eu moi-même en particulier depuis mon internat en psychiatrie, et au fur et à mesure des anamnèses de patients. A priori intéressé par tous les courants de la psychiatrie et conscient des apports relatifs de chacun, j'ai souhaité complémentarément à la formation dispensée dans le cursus général suivre une formation en thérapie interpersonnelle. Mes 6ème et 7ème stages d'internat en pédopsychiatrie m'ont par ailleurs donné l'occasion de suivre plusieurs adolescents aux symptômes dépressifs que l'on pouvait aisément mettre en parallèle avec des dysfonctionnements interpersonnels. Au moins trois des quatre diagnostics interpersonnels m'apparaissent pertinents : conflits, transition de rôle, isolement. Le suivi du patient évoqué dans le cas clinique m'a permis de mettre en pratique la méthodologie de la thérapie interpersonnelle et parallèlement m'a conduit à approfondir mes connaissances du domaine : étude des sources théoriques, examens des principaux modèles explicatifs de la dépression chez l'adolescent, application de la thérapie interpersonnelle à la dépression et à d'autres pathologies.

Les sources théoriques sont pluridisciplinaires : psychologie sociale, communication, éthologie, psychologie de l'enfant, psychanalyse, psychologie cognitive. Ces différentes approches disciplinaires sont sollicitées partiellement et de manière complémentaire. Deux concepts centraux s'en dégagent : au plan étiologique le concept d'attachement, au plan plus opérationnel, le concept d'interpersonnel.

En revanche, les principaux modèles explicatifs de la dépression à l'adolescence – behaviorisme, modèle cognitif, analytique, systémique, intégratif (biopsychosocial) – ne sont pas tous complémentaires. Ils introduisent à la complexité de la pathologie. Les complémentarités entre les modèles comportementalistes, cognitifs, et systémiques, sont certaines. Celles concernant les approches biologiques et psychanalytiques semblent moins conciliables si l'on en juge dans le cas de la France par la teneur des débats mais surtout les

oppositions épistémologiques et théoriques qu'ils suscitent parfois. L'état actuel de nos connaissances et de nos expériences professionnelles ne nous a pas permis dans le cadre de ce travail de les approfondir. Les auteurs anglo-saxons minimisent ces oppositions théoriques, et apportent des réponses pragmatiques : le bon diagnostic, la bonne indication, le bon thérapeute.

Concernant les thérapies interpersonnelles, j'ai d'emblée été frappé par le nombre considérable de publications scientifiques sur le sujet (plus de 28000 articles). Les critères d'inclusion que j'ai retenu compte tenu des spécificités du sujet a conduit à retrouver 572 articles pertinents et à identifier 17 études portant sur l'efficacité clinique de la thérapie interpersonnelle dans la dépression de l'adolescent. Cette revue de la littérature nous a permis de conclure à l'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans la dépression de l'adolescent en phase aiguë ou préventive, et en termes de fonctionnement social et interpersonnel. Certains éléments nous conduisent cependant à prendre la mesure de la complexité du problème au plan méthodologique et à relativiser le propos : variabilité des échelles de mesure psychométriques, hétérogénéité relative des tailles et compositions d'échantillons, variabilité des contextes culturels, variabilité des caractéristiques des groupes contrôle (suivi clinique, suivi social, intervention par thérapie cognitivo comportementale, thérapie interpersonnelle de groupe, intervention associant les parents), quantification qui ne rend que partiellement compte de la complexité des problématiques adolescentes. Notre observation clinique même si elle n'a qu'une valeur idiosyncratique, nous a confortés dans l'idée que le cadre méthodologique, par sa relative simplicité et sa précision, a permis d'adopter un rôle actif de thérapeute et de développer une alliance thérapeutique à effet de soulagement certain pour le patient.

Plus généralement, à l'occasion des deux stages d'internat en pédopsychiatrie, j'ai pu constater et apprécier les multiples ressources que les adolescents savent mobiliser dans des situations pourtant critiques.

Nous terminerons donc ce propos par une note optimiste empruntée à Cabanis, la puberté comme « printemps de la vie » et à Anatole France « une vie réussie est un rêve d'adolescent réalisé à l'âge adulte ».

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Haute Autorité de Santé (2014), Recommandations de bonnes pratiques : Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et soins en premier recours. Mis en ligne le 15 décembre 2014, disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours
- 2) Yorbik O., Birmaher B., Axelson D., et al. (2004). Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1654-9
- 3) Richmond T.K., Rosen D.S. (2005). The treatment of adolescent depression in the era of the black box warning. *Current Opinions in Pediatrics*, 17 (Suppl. 4), 466-472
- 4) Varley C.K. (2003). Psychopharmacological treatment of major depressive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 290(8), 1091-3
- 5) World Health Organization, Health for the world's adolescents, mis en ligne le 14 mai 2014, disponible sur https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/second-decade/en/
- 6) Zhou X., Hetrick S.E., Cuijpers P. et al. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 14(2), 207-22
- 7) National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care. Mis en ligne le 26 septembre 2005, disponible sur <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28>
- 8) Klerman G.L., DiMascio A., Weissman M., et al. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 131, 186–191
- 9) Weissman M. (2006). A Brief History of Interpersonal Psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36:8, 553-557
- 10) Cuijpers P., Geraedts A.S., van Oppen P., et al. (2001). Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 168 (6), 581-592

- 11) Mello de M.F., Jesus Mari J., Bacaltchuk J. et al. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255 (2), 75-82
- 12) Mufson L., Moreau D., Weissman M.M., et al. (1991). Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: Description of modification and preliminary application, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30 (4), 642-651
- 13) Leblanc J., Streit U. (2008). Origines et description de la Psychothérapie interpersonnelle (PTI). *Santé mentale au Québec*, 33, (2), 31-47
- 14) Haute Autorité de Santé (2017), Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours, mis en ligne le 8 novembre 2017, disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
- 15) Kuhn R. (1957). Du traitement des états dépressifs par un dérivé de l'iminodibenzyle (G 22355). *Revue Médicale Suisse*;89, 35-6
- 16) Kuhn R. (1958). The treatment of depressive states with G-22355 (imipramine hydrochloride). *American Journal of Psychiatry*;115, 459-64
- 17) Kuhn R. (1970). The imipramine story. Ayd F, editor. Philadelphia: JB Lippincott, 205-17
- 18) American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition
- 19) American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition
- 20) Beck A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. Hoeber edition, New York
- 21) Paykel E. S., Weissman M., Prusoff B. A., et al. (1971). Dimensions of social adjustment in depressed women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 152(3), 158-172
- 22) Weissman M.M., Bothwell S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*; 33(9), 1111-5

- 23) Weissman M.M., Prusoff B., Di Mascio A. et al. (1979). The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *American Journal Psychiatry*, 136, 555-558
- 24) Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.J., et al. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books; New York
- 25) Weissman M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York, NY, US: Basic Books
- 26) Markowitz J. C., Klerman, G. L. (2006). *Guide de psychothérapie interpersonnelle*, Trad. Patry, S. et al. Aquarium Media, Montréal
- 27) Hovaguimian T., Markowitz J.C. (2002). *La psychothérapie interpersonnelle de la dépression*. Genève, Médecine et Hygiène
- 28) Weissman M. M, Markowitz J. C., Klerman G. L. (2007) *Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Oxford University Press
- 29) Hovaguimian T. et Markowitz J. (2006). La formation en psychothérapie interpersonnelle, De sa conception aux USA à son adaptation à Genève. *Psychothérapies* 2006/4 (Volume 26), 221-232
- 30) Markowitz J. (2006) Adaptations of interpersonal psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36, 8, 559-564
- 31) Mufson L., Moreau D., Weissman M.M., et al. (1993). *Interpersonal Therapy for Depressed Adolescents*. New York, Guilford Press
- 32) Mufson L., Moreau D., Weissman M.M., et al. (1991). Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: Description of modification and preliminary application. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*; 30 (4), 642-651
- 33) Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, General Effectiveness of Treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 11, 971-982
- 34) Organisation Mondiale de la Santé : la dépression (2017). Aide-mémoire N°369, disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- 35) National Institute for Health and Clinical (2009), Excellence clinical guideline for the treatment of Depression in adults: recognition and management, disponible sur <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>

- 36) American Psychiatric Association (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*;157(4 Suppl), 1-45
- 37) Cuijpers P., Donker T., Weissman M.M., et al. (2016). Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*;173(7):680-7
- 38) Van Hees M.L., Rotter T., Ellermann T., et al. (2013). The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *BMC Psychiatry*;13:22.
- 39) Lampe L., Coulston C.M., Berk L. (2013). Psychological management of unipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 127(Suppl. 443), 24–37
- 40) Lemmens L.H., Arntz A., Peeters F. et al. (2015). Clinical effectiveness of cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for depression: results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*;45(10), 2095-110
- 41) Ekeblad A., Falkenstrom F., Andersson G., et al. (2016). Randomized Trial of Interpersonal Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Major Depressive Disorder in a Community-Based Psychiatric Outpatient Clinic. *Depression and Anxiety*; 33(12), 1090-1098
- 42) Souza L.H., Salum G.A., Mosqueiro B.P., et al. (2016). Interpersonal psychotherapy as add-on for treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*; 193:373-80
- 43) Schramm E., Schneider D., Zobel I., et al. (2008). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy plus pharmacotherapy in chronically depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders*;109(1-2), 65-73
- 44) Weitz E., Hollon S.D., Kerkhof A., et al. (2014). Do depression treatments reduce suicidal ideation? The effects of CBT, IPT, pharmacotherapy, and placebo on suicidality. *Journal of Affective Disorders*;167, 98-103
- 45) Frank E., Kupfer D.J., Wagner E.F. et al. (1991). Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1053-1059
- 46) Frank E., Kupfer D.J., Buysse D.J., et al. (2007). Randomized Trial of Weekly, Twice-Monthly, and Monthly Interpersonal Psychotherapy as Maintenance Treatment for Women With Recurrent Depression, *American Journal of Psychiatry*; 164(5): 761–767

- 47) Haute Autorité de Santé (2002). Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire, Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 20 mai 2002, disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_608233/fr/prise-en-charge-d-un-episode-depressif-isole-de-l-adulte-en-ambulatoire-cette-recommandation-a-ete-actualisee-en-octobre-2017
- 48) Haute Autorité de Santé (2007). Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte. Mis en ligne en avril 2007, disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_607702/fr/prise-en-charge-des-complications-evolutives-d-un-episode-depressif-caracterise-de-l-adulte
- 49) Tremey A., Courtyl E., Jalenques S. (2016). Synthèse critique des recommandations internationales de traitement de la dépression chez l'adolescent. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 174, Issue 5, 389-392
- 50) Hetrick S.E., McKenzie J.E., Cox G.R., et al. (2012). Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Review*;11:CD004851.
- 51) Pu J., Xinyu Z., Lanxiang L. et al. (2017). Efficacy and acceptability of interpersonal psychotherapy for depression in adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research*, 253, 226-232
- 52) Mychailyszyn M.P., Elson D.M. (2018). Working through the blues: A meta-analysis on Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). *Children and Youth Services Review*, Volume 87, 123-129
- 53) Duffy F., Sharpe H., Schwannauer M. (2019). Review: The effectiveness of interpersonal psychotherapy for adolescents with depression – a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, Volume 24, Issue 4, 307-317
- 54) Neveux N., L'Hégaret Y., Carof-Ben Hamida M., et al. (2018). La thérapie interpersonnelle : indications, modèles et application. *Annales médico-psychologiques*, 915-918
- 55) Sullivan H.S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton
- 56) Meyer A. (1957). *A Science of Man*. Springfield, IL: Charles C. Thomas

- 57) Kiesler, Donald J., Watkins, et al. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy*. 26 (2), 183–94.
- 58) Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. Attachment and Loss. New York: Basic Books.
- 59) Engel G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*;137(5), 535-44.
- 60) Beck A. T., Rush A., Shaw B., et al. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- 61) Bateman A., Fonagy P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalisation based treatment*. Oxford: Oxford University Press
- 62) Rahioui H. (2016). *La thérapie interpersonnelle : éditions PUF*
- 63) Bowlby J., and World Health Organization (1951) . Soins maternels et santé mentale : contribution de l'Organisation Mondiale de la Santé au programme des Nations Unies pour la protection des enfants sans foyer, disponible en ligne sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40724>
- 64) Lorentz K. (1941). Vergleichende Bewegungsstudien an Anatiden. *Journal of Ornithology*, 89, 194-293
- 65) Harlow H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13(12), 673-685
- 66) Bowlby J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2 Separation anxiety and anger*, New York, NY Basic Books
- 67) Titeca M. (2014). Attachement : mise en place et dysfonctionnement des premiers liens, Article in *Archives de Pédiatrie* 21(5), 161-162
- 68) Tereno S., Soares I., Martins E., et al. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir (Vol. 19)*, 151-188
- 69) Delage M. (2010). Souffrance dans la séparation et théorie de l'attachement : compréhension individuelle et familiale. *Annales médico-psychologiques*, Volume 168, n° 1, 34-37

- 70) Guedeney N. et A. (2010). L'attachement : concepts et applications. Masson, Collection Les âges de la vie, 3e édition
- 71) Ainsworth M. D., Blehar M. C., Waters E. et al. (1978). Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation, Hillsdale, NJ, Erlbaum
- 72) Main M., Solomon J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman, Affective development in infancy, 95-124
- 73) Bartholomew K., Horowitz L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244
- 74) Hazan C., Shaver P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*;52(3), 511-24
- 75) George C., Kaplan N., Main M. (1985), The Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley
- 76) Kobak R. R., Cole H. E., Ferenz-Gillies R., et al. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64(1), 231-245
- 77) Neveux N. (2017). Pratiquer la TIP : éditions Dunod
- 78) Bateman A., Fonagy P. (2015). Mentalisation et trouble de personnalité limite : De Boeck Sup, collection Carrefour Des Psychothérapies
- 79) Shapiro M.B. (1979). The Social Origins of Depression by G. W. Brown and T. Harris: its methodological philosophy. *Behaviour Research and Therapy*;17(6), 597-603
- 80) Puig-Antich J., Kaufman J., Ryan N.D., et al. (1993). The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*;32(2), 244-53
- 81) Kendler K.S., Gardner C.O. (2016). Depressive vulnerability, stressful life events and episode onset of major depression: a longitudinal model. *Psychological Medicine*;46(9), 1865-74.
- 82) Kendler K.S., Kessler R.C., Walters E.E., et al. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *The American Journal of Psychiatry*;152(6), 833-42.

- 83) Kendler, K. S., Gardner, C. O., Prescott, C. A. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *The American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1133-1145
- 84) Kendler K.S., Thornton L.M., Gardner C.O. (2001). Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. *The American Journal of Psychiatry*;158(4), 582-6.
- 85) Kendler, K. S., Thornton, L. M., Gardner, C. O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the "Kindling" hypothesis. *The American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1243-1251.
- 86) Henderson A. S., Moran P. A. (1983). Social relationships during the onset and remission of neurotic symptoms: A prospective community study. *The British Journal of Psychiatry*, 143, 467-472.
- 87) Henderson A. S. (1984). Interpreting the evidence on social support. *Social Psychiatry*, 19(2), 49-52
- 88) Holahan C. J., Moos R. H., Bonin, L. (1997). Social support, coping, and psychological adjustment: A resource model. In G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason, & B. R. Sarason (Eds.), *The Plenum series in social/clinical psychology. Sourcebook of social support and personality*. New York, NY, US: Plenum Press, 169-186
- 89) Holahan, C. J., Moos, R. H., Bonin, L. (1999). Social context and depression: An integrative stress and coping framework. In T. Joiner & J. C. Coyne, *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 39-63
- 90) Holahan C.J., Moos R.H., Holahan C.K., et al. (2005). Stress Generation, Avoidance Coping, and Depressive Symptoms: A 10-Year Model, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 73(4), 658–666.
- 91) Mosquera D., Gonzalez A. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Leeds AM Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 28;1:15.
- 92) Chahraoui K., Reynaud M. Pinoit JM et al. (2006). Styles d'attachement et soutien social perçu chez des femmes déprimées. *L'Encéphale* Volume 32, Issue 6, Part 1, 944-952

- 93) Carnelley K.B., Pietromonaco P.R., Jaffe K. (1994) Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*;66(1), 127-40.
- 94) Zaghoudi, L.; El Moubarkim, A., Halayem, S., et al. (2009). Relation entre styles d'attachement, perception du soutien social et dépression *Annales médico-psychologiques*. 167(9), 657-661
- 95) Guédeney N., Fermanian J., Bifulco A. (2010). La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation) : étude de validation du construit, *L'Encéphale*, Volume 36, n° 1, 69-76
- 96) Griffin D., Bartholomew K. (1994). Models of the self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment, *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445
- 97) Sarason, I.G, Barbara R. (1987). A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4 issue: 4, 497-510
- 98) Bruchon Schweitzer M., Rasclé N., Gelie F. (2003). Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6) : une adaptation française, *Psychologie Française* (n°3 vol 48), 41-53.
- 99) Masten C.L., Eisenberger N.I., Borofsky L.A. (2011). Subgenual anterior cingulate responses to peer rejection: a marker of adolescents' risk for depression. *Development and Psychopathology*;23(1), 283-92.
- 100) Eisenberger N.I., Lieberman M.D., Williams K.D., Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion, *Science*. 2003 October 10;302(5643), 290-2.
- 101) Rotge J.Y., Lemogne C., Fossati P. et al. (2015). A meta-analysis of the anterior cingulate contribution to social pain, *Social Cognitive and Affective Neuroscience*; 10(1), 19–27.
- 102) Seligman, M. E. P. (1972). "Learned helplessness". *Annual Review of Medicine*. 23 (1): 407–412
- 103) Beck, A. (1996). The Past and the future of Cognitive Therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6 (4), 276–284.
- 104) Pasquier A., Bonnet A., Pedinielli J.L. (2008). Anxiété, dépression et partage social des émotions: Des stratégies de régulation émotionnelle interpersonnelle spécifiques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, Elsevier Masson, 18 (1), 2-7

- 105) Maslow, A.H. (1943). "A theory of human motivation". *Psychological Review*. 50 (4), 370–96
- 106) Maslow A.H. (1970). *Motivation and Personality*, New York US: Harper & Row
- 107) L'Hégaret Y., Neveux N. (2018). e-Poster publié au Congrès de l'Encéphale 2018 : « Comment la théorie de l'attachement explique l'efficacité des TIP ? Exemple d'un cas clinique. »
- 108) Rahioui, H. (2015). La thérapie interpersonnelle de la recherche à la pratique. *L'Encéphale*, 41(2), 184-189
- 109) Lemarié C., L'Hégaret Y., Neveux N. et al. (2017). La thérapie interpersonnelle, une psychothérapie efficace à découvrir. *Lettre Psychiatrie Française*, 249, 7-10
- 110) Neveux N. (2014). Thérapies interpersonnelles, une nouvelle psychothérapie de la dépression, *Medecine*, 10, 209-213
- 111) Organisation Mondiale de la Santé (1996). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, vol.3, disponible en ligne sur <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>
- 112) Baÿ-Smadja, M., Rahioui H. (2015). La thérapie interpersonnelle basée sur l'attachement: de Klerman à Bowlby. *Annales Médico-psychologiques*, 2015, 173(6), 547-552.
- 113) Chan Chee C., Guignon N., Delmas M.C. (2012). Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Volume 60, n° 1, 31-39
- 114) Beardslee W.R., Versage E.M., Gladstone T.R. (1998). Children of affectively ill parents : A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 37, 1134-41
- 115) Birmaher B., Ryan N.D., Williamson D.E., et al. (1996). Childhood and adolescent depression : A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 35, 1427-39
- 116) INSERM (2014). Dépression, mieux comprendre pour la guérir durablement, mis à jour le 1 aout 2014, disponible en ligne sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
- 117) National Institute of Mental Health (2017). Prevalence of Major Depressive Episode Among Adolescents, last update february 2019, disponible en ligne sur <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>

- 118) Avenevoli S., Swendsen J., He J.P. (2015). Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*;54(1), 37-44.
- 119) Lewinshon P.M., Clarke G.N., Seeley J.R., et al. (1994). "Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence" *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6), 809-18.
- 120) Raynaud J.P., Olliac B. (2010). Risque et conduite suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge chez l'enfant et l'adolescent, *Revue du Praticien*, n°8 vol 60, 1149-1154
- 121) Purper-Ouakil D. (2009). Repérer et prendre en charge la dépression et les conduites suicidaires chez l'adolescent, *L'Encéphale*, Hors-série 1, S3-S7
- 122) De Tournemire R. (2010). "Teenagers' suicides and suicide attempts: finding one's way in epidemiologic data" *Archives of Pediatrics*, 17(8), 1202-9.
- 123) Lamboy B., Leon C. and Guilbert P. (2007). « Depressive disorders and use of health services in the French population according to the Health Barometer 2005 », *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique* 55(3): 222-7.
- 124) Brunelle J., Cohen D., la dépression chez l'adolescent, accessible sur <https://www.fondationpierreddeniker.org/>
- 125) Johnson J.G., Cohen P., and Kasen S. (2009). Minor depression during adolescence and mental health outcomes during adulthood, *The British Journal of Psychiatry*; 195(3): 264–265.
- 126) Sihvola E., Keski-Rahkonen A., Dick D.M. (2007), Minor depression in adolescence: phenomenology and clinical correlates, *Journal of Affective Disorders*;97(1-3), 211-8.
- 127) Flament M., Cohen D., Choquet M., et al. (2001). "Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence" *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1070-8
- 128) Chabrol H. (2016). *Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent*. Paris : Dunod.
- 129) Huerre P. (2008). Dépression et adolescents, *L'Encéphale*, Hors-série 2, 1-4
- 130) Syed Sherrif R.J., McGorry P.D., Cotton S., et al. (2015) "A qualitative study of the prodrome to first-episode major depressive disorder in adolescents" *Psychopathology*, 48(3), 153-61

- 131) Lewinsohn P.M., Pettit J.W., Joiner T.E. Jr (2003). The symptomatic expression of major depressive disorder in adolescents and young adults, *Journal of Abnormal Psychology*;112(2), 244-52.
- 132) Zugaj L., Gotheil N., Delpéch S. et al. (2016). La déscolarisation : étude rétrospective d'une cohorte de 63 patients soignés en ambulatoire dans un secteur de pédopsychiatrie, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 64, Issue 2, 75-80.
- 133) Gregory M., Acquaviva E., Purper-Ouakil D., et al. (2007). Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité. In Beck F, Guilbert P, Gauthier A (dir.). *Baromètre Santé 2005 Attitudes et Comportements de santé*. Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres Santé, 2007
- 134) Tang T., Jou S., Ko C. et al. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63 (4), 463-470
- 135) Stein M.B., Fuetsch M., Muller N., et al. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression : A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*; 58, 251-6.
- 136) Wittchen H.U., Kessler R.C., Pfister H. et al. (2000). "Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospectivelongitudinal community study". *Acta Psychiatrica Scandinavia Supplement*, (406), 14-23.
- 137) Herbison C., Allen K., Robinson M., et al. (2015). "Trajectories of stress events from early life to adolescence predict depression, anxiety and stress in young adults". *Psychoneuroendocrinology*, 61, 16-7.
- 138) Grilo C. M., Walker M. L., Becker D. F et al. (1997). Personality disorders in adolescents with major depression, substance abuse disorders, and coexisting major depression and substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 328-332.
- 139) Levy K.N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder, *Development and Psychopathology*;17(4), 959-86.
- 140) Vinet C., Rahioui H., Louppe F. (2017). Lecture des troubles de personnalité limite à travers la théorie de l'attachement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, - 2460; page 6
- 141) Young J., Mufson L., Davies M. (2006). Impact of Comorbid Anxiety in an Effectiveness Study of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 45, Issue 8, 904-912

- 142) Young L., Jami F., Heather B., et al. (2012). Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: Anxiety Outcomes and Impact of Comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. Vol. 41 Issue 5, 640-653
- 143) Dunn V., Goodyer I.M. (2006). "Longitudinal investigation into childhood- and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood" *British Journal of Psychiatry*, 188, 216-22
- 144) Clayborne Z.M., Varin M., Colman I. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.58(1), 72-79
- 145) Strober M., Carlson G. (1982). Predictors of bipolar illness in adolescents with major depression: a follow-up investigation. *Adolescent Psychiatry*. 10, 299-319.
- 146) Strober M., Carlson G. (1982). "Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic, and psychopharmacologic predictors in a three- to four-year prospective follow-up investigation". *Archives of General Psychiatry*, 39(5), 549-55.
- 147) Geller B., Zimerman B., Williams M., et al. (2001). Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 125-7
- 148) Lewinsohn P.M., Solomon A., Seeley J.R., et al. (2000). Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms;109(2), 345-51.
- 149) Weissman M.M., Wickramaratne P., Nomura Y. et al. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *The American Journal of Psychiatry*;163(6), 1001-8.
- 150) Goldbeter-Merinfeld E. (2008). Adolescence : de la crise individuelle à la crise des générations. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* (n° 40), 13-26
- 151) Goldbeter-Merinfeld E. (2007). Temps individuels et temps familial aux différents âges de la vie. *Thérapie Familiale*, vol. 28, 329-347
- 152) Pavlov I. (1934). Article « Le réflexe conditionnel », in *Œuvres choisies*, dir. Kh. Kochtoïanz, Éditions en langues étrangères, Moscou (1954), reprise et traduction d'un article de Pavlov dans la *Grande Encyclopédie médicale*, 258-284
- 153) Murray T. et Michel C. (1994). Le conditionnement opérant de Skinner. *Théories du développement de l'enfant*, 415 à 446
- 154) Bandura A., Walters R. H. (1963). *Social learning and personality development*, New York: Holt, Rinehart & Winston

- 155) Ferster C. B., Skinner B. F. (1957). Schedules of reinforcement. New York: Appleton-Century-Crofts
- 156) Lewinsohn P.M. (1974). "A behavioral approach to depression", In Friedman R, Katz M (eds). The psychology of depression: Contemporary theory and research, Wiley, 157-185.
- 157) Beardseleem W.R., Versagem E.M., Tracy A., et al. (1998). Children of Affectively Ill Parents: A Review of the Past 10 Years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Volume 37, Issue 11, 1134-1141
- 158) Guerrin B. (2012), « Albert Bandura et son œuvre », Dans Recherche en soins infirmiers (N°108), 106-116
- 159) Levesque N., Marcotte D. (2005). Les distorsions cognitives chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs et des troubles extériorisés. Revue Québécoise de Psychologie, 1999-222
- 160) Ric F. (1996). L'impuissance acquise (learned helplessness) chez l'être humain : une présentation théorique. L'Année psychologique 96-4, 677-702
- 161) Abramson L. Y., Seligman M. E. P., Teasdale J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.
- 162) Peterson C, Semmel A., Von Baeyer C, et al. (1982). The attributional style questionnaire. Cognitive Therapy and Research, 6, 287-300
- 163) Peterson C, Maier S. F., Seligman M. E. P. (1993). Learned helplessness : A theory for the age of personal control, New York, Oxford Press
- 164) Gladstone T.R.G., Kaslow N.J. (1995). Depression and attributions in children and adolescents: A meta-analytic review, Journal of Abnormal Child Psychology. Volume 23, Issue 5, 597-606
- 165) Beck, A.T. (1975). Cognitive therapy and the emotional disorders. Madison, CT: International Universities Press
- 166) Turgeon L., Parent S. (2012). Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents : Tome 1, Troubles intériorisés Broché
- 167) Freud S. La Sexualité infantile (1905); traduction francophone (2011), Paris: Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot"
- 168) Ouvry O. (2012). Pierre Mâle, « Quelques aspects de la psychopathologie et de la psychothérapie à l'adolescence ». La Crise juvénile (1971), Œuvres complètes, Paris, Payot, t. I, 1982, dans 45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique, 343- 351

- 169) Kestemberg E. (1999). L'identité et l'identification chez les adolescents, L'adolescence à vif, 7-96
- 170) Braconnier A. (1999). La dépression à l'adolescence : un avatar de la transformation de l'objet d'amour. *Affliction*, 87-97
- 171) Braconnier, A. (1987). L'angoisse, ses transformations, son traitement à l'adolescence. *Annales de Psychiatrie*, 2, 199–201
- 172) Marcelli D., Braconnier A., Tandonnet L. (2018). *Adolescence et psychopathologie*, 9ème édition Etude (broché)
- 173) Freud S. (1917). Deuil et mélancolie, extrait de métapsychologie. *Sociétés* (2004) (no 86), 7-19
- 174) Jeammet P. (1980). Réalité externe et réalité interne : importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Revue Française de Psychanalyse*;3, 481-521.
- 175) Parmentier S. (2001). Généalogie de la position dépressive chez Melanie Klein. *Figures de la psychanalyse* (n°4), 43-67
- 176) Klein D.N., Lewinsohn P.M., Seeley J.R. et al. (2001). A family study of major depressive disorder in a community sample of adolescents. *Archive of General Psychiatry*;58(1), 13-20.
- 177) Hammen C., Rudolph K., et al. (1999). The Context of Depression in Clinic-Referred Youth: Neglected Areas in Treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 38, Issue 1, 64-71
- 178) Hammen C., & Brennan P. A. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 60(3), 253-258.
- 179) Sheeber L.B., Davis B., Leve C., et al. (2007). Adolescents' Relationships with Their Mothers and Fathers: Associations with Depressive Disorder and Subdiagnostic Symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*.; 116(1), 144–154.
- 180) Kane P., Garber J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*;24(3), 339-60.
- 181) Weissman M.M., Wickramaratne P., Gameroff M.J., et al. (2016). Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later. *American Journal of Psychiatry*;173, 1024–1032
- 182) Hammen C., Brennan P. A. (2001). Depressed adolescents of depressed and non depressed mothers: Tests of an Interpersonal Impairment Hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 284-294

- 183) Rudolph K.D., Hammen C. (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: a transactional perspective. *Child Development*;70(3), 660-77.
- 184) Rohner R.P., Khaleque A., Cournoyer D.E. (2003). Cross-national perspectives on parental acceptance-rejection theory. In: Peterson GW, Steinmetz SK, Wilson SM, editors. *Parent-youth relations: Cultural and cross-cultural perspectives*. Haworth Press; New York, 79–98.
- 185) Putnick D.L., Bornstein M.H., Lansford J.E. et al. (2015). Perceived mother and father acceptance-rejection predict four unique aspects of child adjustment across nine countries *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 56(8), 923–932.
- 186) Yap M.B.H., Pilkington P.D., Ryan S.M., et al. (2014a). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*;156, 8–23.
- 187) Yap M.B.H., Pilkington P.D., Ryan S.M., et al. (2014b). Parenting strategies for reducing the risk of adolescent depression and anxiety disorders: a Delphi consensus study. *Journal of Affective Disorders*;156, 67–75.
- 188) Mufson L., Gunlicks-Stoessel M. (2016). Innovations in Practice: a pilot study of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents and their parents. *Child and Adolescent Mental Health*; 21, No. 4, 225–230
- 189) Bradley M.F. et Pauzé R. (2008). Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence. *Thérapie Familiale (Vol. 29)*, 335-353
- 190) Carter E.A., McGoldrick M. (1988). *The Changing family life cycle : a framework for family therapy*, New York : Garnder Press
- 191) McGoldrick, M., Carter, B. (2003). The family life cycle. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity*. New York, NY, US: The Guilford Press, 375-398
- 192) McGoldrick, M., Giordano, J., Garcia-Preto, N. (Eds.). (2005). *Ethnicity and family therapy (3rd ed.)*. New York, NY, US: Guilford Press
- 193) Haley J. (1980). *Leaving Home. The Therapy of Disturbed Young People*. New York, McGraw-Hill,
- 194) Combrinck-Graham, L. (1985). A developmental model for family systems. *Family Process*, 24(2), 139-150
- 195) Le Goff, J.F. (1999). *Parentification et Thérapie Familiale : L'Enfant, Parents de ses Parents*. *Les Thérapies Familiales Aujourd'hui*. Paris : L'Harmattan

- 196) Dankoski M.E. (2001). Pulling on the heart strings: an emotionally focused approach to family life cycle transitions. *Journal of Marital and Family Therapy*;27(2), 177-87.
- 197) Gerson R. (1995). *Génogramme et entretien familial* : Editions Sociales Françaises
- 198) Aldous J. (2006), Family, Ethnicity, and Immigrant Youths' Educational Achievements, Article in *Journal of Family Issues* 27(12), 1633-1667
- 199) Chabrol H. (2010). *La dépression de l'adolescent*, Paris : P.U.F.
- 200) Bernaras E., J., Garaigordobil M. (2019). Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments, *Frontiers in Psychology*; 10: 543
- 201) Dean J., Keshavan M. (2017). Review article, The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian Journal of Psychiatry* Volume 27, 101-111
- 202) Caspi A., Hariri A. R., Holmes A., et al. (2010). Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *American Journal of Psychiatry* 167, 509–527
- 203) Kraus C., Castrén E., Kasper S., et al. (2017). Serotonin and neuroplasticity – links between molecular, functional and structural pathophysiology in depression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 77, 317–326
- 204) Branchi I. (2011). The double edged sword of neural plasticity: increasing serotonin levels leads to both greater vulnerability to depression and improved capacity to recover. *Psychoneuroendocrinology* 36, 339–351
- 205) Curley J. P., Jensen C. L., Mashoodh R., et al. (2011). Social influences on neurobiology and behavior: epigenetic effects during development. *Psychoneuroendocrinology* 36, 352–371.
- 206) Delgado P.L. (2000). Depression: the case for a monoamine deficiency. *Journal of Clinical Psychiatry*;61 Suppl 6, 7-11.
- 207) Leonard B.E. (2001), Stress, norepinephrine and depression, *Journal of Psychiatry and Neurosciences*, 26, p. S11
- 208) Nestler E.J., Carlezon W.A. (2006). The mesolimbic dopamine reward circuit in depression, *Biological Psychiatry*, 59 (12), 1151-1159
- 209) El Mansari M., Guiard B.P., Chernoloz O., et al. (2010). Relevance of norepinephrine–dopamine interactions in the treatment of major depressive disorder, *CNS Neurosciences and Therapeutics*, 16 (3), 1-17

- 210) Roméo B. (2016). La kétamine dans la dépression : données cliniques et mécanismes d'actions supposés. PSN (Volume 14), 17-29
- 211) Iadarola N.D., Niciu M.J., Richards E.M., et al. (2015), Ketamine and other N-methyl-D-aspartate receptor antagonists in the treatment of depression: a perspective review. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*;6(3), 97-114.
- 212) Monteleone P., Serritella C., Martiadis V., et al. (2008). Decreased levels of serum brain-derived neurotrophic factor in both depressed and euthymic patients with unipolar depression and in euthymic patients with bipolar I and II disorders, *Bipolar Disorders*, 10 (1), 95-100
- 213) Molteni R., Calabrese F., Bedogni F., et al. (2006). Chronic treatment with fluoxetine up-regulates cellular BDNF mRNA expression in rat dopaminergic regions. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 9 (03) (2006), 307-317
- 214) Castrén E. (2013). Neuronal network plasticity and recovery from depression, *JAMA Psychiatry*, 70 (9), 983-989
- 215) Schuler K.L., Ruggero C.J., Goldstein B.L., et al. (2017). Diurnal Cortisol Interacts With Stressful Events to Prospectively Predict Depressive Symptoms in Adolescent Girls. *The Journal of Adolescent Health*;61(6), 767-772.
- 216) Ryan N.D., Dahl R.E., Birmaher B., et al. (1994). Stimulatory test of growth hormone secretion in prepubertal major depression: depressed versus normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 33, 824–833.
- 217) Puig-Antich J. (1987). Affective disorder in children and adolescents: diagnosis, validity and psychobiology. *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress*, ed Meltzer H. Y., editor. (New York, NY: Raven Press), 843–860
- 218) Waterman G. S., Dahl R. E., Birmaher B., Ambrosini P., Rabinovich H., Williamson D. E., et al. (1994). The 24-hour pattern of prolactin secretion in depressed and normal adolescents. *Biological Psychiatry* 35, 440–445
- 219) Hardan A., Birmaher B., Williamson D.E., et al. (1999), Prolactin secretion in depressed children. *Biological Psychiatry*; 46(4), 506-11.
- 220) Jarrett D.B., Miewald J.M., Fedorka I.B., et al. (1987). Prolactin secretion during sleep: a comparison between depressed patients and healthy control subjects. *Biological Psychiatry*; 22(10), 1216-26.
- 221) Herane-Vives A., Fischer S., de Angel V., et al. . (2018). Elevated fingernail cortisol levels in major depressive episodes. *Psychoneuroendocrinology* 88, 17–23.

- 222) Dahl R. E., Birmaher B., Williamson D. E., Dorn L., Perel J., Kaufman J., et al. . (2000). Low growth hormone response to growth hormone–releasing hormone in child depression. *Biological Psychiatry* 48, 981–988
- 223) Reinecke M. A., Simons A. (2005). Vulnerability to depression among adolescents: Implications for cognitive-behavioral treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 166–176
- 224) Mufson L., Gunlicks-Stoessel M., Cullen K., et al. (2013). A pilot study of depressed adolescents' cortisol patterns during parent–adolescent conflict and response to interpersonal psychotherapy (IPT-A). *Journal of Affective Disorders*;150(3), 1125-1128
- 225) Pariante C. M. (2017). Why are depressed patients inflamed? A reflection on 20 years of research on depression, glucocorticoid resistance and inflammation. *European Neuropsychopharmacology*. 27, 554–559
- 226) Kendler K.S., Karkowski L.M., Prescott C.A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6):837-41
- 227) Pechtel P., Pizzagalli D.A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology (Berl.)*, 214 (1), 55-70
- 228) Duvarci S., Paré D. (2007). Glucocorticoids enhance the excitability of principal basolateral amygdala neurons. *Journal of Neuroscience*, 27 (16), 4482-4491
- 229) Myers B., McKlveen J.M., Herman J.P. (2014). Glucocorticoid actions on synapses, circuits, and behavior: implications for the energetics of stress, *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35 (2), 180-196
- 230) Kernberg O.F. (2009). An integrated theory of depression. *Neuropsychoanalysis*, 11 (1), 76-80
- 231) Beck A.T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165 (August (8)), 969-977
- 232) Felger J.C., Lotrich F.E. (2013). Inflammatory cytokines in depression: neurobiological mechanisms and therapeutic implications. *Neuroscience*, 246, 199-229
- 233) Steptoe A., Hamer M., Chida Y. (2007). The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans: a review and meta-analysis. *Brain, Behavior and Immunity*, 21 (7), 901-912
- 234) Rosenblat J.D., Cha D.S., Mansur R.B., et al. (2014). Inflamed moods: a review of the interactions between inflammation and mood disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 53, 23-34

235) Franzen P. L., Buysse D. J. (2008). Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues in Clinical Neurosciences*. 10, 473–481.

236) Sivertsen B., Harvey A., Lundrevold A. J., Hysing M. (2014). Sleep problems and depression in adolescence: results from a large population-based study of Norwegian adolescents aged 16-18 years. *European Child and Adolescent Psychiatry* 23, 681–689

237) Eleanor L. McGlinchey, Jazmin A. Reyes-Portillo, J. Blake Turner (2017). Innovations in Practice: The relationship between sleep disturbances, depression, and interpersonal functioning in treatment for adolescent depression. *Child and Adolescent Mental Health*. 22(2): 96–99.

238) Scourfield J., Rice F., Thapar A., et al. (2003). Depressive symptoms in children and adolescents: changing aetiological influences with development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44, 968–976

239) Oken B., Chamine I., Wakelan W. (2015). A systems approach to stress, stressors and resilience in humans. *Behavioural Brain Research* 282, 144–154

240) Brent D. A., Perper J. A., Moritz G., et al. (1993). Psychiatric sequelae to the loss of an adolescent peer to suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32, 509–517

241) Casullo M.M. (2001). Depression and suicide in adolescence in *Detection and Prevention of Adolescent's Problems in the Classroom*, ed C. Saldaña (Madrid: Pirámide), 83–99

242) Lorenzo-Blanco E. I., Unger J. B., Baezconde-Garbatani L.A, et al. (2012). Acculturation, enculturation, and symptoms of depression in hispanic youth: the roles of gender, hispanic cultural values, and family functioning. *Journal of Youth and Adolescence*. 41, 1350–1365

243) Chang S. S., Stuckler D., Yip P., et al. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 347, 1–16

244) Reeves A., McKee M., Stuckler D. (2014). Economic suicides in the great recession in Europe and North America. *British Journal of Psychiatry Journal of Mental Science* 205, 246–247

245) Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY, US: Basic Books.

246) Armsden GC, McCauley E, Greenberg MT, et al. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*;18(6), 683-97.

247) Kobak RR, Cole HE, Ferenz-Gillies R, et al. (1993). Attachment and Emotion Regulation during Mother-Teen Problem Solving: A Control Theory Analysis. *Child Development* Vol. 64, No. 1, 231-245

248) Kenny M.E. (2006). Parental Attachment, Self-Worth, and Depressive Symptoms Among Emerging Adults. *Journal of Counseling & Development*, Volume 84, 61-71

249) Roelofs J., Meesters C., Huurne M. et al. (2006). On the Links between Attachment Style, Parental Rearing Behaviors, and Internalizing and Externalizing Problems in Non-Clinical Children. *Journal of Child and Family Studies*, vol 15 n°3, 319-332

250) Allen J.P., Porter M., and McFarland C. (2007). The Relation of Attachment Security to Adolescents' Paternal and Peer Relationships, Depression, and Externalizing Behavior. *Child Development*; 78(4): 1222–1239

251) Chorot P., Valiente R.M., Magaz A.M. et al. (2017). Perceived parental child rearing and attachment as predictors of anxiety and depressive disorder symptoms in children: The mediational role of attachment, *Psychiatry Research*, Volume 253, 287-295

252) Milrod B., Markowitz J.C., Gerber A.J., et al. (2014). Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety. *American Journal of Psychiatry*.;171(1), 34-43.

253) Bigelow A.E., Beebe B., Power M., et al. (2018), Longitudinal relations among maternal depressive symptoms, maternal mind-mindedness, and infant attachment behavior. *Infant Behavior and Development*;51:33-44.

254) George C., West M. (1999). Developmental vs. Social personality models of adult attachment and mental health. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 285-303

255) Dozier M., Tyrrell C. (1998). The role of attachment in therapeutic relationships. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. New York, NY, US: Guilford Press. 221-248

256) Mikulincer M., Shaver P.R., Pereg D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77-102.

257) Miller L., Gur M., Shanok A., et al. (2008). Interpersonal psychotherapy with pregnant adolescents: Two pilot studies. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*; 49 (7), 733-742

258) Mufson L., Moreau D., Weissman M.M., et al. (1994). Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): Phase I and II studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 33, 695–705

- 259) Mufson L., Weissman M.M., Moreau D., et al. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 1999 ; 56, 573–579.
- 260) Mufson L., Dorta K.P., Wickramaratne P., et al. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*; 61, 577–84
- 261) Santor D.A., Kusumakar V. (2001). Open trial of interpersonal therapy in adolescents with moderate to severe major depression: Effectiveness of novice IPT therapists, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40 (2), 236-240
- 262) O'Shea S.H., Spence C.L., Donovan (2015). Group versus individual interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 1-19
- 263) Mufson L., Yanes-Lukin P., Anderson G. (2015). A pilot study of brief IPT-A delivered in primary care. *General Hospital Psychiatry*;37 (5), 481-484
- 264) Rosselló J., Bernal G. (1999). The efficacy of cognitive–behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 67, 734–45
- 265) Rosselló J., Bernal G., Rivera-Medina C. (2008). Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*; 14 (3), 234-245
- 266) Bolton P., Bass J., Betancourt T., et al. (2007). Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in Northern Uganda: A randomized controlled trial, *JAMA*; 298 (5), 519-527
- 267) Mufson L., Gallagher T., Dorta K.P., et al. (2004). A group adaptation of Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents. *American Journal of Psychotherapy* ; 58: 220–3
- 268) Mufson L., Fairbanks J. (1996). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: A one-year naturalistic follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 35, 1145–1155
- 269) Horowitz J.L., Garber J., Ciesla J.A., et al. (2007). Prevention of depressive symptoms in adolescents: a randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 75(5), 693-706
- 270) Young J., Jami F., Mufson L. et al. (2006). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: an indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, Vol. 47 Issue 12, 1254-1262

- 271) Young J., Jami F., Mufson L. et al. (2010), Preventing depression: a randomized trial of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depression & Anxiety* (1091-4269), Vol. 27 Issue 5, 426-433
- 272) Young J., Benas J.S., Schueler C.M., et al. (2016). A Randomized Depression Prevention Trial Comparing Interpersonal Psychotherapy, Adolescent Skills Training to Group Counseling in Schools. *Prevention Science*; 17(3), 314-24.
- 273) Young J., Jones J. Sbrilli M. (2019). Long-Term Effects from a School-Based Trial Comparing Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training to Group Counseling. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*; 48(SUP1): S362–S370
- 274) Mufson L., Sills R. (2006). Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A): An overview. *Nordic Journal of Psychiatry* 2006;60:431-437.
- 275) Mufson L., Pollack Dorta K. (2013). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: theory, practice, and research. *Adolescent Psychiatry*, V. 25: Annals of the American Society for Adolescent Psychiatry 1st Edition
- 276) Lavigne B., Audebert-Mérilhou E., Buisson G. (2016). Thérapie interpersonnelle (TIP) en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *L'Encéphale* Volume 42, Issue 6, 535-539
- 277) Les adolescents et les smartphones – Sondage BVA pour Wiko, octobre 2018, disponible en ligne sur <https://www.bva-group.com/sondages/salaries-mobilite-sondage-bva-salesforce-presse-regionale-2/>
- 278) Autorité de régulation des communications électroniques, des postes et de la distribution de la presse, rapport de 2012, disponible en ligne depuis juillet 2013 sur <https://www.arcep.fr/>
- 279) Birmaher B., Brent D.A., Benson R.S. (1998). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 37, S1234-S8
- 280) Mufson L., Gunlicks-Stoessel M., Jekal A., et al. (2010). The impact of perceived interpersonal functioning on treatment for adolescent depression: IPT-A versus treatment as usual in school-based health clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; Apr;78(2), 260-7.
- 281) Mufson L., Yanes-Lukin P., Gunlicks-Stoessel M., et al. (2014). Cultural Competency and Its Effect on Treatment Outcome of IPT-A in School-Based Health Clinics. *American Journal of Psychotherapy*;68(4), 417-42.

- 282) Mufson L., Gunlicks-Stoessel M., Westervelt A., et al. (2019). The role of attachment style in interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Psychotherapy Research*, 29:1, 78-85
- 283) Coyne A.E., Constantino M.J., Ravitz P. et al. (2017), For whom does interpersonal psychotherapy work? A systematic review, *Clinical Psychology Review*, Volume 56, 82-93
- 284) Lemmens, L., Galindo-Garre, F., Arntz A., et al. (2017). Exploring mechanisms of change in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression. *Behaviour Research and Therapy*, 94, 81-92
- 285) Gunlicks-Stoessel M., Mufson L., Westervelt A., et al. (2016). A Pilot SMART for Developing an Adaptive Treatment Strategy for Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 480–494
- 286) Gunlicks-Stoessel M., Mufson L., Bernstein G., et al. (2019). Critical Decision Points for Augmenting Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents: A Pilot Sequential Multiple Assignment Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*;58(1), 80-91.
- 287) TADS Team (2004). Fluoxetine, cognitive–behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial, *JAMA*, 292, 807-820
- 288) Clarke G.N., Debar L., Lynch F., et al. (2005). A randomized effectiveness trial of brief cognitive–behavioral therapy for depressed adolescents receiving antidepressant medication. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 888-898
- 289) Dimidjian S., Hollon S.D., Dobson J.K., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670
- 290) Michael F. Hogan (2003). New Freedom Commission Report: The President's New Freedom Commission: Recommendations to Transform Mental Health Care in America, disponible en ligne sur <https://ps.psychiatryonline.org>
- 291) Dayan J. (2007). Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Volume 36, Issue 6, 549-561
- 292) Sockol L.E., Neill Epperson C., and Barber J.P. (2013). Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*; 33(8): 1205–1217
- 293) Sockol L.E. (2018). A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women, *Journal of affective disorders* 232, 316-328

- 294) Bledsoe S. E., Grote N. K. (2006). Treating Depression during Pregnancy and the Postpartum: A Preliminary Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 16, 109-120.
- 295) Claridge A.M. (2014). Efficacy of systemically oriented psychotherapies in the treatment of perinatal depression: a meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*;17(1), 3-15.
- 296) Sockol L.E., Epperson C.N., Barber J.P. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression, *Clinical Psychology Review*;31(5), 839-49.
- 297) Yonkers K.A., Wisner K.L., Stewart D.E., et al. (2009). The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *General Hospital Psychiatry*; 31(5), 403–413.
- 298) Bledsoe, S.E., Wike, T., Killian-Farrell, C., et al. (2018). Feasibility of treating depression in pregnant adolescents using brief interpersonal psychotherapy. *Social Work in Mental Health*, 16, 252–265.
- 299) Handley E.D., Michl-Petzing L.C., Rogosch F.A. et al. (2017). Developmental cascade effects of interpersonal psychotherapy for depressed mothers: Longitudinal associations with toddler attachment, temperament, and maternal parenting efficacy. *Development and Psychopathology*;29(2), 601-615.
- 300) Atger F., Corcos M. (2001). « Attachement et conduites addictives ». *Annales de médecine interne*, 152, 3, suppl., 1967-1972
- 301) Fairburn C.G., Jones R., Peveler R.C., et al. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*;48(5), 463-9.
- 302) Rieger E., Van Buren D.J., Bishop M. et al. (2010). « An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED) : causal pathways and treatment implications ». *Clinical Psychology Review*;30(4), 400-10
- 303) Hilbert A., Bishop M.E., Stein R.I. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *The British Journal of Psychiatry*;200(3), 232-7.
- 304) Wilfley D.E., Agras W.S., Telch C.F. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*;61(2), 296-305.
- 305) Tasca G.A., Balfour L., Presniak M.D.(2012). Outcomes of Specific Interpersonal Problems for Binge Eating Disorder: Comparing Group Psychodynamic Interpersonal Psychotherapy and Group Cognitive Behavioral Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, Volume 62- Issue 2, 197-218
- 306) Wilson G.T., Wilfley D.E., Agras W.S. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*;67(1), 94-101.

307) Arcelus J., Whight D., Brewin N. (2012). A brief form of interpersonal psychotherapy for adult patients with bulimic disorders: a pilot study. *European Eating Disorder Review*;20(4), 326-30.

308) Watson H.J., Bulik C.M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine*;43(12), 2477-500.

309) McIntosh V.W., Jordan J., Carter F.A. (2005). Three Psychotherapies for Anorexia Nervosa: A Randomized, Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*; 162, 741–747

310) Wilson G.T. (2011). Treatment of eating disorder. *Psychiatric Clinics of North America*;34(4), 773-83

311) Tanofsky-Kraff M., Wilfley D.E., Young J.F. (2010). A Pilot Study of Interpersonal Psychotherapy for Preventing Excess Weight Gain in Adolescent Girls At-risk for Obesity. *International Journal of Eating Disorders*; 43(8): 701–706.

312) Tanofsky-Kraff M., Shomaker L.B., Wilfley D.E., et al. (2014). Targeted prevention of excess weight gain and eating disorders in high-risk adolescent girls: A randomized controlled trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*; 100, 1010 – 1018.

313) Miniati M., Callari A., Maglio A., et al. (2018). « Interpersonal psychotherapy for eating disorders: current perspectives ». *Psychology Research and Behavior Management*. 11: 353–369

314) Purper-Ouakil D., Wohl M., Cortese S et al. (2006). Le trouble déficitaire de l'attention–hyperactivité (TDAH) de l'enfant et de l'adolescent. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 164, Issue 1, 63-72

315) Caci H., Paillé S. (2014). Retentissements au quotidien du trouble déficit de l'attention/hyperactivité durant l'enfance et l'adolescence : données françaises issues de l'enquête européenne. *Archives de Pédiatrie*, Volume 21, Issue 12, 1283-1292

316) American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 4th edition text revision

317) Lecendreux M. (2016). Prévalence du TDAH en population française. Publié le 17 février 2013, mis à jour le 4 mars 2016, disponible sur <https://www.tdah-france.fr/Prevalence-du-TDAH-en-France.html>

318) Whalen C.K., Henker B. (1985). The social worlds of hyperactive (ADHD) children. *Clinical Psychology Review*, Volume 5, Issue 5, 447-478

319) Kochman F. (2016). Nouvelles psychothérapies, nouveaux abords du TDAH, mis à jour en mars 2016, disponible en ligne sur <https://www.tdah-france.fr/Nouvelles-psychotherapies-nouveaux.html>

- 320) Frank E., Kupfer D.J., Ehlers C.L., et al. (1994): Interpersonal and Social Rhythm Therapy for bipolar disorder: Integrating interpersonal and behavioral approaches. *Behavior Therapist* 17, 143-149.
- 321) Frank E., Kupfer D. J., Thase M. E., et al. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 9, 996-1004.
- 322) Frank E. (2007). *Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy*, *The social worlds of hyperactive (ADDH) children*, Guilford Press, New York.
- 323) Hlastala B.S., Franck E., Thase M.E. (1997). Bipolar depression: An underestimated treatment challenge. *Depression and Anxiety*, Volume5, Issue2
- 324) Miklowitz D.J., Otto M.W., Frank E., et al. (2007). Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Archives of General Psychiatry*;64(4), 419-26.
- 325) Merikangas K.R., Akiskal H.S., Angst J., et al. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*;64(5), 543-52.
- 326) Perlis R.H., Miyahara S., Marangell L.B., et al. (2004). Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*. 1;55(9), 875-81
- 327) Hlastala S.A., Frank E. (2006). Adapting interpersonal and social rhythm therapy to the developmental needs of adolescents with bipolar disorder. *Development and Psychopathology*;18(4), 1267-88.
- 328) Hlastala S.A., Kotler J.S., McClellan J.M. (2010). Interpersonal and social rhythm therapy for adolescents with bipolar disorder: treatment development and results from an open trial. *Depression and Anxiety*;27(5), 457-64.
- 329) Goldstein T.R., Fersch-Podrat R., Axelson D.A., et al. (2014). Early intervention for adolescents at high risk for the development of bipolar disorder: pilot study of Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT). *Psychotherapy (Chicago, Ill)*. 51(1):180-9
- 330) Goldstein T.R., Merranko J., Krantz M., et al. (2018). Early intervention for adolescents at-risk for bipolar disorder: A pilot randomized trial of Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT). *Journal of affective Disorders*;235, 348-356

- 331) Goldstein B., Birmaher B., (2012). Does bipolar disorder exist in children? [IACAPAP 2012-20th World congress]. *Neuropsychiatric Enfance Adolescence*, 60, 8-11
- 332) Wozniak J., Biederman J., Kiely K. et al. (1995). Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 867-876
- 333) Axelson A., Birmaher B., Goldstein B., et al. (2010). DSM-5 Childhood, Adolescent Disorder Work Group Justification for temper dysregulation disorder with dysphoria, *The Journal of Clinical Psychiatry* (9): 1257–1262.
- 334) Masi L., Guilé J.M., Mille C. (2014). Dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère chez l'enfant : évolution nosologique et affiliation aux pathologies de l'humeur. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 62, Issue 2, 65-71
- 335) E. Leibenluft (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry*, 168, 129-142
- 336) Purper-Ouakil D. (2014). Le trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 172, Issue 8, 663-666
- 337) Copeland W.E., Angold A., Costello E.J., et al. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, 170 (2), 173-179
- 338) Miller L., Hlastala S.A., Mufson L., et al. (2016). Interpersonal Psychotherapy for Adolescents With Mood and Behavior Dysregulation: Evidence-Based Case Study. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*; 1(4), 159–175.
- 339) Miller L., Hlastala S.A., Mufson L. (2018). Interpersonal psychotherapy for mood and behavior dysregulation: Pilot randomized trial. *Depression and Anxiety*;35(6), 574-582.
- 340) Braconnier A. (2008). Adolescence et troubles de la personnalité : prolongements, transformations, émergences. *L'information psychiatrique*, Volume 84, 51-55
- 341) Corcos M. et Lamas C. (2016). Fonctionnements limites à adolescence : psychopathologie et clinique psychodynamique. *L'information psychiatrique*, Volume 92, 15-22
- 342) Auffret A., Lenoir P., Gauvreau C., et al. (2017). Trouble de personnalité limite à l'adolescence : quelle réalité clinique ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 65, Issue 6, 368-380
- 343) Botbol M., Papanicalaou G., Balkan T. (2004). Une psychothérapie par l'environnement, soigner les états limites au quotidien. *Enfances & Psy*, n° 12, 96 à 104

- 344) Stoffers J.M., Vollm B.A., Rucker G., et al. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database System Review*.15;(8):CD005652
- 345) Bozzatello P., Bellino S., (2016). Combined therapy with interpersonal psychotherapy adapted for borderline personality disorder: A two-years follow-up. *Psychiatry Research*, 240, 151-156
- 346) Bateman A.W. (2012). Interpersonal Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, Vol. 19 Issue 2, 124-133
- 347) Markowitz, J.C.; Skodol, A.E. (2006). Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder: Possible mechanisms of change. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 62 Issue 4, 431-444
- 348) Jacobson C.M., Mufson L. (2012). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents Adapted for Self-injury (IPT-ASI): Rationale, Overview, and Case Summary. *American Journal of Psychotherapy*;66(4):349-74

THERAPIE INTERPERSONNELLE ET DEPRESSION DE L'ADOLESCENT

RESUME : La dépression de l'adolescent renvoie à des représentations, manifestations symptomatiques, références théoriques et choix thérapeutiques protéiformes. Cette hétérogénéité engendre une difficulté à estimer sa prévalence (en moyenne de 8% en population générale), et à établir un diagnostic. Sa prise en charge constitue un enjeu de santé publique majeur au vu des retentissements potentiels à court et long terme. Cette période de la vie se caractérise par la réactivation des dialectiques de séparation/individuation, d'autonomie/dépendance, questionnant l'équilibre de l'organisation psychique de l'adolescent et sa dynamique familiale.

L'attachement établi en fonction des interactions précoces entre adulte et enfant et structurant notre mode relationnel, apparaît alors perméable aux aléas de l'environnement. Cette transition peut être à l'origine de l'émergence d'une symptomatologie dépressive, pouvant s'inscrire dans une insécurité du lien.

La thérapie interpersonnelle, thérapie brève et structurée développée aux Etats-Unis à partir des années 1970 s'appuie sur les travaux de Bowlby et de la psychologie sociale. Elle se focalise en particulier sur les dysfonctionnements interpersonnels, souvent intriqués avec des problèmes d'ordre émotionnel. Inspirée pour une large part du modèle établi pour l'adulte, sa forme adaptée à l'adolescent comporte quelques spécificités sur le plan théorique et pratique. Son application à l'adolescent nécessite en cela une réflexion autour des conditions d'aménagement à cet âge. L'enjeu thérapeutique consiste à restaurer la capacité à s'entourer de liens sûres, en améliorant la régulation émotionnelle, et les représentations de soi et des autres.

MOTS CLES : thérapie interpersonnelle, attachement, dépression, adolescent, modèle biopsychosocial

INTERPERSONAL THERAPY AND ADOLESCENT DEPRESSION

ABSTRACT : Adolescent depression is related to protean representations, symptoms, theories and therapeutic choices. This heterogeneousness provokes a difficulty in the evaluation of its prevalence (8%) and the making of diagnosis. Its treatment is of the utmost importance on a public health viewpoint regarding the potential short or long term impacts. This period of life is characterized by reactivated conflicts such as separation/individuation, autonomy/dependence which unbalance the adolescent's psychological organisation and family relations and dynamic.

The attachment which is linked with early interactions between child and adult and which organizes our personalities then becomes more strained and affected by external influences. From this transition can emerge depression symptoms possibly linked with insecure or weakened ties.

As a brief and structured treatment for depressive disorder, individual interpersonal psychotherapy took place during the seventies in the United States. Its theoretical framework is based on the attachment concept (Bowlby) and the psychosocial viewpoint. This therapy is specifically orientated towards interpersonal disorders which are often linked with emotional problems. The first interpersonal therapy undertaken were dedicated to adults and had to be adapted from both theoretical and practical plans. Specific adjustments must be conceived regarding this particular period of life. The therapeutic stake is about the way to restore the capability to surround with secure ties, while improving emotional regulation and perception of oneself and others.

KEYWORDS: interpersonal therapy, attachment, depression, adolescent, biopsychosocial model

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine, 75270 Paris cedex 06**