



HAL
open science

Thérapie Interpersonnelle (TIP) chez l'adolescent

Abdel H. Boudoukha, Yann l'Hegaret, Nicolas Neveux

► **To cite this version:**

Abdel H. Boudoukha, Yann l'Hegaret, Nicolas Neveux. Thérapie Interpersonnelle (TIP) chez l'adolescent. *Emc Psychiatrie*, 2023, 10.1016/S0246-1072(23)47262-8. hal-04504938

HAL Id: hal-04504938

<https://hal.science/hal-04504938>

Submitted on 14 Mar 2024

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.

Thérapie Interpersonnelle (TIP) chez l'adolescent

Auteurs :

Abdel H Boudoukha (a)

Nantes Université, Univ Angers, Laboratoire de psychologie des Pays de la Loire, LPPL, UR
4638, F-44000 Nantes, France - <https://orcid.org/0000-0002-9317-0396>

Yann L'Hégaret (b)

Psychiatre, Paris, 9 rue Troyon 75017 Paris, docteur.yannlhegaret@gmail.com

&

Nicolas Neveux (c)

Psychiatre, Paris, 9 rue Troyon 75017 Paris, dr.neveux@gmail.com

Pour citer cet article :

A.-H. Boudoukha, Y. L'Hégaret, & N. Neveux. (2023). Thérapie Interpersonnelle (TIP) chez l'adolescent. *Psychiatrie*. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(23\)47262-8](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(23)47262-8)

Auteur correspondant :

Abdel Boudoukha - abdel-halim.boudoukh@univ-nantes.fr - <https://orcid.org/0000-0002-9317-0396> - Université de Nantes – - Faculté de Psychologie Laboratoire Psychologie des Pays de la Loire - UPRES UR 4638 Chemin de la Censive-du-Tertre BP 81227 Nantes Cedex 3 - <https://orcid.org/0000-0002-9317-0396>

Résumé :

La Thérapie interpersonnelle (TIP) est une thérapie brève et centrée sur le présent qui s'organise autour de trois phases : le diagnostic, le travail, la terminaison. Le lien interpersonnel y est au centre des préoccupations. En effet, il détermine la façon dont le thérapeute modélise les dysfonctionnements ayant induit le problème de santé mentale, notamment la dépression, et constitue l'outil thérapeutique. À partir des années 1990, des cliniciennes comme Moreau et Mufson adaptent aux adolescents (TIP-A) les trois phases de la TIP en tenant compte des particularités liées à cette période de développement physique et psychique. Les adolescents déprimés semblent rapporter un plus grand nombre d'événements de vie interpersonnels négatifs, un style d'attachement moins sécurisant et des scores plus élevés d'attachement insécures en comparaison avec des adolescents non déprimés. La TIP-A modélise l'adolescence, marquée par un ensemble de défis interpersonnels, comme une phase de transition de rôle en cours, de l'enfance vers l'âge adulte. Que ce soit en individuel ou en groupe, la modélisation des dysfonctionnements ayant contribué à la dépression passe par l'établissement de cibles de la TIP comme les conflits interpersonnels, les transitions de rôle, l'isolement/déficit interpersonnel ou encore le deuil. Ces cibles guideront les stratégies de prise en charge interpersonnelle. La TIP chez l'adulte a fait l'objet d'études d'évaluation systématique montrant son efficacité dans la dépression ou encore dans le trouble de stress post-traumatique. En ce qui concerne les adolescents, les méta-analyses et revues systématiques soulignent que la TIP-A est significativement plus efficace pour diminuer les symptômes dépressifs, améliorer la qualité de vie et pour augmenter le taux de rémission après traitement, comparée à des conditions « contrôle » (liste d'attente ou traitement habituel). Il est aujourd'hui nécessaire de mener des études explorant les mécanismes sous-jacents du changement et de développer la formation des cliniciens français auprès d'adolescents.

Mots clés : psychothérapie, TIP, lien interpersonnel, adolescents, efficacité, TIP, dépression

La thérapie interpersonnelle (TIP) est une psychothérapie structurée et brève conçue pour le traitement ambulatoire du trouble dépressif caractérisé de l'adulte et recommandée par les directives internationales(1–3). Elle s'intéresse spécifiquement aux relations interpersonnelles et au contexte social actuel du patient en ciblant le dysfonctionnement social associé aux symptômes notamment dans le cadre de la dépression (4). Elle est désormais appliquée à d'autres troubles psychopathologiques (5) et montre une efficacité ~~indéniable~~ chez l'adolescent (6). ~~La TIP étant~~ Relativement nouvelle dans le champ médico-psycho-social français, il apparaît nécessaire de lui donner une place et un éclairage. Pour cela, nous avons découpé cet article en deux parties. La première partie portera sur les caractéristiques de la TIP, son contexte historique et les modèles permettant une compréhension de sa praxéologie. La deuxième partie traitera de la spécificité de la TIP dans le traitement de la dépression à l'adolescence car c'est une période de changements bio-psycho-sociaux qui suppose une adaptation de la TIP classique. Pour finir, nous discuterons les études (essais contrôlés randomisés, méta-analyses et revue systématisées) sur l'efficacité de la TIP et de la TIP-A

1. La thérapie interpersonnelle : Histoire et principes généraux

1.1. La TIP : une découverte fortuite

Contrairement aux autres psychothérapies validés empiriquement (PVE), la TIP (7) ~~présente la particularité de ne n'a pas avoir été développée à partir d'observations cliniques servant de base à une compréhension théorique de la psychopathologie et des mécanismes de changement~~(8). Elle a été découverte fortuitement ~~par sérendipité~~, dans les années 1970 aux USA ~~alors que la psychothérapie était déconsidérée du fait de son manque de preuve~~, par Gerald L. Klerman, psychiatre psychopharmacologue (9), dans le cadre ~~qui lance~~ d'une étude ~~d'envergure~~ testant l'efficacité des médicaments dans le traitement de maintien dans la dépression (3). Cette étude comportait trois conditions, un traitement par tricycliques, un placebo et un traitement psychologique « high interpersonal contact », c'est-à-dire, une rencontre hebdomadaire avec un travailleur social, centrée sur les relations Inter-Personnelles (IP) et s'appuyant sur les travaux de Meyer et Stack Sullivan sur l'impact de l'environnement et des interactions sociales sur l'état psychique (10), et sur la théorie de l'attachement de Bowlby (11). Les résultats ont montré l'efficacité des tricycliques par rapport au placebo, et contre toute attente, le même résultat pour la condition psychologique renommée Psychothérapie Interpersonnelle. Les études de réplification postérieures ont confirmé que la

TIP est aussi efficace que les antidépresseurs et significativement plus efficace que le placebo (12).

1.2. Principes généraux de la TIP

Le contexte historique ~~de conception de la TIP~~ a beaucoup joué sur sa lente diffusion, car la TIP visait à répondre à des objectifs de recherche empirique et non à une utilisation clinique (7). La TIP est une thérapie brève et centrée sur le présent (13) qui comporte classiquement 12 à 16 séances (12). Elle s'articule autour de trois phases (4) que sont :

1. La phase initiale : elle permet de modéliser l'intervention thérapeutique et d'établir l'alliance avec le patient
2. La phase intermédiaire : Elle vise à travailler les liens IP ~~seront travaillés~~ avec les outils TIP
3. La phase finale ou de terminaison : Elle travaille la séparation d'avec le patient en faisant un bilan des acquis de la thérapie

À partir des années 1990, des cliniciens comme Moreau et Mufson(14) l'adaptent aux adolescents, en tenant compte des particularités liées à cette période de développement physique et psychique. La TIP-A est donc la forme de TIP adaptée aux adolescents. La prise en charge TIP chez l'adolescent (TIP-A) respecte les mêmes principes généraux (15), mais n'est pas recommandée dans certaines conditions ou nécessite des études de validation complémentaires (16–18) pour les adolescents présentant :

- Un manque grave et persistant de compétences et d'habiletés sociales ou un retard mental ;
- Des troubles psychiques associés ou comorbides qui nécessitent un traitement spécifique en première intention (Trouble Obsessionnel Compulsif, Trouble schizophrénique, trouble des conduites, bipolaire, troubles liés à l'abus de substances etc.) ;
- Une maladie chronique dont les symptômes apparaissent lentement et peuvent s'aggraver avec le temps ;
- Risques de passage auto-agressif (tentative de suicide, crise suicidaire) ou hétéro-agressif (violences graves, homicide).

Le lien IP est au centre des préoccupations (19) et va donc à la fois déterminer la façon dont le thérapeute modélise les dysfonctionnements ayant induit la dépression, mais aussi constituer l'outil thérapeutique. Le format groupal de la thérapie développée par Laura Mufson (18,20,21) ou IPT-AG, est une alternative intéressante à la prise en charge individuelle. Le groupe sert de laboratoire permettant de développer de nouvelles habiletés sociales face à des pairs ainsi que les facultés de mentalisation en ayant accès directement aux besoins et émotions de l'interlocuteur. Le groupe joue le rôle de soutien IP émotionnel pour l'adolescent, lui permettant de lever son sentiment de solitude face à la maladie. Les autres

adolescents sont également soutien informationnel ou motivationnel pour le patient et ainsi répondent à leur besoin d'estime et d'appartenance.

Que ce soit en individuel ou en groupe, la modélisation des dysfonctionnements ayant contribué à la dépression passe par l'identification d'une des quatre cibles TIP (12), qui n'est pas un diagnostic médical, mais un diagnostic psychothérapeutique. Il est identifié avec le patient et posé après le diagnostic psychiatrique(22). Nous allons maintenant nous intéresser à la modélisation et aux cibles TIP chez les adolescents.

2. Modélisation et Cibles TIP chez les adolescents

2.1. Modélisation TIP de l'Adolescence (TIP-A)

L'adolescence est marquée par un ensemble de bouleversements biologiques, des changements psychologiques et des modifications socio-environnementales avec l'exploration d'un nouvel environnement IP (1). En ce sens, les adolescents déprimés semblent rapporter un plus grand nombre d'événements de vie interpersonnels négatifs, un style d'attachement moins sécurisant et des scores plus élevés d'attachement insécures en comparaison avec des adolescents non déprimés(23). La TIP-A prend en compte ces différents changements en modélisant l'adolescence comme une phase de transition de rôle en cours : de l'enfance vers l'âge adulte(14,16,24). Cette phase de transition est marquée par un ensemble de défis interpersonnels (1,14,21,25–27)tels que :

- L'apparition de nouveaux besoins (accomplissement amoureux, physiologiques autour de la sexualité), enjeux majorés autour d'anciens besoins (liberté, identitaire, appartenance groupale) (26).
- L'apparition de nouvelles attentes IP en lien avec les besoins. Celles-ci sont souvent rigides en raison des difficultés de mentalisation.
- Un changement des règles IP. Alors qu'elle étaient le plus souvent explicites, posées par les parents et inattaquables, elles deviennent implicites, critiquables et le fruit d'une négociation avec les parents ou les pairs (27).
- La disponibilité du patient à répondre aux besoins d'autrui est impactée par l'adolescence : charge émotionnelle bloquant la disponibilité psychique, expression du libre arbitre impactant la disponibilité intentionnelle, changements d'organisation touchant la disponibilité contextuelle.
- Évoluant dans un nouveau contexte IP, l'adolescent doit développer ses habiletés sociales ainsi que sa capacité à explorer de manière proactive son environnement, exploration qui jusqu'alors était aidée par les parents.

L'adolescence étant une transition de rôle en soi, les changements seront toujours pris en compte dans la prise en charge TIP de l'adolescent (28). Cependant, le thérapeute cherchera

une cible TIP plus précise que le changement de statut enfance vers âge adulte (19,29). Nous allons nous concentrer sur la particularité des cibles TIP dans la partie suivante.

2.2. Les cibles TIP à l'adolescence : particularité des domaines problématiques

On retrouvera chez l'adolescent les quatre grands cibles TIP que sont les conflits interpersonnels, les transitions de rôle, l'isolement/déficit interpersonnel ou encore le deuil. Ils font l'objet d'une évaluation spécifique compte tenu des particularités de l'adolescent (15,24,30).

Les conflits interpersonnels

Les conflits interpersonnels émergent de situations d'opposition ou d'attente incongruentes entre besoins, règles, et disponibilités des protagonistes. Ils sont très présents chez l'adolescent de par les difficultés de mentalisation, la charge émotionnelle envahissante et la faible capacité de signalement(31). Le lien avec les parents peut s'affaiblir ou se distendre avec l'apparition des nouveaux besoins de l'adolescent et sa volonté d'exploration de nouveaux liens IP nécessitant une adaptation des règles (32). Trouver un positionnement permettant la satisfaction de ces nouveaux besoins tout en continuant à jouer un rôle parental est souvent difficile(33). Les liens avec les pairs peuvent aussi être touchés et entraîner des retentissements thymiques tant l'enjeu de satisfaction des besoins d'appartenance et identitaires est important à cet âge(27). Habituellement, un seul lien est concerné et le thérapeute TIP multipliera les analyses de ce lien, identifiant les besoins problématiques du patient mais aussi ceux de l'interlocuteur en insistant sur la disponibilité de celui-ci. Un travail sur le signalement en jeu de rôle sera également très utile.

Les transitions de rôle

La transition de rôle difficile reflète les problèmes d'adaptation lors des changements au cours de la vie qui peut affecter de nombreux liens. Les transitions de rôle sont multiples à l'adolescence(entrée au collège, au lycée, premières relations amoureuses ou sexuelles) et compliquées lorsqu'il y a un trouble mental (34). L'adolescent devra développer de nouvelles capacités d'adaptation face à ces challenges. Il devra trouver par lui-même de nouvelles ressources IP et développer de nouvelles compétences adaptatives ce qui peut le mettre en grande difficulté, entraînant un sentiment d'impuissance, des conflits et une répercussion thymique (35). Le thérapeute TIP cherchera à identifier les besoins insatisfaits et aidera le patient à rechercher les nouvelles ressources IP pouvant y répondre(36).

L'isolement social

L'isolement peut s'exprimer sur un plan quantitatif ou qualitatif(10).L'isolement quantitatif, quand le nombre de liens est trop faible, se caractérise par une difficulté à entrer en relation ou la maintenir, notamment en cas de style d'attachement évitant. L'adolescent, juge la difficulté à intégrer un groupe de pairs comme très élevée et ne développe pas de nouvelles compétences socialisantes, renforçant son isolement. Le thérapeute TIP cherchera d'abord à motiver le patient à explorer les relations IP, puis l'accompagnera dans toutes les étapes de développement d'un lien IP notamment via de nombreux jeux de rôle (29,32).

L'isolement qualitatif, reflète un nombre de liens « normal » voire élevé mais peu fonctionnels et ne répondant pas aux besoins du patient, souvent avec un style d'attachement anxieux-ambivalent (11). L'exploration IP existe mais la transformation en liens sécures est faible. Il existe une avidité relationnelle avec des attentes élevées très facilement déçues entraînant une instabilité relationnelle. Le thérapeute TIP travaille avant tout les capacités de mentalisation du patient notamment grâce aux analyses de lien répétées(29).

Le deuil

Le deuil renvoie à la perte d'un être physique qui comptait pour le patient et pour lequel on peut envisager une cognition sociale. La perte d'un objet ou d'une situation constitue une transition de rôle (19). La prise en charge du deuil à l'adolescence doit prendre en compte l'intensité de la charge émotionnelle et la difficulté à la réguler (14,21,37). Il s'agit souvent des premières expériences de deuil avec un possible sentiment d'abandon car l'adolescent n'ayant pas toujours construit un réseau IP suffisamment soutenant, risque de se renfermer sur lui-même, sans recourir au soutien IP, ce qui peut entraîner un isolement secondaire. Le thérapeute TIP centrera son attention initialement sur la gestion de l'émotion, aidant le patient à la digérer grâce à la clarification émotionnelle. Dans un second temps, il aidera le patient à réinvestir les liens IP vivants afin de lever l'isolement (15,29,38)

Une fois la cible TIP identifiée, le thérapeute amène le patient à rétablir des liens sécures (39), dans l'ici et le maintenant, ciblant le fonctionnement de ses liens IP. Il l'aide à répondre aux nouveaux besoins tout en développant ses capacités de mentalisation, ses compétences sociales et sa capacité d'exploration IP(25,38). Nous allons maintenant revoir les principes généraux adaptés à l'adolescent.

3. TIP à l'adolescence : l'adaptation des principes généraux

3.1. Adaptations et spécificités de la phase 1 (diagnostic) chez les adolescents

La phase initiale en TIP a pour but de modéliser l'intervention thérapeutique et d'établir l'alliance avec le patient. Pour cela, le thérapeute a différents objectifs : 1/ poser le diagnostic de dépression, 2/ établir le lien entre la dépression et ses conséquences relationnelles, 3/ déterminer une cible interpersonnelle et le style d'attachement du patient, 4/ donner le sick-role et établir le contrat thérapeutique.

A cette fin, le thérapeute réalise un inventaire interpersonnel permettant de faire une photographie de la vie relationnelle du patient : modélisation sous la forme de cercles interpersonnels qui permettent d'établir une représentation graphique de l'entourage du patient d'une part, analyse rapide des relations actuelles du patient via le tableau des relations d'autre part.

L'évolution de l'humeur est étudiée via une anamnèse ciblée visant à systématiquement faire le lien entre les variations thymiques et les événements de vie relationnels du patient, elle peut être représentée graphiquement par la réalisation d'une « time-line » liant humeur et événements de vie. Ces éléments permettent de déterminer la cible TIP (deuil, isolement, conflit, transition de rôle).

La psychoéducation sur la dépression et les stratégies thérapeutiques associées (notamment interpersonnelles) permet d'introduire le « sick-role » auprès de l'adolescent : le patient est alors considéré comme non-coupable de sa maladie et de ses conséquences mais aussi comme responsable de sa guérison. Le contrat thérapeutique permet de résumer les différents éléments observés en phase initiale. Le thérapeute et le patient s'accordent sur le choix de la cible interpersonnelle, sur le nombre de séance à réaliser et sur les moyens à mettre en œuvre (réalisation de tâches interpersonnelles entre les séances).

En TIP-A, la modification principale de la phase diagnostique est la place accordée aux parents : il faudra emporter l'adhésion non seulement de l'adolescent, mais également de la famille (33). Pour cela, la psychoéducation concernant la dépression sera destinée à l'ensemble de la famille car le tableau de la dépression adolescente est atypique (28,40,41). Il existe de grandes variations de l'humeur l'ensemble des symptômes cardinaux n'est pas retrouvé (42), la tristesse n'est pas toujours au premier plan et est souvent accompagnée

d'irritabilité, des champs de la vie de l'adolescent sont souvent préservés ce qui crée de l'incompréhension pour les parents (43). Cette incompréhension peut entraîner des conflits au sein du domicile (44). Les informations auront pour but de déculpabiliser l'adolescent et de lever l'incompréhension de l'ado et des parents. L'implication des parents dans la thérapie dépendra de leur positionnement : sont-ils soutien ou frein pour la prise en charge de leur enfant ? Plus ils seront réfractaires, plus le travail de psychoéducation initial sera nécessaire. L'enjeu de la confidentialité sera discuté (29), afin de donner la possibilité à l'adolescent de se confier librement en entretien tout en impliquant les parents. Les règles de communication entre les parties seront explicitées afin de créer un cadre prévisible permettant de favoriser l'apparition d'un lien sûr entre l'adolescent et le thérapeute.

Cette première phase de la TIP-A rend compte d'autres particularités :

1. L'inventaire IP de l'adolescent s'appuiera sur les outils classiques (cercle interpersonnel, tableau des relations, etc.) Il est possible de faire un cercle IP uniquement scolaire ou amical afin d'identifier précisément les interactions ressources ou problèmes de l'adolescent. La conscientisation de ressources IP non identifiées par le patient sera travaillée (CPE, médecin ou infirmière scolaire, éducateur, etc.).
2. Nous retrouvons les 4 cibles TIP classiques (conflit/ deuil/ transition de rôle / isolement) mais un 5^{ème} diagnostic a été proposé par des auteurs(37) : cible TIP de « famille monoparentale », considérant les ressources limitées de l'environnement IP dans cette situation et la nécessité d'autonomisation et de responsabilisation de l'adolescent dans ce cas.
3. La fréquence des passages à l'acte dans cette tranche d'âge, impliquera une évaluation du risque suicidaire régulièrement. La conduite à tenir en cas de menace suicidaire sera établie avec les parents, et les ressources adaptées (service des urgences, centre de crises...) seront identifiées(1,45).
4. En reprenant les principes des droits et devoirs conférés par la maladie, un rôle limité de malade (sickrole) sera donné à l'adolescent(14,21). Le thérapeute cherchera au maximum à limiter le risque de déscolarisation. En fonction de l'état thymique de l'adolescent, un accueil individualisé à l'école pourra être défini (PAI avec adaptation du volume horaire des cours par exemple). Les attentes des parents sur l'implication scolaire ou dans les tâches de la maison seront également travaillées, afin de tenir compte de la symptomatologie. Un nouveau cadre familial pourra être posé.
5. L'alliance thérapeutique peut être difficile à établir, notamment lorsque la demande initiale de prise en charge est portée par les parents. Le thérapeute évitera d'avoir un positionnement trop haut face à l'adolescent, notamment en insistant sur une écoute active et intéressée des propos du patient (46). La distance thérapeutique sera plus proche qu'avec un adulte, le thérapeute pouvant faire un peu de révélation personnelle choisie(29).
6. Le cadre thérapeutique pourra être attaqué par l'adolescent(47). Le thérapeute cherchera à le rendre maximum prévisible : reprenant systématiquement les attaques du cadre, il

rappellera la règle IP enfreinte, le sens IP de celle-ci et les conséquences induites (par exemple, un RDV est écourté en cas de retard).

7. Le nombre de séances sera adapté en fonction du patient et le nombre de séances total ne sera pas forcément évoqué (14). Le thérapeute pourra préférer évoquer une thérapie de quelques mois avec « un début et une fin » afin d'éviter un rejet lié à une thérapie anticipée comme trop longue, mais aussi préparer la limitation temporelle de celle-ci.

3.2. Points d'attention spécifiques aux adolescents dans la phase intermédiaire

Durant le travail de phase intermédiaire, le thérapeute vise à modifier le contexte interpersonnel dans lequel la dépression du patient s'est développée. En fonction de la cible interpersonnelle (cf chapitre 2), la prise en charge sera différente avec des techniques spécifiques qui ne seront pas abordées ici. Cependant, le thérapeute cherchera toujours à sécuriser l'univers interpersonnel du patient en lui permettant soit de résoudre des conflits relationnels, soit de créer de nouveaux liens interpersonnels, soit de désinvestir des liens problématiques (15).

Dans ce but, le thérapeute utilise différentes techniques interpersonnelles résumées dans le tableau suivant (48,49) :

Nom	Description
Clarification IP	Analyse précise de situations IP récentes qui permet de dégager les enjeux IP en étudiant les faits, les émotions et l'intentionnalité d'un épisode IP. Elle s'appuie également sur des outils d'analyse comme l'agenda interpersonnel ou l'échelle visuelle d'humeur.
Analyse de la communication	Analyse de la qualité de signalement du patient et de son interlocuteur. Elle s'appuie sur les outils suivants : analyse réplique par réplique d'une situation interpersonnelle passée, analyse de la communication avec le thérapeute en séance.
Analyse du lien IP	Elle permet de favoriser la mentalisation du patient en étudiant le fonctionnement d'une relation IP. Celle-ci est modélisée en dégageant les enjeux IP d'un lien (règles, besoins, attentes, disponibilité) des deux cotés de la relation.
Analyse décisionnelle	Analyse étudiant les stratégies IP permettant de répondre aux besoins du patient. Le thérapeute utilise des outils de brainstorming et de balance décisionnelle avec le patient.

Assignation de tâches	Elle consiste à définir de manière précise la tâche IP à accomplir entre les séances (contexte, objectifs et moyens) et correspond au travail sur le signalement du patient.
Jeux de rôles (JDR)	Les jeux de rôles réalisés en séance permettent d'appuyer l'analyse de la communication et de travailler la mentalisation du patient. Ils servent également à préparer les tâches IP.

Ainsi, ces techniques viseront à favoriser la compréhension d'une relation interpersonnelle, à analyser la qualité de la communication ou à permettre au patient dans le présent de sécuriser son univers interpersonnel via la réalisation d'une tâche.

En TIP-A, le thérapeute portera son attention sur plusieurs points particuliers chez les adolescents(29):

1. La recherche de sensation et l'impulsivité relationnelle pourront entraîner des problèmes(50), le thérapeute luttera contre cette impulsivité en travaillant en amont les tâches en séance. L'analyse de la relation sera systématiquement effectuée avant d'assigner une tâche, puis suivie de jeux de rôle en séance.
2. En raison de la difficulté d'identification des émotions et de leur intensité, la clarification émotionnelle occupera une place importante(51). Le thérapeute aidera le patient à les nommer, identifier les besoins sous-jacents, puis à revenir aux éléments factuels, souvent négligés.
3. De nombreux besoins prennent une place prépondérante dans les problématiques adolescentes (besoin d'appartenance, d'estime, d'identité)(19,26). Le thérapeute recherchera systématiquement comment le patient satisfait ces besoins.
4. Les capacités de mentalisation étant en construction, la place de l'analyse de la relation sera centrale(31). Toute occurrence IP problématique sera étudiée sous ce prisme, avec comme but de développer les capacités de mentalisation du patient.
5. Le lien avec chacun des parents, mobilisant particulièrement le système d'attachement, sera systématiquement étudié(33,52), même s'il n'apparaît pas comme problématique. L'attention sera portée sur l'impact sur le lien de l'apparition des nouveaux besoins et sur le remaniement des règles IP préexistantes.
6. L'objectif restera de développer les capacités de signalement et de rapprochement de l'adolescent, néanmoins le thérapeute pourra s'appuyer sur des entretiens familiaux durant la prise en charge.
7. Le développement des compétences de socialisation et de communication, enjeu lié à l'âge, sera particulièrement travaillé en séance via de nombreux jeux de rôle.

3.3. La phase finale chez les adolescents

La phase de terminaison a pour but de clore la thérapie en observant les progrès réalisés et en se projetant dans le futur.

Chez l'adolescent, elle reprend les bases de celle de la TIP classique : bilan des acquis, évaluation des perspectives futures et séparation avec le thérapeute(29). L'impulsivité peut conduire l'adolescent à vouloir arrêter la prise en charge de manière subite dès lors qu'il ira mieux(15,53). Il est important de maintenir cette phase afin de montrer à l'adolescent qu'il est possible de désinvestir un lien de manière apaisée.

Le thérapeute lèvera le « rôle limité de malade », en insistant sur les nouvelles capacités relationnelles et de mentalisation développées par le patient. Un entretien familial est en général organisé afin de clore la prise en charge(14). La disponibilité du thérapeute pour le futur est discutée.

4. La TIP-A (TIP-Adolescents) : une thérapie efficace dans la dépression

~~Nous rappellerons pour éviter toute confusion terminologique que la TIP-A est la TIP classique adaptée aux adolescents.~~ L'orientation des patients vers des interventions en santé mentale, notamment en termes de psychothérapie, doit s'appuyer sur des données probantes dérivées de travaux scientifiques (54). Dans ce sens, la TIP chez l'adulte a fait l'objet d'études d'évaluation systématique (méta-analyse, revue systématique) montrant son efficacité dans la dépression (55,56) ou encore dans le trouble de stress post-traumatique (57). En ce qui concerne les adolescents, une revue systématique et une méta-analyse de Duffy et ses collègues (58) a évalué l'efficacité de la TIP pour la dépression ~~chez les adolescents.~~ **Plus particulièrement,** Ils ont observé une amélioration des symptômes dépressifs et du fonctionnement général ~~Leur méta-analyse~~ qui suggère que la TIP-A est plus efficace que des interventions moins structurées. Rex (59) a également montré, dans la revue systématique ~~de 28 études dont 14 études d'efficacité~~ que la TIP-A est efficace chez les adolescents avec un trouble dépressif et fonctionne aussi bien en format groupal qu'en individuel. L'auteur souligne par ailleurs l'efficacité de la TIP-A dans différents contextes culturels. **Plus récemment,** Cuijpers et ses collègues vont dans le même sens (6). De leur côté, Pu et ses collègues (60) ont procédé à une méta-analyse de sept essais contrôlés randomisés (ECR) d'efficacité et d'acceptabilité de la TIP-A pour la dépression. Ils ont conclu que la TIP-A était significativement plus efficace pour diminuer les symptômes dépressifs, améliorer la qualité

de vie et pour augmenter le taux de rémission après traitement, que les conditions « contrôle » (liste d'attente ou traitement habituel). Enfin, des études, souvent pilotes, montrent l'efficacité de la TIP-A dans d'autres troubles psychiques, que ce soit pour l'image du corps (61), les troubles des comportements alimentaires (62), ou des comorbidités anxio-dépressives avec des troubles des apprentissages (63).

Bien que l'efficacité de la TIP-A dans la dépression soit démontrée, il subsiste des limites. Il faut par exemple noter que l'efficacité de la TIP-A n'est pas plus importante que celle de la TCC (58). Par ailleurs, on observe une absence de supériorité de la TIP-A dans l'amélioration des difficultés IP (58). Dans la même direction, les résultats de la méta-analyse des ECR de Pu et ses collaborateurs ne permet pas de conclure que la TIP-A réduit le risque de suicidaire (60). De son côté Rex rappelle que parmi les études expertisées, le nombre de garçons est faible, suggérant que ce sont plutôt les filles qui bénéficient d'une TIP-A et qu'elles présentent par ailleurs une grande hétérogénéité avec des tailles d'effet plutôt faibles (59). D'autres études, ECR, revues systématiques et méta-analyses sont donc nécessaires. Par ailleurs, l'absence de supériorité de la TIP-A dans l'amélioration des difficultés IP souligne la nécessité de mener des études explorant les mécanismes sous-jacents du changement. Finalement, les études pilotes qui montrent un bénéfice de la TIP-A dans d'autres troubles de santé mental ne sont que des prémisses et méritent des investigations complémentaires (61–63)

Conclusion

La TIP et sa version adaptée aux adolescents (TIP-A) bien que peu implantées en France, sont des psychothérapies recommandées par les grandes agences de santé à un niveau international et européen. Structurée et limitée dans le temps, elle propose de s'intéresser aux caractéristiques des relations interpersonnelles et d'offrir aux adolescents un espace de discussion des transitions et transactions auxquelles ils sont exposés. Les travaux d'études sur l'efficacité de la TIP-A, qui montrent la supériorité sur une condition contrôle, ne peuvent être ignorés. Par ailleurs, La TIP de groupe pour la dépression est également recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui en a édité un ouvrage (64). Il apparaît donc que la formation des cliniciens français à la TIP-A doit être développée dans le champ médico-social et encouragée par les pouvoirs publics.

Déclaration de conflit d'intérêts

AHB ne déclare aucun conflit d'intérêts. NN est président de l'Institut de Formation en Thérapies Interpersonnelles, association loi 1901. YL est trésorier de l'Institut de Formation en Thérapies Interpersonnelles.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé HAS. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Saint-Denis La Plaine; 2014.
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry*. avr 2000;157(4 Suppl):1-45.
3. Klerman GL, Dimascio A, Weissman MM, Prusoff B, Paykel ES. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am J Psychiatry*. févr 1974;131(2):186-91.
4. Neveux N. Prendre en charge la dépression avec la thérapie interpersonnelle. 10 cas cliniques de TIP. Paris: Dunod; 2022. 312 p. (Les Ateliers du praticien).
5. Streit U, Leblanc J. La psychothérapie interpersonnelle : bien au-delà de ses premières applications. *Santé Ment Au Qué*. 2008;33(2):7.
6. Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M, Miguel C, Noma H, Stikkelbroek Y, et al. The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: A systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. janv 2023;32(1):177-92.
7. Stuart S, Robertson M. *Interpersonal Psychotherapy: A Clinician's Guide*. 2nd éd. London: CRC Press; 2012. 320 p. (Classic's in Psychotherapy).
8. Tolin DF. Advances in the identification of empirically supported psychological treatments. *Clin Psychol Sci Pract*. 1 déc 2020;27(4):e12356.
9. Weissman MM. A Brief History of Interpersonal Psychotherapy. *Psychiatr Ann*. 1 août 2006;36:553-7.
10. Leblanc J, Streit U. Origines et description de la Psychothérapie interpersonnelle (PTI). *Santé Ment Au Qué*. 15 janv 2009;33(2):31-47.
11. Bowlby J. *Attachment and Loss*. New York, N Y, US: Basic Books Inc; 1980.
12. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville B, Chevron ES. *Interpersonal psychotherapy for depression*. New York, NY, US: New York University Press; 1996. 134 p.
13. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York, NY, US: Basic Books; 2000. xii, 465 p. (Comprehensive guide to

interpersonal psychotherapy.).

14. Moreau D, Mufson L, Weissman MM, Klerman GL. Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: description of modification and preliminary application. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juill 1991;30(4):642-51.
15. Mufson L, éditeur. *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2004. 315 p.
16. Young JF, Mufson L. *Interpersonal Psychotherapy for the Treatment of Adolescent Depression: A Guide to Techniques and Implementation*. In: Steiner H, éditeur. *Handbook of mental health interventions in children and adolescents: An integrated developmental approach*. Hoboken, NJ: Jossey-Bass/Wiley; 2004. p. 685-703.
17. MacKenzie KR, Grabovac AD. Interpersonal psychotherapy group (IPT-G) for depression. *J Psychother Pract Res*. 2001;10(1):46-51.
18. Mufson L. Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents (IPT- A): Extending the Reach from Academic to Community Settings1. *Child Adolesc Ment Health*. 1 mai 2010;15(2):66-72.
19. Neveux N. *Pratiquer la TIP. Thérapie Interpersonnelle*. Paris: Dunod; 2021. 354 p. (Les Ateliers du praticien; vol. 2e éd.).
20. Mufson L, Gallagher T, Dorta KP, Young JF. A group adaptation of Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents. *Am J Psychother*. 2004;58(2):220-37.
21. Mufson L, Anderson G. Psychothérapie interpersonnelle à l'intention des adolescents souffrant de dépression : théories, techniques et recherche. *Santé Ment Au Qué*. 15 janv 2009;33(2):49-65.
22. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *The guide to interpersonal psychotherapy*. Updated and expanded edition. Oxford New York: Oxford University Press; 2018. 283 p.
23. O'Shea G, Spence SH, Donovan CL. Interpersonal factors associated with depression in adolescents: Are these consistent with theories underpinning interpersonal psychotherapy? *Clin Psychol Psychother*. nov 2014;21(6):548-58.
24. Lavigne B, Audebert-Mérilhou E, Buisson G, Kochman F, Clément JP, Olliac B. Thérapie interpersonnelle (TIP) en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *L'Encéphale*. 1 déc 2016;42(6):535-9.
25. Spence SH, O'Shea G, Donovan CL. Improvements in interpersonal functioning following interpersonal psychotherapy (IPT) with adolescents and their association with change in depression. *Behav Cogn Psychother*. mai 2016;44(3):257-72.

26. Strom K, Oguinick CM, Singer MI. What do teenagers want? What do teenagers need? *Child Adolesc Soc Work J.* oct 1995;12(5):345-59.
27. Reyes-Portillo JA, McGlinchey EL, Yanes-Lukin PK, Turner JB, Mufson L. Mediators of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents on outcomes in Latinos: The role of peer and family interpersonal functioning. *J Lat Psychol.* nov 2017;5(4):248-60.
28. Jeammet P. 83. La dépression chez l'adolescent. In: *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.* Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2004. p. 1477-99. (Quadrige; vol. 2e éd.).
29. Fattaccini PF. *Thérapie interpersonnelle et dépression de l'adolescent [Doctorat de Médecine].* [Paris]: Paris Descarte; 2019.
30. Jacobson CM, Mufson LH, Young JF. Treating adolescent depression using interpersonal psychotherapy. In: Weisz JR, Kazdin AE, éditeurs. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents, 3rd ed.* New York, NY: The Guilford Press; 2018. p. 66-82.
31. Poznyak E, Morosan L, Perroud N, Speranza M, Badoud D, Debbané M. Roles of age, gender and psychological difficulties in adolescent mentalizing. *J Adolesc.* juill 2019;74:120-9.
32. Rudolph KD, Hammen C. Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: a transactional perspective. *Child Dev.* juin 1999;70(3):660-77.
33. Gunlicks-Stoessel M, Mufson L. Innovations in Practice: a pilot study of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents and their parents. *Child Adolesc Ment Health.* nov 2016;21(4):225-30.
34. Jivanjee P, Kruzich JM, Gordon LJ. The age of uncertainty: Parent perspectives on the transitions of young people with mental health difficulties to adulthood. *J Child Fam Stud.* août 2009;18(4):435-46.
35. Hazanov-Boskovitz O. *Etude du coping des adolescents dans un contexte expérimental [Doctorat de Psychologie].* [Genève, Suisse]: Genève; 2003.
36. Neveux N. *Pratiquer la TIP. Thérapie Interpersonnelle.* Paris: Dunod; 2017. 336 p. (Les Ateliers du praticien).
37. Mufson L, Dorta KP. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: Theory, practice, and research. In: *Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies, Vol 25.* Mahwah, NJ, US: Analytic Press; 2000. p. 139-67. (The Annals of the American Society for Adolescent Psychiatry.).

38. Jacobson CM, Mufson LH, Young JF. Treating adolescent depression using interpersonal psychotherapy. In: Weisz JR, Kazdin AE, éditeurs. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents, 3rd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2018. p. 66-82.
39. Bay-Smadja M, Rahioui H. La thérapie interpersonnelle basée sur la théorie de l'attachement. De Klerman à Bowlby. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 juill 2015;173(6):547-52.
40. Vande Voort J. Depression in children and adolescents. In: Perring C, Wells LA, éditeurs. Diagnostic dilemmas in child and adolescent psychiatry: Philosophical perspectives. New York, NY: Oxford University Press; 2014. p. 209-22. (International perspectives in philosophy and psychiatry).
41. A.P.A. DSM 5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 2015.
42. Chabrol H. Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent. Paris: Dunod; 2011. 608 p. (Psycho Sup).
43. Huerre P. Dépression et adolescents. *Dépress Âges Vie Patient Fatigué Ou Déprimé.* 1 juin 2008;34(3, Supplement 1):S1-4.
44. Chan Chee C, Gourier-Fréry C, Guignard R, Beck F. État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. *Santé Publique.* 2011;23(HS):11-29.
45. Raynaud JP, Olliac B. Risque et conduite suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge chez l'enfant et l'adolescent. *Rev Prat.* 2010;60(8):1149-54.
46. Zack SE, Castonguay LG, Boswell JF. Youth working alliance: A core clinical construct in need of empirical maturity. *Harv Rev Psychiatry.* 2007;15(6):278-88.
47. Binder PE, Holgersen H, Nielsen GH. Establishing a bond that works: A qualitative study of how psychotherapists make contact with adolescent patients. *Eur J Psychother Couns.* mars 2008;10(1):55-69.
48. L'attachement en psychothérapie de l'adulte. Paris: Dunod; 2023. 368 p. (Smith J. théorie et Pratiques cliniques).
49. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Conduite d'une psychothérapie interpersonnelle de la dépression. Paris: Aquarium Média; 2006. 230 p.
50. Meeus W, Vollebergh W, Branje S, Crocetti E, Ormel J, van de Schoot R, et al. On imbalance of impulse control and sensation seeking and adolescent risk: An intra-individual developmental test of the dual systems and maturational imbalance models. *J Youth Adolesc.*

mai 2021;50(5):827-40.

51. Yorbik O, Birmaher B, Axelson D, Williamson DE, Ryan ND. Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. déc 2004;65(12):1654-9; quiz 1760-1.
52. Gambin M, Woźniak-Prus M, Konecka A, Sharp C. Relations between attachment to mother and father, mentalizing abilities and emotion regulation in adolescents. *Eur J Dev Psychol*. janv 2021;18(1):18-37.
53. d'Acromont M, Van der Linden M. Adolescent impulsivity: Findings from a community sample. *J Youth Adolesc*. oct 2005;34(5):427-35.
54. Qu'est-ce que la psychothérapie empiriquement fondée ? - Billieux Joël [Internet]. [cité 2 avr 2023]. Disponible sur: <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/29714>
55. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. Interpersonal Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 1 juin 2011;168(6):581-92.
56. de Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, Verdeli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. avr 2005;255(2):75-82.
57. Althobaiti S, Kazantzis N, Ofori-Asenso R, Romero L, Fisher J, Mills KE, et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 1 mars 2020;264:286-94.
58. Duffy F, Sharpe H, Schwannauer M. Review: The effectiveness of interpersonal psychotherapy for adolescents with depression – a systematic review and meta-analysis. *Child Adolesc Ment Health*. 1 nov 2019;24(4):307-17.
59. Rex L. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: A systematic review of quantitative studies exploring effectiveness, concomitant findings, and mediating and moderating variables. ProQuest Information & Learning; 2023.
60. Pu J, Zhou X, Liu L, Zhang Y, Yang L, Yuan S, et al. Efficacy and acceptability of interpersonal psychotherapy for depression in adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Res*. 1 juill 2017;253:226-32.
61. Duffy F, Sharpe H, Beveridge E, Osborne K, Richards C. Mixed methods pilot evaluation of interpersonal psychotherapy for body image for adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry*. janv 2021;26(1):167-77.
62. Burke NL, Neyland MKH, Young JF, Wilfley DE, Tanofsky-Kraff M. Interpersonal psychotherapy for the prevention of binge-eating disorder and adult obesity in an African

American adolescent military dependent boy. *Eat Behav.* août 2020;38.

63. Brunstein-Klomek A, Kopelman-Rubin D, Apter A, Argintaru H, Mufson L. A pilot feasibility study of interpersonal psychotherapy in adolescents diagnosed with specific learning disorders, attention deficit hyperactive disorder, or both with depression and/or anxiety symptoms (IPT-ALD). *J Psychother Integr.* déc 2017;27(4):526-39.

64. Organisation Mondiale de la Santé OMS. *Thérapie interpersonnelle (TIP) de groupe pour la dépression.* Genève, Suisse; 2016.