

MENENDEZ Sonia
17 rue Paul Lorillon
95 440 - Ecouen



Tuteur : M. S. Rusinek
Superviseur : Mme H. Denis

Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive

Mémoire de Module 3

2021/2022

**Cas de Trouble Oppositionnel
avec Provocation léger
associé à un Trouble Dépressif
Caractérisé léger**

Youssef, 9 ans

Table des matières

RESUME	4
CADRE DE TRAVAIL	4
MOTIF DE CONSULTATION	5
ANAMNESE	5
PRESENTATION GENERALE	5
HISTOIRE DU TROUBLE ET ETAT ACTUEL	6
HISTOIRE PRODOMIQUE.....	7
HISTOIRE DE VIE	7
DIAGNOSTICS	8
PREMIER DIAGNOSTIC RETENU	8
DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS DU PREMIER DIAGNOSTIC	10
SECOND DIAGNOSTIC RETENU	11
DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS DU SECOND DIAGNOSTIC	12
EN CONCLUSION.....	13
CADRE THEORIQUE	13
DEFINITION	13
EPIDEMIOLOGIE ET COMORBIDITES.....	14
HYPOTHESES EXPLICATIVES ET FACTEURS DE RISQUES	14
TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION ET TCC	15
LIGNES DE BASE	15
DESCRIPTION DES QUESTIONNAIRES	15
OUTILS COMPORTEMENTAUX.....	16
BILAN DES EVALUATIONS.....	17
ANALYSE FONCTIONNELLE	17
PARTIE DIACHRONIE.....	18
PARTIE SYNCHRONIE – MODELE SORC – YOUSSEF.....	19
PARTIE SYNCHRONIE – MODELE SORC – MERE.....	20
ANALYSE DE LA DEMANDE ET CONTRAT THERAPEUTIQUE	21
PROJECTIONS THERAPEUTIQUES	22
DESCRIPTION DES SEANCES EFFECTUEES	22
PROJECTIONS POUR LA SEANCE RESTANTE.....	24
PRESENTATION DE SEANCES	24
SEANCE 11 : EXTINCTION DES COMPORTEMENTS PROBLEMES (EXPLICATION D’UNE METHODE).....	24
SEANCE 14 : SUIVI DU TABLEAU DE RECOMPENSES (APPLICATION D’UNE METHODE)	26
ANALYSE DE L’ECHEC ET DE LA REUSSITE	28
EVOLUTION DES INDICES	28
CONCLUSION ET RESSENTI DU THERAPEUTE	28
BIBLIOGRAPHIE	29

RESUME

Ce mémoire expose le cas clinique de Youssef, 9 ans, qui présente un trouble oppositionnel avec provocation léger, associé à un trouble dépressif caractérisé léger.

Les éléments anamnestiques recueillis et la démarche diagnostique adoptée seront exposés. Par la suite, le cadre théorique permettra de faire un point sur l'état des recherches en ce qui concerne l'épidémiologie, les comorbidités fréquentes et les traitements thérapeutiques reconnus comme efficaces. L'analyse fonctionnelle permettra de comprendre les mécanismes qui sous-tendent les situations problématiques évoquées. De ces éléments découleront les projections thérapeutiques. Quelques séances à différents moments de la thérapie seront présentées. Une réflexion exposant les réussites et les difficultés rencontrées au cours des suivis permettra de conclure ce mémoire.

CADRE DE TRAVAIL

J'exerce actuellement en tant que Psychologue Clinicienne à temps plein au sein d'une Plateforme de Diagnostic Autisme de Proximité (PDAP), en Centre Hospitalier. Mon activité ne se prêtant pas au suivi thérapeutique, j'ai profité de mon temps dédié à la Formation-Information-Recherche (FIR) pour proposer des suivis psychothérapeutiques au sein de la Consultation Hospitalière pour Enfants de ce même hôpital. Quelques patients, enfants et adolescents, me sont adressés par le psychiatre référent et sont sélectionnés pour bien répondre à ce type de thérapie : ils ont plus de six ans et le contexte familial est généralement favorable.

MOTIF DE CONSULTATION

Youssef, âgé de 9 ans, est suivi à la Consultation Hospitalière par un pédopsychiatre depuis juin 2021, à hauteur d'une consultation tous les mois. Le suivi fait suite à des menaces de défenestration s'étant produites à trois reprises au domicile familial. Il m'est adressé dans ce contexte pour apparente tristesse et tendance à l'isolement. Le pédopsychiatre rapporte également un sentiment de rejet chez Youssef par rapport au reste de la fratrie, et évoque un style parental restrictif et punitif. Lors de la première consultation, je reçois d'abord Youssef seul. Lorsque je lui demande s'il connaît la raison pour laquelle nous nous voyons, il me répond qu'on lui dit qu'il se met « parfois en colère » et qu'il peut taper ses frères et sœurs, mais uniquement lorsqu'il « reçoit les coups et les rend. » Youssef affirme par la suite être régulièrement accusé à tort par ses parents, et avoir été « traité de chien » par sa mère. Il se sent défavorisé et mal-aimé au sein de sa famille. L'arrivée de la mère, en deuxième partie de consultation, permet de préciser la demande. Selon elle, Youssef a un problème de maîtrise de la colère depuis toujours. Il se retrouve régulièrement en situation de conflit avec ses parents, le reste de la fratrie et avec certains enfants du voisinage. Il est susceptible et peut même taper quand un autre enfant le nargue. Il manifeste par ailleurs des comportements négatifs récurrents au quotidien. Il se plaint beaucoup, se braque, et « fait des bêtises. » La mère évoque son inquiétude vis-à-vis des menaces de défenestration et de l'avenir de son fils. Elle le trouve renfermé depuis récemment. Elle aimerait qu'il gagne en sérénité, qu'il soit moins susceptible et sensible, et qu'il s'assagisse. Je ne verrai jamais le père pour des raisons professionnelles, mais il partage ces demandes et est d'accord avec la mise en place du suivi. Youssef ne voit pas de problème particulier en ce qui concerne ses colères, qu'il trouve justifiées. Il aimerait que ses parents le réprimandent moins et lui fassent plus confiance.

Après avoir expliqué les principes des Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC), je propose à Youssef et à sa mère d'apprendre à se connaître et de consacrer quelques séances à la bonne compréhension des difficultés rencontrées, ce qui nous permettra de déterminer des objectifs thérapeutiques précis. Les deux acceptent.

ANAMNESE

Présentation générale

Je rencontre Youssef en octobre 2021. Il se présente alors comme un jeune garçon au regard vague et fuyant. Il est peu expressif d'un point de vue émotionnel, et aucune gestuelle

n'accompagne son discours. Il se contente généralement de répondre à mes questions avec un certain temps de latence, et ne s'exprime que très peu spontanément. Cela tend à s'améliorer au fur et à mesure des séances. Au sein du contexte thérapeutique, il est conciliant et docile. Nous ritualisons rapidement quelques jeux de société en début de séance, ce qui l'aide à gagner en dynamisme et en spontanéité et ce qui contribue à la création d'une alliance thérapeutique. Youssef est par ailleurs sensible aux gratifications et valorisations. En ce qui concerne la mère, elle est très motivée par le suivi thérapeutique et se dit « prête à tout » pour améliorer la situation. En début de suivi, la dynamique relationnelle entre Youssef et elle est difficile. Elle se montre facilement agacée par ce qu'il peut dire. Les deux débattent constamment de la responsabilité de l'autre dans les conflits et de la véracité des faits, jusqu'à ce que la mère finisse par couper court au dialogue. Youssef, comme sa mère, semblent disposer de bonnes ressources intellectuelles et culturelles.

Histoire du trouble et état actuel

La mère qualifie Youssef d'enfant difficile depuis toujours. A partir de l'âge d'un an et demi/ deux ans, il a commencé à s'opposer constamment. Elle relevait déjà une différence comportementale par rapport à ses frères et sœurs au même âge. A l'entrée à l'école, il adopte des comportements violents envers les autres enfants. Suite à ces problématiques également repérés par les équipes pédagogiques, un suivi thérapeutique bihebdomadaire est proposé par une psychologue scolaire au cours de l'année de CP. Une amélioration comportementale est alors observée, mais les comportements problématiques réapparaissent au sein du domicile environ une année après, soit en classe de CE1 (2019/2020.)

A partir du printemps/été 2021, les comportements négatifs s'amplifient, ce qui contraint la mère à punir Youssef de manière récurrente (interdiction de sortie et interdiction d'écrans.) Selon elle, cela fait suite à des conflits avec les enfants du voisinage. Youssef a un jour frappé un autre enfant qui le provoquait et le narguait. Il a été puni suite à ça par ses parents. Depuis, il trouve tout injuste et est exagérément susceptible. Les troubles du comportement débutent lors d'évènements qui sont minimes et prennent des proportions inattendues. C'est à cette période que Youssef commence à adopter des comportements de mise en danger et s'isole de plus en plus. Dans les moments où il est en colère, il peut parfois fuir la maison sans prévenir personne, ou encore mettre la jambe par-dessus la fenêtre du premier étage, comme pour se défenestrer (à trois reprises cet été.) Le suivi pédopsychiatrique est mis en place en juin 2021, suite à ces évènements qui inquiètent beaucoup les deux

parents. Pour la mère, ce suivi ne paraît pas suffisamment régulier. Il permet de faire le point et d'énumérer les troubles du comportement rencontrés au cours du mois écoulé, sans mettre en place de stratégies pour améliorer la situation, faute de régularité.

Histoire prodromique

Les difficultés étant présentes depuis la petite enfance, j'explore l'histoire de vie précoce de Youssef afin de mettre en lumière d'éventuels éléments déclencheurs ou facteurs de risque. Aucun événement n'est mis en lien de manière évidente avec les difficultés de Youssef à gérer ses émotions. La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans difficulté. L'histoire de vie précoce n'est marquée par aucun événement particulier, aussi bien pour Youssef qu'à l'échelle familiale. Le développement précoce est typique.

En revanche, le conflit avec l'enfant du voisinage semble avoir précédé l'amplification des comportements négatifs, ainsi que l'apparition d'un isolement et d'un sentiment de tristesse chez Youssef. Les pratiques éducatives paraissent strictes depuis toujours, et il semble que cet épisode ait contribué à rendre les stratégies parentales encore plus dures. La mère indique en effet être contrainte à le punir en permanence. Le style parental étant un facteur de risque potentiel, il est possible qu'il ait joué un rôle dans l'étiologie des comportements d'opposition. Il est cependant difficile d'établir si les troubles du comportement sont une conséquence de la dureté des pratiques éducatives familiales, ou inversement.

Au regard de ces informations recueillies, les troubles oppositionnels et le style parental restrictif apparaissent antérieurs aux sentiments de tristesse décrits et aux comportements de mise en danger. Cela indique que l'altération de l'humeur pourrait être une conséquence de ces difficultés de gestion comportementale et émotionnelle.

Histoire de vie

- Relations familiales et amicales

Youssef vit avec ses deux parents, son grand frère (âgé de 16 ans), sa grande sœur (âgée de 13 ans) et sa petite sœur (âgée de 7 ans.)

La dynamique familiale est fragile, et les conflits gravitent généralement autour du comportement de Youssef. Ce dernier côtoie peu son grand frère, qui « reste souvent seul dans sa chambre », mais l'entente est globalement bonne avec lui. En revanche, les querelles sont fréquentes avec ses deux sœurs. Youssef a souvent l'impression d'être volontairement

provoqué par elles. Il est persuadé de ne pas être aimé par ses parents, qu'il trouve injustes et strictes à son égard. Il ne partage pas d'activités avec eux, et entretient peu de discussions avec les différents membres de sa famille. Selon la mère, la fratrie est très agacée par les comportements négatifs de Youssef, et le supporte de moins en moins. La grande sœur reproche aux parents d'être trop laxistes avec Youssef pour préserver sa sensibilité. Enfin, les parents sont parfois en désaccord en ce qui concerne les stratégies éducatives à adopter. La mère dit du père qu'il comprend moins les enjeux éducatifs qu'elle, et qu'il est moins régulier dans l'instauration et le suivi des règles et des punitions.

Sur le plan social, Youssef a beaucoup de copains, qu'il voit parfois en dehors de l'école. Deux d'entre eux sont identifiés comme étant ses meilleurs amis. L'école ne rapporte pas de difficultés particulières en ce qui concerne la relation aux pairs.

- Environnement

Youssef vit avec toute sa famille dans un pavillon mitoyen, en banlieue parisienne. Les ressources financières de la famille paraissent correctes. La mère est comptable et le père est au chômage partiel.

- Scolarité

Youssef est scolarisé en classe de CM1. Il a de bonnes notes et son comportement ne pose pas problème en classe. Il apprécie se rendre à l'école.

DIAGNOSTICS

Je rencontre Youssef quatre fois, pour une séance d'environ une heure à chaque fois, pour l'évaluation diagnostique. Ce temps a également permis la création d'une alliance thérapeutique. Chaque séance est espacée de sept jours (hors vacances scolaires.) La démarche diagnostique s'est déroulée comme telle :

- Un temps d'entretien libre d'une heure, avec Youssef et sa mère.
- Un temps d'entretien semi-structuré avec la MINI-Kid, permettant d'aborder les troubles principaux de l'enfant du DSM-V.
- Deux entretiens semi-structurés plus ciblés au cours desquels sont proposés plusieurs questionnaires relatifs aux diagnostics suspectés.

Premier diagnostic retenu

A partir des éléments recueillis, la première hypothèse diagnostique retenue selon les critères du DSM-V est :

TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION 313.81 (F91.3)

- A. Un ensemble d'une humeur colérique/irritable, d'un comportement querelleur/provocateur ou d'un esprit vindicatif persistant pendant au moins 6 mois et se manifestant durant l'interaction avec au moins un sujet extérieur à la fratrie : Ces comportements sont inhabituellement fréquents et persistants compte tenu de l'âge de Youssef. Ils se produisent plusieurs fois par jour, depuis une période d'au moins six mois. Youssef produit ce type de comportements avec ses parents, avec les autres enfants de la fratrie, mais aussi avec certains enfants du voisinage, de manière plus occasionnelle. Ses comportements répondent à sept critères sur huit (sur un minimum de quatre), et se manifestent de la manière suivante :
- La mère décrit des colères importantes au moins une fois par semaine, au cours desquelles Youssef se braque longuement et refuse de parler, ou au cours desquelles il pleure, crie ou se met en danger (sous-critère 1.)
 - Il est souvent susceptible (plusieurs fois par semaine), et se vexe facilement lorsque des remarques lui sont faites (sous-critère 2.) Il est très sensible aux provocations de ses sœurs, et a pu se vexer lorsque la mère utilise certains abus de langage comme « tu es fou » ou « ça ne va pas la tête »
 - Il est souvent fâché et plein de ressentiment. La mère décrit des comportements négatifs constants et quotidiens (sous-critère 3.)
 - Il conteste souvent ce que disent les personnes en position d'autorité, en particulier ses parents (sous-critère 4.) Il discute les règles de vie en permanence.
 - Il s'oppose souvent activement et refuse de se plier aux règles imposées par ses parents (sous-critère 5.)
 - Il fait toujours porter aux autres la responsabilité de sa mauvaise conduite (sous-critère 7.) Youssef n'admet jamais sa propre responsabilité ou ses torts.
 - Il se montre régulièrement vindicatif et rancunier (sous-critère 8.)
- B. La perturbation du comportement est associée à une détresse de l'individu ou d'autrui dans son entourage social proche ou a entraîné une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou dans d'autres domaines importants : les difficultés comportementales de Youssef ont un impact important sur le fonctionnement familial. Cela génère des conflits entre les deux parents, mais également entre la fratrie et les parents en ce qui concerne les stratégies éducatives à

mettre en place. Youssef se sent mal-aimé et non accepté de sa famille, ce qui le fait souffrir. Il est de plus en plus mis à distance par ses frères et sœurs, mais aussi par ses parents. La mère rapporte parfois éviter les rassemblements familiaux, par peur qu'il lui fasse honte en s'opposant. L'atteinte du fonctionnement familial est donc significative. Le domaine scolaire n'est actuellement plus impacté, mais l'a été par le passé.

C. Les comportements ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble psychotique, d'un trouble de l'usage d'une substance, d'un trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire. De plus, le trouble ne répond pas aux critères du trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle : les symptômes sont antérieurs aux manifestations dépressives. Enfin, l'ensemble des éléments recueillis ont permis d'écarter la présence d'autres troubles (cf. section « Diagnostics différentiels. »)

- **Léger** : les symptômes sont essentiellement confinés à un cadre, qu'est celui du domicile. Certaines perturbations sont relevées avec les enfants du voisinage mais restent plus occasionnelles. Par ailleurs, la relation aux pairs se passe bien dans le cadre scolaire. Youssef ne conteste pas l'autorité d'autres adultes extérieurs à sa famille.

Diagnostic différentiel du premier diagnostic

- Trouble des conduites : Youssef est en conflit avec les figures d'autorité, mais ses comportements n'incluent généralement pas d'agressions physiques envers les individus ou les animaux, la destruction de biens matériels, ou le recours habituel à du vol. Par ailleurs, il est régulièrement d'humeur colérique et irritable, ce qui n'est pas inclus dans la définition de trouble des conduites.
- Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle : les crises de colère ne sont pas suffisamment fréquentes ni sévères pour correspondre à un trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle. Les crises de colère de Youssef se produisent une fois par semaine (contre au moins trois fois dans le cas d'un trouble disruptif.) Par ailleurs, même si ses colères peuvent s'étendre longtemps (il se braque et refuse de parler), il ne produit pas de comportements agressifs hors de proportion.
- Trouble explosif intermittent : Youssef ne manifeste pas d'agressivité récurrente envers les autres, ce qui s'observe dans le trouble explosif intermittent.
- Déficit de l'attention/hyperactivité : les oppositions ne concernent pas de manière spécifique les situations qui exigent un effort soutenu et de l'attention, ou qui exigent

que Youssef reste tranquillement assis. Par ailleurs, la mère ne rapporte aucun comportement relatif à des problèmes d'attention, de concentration, d'hyperactivité ou d'impulsivité.

- Autres troubles : l'absence d'autres troubles a été vérifiée à l'aide de la MINI-Kid.

Second diagnostic retenu

La seconde hypothèse diagnostique retenue selon les critères du DSM-V est :

TROUBLE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ LÉGER 296.21 (F32.0)

- A. Au moins cinq symptômes parmi ceux décrits sont présents pendant une période d'une durée d'au moins deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur : Youssef présente six symptômes sur neuf (sur un minimum de cinq), présents depuis plus de deux semaines, qui se manifestent de la manière suivante :
- Il présente une humeur dépressive présente presque tous les jours. Son sentiment d'être mal-aimé et rejeté par sa famille le rendent triste quotidiennement. Il manifeste des signes d'irritabilité, déjà présents auparavant mais nettement amplifiés depuis l'été (sous-critère 1.)
 - Youssef rapporte une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes (il doit se forcer en permanence pour faire ses devoirs, et est moins amusé par les activités qui l'amusaient auparavant comme jouer avec ses copains.) (sous-critère 2.)
 - Il n'a jamais envie de manger. Youssef a toujours été sélectif sur la nourriture, sans que cela n'impacte son poids qui est stable, mais une diminution récente de l'appétit est observée (sous-critère 3.)
 - Youssef ne culpabilise jamais en ce qui concerne ses colères, dont il pense les autres fautifs. Il a cependant une faible estime de lui et a tendance à se dévaloriser. Il ne s'aime pas physiquement, il se trouve désagréable et d'une valeur inférieure à celle des autres (sous-critère 7.)
 - Il rapporte une diminution de l'aptitude à prendre des décisions (sous-critère 8.)
 - Enfin, il pense souvent à la mort et a des idées suicidaires récurrentes sans plan précis (sous-critère 9.)
- B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire ou dans d'autres domaines importants : Youssef manifeste de la détresse claire, matérialisée par les comportements de mise en danger.

Cela altère le fonctionnement familial en inquiétant les parents. Par ailleurs, il a tendance à se montrer solitaire depuis récemment, et joue moins avec les autres. Son fonctionnement social est ainsi impacté.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale : Youssef ne prend pas de traitement ni ne présente d'affection médicale pouvant expliquer l'apparition de symptômes dépressifs.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un autre trouble psychiatrique : les éléments recueillis ont permis d'écarter la présence d'autres troubles (cf. section « Diagnostics différentiels ».)

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque : aucun symptôme de ce type n'est rapporté.

- **D'intensité légère** : il y a un seul symptôme supplémentaire par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic. Les symptômes sont à l'origine d'un sentiment de détresse, mais restent gérables au quotidien et n'empêchent pas Youssef de fonctionner quotidiennement. L'altération du fonctionnement attribuée aux symptômes dépressifs est ainsi mineure.

Diagnostics différentiels du second diagnostic

- Trouble du spectre de l'autisme : Youssef a parfois des difficultés relationnelles, mais celles-ci sont intrafamiliales. En dehors de ça, il a un réseau amical étendu, et est apprécié de ses camarades, qu'il voit parfois à l'extérieur de l'école, comme lorsqu'il est invité à des anniversaires. La tendance à l'isolement est récente. Il peut parfois sembler avoir des modes communicationnels inadéquats (il est amimique, il a le regard fuyant et produit peu de gestes lorsqu'il parle), mais cela est attribuable à la dépression. La mère ne rapporte aucune atypie ni retard de développement. Aucun élément n'est en faveur d'intérêts restreints ou atypiques, de comportements répétitifs, d'adhésivité aux routines, ou de comportement d'évitement/recherche sensorielle.
- Episodes maniaques avec humeur irritable ou épisode mixtes : une certaine irritabilité amplifiée est relevée depuis récemment, mais aucun symptôme propre à un épisode maniaque n'est rapporté. Youssef n'a jamais présenté d'idées de grandeur, de réduction du besoin de sommeil, de désir constant de parler, de fuite des idées, ou encore d'engagement excessif dans des activités potentiellement dommageables.

- Déficit de l'attention/hyperactivité : tous les critères ne sont pas remplis, comme développé précédemment.
- Tristesse non pathologique : Youssef présente suffisamment de symptômes, depuis plus de deux semaines, ce qui permet de poser le diagnostic de trouble dépressif.
- Autres troubles : l'absence d'autres troubles a été vérifiée à l'aide de la MINI-Kid.

En conclusion

Youssef présente :

- Un trouble oppositionnel avec provocation léger, au centre du suivi thérapeutique hebdomadaire que je lui propose.
- Un trouble dépressif caractérisé léger, semblant tributaire et conséquent au trouble oppositionnel avec provocation. Je ne cible donc pas les symptômes dépressifs au cours du suivi, mais reste vigilante en ce qui concerne les comportements de mise en danger. Youssef et sa mère sont d'accords avec cet angle de prise en charge.

CADRE THEORIQUE

Définition

Selon le DSM-V [1], le trouble oppositionnel avec provocation est un ensemble fréquent et persistant d'une humeur colérique/irritable, d'un comportement querelleur/provocateur, ou d'un esprit vindicatif. Les comportements peuvent être présents dans un ou plusieurs contextes, mais doivent se produire en dehors de la fratrie car les querelles entre frères et sœurs sont communes. Les comportements problématiques sont souvent confinés à un seul lieu, généralement celui du domicile. La multiplicité des contextes dans lesquels ils se produisent est un indicateur de sévérité du trouble. Par ailleurs, ces comportements se produisent généralement avec des personnes familières, et peuvent passer inaperçus dans d'autres contextes (scolaire, thérapeutique, etc.) Les patients présentant ce trouble ne s'identifient pas eux-mêmes comme en colère ou provocateurs. Ils attribuent souvent la responsabilité de leurs actes aux autres, comme réponse à des demandes ou des circonstances particulières. Cela engendre souvent des modes relationnels altérés.

Pour que le diagnostic soit posé, les symptômes doivent être présents depuis plus de six mois, et doivent être d'au moins quatre sur huit, parmi ceux énumérés dans le DSM-V. La persistance et la fréquence des symptômes doivent excéder l'âge normal. Pour les enfants

âgés de moins de 5 ans, le comportement doit survenir la plupart des jours sur une période d'au moins six mois. En effet, il n'est pas inhabituel pour un enfant de moins de 5 ans de présenter des colères régulières, généralement à hauteur d'une fois par semaine [2]. Pour les enfants de plus de 5 ans, le comportement doit survenir au moins une fois par semaine sur une période de plus de 6 mois. Les comportements doivent entraîner une gêne significative et entraîner une détresse et une altération du fonctionnement de l'individu et de son entourage social proche.

Epidémiologie et comorbidités

La prévalence du trouble oppositionnel avec provocation est d'en moyenne 3,3%. Il est plus fréquent chez les garçons que chez les filles avant l'adolescence (1,4/1.) Cette prédominance n'est plus retrouvée à l'adolescence [3]. Le trouble apparaît généralement au cours du développement, essentiellement avant l'âge de 5 ans, et rarement après l'adolescence [4].

Le trouble oppositionnel avec provocation précède souvent le trouble des conduites, surtout lorsque ce dernier est déjà présent dans l'enfance [4]. Il augmente également le risque de développer un trouble dépressif caractérisé et des troubles anxieux. Plusieurs études suggèrent que les enfants ayant un trouble oppositionnel avec provocation ont plus de risque de développer des problèmes d'adaptation à l'âge adulte, notamment le comportement antisocial, les problèmes de contrôle des impulsions, l'abus des substances, l'anxiété ou encore la dépression [4, 6, 7, 8].

Hypothèses explicatives et facteurs de risques

Plusieurs hypothèses permettent d'expliquer la vulnérabilité de certaines personnes face au trouble oppositionnel avec provocation :

- Les facteurs tempéramentaux : les problèmes de régulation émotionnelle sont prédictifs du trouble.
- Les facteurs environnementaux : les stratégies éducatives parentales dures, contradictoires ou trop négligentes majorent le risque de développer un trouble oppositionnel avec provocation.
- Les facteurs génétiques et physiologiques : plusieurs marqueurs neurobiologiques ont été associés au trouble oppositionnel avec provocation, mais uniquement lorsqu'il est

nosographiquement confondu avec le trouble des conduites. Aucun marqueur spécifique au trouble oppositionnel avec provocation isolé n'a été identifié [1].

Trouble oppositionnel avec provocation et TCC

Comme souligné plus haut, les stratégies parentales jouent un rôle central dans le traitement des comportements d'opposition, comme ceux que l'on retrouve chez des enfants présentant des troubles oppositionnels avec provocation, ou encore des troubles déficitaires de l'attention/hyperactivité. Les parents développent souvent des stratégies contreproductives lorsqu'il s'agit de gérer les comportements problématiques. Il est ainsi essentiel de travailler directement avec les parents dans le but du rétablissement d'une relation positive [9, 10]. Ainsi, il convient de proposer un programme d'entraînement aux habiletés parentales. Il est enseigné aux parents à identifier les antécédents et les conséquences du comportement de l'enfant, à porter une attention positive aux comportements adaptés, à mettre en place un système de récompense, et à œuvrer en faveur d'une diminution des comportements problématiques en les ignorant ou en procédant à une mise en retrait [9, 11, 12]. La littérature scientifique actuelle indique que ces programmes permettent une amélioration du bien-être parental, une amélioration de la gestion des comportements problématiques par les parents, et une amélioration de la relation parent/enfant [13.] Certaines études indiquent également une évolution favorable du comportement de l'enfant suite à ces interventions, associée notamment à une amélioration de leur sentiment de compétence [9, 14, 15.]

LIGNES DE BASE

Description des questionnaires

Les questionnaires ont été remplis en séance avec Youssef, pour m'assurer de la bonne compréhension des formulations et me permettre de demander des précisions si nécessaire.

- Inventaire de la dépression chez l'enfant (CDI), de Kovacs et Beck (1977) : le questionnaire de 27 items est adapté de l'inventaire de dépression de Beck, pour les enfants de 7 à 17 ans. Il est révisé par Kovacs en 1981, puis en 1992. Je propose à Youssef ce questionnaire pour évaluer l'intensité de son humeur dépressive au cours des deux dernières semaines. En début de suivi, il obtient un score de 17. D'après Dugas et Bouvard (1996), la revue de la littérature indique qu'une note supérieure ou

égale à 15 serait synonyme d'un état dépressif, mais que le diagnostic doit impérativement se confirmer par un entretien clinique. Le score obtenu par Youssef est donc supérieur à ce seuil, et confirme les données cliniques qualitatives.

- Echelle d'estime de soi de Rosenberg (1965) : l'échelle permet l'évaluation de l'estime de soi, et est particulièrement adaptée pour un public adolescent et adulte. Elle peut toutefois être utilisée pour des enfants à partir de 8 ans, mais s'utilise dans ce cas-là avec précaution dans la mesure où elle n'a pas été validée sur jeune public. Le questionnaire se compose de 10 items, et est donc intéressant pour sa rapidité de passation. Youssef obtient un score de 30 en début de suivi, ce qui indique une estime de soi faible.

Outils comportementaux

Les comportements problématiques de Youssef sont variés, nombreux et diffus au quotidien. Ils sont donc peu aisés à quantifier. Je débute par lister, avec Youssef et sa mère, ces comportements :

- Youssef refuse de répondre aux consignes et de respecter les règles de la maison.
- Il ne rend pas service, y compris lorsqu'on lui demande.
- Il se plaint (d'avoir moins de choses matérielles que ses amis, de se faire disputer plus fréquemment que ses frères et sœurs.)
- Il fait ce que la mère appelle de « grosses colères », qui durent plusieurs dizaines de minutes. Au cours de ces colères, il pleure, crie, fait des allers-retours dans la pièce en se plaignant d'injustices, ou alors refuse de répondre quand on lui parle. C'est aussi dans ces moments qu'il peut sortir du domicile pour fuguer, ou s'approcher de la fenêtre. Les « grosses colères » sont caractérisées par leur durée et par l'intensité des comportements négatifs qui s'y produisent. Ces caractéristiques sont bien déterminées avec la mère en début de suivi, afin d'objectiver la prise de données.

Pour la mère, les « grosses colères » constituent les comportements les plus problématiques, et ceux sur lesquels elle souhaite agir en priorité. Nous travaillerons plusieurs axes parallèles au cours du suivi, mais nous retenons ce dernier ensemble de comportements pour l'enregistrement des données. La ligne de base est donc le nombre de « grosses colères » par semaine. Il se produit en moyenne une fois par semaine en début de suivi.

Bilan des évaluations

Evolution des indices en phase d'intervention

	<i>Séance 3</i>	<i>Séance 7</i>	<i>Séance 15</i>	<i>Séance 20</i>
<i>Score CDI</i>	<i>17</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>5</i>
<i>Score Echelle de Rosenberg</i>	<i>30</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>37</i>
<i>Nombre de « grosses colères » par semaine</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

- Le score obtenu à l'aide de la CDI en début de suivi est de 17, ce qui indique un score dépassant le seuil de 15. Il va donc dans le sens d'une dépression. En fin de suivi, le score de 5 n'est plus en faveur d'une dépression.
- Le score obtenu à l'aide de l'échelle de Rosenberg en début de suivi est de 30, ce qui indique une faible estime de soi. En fin de suivi, le score de 37 va dans le sens d'une forte estime de soi.
- Le nombre hebdomadaire de « grosses colères » est passé de 1 à 0 au cours du suivi.

ANALYSE FONCTIONNELLE

Afin de construire l'analyse fonctionnelle, je me base sur une situation problématique rapportée, soit un moment au cours duquel Youssef a fait une « grosse colère. » Cette situation type est une manifestation directe du trouble diagnostiqué et est le motif principal de consultation.

Youssef étant encore jeune au moment du suivi, je m'assure en premier lieu de sa bonne compréhension des émotions. Je réalise d'abord un modèle tridimensionnel de Lang avec lui à l'aide de supports imagés, en guise de travail préparatoire. Je lui propose par la suite le modèle de SORC de Kanfer et Saslow (1969.) La situation cible est alors « Papa me demande de recommencer mon écrit pendant mes devoirs car j'ai fait une erreur. »

Dans un second temps, je propose à la mère, en présence de Youssef, de réaliser sa propre analyse fonctionnelle pour mettre en évidence les mécanismes de renforcement familiaux.

Je commence par développer une partie diachronie, afin d'articuler l'anamnèse et la situation précise travaillée en thérapie.

Partie Diachronie

Données structurales possibles (génétique et personnalité)

- Schéma de carence affective (formalisé à l'aide de l'inventaire des schémas précoces pour enfants, adapté par S. Rusinek et M. Hautekécete, 1999)
- Tendance à passer de modes communicationnels passifs à agressifs

Facteurs déclencheurs initiaux invoqués

- Aucun facteur identifié au cours des premières années de vie
- Dispute avec un enfant du voisinage en juin 2021, ayant amené les parents à durcir les pratiques éducatives

Facteurs historiques de maintien possibles

- Attention parentale dirigée sur Youssef, qui se sent délaissé (maintien du comportement problématique par renforcement positif)
- Colère et inquiétude des parents, ce qui permet de satisfaire l'esprit vindicatif de Youssef (maintien du comportement problématique par renforcement positif)
- Evitement de certaines situations inconfortables (maintien du comportement problématique par renforcement négatif)

Evénements précipitant le trouble

- Style parental de plus en plus restrictif et punitif, qui amplifie les pensées anticipatoires de type « on ne m'aime pas » ou « je suis toujours puni »
- Evitement de situations familiales par la mère, par peur d'avoir « honte » du comportement de Youssef
- Mise à l'écart par ses frères et sœurs

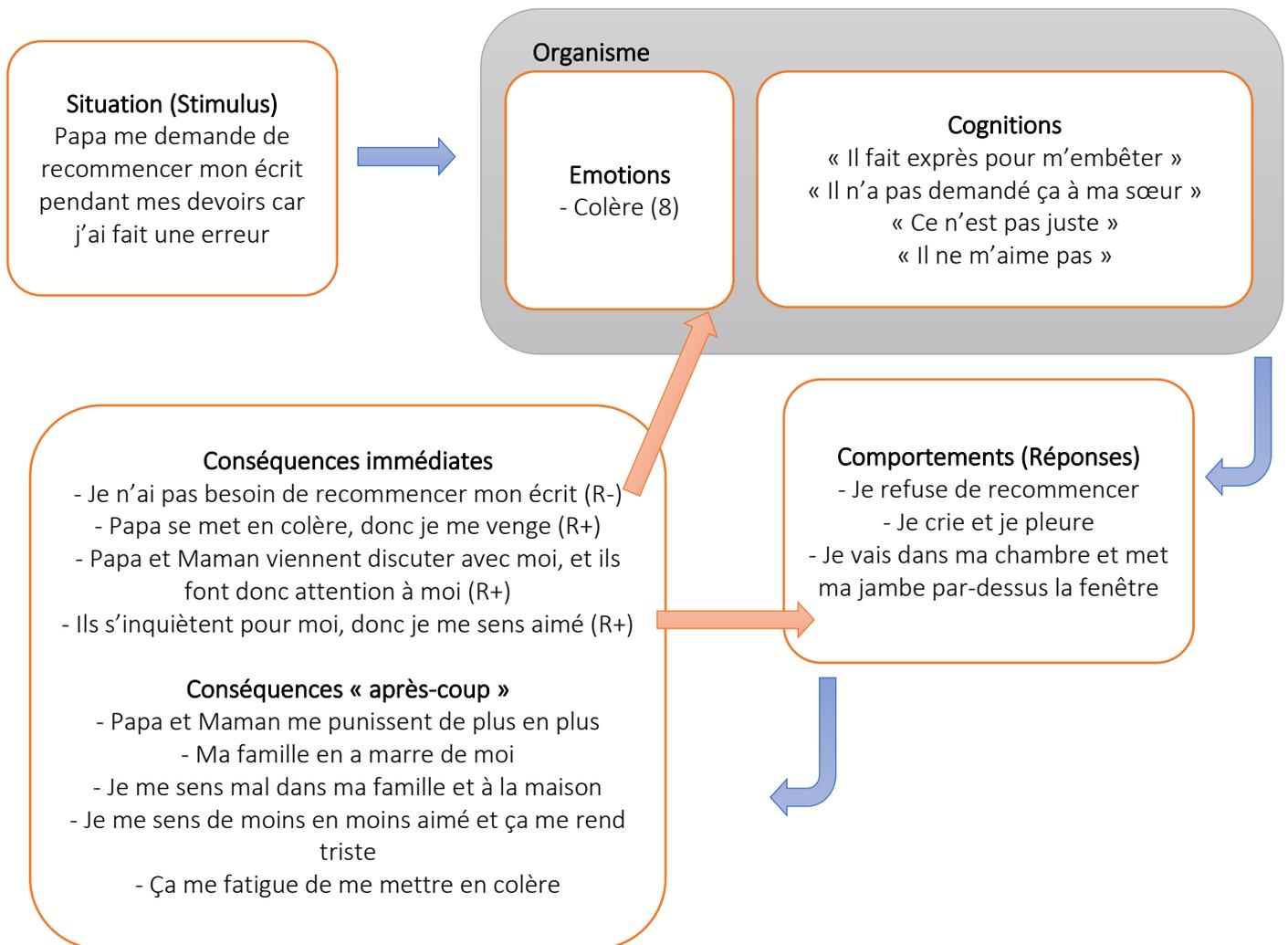
Autres problèmes/comorbidités

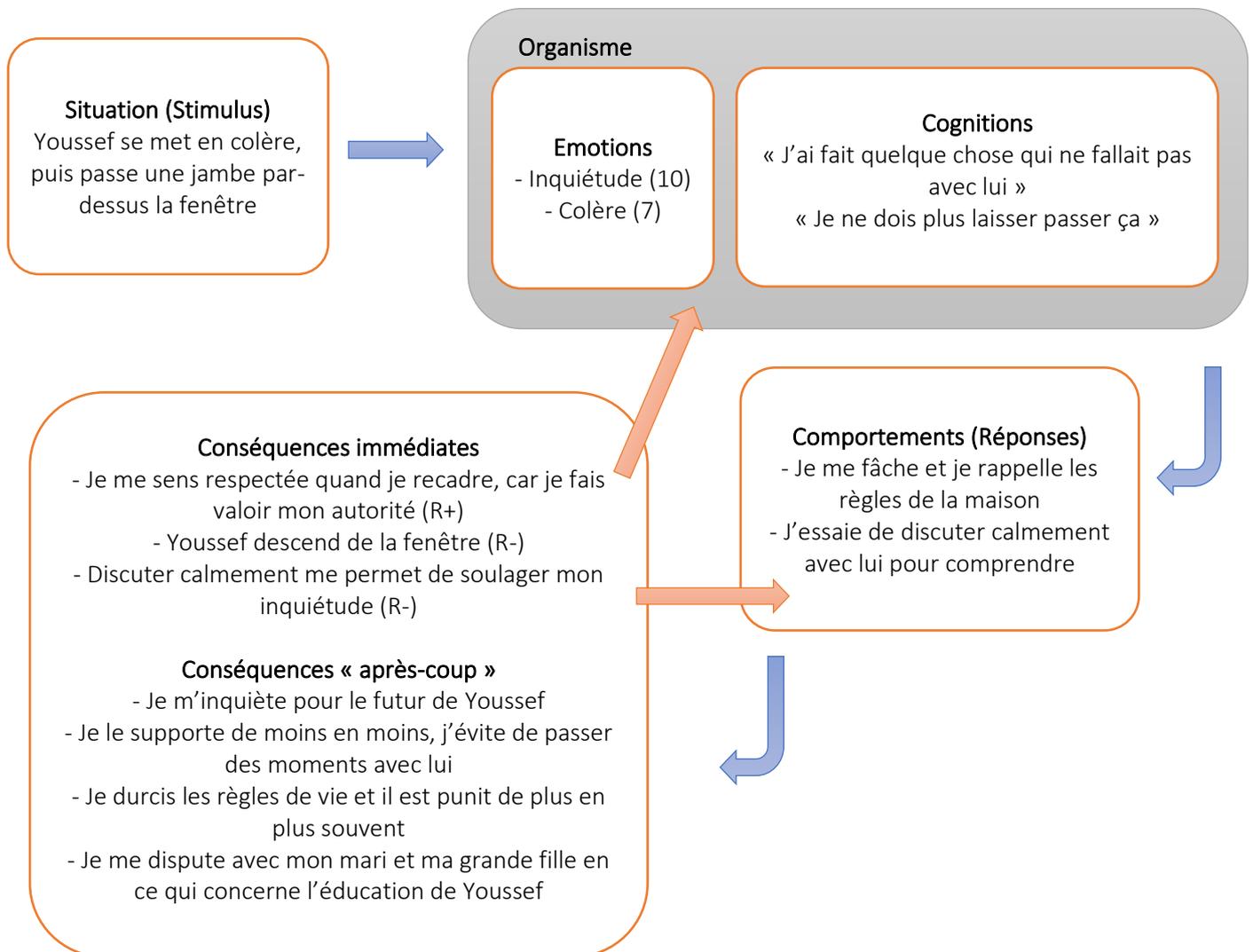
- Trouble dépressif caractérisé léger
- Défaut d'affirmation de soi
- Faible estime de soi

Traitements précédents et autres suivis

- Suivi psychothérapeutique proposé par la psychologue scolaire au cours du CP
- Suivi pédopsychiatrique mensuel depuis juin 2021, soit moins d'un an lorsque le suivi comportemental et cognitif débute

Partie Synchronie – Modèle SORC – Youssef





Les analyses fonctionnelles réalisées permettent de mettre en évidence la présence de cercles vicieux. Chez Youssef, les comportements négatifs sont renforcés par l’attention qu’il obtient (qui est parfois positive puisque cela crée du dialogue avec lui et de la préoccupation chez ses parents), la réaction de colère qu’il provoque chez ses parents qui lui permet de satisfaire son besoin vindicatif, et le retrait d’une situation aversive qu’il souhaite éviter. En revanche, les conséquences à moyen terme, que constituent le durcissement des règles de vie et la lassitude qu’éprouve sa famille à son égard, renforcent les idées anticipatoires de Youssef, qui pense qu’il est injustement puni par rapport au reste de la fratrie. Cela alimente son sentiment d’être mal-aimé et son schéma de carence affective. Le mécanisme comportemental en place, s’il paraît efficace à court terme, est un cercle d’aggravation à

moyen et long terme. Je réalise par la suite quelques séances de psychoéducation, afin d'expliquer à Youssef et à sa mère ces points précis.

Ces premières séances me permettront aussi de reprendre avec Youssef que la colère est une émotion normale et utile, et que l'objectif n'est en aucun cas de la supprimer, mais d'apprendre à l'exprimer à bon escient et de la meilleure manière possible (en écho à son défaut d'affirmation de soi.) Cela permet aussi de mettre en évidence que les comportements d'opposition influencent le sentiment de tristesse qu'il ressent et sa faible estime de soi. Enfin, l'analyse fonctionnelle permet de légitimer son sentiment d'injustice, la mère elle-même reconnaissant un durcissement des règles à son égard. Cela donne du crédit et de l'importance à ce qu'il perçoit des situations qu'il traverse et contribue donc à le revaloriser. Les objectifs proposés à Youssef, suite à l'analyse fonctionnelle, sont donc l'entraînement à l'affirmation de soi (en particulier lorsqu'il s'agit d'exprimer sa colère ou de faire une critique) et le travail autour de l'estime de soi. Je consacrerai d'ailleurs une certaine partie du temps thérapeutique à partager des jeux avec lui, afin de ritualiser un temps privilégié lui étant consacré.

Du côté de la mère, l'analyse fonctionnelle permet de mettre en lumière que les stratégies éducatives mises en place jusqu'à présent n'ont pas été efficaces. Elle lui permet également d'avoir connaissance des pensées anticipatoires de Youssef, qu'elle ne pensait pas aussi omniprésentes et impactantes. Elle se montre très volontaire lorsqu'il s'agit d'apprendre à procéder d'une nouvelle manière sur le plan éducatif, et la moitié de séance lui sera toujours consacré, en présence de Youssef.

ANALYSE DE LA DEMANDE ET CONTRAT THERAPEUTIQUE

Le contrat thérapeutique est plutôt aisé à établir, car les demandes sont directement liées au diagnostic retenu. Lors du premier entretien, la demande de la mère concernait en priorité les comportements de mise en danger, et dans un second temps les comportements négatifs de Youssef. Ce dernier souhaitait, quant à lui, moins de réprimandes de la part de ses parents. Suite à l'analyse fonctionnelle, nous mettons en place le contrat thérapeutique autour de la diminution des comportements problématiques (qui induisent une diminution des réprimandes en conséquence.) D'après l'analyse fonctionnelle, l'atteinte de ces objectifs s'accompagnera d'une amélioration de l'humeur générale de Youssef, et de son estime de soi. Ainsi, nous retenons de manière collaborative les objectifs comportementaux suivants :

- Youssef n'adopte plus de comportements de mise en danger : il ne fugue plus, et ne s'approche plus de la fenêtre.

- Le nombre de « grosses colères », c'est-à-dire de colères s'étendant sur plusieurs dizaines de minutes au cours desquelles les comportements négatifs sont amplifiés (cris, pleurs), passent de 1 par semaine à 0 par semaine.

PROJECTIONS THERAPEUTIQUES

Description des séances effectuées

Au total, **20 séances** d'environ une heure chacune ont été réalisées sur une période de 8 mois. Pour chaque séance, je reçois d'abord Youssef sur une durée d'environ 30 minutes. Au cours de ce temps, nous effectuons toujours quelques courts jeux de société qu'il choisit, ponctués par de la discussion libre, afin de lui permettre de passer un temps privilégié avec l'adulte. Par ailleurs, ces moments permettent le maintien de l'alliance thérapeutique, et me permettent de le valoriser sur une base régulière (lorsqu'il adopte de bonnes stratégies de jeu ou lorsqu'il m'amuse et est agréable dans le contact.) La mère nous rejoint en deuxième partie de séance, pour 30 minutes supplémentaires. Les habiletés parentales sont abordées sur ce temps. L'ensemble du suivi s'est structuré comme tel :

- Séances 1, 2, 3, 4 – Anamnèse / Diagnostic / Création d'une alliance thérapeutique

Ces séances ont permis d'établir un premier contact avec Youssef et sa mère, et d'explorer le motif de consultation. Les informations anamnestiques ont également été recueillies (développement précoce, antécédents médicaux et psychiatriques, histoire et contexte de vie, histoire du trouble.) Une démarche diagnostique a été menée via des entretiens libres et à l'aide de questionnaires plus ciblés. Enfin, ces séances ont permis de présenter et de vulgariser les Thérapies Comportementales et Cognitives et le métier de psychologue, mais aussi d'œuvrer à la création d'une alliance thérapeutique.

- Séances 5, 6 – Psychoéducation sur les émotions

Les séances suivantes ont permis d'assurer à Youssef une bonne compréhension des émotions, qui seront régulièrement abordées au cours du suivi. Ainsi, nous avons défini ensemble la notion d'émotion et nous avons énuméré les émotions de base. Nous avons abordé la colère de manière plus spécifique, pour l'introduire comme émotion utile, et non pathologique en soit. Ceci a permis de préciser que sa suppression ne serait en aucun cas un objectif thérapeutique.

- Séances 7, 8 – Analyse Fonctionnelle / Lignes de base / Contrat thérapeutique

Un modèle tridimensionnel de Lang, à compléter à l'aide de petites images, a été proposé à Youssef en premier lieu. Cela lui a permis d'apprendre à faire un lien entre situations, émotions, cognitions et sensations corporelles. Nous avons poursuivi en élaborant une double analyse fonctionnelle plus complète (SORC), dans le but de mettre en lumière les mécanismes de renforcement et les cercles auto-aggravants. Nous avons également démarré l'enregistrement comportemental (colonnes de Beck simplifiées.) Tous ces éléments ont permis l'élaboration du contrat thérapeutique, mais aussi l'énumération et la catégorisation des comportements problématiques (« opposition à une consigne », « plainte », etc.)

- Séance 9 – Mise en place du tableau de renforcement / Introduction du « moment spécial »

Au cours de cette séance, j'ai proposé à Youssef et à sa mère de hiérarchiser les comportements problématiques du plus difficile à modifier au plus facile, mais aussi du plus prioritaire au moins prioritaire. Nous avons réfléchi aux objectifs, et aux récompenses pouvant être utilisées. Je me suis assurée de la bonne compréhension des objectifs à atteindre par Youssef. J'ai explicité le mode d'utilisation du tableau auprès de la mère, en mettant l'accent sur l'importance de féliciter les comportements positifs. Le « moment spécial » a également été introduit. J'ai proposé d'instaurer un temps ludique à passer avec l'un des deux parents, réservé à Youssef. Le « moment spécial » s'est alors ritualisé au domicile à une fréquence d'une fois par semaine (le rythme quotidien paraissait difficile à mettre en place pour la mère.)

- Séance 10 – Apprentissage de techniques psychocorporelles / Habiletés parentales / Suivi et ajustement du tableau de récompenses

Une technique de relaxation rapide a été proposée à Youssef, pour lui donner les moyens de mieux gérer ses émotions. Des conseils en ce qui concerne les habiletés parentales ont été proposés à la mère. Nous avons abordé la notion de cohérence parentale. Enfin, nous avons effectué un suivi et un ajustement du tableau de récompenses.

- Séance 11, 12, 13 – Introduction au travail sur l'affirmation de soi / Habiletés parentales / Suivi et ajustement du tableau de récompenses

L'affirmation de soi et les différents types de comportements (affirmé, passif et agressif) ont été introduits auprès de Youssef, à l'aide de supports imagés et vidéos. Nous avons ensuite repris les colonnes de Beck complétées jusqu'à présent, ce qui lui a permis d'identifier son

propre comportement dans les situations problématiques (passage d'un comportement passif à agressif.) Nous avons poursuivi les habiletés parentales avec la mère, en abordant la procédure d'extinction, c'est-à-dire de « non réactivité » aux comportements problématiques afin d'éviter de les renforcer. Nous avons également effectué un suivi et un ajustement du tableau de récompenses à chacune des séances.

- Séances 14, 15 – Jeux de rôle autour de l'affirmation de soi / Suivi et ajustement du tableau de récompenses

Des jeux de rôle autour de situations de type « j'exprime ma colère » ou encore « je fais une critique à quelqu'un » ont été proposés à Youssef. Par la suite, nous avons à nouveau effectué un suivi et un ajustement du tableau de récompenses.

- Séances 16, 17, 18, 19 – Espacement des séances / Jeux de rôle autour de l'affirmation de soi / Suivi et ajustement du tableau de récompenses

Nous poursuivons sur les mêmes axes, mais je propose un espacement des séances (désormais une séance toutes les deux semaines) afin de préparer l'arrêt du suivi (qui se fera fin juillet.)

- Séance 20 – Réévaluation à l'aide des questionnaires

Je propose une réévaluation à l'aide des questionnaires proposés en début de suivi, dans la perspective du bilan. Nous effectuons également un suivi et un ajustement du tableau de récompenses.

Projections pour la séance restante

- Séance 21 – Clôture du suivi

Ce temps sera consacré au bilan du suivi, au cours duquel nous reprendrons tous les axes travaillés, en guise de rappel. Je renforcerai également les efforts et progrès réalisés, qui sont formalisés à l'aide du tableau de récompenses et des questionnaires (dont je ferai un retour.) Nous aborderons la manière d'estomper progressivement le tableau de récompenses. Malheureusement, le suivi ne pourra pas se poursuivre à la rentrée scolaire suivante et il me paraît primordial de donner à la mère les clés pour estomper le tableau de manière adéquate.

PRESENTATION DE SEANCES

Séance 11 : Extinction des comportements problèmes (explication d'une méthode)

Cette séance porte sur l'attitude parentale à adopter lorsque les comportements problématiques de Youssef se manifestent. Nous abordons ainsi la procédure d'extinction,

c'est-à-dire l'action de ne pas réagir afin de contribuer à la diminution de la fréquence d'apparition de ces comportements. Youssef est présent lors de ces échanges. Il est toujours invité à donner son avis, mais reste généralement silencieux (sauf lorsqu'il souhaite se défendre d'être responsable des conflits.) La retranscription du dialogue avec la mère est allégée pour faciliter la lecture :

Thérapeute : [...] Je vous propose d'essayer de réagir différemment lorsque Youssef se met en colère. Est-ce que vous êtes d'accord avec l'idée de changer vos stratégies éducatives ?

Mère : Oui bien sûr, je suis prête à tout pour que la situation s'améliore.

T. : Oui, je constate bien depuis le début du suivi votre bonne volonté pour aider Youssef. Donc, il arrive souvent que les parents abordent les crises de colère de deux manières, parfois en alternance. Ils essaient souvent de recadrer leur enfant, en se fâchant contre lui et en le punissant, ou alors ils essaient de s'expliquer et de dialoguer pour désamorcer la situation. Est-ce que ces attitudes vous parlent ?

M. : Oui, la plupart du temps, je recadre justement. C'est très important pour moi que les règles soient respectées à la maison, que Youssef respecte ses parents. Il ne peut pas parler de la manière dont il parle, ça ne passe pas. J'ai aussi essayé de discuter avec lui quand il a voulu sauter par la fenêtre. Ça nous a tellement inquiétés, avec son père...

T. : Vous avez un excellent recul sur les comportements que vous adoptez. Ce n'est pas le cas de tous les parents. Constatez-vous que ce sont des méthodes qui fonctionnent ?

M. : Et bien non... C'est ce qui est désolant.

T. : Je vous propose d'essayer autre chose, d'un peu moins intuitif que ce que vous faites actuellement. Lorsque Youssef se fâche, il s'agirait d'éviter de réagir à ce qu'il dit ou fait.

M. : Ne rien faire ? ça paraît compliqué de l'ignorer...

T. : Vous avez raison, ce que je vous propose n'est pas naturel. Mais il ne s'agit pas forcément de l'ignorer, mais plutôt d'ignorer son comportement. Vous pouvez très bien lui dire « ça ne m'intéresse pas quand tu agis comme ça », en essayant, autant que possible, de rester calme.

M. : Mais dans ce cas-là, je laisse passer des choses qui sont inacceptables.

T. : Alors je ne vous propose pas de supprimer la réponse éducative, mais de la différer. Il s'agit donc de ne pas réagir sur le moment, mais de réagir après le retour au calme. Qu'en pensez-vous ?

M. : Je vois, oui. Je veux bien essayer. J'ai peur que ce soit difficile.

T. : Je comprends, il s'agit d'apprendre à gérer votre propre colère face aux comportements de Youssef, qui est naturelle. La colère appelle la colère. Ça demande de l'entraînement, et il ne s'agit pas d'y parvenir du premier coup.

M. : Oui, je vais essayer.

T. : Rappelez-vous ce que nous avons vu ensemble, Youssef cherche des réponses de votre part lorsqu'il se fâche et cela augmente son sentiment de ne pas être aimé. C'est un cercle vicieux que nous allons essayer de casser ensemble.

M. : Je comprends tout à fait oui. C'est logique.

T. : Je dois vous prévenir, il est possible que l'absence de réaction amplifie les comportements qui posent problème. Il est possible, dans ce genre de situations, que l'enfant essaie de dissuader le parent d'agir de la sorte. C'est transitoire, et il faut tenir bon même si ce n'est pas facile.

M. : D'accord, je vois.

T. : Je vous propose d'essayer si vous vous en sentez capable, et uniquement dans ce cas.

M. : Oui, oui, je vais le faire. Après tout, je demande bien à Youssef d'apprendre à gérer sa colère. Je peux aussi le faire.

T. : Montrer l'exemple est un excellent moyen de lui enseigner !

Suite à ces échanges, je demande à Youssef ce qu'il en pense, et s'il est d'accord pour essayer de cette manière. Il acquiesce.

Séance 14 : Suivi du tableau de récompenses (application d'une méthode)

Cette séance permet, entre autres, de faire le point sur le tableau de récompenses. Cela est fait à chaque séance afin d'ajuster les objectifs et de suivre les progrès. La retranscription du dialogue avec la mère est allégée pour faciliter la lecture :

Thérapeute : Alors ? Comment s'est passé cette semaine ?

Mère : Cette semaine, plutôt moyennement. Youssef a fait une grosse colère, ça faisait longtemps que ça n'était pas arrivé.

T. : Oui, j'ai vu ça sur le tableau, avec Youssef. Que s'est-il passé ?

M. : Ah il ne vous a pas raconté ?

T. : Si, mais c'est important pour moi de savoir ce que vous avez perçu de la situation.

M. : Et bien il avait ses tâches du weekend à faire : nettoyer la cage du lapin, faire ses devoirs. Et il s'est mal organisé, il a plutôt choisi d'aller jouer dehors dans la cour avec les autres enfants. Ça ne lui a pas laissé suffisamment de temps d'ordinateur comme il l'avait prévu. Du

coup, au moment de faire ses devoirs, il a refusé et s'est fâché. Honnêtement, j'ai été très déçue. Vraiment très déçue.

T. : Je vois bien votre déception. Est-ce que ça annule tous les progrès faits jusqu'à présents selon vous ?

M. : Non bien sûr, mais là, ça partait vraiment de pas grand-chose.

T. : Effectivement, mais ça ne les annule pas. Je vois que, Youssef, tu fais beaucoup d'efforts depuis le début du suivi. Les progrès ne sont jamais linéaires. Des difficultés qui reviennent, ça ne veut pas forcément dire qu'on régresse.

M. : Oui, c'est vrai.

T. : Et comment avez-vous réagi face à sa colère ?

M. : J'ai été obligée de me fâcher, je ne pouvais pas le laisser sans faire ses devoirs pour lundi.

T. : Je vois. Les écrans, c'est souvent une activité difficile à cadrer. Si vous le souhaitez, le temps d'écrans peut devenir une récompense à gagner.

M. : Non, je pense vraiment que ça lui tient à cœur de jouer à l'ordinateur, il aime beaucoup.

T. : Il pourrait toujours y jouer, mais juste lorsqu'il gagne ce temps.

M. : Je ne pense pas que ce soit nécessaire, d'habitude il s'organise mieux et son temps est déjà limité.

T. : Très bien, je ne vous sens pas désarmée face à la colère de cette semaine. Et je crois comprendre que ce problème d'organisation est occasionnel.

M. : C'est vrai.

T. : J'ai aussi vu sur le tableau que Youssef, tu avais gagné deux points bonus. C'est super ! Qu'est-ce qu'il a fait pour gagner ces points ?

M. : Là, c'était vraiment super. Il a fait quelque chose qu'il ne fait jamais, il a rendu un service à sa sœur sans qu'on lui demande. Il a proposé de l'aider à porter ses affaires.

T. : C'est super ! Youssef, tu peux être fier de toi. Avez-vous pensé à lui dire combien vous étiez contente ?

M. : Non c'est vrai, c'est parfois difficile d'y penser. Mais je suis très contente de lui.

T. : Vous pouvez. Vous ne pensez pas toujours à le féliciter, mais le tableau n'est pas en place depuis si longtemps, et ce sont des automatismes à acquérir.

M. : Oui, je vais y penser. C'est vrai qu'il y a eu beaucoup d'améliorations dernièrement.

T. : Je suis d'accord, bravo à vous deux pour tous les efforts que vous fournissez.

ANALYSE DE L'ECHEC ET DE LA REUSSITE

Evolution des indices

Evolution des indices en phase d'intervention

	<i>Séance 3</i>	<i>Séance 7</i>	<i>Séance 15</i>	<i>Séance 20</i>
<i>Score CDI</i>	<i>17</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>5</i>
<i>Score Echelle de Rosenberg</i>	<i>30</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>37</i>
<i>Nombre de « grosses colères » par semaine</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

- Le score obtenu à l'aide de la CDI en début de suivi est de 17, ce qui indique un score dépassant le seuil de 15. Il va donc dans le sens d'une dépression. En fin de suivi, le score de 5 n'est plus en faveur d'une dépression.
- Le score obtenu à l'aide de l'échelle de Rosenberg en début de suivi est de 30, ce qui indique une faible estime de soi. En fin de suivi, le score de 37 va dans le sens d'une forte estime de soi.
- Le nombre hebdomadaire de « grosses colères » est passé de 1 à 0 au cours du suivi.

En fin de suivi, les indices sont plus que favorables.

Conclusion et ressenti du thérapeute

Le suivi s'est avéré agréable et satisfaisant. Youssef et sa mère ont été volontaires ainsi qu'assidus, et possèdent de bonnes ressources intellectuelles et culturelles. Par ailleurs, l'alliance thérapeutique a été aisée à créer. La mère était en effet très en demande d'accompagnement concret et pragmatique, et Youssef était sensible aux temps individuels avec moi et à la bienveillance lui étant accordée. L'adhésion thérapeutique a ainsi été très bonne. Tous ces éléments ont permis des progrès plus qu'encourageants.

Ce suivi m'a conforté dans l'importance du travail autour des habiletés parentales et du lien parent/enfant dans le cas de prises en charge d'enfants. Il m'a permis de constater les progrès que pouvaient induire une prise en charge comportementale et cognitive dans le cadre de suivi avec des enfants.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5 (R)). 5th ed. Arlington, TX: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
- [2] Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers: Psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2012; 53(6):695–705.
- [3] Boylan K, Vaillancourt T, Boyle M, Szatmari P. Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2007; 16(8):484–94.
- [4] Rowe R, Costello EJ, Angold A, Copeland WE, Maughan B. Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 2010;119(4):726–38.
- [5] Burke JD, Waldman I, Lahey BB. Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: implications for the DSM-V. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 2010; 119(4):739–51.
- [6] Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2003; 60(7):709–17.
- [7] Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2007; 48(7):703–13.
- [8] Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2010; 15(8):868–76.
- [9] Hauth-Charlier S, Clément C. Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfant avec un TDA/H : considérations pratiques et implications cliniques. *Prat psychol* [Internet]. 2009; 15(4):457–72.
- [10] Pelham WE Jr, Wheeler T, Chronis A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Psychol* [Internet]. 1998;27(2):190–205.

- [11] Hauth-Charlier S. Évaluation du Programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley pour les parents d'enfant ayant un TDA/H issus d'une population française. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* [Internet]. 2009; 19(4):163–6.
- [12] Woolgar M. *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training* (3rd edn) Russell A. Barkley New York: Guilford, 2013. pp. 238, £26.99 (pb). ISBN: 978-1-4625-0950-8. *Child Adolesc Ment Health* [Internet]. 2014; 19(3):223–4.
- [13] Barkley RA, Shelton TL, Crosswait C, Moorehouse M, Fletcher K, Barrett S, et al. Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behavior: preliminary results at post-treatment. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2000; 41(3):319–32.
- [14] Kazdin AE, Whitley MK. Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2003; 71(3):504–15.
- [15] Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A Developmental Perspective on Antisocial Behavior. In: *Developmental and Life-course Criminological Theories*. Routledge; 2017. p. 29–35.