

LES ATELIERS DU PRATICIEN

SOUS LA DIRECTION DE Stéphane RUSINEK

Traiter l'anxiété
11 cas pratiques enfants
et adultes en TCC

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2013
ISBN 978-2-10-059382-8

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

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

Table des matières

Table des matières	III
Auteurs	VIII
Chapitre 1 Anxiété de séparation et céphalées	1
Présentation du cas clinique	4
Diagnostic	6
Analyse fonctionnelle	6
Contrat thérapeutique	11
Évaluation de la thérapie	13
Thérapie : les sessions thérapeutiques en groupe	14
Résultats	19
Conclusion	27
Bibliographie	29
Chapitre 2 Trouble de stress post-traumatique	30
Clinique du traumatisme psychologique	32
Prise en charge du traumatisme psychologique	38
Conclusion	43

	Bibliographie	43
Chapitre 3	Peur de provoquer le malheur des siens	44
	Histoire du sujet	46
	Diagnostic	50
	Question de la dégressivité/estime de soi	51
	Informations sur le trouble	52
	Formulation du cas	54
	Définition de la ligne de base	56
	Plan d'action de la thérapie	57
	Bibliographie	73
Chapitre 4	Attaques de panique chez une enfant	74
	Séance 1 : premier contact et hypothèses	77
	Séance 2 : identification des symptômes, analyse fonctionnelle	82
	Séance 3 : psychoéducation, technique de contrôle respiratoire et prescription de tâches	88
	Séances 4 et 5 : suivi de l'apprentissage du contrôle respiratoire	91
	Séances 6, 7 et 8 : diminution des symptômes	92
	Séance 9 : retour sur les sources d'angoisse	92
	Séance 10 : fin de prise en charge	93
	Bibliographie	93
Chapitre 5	Trouble anxieux complexe avec décompensations dépressives et alcoolisme	94
	S'engager en thérapie, des places et des postures pas si évidentes à prendre	96
	Du diagnostic médical à l'analyse du fonctionnement	98

	D'une vision d'ensemble de l'engrenage psychologique à des actions spécifiques sur chaque problème	99
	Construction de notre programme de travail	102
	Conclusion	106
	Bibliographie	108
Chapitre 6	Panique en avion	109
	Séances 1 et 2 : premiers contacts et évaluation	112
	Séance 3 : reprise de rendez-vous	117
	Séance 4 : évaluation psychométrique	119
	Séance 5 : mieux comprendre le trouble au travers d'une analyse fonctionnelle	120
	Séance 6 : déterminer les exercices qui doivent être mis en place	125
	Séance 7 : déterminer les exercices	126
	Séance 8 : abords cognitif et comportemental	133
	Séance 9 : poursuite des exercices	137
	Séance 10 : faire le point sur les exercices comportementaux et sur l'évolution cognitive	138
	Séance 11 : poursuite des exercices comportementaux et cognitifs	141
	Séance 12 : dernières préparations avant l'envol	142
	Séance 13 : analyse de l'exposition à la situation cible	144
	Séance 14 : analyse de l'évolution des exercices sur la situation cible	145
	Séance 15 : réévaluation	146
	Séance 16 : fin de prise en charge	148
	Bibliographie	148
Chapitre 7	Comportements anxieux liés à une algodystrophie	149
	Motif de la consultation	152

Anamnèse	153
Démarche diagnostique	155
Analyse fonctionnelle	156
Évaluation en début de thérapie	159
Déroulement de la thérapie	161
Évaluation en fin de thérapie	166

Chapitre 8	État de stress post-traumatique avec épisode dépressif majeur	170
	Prise en charge au CMP et tableau clinique initial	172
	Premier entretien : anamnèse, hypothèses et analyse fonctionnelle	176
	Deuxième entretien : suivi des exercices et exposition progressive	196
	Troisième entretien : poursuite des exercices et de l'exposition	199
	Quatrième entretien : résolution du problème	202
	Bibliographie	208

Chapitre 9	Anxiété sociale	210
	Éléments théoriques	212
	Cas clinique	220
	Conclusion	240
	Bibliographie	241

Chapitre 10	Rituels de comptage	246
	Éléments de l'anamnèse	248
	Séance 1 : prise de contact, évaluation du problème	250
	Mesure des processus psychologiques impliqués dans la symptomatologie	252
	Séance 2 : analyse fonctionnelle	254

Table des matières

Séances 3 et 4 : instauration du désespoir créatif	256
Séances 5 et 6 : entraînement au contact avec l'instant présent	260
Séances 7 et 8 : exploration des domaines de vie importants pour le patient et initiation de l'engagement	261
Séance 9 : poursuite de l'engagement dans des actions importantes pour le patient	263
Séance 10 : évaluation des résultats, amorce de la fin de prise en charge	264
Bibliographie	265
Chapitre 11 Trouble panique avec agoraphobie	268
Anamnèse	270
Analyse fonctionnelle	272
Protocole thérapeutique	275
Bibliographie	287

Auteurs

Rémy AMOUROUX : psychologue clinicien CHU de Brest, maître de conférences à l'université de Brest.

Abdel-Halim BOUDOUKHA : psychologue clinicien libéral. Maître de conférences (HDR) à l'université de Nantes.

Frédéric CHAPELLE : psychiatre libéral, Toulouse, trésorier de l'AFTCC.

Philippe CORTÈSE : psychologue clinicien libéral, Lille.

Nicolas DUCHESNE : psychiatre libéral, Montpellier.

Nathalie GIRARD-DEPHANIX : psychologue clinicienne libérale, Paris.

Vanessa HARSCOET : psychologue clinicienne libérale, La Défense.

Jean-Louis MONESTÈS : psychologue clinicien, Dr en psychologie (HDR), La Réunion.

Hervé MONTÈS : psychiatre libéral, Orléans, vice-président de l'AFTCC.

Céline ROUSSEAU-SALVADOR : psychologue clinicienne, Paris.

Marie THOMAS : psychologue clinicienne, Saint Dié des Vosges.

Stéphane RUSINEK : professeur en psychologie à l'université de Lille 3, Villeneuve-d'Acq, président de l'AFTCC.

Chapitre 1

Anxiété de séparation et céphalées

Le cas de Léo

Céline Rousseau-Salvador

SOMMAIRE

Présentation du cas clinique	4
Anamnèse	4
Description des céphalées	5
La demande actuelle.....	6
Diagnostic.....	6
Analyse fonctionnelle.....	6
Grille SECCA synchronique	6
Grille SECCA diachronique.....	9
Contrat thérapeutique	11
Objectifs à atteindre.....	12
Méthodes.....	12
Évaluation de la thérapie.....	13
Mesures à intervalles espacés.....	13
Mesures à intervalles rapprochés.....	13
Protocole thérapeutique.....	13
Thérapie : les sessions thérapeutiques en groupe	14
Séances 1 à 3 : alliance thérapeutique et évaluation des troubles	14
Séances 4 à 13 : phase thérapeutique.....	14
Phase de suivi : évaluation réalisée deux mois après la fin de la thérapie.....	19
Résultats	19
Mesures à intervalles espacés.....	19
Mesures à intervalles rapprochés.....	26
Conclusion	27
Bibliographie.....	29

PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE

Léo est âgé de 13 ans. Il vient consulter dans un centre spécialisé sur les céphalées. Il souffre de crises de migraine depuis trois ans. Ces crises se déclenchent essentiellement le lundi matin et leur fréquence est de trois à quatre par mois. La durée varie de 6 à 24 heures. La note douleur est cotée à 7/10 à l'EVA (échelle visuelle analogique). Ces crises paroxystiques s'accompagnent d'une à deux céphalées de tension par semaine, pouvant durer de 30 minutes à 5 heures (note douleur : 2/10 à l'EVA). Les examens complémentaires se sont révélés normaux. Par ailleurs, Léo a consulté différents thérapeutes (orthoptiste, acupuncteur, ostéopathe) et a bénéficié d'un traitement homéopathique sans qu'aucun changement n'ait été observé.

Léo et sa mère qui l'accompagne adhèrent rapidement à la proposition d'un suivi psychologique faite par le médecin. Ce suivi est suggéré au vu des difficultés d'endormissement, des symptômes anxieux qu'il a évoqués lors de l'entretien médical et du rôle que ceux-ci semblent jouer dans le maintien et l'aggravation des céphalées. Un traitement pharmacologique de crise est prescrit.

Lors du premier entretien, Léo se présente de manière infantile, la tête baissée avec une intonation et un langage immatures. Il laisse sa mère répondre aux questions. Il est peu prolix.

Anamnèse

Léo est le troisième enfant d'une fratrie de trois. Ses deux sœurs sont âgées de 19 et 15 ans.

La grossesse dont il est issu a été difficile. Sa mère a contracté la toxoplasmose. Un mois avant l'accouchement, elle s'est fracturé la jambe et a dû être opérée. Elle était très inquiète pour son bébé. L'accouchement a été déclenché et s'est révélé long et anxiogène car les battements du cœur du bébé n'étaient plus perceptibles. Léo « n'a pas fait ses nuits » durant deux ans. Il a fait de nombreuses otites séreuses. Sa mère dit qu'il est très souvent malade.

Aujourd'hui, l'ambiance du foyer est décrite comme calme entre les enfants puisque Léo cède souvent, évitant le conflit qui génère chez lui beaucoup d'anxiété. Il dort depuis huit mois dans le même lit que sa sœur de 15 ans à la suite de difficultés d'endormissement et de sa peur d'être kidnappé la nuit. Il ne peut dormir sans lumière, sans « doudou » et va régulièrement réveiller sa mère. Il n'est jamais allé dormir en dehors de chez lui.

Son père est maçon. Il est décrit comme peu affectueux et ayant peu d'échanges avec ses enfants. Il a présenté un état dépressif qui l'aurait amené à s'alcooliser. À la suite d'une hospitalisation pour sevrage alcoolique, il y a cinq ans, tout serait « rentré dans l'ordre ».

Il n'y aurait pas eu de rechute. Lors du second entretien, le père de Léo sera présent mais à aucun moment ne parlera de façon spontanée.

Sa mère travaille dans une compagnie d'assurance. Elle est fille unique et très attachée à sa propre mère. Elle évoque le décès de son père, il y a trois ans, comme un fait dont elle ne s'est pas remise. Ce grand-père a vécu chez eux pendant les trois derniers mois de sa vie. Il était atteint d'un cancer. Depuis ce décès, la grand-mère maternelle vient deux jours par semaine garder Léo qui refuse de rester seul au domicile. Pendant la consultation, la mère de Léo a des gestes tendres à son égard. Elle décrit leur relation comme très proche, « peut-être trop » ajoute-elle, et de poursuivre avec une vive émotion : « Je ne le vois pas grandir. » Elle est attentive et le laisse parler sans lui couper la parole. Elle parle facilement des difficultés de son fils à gérer les situations nouvelles et de son refus d'aller en voyage scolaire ou de dormir chez un copain. Léo anticipe des dangers potentiels et a très peur que sa mère ait un accident. Elle le décrit comme « collant » avec elle, poli et obéissant.

Léo est en classe de 4^e. Son niveau scolaire est moyen avec une chute des résultats depuis septembre et un travail personnel irrégulier mis sur le compte des migraines qui l'empêchent de se concentrer. Il dit ne pas aimer l'école et avoir des difficultés à y aller le lundi matin, situation qui génère beaucoup d'angoisse. Il dit avoir un bon entourage amical et se lier facilement, ce qui est confirmé par sa mère. Léo a manqué neuf jours d'école depuis trois mois à cause des céphalées.

Description des céphalées

Léo décrit des céphalées depuis l'âge de 10 ans en distinguant les crises de migraine et les céphalées de tension. Leur rythme d'apparition s'accélère depuis trois ans.

Les migraines se manifestent par des douleurs bilatérales, pulsatiles, augmentées par l'activité physique. La douleur atteint son acmé au bout de 30 minutes, ce qui l'oblige à interrompre son activité et à s'allonger si cela est possible. Il cherche alors à fuir toutes les stimulations sensorielles et à s'isoler. Il existe une phono-photophobie accompagnée parfois de nausées et/ou de vomissements et toujours de vertiges. Léo présente une pâleur inaugurale et a les yeux cernés. Le sommeil est parfois réparateur. S'il y a eu des vomissements, ils signent souvent la fin de la crise. Des facteurs déclenchants sensoriels sont retrouvés : la lumière intense, le bruit, l'effort physique intense et le manque de sommeil, ainsi que des facteurs émotionnels : les contrariétés, les émotions négatives et les situations stressantes. Il existe par ailleurs des céphalées de tension qui ne l'empêchent pas de continuer son activité mais le gênent pour se concentrer ou rester attentif à ce qui se dit en classe par exemple. Il semble qu'elles soient souvent déclenchées par la fatigue et le stress. Par ailleurs, le nombre de céphalées diminue considérablement pendant les vacances scolaires.

La demande actuelle

Léo souhaite une aide pour ses maux de tête qui sont plus fréquents que l'année passée. Ceux-ci l'amènent à manquer les cours, l'empêchent de se concentrer d'où, selon lui, la baisse de ses résultats scolaires. Il veut « être comme tout le monde ». Il dit faire un lien entre ses maux de tête et le stress. Sa mère est inquiète des répercussions des céphalées sur la scolarité. Elle minimise la symptomatologie anxieuse.

DIAGNOSTIC

Les diagnostics suivants peuvent être évoqués :

- migraine avec aura et céphalées de tension d'après les critères de l'International Headache Society (IHS, 2004), qu'on peut également définir selon l'axe III du DSM-IV-TR (APA, 2003) dans affections médicales générales comme trouble douloureux chronique, associé à des facteurs psychologiques (crises de migraines) ;
- trouble d'anxiété de séparation (Axe I du DSM-IV-TR, APA, 2003).

La prise en charge des troubles de ce patient sera effectuée en deux temps. Tout d'abord, une analyse fonctionnelle des céphalées et des troubles émotionnels associés permettra d'établir un contrat thérapeutique en vue d'une proposition de psychothérapie de groupe. Puis, une analyse fonctionnelle ciblée sur les troubles anxieux permettra de proposer un second contrat thérapeutique et une prise en charge en thérapie individuelle de l'anxiété de séparation.

ANALYSE FONCTIONNELLE

L'analyse fonctionnelle est effectuée au cours du deuxième entretien à l'aide de la grille SECCA (Cottraux, 1990).

Grille SECCA synchronique

■ Problème cible

Le problème cible : les céphalées (migraines et céphalées de tension).

■ Situations

Le déclenchement des céphalées est souvent associé à un événement suscitant une forte émotion :

- à la maison, le lundi matin avant d'aller au collège. Il s'inquiète dès le dimanche ;
- cours au collège : juste avant un contrôle ou pendant celui-ci ;
- avant que sa mère ne parte en avion et pendant qu'elle est en voyage ;
- de façon anticipatoire, quand une sortie scolaire ou un voyage est proposé ;
- à la suite d'une dispute avec un membre de sa famille.

Parfois, les crises sont déclenchées par un ensemble de facteurs sensoriels :

- en fin de journée lorsqu'il n'a pas assez dormi ;
- lors des entraînements de handball ou à l'école lors d'activités sportives ;
- lorsqu'il y a beaucoup de bruit dans la classe et/ou qu'il fait trop chaud.

Le plus souvent, le déclenchement des crises est multifactoriel, mêlant des facteurs dits psychologiques à des facteurs sensoriels.

■ Émotions

Dimension psychologique

Anxiété importante : angoisses le matin avant d'aller au collège (surtout le lundi), lors des contrôles, avant ceux-ci et quand un copain lui propose de venir chez lui.

Affects dépressifs : tristesse récurrente, pleurs dans certaines situations (à l'évocation de son grand-père maternel, lorsque sa mère se déplace pour son travail). État de fatigue permanent. Difficultés de concentration pendant les cours.

Sensations

Vertiges, sensation de mains moites, douleurs abdominales et parfois difficultés à respirer dans les situations anxiogènes.

■ Signification personnelle

Léo pense qu'il n'a pas eu de chance que ça tombe sur lui et que c'est peut-être parce qu'il est souvent malade ou plus fragile que les autres enfants.

■ Cognitions (monologue intérieur)

Les cognitions concernent surtout le sentiment d'impuissance par rapport à la migraine :

- « Si cela se trouve, j'ai quelque chose de grave » ;
- « Je ne peux rien faire pour arrêter la douleur » ;
- « J'ai toujours peur que la douleur augmente » ;
- « Je pense que j'aurai ces crises toute ma vie et que ça ne s'améliorera pas » ;
- « Des fois, je me dis que la douleur ne va jamais s'arrêter ».

Mais elles peuvent également concerner l'estime de soi :

- peur que personne ne le croit quand il dit avoir mal à la tête ;
- « Je suis différent des autres » ;
- « Les autres se moquent de moi ».

De plus, il existe parfois une interprétation cognitive erronée des variations des constantes physiologiques qu'il interprète comme des précurseurs d'une nouvelle crise de migraine.

■ Imagerie

Cauchemars à thèmes récurrents : il est allongé, sa tête grossit et rougit, les gens le regardent bizarrement et crient de peur. Le second type de cauchemars : un individu le kidnappe sans que personne ne s'en aperçoive.

■ Comportement ouvert

- Évitement de situation : demande à aller à l'infirmerie dès qu'il sent des modifications physiques qui pourraient annoncer une migraine et veut qu'on appelle ses parents pour qu'ils viennent le chercher, d'où un absentéisme scolaire d'environ un jour par semaine. Il a diminué le nombre d'entraînements de handball et évite les conflits par peur de déclencher une crise.
- Évitement cognitif : il trouve le handball moins intéressant qu'avant. Il dit que les autres ne comprennent pas cette maladie donc il refuse d'en parler.

Léo est en retrait, passif lors d'un mal de tête. Sa mère décrit une attitude corporelle de fermeture (se recroqueville dans son lit).

■ Conséquences sur l'environnement

1. Mère : culpabilité de lui avoir transmis cette maladie. Très inquiète pour la scolarité de son fils. Évite de le contrarier. Va le chercher au collège. Essaie de l'accompagner lorsqu'il y a des sorties.
2. Père : plus sceptique quant à la véracité des troubles de son fils. Se demande si Léo n'a pas tendance à en rajouter. Trouve que sa femme le « couve » encore plus qu'avant.
3. Les parents de Léo parlent peu de ses céphalées car ils sont souvent en désaccord sur le sujet.
4. Au collège : certains professeurs s'interrogent sur les absences de Léo et lui font des remarques acerbes. Ces céphalées entraîneraient une baisse des résultats scolaires et seraient à l'origine selon lui et sa mère de l'irrégularité de son travail scolaire.
5. Au handball : Léo a été relégué dans l'équipe 2, équipe de niveau inférieur, à cause de ses absences répétées aux entraînements.

■ Anticipations

- Anticipation anxieuse : peur qu'une crise survienne avant ou pendant les contrôles entraînant une perte de ses moyens et donc des mauvaises notes.
- Pensées anticipatoires : chaque début de semaine, il est inquiet d'aller au collège et se dit qu'il va avoir une crise. Il a peur qu'on ne le croie pas s'il dit avoir mal à la tête pendant un cours ou un contrôle. Il pense que s'il fait trop de sport, s'il a mal dormi, s'il y a du bruit dans la classe, il risque d'avoir une migraine.
- Réactions physiques : lorsque l'angoisse augmente par rapport au risque qu'une crise se déclenche, il sent ses mains devenir moites, voire il a des douleurs abdominales.

Grille SECCA diachronique

■ Données structurales possibles

Antécédents génétiques

Sa mère ainsi que des tantes du côté maternel présentent une authentique pathologie migraineuse.

- Mère : n'accepte toujours pas le décès de son père qui a eu lieu il y a trois ans. Elle est de nature très anxieuse et s'inquiète pour la santé de son fils. La grossesse a été anxiogène : toxoplasmose, fracture et opération de la jambe un mois avant l'accouchement et perte du bruit des battements du cœur du bébé pendant le travail d'où selon elle son attitude très protectrice vis-à-vis de Léo.

- Père : Léo le décrit comme quelqu'un qui crie et râle constamment. Il s'occupe peu des enfants. Il y a dix ans, il s'est mis à boire à cause d'une dépression. Il a été hospitalisé pour un sevrage alcoolique. Depuis cinq ans il serait abstinent. Il n'a aucun antécédent de migraine.
- Sœur aînée (19 ans) est décrite comme une personne ayant un caractère fort. Elle impose beaucoup de choses à son frère qui lui dit oui à tout.
- Sœur cadette (15 ans) est complice avec Léo. Ils dorment dans le même lit depuis huit mois.

Personnalité

Léo est décrit comme un enfant réservé, sensible, très anxieux, évitant le conflit. Il est dans la désirabilité sociale. Il se confie souvent à sa mère. On lui reproche d'être irrégulier dans son travail scolaire. Il dit ne pas aimer l'école. Il est très inquiet quand il doit partir de la maison pour aller dans un endroit inconnu, quand sa mère part en déplacement et quand il doit rester seul au domicile. Il s'inquiète pour la santé de sa mère. La seule sortie avec des copains est au terrain de foot à côté de la maison. Il ne va jamais dormir chez eux. Il a des difficultés pour s'endormir le soir et fait de nombreux cauchemars.

Antécédents personnels

Il est migraineux depuis ses dix ans. Il a eu de nombreuses otites séreuses durant ses deux premières années de vie. Il présente un bruxisme et est souvent malade.

■ Facteurs historiques de maintien possibles

- Vie scolaire : stress lié aux situations d'examen, bruit de fond continu dans la classe et concentration sur de longues périodes en cours.
- Vie quotidienne : troubles du sommeil, entraînements sportifs, situations qui provoquent de l'anxiété (séparation...).

Les céphalées ont des conséquences positives pour Léo par deux types de renforcement :

- Positif : il peut rester à la maison si la crise débute le matin. Sa mère vient le chercher s'il a une crise au collège, quittant ainsi les cours et retrouvant sa mère. Il peut reporter ses devoirs s'il ne se sent pas bien et n'est pas obligé d'aller à l'entraînement de handball.
- Négatif : les conduites d'évitement ; de la situation scolaire, des entraînements de handball.

■ Facteurs déclenchants initiaux invoqués

Les céphalées sont apparues à l'âge de dix ans peu de temps avant son entrée en 6^e et son changement d'établissement, lesquels ont été très anxiogènes pour Léo. Il y a eu un absentéisme important dû aux maux de tête durant cette première année de collège. L'augmentation de ces céphalées a été concomitante au décès du grand-père maternel.

■ Événements précipitant les troubles

- Les difficultés relationnelles entre Léo et son père depuis l'alcoolisme de celui-ci. Selon sa mère, Léo ne lui aurait jamais pardonné.
- Une anxiété de séparation massive et invalidante.
- L'absentéisme scolaire.
- Les troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils fréquents, cauchemars, manque de sommeil).

■ Autres problèmes

Anxiété de séparation.

■ Traitement actuel

Traitement de crise pour la migraine : Voltarène et/ou Imigrane.

CONTRAT THÉRAPEUTIQUE

La demande de changement concernait uniquement les céphalées qui, selon lui et sa mère l'empêchaient de vivre « normalement » et risquaient à terme d'entraîner un redoublement de classe. La mère reconnaît le rôle de l'anxiété dans la majoration de la fréquence des céphalées. Cependant, Léo ne se sent pas prêt pour parler des événements douloureux qui le fragilisent et nous proposons donc dans un premier temps de travailler sur les céphalées et ses facteurs déclenchants et aggravants. Notre objectif sera dans un second temps de pouvoir proposer un suivi thérapeutique individuel pour le trouble anxiété de séparation.

Après avoir exposé à Léo ce que sont les migraines et les céphalées de tension ainsi que le rôle des facteurs déclenchants, un contrat thérapeutique lui est proposé en termes d'objectifs à atteindre, de méthodes comportementales et cognitives à mettre en place et de modalités de prise en charge. L'ensemble de ces éléments est expliqué et discuté et reçoit l'approbation de Léo et de sa mère. Il est important pour la prise en charge d'un

adolescent d'avoir également créé une alliance thérapeutique avec un des parents ou les deux afin qu'ils puissent avoir un rôle de renforcement dans le processus thérapeutique.

Objectifs à atteindre

- Devenir acteur dans la gestion de la crise céphalalgique et ne plus la subir de façon passive.
- Développer de nouvelles stratégies pour faire face à l'événement douloureux.
- Diminuer le nombre de crises, la durée et l'intensité douloureuse de celles-ci.
- Rendre Léo autonome par rapport à ses céphalées.
- Diminuer l'absentéisme scolaire.

Méthodes

Dix séances hebdomadaires, en groupe, d'une heure chacune sont proposées, ainsi qu'une séance de bilan sur la prise en charge à la fin du traitement. Ce groupe est constitué de huit patients avec un écart d'âge de 2 ans maximum.

Pour évaluer la motivation de Léo, il lui a été demandé de faire un auto-enregistrement (agenda) de ses migraines et céphalées de tension ainsi que des informations concernant celles-ci (durée, intensité, situation, facteur(s) déclenchant(s)).

- Travail comportemental :
 - éducation et information du patient sur les céphalées (étiologie, symptômes, facteurs déclenchants) ;
 - apprentissage de différentes techniques de relaxation. Gestion des émotions à valence positive et négative jouant comme facteurs déclenchants ;
 - régulation et contrôle respiratoire. Explications auparavant des manifestations corporelles que peuvent déclencher des émotions telles que la peur ou l'anxiété ;
 - visualisation et apprentissage du lien entre une situation, une émotion et le comportement qui en découle grâce à l'appareil de biofeedback.
- Travail émotionnel :
 - définition et reconnaissance des six émotions de base, rôle de celles-ci en général et dans les céphalées en particulier, identification et expression des émotions.
- Travail cognitif
 - restructuration cognitive (mise en questions des pensées dysfonctionnelles, des représentations). Résolution de problèmes ;
 - techniques de visualisation (distraction, transformation imaginative du contexte).
- Prescription de tâches à domicile (agenda, exercices faits en séance...).

ÉVALUATION DE LA THÉRAPIE

Mesures à intervalles espacés

Ces mesures sont effectuées lors de la première séance de groupe, à la fin de la thérapie (10^e séance), ainsi que deux mois après la fin de la thérapie (phase de suivi). Les cinq questionnaires et échelles utilisés sont les suivants :

- MDI-C : échelle composite de dépression pour enfant (Berndt, Kaiser et Castro, 1996) ;
- R-CMAS : échelle révisée d'anxiété manifeste pour enfant (Reynolds, Richmond et Castro, 1999) ;
- ISPE : inventaire des schémas précoces pour enfant (Rusinek et Hautekèete, 2000) ;
- PPCI-F : *Pediatric Pain Coping Inventory* (Varni et coll, 1996). C'est un auto-questionnaire qui permet de mesurer les stratégies de faire face en douleur pédiatrique ;
- PCS-C : *Pain Catastrophizing Scale for Children* (Crombez et coll., 2003). Le PCS-C est un auto-questionnaire portant sur le catastrophisme en lien avec la douleur.

Il est important d'évaluer les éléments dépressifs et anxieux car ils peuvent être associés aux céphalées et être la conséquence ou la cause d'une augmentation de l'intensité douloureuse et/ou de la fréquence des céphalées. Ils peuvent aussi entraîner une chronicisation de celles-ci.

Mesures à intervalles rapprochés

Afin de suivre l'évolution des céphalées, des données sont enregistrées quotidiennement.

Léo doit noter sur un agenda différentes caractéristiques de chacun de ses maux de tête : date, heure, durée de la crise, intensité de la douleur (EVA de 1 à 10), facteurs déclenchants (émotionnels ou autres), s'il a pris un médicament et, si oui, si celui-ci a été efficace. Ceci permet de suivre l'évolution du comportement-problème durant le mois qui précède la mise en place du traitement, durant le traitement, et deux mois après la fin de celui-ci.

Ce relevé a permis d'établir une ligne de base sur le nombre de maux de tête, leur durée et leur intensité, par semaine, avant traitement.

Protocole thérapeutique

Le protocole expérimental est un protocole de cas individuel où le sujet est son propre témoin et doit faire des mesures de façon répétée. Ce protocole de type A-B comporte trois phases :

- phase A : concerne la ligne de base établie durant les cinq semaines avant le traitement ;
- phase B : séances 1 à 10, concerne la prise en charge thérapeutique et son effet sur les variables mesurées ;
- la phase de suivi, deux mois après, permet d'évaluer l'évolution ou le maintien des changements cognitivo-comportementaux obtenus.

THÉRAPIE : LES SESSIONS THÉRAPEUTIQUES EN GROUPE

Séances 1 à 3 : alliance thérapeutique et évaluation des troubles

À la suite des trois premières séances comprenant l'anamnèse, les éléments diagnostiques, l'analyse fonctionnelle, l'évaluation initiale et le contrat thérapeutique, nous avons abordé la phase thérapeutique. Léo a rempli l'agenda de la migraine très consciencieusement lors des semaines qui ont précédé la thérapie et est très inquiet à l'idée d'intégrer un groupe.

Séances 4 à 13 : phase thérapeutique

■ Séance 4 : présentation et rencontre (affirmation de soi)

La séance débute par une présentation libre de chacun des participants. Puis, les règles de fonctionnement sont rappelées. Léo chuchotera juste son prénom.

Les principes du traitement des céphalées en thérapie cognitivo-comportementale sont expliqués ainsi que le rôle actif qu'ils auront pendant toute la durée du traitement. Ensuite, il y a un temps de passation des tests psychologiques. Puis, les adolescents se retrouvent en cercle pour tenter de se rappeler des différentes personnes qui composent le groupe. On reprend pourquoi on ne se souvient pas des autres et on voit ce qu'il faut changer. Une discussion de cette première présentation va leur permettre de moduler leur comportement grâce au feedback positif de leurs pairs. Ce travail d'affirmation de soi porte sur le regard, l'écoute et la façon de se présenter. Le dialogue ainsi que la dynamique de groupe sont encouragés. Un échange s'engage sur les différences entre la première présentation et ses conséquences (intention de départ et effet produit) et cette nouvelle présentation. Enfin, un rappel sur l'utilisation de l'agenda est effectué.

Léo est très mal à l'aise lors de ces deux présentations. Il s'assoit à côté du thérapeute. Il ne participe pas à la discussion et son regard est fuyant. Lorsqu'il doit se présenter à

nouveau sa voix est enfantine. Par sa position figée et ses gestes maladroits il semble en décalage au niveau comportemental par rapport aux autres adolescents.

■ Cinquième séance : travail cognitif et éducation

Une revue des agendas et des consignes les concernant est effectuée en début de séance. Un quiz est organisé sur « qui se souvient de qui », ce qui renforce la cohésion groupale. Les thérapeutes valorisent le comportement de participation active.

Le discours interne est interrogé et analysé ainsi que les croyances concernant les céphalées grâce au dessin et à la technique socratique. L'objectif est d'arriver au postulat fondamental du patient, première étape du travail de restructuration cognitive.

En premier lieu un dessin de la migraine est demandé. Chaque patient devra présenter son dessin au groupe qui devra deviner ce qu'il a voulu signifier de sa maladie. Ces dessins seront repris sur un mode éducatif et informatif sur les céphalées. Cette stratégie cognitive permet au patient de reconceptualiser la douleur et les céphalées.

Léo représente un garçon avec à côté de sa tête un marteau signifiant le type de douleur inhérent aux migraines (douleur pulsatile) et une pensée de cet enfant qui dit : « Aïe, j'ai mal et le soleil me gêne. » Le soleil est souvent incriminé dans les céphalées car responsable de deux facteurs déclenchants : la chaleur et la luminosité. Aucun facteur émotionnel n'est mentionné.

En demi-groupe, grâce à la technique socratique, le monologue intérieur de Léo en rapport avec les maux de tête est interrogé. Il se dit très inquiet de voir la fréquence de ses céphalées augmenter et que les autres ne le croient plus quand il dit avoir mal à la tête.

Le postulat conditionnel mis en évidence est le suivant : « Si j'ai plus de céphalées et qu'elles sont plus douloureuses, cela signifie que la maladie progresse, que mon état s'aggrave et que j'ai autre chose... un cancer comme mon grand-père que les médecins n'ont pas vu. Je risque de mourir et d'abandonner ma mère comme a fait mon grand-père. » L'autre conséquence implicite est qu'il serait séparé de sa mère. Le degré de croyance en ce postulat était de 60 %.

Dans un deuxième temps, ce postulat fondamental a été discuté en faisant participer les membres du groupe afin de le remettre en question. Après un questionnement sur les arguments en faveur de sa croyance et ceux contre, il réévalue sa croyance dans le postulat à 10 %.

La dernière étape de cette séance consistera à informer et éduquer les patients sur la maladie migraineuse et à trouver grâce à ce travail, des pensées alternatives aux pensées automatiques, ce que Léo a déjà commencé à faire en remettant en question le postulat, en proposant une nouvelle hypothèse étiologique concernant l'aggravation de ses maux de tête : le stress.