

Sous la direction de  
Cyrille Bouvet

# 11 cas cliniques difficiles en thérapies comportementales et cognitives

DUNOD

Maquette de couverture :  
Atelier Didier Thimonier

Maquette intérieure :  
[www.atelier-du-livre.fr](http://www.atelier-du-livre.fr)  
(Caroline Joubert)

<p>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.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> 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</p>	 <p><b>DANGER</b> LE PHOTOCOPIAGE TUE LE LIVRE</p>	<p>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.</p> <p>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).</p>
--	---	--

© Dunod, 2018  
11 rue Paul Bert - 92240 Malakoff  
ISBN 978-2-10-077864-5

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° 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.

## Liste des auteurs

*Sous la direction de:*

**Cyrille BOUVET**

Professeur de psychologie clinique à l'Université-Paris Nanterre (EA 4430), psychothérapeute cognitivo-comportementaliste.

*Avec la collaboration de:*

**Nathalie CAMART**

Maître de conférences en psychologie clinique à l'Université Paris-Nanterre (EA 4430), psychothérapeute cognitivo-comportementaliste.

**Sylvain DAGNEAUX**

Psychologue clinicien, psychothérapeute cognitivo-comportementaliste, enseignant au DU TECC de Lille et à l'AFTCC.

**Damien FOUQUES**

Maître de conférences en psychologie clinique à l'Université Paris-Nanterre (EA 4430), psychothérapeute cognitivo-comportementaliste.

**Anne GUT-FAYAND**

Psychiatre, rattachée à l'hôpital Sainte-Anne et praticien attaché à la consultation universitaire, psychothérapeute cognitivo-comportementaliste.

**Sabrina JULIEN SWEERTS**

Psychothérapeute cognitivo-comportementaliste et chargée de cours en psychologie clinique à l'Université Paris-Nanterre.

**Baptiste LIGNIER**

Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Bourgogne Franche-Comté, psychologue clinicien à l'Espace Psychothérapique, CHS La Chartreuse, Dijon.

## *11 cas cliniques difficiles en thérapies comportementales et cognitives*

**Adrien MÉNARD**

Psychothérapeute cognitivo-comportementaliste, chargé d'enseignement en psychologie clinique à l'Université Paris-Nanterre.

**Lucia ROMO**

Professeur de de psychologie clinique à l'Université Paris-Nanterre (EA 4430) et psychothérapeute cognitivo-comportementaliste.

**Thierry SOULAS**

Psychologue clinicien, psychothérapeute cognitivo-comportementaliste, Hôpital Henri-Mondor, Neurochirurgie, Université Paris-Est Créteil, Inserm U955, eq. 14.

**Pierre TAQUET**

Psychologue psychothérapeute au Groupe Hospitalier Seclin Carvin, docteur en Psychologie, chercheur au service d'addictologie du CHU de Lille et associé au laboratoire PSITEC (Univ. Lille, EA 4072).

**Rafika ZEBDI**

Maître de conférences en psychologie clinique à l'Université Paris-Nanterre (EA 4430), psychothérapeute cognitivo-comportementaliste.

# Table des matières

<i>Liste des auteurs</i> .....	3
<i>Introduction</i> .....	11

## **CHAPITRE 1 – LE THÉRAPEUTE FACE AU SILENCE :**

<b>LE MUTISME SÉLECTIF CHEZ L'ENFANT</b> .....	15
<b>1. Le thérapeute</b> .....	17
<b>2. Le cadre clinique</b> .....	17
<b>3. La mise en place de la relation</b> .....	18
<b>4. Le patient</b> .....	19
<b>5. Entretien 1</b> .....	20
<b>6. Entretien 2</b> .....	24
<b>7. Entretiens 3 et 4</b> .....	26
<b>8. Conceptualisation du trouble et contrat thérapeutique</b> .....	28
<b>9. Entretien 5 et suivants</b> .....	30
<b>10. Entretien 12 (téléphonique)</b> .....	33
<b>11. Entretiens 13 à 17</b> .....	33
<b>12. Entretiens 17 à 22</b> .....	35
<b>13. Entretiens 23 à 30</b> .....	35
<b>14. Bilan de la thérapie</b> .....	36
<b>15. Conclusion</b> .....	37
<b>Bibliographie</b> .....	38

## **CHAPITRE 2 – BINGE EATING DISORDER ET TROUBLE BORDERLINE :**

<b>QUAND L'UN NOURRIT L'AUTRE...</b> .....	39
<b>1. Le thérapeute</b> .....	41
<b>2. Le cadre clinique</b> .....	41
<b>3. La patiente</b> .....	41
<b>4. Rendez-vous 3</b> .....	44
<b>5. Rendez-vous 4</b> .....	48
<b>6. Rendez-vous 5</b> .....	49
<b>7. Rendez-vous 6 à 12</b> .....	50
<b>8. Rendez-vous 13</b> .....	51
<b>9. Rendez-vous 14 à 20</b> .....	52
<b>10. Rendez-vous 21 à 32</b> .....	53

## 11 cas cliniques difficiles en thérapies comportementales et cognitives

11. Rendez-vous 33 à 45.....	54
12. Rendez-vous 46.....	54
13. Rendez-vous 47.....	56
14. Rendez-vous 52.....	57
15. Bilan de la thérapie.....	58
16. Conclusion.....	58
<b>Bibliographie</b> .....	59
<b>CHAPITRE 3 – ANXIÉTÉ, DÉPRESSION ET SYMPTÔMES TRAUMATIQUES : COMMENT S’Y RETROUVER ET COMMENT TRAITER LES PROBLÈMES</b> .....	61
1. Le thérapeute.....	63
2. Le patient.....	64
3. Les premiers entretiens.....	65
4. La thérapie.....	70
5. La suite.....	82
6. Conclusion.....	84
<b>Bibliographie</b> .....	85
<b>Annexes : résultats psychométriques détaillés</b> .....	86
<b>CHAPITRE 4 – UNE INSOMNIE « REBELLE »</b> .....	89
1. Le thérapeute.....	91
2. La patiente.....	92
3. Deuxième consultation.....	96
4. Troisième consultation.....	98
5. Quatrième consultation.....	100
6. Cinquième consultation.....	103
7. Sixième consultation.....	105
8. Septième consultation.....	106
9. Bilan de la thérapie.....	107
10. Conclusion.....	109
<b>Bibliographie</b> .....	110
<b>Annexes</b> .....	111
<b>CHAPITRE 5 – CHANGER OU PAS ? QUAND LE THÉRAPEUTE S’ACTIVE ET S’ÉPUISE DANS UN CAS D’ANXIÉTÉ SOCIALE RÉSISTANTE</b> .....	113
1. Le thérapeute, le cadre thérapeutique.....	115

2. Qui est Carole ? La rencontre, la problématique.....	115
3. La thérapie.....	121
4. Bilan de la thérapie : évolution, difficultés.....	131
5. Conclusion.....	132
<b>Remerciements</b> .....	133
<b>Bibliographie</b> .....	133
<b>Annexes</b> .....	134

**CHAPITRE 6 – TOC SÉVÈRE ET SCHÉMA DE SACRIFICE :**

UNE INTERACTION COMPLEXE EN THÉRAPIE.....	135
1. Comment suis-je devenu psychothérapeute ?.....	137
2. Présentation de Aude.....	138
3. Première séance : la rencontre.....	140
4. Deuxième séance : établissement d'une ligne de base et analyse fonctionnelle.....	141
5. Troisième séance.....	144
6. Quatrième séance.....	146
7. Cinquième séance : début de la thérapie.....	150
8. Sixième séance.....	151
9. Septième séance.....	152
10. Huitième séance.....	153
11. Dernières séances : fin ou début de thérapie ?.....	153
12. Conclusion.....	154
<b>Bibliographie</b> .....	155

**CHAPITRE 7 – L'ADAPTATION D'UN PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE**

DANS LE CADRE D'UNE MALADIE NEUROMUSCULAIRE.....	157
1. Le thérapeute.....	159
2. Le patient.....	160
3. Les premiers entretiens.....	164
4. La mise en place de la relation.....	166
5. Stratégie thérapeutique envisagée.....	167
6. Déroulement de la thérapie.....	170
7. Difficultés rencontrées lors de la thérapie.....	174
8. Bilan de la thérapie.....	175
9. Conclusion.....	178
<b>Bibliographie</b> .....	179

<b>CHAPITRE 8 – QUAND UNE PATHOLOGIE EN CACHE UNE AUTRE</b> .....	181
1. Le thérapeute.....	183
2. Première séance.....	184
3. N: 1 <sup>ère</sup> année – 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> séances.....	185
4. 4 <sup>e</sup> séance.....	185
5. 5 <sup>e</sup> séance.....	187
6. 6 <sup>e</sup> séance.....	189
7. 7 <sup>e</sup> séance.....	189
8. 8 <sup>e</sup> séance.....	190
9. 9 <sup>e</sup> , 10 <sup>e</sup> et 11 <sup>e</sup> séances.....	190
10. 12 <sup>e</sup> séance.....	191
11. 13 <sup>e</sup> séance.....	192
12. 14 <sup>e</sup> et 15 <sup>e</sup> séances.....	193
13. 16 <sup>e</sup> séance.....	193
14. 17 <sup>e</sup> et 18 <sup>e</sup> séances.....	193
15. N + 1 – 19 <sup>e</sup> séance.....	194
16. 20 <sup>e</sup> à 23 <sup>e</sup> séances.....	194
17. 24 <sup>e</sup> séance.....	196
18. 25 <sup>e</sup> et 26 <sup>e</sup> séances.....	196
19. 27 <sup>e</sup> à 29 <sup>e</sup> séances.....	197
20. 30 <sup>e</sup> séance.....	197
21. 31 <sup>e</sup> séance.....	199
22. 32 <sup>e</sup> séance.....	199
23. 33 <sup>e</sup> à 39 <sup>e</sup> séances.....	200
24. N + 3, 40 <sup>e</sup> à 45 <sup>e</sup> séances.....	200
25. 46 <sup>e</sup> à 52 <sup>e</sup> séances et conclusion.....	201
<b>Bibliographie</b> .....	203
<b>CHAPITRE 9 – COMORBIDITÉS ET INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE :</b>	
<b>AVANCER QUAND MÊME</b> .....	205
1. Le thérapeute et le cadre thérapeutique.....	207
2. La patiente.....	207
3. Les premiers entretiens, l'évaluation.....	209
4. Dépasser l'anxiété de performance du... thérapeute.....	211
5. Le travail sur l'estime de soi.....	213
6. Nouvel objectif, les TOC.....	217
7. Suite et fin.....	218



8. Conclusion .....	219
<b>Bibliographie</b> .....	221

**CHAPITRE 10 – AIDER À S’INVESTIR DANS UNE RELATION AFFECTIVE**

QUAND ON SOUFFRE D’UN TROUBLE SCHIZOPHRÉNIQUE.....	223
1. Introduction, le thérapeute.....	225
2. La situation psychothérapeutique.....	226
3. Anamnèse et biographie .....	226
4. Évaluation clinique de base .....	230
5. Relevé des situations problèmes rencontrées par Quentin .....	231
6. L’analyse fonctionnelle de type SECCA.....	232
7. Après quatre séances.....	233
8. Séance 16 : bilan positif du traitement .....	234
9. Reprise de la TCC et des entretiens à visée éducative (approche d’éducation thérapeutique du patient – ETP).....	234
10. Bilan intermédiaire.....	236
11. La rencontre affective .....	240
12. Conclusion .....	242
<b>Bibliographie</b> .....	244

**CHAPITRE 11 – L’ADDICTION EST RAREMENT SEULE :**

LE CAS D’UN JOUEUR PATHOLOGIQUE.....	245
1. Les thérapeutes.....	247
2. Le patient.....	247
3. Les deux premiers entretiens : anamnèse, histoire des troubles et explication du modèle TCC.....	248
4. Troisième et quatrième entretiens : demande, travail motivationnel et évaluations psychométriques .....	250
5. Cinquième, sixième et septième entretiens : auto-observation et restructuration cognitive.....	254
6. Huitième entretien : changements de comportements et <i>craving</i> .....	256
7. Neuvième entretien : exposition et recherche d’emploi.....	257
8. Dixième entretien : faux pas et rechute.....	258
9. Onzième entretien : restructuration cognitive et freins au changement.....	258
10. Douzième entretien : comportement alternatif et entourage.....	259
11. Treizième entretien : gestion des émotions.....	260

## *11 cas cliniques difficiles en thérapies comportementales et cognitives*

<b>12.</b> Quatorzième entretien : changement cognitif de couple et pleine conscience .....	260
<b>13.</b> Quinzième entretien : difficultés de couple et perte de contrôle dans le jeu...	261
<b>14.</b> Seizième entretien : travail sur les valeurs .....	262
<b>15.</b> Dix-septième entretien : dévalorisation de soi et milieu professionnel .....	262
<b>16.</b> Dix-huitième et dix-neuvième entretiens, ce dernier par téléphone .....	263
<b>17.</b> Vingtième et vingt et unième entretiens : poursuite des changements .....	263
<b>18.</b> Conclusion .....	264
<b>Bibliographie</b> .....	265
<i>Conclusion</i> .....	267

# Introduction<sup>1</sup>

Tout d'abord je tiens à remercier chaleureusement mes collègues psychothérapeutes, auteurs des chapitres qui suivent, qui ont accepté de jouer le jeu pour ce livre en livrant avec honnêteté les difficultés qu'ils ont pu rencontrer dans l'exercice de leur art psychothérapeutique. De fait, il y a un décalage entre la littérature clinique, qui présente le plus souvent des cas cliniques réussis pour illustrer telle ou telle stratégie thérapeutique, et la réalité de la pratique psychothérapeutique, qui est semée d'embûches et de difficultés. Car, même si les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont depuis longtemps et à maintes reprises fait la preuve de leur efficacité par l'application de stratégies thérapeutiques multiples et structurées, il n'en reste pas moins que cette efficacité est relative. Si l'on peut souvent améliorer les situations problèmes avec les TCC, cette amélioration est rarement absolue. Et dans certains cas, l'amélioration n'a pas lieu et la thérapie ne fonctionne pas. Ainsi, pour le professionnel (et les patients), le résultat n'est jamais totalement garanti, le doute est présent quant au résultat à venir. Par ailleurs, bien que les TCC proposent des stratégies précises et structurées, évaluées et adaptées à chaque situation problème, le thérapeute ne peut se contenter d'appliquer mécaniquement ces programmes, cela ne fonctionnerait pas. Son rôle est de faire se rencontrer d'un côté un programme thérapeutique efficace dans la plupart des cas et de l'autre côté une personne (le patient) avec sa personnalité, son contexte de vie, ses attentes et ses angoisses. Et cette personne est porteuse de problèmes psychologiques qui la gênent mais qui sont rarement aussi simplement identifiables que dans les manuels diagnostiques. De plus, ces problèmes et ces troubles psychiques sont, dans la majorité des cas, comorbides entre eux et ils se lient souvent à d'autres problèmes (travail, amour, enfant, maladie...). Identifier les problèmes à traiter n'est donc pas toujours simple, or les TCC sont dites « centrées sur les problèmes »...

De plus, dès que le patient rencontre le thérapeute, une relation se noue, qui, à travers les aléas de l'alliance thérapeutique, sera le déterminant le plus fort de la réussite thérapeutique.

Aux difficultés liées à la définition des problèmes, à la complexité du contexte et à la relation thérapeutique, s'ajoute la profusion des thérapies disponibles en TCC ou dans les approches voisines. Il existe des méthodes comportementales et leurs évolutions multiples (les différentes techniques d'exposition par exemple), des

---

1. Par Cyrille Bouvet.

méthodes cognitives (des techniques de restructuration cognitive à la thérapie des schémas), et maintenant celles dites de la troisième vague (ACT, *Mindfulness*...), auxquelles s'ajoutent des approches « amies » du type EMDR, remédiation cognitive, ICV, hypnothérapie... souvent pratiquées par les thérapeutes formés aux TCC.

Bref, entre les présentations didactiques de cas cliniques dans les ouvrages TCC (en caricaturant : un problème + une stratégie TCC = une réussite thérapeutique) et la réalité rencontrée par le psychothérapeute, il y a un monde beaucoup plus riche mais aussi plus incertain et mouvant qui n'est pas sans poser des difficultés aux professionnels.

Le psychothérapeute travaille sur mesure, il adapte la logique TCC à chacun des patients qu'il suit (alliance thérapeutique collaborative + évaluation-bilan-définition des problèmes à traiter + analyse fonctionnelle et conceptualisation du cas + stratégie thérapeutique + évaluation des résultats + adaptation de la stratégie + évaluation finale et fin de la thérapie). Pour être efficace il doit rester centré sur le patient, ses problèmes et ses demandes plus que sur ses modèles et techniques TCC. C'est pourquoi chaque thérapie est unique, la psychothérapie TCC est un art et non une application standardisée et uniforme de techniques thérapeutiques. C'est pourquoi chaque thérapie est un risque. Risque que l'alliance ne prenne pas, que le problème soit mal défini, que les stratégies soient mal choisies ou mal appliquées ou que, bien qu'elles le soient correctement, elles ne fonctionnent pas...

Autant de sources de difficultés potentielles. La psychothérapie est un chemin truffé de difficultés que thérapeute et patient ensemble doivent surmonter. Et pourtant, la culture de la difficulté, ce qu'elle est, ce qu'il faut en faire, comment la dépasser et surtout apprendre d'elle, est peu développée dans le milieu de la psychothérapie en France. Il existe un seul ouvrage sur la question<sup>1</sup>. La pratique de la supervision pour y évoquer ses difficultés, obligatoire dans de nombreux pays, n'est pas suffisamment pratiquée en France.

Mais quel psychothérapeute pourrait affirmer n'avoir jamais rencontré de situations psychothérapeutiques difficiles ? N'être jamais perturbé par une situation qu'il ne comprend pas ? Ne jamais douter de ce qu'il fait ? Ne jamais faire d'erreurs ? Ne jamais échouer ?

.....  
1. Mihaescu G. (2000). *De l'erreur en psychothérapie*, MetH éditions.

Ce livre a pour objectif de montrer et d'analyser des situations cliniques difficiles, celles où le thérapeute doute, hésite, s'embourbe, avance sans repère précis, pense échouer et se récupère, ou non... Et cela dans des situations cliniques très variées, avec des thérapeutes à l'expérience, aux parcours et aux styles différents, des populations diverses souffrant de troubles courants ou rares...

Je suis convaincu qu'une des clés de la réussite, c'est de savoir échouer, c'est-à-dire d'accepter que la difficulté est inévitable, de la reconnaître quand elle se présente, de la dépasser ensuite et d'en faire une source de progrès et non de panique. Si elle est reconnue et qu'elle permet une meilleure compréhension de la situation, voire qu'elle suscite de la créativité thérapeutique, alors : vive la difficulté en psychothérapie ! Mais, si elle est honteuse, cachée ou non perçue, stérile, source de confusion et d'inhibition thérapeutique, alors elle vient gêner le travail thérapeutique.

Les présentations cliniques qui suivent proviennent de collègues qui reconnaissent leurs difficultés, ainsi que leurs doutes, voire leurs erreurs le cas échéant, et qui malgré tout restent lucides, capables de remises en cause et de rebonds pour faire avancer autant que possible la psychothérapie dans laquelle ils sont engagés, toujours motivés par l'aide qu'ils peuvent apporter au patient et centrés sur ses besoins. Chacune de ces présentations illustre comment jongler avec les difficultés rencontrées et parfois les erreurs commises, inévitables en psychothérapie.



# Chapitre 1

## Le thérapeute face au silence : le mutisme sélectif chez l'enfant<sup>1</sup>

.....  
1. Par Rafika Zebdi.

# Sommaire

1. Le thérapeute.....	17
2. Le cadre clinique .....	17
3. La mise en place de la relation .....	18
4. Le patient.....	19
5. Entretien 1.....	20
6. Entretien 2.....	24
7. Entretiens 3 et 4.....	26
8. Conceptualisation du trouble et contrat thérapeutique .....	28
9. Entretien 5 et suivants.....	30
10. Entretien 12 (téléphonique).....	33
11. Entretiens 13 à 17 .....	33
12. Entretiens 17 à 22 .....	35
13. Entretiens 23 à 30 .....	35
14. Bilan de la thérapie.....	36
15. Conclusion .....	37
Bibliographie .....	38



## 1. Le thérapeute

Je suis psychologue et psychothérapeute TCC, diplômée d'un master 2 professionnel en 2007 à l'université de Paris Nanterre. Mon intérêt pour la prise en charge de l'enfant a toujours été présent, mais il s'est développé et confirmé en grande partie grâce à des expériences de stages enrichissantes et formatrices (pédopsychiatrie, hôpital de jour, point rencontre parent-enfant, RASED...). Les aspects créatifs et ludiques indispensables dans le travail avec l'enfant m'ont dès le départ attirée. La créativité et la flexibilité nécessaires sont un moteur dans mon travail de thérapeute pour enfants. Ma rencontre avec les thérapies comportementales et cognitives s'est faite très précocement dans le cadre de ma formation initiale, et je l'ai enrichie par la formation de psychothérapeute et la spécialisation « enfant-adolescent » à l'Association Française de Thérapies Comportementales et Cognitives (AFTCC).

Passionnée par l'enseignement et par la recherche, j'en ai fait ma profession en tant qu'enseignant-chercheur à l'université Paris Nanterre, tout en restant au plus proche de la clinique. En effet, j'ai ouvert une consultation en libéral depuis plusieurs années. Je suis convaincue de l'impérieuse nécessité en amont du travail thérapeutique d'établir une solide alliance, aussi bien avec l'enfant qu'avec sa famille, qui est centrale dans le travail thérapeutique auprès d'eux.

## 2. Le cadre clinique

Les demandes que je reçois sont principalement de l'ordre de problématiques émotionnelles (anxiété, dépression) et de difficultés dans le cadre scolaire. Les consultations durent environ une heure pour les premières et 45 minutes pour les séances de suivi lors de la phase active. Ces séances ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale mais en partie par certaines mutuelles. Le rythme des rendez-vous est variable et généralement hebdomadaire en début de prise en charge, bimensuel par la suite. Je ne programme pas de consultations sur les périodes de vacances scolaires, sauf cas exceptionnels. Pourquoi ce choix ? Car elles sont souvent incompatibles avec l'organisation des familles (vacances, centres aérés...) et parce que les enfants ont besoin de ces moments de repos, sans rendez-vous. Cela n'implique pas un arrêt du travail thérapeutique puisqu'avant chaque période de congés nous prévoyons des exercices ou des tâches à domicile. Un échange ponctuel à distance (par téléphone, par mail ou par SMS) est généralement mis en place pendant les vacances.

### 3. La mise en place de la relation

Max<sup>1</sup> est un jeune garçon d'environ 8 ans. Dans le message vocal qu'elle me laisse pour prendre rendez-vous, sa mère m'explique qu'elle me contacte sur les conseils de plusieurs professionnels : le pédiatre, l'orthophoniste qui a évalué Max ainsi que l'équipe enseignante. Elle poursuit en m'indiquant les difficultés que la famille a eues à trouver des intervenants compétents dans la prise en charge du mutisme sélectif dont souffre Max et qu'elle me contacte en dernier recours.

Le discours de cette mère est touchant mais je n'ai pas de créneau disponible à leur proposer. Lorsque je la rappelle pour le lui expliquer et l'orienter sur d'autres collègues, la mère de Max insiste pour avoir un rendez-vous avec moi, même dans plusieurs semaines, des confrères et consœurs lui ayant visiblement indiqué que j'avais déjà pris en charge des enfants présentant un mutisme sélectif, ce qui est exact.

J'entends donc qu'ils sont prêts à attendre mais surtout la motivation de la mère à venir à cette consultation. À ce moment de l'échange je ressens une certaine pression liée à la fois à la confiance des confrères et à la particularité de cette situation : il s'agit d'un enfant plus âgé que ceux que j'avais reçus précédemment et j'éprouve une légère crainte à l'idée de recevoir une famille avec des attentes peut-être irréalistes. Il est alors comme chaque fois important de mettre le cadre et d'expliquer ma manière de travailler, et ce dès l'entretien téléphonique.

Après m'être assurée que la mère de Max est dans de bonnes conditions pour notre entretien téléphonique (endroit calme, possibilité de parler librement, temps suffisant pour échanger) je reprends les éléments de la demande que j'ai relevés à partir du message vocal et sollicite des informations complémentaires : l'âge exact de l'enfant, sa classe, la composition de la famille, ce que la famille a compris de cette orientation et quelles sont les difficultés concrètes présentées par Max.

---

1. Tous les prénoms, noms de lieu et caractéristiques pouvant permettre d'identifier le sujet ont été modifiés afin de garantir l'anonymat du patient.

## 4. Le patient

Max a 8 ans et 6 mois, il a une petite sœur âgée de 6 ans. Il est scolarisé dans une école en classe de CE2. Il présente une très forte timidité et un mutisme extra-familial depuis son entrée en petite section de maternelle. Il présente également un mutisme intrafamilial avec les adultes qu'il voit occasionnellement (oncles, tantes). Sa mère m'indique qu'ils ont déjà consulté des psychologues et pédopsychiatre à trois reprises, que Max a gagné en confiance mais qu'ils s'inquiètent de la persistance du problème. « Nous vous contactons pour pouvoir continuer à aider Max à progresser et à s'ouvrir sur l'extérieur... On nous dit que c'est anxieux mais on pense que le mutisme, c'est encore autre chose et on voudrait enfin trouver quelqu'un qui puisse lui donner, et à nous aussi, des clés pour ce problème. » J'entends depuis le début qu'elle a un accent étranger et le relève dans mes notes afin de pouvoir reprendre ces informations lors de l'entretien fixé avec la famille.

Enfin j'explique mon cadre de travail : les trois premiers entretiens sont consacrés à l'évaluation psychologique globale et à la demande, et le 4<sup>e</sup> rendez-vous permet de faire le point et de voir si, au vu des résultats de l'évaluation clinique, nous pouvons travailler ensemble et si je suis la bonne personne pour les aider. Généralement, les parents sont rassurés et apprécient d'avoir une idée précise de l'organisation des entretiens et du contenu des séances. Nous terminons l'entretien téléphonique sur des conseils aux parents pour préparer l'enfant à cette rencontre.

### 4.1 Après l'entretien téléphonique de prise de contact

À la suite de cet appel et de la prise de rendez-vous je suis à la fois enthousiaste à l'idée de rencontrer la famille et Max, et dans une certaine appréhension puisque je n'ai eu que de rares suivis avec des enfants plus jeunes présentant un mutisme récent et mineur et pour lesquels les suivis furent relativement courts (moins d'une dizaine de séances). Au vu des premiers éléments recueillis, plusieurs questionnements émergent : pourquoi les suivis précédents ont-ils été interrompus ? Comment vais-je pouvoir les aider ? Comment adapter les interventions et la démarche à un enfant qui ne communique pas verbalement ? Mais surtout, qu'est ce qui fait que les parents dissocient mutisme et anxiété ? Quelles informations ont-ils eues et par quel biais ?

Ce dernier point m'amène à reprendre les informations sur le mutisme et à préparer avant notre premier rendez-vous le contenu des séances de

psychoéducation. Pour ce faire, je consulte le DSM-5 et les supports disponibles sur le site du groupe d'entraide et d'information sur le mutisme sélectif « Ouvrir la voix<sup>1</sup> ». Je recherche également des questionnaires spécifiques au mutisme sélectif et trouve le *Selective Mutism Questionnaire* (SMQ; Bergman, Holloway et Piacentini, 2008), qui est une hétéro-évaluation remplie par les parents et évaluant le degré d'inhibition de la parole de leur enfant dans trois domaines : à la maison (en famille), à l'école et dans les situations sociales. Une autre échelle permet d'évaluer la détresse de l'enfant.

## 5. Entretien 1

La première rencontre se fait cinq semaines après l'entretien téléphonique avec la mère de Max. Lors de ce premier rendez-vous, l'échange se fait avec les parents avec seulement des interventions ponctuelles de l'enfant, ce qui est classique. Cet entretien est surtout consacré à faire connaissance avec la famille, à expliquer le cadre à l'enfant et aux parents, à débiter l'anamnèse. Il est en général plus long (environ 1 h 15) que les suivants. En effet, je prends également un temps avec l'enfant seul (environ 30 minutes) afin d'avoir des éléments en entretien individuel, qu'il prenne ses marques dans le lieu, souvent en réalisant une activité ludique, tout ça me semblant crucial pour établir une bonne alliance avec l'enfant. Ce temps me sert généralement aussi à faire remplir aux parents des questionnaires en salle d'attente afin de récolter des informations complétant l'anamnèse.

Max vient accompagné de ses deux parents. Lorsque je vais les chercher dans la salle d'attente, ils me saluent et me présentent Max, qui me serre la main et me regarde droit dans les yeux en souriant mais sans me dire bonjour. Il rougit, baisse la tête et met un peu de temps à nous suivre dans le bureau. Je constate la gêne qu'il manifeste et me dis qu'il est très important que je puisse le mettre à l'aise le plus possible.

Je laisse à la famille le temps de s'installer. Malgré sa timidité je vois que Max choisit de s'asseoir à la place qui me fait directement face : cet enfant arrive à prendre sur lui et à s'exposer. C'est un jeune garçon brun avec de grands yeux bleus, le sourire facile mais avec beaucoup de crainte dans le regard.

1. [www.ouvrirlavoix.fr](http://www.ouvrirlavoix.fr)

Je commence par expliquer que je suis psychologue et en quoi consiste mon intervention auprès des familles et des enfants. Très rapidement je m'adresse à Max pour lui expliquer que je ne chercherai pas à le faire parler s'il ne le souhaite pas mais que nous aurons besoin de trouver une façon de communiquer ensemble pour que je puisse l'aider. Je me demande s'il était judicieux de le lui formuler de cette façon. Mon intention à ce moment-là était de très rapidement éviter une pression supplémentaire concernant le fait de parler, mais avec du recul et l'évolution de la situation au cours de la thérapie, comme nous le verrons, c'était très probablement une erreur.

La première partie de l'entretien en présence des parents se déroule bien. Max accepte volontiers de dessiner tout en nous écoutant. Je lui demande de dessiner « le plus beau bonhomme » qu'il puisse faire, puis une famille et pour finir un dessin de son choix.

Voici les éléments anamnestiques que je recueille : Max est donc l'aîné d'une fratrie de deux. Ses parents sont tous les deux cadres dans de grandes entreprises et voyagent souvent pour leur travail. Je demande très rapidement s'il y a du bilinguisme dans la famille et la mère de Max répond « Oui les enfants sont polyglottes : je suis allemande, le papa est français et nous avons vécu en Suède plusieurs années avant de revenir en France ». Les enfants parlent allemand, suédois et français, comprennent bien l'anglais mais le parlent peu.

La grossesse était désirée, s'est bien déroulée et l'accouchement s'est bien passé. Max est décrit comme un bébé très calme mais alerte et très curieux. Le couple parental a vécu en France, où Max est né, puis en raison d'opportunités professionnelles la famille s'est installée en Suède lorsque Max avait 9 mois. La mère de Max s'est arrêtée de travailler les quatre premières années pour s'occuper des enfants (la sœur de Max est née en Suède). Le retour définitif en France a eu lieu en dernière année de maternelle. L'absence de communication verbale, apparue à l'entrée en maternelle en Suède, a été acceptée par l'équipe enseignante au vu des changements récents de pays et d'environnement de Max.

Pendant ce temps, Max vient régulièrement montrer et déposer ses dessins à côté de mes notes et à chaque fois j'interromps l'entretien avec ses parents pour commenter ses dessins. Un premier dessin du bonhomme souriant rend compte d'un bon dynamisme développemental : le trait est assuré et le dessin est de bonne qualité, avec toutes les caractéristiques essentielles et fait avec précision conformément à ce qui est attendu à son âge. Le second représente une famille composée