

Un enfant qui ne supporte pas se sentir serré dans ses vêtements

Stéphane Rusinek

De l'enseignement du cas d'Arthur. *Journal de Thérapie comportementale et Cognitive*, 2012, 22 : 1-4.

Arthur est un enfant de neuf ans qui souffre depuis trois ans d'un comportement faisant penser, de prime abord, à un TOC. Il ne supporte pas de sentir certains vêtements soit trop, soit pas assez serrés. À cause de cela, sans cesse, il dégrafe ses pantalons, parfois abaisse sa braguette, il déboutonne sa chemise d'un ou deux boutons pour avoir le cou libre, il délasse ses lacets de chaussures ou au contraire les serres au maximum ; lorsqu'il est pieds nus, il retire ses chaussettes et il ne ferme jamais son manteau. Pris individuellement, certains de ces comportements pourraient ne pas être considérés comme handicapants, auraient pu même ne pas être remarqués ou n'entraîner aucune inquiétude chez ses parents, surtout que ses camarades d'école ni ne voient Arthur comme un « cas », ni ne le discriminent, ni ne le rejettent. Mais, tous ensemble, ces comportements sont considérés comme un sérieux problème par ses parents qui s'inquiètent de ce qu'Arthur aura à vivre quand ses camarades de classe seront moins sympathiques et commenceront à se moquer de lui, pour sa braguette quasi constamment ouverte par exemple. Tout naturellement, ses parents s'inquiètent aussi de voir ces comportements prendre de l'importance et se généraliser plus encore. Dans leurs pires cauchemars, Arthur, un matin, décide de ne plus s'habiller ou se déshabille complètement en classe en poussant des cris de folie. Ils se disent aussi qu'Arthur, souvent « débraillé », même en plein hiver, va finir par développer des rhumes, des angines, des pneumonies. Aussi, plusieurs fois par jour, ils demandent à Arthur de reboutonner ses pantalons, ce qu'il fait avec difficulté et une envie montante de les déboutonner à nouveau. D'ailleurs, il ne tient généralement pas plus de cinq minutes avant de passer à l'acte, ce qui provoque des émotions allant de la colère à la tristesse chez ses parents qui soit le punissent, soit se referment sur eux-mêmes, soit tentent de lui expliquer les conséquences que cela aura dans l'avenir en le culpabilisant à propos de son manque de volonté. Souvent, les parents sont en désaccord sur la réponse à donner aux comportements d'Arthur, changeant d'attitude à tour de rôle, ce qui génère quelques tensions au sein du couple. Ces situations ne sont pas circonscrites à des moments ou des lieux, et les demandes de ses parents peuvent être faites chez lui, en ville, dans les magasins, durant un repas chez des amis, durant les devoirs, etc. Les devoirs sont d'ailleurs des moments assez difficiles car ils concernent très rapidement plus les boutons de pantalons que les mathématiques, le français ou la géographie. Arthur a, bien entendu, essayé plusieurs astuces pour que ses comportements ne soient pas repérables, ou n'apparaissent même pas. Il a, par exemple, tenté de s'habiller avec des vêtements de sport, mais l'élastique sur le ventre a le même effet que la braguette sans avoir l'avantage de pouvoir être détendu. Généralement, il cherche à porter des vêtements assez larges et des pulls assez longs pour ne pas se sentir trop serré et pouvoir cacher sa braguette.

Arthur, depuis plus de deux ans et demi, est suivi en CMP par une psychiatre à raison d'une séance de 20 minutes par mois qui consiste à rechercher quel traumatisme il a pu vivre durant sa plus tendre enfance pour en arriver là. Cette recherche de traumatisme entraîne sa mère à se poser de nombreuses questions sur ses propres comportements quand Arthur était bébé et sur les comportements des autres. Disons pour simplifier que son imagination va bon train, qu'elle se sent très coupable et de plus en plus anxieuse. Ce sont sûrement ses propres états émotionnels qui la poussent à chercher d'autres solutions sur Internet et à décider de prendre contact avec un psy cognitivo-comportementaliste, alors que la psychiatre qui suit Arthur le lui déconseille sous le prétexte habituel voulant que soigner les symptômes ne peut soigner le trouble et que ce qui s'avère être le plus important est de déterminer une cause, de la comprendre.

Lorsque je rencontre Arthur pour la première fois, comme il se doit, je commence une anamnèse et une recherche de signes dans le cadre d'une analyse fonctionnelle en étant prédisposé à diagnostiquer un

TOC. Mais, pour simplifier, disons que je ne remarque rien, nada, néant. Au niveau de l'histoire de son trouble, on peut juste dire, qu'un jour, il y a trois ans, les parents d'Arthur ont remarqué ses comportements « étranges » qui semblaient être apparus comme par magie. Arthur n'a jamais eu d'autres problèmes particuliers ni d'ordre psychologique/psychiatrique ni d'ordre médical. Il est bon élève, a des amis, n'a peur quasiment de rien, ne se sent pas triste, pas anxieux, dort bien, mange bien, n'est pas turbulent, est apprécié de tous, aime ses parents et sa grande sœur, ne s'intéresse pas encore aux filles, mais sent que ça vient, n'a aucune pensée liée à ses comportements, ne craint pas la fin du monde si sa braguette est fermée, n'a pas de carie et a plus de 9 sur 10 à chaque œil. Il n'est même pas timide et ne souffre d'aucun manque d'affirmation de soi. Il dit juste que se sentir serré le gêne et l'énerve et que sans savoir pourquoi, il ne peut se retenir de se desserrer. Il ne peut pas se contrôler, alors que pour toute autre situation, il sait le faire. Émotionnellement, il est juste déçu de lui-même, de ne pas réussir à se contrôler et s'en veut de rendre ses parents tristes. Toutefois, dans le cercle familial proche, mis à part sa sœur, de quelques années plus âgée que lui et dont les intérêts sont plus ceux des adolescents, Arthur est sans doute celui qui souffre émotionnellement le moins de la situation.

Durant ses neuf premières années, même si Arthur a eu une vie bien remplie, avec vacances, sport, école, rigolades, pertes et retrouvailles de doudous, matchs de foot entre copains, etc., aucun événement particulier ne revient particulièrement dans ses pensées, ne se distingue des autres. Arthur respire la joie de vivre, ce qui s'avère être assez perturbant. J'avais d'ailleurs pensé à lui faire passer tous les tests pour enfant que je pouvais avoir en stock afin de lui trouver quelque chose coûte que coûte. Mais je me suis rappelé que les tests psychométriques peuvent avoir trois utilités :

- confirmer ou infirmer un diagnostic, voire explorer des pistes si le psy a un doute, mais ici je n'en avais aucun, le diagnostic était clair : Arthur ne souffrait de rien n'existant dans les nosographies, il avait un comportement problème, c'est tout, et mes entretiens cliniques me paraissaient suffisants pour infirmer tout autre diagnostic ;
- comparer les comportements/pensées à des normes, mais pour Arthur, cela s'avérait être inutile puisque évidemment ses comportements n'étaient pas dans la norme générale, mais il ne pouvait pas en lui-même être comparé à une norme pathologique comme il n'y en avait pas ;
- établir une ligne de base, mais, sans trouble défini, les lignes de bases les plus utiles ne pouvaient venir de tests psychométriques, mais des indices relevés lors de l'analyse fonctionnelle. En effet, il était inutile de prendre le niveau d'anxiété d'Arthur comme ligne de base, puisqu'il n'était pas anxieux, alors que la fréquence de ses comportements, leur durée, le nombre d'interactions négatives à leur propos, le « niveau d'énervement et de tension quand les pantalons sont boutonnés » et d'autres indices de ce type pouvaient être des lignes de base permettant d'évaluer la progression de manière efficace et utile.

Au niveau de l'histoire familiale, la constatation est la même. Aucun antécédent ou épisode psychiatrique chez les parents, les grands-parents, la sœur, les oncles, les tantes, les cousins, les neveux et les nièces qu'ils soient directs ou à la mode bretonne. La mère est un peu anxieuse et s'inquiète pour son fils ; peut-être aussi que l'un des oncles par alliance a tendance à aimer le pastis et la bière, mais personne ne m'a fait part de cette information.

En réalité, je ne pouvais déterminer que deux séquences comportementales, deux « cercles vicieux », somme toute assez simples, en relation avec le cas d'Arthur. D'abord en ce qui concerne le comportement d'Arthur : je me sens serré → ça m'énerve (mais ça n'active aucune pensée) → je déboutonne mon pantalon (ou je retire mes chaussettes, ou je déboutonne ma chemise...) → je me sens mieux. Ensuite en ce qui concerne les interactions entre Arthur et ses parents : papa ou maman me fait remarquer que mes pantalons sont déboutonnés → je reboutonne → je me sens serré → ça m'énerve (mais ça n'active aucune pensée) → je déboutonne mon pantalon → je me sens mieux → papa ou maman s'énerve (ou montre sa déception). La seconde séquence pouvant être la même au simple regard de l'un de ses parents vers la braguette des pantalons ou les boutons du col de chemise, les chaussettes... La première séquence sera comprise comme explication du renforcement du comportement de « desserrage » qui fait retomber les tensions de l'organisme qu'est Arthur ; la

seconde sera comprise comme les conséquences de ce comportement sur l'environnement qui augmentent le nombre des situations de tension qu'Arthur peut connaître, le désarroi des parents et l'inutilité de leurs tentatives d'intervention.

La prise en charge d'Arthur s'est donc centrée sur ces deux séquences.

En ce qui concerne les interactions avec les parents, le mot d'ordre a été : ne faites plus rien, vous voyez bien que quoi que vous fassiez, ça ne marche pas ! Il a été conseillé aux parents de considérer leur propre anxiété face à la situation, leur façon de la gérer qui n'était pas efficace, les conséquences négatives que cela pouvait avoir. Comprendre qu'en réalité, ils ne récompensaient jamais les « bons » comportements d'Arthur en « punissant » sans cesse, était sans doute le plus important. Je leur ai donc appris à récompenser Arthur à l'occasion des efforts qu'il ferait pour gérer ses comportements et à ne plus considérer tout déboutonnage comme un échec et une catastrophe éducative.

À Arthur, j'ai d'abord appris la respiration abdominale et la décentration. Pas une décentration de la pensée, mais une décentration de l'attention constamment tournée vers les boutons et les tensions. Dans ce cadre, un exercice simplifié de relaxation de type Jacobson, avec contraction et décontraction des mains, des biceps, des orteils, des mollets et des muscles des cuisses, m'a paru suffisant.

J'ai expliqué à Arthur comment ne plus éviter les tensions physiques qu'il ressentait, mais s'y exposer. Il a compris qu'il était important de laisser venir ces tensions, de les laisser perdurer afin qu'elles diminuent d'elles-mêmes et qu'il puisse s'y habituer progressivement pour qu'elles aient de moins en moins d'importance. Je lui ai expliqué « la gestion de ses tensions », comme on explique toute exposition à une anxiété plus « psychologique », avec une belle courbe d'augmentation, de maintien et de diminution. L'exercice était simple : alors que ses pantalons étaient déboutonnés, il prenait quelques minutes à se concentrer sur sa respiration tout en réalisant l'exercice de relaxation simplifié, en « visualisant » le fait qu'il allait reboutonner ses pantalons et en « imaginant » la tension progressive que cela allait créer. Ensuite, reboutonnage et observation de la tension, avec une note de tension de 0 à 10 toutes les minutes pour repérer les phases d'augmentation, de maintien et l'enclenchement de la diminution de la tension par habitude. Durant le maintien, Arthur avait pour lui d'utiliser encore la contraction/décontraction musculaire et la respiration abdominale. Plusieurs fois par jour l'exercice devait être répété. D'abord chez lui, au calme, puis quand les progrès seraient assez importants, dans d'autres situations et plus particulièrement en classe. J'ai, bien entendu, réalisé les deux premiers exercices d'exposition avec lui pour être certain qu'ils n'étaient pas trop difficiles et qu'Arthur les réalisait jusqu'au bout et sans « erreurs ». Les parents y ont assisté pour pouvoir comprendre ce que faisait Arthur et l'accompagner si nécessaire au cours des exercices qu'il réaliserait hors de ma présence. Les parents ont aussi appris à renforcer la moindre progression et à gérer « positivement » les petits échecs qui ne risqueraient pas de subvenir.

La ligne de base de cet exercice d'exposition aux tensions était celle-ci : au reboutonnage, la tension montait de 2 à 9 sur 10 en quatre minutes, restait stable durant dix minutes, puis se réduisait de 9 sur 10 à 3 ou 4 en dix minutes. Au bout d'une semaine d'exercices réguliers et renforcés, il en était ainsi : au reboutonnage, la tension montait de 2 à 4 ou 5 en quatre minutes, restait stable durant cinq minutes, puis se réduisait de 4 ou 5 à 1 ou 0 en cinq minutes. Après deux semaines il n'y avait plus qu'un pic de tension à 4 qui était atteint et qui ne durait pas plus de trois minutes pour retomber à 0 en moins de deux minutes. Arthur pouvait donc à tout moment garder ses pantalons boutonnés, même en classe, car il savait gérer sa « gêne » et l'oublier. Parfois, chez lui, fatigué de se contrôler, il se laissait aller au déboutonnage, mais sans sentiment d'échec, bien au contraire, comme cet homme d'affaire qui toute la journée regrette de devoir porter une cravate et s'empresse de la desserrer dès le pas de son domicile franchi.

L'exercice ne concernait que les boutons de pantalons, mais les bénéfices se sont généralisés à tous les autres comportements problématiques d'Arthur. Les progrès d'Arthur ont fait disparaître les interactions problématiques avec ses parents et une part des inquiétudes et de l'anxiété de sa mère. Ses parents ont appris à renforcer et à dédramatiser. Le travail restant à faire n'était plus que de maintenir

l'apprentissage et en profiter pour enseigner quelques principes de prévention à Arthur quant à la gestion du stress qui ne pourraient que lui être bénéfiques pour sa vie future et être bénéfiques à ses parents qui assistaient aux séances et pouvaient en profiter.

Pourquoi relater le cas d'Arthur dans un éditorial du JTCC, alors que ce n'est pas un cas complexe ou difficile et qu'il n'a pas nécessité de mettre en œuvre quelque chose de particulier ou d'innovant ? Pour deux raisons : d'abord, parce que j'avais ce cas sous la main et que je n'aurais pas pu l'écrire dans un cadre demandant quelque chose de complexe, d'innovant et d'intéressant, ensuite, parce que par sa simplicité, il prend sens pour les TCC et pour une politique que l'AFTCC, comme chacun de ses membres, peut mettre en œuvre pour répondre à l'un de ses objectifs principaux : promouvoir les TCC.

Le cas d'Arthur permet de se rappeler quelques évidences de notre pratique de TCCistes que d'autres cas, sans doute plus intéressants et plus « motivants intellectuellement » ne mettent pas en exergue :

- Les cas sont parfois simples et ne correspondent pas très bien aux nosographies établies. C'est en réalité le comportement problème qui est problème, quel que soit ce comportement et quel que soit l'ordre du problème. En ce sens, l'analyse fonctionnelle reste bien ce qui est le plus important. Le « comment » souffre Arthur est toujours à investiguer avant le « pourquoi » bien trop souvent sans réponse et dépendant d'interprétations subjectives. L'ici et Maintenant, pour Arthur, était sans doute le plus important.
- Les TCC se font donc d'abord sur le développement du psy qui les réalise. Le contenu du prochain manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) aura certainement de l'importance dans bien des domaines administratifs, mais en rien, il ne pourra changer la méthode de prise en charge d'un cas comme celui d'Arthur. Il n'y a que les progrès de la science qui le pourraient, le travail des chercheurs, la mise en œuvre de méthodes thérapeutiques plus efficaces, leurs vérifications expérimentales et leur diffusion. Se tenir informer des développements de la recherche et lire le JTCC reste donc primordial.
- Les exercices peuvent être simples et évidents, ils n'en seront pas moins efficaces. Il faut néanmoins pour cela garder une rigueur d'analyse, un esprit pragmatique, nourri par les connaissances et la pratique des TCC. Cette rigueur TCCiste ne peut être innée, elle a été apprise en cours, en stage, en observation, au cours de l'exercice professionnel, en supervision et se doit d'être constamment remise en cause et nourrie d'expériences nouvelles venant en renforcer l'utilité.
- Si les exercices paraissent simples aujourd'hui, il ne faut pas pour autant oublier qu'ils se basent sur des années de recherche et de développement, d'études scientifiques et d'essais thérapeutiques. Nous partageons un vocabulaire commun quant à notre spécialité et dire « exposition à la tension » est compris comme une évidence. Toutefois, il ne faut pas oublier que cela sous-entend une compréhension complexe des processus de conditionnement, une compréhension des effets physiologiques de la relaxation, une compréhension des effets cognitifs des décentrations. Ce n'est pas une méthode que nous avons à faire passer dans les formations, mais cet ensemble de compréhensions, ce qui n'est sûrement ni évident, ni toujours possible.
- Il existe aussi des gens « normaux » et sans « histoires compliquées » qui souffrent et peuvent avoir besoin de notre aide. Pour eux, comme pour les autres, les TCC doivent être diffusées et expliquées au grand public. Arthur et sa famille ont sans doute subi la situation deux à trois ans de trop. La faute ne revient pas à la psychiatre qui l'a d'abord pris en charge. Pour sa part, elle a agi dans une pratique qui lui semble justifiée et importante. Elle ne revient pas non plus aux parents d'Arthur. Mais elle nous incombe sûrement, car nous sommes ceux qui doivent diffuser les TCC, nous sommes ceux qui doivent savoir en parler simplement (ou non) à nos patients, à nos contacts, pour qu'eux-mêmes en parlent simplement à leurs proches et leurs contacts et qu'en fin de compte, tout le monde puisse faire un choix en connaissance de ce qui est possible. La mère d'Arthur ne connaissait pas les TCC avant d'engager des recherches, et c'est sans doute cela qu'il faut changer.