

La TCC chez l'enfant et l'adolescent

Dr Hélène DENIS
Pédopsychiatre CHU Montpellier

Généralités

- ❖ Issue de la psychologie expérimentale
- ❖ Proche des théories de la psychologie du développement (Piaget)
- ❖ Dès le début, indication des peurs chez l'enfant ou traitement de l'énurésie

Théories de l'apprentissage

Conditionnement classique

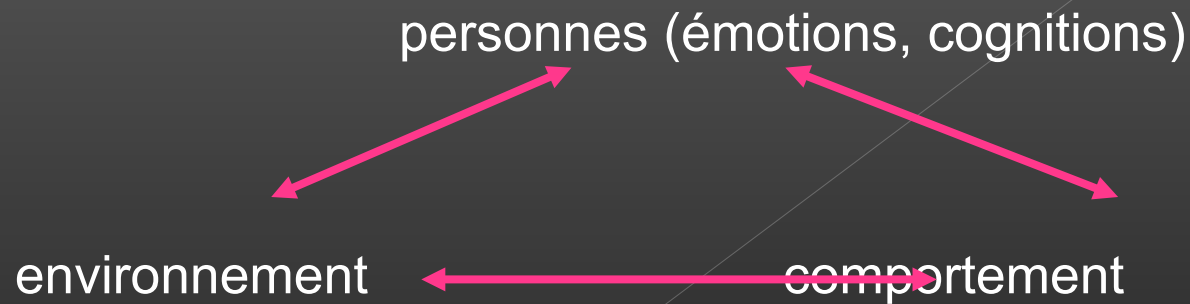


Conditionnement opérant



+/-

Apprentissage social



stimulus → réponse conditionnée par l'environnement social (imitation)

Apprentissage par imitation de modèles réels, imaginaires ou symboliques.

Théorie cognitive

Stimulus → cognitions → réponse

L'organisme traite l'information en fonction des schémas cognitifs acquis pendant l'enfance, par interaction entre les événements et les contraintes du système nerveux central.

Ils sont inconscients, stockés dans la mémoire à long terme, fonctionnent automatiquement sans que le sujet en ait conscience, activés par des émotions, régulent les comportements.

La mémoire à long terme des représentations devient accessible par déclenchement d'expériences affectives qui correspondent au moment où elles ont été apprises.

Hypothèses de base

- Apprentissage :

Développement d'un trouble dans des conditions favorables à l'apparition de conduites pathologiques

- Facteurs de maintien :

Persistance de ces conduites

- Apprentissage de conduites efficaces

En pratique

- ❑ Ciblées sur des objectifs précis, déterminés par le thérapeute et le patient
- ❑ Limitées dans le temps
- ❑ Interactives, relativement directives
- ❑ Évaluées (auto et hétéro) : questionnaires ou échelles standardisées ou ligne de base du comportement problème

En pratique

Les TCC :

- N'abordent pas l'origine ou la cause du développement du trouble
- S'intéressent aux facteurs qui induisent, maintiennent ou aggravent le trouble

Elles se focalisent prioritairement sur :

- les symptômes comportementaux
- les processus cognitifs

Analyse fonctionnelle

- **Première étape** de la prise en charge de tout patient en TCC
- Témoignage de l'appartenance de cette approche aux champs des sciences expérimentales.

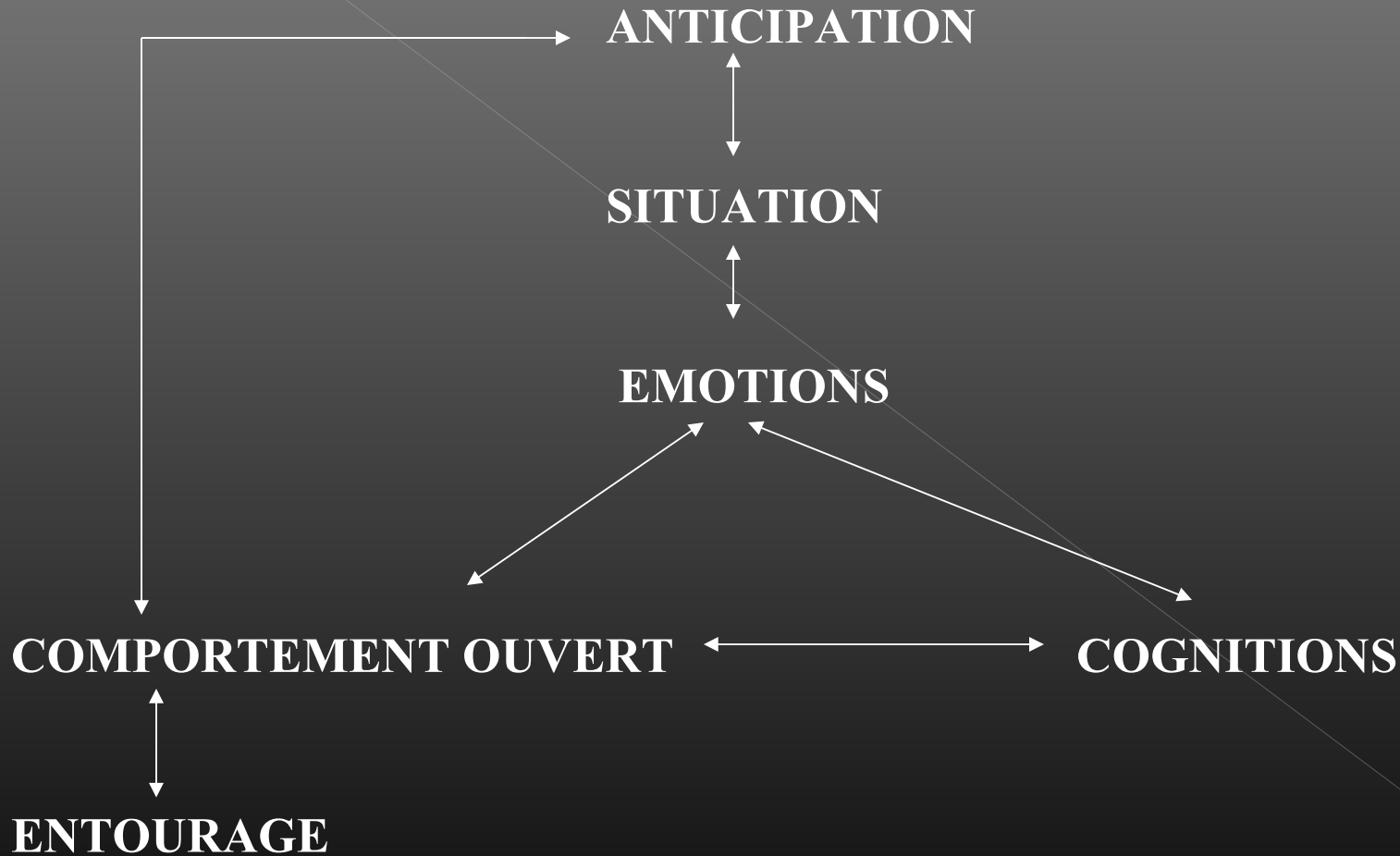
Après avoir posé le diagnostic du trouble

- Recueil des observations permettant d'élaborer des hypothèses sur les facteurs de maintien et d'apparition des comportements problématiques.

Modèle SECCA de Cottraux

Synchronie

Situation – Emotion – cognitions – comportement - anticipation



DIACHRONIE

- Données structurales possibles
 - -génétiques, histoire familiale
 - -personnalité, tempérament
- Facteurs de maintien
- Facteurs déclenchants initiaux invoqués
- Evènements précipitants les troubles
- Autres problèmes
- Traitements précédents
- Maladies physiques

En pratique

- ✓ établir un rapport collaboratif : le thérapeute doit être chaleureux, authentique, empathique, loquace, et aussi directif. Le patient doit être suffisamment en confiance pour être prêt à faire un travail qui lui demandera des efforts importants
- ✓ Rôle actif du patient vis-à-vis de ses troubles
- ✓ Patient et thérapeute sont deux savants cherchant à résoudre ensemble scientifiquement un problème.
- ✓ Le patient doit être l'expert de son trouble.

Particularités chez l'enfant et l'adolescent


- ❖ Tenir compte de son âge
- ❖ Tenir compte de son niveau de développement
- ❖ Adaptation du langage
- ❖ Pas toujours conscient du trouble
- ❖ Pas toujours demandeur de changement

Particularités chez l'enfant et l'adolescent

- ❖ Adaptation des techniques :
 - beaucoup de techniques comportementales
 - Aspect ludique, motivationnel
 - Utilisation du renforcement positif +++
- ❖ Aspect scolaire avec exercices à faire à domicile
- ❖ Processus cognitifs ne sont pas encore fixés
- ❖ Apprentissage social (imitation de modèle)
- ❖ Apprentissages faciles et rapides : flexibilité cognitive, généralisations rapides

Particularités chez l'enfant et l'adolescent

Présence des parents ou d'un environnement plus large :

- ❖ Porteurs de la demande de changement
- ❖ Analyse fonctionnelle (de leur enfant, la leur)
- ❖ Facteurs de maintien co-thérapeutes
- ❖ Nécessité de les voir à chaque ~~entretien~~  entretien avec ou sans l'enfant

Particularités chez l'enfant et l'adolescent

Présence des parents ou d'un environnement plus large :

- ❖ Travail possible sur les distorsions cognitives
- ❖ Travail sur les discordances entre parents
- ❖ TCC ou guidance parentale plus classique
- ❖ Prise en compte de la psychopathologie parentale

Indications des TCC chez l'enfant et l'adolescent

TCC « classique » :

Psychothérapie en face à face avec l'enfant
Enfant motivé et demandeur de changement

Troubles anxieux : TOC, anxiété de séparation, attaques de panique, phobie sociale, anxiété généralisée, ...

Dépression

Énurésie, encoprésie

Troubles du comportement alimentaire

Indications des TCC chez l'enfant et l'adolescent

TCC « adaptée » intégrative:

Troubles du comportement : TDAH, trouble oppositionnel

Plaintes somatiques récidivantes, troubles somatoformes, douleur de l'enfant

Déficiência intellectuelle

TED

Idées délirantes, hallucinations dans psychoses

Addictions

Difficultés scolaires, refus scolaires anxieux

Protocoles TCC

- ❑ Superposables à ceux des adultes en TCC « classique »

Troubles anxieux et dépressifs

- ❑ Protocoles spécifiques pour les troubles de l'enfance :
énurésie, encoprésie
- ❑ Différents pour les prises en charge intégratives :
inclure des techniques à un moment donné avec l'enfant ou les parents de façon complémentaire à d'autres approches

Bibliographie

- ✓ Pleine expansion
- ✓ Thérapie qui a montré un haut niveau de preuve
- ✓ Littérature psychologique (psyInfo, Kendall, 2011) **1192 articles surtout depuis 1990**

*Au départ, **protocole expérimental pour une pathologie donnée dans un centre de référence et de recherche : données sur efficacité***

Indications plus précises et protocoles de soins (manuels pour thérapeute), modalités d'application de la TCC (individuel / groupe)

Bibliographie

Efficacité sur le plus long terme : suivi longitudinal
Facteurs prédictifs de l'efficacité, bonne indication
Réalisation de ces protocoles de **soins en population clinique tout venant** : efficacité identique aux centres de référence et de recherche avec thérapeutes peu expérimentés mais supervisés → **reproductibilité**

Protocole de soins **intégrant tous une prise en charge familiale** (CBFT : cognitive-behavioral familial therapy)

Bibliographie

Recherches à venir :

- méthodes d'alliance avec l'enfant et l'adolescent
- utilisation de l'outil informatique et internet pour l'application des TCC

Application en pratique :

- information, formation
- « gap » entre recherche et pratique sur terrain
- peu de thérapeutes formés
- peu d'accès des patients aux thérapeutes

Bibliographie

Recommandations internationales :

Première intention dans les troubles internalisés:

troubles anxieux

dépression

Haut niveau de preuve

Utilisation en **complémentarité** d'autres approches et traitements dans les troubles externalisés

troubles du comportement (TDAH, TOP)

abus de substance

Moins haut niveau de preuve

TCC chez l'enfant et l'adolescent en France

- ❑ Facultés de médecine : Formation psychiatres et pédopsychiatres
- ❑ Facultés de psychologie : ouverture très timide dans formation des psychologues
- ❑ Formation des soignants et paramédicaux
- ❑ Journées d'information, de formation (AFTCC, DU,...)

Exemple de pratique : le TOC

- Trouble fréquent , prévalence de 1 à 3%
- Sous estimé par les médecins et psychologues
- Cachés par patients et leur famille

- Répercussions majeures sur le fonctionnement psychologique, social, familial et scolaire
- Risque de chronicité et de complications

Recommandations internationales : TCC en première intention

Modèles psychologiques du TOC

Théorie comportementale :



Le rituel apaise momentanément l'anxiété, mais aggrave la pensée obsédante.

Le patient se prouve que le rituel est efficace, mais évite le phénomène d'habituation à la situation anxieuse.

Modèles psychologiques du TOC

Théorie comportementale :

Les évitements augmentent l'évaluation anxieuse de la situation redoutée.

Le TOC, les rituels et les évitements empêchent l'habituation qui physiologiquement conduit à une extinction de la réponse émotionnelle.

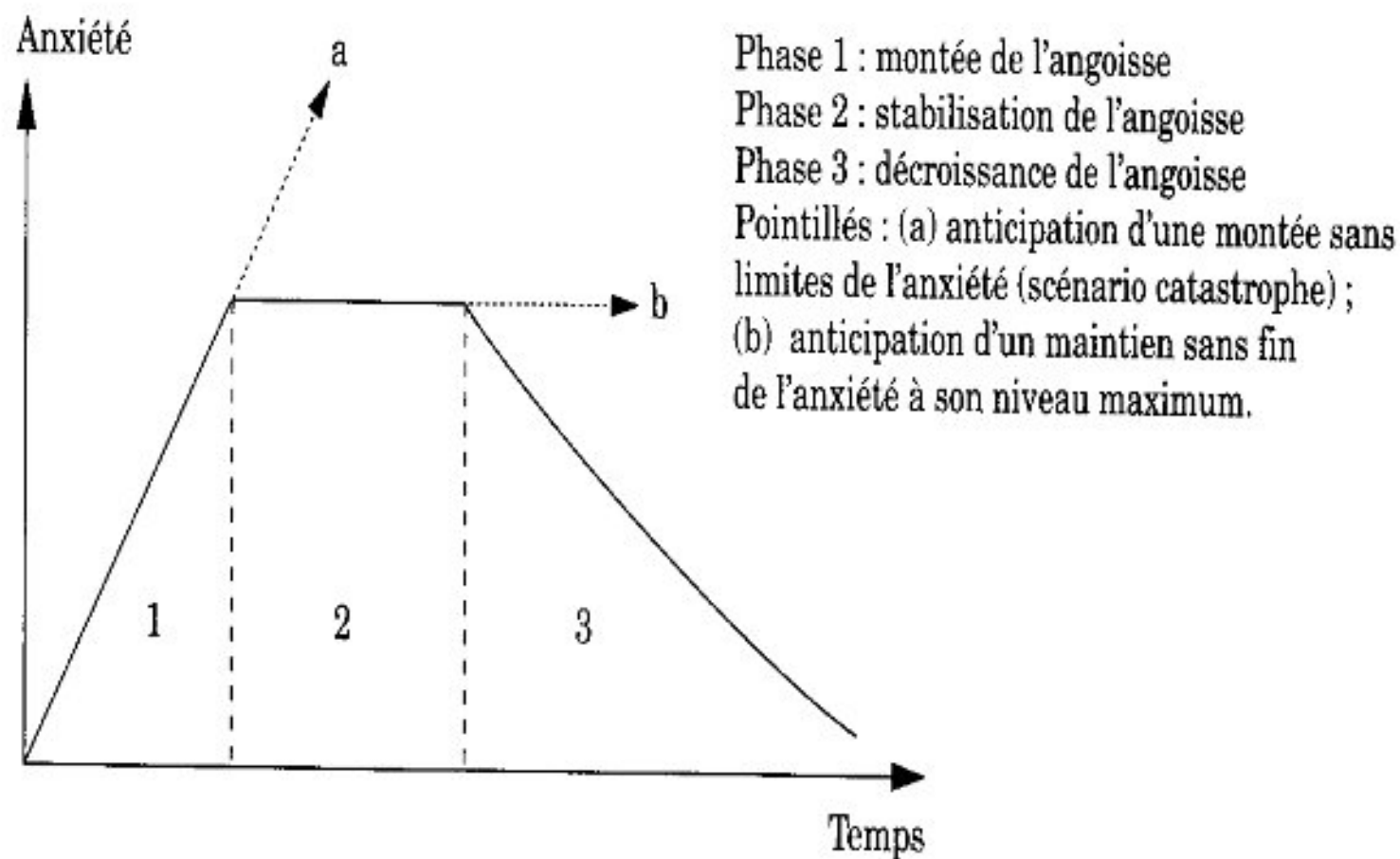
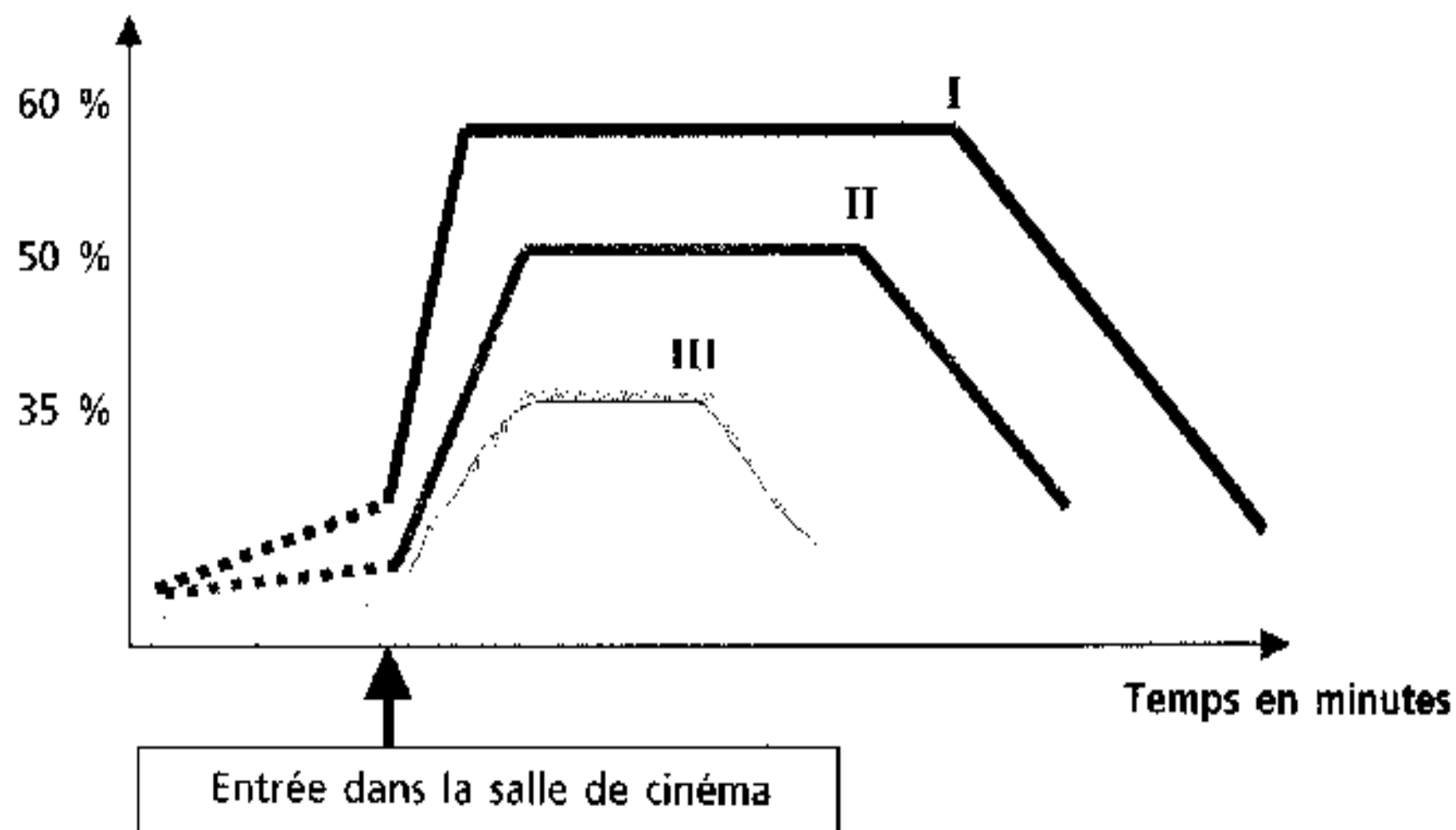


Figure 1.1. Intensité de l'anxiété lors d'une séance d'exposition (schéma à présenter et à commenter aux patients).

Schéma de l'habituatation (exposition répétée)

Anxiété de 0 à 100 %



Modèles psychologiques du TOC

Théorie cognitive :

Il existe des pensées intrusives banales.

Schémas de danger dans la mémoire à long terme

Système de croyance : « je serais responsable »

Prédisposition aux TOC → pensées → angoisse

Neutralisation qui vise à dégager toute responsabilité ou culpabilité du patient, d'où une diminution du temps d'exposition aux pensées intrusives, d'où un défaut d'habituation

Modèles psychologiques du TOC

Modèle environnemental :

Rôle de la famille dans le développement et le maintien du TOC

- Haut niveau de stress dans la famille
- Monde est dangereux
- Attitude de surprotection
- Codes moraux très importants : sens de responsabilité et culpabilité fort
- Moins de résolutions positives des problèmes

Modèles psychologiques du TOC

Modèle développemental :

- ✓ Mise en place des distorsions cognitives progressivement, jusqu'au schéma de responsabilité excessive.
- ✓ L'enfant construit son mode de pensée en attribuant aux conduites certaines causes responsables de celle-ci (attribution causale) en fonction des événements de vie, des relations avec ses proches...
- ✓ Selon le style d'attribution, les réussites sont attribuées à des causes externes ou internes.

Modèles psychologiques du TOC

Modèle développemental :

- ✓ Manque de contrôle : confrontation répétée à des événements dont l'enfant n'a pas le contrôle
- ✓ Sentiment d'impuissance se répète
- ✓ L'enfant cherche à reprendre le contrôle à travers la ritualisation, la pensée magique.

L'intervention thérapeutique précoce pourrait permettre de modifier ces erreurs de raisonnement, et d'éviter la construction d'une personnalité pathologique.

Protocole TCC

Information et psycho éducation de l'enfant et ses parents :

- ❖ guider et soutenir les parents

Pose du diagnostic et évaluation :

- ❖ échelles standardisées
- ❖ auto et hétéro observation (agenda)

Construction de l'analyse fonctionnelle

- ❖ cibles thérapeutiques, adaptation du protocole de soin au patient et à sa famille, liste hiérarchique de situations anxiogènes pour les expositions

Protocole TCC

- **Exposition avec prévention de la réponse**
- **Renforcement positif avec les parents (points à gagner)**
- **Techniques de gestion du stress**
- **Techniques cognitives:**
doute sur la croyance anxiogène

Protocole TCC : particularités

Avec l'enfant :

- ❑ adaptation au niveau de développement
- ❑ style d'entretien
- ❑ métaphores
- ❑ beaucoup d'utilisation de contrat de point pour motiver au changement

Protocole TCC : particularités

Travail avec les parents indispensable :

- ❑ évaluation et répercussions
- ❑ explication de la thérapie
- ❑ renforcements positifs
- ❑ aide aux exercices d'exposition

Plus l'enfant est jeune, plus les parents sont impliqués

Interventions familiales variables en fonction des protocoles

à la fin de chaque séance
appelés au téléphone
séances à part entière

Effacité de la TCC dans le TOC infantile

Études (22) montrent amélioration des TOC après TCC 25 à 70% de réduction à la CY BOCS avec taux de rémission de 40 à 88%.

Maintien de l'efficacité de la TCC mesuré de 3 à 24 mois.

Évolution à long terme

39

Données antérieures : trouble chronique ou épisodique
Peu d'études longitudinales

Méta analyse de Stewart *et al.* (2004) :
taux de persistance de 41% (TOC Complet) et 40%
patients sont en rémission complète.

Évolution à long terme après TCC (O Leary *et al.*, 2009) :
7 ans après la TCC, 87% des patients ne répondent plus aux critères
diagnostiques de TOC
Gains de la TCC durables et stables

Traitement TCC du TOC de l'enfant

40

Étude en dehors des centres cliniques spécialisés
(Valderhaug *et al.*, 2007)

24 enfants et adolescents présentant des TOC, pris en charge en TCC

Étude ouverte

Résultats :

Réduction CY BOCS de 60%

Taux de répondeurs (CGI) de 75%

Maintien à 6 mois de suivi

Traitement TCC du TOC de l'enfant

41

Étude en population clinique classique (Farrell *et al.*, 2010)

33 enfants et adolescents souffrant de TOC

Protocole TCC avec prise en charge familiale

Peu de critères d'exclusion

Thérapeutes peu expérimentés

Résultats :

Réduction de la CY BOCS de 61%

63% n'ont plus le diagnostic de TOC (CY BOCS < 10)

Recherche

- Recherche clinique dans une population tout venant dans un service de pédopsychiatrie de secteur
- Patients âgé de 6 à 16 ans présentant des TOC (premier diagnostic)
- Mise en place d'un protocole utilisé dans les centres de référence et de recherche internationaux
- Étude de la faisabilité de ce protocole en population clinique
- Comparaison de l'efficacité / centres de référence

Évolution des troubles obsessionnels-compulsifs chez 9 enfants et adolescents traités par thérapie cognitive et comportementale et suivis pendant 18 mois

- ✓ Recherche sur 3 ans entre 2008 et 2011
- ✓ Peu de moyens
- ✓ Un thérapeute TCC expérimenté
- ✓ Autres thérapeutes supervisés

Objectifs de ma recherche

- Démontrer la faisabilité d'un protocole TCC dans une population clinique tout-venant dans un établissement français de soins
- Évaluer le maintien à long terme (18 mois)
- Étudier les profils évolutifs individuels
- Étudier les relations entre les aspects cognitifs et émotionnels dans une perspectives de changement et de réorganisation du fonctionnement psychologique

Méthodologie

Patients issus d'une population clinique d'un centre de consultation universitaire et de secteur

Diagnostic principal de TOC posé selon le DSM IV

Évaluations

- > CY BOCS: mesure des TOC
- > ECAP : anxiété et peurs
- > CDI : dépression
- > CGI : sévérité et amélioration
- > C GAS : fonctionnement global
- > WISC IV subtests Code, Barrage, Symbole

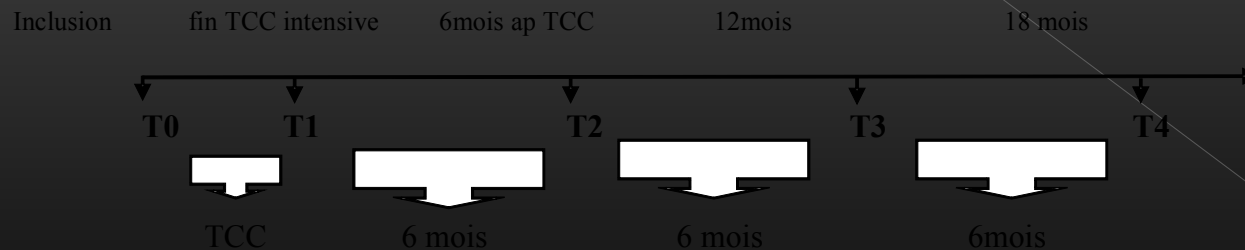


Figure 1 : Description du déroulement de la recherche

Méthodologie

婣 12 séances de TCC avec approche familiale

婣 Protocole décrit par March *et al.* (1998) et Barrett *et al.* (2004)

婣 Séances hebdomadaires d'une heure en individuel associant un travail avec les parents à chaque séance:

- > Psycho éducation
- > Auto-observation, tâches comportementales à domicile
- > Exposition avec prévention de la réponse (EPR)
- > Techniques de gestion de l'anxiété
- > Techniques cognitives
- > Techniques de renforcement positifs (gain de points)
- > Généralisation de EPR pour les autres TOC

Méthodologie

婣 Prise en charge des parents :

- > Explication du TOC de leur enfant/ Psycho éducation
- > Aide à la réalisation des tâches comportementales à domicile
- > Bibliothérapie
- > Explication de la thérapie, des principes, de leur place dans les exercices
- > Application des techniques de gestion du stress pour leur propre anxiété
- > Arrêt progressif de la participation aux rituels de leur enfant (facteurs de maintien)
- > Participation aux techniques de renforcement positif
- > Apprentissage des techniques de résolution de problème pour la gestion de la vie quotidienne
- > DEVENIR DES CO THERAPEUTES

Population / Résultats

Il s'agit de 9 patients dont l'âge moyen est de 11,89 ans, dont 6 garçons et 3 filles.

CY BOCS moyenne = 18,89 (4,96)

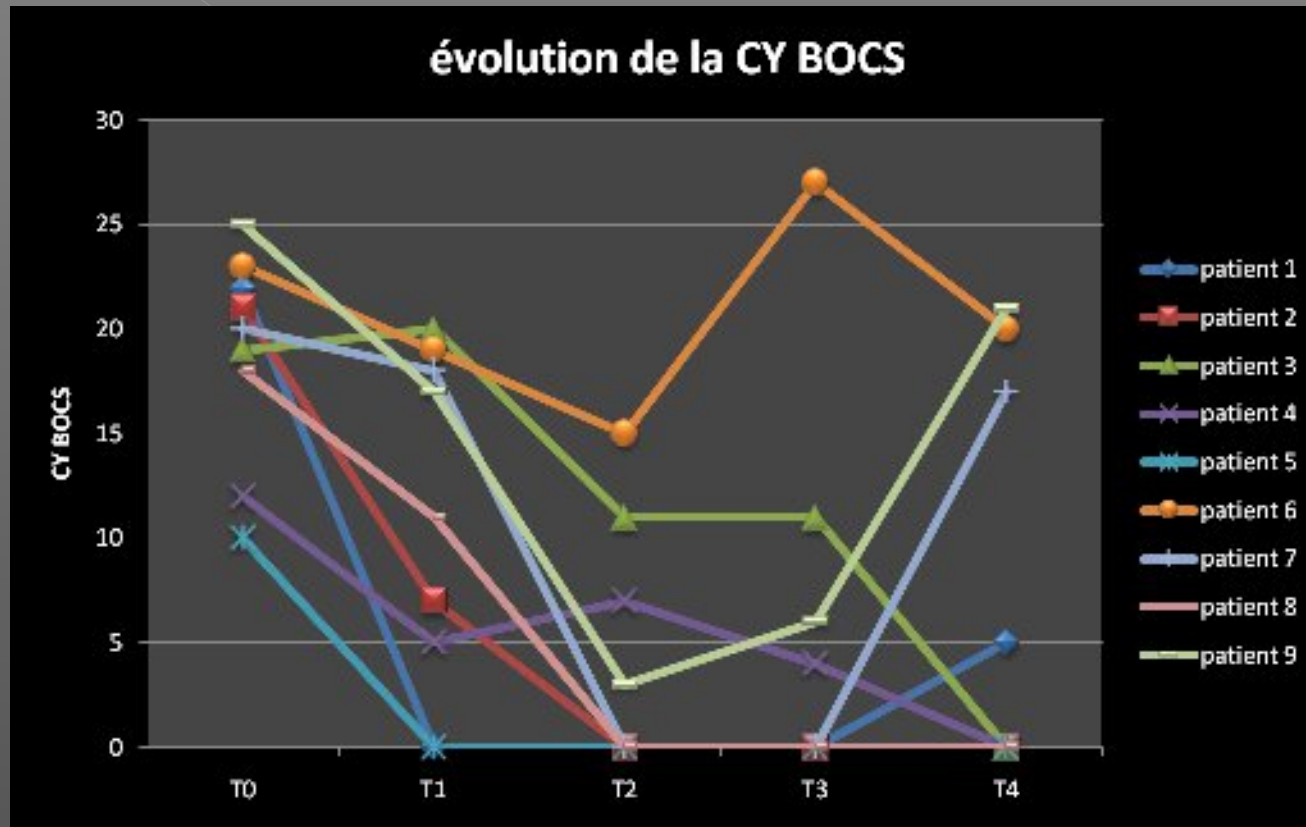
Évolution de la CY BOCS de T0 à T4

	T0	T1	T2	T3	T4
CY BOCS					
Moyenne	18,89	10,78	4,00	5,33	7,00
Ecart type	(4,96)	(8,09)	(5,70)	(8,99)	(9,44)

	moy	écartype
CYBOCS T0_T4	69,035*	41,427
CYBOCST0_T3	74,153	40,011
CYBOCS T0_T2	78,506	29,568
CYBOCS T0_T1	46,446	37,746

Résultats

Évolution intra-individuelle des 9 patients de T0 à T4



Résultats

Relation entre les aspects cognitifs et émotionnels dans une perspective de changement

婣 2 sous-groupes :

㊦ Groupe 1 : patients 1, 2, 6 & 9 dont les résultats évoquent un changement

㊦ Groupe 2 : patients 3, 4, 5, 7 & 8 dont les résultats n'évoquent pas de changement

婣 Pas de différence entre les 2 groupes sur le plan de l'évolution clinique et émotionnelle (CGI et C GAS)

婣 Seuls les scores à la CY BOCS au temps initial T0 sont différents (groupe 1 présente une symptomatologie plus importante)

Discussion (1)

- 婣 Faisabilité d'un protocole TCC avec approche familiale dans le cadre du TOC de l'enfant et de l'adolescent en population clinique dans un centre de soins français
- 婣 Efficacité de la TCC dans notre étude
 - > Maintien des gains et même poursuite de l'amélioration après les séances de TCC (généralisation) pendant 18 mois
 - > Profils évolutifs différents: un patient non répondeur, 2 patients s'améliorent puis rechutent à T4, 6 patients s'améliorent puis restent stables
- 婣 Remise en cause de la notion de trouble chronique, rémission possible

Discussion (2)

- Association d'autres symptômes anxieux : le TOC paraît appartenir à la famille des troubles anxieux notamment au début de son développement
- Amélioration des symptômes anxieux avec la TCC et l'amélioration des TOC

Tableaux 17 : Résultats des autres variables de la population en T0 et T4

	T0 moyenne (écart type)	T4 moyenne (écart type)	z	p
ECAP peur	122 (24,50)	95,66 (11,71)	2,42	0,01
ECAP Evitement	33,11 (7,18)	25,88 (4,93)	2,52	0,01
CDI	10,55 (5,19)	5,00 (3,67)	2,52	0,01
Code WISC-IV	56,22 (9,86)	75,44 (16,76)	2,54	0,01
Barrage WISC-IV	94,55 (18,52)	110,22 (12,21)	2,54	0,01
Symbole WISC-IV	28,55 (5,84)	39,55 (4,92)	2,66	0,007

Discussion (3)

- Amélioration des fonctions attentionnelles : après la TCC et après l'amélioration des TOC
- Hypothèses** : les capacités intellectuelles deviennent plus flexibles, la régulation émotionnelle et cognitive reprend son fonctionnement prémorbide.
- Comparaison des profils par ré échantillonnage, nous retrouvons que les 4 patients les plus sévèrement atteints à T0 connaissent une réorganisation psychologique significative
- Hypothèses** : la TCC permet une modification de leur fonctionnement perturbé par le TOC lui-même. Meilleure disponibilité, flexibilité, liberté dans la mobilisation des processus mentaux, l'anxiété jouant un rôle inhibant. Le patient retrouve ensuite ses capacités propres de régulation

Discussion (3)

婣 Intérêt de la prise en charge précoce

- > Anxiété au premier plan, TCC efficace
- > Fonctionnement psychologique encore peu perturbé, mobilisable et flexible
- > Mobilisation rapide de l'anxiété et des processus d'attention
- > Reprise du développement psychologique

婣 Accessibilité aux patients jeunes?

婣 Accessibilité aux soins en TCC?

Conclusion

- ❑ TCC chez l'enfant et l'adolescent en plein expansion
- ❑ Efficacité reconnue
- ❑ Nécessité de poursuivre la recherche (facteurs prédictifs, les indications)
- ❑ Nécessité de reproduire les recherches en population clinique
- ❑ Nécessité de former des thérapeutes
- ❑ Nécessité d'informer les patients et leur famille

- ❑ **Prise en charge précoce en TCC : évolution positive plus rapide et durable?.....**

Merci pour votre attention!