

CHAPITRE 10

Trouble de l'attention et hyperactivité

L. Vera

Description clinique, diagnostic et point de vue cognitif et comportemental

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est composé de trois syndromes (triade) que l'on peut représenter par un triangle avec au sommet le syndrome : déficit de l'attention, à l'origine du trouble (DSM-IV-R). C'est le déficit attentionnel qui peut provoquer le deuxième syndrome : l'hyperactivité qui à son tour peut provoquer le troisième syndrome : l'impulsivité.

Nous insistons sur cette chronologie du déroulement de ces trois étapes dont le départ est le déficit de l'attention, souvent difficile à repérer, et non pas l'hyperactivité qui par contre est facilement visible. On identifie donc trois formes : forme inattentive, forme hyperactive et forme mixte.

Le handicap du trouble s'aggrave lorsqu'il y a prédominance des critères du type : déficit de l'attention par rapport aux critères du type : hyperactivité – impulsivité.

Comme le souligne [Finck \(1999\)](#), il faut non seulement intégrer dans l'étape diagnostique les différents domaines de la vie de l'enfant (école, maison, etc.) et impliquer les différents intervenants (parents, enseignants, etc.), mais également prendre en compte le moment, la chronicité ainsi que la rapidité d'apparition des symptômes.

Dans la forme inattentive, ces enfants sont dans l'incapacité de soutenir leur attention de façon prolongée dans les activités courantes (jeux, tâches répétitives comme les repas ou les devoirs, etc.) et de terminer une tâche, principalement en situation de groupe, car ils sont très sensibles

aux stimuli extérieurs. Ils oublient facilement ce qui leur est demandé ou leurs affaires usuelles (par exemple, affaires scolaires). Ils ont également des difficultés à organiser leurs activités.

Critères diagnostiques

Nous pouvons constater l'évolution particulière des critères diagnostiques du TDAH.

Dans le DSM-II, on parlait d'hyperactivité et d'impulsivité uniquement : la partie facilement visible de l'iceberg, en quelque sorte. Dans le DSM-III, on retrouvait un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Le DSM-III-R, pour des raisons de manques d'appui scientifique, ôtait cette dernière distinction et se centrait sur l'hyperactivité.

Le DSM-IV, suite à l'arrivée de ces appuis théoriques nécessaires, réinstaura la distinction et l'on peut diagnostiquer le TDAH malgré l'absence d'hyperactivité (Evrard et Husson, 2006).

Malheureusement le nom même donné au trouble, accorde trop d'importance à l'hyperactivité et jette un trouble à l'égard des parents et des enseignants : un enfant peut très bien ne pas bouger en classe mais être totalement inattentif.

D'autre part les critères du DSM-IV ne sont pas adaptables aux adolescents et aux adultes (Fallu A. et al., 2002).

Les thérapies comportementales et cognitives ont intégré divers apports d'autres disciplines car les enfants hyperactifs présentent un tableau clinique complexe dans lequel les composantes anxieuses (réactionnelles au trouble ?) semblent jouer un rôle de maintien de la pathologie hyperactive.

Ainsi, malgré l'évolution des critères diagnostiques constatée dans la classification DSM, un intérêt particulier s'est toujours attaché à mieux cerner les rapports troubles anxieux – troubles déficitaires de l'attention. En effet, les études épidémiologiques insistent sur la coexistence fréquente de ces troubles dans des échantillons d'enfants de la population générale (26,4 % dans l'étude d'Anderson et al. [1987] ; 22,6 % dans celle de Bird et al. [1988]). La constatation est la même concernant des populations cliniques : par exemple 17 % des enfants ayant un trouble angoisse de séparation ou un trouble hyperanxiété (devenu trouble anxieux généralisée dans le DSM-III-R) examinés par Last et al. (1987) avaient un trouble déficitaire de l'attention associé.

Un certain nombre de travaux se sont attachés à déterminer la validité et les caractéristiques cliniques des sous-catégories de troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité proposées par le DSM. Parallèlement, leurs résultats ont permis d'avancer dans la compréhension des relations troubles de l'attention – troubles anxieux. Ainsi, Lahey et al. (1984) ont demandé à des enseignants de coter 241 dossiers d'enfants de 6 à 11 ans

repérés par eux-mêmes comme ayant des perturbations du comportement, à l'aide du *Revised Behavior Problem Check-list* (RBPC) (Quay et Peterson, 1983). Deux groupes se dégagent : l'un de troubles de l'attention avec hyperactivité, marqué par une forte prévalence des troubles des conduites comorbides et proches de ces derniers, l'autre de troubles de l'attention isolés, voisins des troubles anxieux. Les auteurs suggèrent donc qu'il s'agit de pathologies distinctes, étayant, en quelque sorte, la classification DSM. En 1987, Lahey et al. publient une nouvelle étude prospective avec une méthodologie fiable, concernant 63 patients de 6 à 13 ans (41 troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité, 22 troubles déficitaires de l'attention purs). Ils confirment leurs constatations précédentes, c'est-à-dire la comorbidité différente des deux sous-types cliniques : les enfants déficitaires sur le plan attentionnel se montraient plus lents sur le plan cognitif, moins performants à l'école et davantage à risque de pathologie anxieuse et/ou dépressive associée.

Le DSM-III-R (1987) marque un changement : la rubrique « hyperactivité avec déficit de l'attention » devient unie catégorielle, basée sur la notion que l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité motrice constituent des éléments de la même dimension. Cependant, une forme « pure » de trouble de l'attention est conservée (trouble déficitaire de l'attention non spécifié, TDA-NOS), au demeurant mal précisée. Les modifications entre DSM-III et DSM-III-R ont contraint Lahey et al. (1988) à revoir leurs résultats en fonction des nouveaux critères diagnostiques proposés. Ils montrent que l'hyperactivité avec déficit de l'attention du DSM-III-R correspond au trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité du DSM-III et le trouble déficitaire de l'attention non spécifié (DSM-III-R) au trouble de l'attention sans hyperactivité (DSM-III). Ils contestent le bien-fondé de la nouvelle option du DSM-III-R source de confusion dans ses applications cliniques concernant les troubles de l'attention, tantôt classés sous la rubrique hyperactivité, tantôt sous la rubrique TDA-NOS au gré des habitudes de chacun.

Comorbidité

Une étude de Pliszka (1989) recherche les effets de la comorbidité hyperanxiété sur une population d'hyperactifs avec déficit de l'attention (DSM-IV-TR), au plan cognitif, comportemental et chimiothérapique. Comme ceux de Lahey, les patients de Pliszka, à la fois hyperactifs et anxieux, se sont avérés moins impulsifs et plus lents au fur et à mesure de l'exécution d'un test de laboratoire (*Memory Scanning Test*, Swanson et Cantwell, 1986) que les hyperactifs non anxieux. Aucun n'avait de trouble des conduites concomitant. Lors de l'exécution d'un exercice mathématique, ils restaient plus longtemps assis et manipulaient moins les objets. Enfin, la réponse au traitement présentait des particularités

puisque deux tiers d'entre eux ne réagissaient pas aux psychostimulants, pourcentage inhabituellement élevé. L'ensemble de ces recherches suggère donc l'existence d'une population d'enfants inattentifs, anxieux, mais ni hyperactifs, ni agressifs, ni impulsifs. Elles nécessitent confirmation et précision du caractère primitif ou secondaire des perturbations de l'attention par rapport aux troubles anxieux.

Mc Lelland et al. (1990) ont étudié la comorbidité entre le trouble déficitaire de l'attention du DSM (sans précision sur la présence ou l'absence d'une hyperactivité) et les troubles anxieux et/ou dépressifs chez des enfants dont les parents avaient soit un trouble panique, soit un état dépressif majeur, soit aucun de ces deux diagnostics. Les taux de prévalence du trouble déficitaire de l'attention étaient significativement plus importants chez les descendants de parents déprimés ou « paniqueurs ». De même, une comorbidité significative entre les troubles déficitaires de l'attention et les troubles anxieux et/ou dépressifs était retrouvée chez ces enfants. Les auteurs plaident pour le caractère primaire de ces perturbations émotionnelles.

En définitive, la co-occurrence troubles anxieux – troubles de l'attention apparaît plus fréquente, en pratique clinique, que ne l'impliquerait une simple coïncidence. L'hyperanxiété constitue la catégorie la mieux représentée, suivie de l'angoisse de séparation. À notre avis, lorsque le trouble de l'attention est isolé sans hyperkinésie, il peut s'interpréter comme secondaire à l'anxiété, intrinsèquement lié à elle. La situation est complexe lorsque l'hyperactivité s'ajoute à l'anxiété et à l'inattention : cette dernière représente-t-elle le versant moteur de l'anxiété, traduisant la « fébrilité » d'un sujet en permanence sur le qui-vive ? Les différents troubles sont-ils indépendants les uns des autres, quoique souvent associés ou dans des relations restant à définir ? L'intérêt de cette clarification sémiologique résiderait dans l'élaboration de stratégies thérapeutiques nuancées.

Données épidémiologiques

La prévalence du trouble hyperactivité avec déficit de l'attention dans la population générale est de 3 à 5 %. Cette valeur concerne les enfants en âge scolaire (population normale en âge scolaire, Gaub et al., 1997 ; Costello et al., 1996). Le sexe ratio en population générale est de 2 à 3 garçons pour 1 fille. Les études descriptives signalent une diminution de la prévalence du TDAH avec l'âge. Ainsi, la prévalence la plus élevée se situe durant l'enfance (pic de prévalence entre 6 et 11 ans), puis diminue à partir de l'adolescence et à l'âge adulte. La symptomatologie se modifie avec l'âge : les symptômes hyperactivité/impulsivité diminuent voire disparaissent, alors que les troubles de l'attention souvent persistent ; 20 % des formes de l'enfance vont diminuer voire disparaître à l'adolescence. Dans

la littérature, on trouve des variations de prévalence importantes liées à des différences de méthodologie et de populations étudiées.

Souvent à l'occasion d'une consultation pour un problème somatique chez le médecin généraliste, les parents parlent de difficultés scolaires et de problèmes d'attention chez l'enfant.

Par définition, l'enfant atteint du trouble de déficit de l'attention et hyperactivité souffre d'un déficit attentionnel par rapport aux enfants du même âge. Ces manifestations sont inappropriées dans leur intensité compte tenu de l'âge et de son niveau de développement et surviennent dans différentes situations qui requièrent de l'attention, une inhibition de l'impulsivité et une restriction des mouvements.

Le clinicien doit évaluer la capacité de l'enfant à écouter, traiter les informations dans les domaines des capacités mnésiques, du discours logique, de l'organisation temporelle et spatiale.

En majorité, ces enfants présentent des perturbations *comportementales* et *cognitives* signalées par des difficultés scolaires : souvent un premier problème est celui de finir un travail à l'école.

Présentations cliniques

Formes hyperactivité prédominante

Elle se traduit par des difficultés à se soumettre aux règlements, un enfant toujours en mouvements, incapable de rester assis longtemps, hyperexcité, qui saisit toutes les occasions pour se déplacer, courir grimper, toucher aux objets, ouvrir les tiroirs et portes sans investir durablement un centre d'intérêt et dont les activités ne s'organisent pas en fonction d'un but défini. Cette hypermotricité est excessive, désordonnée et inadaptée.

Formes troubles de l'attention et impulsivité comportementale et cognitive

Elles se manifestent par une incapacité à centrer son attention de manière soutenue (dispersion de l'attention avec changements fréquents de sources d'intérêts, passages fréquents d'une activité inachevée à une autre), une distractibilité par des stimuli internes ou externes.

L'attention de l'enfant « décroche », il peut être décrit comme « rêveur », « ailleurs ». Il semble happé par les stimuli extérieurs comme s'il ne pouvait pas les trier, ni les hiérarchiser. Il éparpille ses intérêts, ne peut mobiliser son attention de manière durable et prolongée, puisque la moindre interférence de l'environnement va le distraire, lui faire oublier la tâche entreprise, ou abandonner le jeu ébauché. Il semble ne pas écouter l'autre, peut difficilement suivre le cheminement d'une pensée logique, incluant des séquences des enchaînements et les déductions. Il se trouve en échec face aux activités qui requièrent de l'application et du temps,

d'ailleurs, il les évite. Sa distraction se manifeste aussi par de fréquents oublis, fautes d'étourderies.

Un style cognitif impulsif est associé à un enfant qui intervient de manière intempestive en classe, à du mal à attendre son tour, impatient, « non réfléchi », agit avant de penser, perçu comme provocateur. Il répond sans attendre l'ensemble des instructions. Il présente une activité motrice bruyante excessive ou inappropriée pour son niveau de développement. Il est incapable de rester en place, son besoin de bouger est incessant : il est turbulent et animé de mouvements inutiles et inadéquats par rapport à l'activité en question ou la situation. Il est intolérant à la situation de repos.

L'enfant a du mal à s'organiser dans son travail, l'entourage le rappelle toujours à l'ordre et perçoit qu'il a besoin d'un encadrement strict. Son travail est bâclé, il a une incapacité à différer, néglige les recommandations et les consignes, n'anticipe pas les réactions pourtant prévisibles des autres, répond trop vite. Il est souvent décrit comme malheureux car en situation d'échec et se fait souvent réprimander. Ce comportement vaut à l'enfant de nombreuses punitions et remontrances en famille ou à l'école et peut aboutir à des réactions de rejet de la part de l'entourage.

Formes attentionnelles pures

Leur prévalence se situe entre 1 et 1,4 % dans les deux sexes et entre 1,5 et 2 % dans le sexe masculin. Ces formes sont souvent corrélées avec un quotient intellectuel (à la différence des formes mixtes qui n'ont pas de retentissement sur le quotient intellectuel et des formes hyperactivité globale pure) plus faible, un retard de développement de langage, des difficultés d'apprentissage de lecture et une altération des fonctions attentionnelles. Les enfants présentant une forme habituelle sont plus impulsifs, plus désinhibés socialement, alors que ceux présentant une forme attentionnelle pure sont davantage en retrait socialement et ils ont moins de problèmes de conduites.

Diagnostic différentiel

Le déficit de l'attention/hyperactivité doit être distingué :

- des comportements appropriés à l'âge des enfants actifs ou turbulents ;
- de l'inattention dans le trouble oppositionnel avec provocation (refus de se conformer aux demandes des autres) ;
- de l'impulsivité dans le trouble des conduites (associé à un mode de comportement antisocial) ;
- de l'inattention ou de l'hyperactivité causée par l'abus de drogues ou médicaments ;
- des symptômes d'inattention dans le cadre d'un trouble de l'humeur ou anxieux.

Données en neuropsychologie de l'attention

L'attention n'est pas une fonction unitaire. Ce concept se réfère à diverses composantes cognitives qui interagissent les unes avec les autres. Dans le domaine de la psychologie cognitive et de la neuropsychologie, les termes utilisés pour les décrire varient selon les auteurs et les théories sous-jacentes.

Van Zomeren et Brouwer (1994) proposent de classer les composantes de l'attention sous deux axes selon une intensité et une sélectivité de l'attention :

- l'intensité concerne l'alerte et la vitesse de traitement de l'information, cette qualité est responsable du maintien de niveau d'éveil, a un rôle de faciliter notre capacité à réagir aux stimuli de l'environnement. Un événement prévenant un stimulus à traiter nous oriente vers un état de préparation ou d'attente qui va renforcer l'appréhension et la rapidité du traitement de ce stimulus. Ainsi, les composantes comme la vigilance, l'effort mental et l'attention soutenue appartiennent à cette première variante qui occupe un rôle de maintien et de contrôle continu du traitement de l'information ;
- la sélectivité se compose d'aspects de focalisation et de flexibilité attentionnelle. Cette qualité sollicite alors la fonction de filtrage des informations à traiter. On reconnaît au cours de ces opérations de filtrage la capacité de traitement pour résister à la distractibilité et les aptitudes à traiter simultanément des données provenant de modalités sensorielles variées. Cette dernière fonction nommée attention divisée se complète par des opérations de sélection et focalisation de l'attention. La faculté d'alterner un traitement automatique et un traitement contrôle est régie par un module de flexibilité attentionnelle.

Il existerait des programmes de sélectivité des informations dès la naissance ; la mise en action se ferait en deux temps : dans un premier temps, un programme à faible action inhibitrice puis lorsque le nombre d'informations à discriminer devient de plus en plus important, un deuxième programme exerçant une action inhibitrice plus grande. Une hiérarchisation de plusieurs programmes permet au fonctionnement du système nerveux de modifier les réactions comportementales, par inhibition ou facilitation partielle (Brazelton, 1982), la sélectivité de l'attention consistant à retenir un stimulus et à en inhiber un autre.

Particularités du trouble attentionnel dans le TDAH

Les troubles de l'attention peuvent être distingués en types : ceux qui se manifestent par des signes cliniques, extériorisés, d'autres qui se manifestent peu par des signes cliniques et pour lesquels les tests élaborés sont nécessaires.

Ce sont des troubles au premier plan impliqués dans le contrôle de l'activité et de l'attention soutenue. Les performances verbales et visuospatiales sont normales.

Il existe un déficit de la vigilance : difficultés à maintenir de façon soutenue son attention sur une période relativement prolongée ; une période d'activité pour une tâche reconnue monotone d'une durée de 15 minutes sans interruption est reconnue comme critère valable dans l'évaluation des déficits de ce niveau.

L'attention soutenue diminue avec deux types d'erreurs calculés par le *Continuons Performance Test* : les omissions qui témoignent d'un défaut d'attention soutenue par « vacance attentionnelle » et les fausses alarmes qui dépendent de l'impulsivité ou du défaut d'inhibition de la réponse. Les TDAH ont une augmentation de ces deux types d'erreurs et une détérioration de la qualité de la performance en fonction du temps avec un ralentissement du temps de réaction. Sur les tests « Go-no go », les TDAH font plus d'erreurs que les contrôles.

Les troubles déficit de l'attention non hyperactifs font plus de fausses alarmes en début de séances que les TDAH, mais ils s'améliorent rapidement alors que les TDAH restent stables. Les troubles déficit de l'attention non hyperactifs font plus d'erreurs impulsives mais se corrigent au cours de l'épreuve.

Le déficit de l'attention dans le TDAH se caractérise par :

- un déficit de l'attention sélective, une incapacité à traiter de façon ordonnée différentes informations pertinentes et à sélectionner les informations pertinentes parmi un ensemble de stimuli ;
- une distractibilité excessive, des difficultés à résister aux stimuli ;
- un problème d'organisation séquentielle en mémoire et en mémoire de travail.

Les tests neurocognitifs (efficacité cognitive, Stroop, tests de performance continue, tests de mémoire avec délai et tâche intercurrente) vont permettre d'établir un choix de rééducation.

Évaluation et traitement

Évaluation

Le questionnaire de Conners a été conçu à l'évaluation de ce trouble (voir [chapitre 6](#)). Les autres tests (principalement cognitifs) sont décrits dans le paragraphe précédent.

Traitements

Il est urgent de traiter efficacement ce trouble car l'enfant hyperactif se met malheureusement souvent en danger en particulier lorsqu'il roule

à vélo, utilise une planche à roulette ou d'autres jeux à vitesse : il ne perçoit pas à l'avance le danger et s'oppose souvent aux respects des règles élémentaires de sécurité.

Médicaments : méthylphénidate

Il est indispensable de proposer un traitement médicamenteux dans le cas d'un trouble sévère lorsque les parents et/ou les enseignants signalent les accidents provoqués ou subis par l'enfant et ce, malgré les réticences provoquées par certaines publications erronées jetant un discrédit sur ces traitements.

Nous pensons qu'il s'agit dans ces cas de refus de « non-assistance à personne en danger » sur un plan juridique. D'autant plus que le méthylphénidate est un médicament très efficace et dépourvu de danger prouvé par de très nombreuses études, reconnu et prescrit depuis les années soixante.

Les thérapies psychothérapeutiques constituent une démarche à long terme, les traitements médicamenteux sont un traitement à court terme : les parents continuent à rencontrer des difficultés avec le comportement de l'enfant avant la prise de médicament ou lors d'interruptions ; ces thérapies sont aussi une alternative au traitement médicamenteux si ce traitement est contre-indiqué ou peu efficace.

Stratégies psychothérapeutiques

Elles visent à modifier le comportement observable de l'enfant mais aussi à corriger les déficits cognitifs. Elles s'adressent à l'enfant mais aussi aux parents et enseignants.

Techniques cognitives

Techniques utilisées en association dans les procédures cognitives

- Entraînement aux auto-instructions.
- Entraînement à la résolution de problèmes.
- Entraînement aux habiletés sociales.
- Entraînement à la reconnaissance des émotions.

Entraînement à l'auto-instruction

Nos comportements sont sous le contrôle de nos pensées et de notre langage interne. Au cours du développement normal, l'enfant commence à apprendre à contrôler son comportement par l'intermédiaire d'éléments externes comme les récompenses, les punitions, ainsi que les instructions. Quand il grandit, il devient capable de contrôler son comportement grâce à ses propres instructions verbales, d'abord, émises à

haute voix et silencieusement. L'enfant accède ainsi à l'autocontrôle. Des programmes proposent une série d'étapes de traitements semblables au développement normal. L'hypothèse de base est que les comportements inadaptés reflètent d'un déficit dans la capacité de l'enfant à développer des auto-instructions. Il est important de l'encourager à développer son propre langage intérieur dans ses mots et son style (Meichenbaum, 1977).

Entraînement à la résolution de problèmes

Cette technique apporte à l'enfant des stratégies de contrôle de son comportement, stratégies peu ou pas développées. La première étape consiste à reconnaître les signaux qui, émanant de l'environnement, indiquent que la situation est une situation problème. Par entraînement aux habiletés sociales et reconnaissance des émotions, l'enfant apprend à identifier les différentes émotions comme la colère, la tristesse, à percevoir et interpréter les sentiments (expression faciale, ton de la voix, etc.).

La deuxième étape consiste à générer de multiples solutions et à anticiper pour chacune les conséquences possibles comportementales et émotionnelles pour l'enfant et son entourage. L'étape ultérieure est de choisir un plan d'action, c'est-à-dire d'émettre un comportement adapté, par exemple : adhérer aux demandes de l'adulte, attendre son tour. L'ultime étape consiste à apprendre à l'enfant à évaluer l'efficacité de son plan d'action et à s'autorenforcer, à faire un choix correct des différentes alternatives. Au cours de chaque étape, l'apprentissage se fait au moyen de discussions, de *modeling* et de jeux de rôle.

Ces techniques d'auto-instructions et de résolutions de problèmes sont appliquées le plus souvent en groupe de 6 à 8 enfants pendant une durée de 10 semaines avec des sessions d'une heure.

Avantages

Ces deux techniques sur le plan théorique sont adaptées aux problèmes de l'enfant hyperactif en raison des troubles attentionnels : déficit dans les mécanismes de l'attention soutenue, dans la modulation et l'autocontrôle du comportement, difficultés à utiliser comme médiateur du comportement le langage interne, à inhiber des réponses.

Les procédures cognitives améliorent l'impulsivité, mais ne modifient pas les autres manifestations du trouble. Ainsi, utilisées seules, elles semblent n'avoir qu'un impact restreint sur le TDAH.

Limites

Coûteuses en temps, elles ne peuvent pas être enseignées aux enfants chez qui le langage est peu développé ; il est difficile de les générer sur d'autres situations : l'enfant acquiert une technique en cours de séance mais la transpose difficilement dans un autre environnement, par exemple en milieu scolaire.

Autres techniques cognitives

On peut citer : travail dans un lieu calme peu stimulé avec répartition du travail en étapes, objectifs de temps, et consigne d'écrire sur une feuille les idées qui les parasitent.

Stratégies comportementales

Modèle de Barkley (1990)

Sa méthode est d'abord comportementale (ayant pour modèle le conditionnement opérant) tout en ayant une approche cognitive. Ce programme s'adresse aux parents d'enfants TDAH soit en individuel, soit en groupe de 6 à 8 familles sur 10 séances de 90 minutes à raison de deux séances par mois.

L'objectif de ce programme est d'entraîner les parents à faire face aux situations difficiles, de leur apprendre des stratégies de contrôle efficaces, cohérentes et adaptées au comportement déviant de l'enfant, stratégies qui vont permettre de diminuer l'intensité des symptômes et leur répercussion. On leur propose de les aider à mieux gérer les comportements difficiles pour améliorer le quotidien et éviter d'aggraver les difficultés relationnelles.

Les parents reçoivent des informations sur le trouble et les traitements disponibles, ils apprennent à réaliser une analyse fonctionnelle qui leur permet de mieux comprendre le comportement de l'enfant et d'élaborer des réponses alternatives.

On demande aux parents de dresser une liste de tous les moments agréables qu'ils passent avec leur enfant. Ils sont souvent surpris de constater qu'ils ne font plus attention aux moments négatifs et apportent une attention positive aux circonstances où l'enfant a un comportement adapté. Le thérapeute encourage le développement de ces moments privilégiés (exemple : jeux). Le but est de restaurer pour l'enfant et ses parents de l'image de soi à travers des interactions positives.

Parallèlement, il est demandé aux parents d'ignorer les comportements inadaptés de l'enfant si ceux-ci ne sont pas dangereux. Un document est remis à la fin de chaque séance à la famille comme aide-mémoire à la technique traitée en séance.

Ces techniques sont d'abord appliquées en milieu familial et généralisées à d'autres situations. L'encadrement de l'enfant hyperactif est centré sur des principes enseignés par la méthode :

- donner sans attendre un feedback positif à l'enfant : l'enfant vit dans le présent, le récompenser sans attendre lorsqu'il termine une tâche (système de jetons). Il a souvent besoin d'une réponse plus rapide mais aussi plus fréquente pour maintenir ses efforts de façon soutenue dans la journée ;
- utiliser des modes de renforcements significatifs pour l'enfant : temps de jeux, etc. ;

- planifier les situations problèmes que les parents ont bien identifiées : salle d'attente, magasins, restaurants. Il faut donc anticiper, c'est-à-dire qu'avant d'entrer dans ces lieux, il faut s'arrêter quelques instants pour rappeler à l'enfant deux ou trois règles simples et prévoir une récompense si les consignes ont été respectées, suivre le plan d'action prévu dès le début en donnant rapidement un feedback.

Ce programme d'entraînement améliore l'habileté parentale, réduit le stress parental. Les parents estiment que le programme les aide à mieux comprendre les difficultés de l'enfant.

Économie de jetons

Cette stratégie psychopédagogique est particulièrement adaptée aux comportements oppositionnels de l'enfant hyperactif « moteurs » particulièrement sensible à la moindre injustice dans le cadre familial et scolaire. Plus précisément l'enfant reçoit 1 jeton à chaque fois qu'il arrive à contrôler sa colère. Il échangera une quantité X de jetons contre une récompense (objet ou activité). Cette technique renforce l'autocontrôle.

Coffre à jouets

Il est très efficace de proposer aux parents de « centraliser » tous les jeux et en particulier les activités « virtuelles » de l'enfant dans un coffre à jouets non accessible par l'enfant, avant de terminer des activités moins agréables comme les leçons et les devoirs à la maison, après l'école.

L'enfant est obligé de demander à ses parents la permission d'ouvrir le coffre et ceux-ci ne lui proposeront de ne s'intéresser qu'à un seul jeu à la fois pour l'inciter à aller « jusqu'au bout » avant de lui permettre de commencer un deuxième en reposant le premier dans le coffre qui sera à nouveau fermé. Et ainsi de suite pour apprendre à l'enfant à ne pas se disperser et répandre dans sa chambre une quantité de jeux éparpillés autour de lui l'empêchant de se concentrer.

La pratique systématique de cette stratégie à la maison aura par voie de conséquence un impact positif sur sa capacité de concentration en classe, évitant d'être distrait par ses camarades.

Holding

Le cas de crises de colère parfois particulièrement impressionnantes chez certains enfants hyperactifs et dont le déclenchement dû à une petite frustration est injustifié nécessite de l'immobiliser, sans lui faire du mal et de lui permettre d'exprimer verbalement sa colère sans détruire du matériel ni donner des coups, pouvant avoir des conséquences parfois dramatiques.

Pendant ce holding, l'adulte ne demande pas à l'enfant à se taire, mais bien au contraire, l'incite à crier sa colère et à exprimer par la bouche tout ce qu'il ressent à l'intérieur de lui-même. Par cette « libération verbale », l'enfant parvient souvent à exprimer des événements qu'il n'avait jamais osé communiquer jusqu'à présent que l'on pourra analyser quand le calme sera revenu.

Cette crise dure parfois longtemps pour passer de la colère aux pleurs, mais au final est très positive à la fois pour l'enfant et les parents qui conservent leur autorité sans céder au « chantage » affectif de l'enfant. De son côté, l'enfant est conscient qu'un dialogue est entamé sans être obligé de « casser » ni taper.

« Time-out »

Comme son nom l'indique, il s'agit de mettre l'enfant hyperactif « hors du temps » : dans un lieu où le temps s'est arrêté, par conséquent il n'y a rien à faire et en particulier il n'y a aucune activité de loisir ! Ce qui pour un enfant TDAH est particulièrement inattendu !

Il ne s'agit pourtant pas d'une méthode punitive car ne pas donner une récompense non promise n'est pas une punition. Par contre, permettre à un enfant de réaliser une activité ludique promise puis ensuite l'arrêter est une attitude punitive qu'il ne faut jamais pratiquer car elle est dangereuse. Ce n'est pas le cas avec le *time-out*. Prenons un exemple.

Cas clinique

Un enfant suite à une forte colère incontrôlable déclenchée par une dispute au cours d'un jeu avec sa petite sœur est mis dans sa chambre pour se calmer. La mère a pris la précaution de lui faire ranger tous ses jeux dans le coffre à jouets dans sa chambre avant de commencer le jeu entre les deux enfants. Elle connaît le risque d'« explosion » de son fils lorsqu'il perd. L'enfant se retrouve seul quelques minutes sans jeu : il prend rapidement conscience de la conséquence inutile et caduque de sa colère disproportionnée par rapport à la petite frustration de perdre une partie.

Il se calme rapidement d'autant plus qu'il n'aime pas se sentir seul : il passe de la colère aux larmes et demande en s'excusant de pouvoir sortir.

Cette stratégie n'est donc en aucun cas une punition et à condition d'être répétée permet à l'enfant d'apprendre à supporter la frustration et à respecter de nouveaux « contrats » éducatifs établis entre lui et ses parents.

Relaxation

Cette technique est particulièrement efficace pour canaliser l'énergie « débordante » dégagée par les enfants TDAH (voir [chapitre 2](#)).

Cas clinique

Nicolas, 9 ans, est adressé à notre consultation à l'hôpital sur la demande urgente de la directrice et de l'école et en accord avec le médecin de famille. Il vient accompagné par sa mère.

Avant de les faire entrer dans le bureau, nous lisons la lettre du médecin de famille qui indique qu'il le connaît depuis sa naissance et qu'il a toujours été très « nerveux ».

Il lui a donné des médicaments homéopathiques et à base de plantes et récemment un médicament de la famille des benzodiazépines devant l'aggravation du comportement impulsif de l'enfant mais sans succès : au contraire il a l'impression de l'avoir rendu encore plus nerveux au lieu de l'avoir calmé. Il demande notre avis avec insistance car il est persuadé Nicolas est un enfant intelligent et qu'il souffre de cette situation, conscient de faire également souffrir sa famille.

Dans le carnet de correspondance de l'école, il est écrit qu'il perturbe la classe, n'en fait qu'à sa tête et ne termine aucun exercice et qu'un conseil de discipline est envisagé si rien ne change rapidement et s'il ne consulte pas rapidement en psychiatrie. C'est également l'avis de la psychologue scolaire qui l'a convoqué.

Séance 1

Par téléphone, nous demandons à l'infirmière de l'accueil de les faire venir qui répond sur le ton de la plaisanterie « Volontiers ! Et bon courage ! »

En effet, avant son entrée dans le bureau Nicolas avait fortement perturbé le calme de la salle d'attente du service de pédopsychiatrie et un infirmier de l'accueil avait même été obligé d'intervenir.

Nicolas arrive avec fracas dans le bureau sans frapper et se précipite sur le fauteuil devant le bureau.

Dès que nous commençons à parler avec sa Maman, Nicolas ne fait plus attention à rien, regarde en l'air puis sur le bureau où il saisit des trombones laissés volontairement à sa portée et les attachent les uns aux autres pour en faire un « wagon »... qu'il laisse tomber ! Il quitte la chaise pour le ramasser, se relève trop rapidement, se cogne la tête, coupe la parole et crie : « Quand est-ce qu'on part ? Je m'ennuie ! »

Pour tenter de calmer le jeu, nous lui tendons feuille de papier et une boîte de crayons de couleur qu'il prend avec trop de précipitation et... la laisse tomber ! Il se retrouve à nouveau à quatre pattes sous la table... pendant nous essayons de poursuivre la conversation avec la mère. Les larmes aux yeux, elle confirme qu'à la maison c'est toujours comme cela depuis sa naissance. Elle ne comprend pas ce qu'elle aurait pu faire de mal à Nicolas d'autant plus que la sœur de Nicolas est calme et posée et qu'elle les a élevés de la même manière.

Nous la rassurons en confirmant ses propos, mais pour éviter une « catastrophe », nous restons seuls avec Nicolas et nous demandons à la Maman de remplir le questionnaire de Connors (version parents) et ensuite de parcourir le livre *Toby et Lucy* illustré par des images relatant l'histoire de deux enfants souffrant de déficit de l'attention avec hyperactivité.

Dès que Nicolas se retrouve seul avec le thérapeute, le tableau clinique change rapidement : il arrive à mieux se concentrer sur son dessin,

en restant assis sans bouger sur sa chaise et pendant qu'il continue à dessiner, il répond tranquillement aux questions du thérapeute.

Il exprime des sentiments d'incompréhension à l'école de la part des autres élèves qui ne l'acceptent pas dans leur bande et évitent de jouer avec lui. Il est tendu et son visage est triste.

Nous testons ensuite rapidement ses connaissances dans les matières générales qui sont bonnes. Nous confirmons qu'il souffre d'une légère dyslexie déjà prise en charge par une orthophoniste.

Le thérapeute fait revenir la maman pendant que Nicolas achève son dessin dans la salle d'attente. La mère s'exclame tout étonnée que l'histoire de la BD, c'est bien celle de son fils, comme si elle avait été écrite pour lui. Le score élevé au questionnaire Connors pour les parents confirme le diagnostic clinique.

Le thérapeute explique à la Maman qu'il s'agit au départ d'un trouble d'origine biologique et non pas psychologique. L'éducation des parents n'est pas responsable du trouble et il n'y a pas lieu qu'ils se culpabilisent.

Par contre il est absolument nécessaire de proposer à l'enfant des stratégies pédagogiques adaptées pour combattre son déficit de l'attention, à la base de ses difficultés qui dans un deuxième temps entraîne l'hyperactivité (mouvements du corps) et dans un troisième temps, des mouvements d'impulsivité non contrôlable lorsqu'il subit la moindre « injustice » : du moins c'est ce qu'il interprète comme tel !

Cette hypersensibilité est certainement due au fait qu'il ne comprend pas pourquoi il est sans arrêt puni (pour rien selon lui !) depuis qu'il a mis les pieds à l'école.

Voici le contrat thérapeutique proposé aux parents et à l'enfant avant la prochaine séance :

- « bibliothérapie » : les parents s'engagent à se documenter sur ce trouble par la lecture de livre et par le site Internet des associations de parents (HYPERSUPERS TDA FRANCE : www.tdah-FRANCE.fr) ;
- cohérence éducative entre le père et la mère : rencontrer le père de Nicolas qui avait tendance à critiquer le laxisme de son épouse dans l'éducation des enfants, lui ayant trop tendance à utiliser la punition !
- autonomisation de l'enfant par technique de renforcement positif individuel et familial incluant la sœur de Nicolas (économie de jetons) ne permettant pas de se sentir « persécuté » et jaloux par rapport à elle ;
- apprentissage à supporter la frustration d'attendre son tour de paroles et d'activités ludiques : l'ouverture des coffres à jouets des enfants est sous le contrôle parental, ils apprennent à se concentrer sur un jeu à la fois (évitement de la tendance à se disperser), ils sont prévenus du temps autorisé pour jouer et du temps pour le travail scolaire ;
- méthode « rouge et bleu » pour le travail scolaire dès l'arrivée à la maison : il n'y a pas de jeu dans la partie « parentale » de l'habitation et les jeux sont dans les coffres à jouets ;

- utilisation en cas de crise de colère non contrôlable non pas de la punition (ni verbale ni physique) mais du *time-out* avec séparation (généralement de la mère) ou le *holding* (généralement avec le père) ;
- relaxation et contrôle respiratoire pour mieux préparer l'enfant à certaines situations particulièrement frustrantes pour lui : révision scolaire, nécessité de rester assis à un repas, etc.

Séance 2

La deuxième séance s'est déroulée, sur la demande du thérapeute, sans Nicolas mais avec la mère et le père qui, bien que réticent à tout ce qui est « psy », a fait l'effort de venir et a bien participé à l'application des stratégies recommandées, évitant toute discordance éducative parentale face à Nicolas.

Les résultats positifs ont porté essentiellement sur la vie familiale plus calme et agréable et le père de Nicolas l'a même invité à une partie de pêche qui s'est très bien passée !

Par contre, en dehors de l'amélioration du travail scolaire demandée à la maison, la maîtresse le trouve encore très dispersé en classe et à la cantine.

Le thérapeute félicite les parents pour leur attitude éducative cohérente et en particulier la partie de pêche entre le père et son fils ! Il propose pour l'école de donner à la maîtresse le livret *Conseils aux enseignants face à un enfant inattentif/hyperactif* établi par l'association de parents précitée avec la collaboration du ministère de l'Éducation nationale.

Mais d'autre part le thérapeute explique longuement avec preuves scientifiques à l'appui et les témoignages d'autres parents la nécessité de prescrire le médicament méthylphénidate étant donnée l'urgence de montrer un changement de comportement à l'école.

Séance 3 (2 semaines après)

Le résultat est très concluant car la maîtresse, non informée de la prise du traitement, a elle-même signalé aux parents l'amélioration de la concentration de Nicolas en classe.

Le même commentaire a été fait par l'orthophoniste aux cours des séances.

Conclusion : dans des cas aussi difficiles il ne faut pas hésiter à associer les deux stratégies thérapeutiques, thérapie comportementale et cognitive et méthylphénidate. Il est très souhaitable de voir les parents et les déculpabiliser.

Cas clinique : hyperactivité – inattention et anxiété

Ulysse A., 11 ans, est adressé par son institutrice pour des difficultés d'attention et de concentration et une hyperkinésie modérée, minorant les

résultats scolaires en CM2. En dépit d'une bonne compréhension, ceux-ci sont globalement médiocres ou plutôt irréguliers. Brouillon, désordonné, peu motivé, Ulysse a déjà redoublé une classe et changé plusieurs fois d'établissement. Depuis son entrée en classe primaire, il pleure tous les matins et doit être conduit de force à l'école. Il arrive parfois à faire céder ses parents qui le gardent quelques jours avec eux, alléguant une maladie somatique auprès de l'école.

L'enfant est l'aîné de deux garçons. Un frère de 9 ans est traité par un orthopédiste « pour un problème de hanche » sans autre précision. Le père, d'origine maltaise, artiste peintre, partage son temps entre Paris et Malte où il passe plusieurs mois de l'année. Autoritaire et distant, il se montre réticent et même franchement hostile lorsqu'on lui pose des questions sur la vie familiale. Il met continuellement en doute les dires de ses interlocuteurs, contestant, discutant les propositions d'évaluation, pour les accepter « la main forcée ». La mère ne sera vue qu'ultérieurement à notre demande pressante et elle se présentera sans son mari, contrairement à ce qui était prévu. Madame A., cachée derrière des lunettes noires, semble plus âgée que son époux. D'emblée, elle cherche à choquer par des propos brutaux presque crus : « Ma mère était folle..., je ne voulais pas d'enfants... c'est mon mari qui s'est occupé d'Ulysse jusqu'à 2 ans..., c'est un enfant sale, désordonné, grossier ». Puis brusquement, elle ajoute : « Que pensez-vous de l'hypnose... et de l'enivrer avec un peu de Porto pour le calmer ? » À la suite de ces provocations, Madame A. évoque une peur de perdre son fils, crainte éprouvée dès sa naissance, ses qualités (« beauté, dynamisme »), les graves difficultés financières dans lesquelles se débat la famille. Surtout, elle décrit un conflit conjugal chronique, un climat particulièrement houleux avec disputes violentes, auxquelles assistent les deux enfants terrifiés. Pourtant, il n'a jamais été question de divorce, Monsieur « s'échappant » du foyer pour ses voyages professionnels et Madame se réfugiant dans des conduites addictives (abus de tabac et probablement d'alcool).

Lors d'une journée d'observation diagnostique, les troubles anxieux d'Ulysse apparaissent au premier plan, marqués par un trouble angoisse de séparation invalidant. Il présente également une très forte instabilité motrice. Il ne peut s'empêcher de toucher les objets posés sur le bureau, sans intention de jouer avec ou une autre intention quelconque. Lors de la journée, il dit se sentir assailli en permanence de craintes concernant la santé de ses parents et le fait que l'un ou l'autre puisse quitter le domicile sans revenir. Il redoute les voyages de son père à l'étranger et lui téléphone régulièrement pour « entendre sa voix ». Inversement, lorsqu'il part en vacances à Malte l'été, il multiplie les appels téléphoniques à sa mère, restée à Paris, même en pleine nuit. À la sortie de l'école, il craint d'être enlevé et évite de rentrer seul. Il refuse catégoriquement

les séjours en colonie, mais aussi les vacances chez ses grands-parents. Les invitations chez des amis sont une « torture » pour lui. Tous les matins, l'enfant pose la même question : « Est-ce que ça va bien se passer à l'école ? » Au domicile, Ulysse, répugne à rester seul : il empêche ses parents de faire une course ou de descendre les ordures ménagères, exigeant de les suivre en permanence. Lorsque les parents sortent le soir, il attend leur retour, tyrannisant, ainsi que son frère, la baby-sitter. De plus, il a de nombreuses plaintes somatiques (douleurs abdominales, crampes) et souffre de cauchemars.

En revanche, le jeune patient ne remplit pas les critères DSM-III-R du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (l'index d'hyperactivité des échelles de Conners parents et enseignants n'atteint pas un score significatif) : seules sont retrouvées l'agitation sur place (sur une chaise en particulier), la distractibilité, l'incapacité à soutenir son attention dans le travail avec passage d'une activité à l'autre. L'étude de l'efficacité intellectuelle (QIG [Quotient intellectuel général] 116, QIP 116, QIV 111) le situe dans la zone normale forte. Pendant la passation, il est agité et anxieux, hésitant longtemps avant de répondre et devant être encouragé à persévérer. L'étude des réalisations en mathématiques ne montre aucune difficulté particulière : il a bien maîtrisé les techniques opératoires et raisonne correctement mais son comportement pendant l'examen rend bien compte de ses problèmes de rendement : il évoque tout d'abord sa crainte qu'il arrive un accident à ses parents. Cette idée « le tracasse, l'empêche d'écouter la maîtresse, de compter tranquillement ». Il redoute de se tromper pendant toutes les épreuves, n'attendant même pas la fin de la consigne pour répondre. Lorsque cette consigne est longue, il en oublie la moitié, retient un mot, bafouille et répond à côté, en s'excusant : « tout s'embrouille dans ma tête ». En même temps, il se balance sur sa chaise et devient « fébrile », devant être rassuré et canalisé.

L'examen orthophonique n'indique aucun trouble du développement du langage oral ni écrit, même si les résultats en transcription sont inférieurs à ceux qui sont demandés pour la classe suivie.

La passation du test projectif de Patte Noire s'avère difficile du fait de son agitation. L'image paternelle est inconstante et disqualifiée, abritée derrière un certain autoritarisme mis en œuvre à contretemps ou de manière irrationnelle. Ce rival est très dévalorisé (« Patte Noire trouve que les poils sur son père sont nuls. Il voudrait les couper »), ce qui entraîne chez lui une culpabilité intense (« Ce serait méchant de ne pas aimer son père ») ; quant à l'image maternelle, elle est inconsistante, ne tient pas parole, est possessive, recherchant une complicité avec l'enfant en détournant la loi. Ni le père ni la mère ne sont capables d'assumer leur rôle de parents, d'exercer une autorité et de mettre des limites,

facteur d'anxiété pour l'enfant (« Personne ne pourra le retenir : Patte Noire va tomber dans la boue »).

Au terme de cette évaluation, une psychothérapie cognitivo-comportementale pour traiter l'anxiété de séparation étroitement associée à l'hyperactivité motrice est proposée à Ulysse, ainsi qu'une guidance parentale. Le père refuse l'apport d'un traitement médicamenteux par les tricycliques.

Pendant 3 mois, Ulysse se rend régulièrement une fois par semaine aux séances prévues, accompagné par sa mère, mais le père sera peu vu du fait de ses nombreux déplacements. L'enfant fera de légers progrès, acceptant de rester de courts moments seul chez lui, prenant des initiatives et tolérant mieux l'absence de son père. À son retour, ce dernier, plutôt agressif, vient dénoncer l'opposition croissante de son fils pour les tâches scolaires et note avec tristesse qu'Ulysse est moins dépendant de lui qu'auparavant. Il nie tous les progrès accomplis dans le sens d'un début d'autonomie et dévalorise les efforts de coopération de son épouse. Une proposition d'entretiens familiaux est faite aux parents, le père contestant avec véhémence la nécessité d'une implication personnelle. D'ailleurs, 2 jours après cette consultation, Monsieur A. annulera tous les rendez-vous prévus.

La dynamique de la famille A. est nettement perturbée avec des relations de couple sadomasochistes et un certain exhibitionnisme (les enfants sont volontiers pris à témoin). Chez Ulysse, la figure principale d'attachement semble plutôt le père et nous avons été frappés par l'extrême dépendance physique de cet enfant par rapport à lui (il touchait son père pendant la consultation, le caressait d'une façon érotisée), surtout au début du traitement, ce qui satisfaisait visiblement Monsieur A. La prise de distance d'Ulysse a sûrement été l'une des raisons de l'interruption brutale du traitement. On peut également noter la carence d'autorité du couple A., incapable d'imposer des limites aux enfants et le souci constant du père de maîtriser les décisions thérapeutiques, de les faire échouer au moment où elles commençaient à porter leurs fruits.

D'autre part, ce jeune garçon présente un trouble anxieux sévère, du type trouble angoisse de séparation avec un début de refus scolaire anxieux. Le diagnostic catégoriel de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ne peut être retenu, du fait de l'absence du nombre des critères requis. Seul a été porté le diagnostic associé de trouble déficitaire de l'attention non spécifié. Cette observation nous paraît remarquable par l'intensité et le caractère invalidant des perturbations cognitives considérées ici comme une composante de l'anxiété, de même que le versant comportemental des troubles (agitation, fébrilité). À notre avis, c'est le trouble anxieux, en l'occurrence l'angoisse de séparation, qui primerait chez ce sujet, d'où notre proposition d'un traitement chimiothérapique et psychothérapique ciblé sur cette catégorie.

Une expérience de thérapie de groupe destinée à des adolescents hyperactifs

Dans le centre hospitalier Sainte-Anne (Paris), à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME), nous proposons, depuis quelques années, des sessions thérapeutiques groupées en une séance par semaine. Cinq séances d'une durée de 2 heures sont consacrées à 10 adolescents (âgés entre 16 et 20 ans) ayant le diagnostic d'hyperactivité avec trouble de l'attention.

Les objectifs des séances sont doubles :

1. contribution au diagnostic ;
2. application de certains principes thérapeutiques :
 - modification comportementale,
 - modification psychothérapeutique.

Le contexte et les moyens dont nous disposons sont les suivants : 1 psychothérapeute, 1 cothérapeute, 2 stagiaires (infirmier/psychologue), papier/crayon pour chaque patient, installés autour d'une table, dans une pièce « petite », sans décor.

Séance 1 : psychoéducation

Les symptômes d'impulsivité sont décrits et chaque patient se prononce sur l'identification ou pas de chacun d'eux.

Le comportement impulsif est décomposé :

- interrompre l'autre en situation de communication ;
- répondre aux questions avant que l'autre personne finisse ses propos ou bien anticiper ce que le jeune pense que l'autre a l'intention de dire ;
- faire des commentaires hors propos ;
- agir avant de penser ;
- regretter souvent ce qui est fait (« j'aurais dû réfléchir avant ») ;
- faire preuve d'intolérance très intense à l'attente (impatience).

Les difficultés d'attention sont décomposées :

- être facilement distrait ;
- avoir des difficultés d'organisation ;
- s'ennuyer facilement ;
- passer d'une activité à l'autre ;
- avoir des difficultés de planification, d'organisation d'activités ;
- avoir des difficultés de concentration ;
- être intolérant à la réalisation de contraintes.

Le comportement hyperactif est également décomposé :

- se sentir activé par un moteur interne ;
- être incapable de se reposer ;
- montrer une difficulté à rester assis ;
- être toujours « partant ».

Séance 2 (de groupe) : définition des symptômes en termes concrets

Il s'agit d'une « traduction comportementale » des plaintes exprimées par les patients.

Exemple : « Je fais 10 choses à la fois et je n'arrive pas à m'arrêter d'ajouter encore d'autres choses à faire. »

Nous reprenons les propos en les définissant de façon concrète :

- faire = $\leftrightarrow$: « Le verbe faire peut être dessiné sous la forme de segment, un début et une fin. Si vous dites que vous faites 10 choses en même temps, je me sentirais tenté de vous féliciter pour votre rapidité ou bien pour votre dynamisme et efficacité. » Les patients répondent systématiquement qu'ils ne sentent pas efficaces car la plupart des activités ne sont pas finies ;
- reformulation de « faire » : « Je *tente* de faire plusieurs choses à la fois » ;
- *tenter* = *— : « Le verbe tenter peut être dessiné sous la forme d'une ligne qui commence à un certain moment mais qui n'a pas d'arrêt fixe, c'est un symbole instable. Si l'on veut faire, il faudrait évaluer le nombre des choses que l'on peut faire en même temps. ».

Au cours des séances, il y a un effort d'introduction des termes adaptés aux difficultés exprimées par les patients : confrontés aux diverses difficultés pour réaliser des activités, nous essayons de trouver un dénominateur commun. En général, ils se plaignent de l'évitement ou de la forte tendance à éviter les activités ressenties comme pénibles. Nous les incitons à s'interroger sur les différentes facettes de l'évitement :

- évitement total, partiel ?
- arrêt de l'activité (raison ?)
- conséquences ?

Séance 3 (de groupe) : application de stratégies thérapeutiques

Au niveau comportemental :

- a. Décomposer la tâche à réaliser en séquences (voir [chapitre 2](#)).
- b. Identifier les idées parasites qui « sabotent » l'activité (voir [chapitre 2](#)).
- c. Favoriser avec le point b l'oubli de soi (concentration). Une des conditions indispensables à une bonne concentration est l'aptitude à ne pas penser à soi, mais à l'activité que l'on est censé réaliser (lecture, mémorisation, planification, écoute, etc.). Ceci s'obtient avec l'expérience et donc on apprend à chasser les idées nous concernant pour les reprendre plus tard.

d. Augmenter ou provoquer un sentiment d'efficacité personnelle en finissant ce que l'on doit ou souhaite faire.

Analyse des *conséquences* négatives du trouble :

- *Comportementales*. Évitements : ils sont à la base de l'anxiété (anxiété de performance, anxiété sociale, etc.).
- *Cognitives* :
 - Sentiment de ne pas être à la hauteur.
 - Perturbation des fonctions d'anticipation, de planification, etc.
 - Pensées d'impuissance, d'incapacité.
- *Émotionnelles* :
 - Estime de soi négative.
 - « Perte émotionnelle ». Lorsque le patient comprend qu'il n'existe pas de comportement (évitée ou adopté) sans vécu émotionnel, un changement important émerge : il devient conscient du fait que, par exemple, le désordre comportemental entraîne le désordre émotionnel. Plus précisément lorsqu'il interrompt systématiquement ses devoirs sans les avoir finis, le sentiment de frustration ou bien la peur d'échouer sont inévitables. On peut observer une difficulté très forte à identifier la nature de l'émotion associée aux comportements chez les hyperactifs.

Séance 4 (de groupe) : gestion émotionnelle

Le patient est apte à s'interroger sur sa vie émotionnelle, à nommer ses émotions et à tenter de les « respecter ».

Comportement inachevé = émotion inachevée.

Séance 5 : conclusion et bilan fait par chaque participant

Quelques objectifs thérapeutiques se dégagent :

- diminuer le nombre d'évitements ;
- apprendre à identifier les idées qui parasitent une tâche et à les classer en superflue ou importante mais à traiter après la tâche en absence d'urgence ;
- apprendre à adopter des conduites par séquences ;
- apprendre à identifier les émotions associées aux conduites.

Séance type vu par un patient

(Ce compte rendu de séance a été fait par l'un des adolescents ayant participé aux séances, nous le remercions de nous l'avoir remis.)

Il était demandé aux participants de noter les idées parasites survenant pendant des tâches nécessitant de se concentrer.

Bertrand : quand il fait quelque chose, il pense à ce qu'il doit faire après ou à ce qu'il n'a pas fait. Il explique qu'il fait souvent plusieurs choses en même temps : regarder la télé et écrire des mails.

Remarque du thérapeute : « Je fais plusieurs choses en même temps », en fait on devrait dire « Je tente de faire plusieurs choses en même temps ». Le problème est alors mieux défini.

Si l'on essaie de comprendre ce qui se passe quand « on fait plusieurs choses en même temps », en fait il y a une tâche principale (ex : envoyer un mail) et des distracteurs ou tâches parasites (ex : regarder la télé). Les « tâches parasites » aident à la réalisation de la tâche principale, elles aident à la concentration.

En d'autres termes, pour réaliser une activité principale que l'on a peur d'abandonner, on a besoin de distracteurs pour nous accompagner. On ne fait pas plusieurs choses à la fois, ces distracteurs sont des tâches annexes, des appuis, des soutiens.

Une autre manière de procéder, est la gestion séquentielle des tâches : l'une après l'autre.

Pour une tâche courte, on recherche l'émotion associée (« compagnie émotionnelle »), souvent c'est une émotion positive de satisfaction lorsqu'on réalise cette tâche (ce qui accroît l'estime de soi). Le problème des évitements hyperactifs est qu'ils empêchent la survenue de ces émotions positives, ils « cassent » l'émotion. Ce qui est délétère pour l'estime de soi.

Il est important d'identifier les émotions que l'on ressent, qu'elles soient positives ou négatives.

Stéphane : explique qu'en arrivant au travail, la 1^{re} heure il prend un café, a du mal à s'y mettre, c'est un temps d'approche, un temps d'ap-
privoisement de la situation, il se prépare à travailler.

Résumé des thèmes abordés lors des 5 séances

Cible principale : les évitements

Ils sont de deux types (tableau 10.1) :

TABLEAU 10.1. Évitements anxieux *versus* hyperactifs

Évitement anxieux	Évitement hyperactif
Tout le monde peut en avoir	Spécifique au TDAH
Prise de décision d'éviter	Pas de prise de décision d'éviter
Émotion : peur (⇒ anxiété)	Émotion « perdue », absence d'émotion
Anxiété anticipatoire	Absence d'anxiété anticipatoire
Conscient	Non conscient

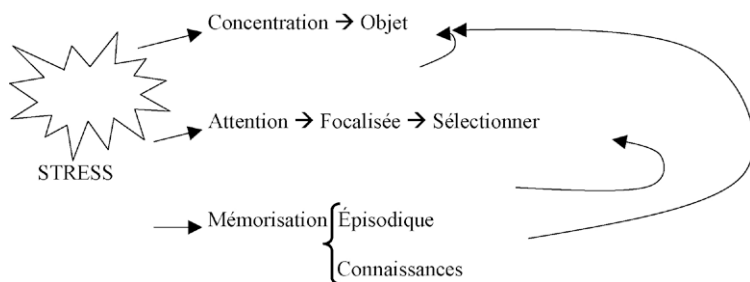


FIGURE 10.1. Stress et fonctions cognitives

- les évitements anxieux ;
 - les évitements hyperactifs (comportementaux).
- Comment « éviter d'éviter » ?
1. *Rendre l'évitement conscient.* Noter par écrit chaque jour, toutes les 2 heures, pendant 2 à 3 semaines, les évitements.
 2. *Thématiser les évitements.* Définir si l'évitement est anxieux ou hyperactif.
 3. *Ne plus éviter : de nouveaux réflexes.*
- Étape 1 : Classer par thème les activités évitées (courrier, ménage, etc.).
 - Étape 2 : Fixer un délai pour faire l'activité.
 - mail : 1 heure ;
 - lettres : 2 heures ;
 - appel téléphonique : 15 minutes ;
 - rendez-vous : 2 heures.
 - Étape 3 : Réaliser quotidiennement ces exercices.
- NB : Cette méthode permet d'apprendre à s'organiser afin de lutter contre le désordre comportemental. Faire cette liste d'évitements permet aussi peu à peu de se rendre compte que l'on peut contrôler les choses.

Le but est d'avoir le *choix* d'éviter ou de ne pas éviter.

Concentration, attention, mémorisation (figure 10.1)

Il ne faut jamais essayer de mémoriser plus de trois informations en même temps : toujours trois puis trois puis trois...

Si une idée parasite traverse l'esprit pendant la réalisation d'une tâche, il faut la noter et la réaliser plus tard.

Références

- Anderson, J., Williams, S., Mac Gee, R., & Silva, P. (1987). DSM-III Disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69–76.

- Barkley, R.A. (Ed.). (1990). *Attention Deficit hyperactivity disorder : A Handbook or diagnostics and treatment*. New York : The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (Ed.). (2000). *Taking charge of ADHD* (2nd ed.). New York : The Guilford Press.
- Brazelton, T.B. (Ed.). (1982). *Le bébé partenaire dans l'interaction. La dynamique du nourrisson* (pp. 11-27). Paris : ESF.
- Bird, H.R., Canino, G., & Rubio-Stipec, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto-Rico. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120-1126.
- Evrard, Ph. & Husson, M.C. (2006). TDAH. *Dossier du CNHIM*, janvier-février, XXVII, 1.
- Fallu, A., Richard, C., & Vincent, A. (2002). Le TDAH chez l'adulte. *Le clinicien*, 99-110.
- Finck, S. (1999). Les déficits de l'attention avec hyperactivité (TDAH) : nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire. *ANAE*, 53-54, 83-86.
- Lahey, B.B., Pelham, W.E., Schaugency, E.A., Atkins, M.S., Murphy, H.A., Hynd, G.W., et al. (1988). Dimensions and Types of Attention deficit disorder. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 27 (3), 330-335.
- Last, C.G., Strauss, C.C., & Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 726-730.
- Mc Lelland, J.M., Rubert, M.P., Reichler, R.J., & Sylvester, C.E. (1990). Attention Deficit Disorder in children at risk for Anxiety and Depression. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 29 (4), 534-539.
- Meichembaum, D.H. (Ed.). (1977). *Cognitive behavior modification*. New York : Plenum.
- Pliszka, S.R. (1989). Effect of anxiety on cognition, behavior and stimulation response in ADHD. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 28, 882-887.
- Quay, H.C., & Peterson, D.R. (Eds.). (1983). *Interim Manual for the Revised behavior Problem Checklist*. University of Miami : Coral Gables.
- Swanson, J.M., & Cantwell, D.P. (1986). Computerized assessment cognitive tests, questionnaires and interviews. *Annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Los Angeles.
- Van Zomeren, A.H., & Brouwer, W.H. (Eds.). (1994). *Clinical neuropsychology of attention*. New York : Oxford University Press.

Pour en savoir plus

- Costello, E.J., Angold, A., Burns, B.J., Stangl, D.K., Tweed, D.L., & Erkanli, A. (1996). The Great Smoky Mountain of Youth. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1129-1143.
- Gaub, M., & Carlson, C.L. (1997). Gender differences in ADHD : a meta-analysis and critical review. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 36, 1036-1045.
- Lahey, B.B., Strauss, C.C., & Frame, J. (1984). Are Attention deficit disorders with and without hyperactivity similar or dissimilar disorders ? *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 23, 302-309.
- Lahey, B.B., Schaugency, E.A., Hynd, G.W., Carlson, C.L., & Nieves, N. (1987). Attention deficit disorders with and without hyperactivity : comparison of behavioral characteristic of clinic-referred children. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 26 (5), 718-723.