

Autisme et séquelles de trouble réactionnel de l'attachement à l'âge adulte: chevauchement des symptômes

Dr HEDI KLILA^a et FABIENNE GIULIANI^{a,b}

Rev Med Suisse 2022; 18: 1330-3 | DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.788.1330

Cet article a pour ambition de rendre attentif le clinicien quant au chevauchement des symptômes de l'autisme et des séquelles des troubles réactionnels de l'attachement. Il n'est pas aisé de différencier ces deux conditions en termes de comportements, que cela soit dans les interactions sociales, la communication et les patterns de comportements stéréotypés qui peuvent conduire à un diagnostic erroné. La différence significative semble être la nature des comportements en termes qualitatifs. Dans le cas d'une évaluation diagnostique à l'âge adulte, la probabilité d'erreur est importante car les schémas d'attachement ne peuvent être évalués et seules les séquelles de l'attachement dit *insécure* peuvent être détectées. Par ailleurs, à la fin de l'article est proposé un tableau récapitulatif des symptômes présents/absents dans les deux conditions.

Autism and attachment difficulties in adulthood: Overlap of symptoms

This article explores the overlap of symptoms between autism and attachment difficulties in adulthood. Clinicians express difficulties in differentiating between these conditions contributing to misdiagnosis. Distinguishing autism spectrum behaviors from behaviors relating to disorganized attachment can be challenging. Urgency is added by the fact that the number of cases is increasing in the diagnosis of autism spectrum disorder (ASD). It is becoming increasingly recognized that ASD shares phenotypic similarities with other traditionally distinct developmental conditions. This article aims enhance the clinicians' critical reasoning regarding the patient's behavior to distinguish if its autism or attachment-related behavior disorders. For us, the clearest differentiation factor seemed to be the nature of the behavior.

INTRODUCTION

Distinguer des comportements authentiquement autistiques à ceux liés aux problèmes d'attachement n'est pas simple. Il y a un chevauchement notable entre les deux conditions en termes d'altération des interactions sociales, de la communication et des comportements stéréotypés. Les causes de ces troubles sont évidemment différentes, toutefois, les symptômes qui en résultent sont similaires, ce qui entraîne un manque de clarté dans la pose d'un diagnostic.

^aPsychiatre et psychothérapeute FMH, Rue du Midi 4, 1003 Lausanne, ^bService des troubles du spectre autistique et apparentés (STSA), Psychiatrie du développement mental, Hôpital de Cery, 1008 Prilly
hedi.klila12@bluewin.ch | fabienne.giuliani@psychologie.ch

TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA; ci-après appelé autisme) est considéré comme un trouble du développement avec une composante génétique. Les critères diagnostiques définissent l'autisme comme étant caractérisé par des déficits de la communication sociale et de l'interaction, et des patterns de comportements et d'intérêts restreints et répétitifs. La sévérité des troubles montre un degré extrême de variation, c'est pourquoi il est défini comme un spectre. Les symptômes autistiques sont présents tout au long de la vie; c'est la variation de la sévérité des symptômes qui peut changer. La personne autiste se distingue par son excès de synchronisation neuronale entraînant une surcharge de traitement de l'information et une altération de la théorie de l'esprit.^{1,2} Les personnes présentent également des symptômes supplémentaires tels que des troubles du sommeil, des problèmes gastro-intestinaux, de l'anxiété et de la dépression. L'absence de marqueurs biologiques clairement identifiés dans l'autisme rend le diagnostic difficile à l'âge adulte.

TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT

Le trouble réactionnel de l'attachement (TRA) a été introduit et conceptualisé pour la première fois par la chercheuse Main³ et provient des théories sur les carences affectives bien connues notamment grâce aux travaux de Spitz (1948), d'Harlow (1958) et de Bowlby (1969).

On parle de carences affectives lorsqu'il y a négligence, manque de soin donné à l'enfant tout autant que maltraitements physiques et/ou psychiques, abus sexuels allant jusqu'au milieu criminogène, qu'ils soient délibérés ou non par les parents.

Ainsworth et coll.⁴ ont présenté trois modèles d'attachement: sécurisant, évitant et ambivalent ou résistant. Un quatrième modèle d'attachement a été décrit ultérieurement par Main:³ désorganisé.

Il est reconnu que les enfants se trouvant dans un attachement dit *insécure* ont des troubles de développement dans les sphères sensori-motrices, intellectuelles, langagières, sociales et interactionnelles. Ils ont en plus des difficultés d'empathie, de reconnaissance et de gestion émotionnelles, des habitudes alimentaires inhabituelles; ce sont les mêmes sphères affectées dans l'autisme. S'y ajoutent les mêmes symptômes supplémentaires que pour l'autisme tels qu'anxiété et dépression.

Toutefois, il faut distinguer une personne née «autiste» d'un enfant qui a subi des carences. Le DSM-5 utilise le terme de trouble réactionnel de l'attachement (F94.1) et les séquelles sont persistantes à l'âge adulte.

PROBLÈME DES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Le DSM-5 stipule que le diagnostic de TRA ne doit être posé que lorsque l'enfant ne répond pas aux critères des TSA et par conséquent, l'autisme prime sur le trouble réactionnel. Dans le cas d'une évaluation diagnostique à l'âge adulte, la probabilité d'erreur diagnostique est encore plus importante car les schémas d'attachement ne peuvent plus s'évaluer. Seules les séquelles de l'attachement peuvent s'observer. Un examen attentif des antécédents anamnestiques est absolument nécessaire pour ne pas poser de diagnostic erroné.⁵

ALTÉRATION DES INTERACTIONS SOCIALES

L'attachement et la régulation des interactions sociales sont liés dans le développement humain. Les figures d'attachement soutiennent l'enfant vers l'élargissement de son monde social. Il a besoin d'une régulation émotionnelle stable car elle va le conduire à un fonctionnement adaptatif grâce à une flexibilité et une réactivité situationnelle. L'enfant va utiliser une figure d'attachement comme base sûre ou comme refuge pour explorer et maîtriser les situations quotidiennes,⁶ c'est pourquoi un problème d'attachement va engendrer une altération des interactions sociales.⁷

Le défi est de distinguer les conséquences d'un TRA de celles d'un TSA puisque les mêmes altérations du développement sont présentes. La différence majeure est qu'un TRA est acquis et un TSA est partiellement inné. L'élément commun pourrait être la régulation émotionnelle défaillante avec une différence majeure dans cette régulation: la personne autiste manque de flexibilité² tandis que la personne TRA est trop réactive.

PROBLÈME DE COMMUNICATION

Il est clair que le TRA tout autant que le TSA ont un impact sur la communication. Dans le TRA, Borelli et coll.⁸ ont rapporté que les enfants ont un niveau de cortisol plus élevé associé au stress social. Dans l'autisme, les résultats sont mitigés, certains auteurs confirment la présence d'un niveau de cortisol plus élevé et d'autres d'un niveau inférieur que la population générale.⁹ Dans les deux conditions, il apparaît une narration pauvre émotionnellement, des difficultés de réciprocité et un contact visuel atypique.

PATTERNS DE COMPORTEMENT STÉRÉOTYPÉS ET RESTREINTS

La manifestation des patterns de comportement entre TRA et TSA est en partie similaire. Main¹⁰ a fourni des descriptions intéressantes de différence entre des enfants TSA et/ou TRA. Sa taxinomie³ a permis de classifier des patterns de compor-

tement contradictoires, des mouvements et expressions non dirigés, des stéréotypies et mouvements asymétriques, des expressions figées. Par exemple, des «mouvements rythmiques et répétés sans fonction visible» sont un indicateur d'attachement désorganisé tandis que «les mouvements moteurs stéréotypés et répétitifs avec utilisation d'objets ou de parole» le sont pour le TSA.

SIMILITUDES PHÉNOTYPIQUES

La majorité des études évaluant l'attachement utilise la procédure «Strange Situation Procedure (SSP)».⁴ Celle-ci observe la qualité de l'interaction de l'enfant lorsqu'il est face à un environnement nouveau avec des personnes inconnues et la présence ou l'absence d'une personne rassurante. Cette procédure permet de noter les comportements dans différents contextes. On cote les comportements en fonction des figures d'attachement (sécure, évitant, ambivalent/résistant, désorganisé). Les enfants ayant un attachement *sécure* montrent des signes de comportement dit sécurisant tandis que les enfants ayant un attachement évitant montrent des comportements d'évitement, ont peu de signes d'affection envers la personne connue et sécurisante et peu de détresse pendant la séparation. Les enfants ambivalents ou résistants ont une faible exploration de la pièce, montrent beaucoup de signes de détresse pendant la séparation et combinent des manifestations de détresse et de colère lorsqu'il y a des tentatives de rapprochement de la personne sécurisante. Les enfants dont l'attachement est désorganisé ont des comportements bizarres (immobilisme, postures recroquevillées, postures complexes). Ils ne montrent pas de signes d'affection/détresse et semblent dissociés; il apparaît des stéréotypies dans les moments d'insécurité. Dans l'autisme, les stéréotypies sont présentes dans des contextes plus larges puisqu'ils ont la fonction de canalisation de l'attention. Pour Main,³ la différence entre ces deux conditions semble être la nature des comportements. Il est important de considérer le contexte d'apparition des comportements, leur fonction et leur signification.

Les méta-analyses ont révélé que d'un point de vue interculturel, environ 70% des enfants se trouvent dans la catégorie «sécurisante», 20% dans la catégorie «évitante» et 10% comme «ambivalente/résistante».¹¹

Dans l'autisme, les déficits suivent un schéma qui va d'une approche sociale anormale à une réduction des émotions jusqu'à l'incapacité d'initier ou de répondre aux interactions sociales. Cet évitement apparaît similaire à celui de la classification de l'évitement dans le système d'Ainsworth. Il existe également des similitudes symptomatiques entre les comportements désorganisés et les patterns de comportement restreints et stéréotypés autistiques comme les asymétries d'expressions faciales lors de l'apparition du parent. Le clinicien va coter des anomalies d'expression ou de comportement dont l'origine est radicalement différente – pour le TRA, c'est un problème exogène d'attachement et pour le TSA, c'est un problème endogène.

Moran et coll.¹² ont tenté de définir ce chevauchement (TRA vs TSA) en développant la grille de Coventry. On y trouve par exemple une distinction entre les routines, le langage

TABLEAU 1 Distinction des symptômes présents/absents dans les deux conditions

ADI-R: Autism Diagnostic Interview-Revised; TRA: trouble réactionnel de l'attachement; TSA: trouble du spectre de l'autisme.
 aTiré de l'ADI-R; bTiré de la Ainsworth Strange Situation Procedure.

Distinction des symptômes présents dans les deux conditions		TSA ^a		TRA ^b	
A	Anomalies qualitatives dans l'interaction sociale réciproque	Oui	Non	Oui	Non
1.	Échec dans l'utilisation de comportements non verbaux pour réguler l'interaction sociale	x		x	
	• Regard	x		x	
	• Sourire social	x		x	
	• Diversité des expressions faciales utilisées pour communiquer	x			x
2.	Échec dans le développement des relations sociales avec les pairs	x		x	
	• Jeu imaginatif avec les pairs	x		x	
	• Intérêt pour les autres enfants	x			x
	• Réponse à l'approche des autres enfants	x			x
	• Jeu de groupe avec les pairs	x		x	
	• Amitiés	x			x
3.	Manque de plaisir partagé	x			x
	• Montrer et diriger de l'attention	x		x	
	• Offre de partage	x			x
	• Chercher à partager son plaisir avec les autres	x			x
4.	Manque de réciprocité socio-émotionnelle	x		x	
	• Utilisation du corps pour communiquer	x		x	
	• Offre du réconfort	x		x	
	• Qualité des ouvertures sociales	x		x	
	• Expressions faciales inappropriées	x		x	
	• Adéquation des réponses sociales	x			x
B	Anomalies qualitatives dans la communication	Oui	Non	Oui	Non
1.	Manque ou retard de langage parlé et échec de compensation par des gestes	x		x	
	• Pointer pour exprimer l'intérêt	x			x
	• Hochement de tête	x			x
	• Mouvement de la tête pour dire «non» ou «oui»	x			x
	• Gestes conventionnels/instrumentaux	x		x	
2.	Échec relatif pour initier ou soutenir un échange conversationnel	x		x	
	• Verbalisation sociale et bavardage	x			x
	• Conversation réciproque	x		x	
3.	Langage stéréotypé, répétitif ou idiosyncrasique	x		x	
	• Énoncés stéréotypés et écholalie	x		x	
	• Questions ou remarques inappropriées	x			x
	• Inversion pronominale	x			x
	• Néologismes/langage idiosyncrasique	x			x
4.	Manque de variété dans les jeux de faire semblant ou d'imitation sociale	x			x
	• Imitation spontanée d'actions	x			x
	• Jeu imaginatif	x			x
	• Jeu social imitatif	x		x	
C	Patterns de comportements restreints, répétitifs et stéréotypés	Oui	Non	Oui	Non
1.	Préoccupations envahissantes ou intérêts restreints	x		x	
	• Préoccupations inhabituelles	x		x	
	• Intérêts restreints	x		x	
2.	Adhésion apparemment compulsive à des routines ou à des rituels non fonctionnels	x			x
	• Rituels verbaux	x			x
	• Compulsions/rituels	x		x	
3.	Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs	x		x	
	• Maniérismes des mains et des doigts	x		x	
	• Autres maniérismes complexes ou mouvements stéréotypés	x		x	
4.	Préoccupation pour des parties d'objets ou des éléments non fonctionnels du matériel	x			x
	• Utilisation répétitive d'objets ou intérêt pour des parties d'objets	x			x
	• Particularités sensorielles	x			x

répétitif, les particularités alimentaires, l'attachement aux objets, le jeu atypique et les interactions sociales.

Dans une revue récente,¹³ les auteurs ont montré que le taux d'attachement *sécore* chez les enfants TSA variait de 40 à 63%. Ce chiffre est légèrement inférieur au taux d'attachement *sécore* chez les enfants dits neurotypiques, toutefois il permet de ne pas faire d'amalgame entre TSA et TRA.

Du point de vue de l'évaluation diagnostique, le clinicien s'appuie sur une gamme d'observations comportementales normalisées (ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) et ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule – Second Edition)), d'entretiens et de mesures rétrospectives pour les adultes. Malheureusement, ces outils sont incapables de différencier l'autisme du trouble de l'attachement.

Le **tableau 1** rend compte du chevauchement des symptômes. Il a été rédigé de manière synthétique afin de permettre de distinguer les anomalies des deux conditions.

CONCLUSION

L'étude des facteurs relationnels associés à l'autisme a été un domaine de recherche négligé à la suite des travaux de Bettelheim¹⁴ sur les causes de l'autisme, dont on sait aujourd'hui qu'ils blâmaient inutilement les mères.

McKenzie et Dallos⁵ montrent à quel point il est difficile de différencier l'autisme des séquelles de l'attachement tant les symptômes sont similaires et que la distinction absolue au niveau individuel conservera probablement une certaine incertitude. Une approche intégrative semble nécessaire avec l'anamnèse et une analyse systémique des modèles interactionnels dans différents contextes (patient-clinicien; travail; famille; amis) en n'omettant pas les facteurs individuels. Le patient adulte qui consulte pour un diagnostic a souvent fait correspondre ses symptômes à des critères diagnostiques – généralement – de TSA.¹ Cette approche intégrative pourrait être particulièrement utile pour comprendre les raisons biologiques, développementales et relationnelles potentiellement complexes et interdépendantes pour lesquelles la personne

présente des symptômes qui ressembleraient à l'autisme. L'analyse spécifique et idiographique des relations et des expériences autour de la personne permettrait de discriminer l'autisme d'un TRA.

Bien évidemment, certaines personnes peuvent être à la fois autistes et avoir des séquelles de l'attachement *insécore* à cause de leurs particularités. La population autiste a un risque accru de vivre des événements traumatiques et d'en être considérablement affectée.¹⁵

Cet article a pour objectif d'apporter quelques pistes pour effectuer cette distinction mais surtout pour accroître la conscience critique des cliniciens. Le nombre de cas diagnostiqués TSA ayant augmenté, il y a une certaine urgence à ne pas confondre ces deux diagnostics étant donné que les conséquences en termes de prise en charge seront d'autant plus importantes, et les réponses psychothérapeutiques favorables.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le diagnostic d'autisme (TSA) a la primauté sur le trouble réactionnel de l'attachement (TRA)
- Dans les deux conditions (TRA et TSA), nous avons les mêmes altérations du développement. La différence majeure est qu'un TRA est en partie acquis et un TSA est partiellement inné
- Dans le cas d'une évaluation diagnostique à l'âge adulte, la probabilité d'erreur diagnostique est importante car les schémas d'attachement ne peuvent plus être évalués, seules les séquelles de l'attachement peuvent être observées
- Certaines personnes peuvent être à la fois autistes et avoir des séquelles de l'attachement
- Le nombre de cas diagnostiqués de TSA ayant augmenté, il y a une certaine urgence à ne pas confondre ces deux diagnostics

1 **Klila H, Giuliani F. Trouble du spectre de l'autisme chez l'adulte verbal sans déficience intellectuelle (syndrome d'Asperger). Rev Med Suisse 2021;17:751-3. Disponible sur : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33852211.

2 Giuliani F, El Korh P. Troubles du spectre de l'autisme : stratégies compensatoires. Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother 2016;167:125-9.

3 *Main M, Solomon J. Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented During the Ainsworth Strange Situation. In Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention. Chicago: University of Chicago Press, 1990:121-60.

4 Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.

5 McKenzie R, Dallos R. Autism and

Attachment Difficulties: Overlap of Symptoms, Implications and Innovative Solutions. Clin Child Psychol Psychiatry 2017;22:632-48. DOI: 10.1177/1359104517707323.

6 *Brumariu LE, Kerns KA. Parent-Child Attachment and Internalizing Symptoms in Childhood and Adolescence: A Review of Empirical Findings and Future Directions. Dev Psychopathol 2010;22:177-203. DOI: 10.1017/S0954579409990344.

7 Saarni C. The Development of Emotional Competence. New York: Guilford Press, 1999.

8 Borelli JL, West JL, Weekes NY, Crowley MJ. Dismissing Child Attachment and Discordance for Subjective and Neuroendocrine Responses to Vulnerability. Dev Psychobiol 2014;56:584-91. DOI: 10.1002/dev.21107.

9 **Hadwin JA, Lee E, Kumsta R,

Cortese S, Kovshoff H. Cortisol Awakening Response in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis. Evid Based Ment Health 2019;22:118-24. DOI: 10.1136/ebmental-2019-300098.

10 Coughlan B, Marshall-Andon T, Anderson J, Reijman S, Duschinsky R. Attachment and Autism Spectrum Conditions: Exploring Mary Main's Coding Notes. Dev Child Welf 2019;1:76-93. DOI: 10.1177/2516103218816707.

11 Mesman J, van IJzendoorn MH, Sagi-Schwartz A. Cross-Cultural Patterns of Attachment. In Cassidy J, Shaver PR (ed.). The Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications. New York: The Guilford Press, 2016:852-77.

12 Moran H. Clinical Observations of the Differences Between Children on the Autism Spectrum and Those with

Attachment Problems: the Coventry Grid. Good Autism Practice (GAP) 2010;46-59.

13 Teague SJ, Gray KM, Tonge BJ, Newman LK. Attachment in Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. Research in Autism Spectrum Disorders 2017;35-50. DOI: 10.1016/j.rasd.2016.12.002.

14 Bettelheim B. The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self. New York (NY): The Free Press, 1967.

15 Haruvi-Lamdan N, Lebendiger S, Golan O, Horesh D. Are PTSD and Autistic Traits Related? An Examination Among Typically Developing Israeli Adults. Compr Psychiatry 2019;89:22-7. DOI: 10.1016/j.comppsy.2018.11.004.

* à lire

** à lire absolument