Les cahiers de la SIPsyM N° 57

Troubles du spectre autistique et trouble de personnalité borderline : comorbidité et difficulté de diagnostic chez la femme

Giuliana Galli Carminati[1], Gregory Zecca[2], Federico Carminati[3]

N° 57, 15 octobre 2024

Introduction

Le but de cet article est de sensibiliser les cliniciens à la présence concomitante des troubles du spectre autistique avec des troubles de personnalité borderline.

Dans le passé l'un des auteurs, dans sa pratique clinique avec la psychiatrie du retard mental, avait remarqué que les outils de soins, par exemple en hôpital de jour, avaient des caractéristiques semblables, c'est-à-dire, avaient besoin de caractéristiques semblables pour être efficaces, dans la population autiste (ASD Autistic Spectrum Disorder) et avec trouble de personnalité borderline (BPD Borderline Personality Disorders) s'agissant de personnes avec retard mental à différents degrés. L'observation d'une trajectoire thérapeutique semblable dans les deux populations pourtant différentes sur le plan du diagnostic avait amené à une réflexion qui a continué dans la pratique clinique auprès d'une population avec des capacités intellectuelles normales, présentant des désordres du Spectre Autistique ou des troubles de personnalité borderline.

Nous avons observé chez des patients porteurs d'un diagnostic de trouble de personnalité type borderline des caractéristiques de dérèglement émotionnel et sensitif, une difficulté à imaginer ce que les autres peuvent penser, des conduites d'automutilation et une très basse estime de soi, superposables aux caractéristiques typiques des patients pour lesquels un diagnostic de syndrome d'Asperger avait été posé par des collègues ou dans notre cabinet.

Une excellente étude très récente (Dell'Osso et al., 2023) à travers une analyse très étayée de la littérature la présence de comorbidité et de superposition des deux désordres, mais aussi ce qui est probablement aussi intéressant une importante présence de symptômes autistiques sous le seuil dans la population PBD.

En particulier (Dell'Osso et al., 2021, 2022; Hofvander et al., 2009) les femmes semblent montrer des difficultés sociales moins importantes, non pas parce qu'elles en ont moins, mais parce que leur capacité de camouflage est meilleure.

[1] MD, PhDs, physicienne, psychiatre psychothérapeute FMH, Professeur adjoint à l'Université de Séoul (Hôpital de Bundang), membre de l'Institut de Psychanalyse Charles Baudouin, fondatrice et didacticienne de la Société Internationale de Psychanalyse Multidisciplinaire, ancienne Privat-Docent et chargée de cours à l'Université de Genève.

[2] Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP et hypnothérapeute SHYPS en cabinet indépendant à Lausanne, chercheur indépendant.

[3] Physicien, membre de l'Institut de Psychanalyse Charles Baudouin, didacticien de la Société Internationale de Psychanalyse Multidisciplinaire

Ce type d'attitude peut donner provisoirement des bons résultats d'acceptation sociale, mais dans le moyen terme elle amène une fatigue intellectuelle gravissime, stress, anxiété et dépression (Dudas et al., 2017; Hull et al., 2017; Willey, 2015). Le camouflage typiquement présent chez les femmes ASD, peut engendrer une expressivité, souvent artificielle et dramatique et un style communicatif souvent inadéquat qui est typique des PBD. Par ailleurs les troubles alimentaires, anorexie et ou boulimie, fréquemment présentes dans les deux diagnostics, peuvent en effet être une forme spécifique d'intérêt restreint. La présence fréquente de troubles alimentaire dans les deux populations pourrait orienter le diagnostic et les soins de ces désordres avec une possible reconceptualisation des troubles alimentaires selon une piste neurodéveloppementale (Carpita et al., 2022; Pini et al., 2016). Dans cet ordre d'idées, une vision imprécise du trouble autistique chez la femme peut amener à une erreur diagnostique orientée vers les troubles alimentaires et ou le PBD en passant à côté d'un trouble autistique parce que les cliniciens n'ont pas l'habitude de chercher les traits autistiques chez les femmes (Soloff, 2000).

D'autres auteurs, dans une étude sur la population féminine avec les deux diagnostics mettent en avant un possible défaut de mentalisation ce qui n'est pas en contradiction avec une hypersystématisation de compensation (Rydén et al., 2008). Une basse empathie et haute systématisation est souligné aussi dans l'étude de Dudas et al. (Dudas et al., 2017) et López-Pérez (López-Pérez et al., 2017) met en avant la carence en Theory of Mind dans ces deux populations. Anckarsäter et al. (Anckarsäter et al., 2006) soulignent qu'un désordre du développement tel que ASD si non diagnostiqué précocement dans l'enfance, peut être identifié comme un trouble de personnalité à l'âge adulte. Nanchen (Nanchen et al., 2016) remarque des scores dans l'EQ (Empathy Quotient) plus bas dans les groupes ASD et ASD+ PBD, par rapport au groupe PBD mais que les groupes ASD et PSD ont des scores plus hauts pour la systématisation (SQ-test). L'importante capacité à systématiser suggère un mécanisme de compensation à la très haute instabilité émotionnelle qui caractérise les deux groupes.

Dans la population autiste, l'alexithymie et l'anxiété sont pratiquement toujours présentes (Afif et al., 2022; Hollocks et al., 2019; Kinnaird et al., 2019; Poquérusse et al., 2018), et montrent comment la compréhension de ses émotions est pauvre. Les patients avec personnalité borderline sont aussi confrontés à un manque de compréhension de ses propres émotions dans un registre plus théâtralisant et excessif (Edwards et al., 2021).

L'éducation d'un enfant et d'un adolescent présentant un TSA constitue un certain défi pour les parents, source de stress plus important en comparaison aux parents d'enfants à trajectoire neurotypique (Ni'matuzahroh et al., 2021; Pastor-Cerezuela et al., 2016). Ces parents semblent présenter de moins bonne capacité de coping associé à une qualité de vie moindre impliquant des difficultés dans l'éducation. Dès lors, l'on peut faire l'hypothèse que la méconnaissance du fonctionnement atypique peut engendrer des difficultés d'ajustement entre parents et enfant TSA dans la mesure où le manque de connaissance du fonctionnement spécifique lié à l'autisme peut engendrer des décalages entre pratiques éducatives et besoins éducatifs spécifiques liés à l'enfant autiste. L'éducation d'un enfant avec TSA implique également des enjeux dans le fait de voir gérer des comportements dits « défis » comme l'irritabilité, l'anxiété ou encore la non-compliance (O'Nions et al., 2018). L'on peut imaginer dès lors que certains désajustements par manque de connaissance du fonctionnement peuvent amener à des formes de violences éducatives ordinaires qui vont avoir un impact stressogène et parfois traumatique sur le développement de l'individu TSA. Ce désaccordage entre environnement et individu (comme postulée par les théories tempéramentales de Thomas et Chess (Thomas & Chess, 1977)) peut

amener à l'apparition de symptômes supplémentaires et éventuellement conduire à l'apparition de traumas développementaux complexes, surtout si les parents en viennent à développer des pratiques éducatives coercitives et répétées par épuisement. L'on peut imaginer que les enfants et adolescents TSA peuvent ne pas répondre aux incitations éducatives des parents comme des enfants neurotypiques et dès lors induire des comportements plus sévères et agressifs envers leurs enfants. Il semble que la non-compréhension des besoins spécifiques, tout comme le désaccordage, peut favoriser des traits du registre borderline comme certains traits caractériels. Certains vécus peuvent également être source de grand stress et, s'ils sont mal compris, peuvent induire des réactions agressives de la part de la personne TSA. Par exemple, l'apparition des règles et les changements hormonaux associés peuvent générer un inconfort tel chez la femme TSA (en raison de l'hypersensibilité) qu'elle en développe des comportements agressifs vis-à-vis de l'entourage. Ces comportements s'ils ne sont pas bien compris par l'entourage, peuvent se chroniciser et impliquer une réponse sur un mode borderline lors d'inconforts futurs.

Vignette 1

Cette vignette raconte la situation d'une patiente que nous avons suivie à notre cabinet pendant plusieurs années. La patiente a accepté que sa situation puisse être une illustration clinique dans le cadre de cet article. Il s'agit de Madame Forli (nom d'emprunt) qui est une femme dans la cinquantaine quand elle vient consulter à notre cabinet. Elle nous a été orientée par le réseau de soins psychique publics suite à une hospitalisation longue en milieu psychiatrique. Il ne s'agissait pas de sa première hospitalisation : Madame Forli a été hospitalisée de manière cyclique depuis le milieu de la trentaine. Elle bénéficie également d'une rente d'invalidité à 100% depuis cette période. Elle est divorcée et mère de deux enfants dans la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte au moment du début du suivi psychiatrique et psychothérapeutique. Elle bénéficiera pendant sa prise en charge d'une séance de suivi psychiatrique et d'une séance de psychothérapie hebdomadaires pendant six ans. Pendant cette période, elle participera ponctuellement à un groupe de parole destiné aux patients en situation de difficultés sociales au vu de son statut de rentière de l'assurance invalidité.

Au niveau professionnel, précisons que Madame Forli a effectué des études d'architecture qu'elle a arrêtées en cours de route pour effectuer une formation de géomètre. Elle n'a cependant pratiqué ce métier que durant un à deux ans après avoir été diplômée. Par ailleurs, elle a travaillé également comme secrétaire pendant plusieurs années jusqu'à ce que ses troubles psychiques l'aient empêchée d'être employable dans la trentaine.

Dans son parcours de soins, plusieurs diagnostics lui ont été posés, ceux de trouble de la personnalité borderline et de trouble schizoaffectif associé à un trouble anxio-dépressif récurrent. Avant d'arriver à notre cabinet, Madame Forli a bénéficié de plusieurs suivis psychiatriques et psychothérapeutiques en ambulatoire. Dans la mesure où elle présentait un triple diagnostic, il nous a semblé que ce qu'elle appelait voix et qui avait été perçu comme des hallucinations auditives faisait davantage référence à un dialogue interne qui était présent en boucle et qui ressemblait curieusement au loop mental.

Madame Forli se présente régulièrement en séance dans un état d'angoisse : elle est très anxieuse en raison des tâches administratives et ménagères à effectuer à la maison. Elle se plaint souvent de son état psychique et d'une fatigue chronique. Elle présente également une fatigue et une fatigabilité importantes qui la mènent à développer une paralysie dans ses décisions. Elle se plaint beaucoup d'entendre des voix, notamment au réveil (ce qui avait semble-t-il motivé le

diagnostic de trouble schizoaffectif). Pendant les premiers mois du suivi et lorsque nous lui proposions des liens entre ce qui lui arrivait au quotidien et ses angoisses, elle avait tendance à nous appeler dans des états de crise plusieurs fois par semaine. Elle pouvait être clivée par rapport à ses vécus affectifs. Par exemple, alors qu'elle souffrait d'un cancer du sein, elle n'arrivait pas à faire le lien entre ses angoisses et ses états de crise et les rendez-vous médicaux au service d'oncologie. Au fur et à mesure du suivi, ces appels de crises ont diminué au vu du fait qu'elle arrivait mieux à gérer le stress que pouvaient générer en elle certaines interprétations qui pouvaient lui être faites. Elle était souvent en état de crise dès qu'elle se sentait abandonnée, notamment lorsque ses enfants ne réagissaient pas à ses états de détresse émotionnelle, tout comme lorsqu'ils partaient en vacances. De plus, elle peinait à s'occuper au quotidien, ce qui a motivé, après quelques mois de suivi, une prise en charge dans un centre occupationnel de jour trois jours par semaine où elle s'occupait avec des activités en lien avec la couture.

Certains éléments nous ont fait penser à la présence d'un trouble du spectre de l'autisme léger associé à un trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH). En effet, Madame Forli semblait présenter des difficultés au niveau interpersonnel en raison de la mécompréhension de certains aspects de la communication sociale et de difficultés de théorie de l'esprit. Par ailleurs, elle présentait un discours en spirale caractérisé par le fait de se répéter en séance et amenant les mêmes sujets de semaine en semaine. Au niveau des symptômes du TDAH, elle rapportait rencontrer des difficultés à se concentrer sur des tâches ennuyeuses et répétitives comme le fait de faire la vaisselle ou encore de la difficulté à maintenir une attention soutenue. Elle se plaignait notamment de ne pas réussir à se concentrer pour lire un livre lorsqu'elle était seule chez elle. Elle présentait également une hyperactivité mentale avec une tendance à beaucoup ruminer ce qui alimentait ses angoisses et ses symptômes dépressifs. Elle était sujette à l'hyperphagie. Le manque de cadre était également un élément qui lui desservait au quotidien. En effet, elle rapporte avoir été quelqu'un d'assez organisée quand elle travaillait ou quand elle devait s'occuper de ses enfants quand ils étaient à l'école obligatoire. L'amoindrissement des cadres du quotidien a favorisé chez elle l'augmentation de certains de ses symptômes.

Dans une anamnèse du parcours enfantin et scolaire plus fouillée nous avions en effet retrouvé des éléments évocateurs d'un trouble du développement. Mme Forli rapporte avoir eu de bonnes relations avec ses parents. Cela étant, elle présentait des difficultés de compréhension du monde social, dans la mesure où elle vivait ce dernier différemment de la plupart des gens avec une grande tendance au camouflage social, à la suradaptation et naïveté propres au fonctionnement autistique. Ces derniers éléments ne semblaient pas être perçus par ses parents. Elle rencontrait également une difficulté à exprimer ses besoins de manière claire vis-à-vis de ces derniers entre autres, ce qui a pu impliquer le fait qu'elle se soit coupée de ses propres besoins pour ne pas les contrarier. Par exemple, elle décrit avoir passé de longues journées à devoir étudier avec sa mère (qui était une universitaire formée à l'étranger et qui n'a pas pu enseigner son métier en Suisse) alors qu'elle était dans la puberté. Chaque jeudi (qui était le jour de congé scolaire dans la semaine dans les années 1970), alors qu'elle désirait aller jouer avec ses camarades, elle était obligée et se sentait obligée de suivre les cours particuliers que sa mère lui donnait sans montrer un signe de rébellion adolescente. Dès lors, Madame Forli inhibait ses désirs pour ne pas décevoir l'autre et se contraignait fortement à répondre aux exigences de l'autre en écrasant son identité propre ce qui de manière chronique et répétée a pu prendre une allure traumatique par usure psychique. Par ailleurs, elle semblait opérer avec le même fonctionnement avec ses pairs, ce qui a pu contribuer à l'apparition de traits abandonniques notamment lors de séparations et de ruptures de liens (comme, celles qui peuvent arriver avec les changements de niveaux

scolaires et les changements d'école) avec ses amis. Elle rapporte avoir pu se faire avoir également dans ses relations amicales et amoureuses pendant cette période et même au-delà dans sa vie de jeune adulte. En plus de sa naïveté, elle semblait présenter des difficultés d'affirmation de soi dans les relations, ce qui a pu ouvrir la porte à des situations sociales abusives de la part des autres qui ont pu avoir un effet traumatique sur le moyen à long terme. Ces éléments ont pu favoriser l'apparition du trouble de la personnalité dans la mesure où Madame Forli pouvait être en décalage avec le monde social dans lequel elle vivait.

Vignette 2

Cette vignette ne raconte pas la vie et la situation d'une patiente mais est un mélange de différentes situations cliniques auxquelles les auteurs se sont confrontés. L'histoire clinique qui en ressort est un paradigme des embouches diagnostiques auxquels les personnes avec trouble du spectre autistique et troubles de personnalité borderline sont souvent exposées.

Mme Samhir est une femme dans la deuxième moitié de la cinquantaine, élégante d'une élégance un peu datée année 80, svelte, légèrement tendue, elle demande un RDV en revenant d'un séjour de repos dans un centre thermal semi-médicalisé. Mme se dit fatiguée et peu en forme même si le séjour a été en effet agréable, elle me dit se sentir en éternelle convalescence et ceci depuis dix ans, ce qui est un beaucoup.

La raison d'avoir demandé un RDV vient du fait qu'elle avait lu certains de mes articles sur les troubles du spectre autistique. Mme Samhir est chimiste de formation et avait travaillé 10 ans dans une grande Maison Pharmaceutique, pour rentrer ensuite dans un Centre de Consulting dont l'ambiance lui semblait moins stressante. Depuis plus de douze ans elle ne travaille plus, un très long arrêt maladie avait terminé sa vie de travail, elle avait reçu sans surprise, sa lettre de licenciement et n'avait plus cherché à retravailler, en effet la situation avait été beaucoup plus compliquée et de gestion difficile, mais ceci arrivera à faire surface dans le récit, plus tard.

Mme Samhir a un long parcours de suivis psychothérapeutiques, débuté dans l'enfance, arrêté des longues années pendant l'adolescence et la jeunesse, repris « en force » essentiellement après son divorce, dans différentes orientations, elle a aussi fait de la méditation, de la médecine naturelle, a eu différents traitements pharmacologiques.

Son dernier psychiatre, prochainement à la retraite lui a conseillé de trouver un autre psychiatre pour le suivi, Mme Samhir dit, tout en comprenant ses raisons, se sentir abandonnée par lui et garde une petite rancune à son égard.

Mme Samhir est divorcée depuis 10 ans, ses deux enfants, une fille et un garçon sont des adultes et elle a au total 4 petits enfants qu'elle voit de temps en temps. Quand je lui demande si elle vit actuellement avec un partenaire, Mme Samhir avoue que les relations de couple ne l'intéressent pas, non pas parce qu'elle n'y est pas intéressée au sens strict du terme, mais parce qu'elle craint de ne pas arriver à gérer un partenaire masculin dans sa vie qui lui semble déjà bien trop compliquée. Elle vit depuis quelques années avec une dame du même âge avec laquelle elle partage une profonde amitié et un lien d'entraide que Mme Samhir définit comme indispensable à sa survie.

Son ex-mari, un homme d'affaires d'origine nord-américaine, qui a su arriver à une excellente situation économique, n'a plus aucun contact avec elle. Le mariage qui a tout de même duré presque 3 lustres, a été souvent conflictuel mais encore plus souvent solitaire car Mme Samhir vivait une forme de célibat avec enfants, plutôt qu'une vie de couple.

Mme m'avoue avoir une grande peur des médicaments en général et son passé de chimiste il y est pour quelque chose, et qu'elle a surtout très peur de prendre des médicaments anxiolytiques et d'en devenir dépendante mais elle avoue que sans « sa dose » comme elle décrit cette attitude, elle n'arrive plus à vivre correctement, devient tendue, irascible, se met en conflit avec les voisins et n'arrive plus à gérer sa vie au quotidien.

Après quelque RDV nous établissons un rythme de séances toutes les 2 semaines auxquelles Mme Samhir vient avec grande régularité. Le traitement antidépresseur est aussi religieusement suivi.

Mme Samhir a eu un lien difficile avec ses parents, son mariage en fut un symptôme car elle m'avoue avoir décidé de se marier avec son ex-mari pour les contrarier car ils trouvaient son futur mari d'un niveau social et d'une mentalité trop différente et ils auraient préféré « un bon mariage bien traditionnel avec un bon suisse de chez nous ». De ma part j'ai tout de même la sensation que Mme a fait un mariage d'amour, peut-être même trop, qu'elle a été passionnément attirée par cet homme qui venait d'un autre univers et qu'elle avait besoin de se libérer d'une contrainte familiale et sociale qui lui pesait beaucoup.

En revenant en arrière je retrouve chez cette femme brillante dans les études, une grande anxiété en lien avec la pression parentale pour la réussite scolaire et académique.

Au fur et à mesure que la thérapie avance Mme Samhir me parle des peurs déchirantes à l'entrée de classe, d'une fuite continuelle dans des comportements à la fois de retrait et impulsifs quand la pression et le stress devenaient trop forts.

Heureuse dans la petite école de la première enfance où elle connaissait les copines et les maîtresses, au moment de changer d'école elle avait vécu un véritable raz de marée. En effet, et ceci arrivera à la surface beaucoup plus tard au cours du récit de Mme Samhir, dans la petite école on la laissait tranquille, elle prenait des heures pour perfectionner ses dessins, on la laissait tranquille dans son coin sans la solliciter d'avantage si elle avait besoin de rester seule et de rêvasser.

Le parcours vers la nouvelle école était fait régulièrement en pleurs, devant la porte de la classe elle avait la sensation que le regard des autres allait l'écraser, se sentant plutôt que dans une classe enfantine au tribunal. Ce récit du passé scolaire, arrive après quelque mois de thérapie, et il est revécu à plusieurs reprises comme si, au fond le temps n'avait jamais passé et l'enfant devant la porte certes était devenu adulte et utilisait les mots d'un adulte, mais restait un éternel enfant brisé. Même le mot tribunal, n'était pas celui d'un enfant, car les enfants vont très rarement devant un juge, n'était pas celui d'un récit d'enfant, mais l'adulte devant moi revivait à jamais une histoire de peur écrasante du jugement de l'autre.

Mme Samhir parlait des psychologues scolaires sans agressivité, elle les avait trouvées, car elles étaient toujours des femmes, accueillantes et gentilles, mais s'était opposé à leur conseil de redoubler la classe. Mme étant « bonne à l'école » ne voulait pas perdre à nouveau ses copines bien qu'elle craignît tellement. Dans un miracle d'incohérence cet enfant souffrait le martyre mais voulait à tout prix « être normal » et trouvait du bon à son martyre .

En continuant son histoire d'études, Mme Samhir me disait qu'elle était sortie avec des assez bonnes notes de la faculté de Chimie. Mme Samhir avoue que pendant la dernière année, avec des laboratoires très denses et le travail de diplôme elle avait éprouvé beaucoup de peine à se concentrer et à trouver l'élan pour finaliser les études.

Mme se sentait, aussi, larguée par sa famille qui lui semblait n'attendre que le diplôme « pour se libérer d'elle », au point que même la fête qui avait suivi la soutenance lui avait semblé fausse.

J'avais tendance à mitiger ces affirmations mais je sens que Mme était dans le tout ou rien, et pour tout on frise l'absolu et pour rien on plonge dans l'abîme, il n'y avait pas de demi-mesures, en tout cas Mme n'arrivait simplement pas à comprendre comment percevoir la réalité (interne et externe) en demi-mesure.

Mme Sahmir avait trouvé ensuite sans trop de problèmes un travail bien payé, avait grimpé les échelons de la hiérarchie pendant les premiers 5 ans et ensuite avait commencé à perdre vitesse, à multiplier les conflits avec les collègues et la hiérarchie, les difficultés relationnelles, à s'ennuyer ferme au travail. Sa carrière avait ralenti jusqu'à une digne mais terriblement barbante voie de garage.

Les deux grossesses s'étaient passées bien, mais il était évident que le mari avait une vision du couple où la femme s'occupe des enfants et de la maison et peu importe si elle amène un salaire, aussi, et donc une certaine aisance, en étant convaincu que c'est lui le chef et le grand travailleur.

Le manque de dialogue et une grande solitude ressentie par Mme l'avaient décidé à la séparation et au divorce, très mal accepté par Monsieur.

Dans ce moment difficile sur le plan conjugal, Mme Samhir avait décidé de quitter son employeur et avait trouvé un nouveau travail dans un Centre de Consulting, cette activité mois prenante et avec moins de perspectives lui avait paru un bon compromis face au besoin de gestion de sa famille, l'éducation des enfants pesant maintenant complètement sur ses épaules. Mme Samhir me disait de s'être longuement interrogée sur ses décisions, de séparation, ensuite de divorce et de changement de travail. Elle me disait d'avoir cherché à se protéger des difficultés conjugales et de la situation de voie de garage au travail en se réfugiant dans une vie de famille sans mari et dans un travail apparemment moins frustrant.

Dans les faits la gestion des enfants, quasiment seule, avait été une charge lourde à porter et le travail soi-disant moins frustrant, un piège, avec moins de revenues et autant de stress.

L'épuisement avait gagné sur la volonté farouche d'indépendance économique, Mme Samhir avait obtenu une couverture assurance perte de gain avec laquelle elle aurait pu vivre dignement au moins deux ans, mais elle l'avait perdue sur un coup de tête, en refusant d'aller aux RDV avec le psychiatre car elle jugeait cette prise en soins, au fond, inutile. Son ex-mari avait assuré économiquement un niveau acceptable tout en gardant une distance glaciale qui l'avait blessée terriblement.

Les enfants devenus adultes semblaient avoir choisi plutôt le champ du père, la trouvaient triste et sans élan et Mme Samhir trouvait elle-même la situation non seulement triste mais injuste.

Mme Samhir prenait de temps en temps les petits enfants chez elle, certains WE, ou certains mercredis qui sont jour de congé à l'école. Elle se dit contente de s'en occuper mais avoue arriver le soir épuisée, non seulement parce que les enfants sont des enfants et certains sont déjà en préadolescence et d'autre encore très petit, mais parce qu'elle se sent saturé de leur présence, besogneuse de quiétude et de replis.

Une large partie des séances avait comme but et fil conducteur la gestion du quotidien, le soutien dans les difficultés administratives, et un aide aux relations familiales.

Le diagnostic n'avait pas été mon inquiétude première. Les impulsivités problématiques dans les échanges sociaux, familiaux et, précédemment, au travail évoquaient un trouble de personnalité borderline, qui était par ailleurs mentionnée dans les rapports à l'assurance maladie rédigés pas son ancien psychiatre.

Avec plus de temps à dédier à une anamnèse psychodynamique j'avais remarqué que le lien avec les parents restait très fusionnel avec typiquement une conflictualité exacerbée avec la mère et une grande jalousie vers les frères et sœurs dont elle était la benjamine, Mme Samhir se sentait la mal aimée de sa mère, mais aussi la petite morveuse pour les frères et sœurs. Cette configuration n'est pas spécifique à cette situation, tout le monde vit une jalousie infinie vers la fratrie, les plus âgés, les plus jeunes et pour les enfants uniques cela se complique car les petits frères et sœurs sont imaginaires donc encore plus dangereux. Ce qui m'avait fait naître une réflexion spécifique était la description de certaines difficultés dans l'enfance, une impossibilité à interagir dans les jeux, une forte tendance à s'isoler. Les devoirs d'école avaient de la peine à être commencé, il y avait une notion de procrastination tout au long du parcours scolaire les maîtresses avaient signalé une anxiété très importante, des attitudes de replis marquées, un perfectionnisme excessif.

Au fur et à mesure que le travail d'introspection avançait, et on voyait que Mme Samhir en avait une longue habitude, des épisodes abusifs surgissaient dans le récit, déjà présents dans la prépuberté, ensuite dans la première jeunesse, sous l'espèce de bullying à l'école et en famille, ce qui en plus de la traumatiser gravement, avait augmenté le manque de confiance envers ses parents qui n'avait pas suffisamment écouté ses plaintes légitimes et augmenté la peur d'être abandonné en tant qu'indigne. Il y avait une peur panique de l'abandon et une sensation de vide que Mme avait depuis toujours essayé de remplir avec des bonnes notes à l'école, ensuite au Collège ensuite à l'Université, mais rien de tous ces succès lui appartenait, dans le fond. Les parents maintenant décédés avaient été pour Mme Samhir le centre d'un monde où elle devait absolument être aimée, coûte que coûte, non seulement par eux, mais par les frères et sœurs. Elle trouvait son mari trop froid envers elle, Mme le décrit comme absolument incapable de faire un câlin, de même les enfants avaient eux aussi, dès l'enfance, pris la distance. Mme Samhir avoue se sentir depuis toujours, non seulement la mal aimée de parents et de la fratrie, mais aussi quantité négligeable pour le mari et les enfants.

Le discours de Mme Samhir vire à une condition presque paranoïaque dont elle souffre et est consciente, il ne s'agit pas à proprement parler d'un délire car elle est consciente que sa perception de la réalité est, au moins partiellement, fausse, mais ceci est un raisonnement, le ressenti est celui d'un manque d'amour inguérissable, inévitable et sans répit, désespérant.

Surtout en recoupant les souvenirs d'école, le besoin souvent évoqué à propos d'un insurmontable besoin de retrait/ replis après des échanges sociaux même quand agréable , par exemple avec ses petits-enfants, les difficultés avec la famille d'origine, le divorce, au fond voulu et décidé par elle-même et les décisions concernant le travail , avec, comme pour le divorce, la tentative constante de diminuer la pression, j'avais proposé de faire une évaluation ciblée.

J'avais donc proposé de voir une psychologue pour une série de tests pour évaluer un trouble du Spectre Autistique (TSA) et notamment la présence du syndrome d'Asperger.

L'évaluation n'avait été pas satisfaisante à mes yeux car certes il y avait des traits du spectre autistique mais aboutissant à un profil zone grise sans diagnostic ferme.

Certes, dans les évaluations pour le syndrome d'Asperger, même si certains questionnaires sont ciblés à détecter ce qu'on définit le camouflage social, certains modes de pensé et d'action sont devenus tellement automatiques qui ont créé comme une couche indétectable, un modus vivendi tellement ancré de rendre l'évaluation difficile.

Le camouflage social est, on va dire, l'apanage des femmes (quoiqu'en grattant bien sous la surface pas mal d'hommes porteurs de trouble du spectre autistique l'utilisent largement) et devient une activité sournoisement envahissante et énergivore. Souvent les patientes qui arrivent en consultations pour des états dépressifs sévères et chroniques, avec des diagnostics de troubles de personnalité, avant la découverte du syndrome d'Asperger, mettent en avant leur grande habileté sociale, disent d'être invitées dans les évènements sociaux car elles savent entretenir les personnes autour d'elles , sont souriantes et avenantes. Si on s'arrête là on en est convaincu… la question à poser est plutôt « …et après vous dormez combien de jours ? ». Pratiquement toujours cette question les surprend, et elles avouent, non sans une certaine réticence, de dormir 2 ou 3 jours, quasiment non-stop, sans presque arriver à sortir du lit, mais ceci est fait dans une forme de secret, personne, ou quasiment personne, s'en rend compte. Même si elles vivent en famille, on prétexte une migraine, un rhume, une gastro-entérite, et difficilement la famille arrive à détecter la coïncidence entre événement social et retrait complet.

Mme Samhir se sent lasse, déjà le matin en se levant, le traitement antidépresseur aide, certes mais ne résout pas complètement le problème. L'anxiété aussi est permanente. Mme Samhir ne voudrait pas abuser de l'anxiolyse, je luis prescrit un myorelaxant, utilisé aussi en pédiatrie, ensuite un antihistaminique, ensuite de la prégabaline, toujours à doses basses, mais Mme le trouve tous trop forts, trop fatigants, enfin… inutiles.

Elle veut essayer l'EMDR, après elle essayera aussi la kétamine, elle voudrait essayer aussi la sismothérapie. Je freine car elle est utile parfois, pas toujours et on est loin de la solution miracle.

Ce qui émerge est au fond une non-acceptation de l'état de malade psychique.

J'essaie de lui parler du trouble du développement qui est bien l'autisme, trouble qui freine le processus d'individualisation en bloquant la personne dans une phase d'éternelle enfance, avec des parents-dieux qui par définition ne peuvent pas avoir généré un enfant malade. J'essaye d'introduire le délicat et explosif concept de loyauté aux parents, d'expliquer ses difficultés à accepter la thérapie car vue en tant que trahison des parents-dieux.

Là Mme Samhir se rebelle, me trouve peu professionnelle, apparemment incapable de la comprendre dans ses difficultés, incapable de lui donner le bon traitement, traînant en longueur, coupable surtout, c'est tout de même mon ressenti, de ne pas trouver le « truc » pour qu'elle soit « normale » et digne, enfin, de ses parents.

Je comprends qu'un changement de thérapeute s'impose et je lui propose donc une prise en soins ciblée « solution de problèmes », avec moins besoin de fouiller dans l'aspect psychodynamique et, justement, plus de cadre structurant.

La prise en soins se termine dans des bons termes et Mme Samhir continuera son chemin thérapeutique en prenant contact avec un centre spécialisé dans la prise en soins des troubles autistiques avec une approche cognitivo-comportamentale.

Conclusions

La prise en soins des patients (surtouts des femmes) porteurs et porteuses d'un trouble du spectre autistique, notamment syndrome d'Asperger et des troubles de personnalité émotionnellement labile, type borderline, est gravement compromise par le manque d'un diagnostic précoce et adéquat de comorbidité. Les femmes sont particulièrement pénalisées à cause du camouflage social, plus efficace chez elles que chez l'homme, qui a des avantages d'apparente meilleure socialisation, d'apparentes meilleures capacités d'échange et d'interactions mais qui en effet ne sont que des hyperadaptations mimétiques, très construites, voir sophistiquées et extrêmement énergivores, avec des temps de récupération très longs et une focalisation des capacités intellectuelles et émotionnelles ayant au centre l'adaptation à l'autre plutôt que son propre épanouissement et développement.

Pour préciser le cheminement du trouble du spectre autistique au trouble de personnalité type borderline, il faut tenir compte du fait que, à la base, la personne autistique rencontre une grande difficulté à comprendre le monde, surtout familiale et sociale, autour d'elle. Cette problématique commence précocement car l'enfant ne comprend pas les réactions des parents ainsi que des frères et sœurs, heurte avec ses comportements souvent inadéquats les membres de la famille, entre en conflits avec les parents et s'enfonce dans un isolement émotionnel qui aggrave souvent l'incompréhension avec les parents et les membres de la famille. L'enfant et adolescent vit avec culpabilité et désespoir l'évidence de ne pas être comme les autres. Nous ne toucherons pas ici la problématique des parents ayant des troubles du spectre autistique en interaction avec des enfants porteurs du même trouble.

Pour la personne porteuse d'un trouble autistique, les autres, en commençant par les parents et membres de sa famille, sont souvent incompréhensibles, ils font des discours ennuyants et inutiles, ils se comportent de manière inexplicable et incohérente, s'expriment de manière ambiguë et contradictoire. Pour faire semblant l'être normale la personne doit apprendre à répondre et à interagir de manière apparemment adéquate mais ceci n'est pas automatique et nécessite un effort épuisant et continu. La personne a donc tendance ou à avoir des performances socialement acceptables mais qui sont payées avec une énorme fatigue ou carrément à s'isoler.

Le retard dans la mise en place du diagnostic de trouble du spectre autistique amène à la mise en place de soins orientés à une correction des symptômes et donc à des soins centrés sur un changement de la personne, comme s'il s'agissait d'une névrose, sans tenir compte de la non-curabilité d'un trouble du développement. Ces soins, bien que proposé en parfaite bonne volonté, amènent à une aggravation du trouble qui prend finalement les caractéristiques du trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline avec une exacerbation de l'anxiété, baisse catastrophique de l'estime de soi, abandonnisme, impulsivité avec conduites à risque et automutilation, souvent trouble de l'alimentation sur les deux versants boulimie et anorexie.

Le parcours scolaire est lui aussi souvent pathogène car la famille et les enseignants poussent l'enfant à un engagement dans les études qui dépassent largement ses capacités émotionnelles : peu importe que l'enfant soit très doué intellectuellement, ce qui est souvent le cas, le rythme des études doit tenir compte plutôt des difficultés d'adaptation que de la performance scolaire classique. Le résultat est un brillant départ à l'école primaire qui se prolonge avec de plus en plus d'effort jusqu'aux études supérieurs et parfois universitaires, avec des changements

d'orientation apparemment pour des « motifs raisonnables », des arrêts dans le cours des études pour raisons de santé génériques ou suite à une décompensation anxiodépressive. Pour ceux et celles qui arrivent à commencer une activité professionnelle, elle ne dure pas plus de douze ou quinze ans, il y a ensuite une perte de vitesse souvent inexplicable, surgissement de conflits avec les collègues et la hiérarchie, licenciement ou démission et finalement mise en assurance invalidité avec comme raison officielle, et réelle, la présence d'un état dépressif ou anxiodépressif ou schizoaffectif grave et chronique.

Le parcours scolaire devrait donc tenir compte du trouble du développement présent et réduire le plus possible le stress inutile de la recherche de performance, éviter une érosion trop rapide de l'énergie psychique et privilégier une utilisation des capacités intellectuelles, souvent remarquables, en tenant compte des difficultés de compréhension de la réalité sociale environnante.

Sans résoudre complètement le problème ce type d'attitude permettrait une adaptation émotionnelle, intellectuelle et aussi professionnelle plus durable et probablement une vie active plus longue avec par conséquent un coût social nettement moins important. Le freinage des symptômes venant du trouble de personnalité serait un grand pas dans le maintien d'une bonne qualité de vie.

Pour en revenir aux soins, l'utilisation d'un traitement antidépresseur est aidante, entre autres, ainsi qu'une correction du Trouble Hyperactif avec Déficit de l'Attention souvent concomitant (Galli Carminati, Buttex, et al., 2023; Galli Carminati, Carminati, et al., 2023; Galli Carminati et al., 2022). Sur le plan psychothérapeutique il faut tenir en compte qu'un trouble du développement n'est pas curable en soi et qu'il faut plutôt privilégier d'abord une auto-conscience du trouble et une adaptation entre réalité interne et externe avec un travail sur le deuil de la normalité. Il est aussi important et même nécessaire de soutenir une utilisation de ses forces (capacité intellectuelle d'analyse, attention aux détails, capacité de structurer les tâches séquentielles, capacité de suivre des consignes même très complexes) plutôt de vouloir dépasser, souvent sans résultats, les faiblesses (procrastination, perfectionnisme pathogène, capacité de structurer les tâches parallèles, peu d'habilité intuitive).

Nous avons voulu écrire cet article dans l'espoir d'aider les familles et les soignants dans la compréhension et le traitement de ces patients. Bien trop souvent nous nous trouvons confrontés à l'assimilation de la performance académique ou professionnelle à la santé mentale et le bien-être de l'individu. Quand on demande aux parents comment va leur enfant, la réponse est presque toujours « l'école va bien » ou « il a trouvé un travail » et non pas, par exemple, « il s'éclate avec ses copains », « il est heureux avec son partenaire » et ainsi de suite. C'est peut-être la préoccupation que l'enfant puisse subvenir à ses besoins à l'âge adulte, ou le reflet de notre société de la performance et de la compétition « coupe-gorge » que nous acceptons comme normale. Et d'ailleurs, quand on se présente, nous donnons souvent notre nom et notre profession en premier comme gage de « légitimité » sociale. Pour des individus neurotypiques, tout cela reste une discussion philosophique ou politique. Pour des individus avec des comorbidités dans le TSA ce mélange et cette incompréhension peuvent se révéler dévastateurs. Une diagnose tardive ou des efforts de bonne volonté mais maladroits de soigner – dans le sens de « normaliser » – ces patients peuvent être dangereux, au point de devenir un élément facilitant la survenue d'autres pathologies psychiatrique telles que le trouble de personnalité de type borderline décri ici. Quand nous sommes confrontés à ces patients, nous devons tenir compte de l'aspect clinique, mais aussi considérer que, pour eux, une certaine vision du monde

est, à la fois, une pathologie et une « façon d'être », et cela affecte aussi le concept de guérison. Ça vaut la peine ici de rappeler le point de vue de Michel Foucault (Foucault, 2007) qui soutient que ce que la société considère comme folie dépend largement des contextes culturels et historiques. Nous ne souscrivons pas à l'opinion que la maladie psychiatrique n'est qu'une construction sociale et nous ne pouvons non plus changer la société ni son regard sur les porteurs de TSA. Néanmoins, en tant que soignants, nous pouvons aider nos patients et leur entourage à « aménager » autour d'eux une « niche écologique » que puisse les aider à vivre leur « diversité » dans la façon meilleure, ou au moins, moins épuisant possible.

Références

Afif, I. Y., Farkhan, M., Kurdi, O., Maula, M. I., Ammarullah, M. I., Setiyana, B., Jamari, J., & Winarni, T. I. (2022). Effect of Short-Term Deep-Pressure Portable Seat on Behavioral and Biological Stress in Children with Autism Spectrum Disorders : A Pilot Study. *Bioengineering*, *9*(2), 48. https://doi.org/10.3390/bioengineering9020048

Anckarsäter, H., Stahlberg, O., Larson, T., Hakansson, C., Jutblad, S.-B., Niklasson, L., Nydén, A., Wentz, E., Westergren, S., Cloninger, C. R., Gillberg, C., & Rastam, M. (2006). The Impact of ADHD and Autism Spectrum Disorders on Temperament, Character, and Personality Development. *American Journal of Psychiatry*, *163*(7), 1239-1244. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1239

Carpita, B., Muti, D., Cremone, I. M., Fagiolini, A., & Dell'Osso, L. (2022). Eating disorders and autism spectrum : Links and risks. *CNS Spectrums*, *27*(3), 272-280. https://doi.org/10.1017/S1092852920002011

Dell'Osso, L., Cremone, I. M., Nardi, B., Tognini, V., Castellani, L., Perrone, P., Amatori, G., & Carpita, B. (2023). Comorbidity and Overlaps between Autism Spectrum and Borderline Personality Disorder : State of the Art. *Brain Sciences*, *13*(6), 862. https://doi.org/10.3390/brainsci13060862

Dell'Osso, L., Lorenzi, P., & Carpita, B. (2021). Camouflaging : Psychopathological meanings and clinical relevance in autism spectrum conditions. *CNS Spectrums*, *26*(5), 437-439. https://doi.org/10.1017/S1092852920001467

Dell'Osso, L., Nardi, B., Benedetti, F., Cremone, I. M., Casagrande, D., Massimetti, G., Carmassi, C., & Carpita, B. (2022). Orthorexia and autism spectrum in University workers : Relationship with gender, body mass index and dietary habits. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *27*(8), 3713-3723. https://doi.org/10.1007/s40519-022-01514-3

Dudas, R. B., Lovejoy, C., Cassidy, S., Allison, C., Smith, P., & Baron-Cohen, S. (2017). The overlap between autistic spectrum conditions and borderline personality disorder. *PLOS ONE*, *12*(9), e0184447. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184447

Edwards, E. R., Rose, N. L. J., Gromatsky, M., Feinberg, A., Kimhy, D., Doucette, J. T., Goodman, M., McClure, M. M., Perez-Rodriguez, M. M., New, A. S., & Hazlett, E. A. (2021). Alexithymia, Affective Lability, Impulsivity, and Childhood Adversity in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, *35*(Supplement A), 114-131. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_513

Foucault, M. (2007). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.

Galli Carminati, G., Buttex, A., Zecca, G., & Carminati, F. (2023). Epileptic-Like Disorder as an Underlying Condition in ASD, OCD, and ADHD. *Psychology*, *14*(10), 1573-1583. https://doi.org/10.4236/psych.2023.1410090

Galli Carminati, G., Carminati, F., & Zecca, G. (2023). Strangled by the Loop : Psychodynamic Perspective in ADHD, OCD and Asperger's Syndrome (TDP Triple Diagnosis Problem). *Psychology*, *14*(05), 829-843. https://doi.org/10.4236/psych.2023.145044

Galli Carminati, G., Carminati, F., Zecca, G., & Zecca-Tagan, C. (2022). Asperger's Syndrome, Obsessive-Compulsive Disorder and Attention Deficit Comorbidity. *Psychology*, *13*(07), 964-978. https://doi.org/10.4236/psych.2022.137066

Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., Herbrecht, E., Stopin, A., Anckarsäter, H., Gillberg, C., Råstam, M., & Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, *9*(1), 35. https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-35

Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder : A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *49*(4), 559-572. https://doi.org/10.1017/S0033291718002283

Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). "Putting on My Best Normal" : Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *47*(8), 2519-2534. https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5

Kinnaird, E., Stewart, C., & Tchanturia, K. (2019). Investigating alexithymia in autism : A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, *55*, 80-89. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.09.004

López-Pérez, B., Ambrona, T., & Gummerum, M. (2017). Interpersonal emotion regulation in Asperger's syndrome and borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *56*(1), 103-113. https://doi.org/10.1111/bjc.12124

Nanchen, K., Brodführer, A., Heinrichs, M., Philipsen, A., Tebartz Van Elst, L., & Matthies, S. (2016). Autistische Züge bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung unter besonderer Berücksichtigung der Empathie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *64*(4), 247-255. https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000286

Ni'matuzahroh, Suen, M.-W., Ningrum, V., Widayat, Yuniardi, M. S., Hasanati, N., & Wang, J.-H. (2021). The Association between Parenting Stress, Positive Reappraisal Coping, and Quality of Life in Parents with Autism Spectrum Disorder (ASD) Children : A Systematic Review. *Healthcare*, *10*(1), 52. https://doi.org/10.3390/healthcare10010052

O'Nions, E., Happé, F., Evers, K., Boonen, H., & Noens, I. (2018). How do Parents Manage Irritability, Challenging Behaviour, Non-Compliance and Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorders? A Meta-Synthesis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *48*(4), 1272-1286. https://doi.org/10.1007/s10803-017-3361-4

Pastor-Cerezuela, G., Fernández-Andrés, M. I., Tárraga-Mínguez, R., & Navarro-Peña, J. M. (2016). Parental Stress and ASD : Relationship With Autism Symptom Severity, IQ, and Resilience. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, *31*(4), 300-311. https://doi.org/10.1177/1088357615583471

Pini, S., Abelli, M., Carpita, B., Dell'Osso, L., Castellini, G., Carmassi, C., & Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *Volume 12*, 1651-1660. https://doi.org/10.2147/NDT.S108912

Poquérusse, J., Pastore, L., Dellantonio, S., & Esposito, G. (2018). Alexithymia and Autism Spectrum Disorder : A Complex Relationship. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1196. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01196

Rydén, G., Rydén, E., & Hetta, J. (2008). Borderline personality disorder and autism spectrum disorder in females : A cross-sectional study. *Clinical Neuropsychiatry*, *5*(1), 22-30.

Soloff, P. H. (2000). Characteristics of Suicide Attempts of Patients With Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder : A Comparative Study. *American Journal of Psychiatry*, *157*(4), 601-608. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.601

Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. Brunner/Mazel.

Willey, L. H. (2015). *Pretending to be normal : Living with asperger's syndrome (autism spectrum disorder)* (Expanded edition). Jessica Kingsley Publishers.