

Stratégies cognitives et comportementales dans le traitement des troubles anxieux associés à l'autisme

Pr Amaria Baghdadli

Département universitaire de psychiatrie de l'enfant,
CHU Montpellier

EA 4556, Epsilon, Université de Montpellier

Sommaire



Que sait on de l'autisme

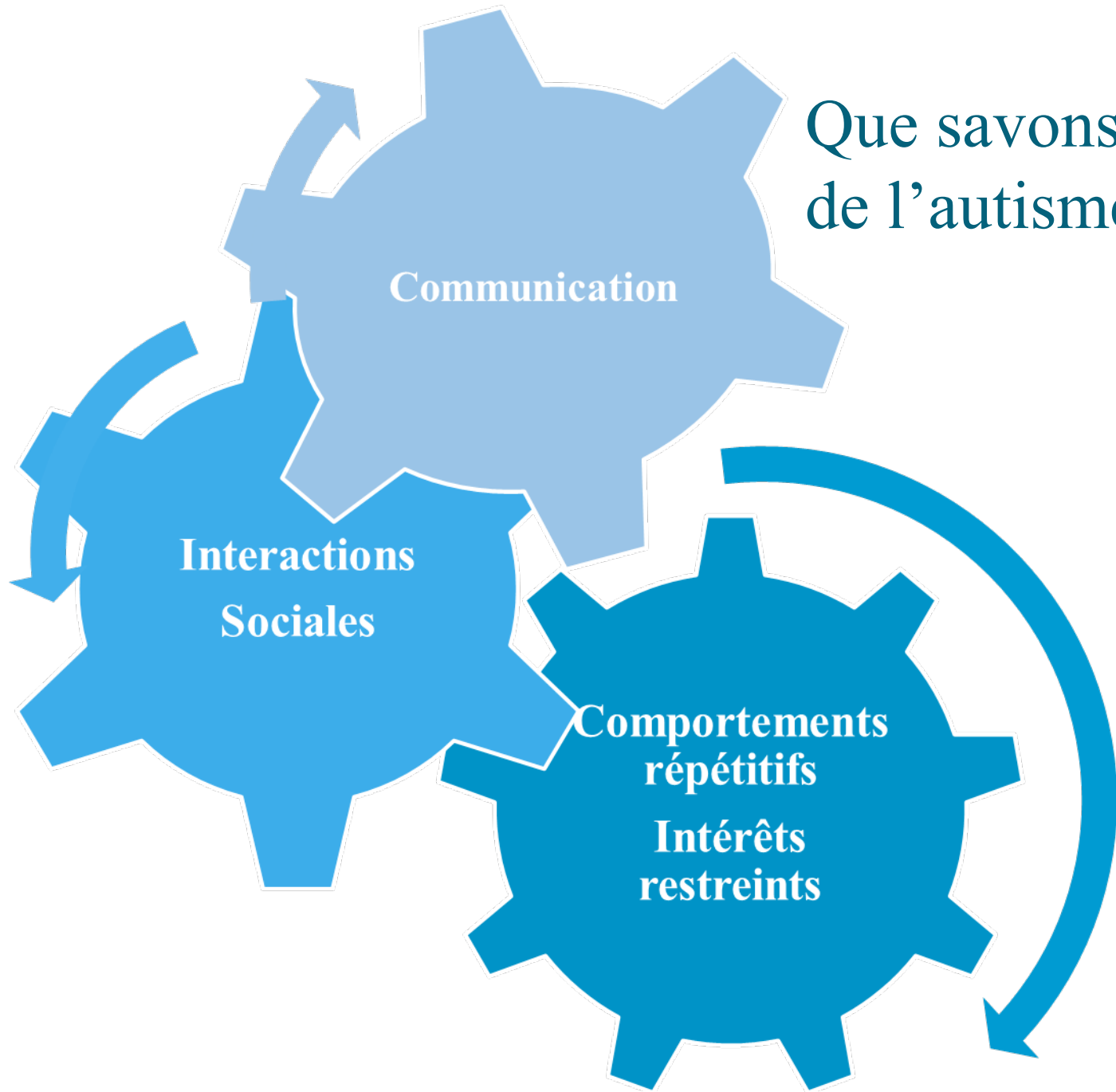


Troubles anxieux dans
l'autisme



TCC et autisme

Que savons nous de l'autisme ?



Que savons nous de l'autisme ?

- Troubles fréquents (prévalence autour de 0.7 %)
- Début précoce dans l'enfance mais durable (« maladie chronique »)
- Spectre d'une extrême diversité clinique
- Développement hétérogène
- Nombreuses comorbidités
- Facteurs génétiques probables mais intervenant dans des cascades d'évènements complexes (épigénétique)
- Pas de traitement curatif

Que savons nous de l'autisme ?

- Très forte variabilité clinique
 - QI (de la déficience sévère au HPI)
 - Aptitudes spéciales (sur-compétences) dans certains cas
 - Langage (du mutisme à d'excellentes capacités)
 - Sociabilité (du retrait à une hyper-sociabilité « particulière »)
 - Motricité (de la maladresse à la normalité)
 - Symptômes d'autisme (de sévères dans toutes les dimensions à légers dans certaines dimensions seulement)

Que savons nous de l'autisme ?

- Style cognitif particulier lié notamment à des particularités dans les domaines suivants :
 - Théorie de l'esprit
 - Fonctions exécutives
 - Cohérence centrale
 - Reconnaissance des émotions (parfois même simples) chez autrui et en soi-même

Théorie de l'esprit

(A. LESLIE, S. BARON COHEN)

- *Fonction cognitive essentielle aux habiletés sociales et permettant de se représenter ce que pense ou ressent l'autre.*
- Dans les TED, difficultés majeures à concevoir la possibilité d'une différence entre les représentations mentales des individus et la sienne (erreurs d'attribution, fausses croyances...).

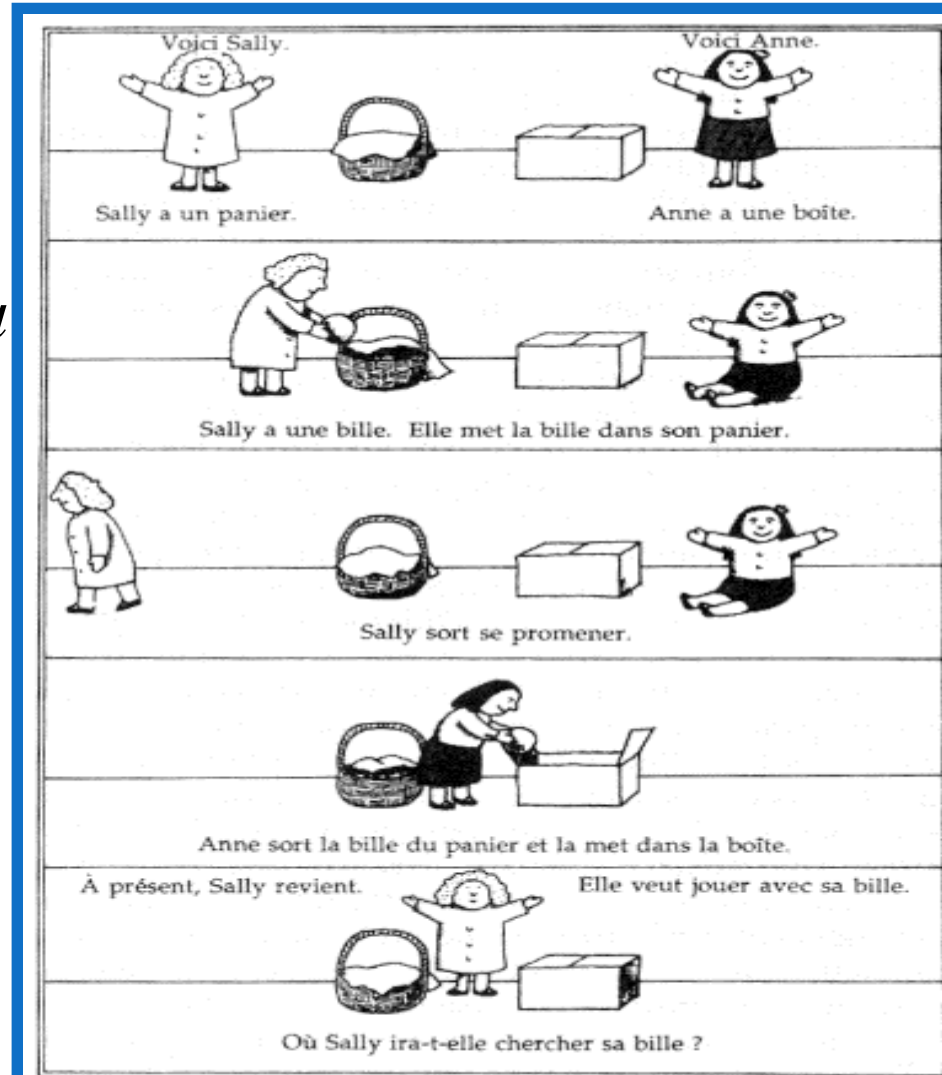


FIGURE 31 — Test de Sally et Anne

Fonctions exécutives

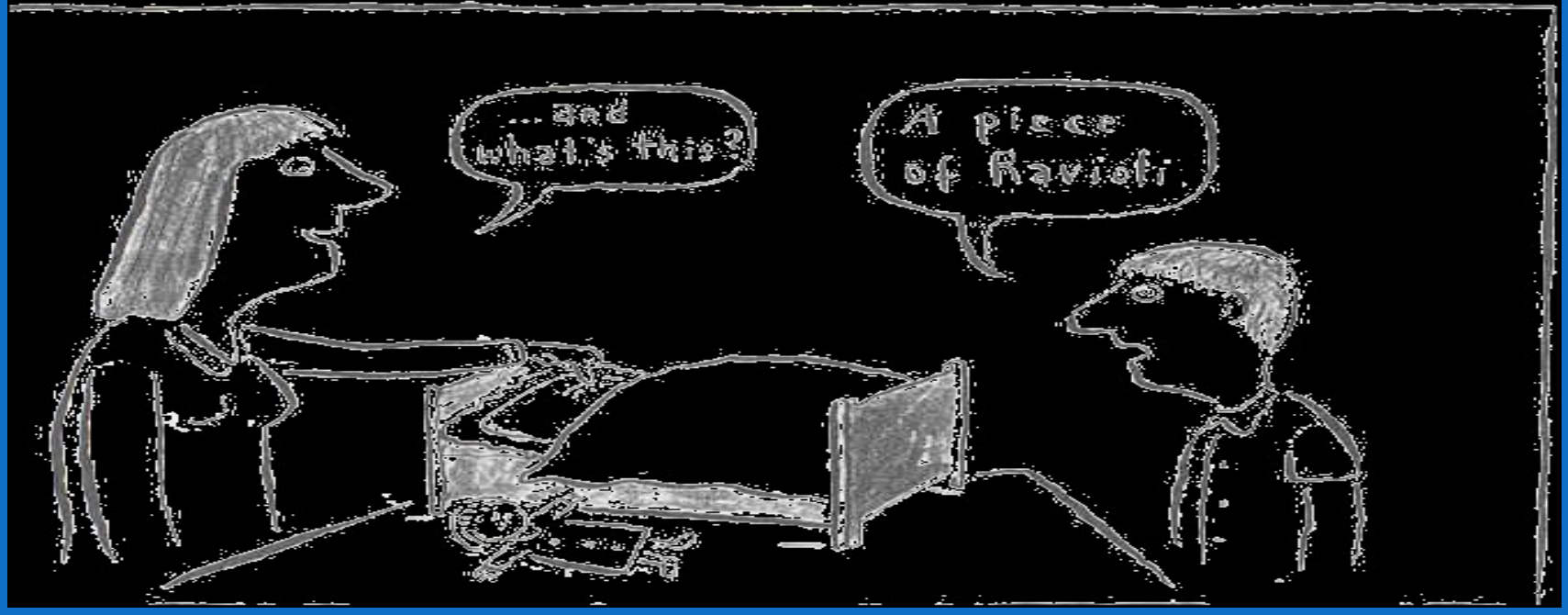
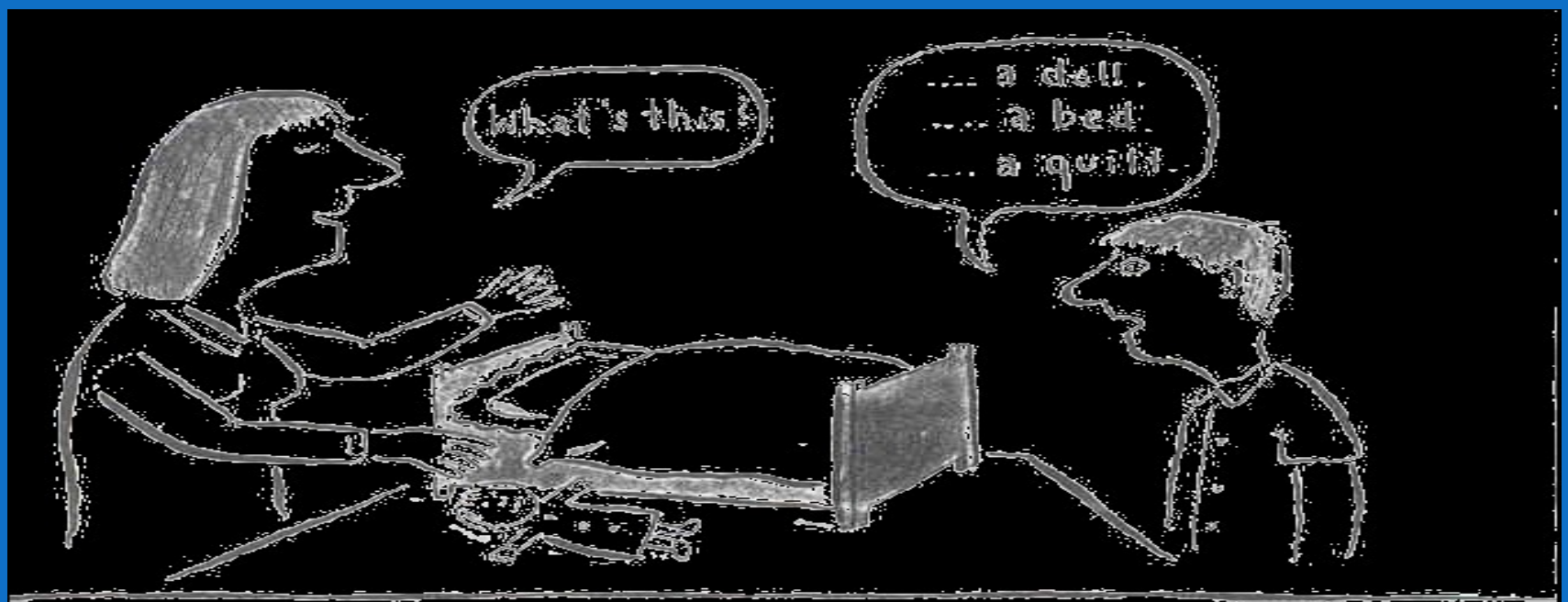
(PENNINGTON & ROGERS; HUGHES ; DAWSON ; GRIFFITH)

- Ensemble de processus mentaux intervenant dans les situations de résolution d'un problème.
 - › considérées comme le plus haut niveau de fonctionnement dans les comportements humains
 - › recouvrent la mémoire de travail, les processus attentionnels (incluant les mécanismes d'inhibition de l'attention), la flexibilité cognitive et la planification
- Dans les TED, les difficultés peuvent être observées dans toutes les étapes de la résolution de problème (analyse, exécution, contrôle...).

Cohérence centrale (U.FRITH)

- Capacité à organiser les perceptions et les informations, à y repérer une structure, à les hiérarchiser en fonction du contexte.
- Dans les TED difficultés à filtrer, trier, et surtout hiérarchiser les informations
 - le monde est perçu selon des détails non mis en relation les uns avec les autres.

"les personnes autistes perçoivent chaque feuille d'un arbre sans être capable de voir l'arbre entier" (N. Minshew)



Reconnaissance des émotions faciales

- Les expressions du visage donnent des informations sur l'état émotionnel
- Dès 3 mois, les bébés discriminent sur des visages d'adultes émotions de base et expression neutre sur des photos ou des films (*Barrera & Maurer, 1981*); à 7 mois, ils catégorisent les expressions de joie et les distinguent de la peur (Nelson & de Hann, 1996) et vers 12 mois ils attribuent une signification émotionnelle à ces émotions
- Dans les TED, il y a des difficultés dans les processus de traitement des stimuli faciaux et émotionnels



Style cognitivo-émotionnel

- Distorsions cognitives (raisonnement en noir ou blanc ou bien catastrophiste)
- Ruminations fréquentes d'émotions négatives et mauvaise analyse des situations sociales
- Perception des remarques comme des critiques
- Difficultés à distinguer actes prémédités et accidentels
- Perfectionnisme (ex. focalisation sur les erreurs)

Conflits internes et externes

```
graph TD; A[Perfectionnisme (ex. focalisation sur les erreurs)] --> B[Conflits internes et externes]; B --> C[Autocritique  
Faible estime de soi]; B --> D[Critique d'autrui  
« intolérance, arrogance »];
```

Autocritique
Faible estime de soi

Critique d'autrui
« intolérance, arrogance »

Troubles psychiatriques associés et Troubles anxieux dans les TED

Comorbidités psychiatriques

- La majorité des personnes avec TED (75%) ont un trouble psychiatrique associé (Layfer, 2006) avec une prévalence en population pédiatrique avec TED de 40-70 % (*Gjevik en 2011; Simonoff et al. 2008; Leyfer et al. en 2006*) vs. 20% en population générale du même âge (*Sukhodolsky et al., 2008*)
- Ces comorbidités sont très variées (*Gadow 2004*)
 - TOC, Troubles de l'humeur (*Ghaziuddin 2004 ; Bradley, Wood, 2004*),
 - Troubles anxieux (*Kim, 2000 Gillot, Furnis & Walter, 2001*)
 - TDAH (impulsivité, inattention, hyperactivité) (*Kim et al. 2000 ; Goldstein & Schebach, 2004*)

Troubles anxieux

- Comorbidité psychiatrique la + fréquente dans les TED-SDI, même si par convention de codage dans le DSM IV-TR, les diagnostics d'anxiété de séparation, d'anxiété généralisée et de phobie sociale ne peuvent être posés en cas de TSA
- Leur prévalence est > à celle observée en population générale avec plusieurs explications possibles
 - Style cognitif des personnes TED
 - Niveau de stress élevé lié aux contraintes adaptatives
 - Mécanismes cérébraux/génétiques
 - Rôle de l'amygdale dans les deux syndromes
 - Taux plus élevé de troubles de l'humeur chez les ascendants de TSA
- Tous les types de troubles anxieux sont observés (*Bruin, 2007 et Layfer 2006*)

Typologies de troubles anxieux dans les TSA

Leyfer, 2006

- 100 enfants avec TSA
- Age moyen 9 ans
- 72% ont un trouble psychiatrique associé
- 41% ont des phobies spécifiques
 - > peur de la foule, du bruit
- 37% ont des TOC
 - > compulsions à faire répéter des mots ou faire exécuter des actions à leur entourage

Bruin, 2007

- 104 enfants avec TED-NoS
- Age 6-12 ans
- 81% ont un trouble psychiatrique associé
- 55% ont des troubles anxieux
 - Phobie spécifique (insectes, piqures..) 35%
 - Phobie sociale 11.7%
 - TOC 6.4%
 - Anxiété généralisée 5.3%

Niveau d'anxiété dans les TED

- Comparable à ce qui est observé chez des adolescents non-TED du même âge ayant un trouble anxieux (Russel et Sofronoff, 2005) quand des auto-questionnaires sont utilisés mais supérieur quand des hétéro-questionnaires parentaux sont utilisés
 - sous-estimation probable des troubles par les adolescents TED (faible insight)

Etudes sur la prévalence de l'anxiété chez les enfants et adolescents avec TED-SDI

| Auteur (année) | Nombre de sujets | Mesure de l'anxiété | Groupe contrôle | Résultats |
|---------------------------|---------------------|-------------------------------------|--|--|
| Kim et al., (2008) | N = 59 9-14 ans | HQ | Population générale (1751) | 13, 6% des sujets sont anxieux |
| Mattila et al., (2010) | N = 50 7-16 ans | HQ, AQ, entretien parents et enfant | Population non clinique | 42% de sujets sont anxieux |
| Weisbrot et al., (2005) | N = 483 6-12 ans | HQ | Population non clinique Population clinique | Les symptômes d'anxiété sont plus nombreux dans le groupe de TED que les autres groupes. Elle est plus élevée quand le Q.I > 70. |
| Thede & Coolidge (2006) | N = 31 5-17 ans | HQ | Population non clinique | Les enfants avec un TED-SRM obtiennent un score significativement plus élevé. |
| Farrugia & Hudson (2006) | N = 29 12-16 ans | HQ, AQ | Population non clinique | Les enfants avec un TED-SRM obtiennent un score significativement plus élevé. Même niveau d'anxiété dans le groupe TED-SRM que le groupe anxieux. |
| Kuusiko et al., (2008) | N = 54 8-15 ans | HQ, AQ | Population non clinique (305) | L'anxiété est plus élevée dans le groupe avec TED-SRM |
| Russel & Sofronoff (2005) | N = 65 10-13 ans | HQ, AQ | Population non clinique Groupe anxieux sans TED | En tenant compte des hétéro-questionnaires, l'anxiété est plus élevée dans le groupe de TED-SRM que dans le groupe contrôle. |

Facteurs de risque des troubles anxieux

- **Type de TED** : Prévalence des troubles anxieux et scores d'anxiété + élevés dans le syndrome d'Asperger vs. les autres formes de l'autisme (*Gadow et al. 2005*)
- **QI** : niveau d'anxiété plus fort en population SDI que DI (*Sukhodolssky et al., 2008; Weisbrot, Gadow, & al., 2005*).
- **Age** : Tendance à une hausse de la prévalence et de l'intensité des troubles anxieux avec l'âge, peut être avec la prise de conscience des difficultés adaptatives (*Mattila, 2010*)
- **Capacités adaptatives** : + les difficultés adaptatives augmentent + le niveau d'anxiété sociale augmente (*Bellini, 2004*)
- **Empathie** : un + faible niveau d'anxiété sociale est retrouvé quand les scores d'empathie sont soit très faibles (difficultés à identifier les ressentis d'autrui) soit très élevés (traduisant un bon coping émotionnel)

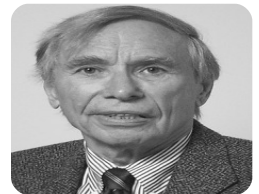
Diagnostic des troubles anxieux

- Problèmes sous-diagnostiqués car souvent perçus comme la seule expression comportementale des TED, avec la confusion entre signes d'anxiété (notamment, les TOC) et d'autisme (comportements répétitifs, schémas stéréotypés), avec pour conséquence l'inadaptation des stratégies thérapeutiques proposées.
- Outils de dépistage et diagnostic adaptés rares (*ACI-P issus de la K-SADS et Stress Survey Schedule for Persons With Autism and Other Developmental Disabilities*)
- Difficultés des personnes avec TED à auto-évaluer leurs émotions et leurs cognitions et leurs anxiété, en raison de déficits cognitifs

Les interventions proposées dans les TED

Les interventions : Perspective Historique

- Longtemps considérés comme “intraitables”
- Rutter (1970):
 - <2% ont un fonctionnement “normal”
 - 60% requièrent un placement institutionnel
- Lovaas (1987): UCLA Young Autism Project
 - Intensive ABA = 9 / 19 (47%) “recovered” or “normal fx”
 - limites méthodologiques majeures



Traitements et autisme *78,300,000 résultats* *(0.08 secondes) dans Google*

- Auditory Integration
- Intégration sensorielle
- ABA
- Discrete Trial Training
- Lovaas/UCLA Intervention
- Early Start Denver Model
- Delphino-thérapie
- Communication Facilitée
- Augmentative Communication
- Caisson Hyperbare
- **TCC**
- Floortime
- Musicothérapie
- Entraînement des habiletés sociales
- Incidental Teaching
- TEACCH
- PECS
- Son-Rise
- RDI
- Chélation
- régimes , Vitamines
- Médicaments

Rapport Z. Warren et al (Nov. 2011, USA)

- « Une assez large part de la littérature sur les approches UCLA/Lovaas (dites « ABA ») utilisées dans les TED suggère leur impact positif sur le langage, l'adaptation et la trajectoire scolaire des enfants traités, mais le faible niveau de preuve apporté par les études nécessite des recherches confirmatoires ».
- D'autre part, tous les individus ne font pas de gains avec ces approches. Il existe des réponses différentielles au traitement selon les caractéristiques cliniques.

TCC dans les TED

- Les données issues de la psychologie expérimentale et des sciences cognitives appliquées aux TED, suggèrent que les problèmes psychologiques sont liés à un dysfonctionnement du traitement de l'information
- Pour les patients TED-SDI, l'approche ABA (plus comportementale que cognitivo-comportementale) est insuffisante (*M Dawson*)
- La thérapie cognitive à l'efficacité reconnue dans le traitement de troubles anxieux reste un modèle pertinent pour les prendre en charge en cas de TED-SDI, mais son adaptation au style cognitif particulier des patients est indispensable (*Attwood, 2006; Jacobsen, 2003, Gaus, 2000, 2002, 2007*)

TCC dans les TED

- On dispose aujourd'hui de données montrant que les enfants avec TED-SDI et anxiété peuvent identifier leur pensée et leur état émotionnel et ainsi s'engager dans la TCC (Chalfant, 2004)
- Des programmes adaptés existent (« Cool Kids program» Lyneham, Abbott, et al 2003) mais ils sont peu répandus en France

TCC modifiée dans les TED

Aspects classiques

- 14 à 16 sessions (4 à 6 mois)
- Implication des parents
- Buts habituels
 - Reconceptualiser les interactions sociales
 - Identifier les cognitions inappropriées et réduire leur caractère automatique
 - Identifier ses émotions (ex.son anxiété)
- Relaxation et exposition graduée

Aspects modifiés

- Consignes simplifiées et « flexibles »
- Aides visuelles (dessins; thermomètre émotionnelle, « bulles » cognitives),
- Utilisation des intérêts restreints et des stratégies de compensation des patients
- Psychoéducation émotionnelle pour enseigner (scénarii sociaux, films ou BD) des habiletés nécessaires aux interactions sociales
 - Enrichir le vocabulaire émotionnel, « phases-outils », entraîner les habiletés conversationnelles
 - Développer la communication non verbale (expressions des émotions, contact visuel, prosodie)

TCC dans l'anxiété associée au TED

- **Buts :** Reconnaître les émotions et réactions somatiques lors de l'anxiété
- **Moyens :**
 - Utilisation de la relaxation et de l'exposition graduée avec des modalités très concrètes
 - A la fin des séances d'exposition on planifie avec la famille les tâches d'exposition hebdomadaire et exercices à domicile quotidiens
 - En parallèle, programme éducatif pour les parents : éducation sur l'anxiété, les stratégies de relaxation...

Etudes des prises en charge de l'anxiété chez les enfants et adolescents avec TED-SRM.

| Auteur (année) | Nombre de sujets | Mesure de l'anxiété | Groupe contrôle | Résultats |
|--|--|---|---|--|
| TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX | | | | |
| Namerow et al., 2003 | N = 15 (TED-NS AHN, SA) 6-16 ans | AQ | Pas de groupe contrôle | Diminution de l'anxiété chez 10/15 patients sous l'effet du citalopram |
| Couturier & Nicolson | N = 17 | AQ | Pas de groupe contrôle | Diminution de l'anxiété chez 10/17 patients sous l'effet du citalopram |
| Buitelaar et al., (1998) | N = 22 (TED-NS) 6-17 ans | Entretien avec l'enfant et parents | Pas de groupe contrôle | 21/22 sujets ont eu une évolution favorable sous l'effet du buspirone |
| Steingard et al., (1997) | N = 9 enfants et adolescents | non précisé | Pas de groupe contrôle | 8/9 sujets connaissent une diminution de leur anxiété sous l'effet de la sertraline |
| Potenza et al., (1999) | N = 7 5-18 ans | AQ | Pas de groupe contrôle | 6/7 connaissent une évolution favorable de leur niveau d'anxiété sous l'effet de l'olanzapine |
| THERAPIES COGNITIVES COMPORTEMENTALES | | | | |
| Chafant et al., (2007) | N = 47 8 - 13 ans | Entretien avec enfant et parents AQ, HQ | Groupe sur liste d'attente | Réduction significative des symptômes chez 71% des sujets du groupe Thérapie Cognitive et Comportementale. Pas de changement observé dans le groupe sur liste d'attente. |
| Reaven et al., (2009) | N = 33 7-14 ans | Entretien avec les parents HQ, AQ | Groupe sans prise en charge | L'hétéro-évaluation montre une diminution de l'anxiété des enfants, mais l'hétéro-évaluation ne montre pas d'amélioration après l'intervention. |
| Sofronoff et al., (2005) | N = N = 71 (SA) | HQ | Groupe associant les parents Groupe sur liste d'attente | Diminution significative des symptômes anxieux dans le groupe où les parents sont associés à la prise en charge |
| PROGRAMMES D'INTERVENTIONS PRO-SOCIALES | | | | |
| Soloman et al., (2004) | N = 18 8-12 ans | Tests standardisés réalisés auprès de l'enfant | Groupe sur liste d'attente | Evolution de la compréhension des émotions dans le groupe qui a suivi la thérapie. Pas d'amélioration dans l'autre groupe |
| Beaumont et al., (2008) | N = N = 49 (SA) 7-11 ans | Tests standardisés réalisés réalisés auprès de l'enfant | Groupe sur liste d'attente | Pas de différence significative entre les deux groupes |
| Baghdadli et al., (2010) | N = 13 (SA/AHN) 8-13 ans | Tests standardisés réalisés auprès de l'enfant | Groupe suivant une autre thérapie pro-sociale | Progrès réalisés dans les deux groupes dans les habiletés sociales |
| Owens, et al., (2008) | N = 28 6-11 ans | Tests standardisés réalisés auprès de l'enfant | Groupe suivant une autre thérapiepro-sociale Groupe sans prise en charge | Seule la La LEGO thérapie permet d'améliorer et de généraliser les cognitions sociales. |

CCL/ Perspectives

- Dans les TED-SDI, les troubles anxieux sont fréquents et altèrent le fonctionnement scolaire, social et familial (*Greig & Mackay, 2005 ; Klin et al. 2005 ; Sofronoff & Attwood, 2003*), conduisent à l'apparition d'éléments dépressifs (Tantam, 2000) et exacerbent les difficultés adaptatives (*Bellini, 2004 ; Sze & Wood, 2007*)
- Le dépistage de ces troubles et plus encore leur prise en charge restent insuffisants et il faut poursuivre l'adaptation des protocoles existants
- Il y a une nécessité d'adapter les outils habituels du diagnostic et de la prise en charge

Merci de votre attention



Références

- Attwood, T (1998) *Asperger's Syndrome; A Guide for Parents and Professionals*. London: Jessica Kingsley.
- Gray, C.A., (1998), *A Social Stories and Comic Strip Conversations with students with Asperger Syndrome and High-functioning Autism@*, in *Asperger's Syndrome or High Functioning Autism?*, (eds.) Schopler, E., Mesibov G. and Kuncze, L.J., New York, Plenum Press.
- Zachary Warren, et al (2011), *Therapies for Children With Autism Spectrum Disorders prepared for Agency for Healthcare Research and Quality* , U.S. Department of Health and Human Services.
- Soussana, Sunyer, Pry et Baghdadli (2012). *Anxiety in children and adolescents with pervasive developmental disorder without mental retardation: review of literature*. *L'encéphale*.

- Les patients SA font souvent de fausses attributions de croyance et intentions et interprètent littéralement les événements
- Pour leur expliquer de nouvelles perspectives, corriger des erreurs dans ses croyances, ou encore les aider à déterminer ses pensées, croyances dans une situation donnée recours à des support visuels et concrets tels que les BD (scénarii de C Gray).
- on leur propose des phrases-outils pouvant les aider à clarifier le contexte (ex. vous plaisantez ? Je n'ai pas compris)

- Les patients peuvent blâmer autrui sans considérer leur propre responsabilité ou à l'inverse s'en vouloir excessivement ce qui peut générer de la perte de confiance en soi et de l'anxiété voire un sentiment de culpabilité.
- On les aide à changer la perception d'eux-mêmes en leur proposant un répertoire de vocabulaire émotionnel; une liste de réponses appropriées/inappropriées avec la csq de chacune en s'aidant de diagrammes
- Management du stress
 - Relaxation en choisissant les situations de vulnérabilité sociales / en récréation ; Proposer une clé à mettre dans la poche qui ouvre la porte d'un monde imaginaire où on est relaxé et heureux
- Education affective/émotionnelle
 - Enseignement portant sur les émotions, on apprend à en saisir les types, les degrés, les critères physiologiques, cognitifs ou comportementaux, on