

Se concentrer, mais pour aller où ? Psychostimulants et anxiété face à l'absence de perspectives chez un jeune adulte présentant un TSA léger et un potentiel TDAH

Gregory Zecca

Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP

Psychothérapeute reconnu au niveau fédéral

Pratique privée, Lausanne

Résumé

Cet article propose une réflexion clinique sur l'introduction d'un traitement psychostimulant chez un jeune adulte présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) léger et un potentiel trouble déficitaire de l'attention (TDAH), à travers la situation de Monsieur U, 22 ans. Alors qu'un traitement pharmacologique visait à restaurer des fonctions attentionnelles et exécutives, son introduction a coïncidé avec une augmentation de l'anxiété, sans les bénéfices fonctionnels attendus. Nous proposons que ce résultat s'explique moins par une inefficacité pharmacologique que par une altération de la projectualité — la capacité du sujet à investir un avenir personnel signifiant — résultant d'une trajectoire développementale marquée par la suradaptation, le camouflage et un ajustement réciproque insuffisant avec l'environnement. Nous discutons les implications cliniques de cette hypothèse pour la prise en charge interdisciplinaire des adultes neuroatypiques en transition de vie.

Mots-clés: Projectualité; TSA; TDAH; psychostimulants; anxiété; *goodness of fit*; suradaptation

Introduction

On prescrit un médicament pour restaurer l'attention. On mesure ensuite si le patient se concentre mieux, s'il oublie moins, s'il tient plus longtemps sur une tâche. Rarement on lui demande: concentré, oui — mais pour aller où ? Cette question, en apparence simple, se heurte pourtant à un silence clinique surprenant. Elle suppose en effet que l'attention ne soit pas seulement une ressource à mesurer, mais une faculté à *orienter* — et qu'orienter son attention suppose déjà de savoir, ou de pressentir, vers quoi la tourner.

C'est cette question qui s'est imposée à nous dans le suivi de Monsieur U, jeune adulte présentant un trouble du spectre de l'autisme léger et un potentiel trouble déficitaire de l'attention. Chez lui, l'introduction d'un traitement psychostimulant n'a pas produit les effets escomptés — non pas parce que le médicament n'agissait pas sur ses fonctions cognitives, mais parce que ces fonctions, une fois disponibles, ne trouvaient nulle part où se déployer. Une attention restaurée, mais flottante. Une capacité à agir, sans direction assignable. Et, en creux de cette absence de direction, une anxiété qui s'est mise à affleurer là où, jusque-là, elle restait tapie sous des années d'adaptation silencieuse.

La phénoménologie psychiatrique dispose, depuis près d'un siècle, d'un mot pour désigner cette capacité à habiter son avenir: la *projectualité*. Minkowski (1933) la présentait déjà dans son étude du temps vécu, lorsqu'il notait que le désir et l'espérance, tournés vers l'avenir, contribuent à le créer sans cesse à nouveau devant nous. Binswanger (1960) en décrivait l'effondrement dans la mélancolie, sous la forme d'une « prospection » devenue impossible. Tatossian (1979), puis Stanghellini (2004) et Fuchs (2013) en ont prolongé l'analyse jusqu'à en faire l'un des axes cardinaux de la souffrance psychique contemporaine. La projectualité, dans cette tradition, ne désigne pas la simple capacité cognitive à anticiper un événement futur — elle désigne quelque chose de plus englobant et de plus existentiel: la capacité du sujet à *investir* son avenir, à s'y projeter comme dans un lieu encore inhabité mais déjà sien, à organiser son existence présente autour de possibles qui ont un sens *pour lui*.

C'est précisément cette capacité qui, chez Monsieur U, semblait s'être érodée — non pas disparue, mais rendue floue, insaisissable, comme un horizon qu'on ne distingue plus faute d'avoir jamais appris à le regarder. Toute une trajectoire de vie marquée jusqu'au début de la vingtaine par le camouflage et la suradaptation à des cadres pensés par d'autres avait fini par produire un jeune homme capable de répondre approximativement aux attentes de son environnement, mais peu exercé à se demander ce que, lui, il attendait de son existence. Lorsque le cadre extérieur — l'école, puis l'emploi — a cédé, ce n'est donc pas seulement une structure quotidienne qui s'est effondrée: c'est l'absence d'un projet propre qui est apparue au grand jour, et avec elle, une anxiété jusque-là contenue par l'occupation même de ce cadre.

C'est dans cet interstice — entre des fonctions exécutives réactivées par la pharmacologie et une existence encore sans direction assignée — que cet article se propose de se tenir. Nous y examinerons comment l'introduction d'un traitement psychostimulant, loin d'être un geste purement biologique, vient percuter une histoire développementale singulière, faite d'ajustements réciproques réussis ou manqués entre un jeune homme et ses environnements successifs. Nous verrons également comment, en l'absence d'un travail parallèle sur la construction d'une projectualité propre, l'amélioration des ressources cognitives peut paradoxalement rendre plus visible — plutôt que résoudre — la question qui, en définitive, importe le plus: se concentrer, oui, mais pour aller où ?

Méthode

Cet article s'appuie sur une étude de cas clinique unique, issue du suivi psychothérapeutique de Monsieur U, mené en pratique privée. Ce format permet d'explorer en profondeur l'articulation entre plusieurs dimensions cliniques (neurodéveloppementales, pharmacologiques, développementales et relationnelles) rarement documentées ensemble dans la littérature quantitative, mais ne permet pas de généralisation statistique; les hypothèses proposées ont une valeur heuristique et restent à documenter empiriquement sur des échantillons plus larges.

Le suivi psychothérapeutique, toujours en cours au moment de la rédaction, se poursuit depuis un peu plus d'une année. Les éléments cliniques présentés sont issus des entretiens de psychothérapie, des échanges avec les intervenants du réseau médico-social (médecin

traitant, intervenants des mesures de réinsertion professionnelle et de l'assurance invalidité) et de la documentation médicale transmise au thérapeute dans le cadre du suivi. L'analyse proposée relève d'une lecture clinique rétrospective, informée par les cadres théoriques exposés dans l'article (phénoménologie de la projectualité, théories du tempérament, modèles transactionnels du développement, théorie de l'attachement), et non d'une méthodologie de recherche qualitative structurée (pas de grille de codage ni d'analyse thématique formalisée) — ce point constitue une limite qu'il convient de nommer explicitement.

Le patient a donné son consentement éclairé pour la publication des éléments cliniques de sa situation à des fins scientifiques. Les informations biographiques et contextuelles ont été anonymisées et certains détails modifiés afin de préserver la confidentialité, sans altérer la portée clinique du propos.

Vignette clinique

Quelques éléments anamnestiques et contextuels précédant la psychothérapie

Monsieur U est un jeune adulte âgé de 22 ans, célibataire et en période de dédite suite à un licenciement d'un poste d'opérateur informatique (premier poste obtenu dans l'économie libre). Il est le cadet d'une fratrie de deux garçons et vit chez ses parents (tout comme son frère). Monsieur U est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'opérateur informatique. Il est adressé en psychothérapie à la suite de l'établissement d'un diagnostic d'autisme infantile qui a été effectué au sein d'un service de consultation psychiatrique ambulatoire de sa ville de résidence. Initialement, son médecin traitant l'avait orienté dans ce service afin d'effectuer une évaluation pour écarter la présence d'un déficit intellectuel et/ou d'un trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité. L'examen clinique exclura la présence de ces deux diagnostics, mais mettra en évidence un trouble autistique.

À ce stade, quelques éléments méthodologiques méritent d'être relevés concernant l'évaluation diagnostique initiale. Le médecin psychiatre du service ambulatoire a effectué une auto- et hétéro-anamnèse des symptômes autistiques en suivant la procédure diagnostic développée pour le syndrome d'Asperger et proposée par Baron-Cohen et collègues (2005) et repris par Tony Attwood (2007). Ces auteurs suggèrent de faire passer initialement et – entre autres – deux auto-questionnaires – l'Autism Spectrum Quotient (AQ; Baron-Cohen et al., 2001) et l'Empathy Quotient (EQ; Baron-Cohen & Wheelwright, 2004) qui donnent une information globale permettant de se positionner quant à la poursuite ou non de l'investigation du TSA léger adulte si les scores obtenus dépassent un seuil suggérant la présence du diagnostic. Il est proposé de poursuivre l'investigation diagnostic avec l'entretien semi-structuré de la procédure – et que l'on nomme dans le « jargon » – l'Adult Asperger Assessment (AAA) qui reprend des données du AQ et EQ, et qui permet un approfondissement de l'évaluation des symptômes en fonction de catégories de symptômes basées sur le DSM-IV-TR (Baron-Cohen et al., 2005). Concernant le bilan de Monsieur U, les scores obtenus étaient sous seuil, ce qui, selon la procédure standard, implique un arrêt de l'évaluation et l'écartement de l'hypothèse diagnostic de TSA. Toutefois, les informations

développementales recueillies auprès de la mère du patient, ainsi que les observations cliniques ultérieures, demeuraient compatibles avec l'hypothèse d'un trouble du spectre de l'autisme. Cette discordance peut être discutée à la lumière des limites inhérentes aux outils auto-rapportés chez certains adultes présentant d'importantes stratégies de camouflage social (Hull et al., 2017), ainsi que des précautions d'interprétation généralement recommandées concernant l'utilisation des seuils de dépistage dans des contextes linguistiques et culturels variés. Plus largement, ces observations rappellent que les résultats issus des questionnaires gagnent à être intégrés dans une démarche diagnostique multimodale combinant données anamnestiques, informations développementales et jugement clinique.

Pour mettre fin à cette digression méthodologico-diagnostique, nous avons retenu la présence d'un trouble du spectre de l'autisme sans trouble du développement intellectuel et avec une altération légère ou absente du langage fonctionnel. Les éléments cliniques observés pendant les entretiens thérapeutiques et la manière dont le patient pouvait décrire son fonctionnement évoquaient clairement la présence d'un TSA. Quelque part, peu importe la manière dont a été effectuée l'évaluation psychiatrique et la pose du diagnostic, cette procédure a permis au patient de débiter un suivi spécifique au TSA et peut-être de lui éviter une certaine errance thérapeutique comme dans une pléthore de situations cliniques liées à ce type de troubles non-diagnostiqués alors que leur présence est bien réelle.

Nous nous sommes permis cette digression afin de souligner le contexte médico-psychologique auquel les patients présentant des troubles neurodéveloppementaux peuvent être confrontés. Ces réalités peuvent avoir un impact important, non seulement quant à la trajectoire asséculologique et thérapeutique chez les patients, mais également au niveau de la lecture de leur passé, leur présent et les possibilités qui peuvent s'offrir à eux dans le futur en fonction du contexte socio-culturel actuel tant sur les plans de (re-)définition identitaire que sur la projectualité. Un faux négatif peut avoir des conséquences très délétères pour le quotidien et le futur des patients, ainsi que sur la manière dont ils peuvent interpréter ce qui se passe tant dans leur manière de percevoir le monde que leur manière d'interpréter ce qu'ils vivent dans leur intériorité. Dans cette optique, le diagnostic peut être considéré comme une porte d'entrée pour réfléchir sur le fonctionnement autistique notamment comme « condition » ou « fonctionnement » davantage que comme trouble et définir également certains aspects en lien avec l'identité¹. En effet, on ne se projette pas de la même manière dans le futur des possibles avec ou sans ce type de diagnostic qui, dans la structuration de la

¹ Bien que le trouble du spectre de l'autisme (TSA) soit considéré comme un trouble neurodéveloppemental dans les classifications diagnostiques internationales, certains auteurs proposent de parler plutôt de « condition du spectre de l'autisme » (*Autism Spectrum Condition*). Cette terminologie permet notamment de considérer l'autisme comme une différence neurodéveloppementale et de ne pas l'appréhender uniquement sous un angle déficitaire ou pathologique (Wright et al., 2020). Cette manière de concevoir l'autisme s'inscrit notamment dans le paradigme de la neurodiversité (Jaarsma & Welin, 2012; Kapp et al., 2013). Elle n'exclut toutefois pas que les personnes autistes puissent présenter des difficultés fonctionnelles et avoir des besoins de soutien, dont la nature et l'importance peuvent varier selon les individus, mais également selon les contextes dans lesquels elles évoluent.

société occidentale actuelle, implique des conséquences fonctionnelles plus ou moins importantes, voire invalidantes. Ces considérations sur la précision de la procédure dans le bilan diagnostic revêtent dès lors un certain caractère éthique.

Revenons à la situation de Monsieur U. Ce patient présente également des troubles des apprentissages diagnostiqués à l'adolescence (dyslexie et dysorthographe). Nous notons également la présence d'une anxiété de fond, quand bien même il ne semble pas la percevoir. Au cours du suivi, l'hypothèse d'un trouble du déficit de l'attention sans hyperactivité (TDA) concomitant est progressivement ré-évoquée (en contradiction avec les résultats obtenus lors de l'évaluation psychiatrique). Cette hypothèse émerge notamment en raison de difficultés attentionnelles et exécutives observées par des tiers d'une mesure de réinsertion, ainsi qu'en fonction d'éléments cliniques relevés durant les entretiens de psychothérapie et pendant la durée du suivi. Il nous semble que l'anxiété ne permet pas à elle seule d'expliquer certaines difficultés attentionnelles et organisationnelles du patient dans son quotidien. Un traitement de méthylphénidate sera tout de même introduit dans ce contexte après discussion entre plusieurs thérapeutes et intervenants sociaux en lien avec Monsieur U (le traitement médicamenteux a été prescrit par la médecin-traitante qui a des connaissances sur les troubles neurodéveloppementaux), afin d'aider le patient avec certaines difficultés exécutives rencontrées dans son quotidien.

La psychothérapie débute à une période charnière de son parcours de vie. Après avoir obtenu un CFC au sein d'une école d'informatique, Monsieur U travaille comme opérateur informatique pendant un peu plus d'une année. Il perd toutefois son premier emploi quelques mois avant le début de la psychothérapie, les exigences du poste ayant été considérées comme trop complexes au regard des connaissances actuelles du patient. Ce licenciement constitue une rupture importante dans son parcours. Au-delà de la perte de l'emploi lui-même, il entraîne la disparition d'un cadre qui structurait jusqu'alors une partie de son quotidien. Le patient se retrouve simultanément confronté à différentes démarches auprès des assurances sociales, du chômage et, par la suite, des dispositifs de réinsertion professionnelle. Précisons également qu'il a effectué, quelques semaines avant le début de la psychothérapie, son service militaire et que ce dernier ne s'est pas passé de manière sereine au niveau interpersonnel. Monsieur U rapporte avoir fait l'objet d'attitudes dévalorisantes et peu considérantes de la part de ses pairs. Suite à son licenciement et au diagnostic de TSA, il a demandé de l'aide à l'assurance invalidité sur conseil de ses médecins afin d'obtenir un soutien pour son insertion professionnelle. Cependant, à l'évocation et au questionnement autour de cette demande en séance, Monsieur U n'arrive pas à établir une demande claire et personnalisée par rapport à ses besoins. Il en était de même lors du premier entretien par rapport à sa demande de psychothérapie. Au début du suivi, nous avons l'impression que ce patient agissait en fonction de ce qu'on lui avait suggéré sans pour autant être acteur de ses demandes, mais par adaptation à ce qui était proposé.

Dans une perspective systémique du cycle de vie, le passage de l'adolescence au jeune âge adulte constitue une période de transition importante, impliquant notamment une autonomisation et une différenciation progressive vis-à-vis de la famille d'origine, ainsi que la

construction d'une trajectoire personnelle, relationnelle et professionnelle (Carter & McGoldrick, 1989; McGoldrick, Carter, & Garcia-Preto, 2016). Cette période implique également d'importants remaniements identitaires, le jeune adulte étant progressivement amené à définir qui il est et la place qu'il souhaite occuper dans différents domaines de son existence. Elle constitue ainsi une période d'exploration et de construction identitaire, notamment sur les plans relationnel et professionnel (Arnett, 2000). Ces changements identitaires apparaissent étroitement liés à la capacité à se projeter dans l'avenir. La construction d'une identité propre implique en effet de pouvoir progressivement se représenter ce que l'on souhaite devenir et les différentes trajectoires possibles pour y parvenir. Les représentations que l'individu développe de ce qu'il pourrait devenir, souhaiterait devenir ou craindrait de devenir peuvent ainsi contribuer à orienter ses choix et ses comportements présents (Markus & Nurius, 1986). Dans le cas de Monsieur U, cette transition semble intervenir dans un contexte particulier. Son parcours antérieur paraît avoir été marqué par d'importantes tentatives d'adaptation, voire de suradaptation, aux différents cadres dans lesquels il évoluait. Après avoir été successivement inscrit dans un cadre scolaire, une formation professionnelle, puis un emploi, il se trouve confronté, à la suite de son licenciement, à la nécessité de participer davantage à la construction de son propre cadre et de préciser la direction qu'il souhaite donner à son parcours. Il ne présente pas pour autant une absence de projet professionnel, puisqu'il souhaite poursuivre son activité dans le domaine de l'informatique, dans lequel il a obtenu un CFC. Son projet semble toutefois encore insuffisamment précisé et structuré. La difficulté pourrait dès lors moins concerner l'existence d'une orientation professionnelle que la capacité à se représenter de manière suffisamment concrète le professionnel qu'il souhaite devenir, le type d'activité qu'il souhaiterait exercer et les conditions dans lesquelles il pourrait mobiliser durablement ses compétences (cet aspect se retrouve également dans d'autres domaines de son existence). Cette trajectoire, par moments instable (associée à certaines difficultés relationnelles présentes dans la famille nucléaire) et probablement d'incompréhension par rapport au monde environnant, semble avoir eu un fort impact sur la confiance et l'estime de Monsieur U et par boucle de rétroaction favoriser des difficultés identitaires et l'apparition, ainsi que le maintien d'une angoisse de fond.

Dans cette perspective, la fragilité actuelle de sa projectualité pourrait être envisagée en lien avec les remaniements identitaires propres à cette période du cycle de vie, mais également avec une trajectoire marquée par une adaptation importante aux attentes et aux cadres externes en lien avec la non-compréhension de son fonctionnement neuroatypique. Après avoir longtemps dû s'adapter à des structures préexistantes, Monsieur U se trouve désormais confronté à une tâche différente: identifier davantage ses propres aspirations, reconnaître ses besoins et participer activement à la construction d'un environnement et d'une trajectoire qui lui correspondent. Le licenciement pourrait ainsi avoir eu un effet déstabilisateur dépassant la seule perte de l'emploi, en entraînant simultanément une perte de structure quotidienne, une remise en question de son identité professionnelle et une augmentation de l'incertitude concernant son avenir. Il dira lors d'une rencontre de réseau avec les intervenants des champs médico-sociaux qui l'accompagnent et dans le cadre d'une mesure d'insertion financée par le

chômage qu'il a besoin d'apprendre à fonctionner avec ses neuroatypies au quotidien. Dès lors, Monsieur U navigue entre flou identitaire professionnel et flou identitaire par rapport à ses neuroatypies.

Une trajectoire marquée par la suradaptation

L'histoire développementale de Monsieur U semble caractérisée par une importante suradaptation. Ses difficultés neurodéveloppementales, qui n'avaient pas été pleinement identifiées durant son enfance et une partie de son adolescence ont favorisé un parcours scolaire difficile et semblent lui avoir demandé des efforts considérables. Ces difficultés ont impliqué un besoin conséquent d'encadrement de la part de ses parents. Dans certaines situations, des tensions relativement importantes avec ces derniers ont pu être présentes, personne ne pouvant comprendre ce qui se passait pour le patient (y compris pour lui-même) en l'absence d'éléments diagnostiques. Monsieur U explique également avoir doublé une année scolaire (4^{ième} primaire), qu'il a suivi un cursus secondaire en voie générale à l'école obligatoire, ainsi qu'effectué une année d'orientation et de préapprentissage (Monsieur U n'ayant pas trouvé d'apprentissage après la fin de l'école obligatoire), ainsi que son apprentissage dans une école d'informatique privée. Quand bien même les cours, lors de cette dernière formation, se sont plutôt bien passés, Monsieur U rapporte avoir vécu des difficultés lors des stages professionnalisants. A l'issue de cet apprentissage, il trouvera un poste comme opérateur informatique dans une ville de sa région de résidence. Cependant, comme indiqué ci-dessus, cet engagement n'aura duré que quelques mois.

Ces stratégies de camouflage et de suradaptation, déjà évoquées plus haut, ont probablement constitué pour Monsieur U une ressource développementale importante — au prix, cependant, d'une identification insuffisante de ses propres besoins, tant par son entourage que par lui-même, ce qui a pu favoriser son anxiété de fond et une perte d'estime de soi. Nous notons également chez nos patients neuroatypiques qu'ils ont pu être « victimes » d'éducation trop « strictes » dans la mesure où certains parents souhaitaient que leurs enfants s'adaptent à des règles et normes qui ne correspondaient pas — pour toutes — à leur fonctionnement. Parfois, nous entendons ça et là des patients nous raconter que leur mère et/ou leur père, porteur eux-mêmes de neuroatypies, inculquaient, par ignorance de leur propre fonctionnement souvent, une éducation impliquant la conformisation aux règles neurotypiques au niveau de la gestion du quotidien et des interactions sociales. Or, ce type d'éducation nous semble favoriser le développement de formes de suradaptation qui peuvent parfois prendre des allures pathologiques au vu du risque d'épuisement chronique auxquelles elles confrontent. En plus des conséquences précitées, ces formes d'éducation ont pu se faire, dans certains cas, de manière coercitive et maltraitante, impliquant le développement parallèle de troubles émotionnels.

De plus, cette suradaptation semble également avoir joué des tours à Monsieur U dans la mesure où elle a pu favoriser des difficultés d'insertion scolaire et professionnelle. En effet, dans le développement de vie, l'âge avançant, les cadres familiaux, scolaires et professionnels laissent de plus en plus de liberté et d'autonomie chez la personne en développement.

Cependant, dans les situations comme celle de Monsieur U où certains de ses besoins particuliers et de certaines de ses difficultés n'ont pas été pris en compte, ce dernier n'a pas eu l'opportunité de travailler sur des stratégies de régulation et de fonctionnement adaptées à qui il était. Par ailleurs, pour les personnes neuroatypiques, les périodes de transition constituent des moments de vie critiques quant au développement de difficultés psychologiques et d'insertion. Dans le cadre de la personne TSA, ces transitions constituent notamment des pertes de repères importantes et destructurantes par rapport aux routines fixes et habituelles. Pour les personnes TDAH, l'accumulation de stress et de situations complexes à gérer au quotidien peut faire décompenser l'attention. Dans le cas de Monsieur U, il peut être envisagé que la transition école-emploi ait impliqué un dépassement trop important de ses ressources au point où ses stratégies d'adaptation n'ont plus été efficaces pour assurer le « service minimum ».

Pour comprendre l'émergence de certaines difficultés de Monsieur U, nous proposons d'introduire des concepts en lien avec les théories développementales de la personnalité et du tempérament qui peuvent s'appliquer aux difficultés rencontrées par les personnes TSA/TDAH. Thomas et Chess ont été parmi les premiers à proposer que les difficultés émotionnelles et comportementales de l'enfant ne résultent ni exclusivement de ses caractéristiques individuelles, ni uniquement de son environnement, mais de l'interaction dynamique entre les deux (Chess et al., 1963). À partir de la *New York Longitudinal Study*, ils ont développé une théorie du tempérament et ont introduit le concept de *goodness of fit*, défini comme le degré d'adéquation entre les caractéristiques tempéramentales de l'enfant et les attentes, exigences et opportunités offertes par son environnement (Thomas & Chess, 1977). Selon ce modèle, un bon ajustement favorise le développement socioémotionnel et les capacités d'adaptation, tandis qu'une inadéquation (*poorness of fit*) augmente le risque de difficultés émotionnelles, comportementales et relationnelles. Les auteurs soulignent que cette adéquation ne dépend pas uniquement des caractéristiques de l'enfant, mais repose largement sur la capacité des adultes à reconnaître son fonctionnement, à ajuster leurs attentes et, lorsque cela est possible, à adapter leur environnement éducatif afin de répondre à ses besoins développementaux (Chess & Thomas, 1984; Chess & Thomas, 1999). Les manifestations comportementales sont ainsi envisagées comme le produit d'une interaction continue entre les caractéristiques individuelles et les réponses de l'environnement, plutôt que comme l'expression directe d'un tempérament considéré isolément.

Cette conception s'inscrit pleinement dans le modèle transactionnel du développement proposé par Sameroff (1975, 2009), selon lequel le développement résulte d'influences réciproques et continues entre l'individu et ses différents environnements. L'enfant ne subit pas passivement son environnement; il agit sur celui-ci par ses comportements, tandis que l'environnement modifie en retour ses expériences, ses apprentissages et son développement. Les trajectoires développementales émergent ainsi d'une succession de transactions entre les caractéristiques de la personne et les réponses apportées par ses différents milieux de vie (famille, école, groupe de pairs, puis environnement professionnel), ces transactions pouvant progressivement renforcer les facteurs de protection ou, au

contraire, accroître la vulnérabilité psychologique. Cette conception peut également être rapprochée du modèle bioécologique de Bronfenbrenner, selon lequel le développement résulte de processus d'interaction réciproque entre les caractéristiques de la personne et les différents systèmes environnementaux dans lesquels elle évolue, depuis les relations quotidiennes les plus immédiates jusqu'aux contextes institutionnels, sociaux et culturels plus larges (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Elle rejoint également les perspectives de la psychopathologie développementale, qui envisagent le tempérament comme un facteur susceptible de contribuer à différentes trajectoires d'adaptation ou de vulnérabilité en fonction de ses interactions avec les autres caractéristiques individuelles et environnementales (Nigg, 2006).

Les travaux plus récents de McClowry et de ses collègues ont enrichi cette perspective en intégrant les connaissances issues de la recherche sur l'autorégulation (McClowry et al., 2008). Dans cette approche, le *goodness of fit* ne repose plus uniquement sur l'adaptation de l'environnement aux caractéristiques de l'enfant, mais devient un processus dynamique reposant sur deux mécanismes complémentaires. Le premier consiste à ajuster le contexte afin qu'il soit davantage compatible avec les caractéristiques développementales de l'enfant. Le second vise à soutenir progressivement le développement de ses capacités d'autorégulation grâce à un accompagnement (*scaffolding*) permettant d'élargir son répertoire émotionnel, attentionnel et comportemental. L'objectif n'est donc pas de modifier le tempérament, considéré comme relativement stable au cours du développement, mais de favoriser l'acquisition progressive de stratégies permettant de mieux faire face aux situations dans lesquelles les exigences du contexte sont moins compatibles avec ses dispositions initiales (McClowry et al., 2008; Rothbart & Bates, 2006).

Bien que ces modèles aient été élaborés dans le champ du tempérament, ils nous paraissent offrir un cadre théorique particulièrement pertinent pour comprendre les troubles du neurodéveloppement. En effet, chez les personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les difficultés observées semblent souvent résulter non seulement de leurs particularités neurodéveloppementales, mais également du décalage persistant entre ces dernières et les exigences de leurs différents environnements de vie. Cette perspective rejoint les approches contemporaines de la neurodiversité (Singer, 1999; Kapp, 2020), ainsi que le modèle social du handicap (World Health Organization, 2001; Shakespeare, 2018), selon lesquels les limitations fonctionnelles émergent en partie de l'interaction entre les caractéristiques de la personne et les obstacles présents dans son environnement.

À partir de ces différents modèles, nous proposons d'étendre le concept de *goodness of fit* à l'ensemble des caractéristiques neurodéveloppementales. Dans cette perspective, l'adéquation entre la personne et son environnement ne concernerait plus uniquement le tempérament, mais également le profil sensoriel, le fonctionnement exécutif, les modalités attentionnelles, la cognition sociale, les besoins de prévisibilité, la fatigabilité cognitive, les modalités de régulation émotionnelle, ainsi que les stratégies de camouflage et de compensation (Hull et al., 2017). Les difficultés psychologiques ne résulteraient donc pas

uniquement des particularités neurodéveloppementales elles-mêmes, mais de l'accumulation, au fil du développement, de transactions insuffisamment ajustées entre ces caractéristiques et les environnements successivement rencontrés. Nous faisons ainsi l'hypothèse que la qualité du *goodness of fit* constitue un mécanisme développemental susceptible d'expliquer une partie de l'importante hétérogénéité clinique observée chez les personnes présentant un TSA ou un TDAH. À profil neurodéveloppemental comparable, les trajectoires développementales, les capacités d'adaptation et le niveau de souffrance psychologique pourraient différer selon la qualité des ajustements réciproques entre la personne et ses environnements, mais également selon les possibilités offertes de développer progressivement des stratégies d'autorégulation, de compensation et d'autonomie.

Dans cette perspective, les expériences développementales prennent une valeur cumulative. Des environnements peu sensibles aux besoins de la personne, des attentes répétées inadaptées, des expériences d'incompréhension, d'échec ou de rejet, ainsi que le recours chronique au camouflage, peuvent progressivement favoriser le développement d'une symptomatologie anxieuse ou dépressive, d'une faible estime de soi, de stratégies de suradaptation, voire d'un épuisement chronique pouvant conduire au burnout autistique (Raymaker et al., 2020). À l'inverse, des environnements capables de reconnaître les besoins spécifiques de la personne, de proposer des adaptations pertinentes et de soutenir progressivement le développement de ses capacités d'autorégulation sont susceptibles de favoriser des trajectoires développementales plus favorables, malgré la persistance des particularités neurodéveloppementales.

Pour en revenir à Monsieur U et par rapport aux éléments apportés ci-dessus, il apparaît que l'ajustement de ses *caregivers* a été marqué par des problèmes de synchronisation entre ses parents et lui-même. Ces éléments ont pu favoriser et amplifier des difficultés de régulation du stress et de l'anxiété présentes dans l'existence du patient et qui se sont chronicisées. Il ne s'agit pas de « blâmer » les parents et l'entourage sur les difficultés d'adéquation du cadre éducatif. En effet, le développement des connaissances autour des difficultés neurodéveloppementales est récent dans l'histoire de la recherche, surtout en ce qui concerne les personnes qui présentent des profils TSA et/ou TDAH sans déficience intellectuelle. Dès lors, la transposition des connaissances scientifiques en savoirs accessibles à la population générale autour de la question de l'ajustement du cadre éducatif chez les enfants présentant des neuroatypies était quelque peu lacunaire au début des années 2000 (période de naissance de Monsieur U) et les parents de ces enfants se sont trouvés parfois dans l'errance sur les plans thérapeutiques et psychoéducatifs. S'ajoute également la gêne, voire la honte, de parler des difficultés spécifiques et des atypies rencontrées dans le développement de son propre enfant et l'éducation devient quelque peu complexe à mener.

Cette dynamique semble également, si ce n'est avoir contribué, avoir été associée à des difficultés dans l'identification de ses états internes. Au cours de la psychothérapie, Monsieur U tend régulièrement à minimiser l'impact émotionnel de certaines situations pourtant objectivement difficiles. Il peut, par exemple, rapporter des expériences relationnelles négatives ou des périodes de vie complexes sans spontanément établir de lien entre ces

événements et son état émotionnel. Une hypothèse d'alexithymie ou, plus largement, d'une difficulté d'accès, d'identification et de mise en lien de ses états internes peut ainsi être envisagée en réaction aux difficultés d'ajustement. Pour rappel l'alexithymie est un trait de personnalité caractérisé par une grande difficulté à identifier, nommer et exprimer ses émotions, souvent confondues avec des sensations physiques. Le camouflage, la suradaptation et cette faible conscience du coût émotionnel de l'adaptation pourraient alors s'être renforcés mutuellement. Monsieur U est capable de continuer à fonctionner dans certaines situations difficiles sans nécessairement percevoir immédiatement la charge psychique qu'elles représentent. L'impact de l'adaptation ne devient parfois visible que lorsque les ressources disponibles ne suffisent plus à compenser les exigences de l'environnement.

Ces éléments permettent également d'interroger les difficultés actuelles de Monsieur U à construire une trajectoire de vie qui lui soit propre. Après avoir longtemps mobilisé ses ressources pour répondre aux exigences des cadres dans lesquels il évoluait, il se trouve désormais confronté à une tâche différente: identifier non seulement ce qu'il est capable de faire, mais également ce qu'il souhaite faire et les conditions dans lesquelles il peut le faire de manière durable. Cependant, au début du suivi, il n'arrivait pas à le faire et nous pensons que certaines inadéquations répétées dans ses cadres éducatifs ont pu impacter de manière négative ses liens avec ses *caregivers* et favoriser des difficultés d'attachement. Ces dernières semblent avoir impacté la capacité à se sécuriser soi-même et à pouvoir explorer l'environnement.

Difficultés d'attachement, vulnérabilité et recours limité à l'aide

L'histoire familiale apporte un autre éclairage sur ce fonctionnement. La relation avec la mère semble avoir été marquée par une certaine imprévisibilité émotionnelle. Celle-ci pouvait se montrer sévère et présenter des réactions importantes dans des situations qui ne semblaient pas toujours les justifier. Sa fatigue, ses frustrations ou ses états émotionnels pouvaient être déplacés sur ses enfants. Elle pouvait également attribuer à ceux-ci certaines intentions sans nécessairement les vérifier, générant des situations dans lesquelles Monsieur U pouvait se sentir mal compris ou injustement réprimandé. Nous pouvons également penser que la mère du patient a pu être dépassée par les difficultés liées au fonctionnement de son fils et, en l'absence de connaissances sur les neuroatypies, avoir des difficultés à s'ajuster. Par ailleurs, à la manière dont le patient en parle en séance, sa mère semble également présenter un fonctionnement de type TSA sans qu'elle en soit consciente et qui pourrait avoir eu un impact sur une certaine obsession par rapport au fait de s'adapter aux normes des neurotypiques. Cela étant, tous ces aspects ont pu avoir un impact sur la qualité d'attachement entre Monsieur U et ses *caregivers*. Nous avons, depuis le début du suivi, très peu parlé du père et ne pouvons pas faire d'hypothèses en lien avec son implication de l'éducation du patient.

Si les travaux fondateurs de Bowlby (1969/1982, 1988) et d'Ainsworth et de ses collaborateurs (1978) ont principalement mis en évidence le rôle de la sensibilité parentale dans le développement d'un attachement sécurisé, le champ de l'attachement a connu depuis une

évolution conceptuelle importante, tant sur le plan théorique qu'empirique (Duschinsky, 2020). Les approches contemporaines conçoivent ainsi davantage l'attachement comme un processus relationnel dynamique résultant de la qualité des interactions répétées entre l'enfant et ses figures d'attachement (Sroufe, 2005). Les notions de synchronie, de co-régulation et de réparation des ruptures interactionnelles occupent désormais une place centrale dans la compréhension du développement de la sécurité de l'attachement. Cette évolution rapproche la théorie de l'attachement des modèles transactionnels du développement proposés par Sameroff (1975, 2009), selon lesquels les trajectoires développementales résultent d'influences réciproques et continues entre les caractéristiques de l'enfant et les réponses de son environnement. Dans ces approches, l'enfant n'est plus considéré comme un simple récepteur des comportements parentaux, mais comme un partenaire actif qui influence lui-même la qualité des interactions et contribue à façonner son environnement relationnel. Ce même mécanisme de *goodness of fit* pourrait relier ces modèles entre eux: la qualité de l'ajustement réciproque influencerait directement les interactions quotidiennes, soutenant ainsi le développement de la synchronie, de la co-régulation, puis de la sécurité de l'attachement.

Dans cette perspective et comme déjà suggéré ci-avant, les difficultés relationnelles observées chez certains enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ne seraient pas uniquement imputables aux caractéristiques de l'enfant, ni exclusivement aux compétences parentales. Elles pourraient résulter, au moins en partie, d'un ajustement réciproque insuffisant entre les particularités neurodéveloppementales de l'enfant — notamment ses modalités sensorielles, attentionnelles, émotionnelles et communicationnelles — et la capacité de son environnement à les reconnaître, les comprendre et y répondre de manière adaptée. Ainsi, des parents sensibles, disponibles et fortement investis peuvent néanmoins rencontrer des difficultés à établir une synchronie interactionnelle lorsque les signaux émis par leur enfant sont plus atypiques, moins lisibles ou plus difficiles à interpréter. Cette hypothèse est cohérente avec les travaux montrant que les enfants présentant un TSA sont capables de développer des attachements sécurisés — un peu plus d'un enfant sur deux dans les échantillons évalués au moyen du protocole d'observation « Situation étrange ». Ce protocole, élaboré par Mary Ainsworth, permet d'observer la qualité du lien d'attachement entre un jeune enfant (généralement entre 12 et 18 mois) et son parent, et notamment si l'enfant utilise ce dernier comme une base sûre pour explorer le monde et se rassurer en cas de stress. Le taux d'attachement sécurisé chez les enfants avec TSA demeure toutefois significativement inférieur à celui observé chez les enfants neurotypiques, avec un effet d'ampleur modérée (Rutgers et al., 2004). Plutôt que d'interpréter cet écart comme la simple conséquence d'un déficit relationnel inhérent à l'enfant, cette hypothèse invite à le lire également comme le reflet d'un ajustement réciproque plus difficile à établir, les signaux émis par l'enfant étant souvent plus atypiques, moins lisibles ou plus complexes à interpréter pour l'environnement.

Sans pouvoir établir de lien causal direct entre l'histoire relationnelle de Monsieur U et son fonctionnement actuel, l'hypothèse peut être faite que ce patient a progressivement développé des stratégies d'attachement à dominante évitante ou désactivante. Ces dernières se manifestent lorsqu'il a besoin d'aide et qu'il pourrait l'obtenir d'une personne qui a une forme d'autorité sur lui. Et nous pouvons nous demander si Monsieur U n'a pas développé un schéma du type: « lorsque j'ai un problème, c'est à moi de le résoudre; si je montre que je suis en difficulté ou que je demande de l'aide, je risque de m'exposer à une réaction négative ».

Cette représentation ne semble pas accessible à la conscience du patient sous cette forme. Elle paraît davantage fonctionner comme un apprentissage relationnel implicite. Face à une difficulté, Monsieur U cherche spontanément à trouver lui-même une solution et sollicite peu son entourage ou les personnes susceptibles de lui apporter une aide. Dans le contexte professionnel, notamment, il pouvait se retrouver confronté à des problèmes importants sans demander le soutien qui aurait pourtant pu lui permettre de les résoudre. C'est ce qui a pu être observé lors d'une mesure d'insertion professionnelle. Il semble également que les situations générant des questions de sa part favorisent une certaine paralysie de la pensée et de l'action due à la présence d'un pic d'anxiété. Dès lors, il est possible qu'il ait pris un certain retard dans l'acquisition de certains savoirs sensés être connus par absence répétée de demande d'aide. Un des intervenants de la mesure socio-professionnelle a d'ailleurs souligné que Monsieur U pouvait poser des questions sur des connaissances estimées être sienne pour un opérateur en informatique diplômé.

Ce fonctionnement ne semble toutefois pas correspondre à un évitement généralisé de la proximité relationnelle. Monsieur U est capable de nouer et de maintenir des relations proches et significatives, notamment avec certains de ses pairs. Il peut décrire des liens affectivement importants et ne présente pas de peur particulière de l'abandon ni de traits dysfonctionnels de personnalité. Cet aspect est également observé dans la relation psychothérapeutique et les liens qu'il a développés avec les intervenants qui l'encadraient lors de la mesure professionnelle dont il a bénéficié dans le cadre du chômage. Cela étant, une certaine distance semble davantage se situer au niveau de l'accès à son propre vécu émotionnel et de sa capacité à partager sa vulnérabilité.

Les difficultés paraissent également plus marquées dans les relations asymétriques, notamment face aux figures d'autorité. Dans ces contextes, Monsieur U peut avoir tendance à tenter de résoudre seul les problèmes rencontrés, y compris lorsque ceux-ci dépassent momentanément ses capacités de résolution. Cette stratégie pourrait être comprise comme une forme de désactivation du recours à la personne susceptible d'apporter de l'aide plutôt que comme un évitement de la relation elle-même. Cette distinction apparaît importante: les difficultés d'attachement (qui ne constituent pas un trouble de l'attachement) de Monsieur U ne semblent pas se traduire par une incapacité à établir des relations proches, mais davantage par une difficulté à mobiliser la relation comme source de sécurité, de soutien et de corégulation lorsqu'il se trouve lui-même en situation de vulnérabilité. L'hypothèse peut être faite que ce fonctionnement se manifeste plus particulièrement lorsque la relation comporte une dimension hiérarchique ou d'autorité, susceptible de réactiver implicitement des

expériences antérieures dans lesquelles l'expression d'une difficulté ou la demande d'aide pouvait être associée à un risque d'incompréhension, de critique ou de réaction négative. Cette autosuffisance semble présenter un coût important lorsque le niveau d'anxiété augmente. Face à certaines difficultés, Monsieur U peut présenter une activation anxieuse importante susceptible d'entraîner une forme de « freeze » cognitif: la pensée devient moins accessible et les capacités de résolution de problème diminuent. Un paradoxe apparaît alors. Plus la situation devient complexe, plus Monsieur U aurait potentiellement besoin d'un soutien extérieur; mais plus son fonctionnement habituel le conduit implicitement à considérer qu'il doit résoudre seul la difficulté pour ne pas faire de vagues, à éviter la situation ou encore à ne plus savoir sur quoi demander de l'aide.

Perte du cadre, anxiété et fragilité de la projectualité

Cette perte du cadre professionnel — déjà relevée plus haut — a directement fragilisé la structuration du quotidien de Monsieur U: en l'absence de structure externe, ses journées deviennent moins organisées et ses difficultés exécutives s'en trouvent davantage exposées.

Monsieur U ne présente toutefois pas une absence totale de projet professionnel. Titulaire d'un CFC réalisé au sein d'une école d'informatique, il souhaite poursuivre son parcours dans ce domaine. Son orientation professionnelle générale apparaît donc relativement définie. Les contours plus précis de son projet restent néanmoins à construire, notamment concernant le type de poste qu'il souhaite occuper, les exigences auxquelles il peut répondre durablement et les conditions environnementales, organisationnelles et relationnelles qui seraient les mieux adaptées à son fonctionnement. Il peine à définir la « substance » de son projet et à le placer au travers d'autres projets de vie potentiels. Les questions affectives ou de *leaving home* sont également en suspens ou définies de manière peu claires au cours de la psychothérapie.

À la suite de son licenciement, Monsieur U intègre une première mesure de réinsertion professionnelle. Cette période semble ainsi moins témoigner d'une absence de projet professionnel que d'une difficulté à transformer une orientation générale – continuer à travailler dans le domaine de l'informatique – en un projet suffisamment concret, structuré et ajusté à ses besoins. La fragilité de la projectualité pourrait être comprise comme un phénomène multifactoriel. Les difficultés exécutives associées au TDAH potentiel peuvent rendre plus complexe l'organisation autonome du temps et la transformation d'un objectif abstrait en étapes concrètes. Le TSA peut également participer au besoin de prévisibilité et aux difficultés rencontrées face à une période caractérisée par une importante incertitude. Enfin, comme déjà relevé, les années de camouflage et de suradaptation ont pu renforcer cette difficulté à identifier ses propres aspirations plutôt que les attentes externes. La question qui se pose à lui pourrait ainsi être formulée de la manière suivante: après avoir longtemps cherché à comprendre et à répondre à « ce que l'on attend de moi », comment déterminer désormais « ce que je souhaite pour moi », « dans quelles conditions puis-je le réaliser » et « de quel soutien relationnel ai-je besoin qui soit ajusté à mes spécificités de fonctionnement » ?

L'absence de réponses suffisamment claires à ces questions semble susceptible de générer une anxiété de fond importante. Cette anxiété paraît toutefois insuffisamment identifiée par le patient. Elle peut se manifester davantage par une agitation, une désorganisation, une labilité émotionnelle ou des blocages dans la pensée que par une verbalisation explicite d'un vécu anxieux. Une dynamique circulaire peut alors être envisagée: la perte de structure et l'incertitude concernant l'avenir augmenteraient l'anxiété; cette activation anxieuse fragiliserait les capacités exécutives et de résolution de problème; les difficultés à organiser le quotidien et à préciser le projet professionnel renforceraient à leur tour l'incertitude. Parallèlement, les stratégies habituelles de faible recours à l'aide et/ou de suradaptation/de camouflage pourraient limiter l'accès aux ressources externes susceptibles de contribuer à interrompre cette dynamique.

Introduction du méthylphénidate dans un contexte d'anxiété latente

C'est dans ce contexte qu'un traitement de méthylphénidate est introduit à la suite de l'hypothèse d'un TDAH concomitant. L'introduction de ce traitement avait été discutée lors d'une rencontre de réseau avec sa médecin-traitante dans le cadre du prolongement de la mesure professionnelle financée par le chômage. La mesure du chômage a débuté 4 mois après le début de la psychothérapie et l'introduction du traitement par méthylphénidate 10 mois après le début du suivi. L'introduction d'un tel traitement pharmacologique avait pour objectif d'observer si l'amélioration des fonctions attentionnelles pouvait avoir un impact sur la capacité d'organisation et de structuration du travail de Monsieur U dans un cadre structuré et centré sur l'observation et le développement de compétence et non de rendement comme dans l'économie libre. Cependant, l'assurance invalidité ayant statué sur un autre projet pour Monsieur U au travers d'un coaching individualisé qui démarrerait quelques mois plus tard, cette mesure s'est arrêtée assez rapidement juste avant d'introduire le traitement.

La décision concernant l'introduction du méthylphénidate est restée maintenue. Initialement, Monsieur U manifestait peu d'effets significatifs du traitement. Dans les semaines suivantes, une augmentation de l'anxiété est toutefois observée de manière fluctuante, alors même que le patient tend à minimiser l'impact de la période complexe qu'il traverse (fin de la mesure, absence de projets immédiats). Par ailleurs, il va également déménager avec ses parents dans un nouvel appartement dans la mesure où la famille doit quitter le logement actuel. Son grand frère en profitera pour partir vivre en collocation. Dès lors, dans le cadre d'un TSA, il s'agit d'une transition très importante dans la mesure où elle va avoir un impact conséquent sur la réadaptation des routines quotidiennes dans un nouveau milieu de vie. De plus, le logement que Monsieur U quittera est celui dans lequel il vit depuis sa naissance et qui a une certaine valeur affective. Ces aspects seront également à gérer en parallèle aux questionnements professionnels.

L'évolution clinique conduit progressivement à s'interroger sur une possible interaction entre le traitement psychostimulant et une anxiété préexistante, jusque-là relativement peu identifiée par le patient. Monsieur U rapporte ultérieurement une agitation qu'il associe lui-même à la médication. L'hypothèse clinique est alors formulée que le traitement pourrait,

chez ce patient, amplifier ou rendre plus manifeste une activation anxieuse latente, particulièrement lorsque celle-ci augmente parallèlement aux événements stressants de son quotidien. Il ne s'agit pas ici d'établir une relation causale entre le méthylphénidate et l'augmentation de l'anxiété. Plusieurs facteurs contextuels évoluent simultanément : incertitude professionnelle, transition entre différentes mesures de soutien, démarches de réinsertion, recherche d'emploi, obligations militaires (Monsieur U ayant été convoqué pour effectuer ses cours de répétition à l'armée quelques semaines après la fin de la première mesure de réinsertion) et déménagement. Néanmoins, l'observation clinique invite à s'interroger sur les conditions dans lesquelles un traitement psychostimulant est introduit chez un patient présentant un profil neurodéveloppemental complexe et une vulnérabilité anxieuse peu mentalisée.

L'hypothèse pourrait être faite que l'amélioration de la disponibilité attentionnelle ou l'augmentation de l'activation associée au traitement ne produisent pas nécessairement les bénéfices fonctionnels attendus lorsque le patient évolue simultanément dans un quotidien insuffisamment structuré et ne dispose pas encore de perspectives de vie suffisamment définies. Chez une personne présentant une anxiété latente, des difficultés à identifier ses états internes et une tendance à résoudre seule ses difficultés, cette activation pourrait contribuer à rendre l'anxiété plus saillante ou à l'amplifier. L'anxiété pourrait alors, en retour, interférer avec les fonctions exécutives et les capacités de résolution de problème, réduisant potentiellement les bénéfices fonctionnels attendus du traitement (ou réduire l'impression d'un effet du traitement). Le traitement pharmacologique intervient ainsi dans un système dynamique où interagissent facteurs neurodéveloppementaux, contexte environnemental, trajectoire développementale, stratégies adaptatives et modalités de régulation émotionnelle et relationnelle. Cette observation soulève ainsi l'hypothèse que l'absence de structuration suffisante du quotidien et de perspectives suffisamment définies pourrait constituer, chez certains patients présentant une vulnérabilité anxieuse, un facteur contextuel susceptible de moduler la réponse subjective et fonctionnelle au traitement psychostimulant.

Les psychostimulants, et plus particulièrement le méthylphénidate, constituent aujourd'hui le traitement pharmacologique de première intention du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Les synthèses méthodiques et méta-analyses publiées au cours des dix dernières années montrent de manière constante une amélioration des symptômes cardinaux du trouble, notamment l'inattention, l'impulsivité et, dans une moindre mesure, l'hyperactivité (Bezerra Martins et al., 2024; Isfandnia et al., 2024). Chez les personnes présentant un TSA associé à un TDAH, les données suggèrent également une diminution des symptômes attentionnels, bien que la réponse soit plus hétérogène et que les effets indésirables soient plus fréquents (Bezerra Martins et al., 2024). Cependant, ces mêmes travaux montrent que les bénéfices du traitement demeurent beaucoup plus limités lorsqu'ils sont évalués en termes de qualité de vie, de fonctionnement social, d'insertion professionnelle ou de participation aux activités quotidiennes (French et al., 2024). Autrement dit, une amélioration des symptômes ne conduit pas nécessairement à une amélioration équivalente de la trajectoire de vie. Cette dissociation entre efficacité symptomatique et

efficacité fonctionnelle constitue aujourd'hui l'une des principales limites des traitements pharmacologiques du TDAH et soulève une question essentielle: quels mécanismes expliquent que des ressources cognitives restaurées ne soient pas toujours transformées en changements durables dans la vie de la personne ?

Une première réponse est apportée par la littérature consacrée aux comorbidités anxieuses. Les troubles anxieux sont particulièrement fréquents chez les personnes présentant un TDAH, et davantage encore chez celles présentant une association TSA–TDAH. Chez les personnes autistes, l'anxiété apparaît notamment liée à une intolérance à l'incertitude et à la présence de comportements restreints et répétitifs (Bird et al., 2024). Bien que cette littérature ne porte pas directement sur la mobilisation des ressources cognitives sous traitement pharmacologique, elle offre un cadre plausible pour comprendre comment l'anxiété chronique — via l'évitement, les anticipations négatives et l'intolérance à l'incertitude — pourrait limiter l'utilisation, dans la vie quotidienne, des fonctions exécutives restaurées par le méthylphénidate. Cette hypothèse de médiation reste à ce jour à documenter empiriquement de façon spécifique. Le médicament améliore donc certaines fonctions exécutives, mais ne modifie pas nécessairement les processus émotionnels et développementaux qui conditionnent leur utilisation dans la vie quotidienne.

Parallèlement, les neurosciences et la psychologie cognitives ont connu un développement considérable autour des notions d'*episodic future thinking*, de prospection et de *goal-directed behaviour*. Ces travaux montrent que la capacité à simuler des événements personnels futurs joue un rôle dans plusieurs fonctions adaptatives, notamment la prise de décision, la planification, la mémoire prospective, la régulation émotionnelle et les comportements orientés vers un but (Schacter et al., 2017; Bulley & Irish, 2018; Bulley & Schacter, 2023). Chez les personnes autistes, une étude de Lind et Bowler (2010) met en évidence une représentation moins riche, moins spécifique et moins détaillée des événements autobiographiques futurs. Les difficultés exécutives associées au TDAH peuvent, elles, compromettre la planification, le maintien d'objectifs et l'organisation des comportements orientés vers un but, avec des répercussions fonctionnelles documentées notamment dans les domaines scolaire et professionnel (Chan & Langberg, 2024).

Cette proposition prend tout son sens lorsqu'elle est replacée dans une perspective transactionnelle du développement. Les caractéristiques neurodéveloppementales propres aux personnes présentant un TSA et/ou un TDAH interagissent dès les premières années de vie avec un environnement plus ou moins ajusté à leurs besoins. Lorsque ce *goodness of fit* demeure insuffisant (Thomas & Chess, 1977; McClowry et al., 2008), les expériences répétées d'incompréhension, de rejet, d'échec ou de surcharge sensorielle favorisent progressivement l'accumulation d'une charge allostatique importante (l'allostase désigne la capacité du corps à s'adapter au stress et au changement pour garder son équilibre). Cette accumulation contribue au développement d'une anxiété chronique, à une diminution du sentiment d'efficacité personnelle (telle que définie par Bandura, 1997) ainsi qu'à une altération progressive des capacités de prospection. La difficulté à imaginer un avenir personnel crédible

et désirable réduit alors progressivement les comportements orientés vers un but et conduit à une altération de la projectualité².

Dans cette perspective, la projectualité n'apparaît plus comme une simple conséquence des difficultés développementales, mais comme le mécanisme central reliant les ressources cognitives disponibles à leur traduction dans la trajectoire de vie. Le méthylphénidate améliore effectivement plusieurs fonctions exécutives, notamment l'attention soutenue, la mémoire de travail et le contrôle inhibiteur (Isfandnia et al., 2024). Toutefois, ces ressources demeurent difficilement mobilisables lorsque persistent une charge allostatique élevée, une anxiété chronique, un faible sentiment d'efficacité personnelle et une capacité réduite à investir un avenir personnel. L'absence ou la pauvreté des projets de vie ne traduirait donc pas une inefficacité du traitement, mais l'expression clinique d'une altération plus profonde de la capacité à transformer des ressources cognitives en trajectoires développementales.

Cette hypothèse permet également d'éclairer une observation clinique apportée par les adultes présentant un TSA et/ou un TDAH. Certains décrivent une amélioration de leur attention sous méthylphénidate tout en affirmant leur vie n'a pas changé. Cette dissociation peut être comprise comme et à mettre en lien avec le reflet d'une projectualité potentiellement altérée. Les ressources cognitives restaurées par le traitement demeurent insuffisamment investies dans des comportements dirigés vers un but tant que les mécanismes ayant conduit à leur altération persistent. Nous proposons ainsi que la projectualité constitue le principal mécanisme développemental reliant les ressources neurocognitives disponibles, la qualité des interactions entre la personne et son environnement (*goodness of fit*), ainsi que la capacité à transformer ces ressources en trajectoires de vie effectives.

Par ailleurs, un autre facteur impactant la capacité de se projeter et de s'organiser dans le TDAH notamment est en lien avec la perception du temps. En effet, la manière dont est perçu

² À notre connaissance, ces différents champs de recherche demeurent toutefois largement parallèles. Les travaux sur la prospection décrivent principalement les mécanismes cognitifs impliqués dans l'anticipation et l'organisation du comportement futur, tandis que la littérature sur le TSA et le TDAH décrit les difficultés fonctionnelles observées au quotidien. Peu d'auteurs ont cherché à articuler explicitement ces deux niveaux d'analyse. Nous faisons l'hypothèse que ces mécanismes pourraient être intégrés au sein d'un construit plus large, que la psychopathologie phénoménologique désigne sous le terme de *projectualité*. Dans cette perspective, la projectualité ne se réduit ni à la capacité d'imaginer des événements futurs ni aux seules fonctions exécutives; elle renvoie plus largement à la capacité d'un individu à inscrire son existence dans une trajectoire orientée vers des buts, à élaborer des projets de vie investis subjectivement et à mobiliser progressivement les ressources cognitives, émotionnelles et comportementales nécessaires à leur réalisation. Cette conception offre un cadre théorique susceptible de relier les travaux issus des neurosciences cognitives, de la psychopathologie développementale et de la phénoménologie. Minkowski (1933), Binswanger (1960), Tatossian (1979), Stanghellini (2004) et Fuchs (2013) décrivent tous, sous des formulations différentes, la projectualité comme la capacité du sujet à habiter son avenir, à investir des possibilités futures et à organiser progressivement son existence autour de projets porteurs de sens. L'altération de cette capacité est considérée comme une caractéristique majeure de plusieurs formes de souffrance psychique.

et vécu le temps peut se manifester différemment. Ceci peut s'observer de différentes manières (Desseilles, Perroud, & Weibel, 2020): le temps doit toujours être utilisé (difficulté à ne rien faire, à se détendre); le temps est « super-élastique » (une même durée peut être perçue comme rapide ou très lente selon les émotions qu'elle suscite); le temps n'existe pas; le temps est extensible (sous-estimation des étapes d'un projet, surcharge de la journée en activités); la « myopie du temps » (difficulté à retarder les gratifications). Ce rapport au temps peut également impacter l'organisation permettant d'atteindre ses objectifs et avancer dans ses projets de vie.

Nous imaginons également que les difficultés d'ajustement de l'environnement de Monsieur U ont pu entraver le développement d'une capacité de mentalisation de ses états internes (par déficit de « mirroring » des états internes adéquat par les *caregivers*) rendant plus difficile la connaissance de soi par rapport aux neuroatypies. Ces difficultés transactionnelles en retour semblent avoir impacté la capacité à se projeter dans le futur concernant certains projets de vie et identitaires, expliquant le flou dans la projectualité des patients présentant le même profil que Monsieur U. Nous rencontrons des patients dans notre clinique qui rapportent avoir « vivoté », à savoir vécu sans avoir investi leur existence comme des sujets, pendant une partie de leur vie, tentant de s'ajuster tant bien que mal à leur environnement, sans vraiment avoir développé de projets de vie personnels. Ce « vivotage » impliquant une difficulté d'investissement dans sa propre existence semble créer une forme floue et indifférenciée de soi qui ne permet pas d'avoir accès à des désirs et souhaits personnels clairs permettant une certaine projection de soi dans le futur. Par ailleurs, cette difficulté à pouvoir développer un sens de soi différencié par inadéquation de l'ajustement de l'environnement dans le parcours développemental peut favoriser, à notre sens, une certaine dépendance du patient aux *caregivers*, avec un risque que cette dépendance se transfère sur le réseau socio-sanitaire ensuite. Cette réalité se retrouve de manière assez fréquente sur le plan clinique chez les patients présentant un fonctionnement combiné TSA/TDAH avec une pensée obsessionnelle (Galli Carminati, Carminati, & Zecca, 2023). Les difficultés de différenciation (d'un point de vue psychanalytique) d'avec la mère notamment sont chez ces patients plus complexes et l'intégration d'un tiers-séparateur qui permet de trouver une forme d'autosatisfaction dans ses propres projets de vie devient complexe. La question qui se pose alors est: comment créer un contexte de développement qui favorise une différenciation de soi claire qui va permettre l'élaboration de projets de vie, leurs projections, ainsi que leur investissement quand cela est possible ?

De la suradaptation à une autonomisation ajustée

Dans le cadre du suivi psychothérapeutique de Monsieur U, l'un des questionnements qui a émergé était de savoir s'il était en capacité et/ou s'il souhaitait travailler à 100%. En effet, la période d'apprentissage pour devenir opérateur en informatique, ainsi que la première expérience professionnelle semblent ne pas avoir été des expériences permettant de se prononcer sur ce point. L'identification de ses spécificités liées au neurodéveloppement aurait permis en partie de répondre à ce questionnement bien avant la majorité. En l'absence de connaissance de son fonctionnement, répondre à cette question reste complexe. Monsieur U

est passé « entre les mailles du filet » de la détection précoce par rapport à ses difficultés à l'école. Ceci implique malheureusement des retards sur certains aspects du développement qui peuvent avoir des conséquences sur l'insertion psychosociale et professionnelle à l'âge adulte. Tout cela étant à intégrer dans le contexte socio-culturel actuel, marqué par une très grande instabilité dans lequel les jeunes adultes sont plongés. Dès lors, la mise en place d'une prise en charge interdisciplinaire (composée en plus des intervenants (para-)médicaux, d'intervenants du champ socio-professionnel) et coordonnée est nécessaire pour aider ce patient dans son processus d'autonomisation et d'indépendance.

Le travail psychothérapeutique s'est progressivement centré sur la responsabilisation du patient par rapport à la construction de son autonomie. Cette responsabilisation ne consiste toutefois pas à renforcer une injonction à « se débrouiller seul ». Monsieur U semble précisément avoir développé depuis longtemps cette forme d'autosuffisance par évitement. L'objectif thérapeutique initial a consisté davantage à aider Monsieur U à identifier ses besoins, à déterminer les conditions environnementales et relationnelles dans lesquelles il peut fonctionner au mieux et à définir lui-même la manière dont il souhaite être soutenu. Il s'agissait également de lui permettre de différencier progressivement les situations qu'il pouvait gérer de manière autonome de celles dans lesquelles le recours à une aide extérieure constitue une ressource plutôt qu'un échec. Une distinction importante peut ainsi être établie entre suradaptation et autonomisation. Dans la première, le sujet cherche à fonctionner dans les conditions imposées par son environnement, indépendamment du coût que cette adaptation représente pour lui. Dans la seconde, il devient progressivement capable d'identifier les conditions nécessaires à son fonctionnement, de solliciter un soutien lorsque celui-ci est nécessaire et de participer activement aux décisions qui concernent son parcours.

Le travail autour de la responsabilisation vise dès lors à éviter deux écueils opposés. Le premier consisterait à considérer Monsieur U comme devant être entièrement autonome et à renforcer implicitement son fonctionnement d'autosuffisance. Le second serait de définir à sa place les solutions considérées comme adaptées à ses difficultés, au risque de reproduire une forme d'infantilisation et de renforcer sa position passive face aux décisions qui concernent son existence. L'enjeu thérapeutique consiste plutôt à construire avec lui les conditions d'une autonomie soutenue: lui permettre d'identifier ce qu'il souhaite, de reconnaître les difficultés qu'il rencontre, de déterminer les aides dont il pourrait bénéficier et de pouvoir se positionner quant à la manière dont celles-ci lui sont proposées. Cette dimension apparaît particulièrement importante dans les démarches de réinsertion professionnelle. Il ne s'agit pas uniquement que les professionnels définissent à la place de Monsieur U ce qu'il devrait faire, mais de l'accompagner dans l'identification de ce qu'il souhaite, de ce dont il a besoin et de la manière dont il désire être aidé. Ce travail peut être compris comme une tentative de restaurer une capacité de projection et d'action dans une période où l'incertitude concernant l'avenir contribue elle-même à maintenir une anxiété de fond.

Dans ce contexte, le travail en réseau avec les divers intervenants entourant Monsieur U est nécessaire. Cela étant, il ne s'agit pas uniquement de se rencontrer et de faire le point de temps à autre autour de l'évolution de la situation. Il s'agit également de se coordonner au

sein du réseau afin de créer un cadre cohérent et sécurisant lui permettant de s'autoriser à se découvrir dans son fonctionnement et à mieux explorer son existence par rapport à qui il est et aux projets qu'il souhaite dans l'idéal explorer et développer. Le travail du réseau permet également d'encadrer ce processus et d'ajuster la vitesse et les objectifs par processus de co-construction. Sur cet aspect, nous nous inscrivons dans un paradigme systémique dit « évolutionniste » ou autrement nommé « modèle de l'encadrement » développé par Fivaz-Depeursinge, Fivaz et Kaufmann (Beytrison, 2010; Fivaz-Depeursinge, Fivaz, & Kaufmann, 1982; Kaufmann, 1983). Ce paradigme est un métamodèle permettant de conceptualiser, d'un point de vue systémique, les relations parents-enfant, pédagogiques et thérapeutiques et notamment l'encadrement de systèmes en développement. Dans ce modèle, il existe deux sous-systèmes: le système encadrant, hiérarchiquement supérieur; et le système encadré, qui donne de l'information au système encadrant pour que ce dernier s'ajuste. Le système encadrant a pour fonction d'assurer l'encadrement et l'évolution du système encadré en l'amenant progressivement vers une plus grande autonomie. Dès lors, l'enjeu est de pouvoir créer un réseau socio-sanitaire pour Monsieur U qui permette d'encadrer ce processus d'autonomisation de manière adéquate et qui lui permettrait de faire une expérience correctrice d'encadrement par rapport à ce qu'il a pu connaître dans le passé. Dans ce contexte, l'annonce des diagnostics de TSA et d'un potentiel TDAH – au-delà de la valeur médicale qui peut être employable pour des aspects asséculo-logiques – a pu devenir une porte d'entrée pour explorer le fonctionnement et l'identité de Monsieur U.

Nous pouvons considérer que le diagnostic (et l'information dont il est porteur) fourni par le thérapeute (système encadrant qui constitue un champ extérieur) va favoriser un processus de fluctuation, de transition et d'intégration au niveau du système du patient et de son entourage (système(s) encadré(s)). Le diagnostic peut mettre, en crise, au sens systémique du terme, le patient (ainsi que son système) et favoriser la construction d'une autre vision de lui-même expliquant son fonctionnement jusqu'alors et permettant un nouvel ajustement à soi, aux autres et à l'environnement. Le modèle de l'encadrement de Fivaz-Depeursinge, Fivaz et Kaufmann est pensé pour travailler les changements de normes intérieures à un système (qu'il soit individuel ou collectif). Dans cette optique, il s'agit de travailler en réseau avec le prisme des connaissances en lien avec les neuroatypies afin d'aider Monsieur U à développer une capacité à créer des normes et des règles de fonctionnement lui permettant d'œuvrer avec lui-même et dans le monde. Il s'agit dès lors de travailler sur ce que Canguilhem (2013) appelle la normativité.

Pour Canguilhem, la normativité désigne la capacité propre au vivant d'instituer des normes, c'est-à-dire de créer, poser et faire varier ses propres normes de fonctionnement, plutôt que de simplement s'y conformer passivement. Être normatif, ce n'est pas seulement obéir à une norme préexistante, c'est avoir le pouvoir d'en instaurer de nouvelles, notamment face à des situations inédites ou des contraintes environnementales changeantes. Dans la conception de Canguilhem, la santé n'est pas l'absence de maladie ou la simple conformité à une moyenne, mais la capacité normative elle-même — c'est-à-dire la capacité de l'organisme à tolérer des infractions à la norme habituelle, affronter de nouvelles situations, et instituer de nouvelles

normes de vie en réponse à ces situations. Dès lors, et par analogie aux neuroatypies, l'un des objectifs thérapeutiques qui peut être développé avec Monsieur U est celle de la psychoéducation au TSA et au TDAH lui permettant ensuite de générer des solutions pour s'adapter à lui-même et à son environnement et garder ainsi une capacité de normativité. L'absence de connaissances (par le patient lui-même et les systèmes encadrants parentaux et scolaires) liées au fonctionnement TSA/TDAH peut aussi avoir favorisé le développement d'une certaine alexithymie chez Monsieur U dans la mesure où il n'y avait pas complètement les « bons codes » d'interprétation de ses états internes et ses comportements. En effet, à plusieurs reprises en séance et comme déjà mentionné, il peut ne pas se rendre compte d'une forme d'agitation interne, traduisant une certaine anxiété, réactionnelle aux événements de vie complexes qu'il traverse. L'absence des « bons codes » de lecture peut également augmenter l'anxiété de fond. Cela étant, travailler sur la capacité à identifier et nommer ses états internes au regard de ses neuroatypies peut devenir un objectif thérapeutique en soi.

L'enjeu thérapeutique pourrait finalement être résumé, dans un premier temps, comme le passage d'une adaptation essentiellement organisée autour des attentes de l'environnement à une autonomisation permettant au patient de devenir progressivement acteur de son parcours et augmenter son agentivité telle que définie par Bandura. Ce dernier postule qu'«Être un agent, c'est influencer intentionnellement son propre fonctionnement et ses conditions de vie. Dans cette perspective, l'influence personnelle fait partie de la structure causale. Les individus sont auto-organisés, proactifs, autorégulés et capables d'autoréflexion. Ils ne sont pas de simples spectateurs de leur comportement. Ils contribuent à leurs conditions de vie, et ne sont pas seulement des produits de celles-ci » (Bandura, 2006, p. 164, trad. perso.). Cependant, selon nous, développer son agentivité passe également (et notamment pendant l'enfance et l'adolescence) par le fait qu'elle soit rendue possible par les environnements sociaux dans lesquels nous évoluons et grâce – entre autres – à nos *caregivers*. Autrement écrit, cette capacité « ne tombe pas du ciel » et peut être développée si pour autant autrui nous considère comme une personne dotée d'une intériorité psychique et d'agentivité et si pour autant un ajustement par rapport à nos spécificités de fonctionnement a pu s'opérer également. Dans cette optique, la psychothérapie de Monsieur U vise à lui donner un espace où il peut être considéré comme une personne ayant sa propre intériorité et ses raisons d'agir (conscientes comme inconscientes). De plus, le travail en réseau et ajusté à son fonctionnement et son rythme de développement peut contribuer également à l'aider à travailler et à développer davantage cette agentivité (qui s'exprime déjà dans certains domaines de son existence et notamment dans les loisirs, Monsieur U étant passionné de foot et d'informatique). Cela pourrait avoir un impact – même modéré – également sur sa capacité à générer et investir ses projets de vie pour le futur. Au niveau professionnel, par exemple, le travail sur cette projectualité permettrait de l'aider à se positionner par rapport à l'environnement de travail dans lequel il se sentirait le plus à l'aise, et à clarifier son souhait de travailler à temps plein ou non selon sa capacité réelle. Le cas échéant, ce travail l'aiderait aussi à se projeter dans l'éventualité d'une rente d'invalidité complète ou partielle.

En ce qui concerne le traitement pharmacologique et au regard des éléments précédemment mentionnés, ce dernier devrait se faire dans une optique intégrée et en lien avec la construction d'un réseau socio-sanitaire et d'un environnement suffisamment structurant, tout en évitant que cette structure ne se transforme en une nouvelle forme d'injonction ou d'infantilisation. C'est dans ce sens que la médecin traitante a opéré, en proposant un suivi régulier de l'évolution des effets du traitement suite à nos échanges en focalisant ses interventions sur ce que le patient perçoit comme changement avec le méthylphénidate. Nous avons également suggéré au patient de se faire tester chez un collègue par rapport au diagnostic du TDAH pour avoir une réponse claire avec une procédure d'évaluation standardisée. L'intégration de la pharmacologie dans la réflexion sur la prise en charge en réseau de Monsieur U est nécessaire et importante afin qu'elle puisse s'intégrer dans un projet de soin interdisciplinaire structuré et cohérent favorisant les conditions pour qu'une forme de projectualité puisse émerger et/ou se renforcer. Ce processus pourrait contribuer à diminuer progressivement l'anxiété liée à l'incertitude et à la perte de structure et, potentiellement, à créer des conditions plus favorables à l'expression des bénéfices attendus du traitement pharmacologique.

Limites

Plusieurs limites doivent être soulignées quant à cette conceptualisation de cas. Premièrement, il s'agit d'une étude de cas unique, dont les hypothèses cliniques et théoriques proposées ont une valeur heuristique et ne permettent aucune généralisation; elles restent à documenter empiriquement auprès d'échantillons plus larges. Deuxièmement, le diagnostic de TDAH n'a, à ce jour, pas été confirmé par une procédure d'évaluation standardisée — le traitement de méthylphénidate a été introduit sur la base d'une hypothèse clinique partagée en réseau, ce qui constitue une donnée importante pour l'interprétation des observations rapportées sur la réponse au traitement. Troisièmement, le suivi étant toujours en cours, les hypothèses présentées ici sont provisoires et pourraient être révisées à mesure que la thérapie se poursuit. Enfin, l'analyse proposée relève d'une lecture clinique rétrospective et non d'une méthodologie de recherche qualitative structurée, ce qui expose le propos au risque d'une sur-interprétation théorique des observations cliniques — risque que nous avons tenté de limiter en distinguant, autant que possible, les éléments factuels des hypothèses interprétatives.

Quelques remarques conclusives

Les différents cadres théoriques mobilisés dans cet article ne se juxtaposent pas; ils s'articulent selon une logique développementale et clinique commune. La phénoménologie de la projectualité (Minkowski, Binswanger, Tatossian, Stanghellini, Fuchs) fournit le niveau descriptif du phénomène observé chez Monsieur U, à savoir une difficulté à investir son avenir de manière suffisamment différenciée et signifiante. Les concepts de *goodness of fit* (Thomas & Chess) et de transaction développementale (Sameroff) permettent d'envisager l'émergence progressive de cette fragilité comme le résultat d'ajustements réciproques insuffisants entre les particularités neurodéveloppementales de la personne et ses environnements successifs.

La théorie de l'attachement contribue à préciser les mécanismes relationnels susceptibles de participer à cette trajectoire, tandis que les notions d'agentivité (Bandura) et de normativité (Canguilhem) offrent un cadre conceptuel pour penser les processus de changement et les objectifs thérapeutiques. Pris ensemble, ces modèles convergent vers l'hypothèse selon laquelle la projectualité constitue un mécanisme intégrateur reliant les ressources neurocognitives disponibles, l'histoire des ajustements relationnels et environnementaux, ainsi que la capacité du sujet à s'engager dans une trajectoire de vie investie subjectivement.

L'hypothèse développée dans cet article conduit à envisager que, chez certains adultes présentant un TSA et/ou des difficultés exécutives importantes compatibles avec un TDAH, l'amélioration des fonctions attentionnelles et exécutives obtenue par traitement psychostimulant puisse demeurer insuffisante pour produire des changements fonctionnels durables lorsque persistent une anxiété importante, une faible connaissance de soi ou une capacité limitée à investir des perspectives d'avenir personnellement significantes. Dans cette perspective, les bénéfices potentiels des psychostimulants gagneraient à être envisagés au sein d'une prise en charge plus globale, intégrant les dimensions développementales, relationnelles, identitaires et environnementales de la situation clinique. Le travail thérapeutique ne viserait alors pas uniquement l'amélioration des performances cognitives ou la réduction symptomatique, mais également le soutien de l'agentivité, de la capacité normative du sujet et de l'élaboration progressive d'une projectualité suffisamment stable pour permettre l'investissement de projets de vie cohérents avec ses besoins, ses ressources et ses aspirations.

Cette lecture demeure néanmoins hypothétique et nécessite d'être explorée dans le cadre de travaux futurs portant sur des échantillons plus larges. Elle invite cependant à considérer que la question de l'efficacité fonctionnelle des traitements psychostimulants ne dépend pas uniquement des ressources cognitives qu'ils permettent de restaurer, mais également de la possibilité, pour le sujet, d'inscrire ces ressources dans une trajectoire de vie pouvant être investie de manière suffisamment personnelle et significative.

Déclaration sur l'utilisation de l'intelligence artificielle

L'auteur a eu recours à l'assistant d'intelligence artificielle Claude (Anthropic) comme soutien à la rédaction de cet article, notamment pour la relecture stylistique, l'identification et la reformulation de passages redondants, l'allègement de phrases longues, ainsi que pour la rédaction assistée de certaines sections structurales (résumé, méthode, limites). L'ensemble du contenu scientifique, des hypothèses cliniques, des choix théoriques et des conclusions relève de la responsabilité entière de l'auteur, qui a relu, validé et le cas échéant modifié chaque proposition.

Bibliographie

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>

Attwood, T. (2007). *The complete guide to Asperger's syndrome*. Jessica Kingsley Publishers.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2), 164–180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x>

Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient : An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163–175. <https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000022607.19833.00>

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Robinson, J., & Woodbury-Smith, M. (2005). The Adult Asperger Assessment (AAA) : A diagnostic method. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(6), 807–819. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0026-5>

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ) : Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 5–17. <https://doi.org/10.1023/A:1005653411471>

Beytrison, P. (2010). L'encadrement parental: Un concept méconnu plus que jamais actuel. *Thérapie Familiale*, 31(4), 451–463. <https://doi.org/10.3917/tf.104.0451>

Bezerra Martins, P. L., Torquato, G. C. P., Dias, G. A. P. F., Leite, I. B., Gaspar, T. M., Pinto, J. P., & Macedo, D. S. (2024). Effectiveness of pharmacological interventions for managing ADHD symptoms in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 134. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2024.111089>

Binswanger, L. (1987). *Mélancolie et manie: Études phénoménologiques* (J.-M. Azorin & Y. Totoyan, trad.). Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1960)

Bird, S., Moid, L., Jones, C., & Surtees, A. (2024). The relationships between restrictive/repetitive behaviours, intolerance of uncertainty, and anxiety in autism: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 117, Article 102428. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102428>

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2e éd.). Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 793–828). John Wiley & Sons.

Bulley, A., & Irish, M. (2018). The functions of prospection: Variations in health and disease. *Frontiers in Psychology*, 9, 2328. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02328>

Bulley, A., & Schacter, D. L. (2023). Episodic future thinking, memory, and decision-making: From theory to application. In R. H. Logie, Z. Wen, S. E. Gathercole, N. Cowan, & R. W. Engle (Eds.), *Memory in Science for Society: There Is Nothing as Practical as a Good Theory* (pp. 123–148). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780192849069.003.0006>

Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique* (12e éd.). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.cangu.2013.01> (*Ouvrage original publié en 1966*)

Carter, B., & McGoldrick, M. (Eds.). (1989). *The changing family life cycle: A framework for family therapy* (2nd ed.). Allyn & Bacon.

Chan, E. S. M., & Langberg, J. M. (2024). Predicting occupational outcomes for individuals with ADHD: The role of hyperactivity/impulsivity and executive functioning. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 36, 223–233. <https://doi.org/10.1007/s10926-024-10259-y>

Chess, S., & Thomas, A. (1984). *Origins and evolution of behavior disorders: From infancy to early adult life*. Harvard University Press.

Chess, S., & Thomas, A. (1999). *Goodness of fit: Clinical applications, from infancy through adult life*. Brunner/Mazel.

Chess, S., Thomas, A., Rutter, M., & Birch, H. G. (1963). Interaction of temperament and environment in the production of behavioral disturbances in children. *American Journal of Psychiatry*, 120(2), 142–148. <https://doi.org/10.1176/ajp.120.2.142>

Desseilles, M., Perroud, N., & Weibel, S. (2020). *Manuel de l'hyperactivité et du déficit de l'attention*. Eyrolles.

Duschinsky, R. (2020). *Cornerstones of attachment research*. Oxford University Press.

Fivaz-Depeursinge, E., Fivaz, R., & Kaufmann, L. (1982). Encadrement du développement, le point de vue systémique: Fonctions pédagogique, parentale, thérapeutique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 4-5, 63–74.

French, B., Nalbant, G., Wright, H., Sayal, K., Daley, D., Groom, M. J., Cassidy, S., & Hall, C. L. (2024). The impacts associated with having ADHD: An umbrella review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1343314. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1343314>

Fuchs, T. (2013). Temporality and psychopathology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 12(1), 75–104. <https://doi.org/10.1007/s11097-010-9189-4>

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, 829–843. <https://doi.org/10.4236/psych.2023.145044>

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>

Isfandnia, F., El Masri, S., Radua, J., & Rubia, K. (2024). The effects of chronic administration of stimulant and non-stimulant medications on executive functions in ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 162, Article 105703. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105703>

Jaarsma, P., & Welin, S. (2012). Autism as a natural human variation: Reflections on the claims of the neurodiversity movement. *Health Care Analysis*, 20(1), 20–30. <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0169-9>

Kapp, S. K. (Ed.). (2020). *Autistic community and the neurodiversity movement: Stories from the frontline*. Palgrave Macmillan.

Kapp, S. K., Gillespie-Lynch, K., Sherman, L. E., & Hutman, T. (2013). Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Developmental Psychology*, 49(1), 59–71. <https://doi.org/10.1037/a0028353>

Kaufmann, L. (1983). L'autorité du psychothérapeute dans la perspective de la théorie systémique. *Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie*, 133(1), 119–129.

Lind, S. E., & Bowler, D. M. (2010). Episodic memory and episodic future thinking in adults with autism. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 896–905. <https://doi.org/10.1037/a0020631>

Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954–969. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.954>

McClowry, S. G., Rodriguez, E. T., & Koslowitz, R. (2008). Temperament-based intervention: Re-examining goodness of fit. *International Journal of Developmental Science*, 2(1–2), 120–135. <https://doi.org/10.3233/DEV-2008-21208>

McGoldrick, M., Carter, B., & Garcia-Preto, N. (Eds.). (2016). *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (5th ed.). Pearson.

Minkowski, E. (1933). *Le temps vécu: Études phénoménologiques et psychopathologiques*. Payot.

Nigg, J. T. (2006). Temperament and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 395–422. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01612.x>

Raymaker, D. M., Teo, A. R., Steckler, N. A., Lentz, B., Scharer, M., Delos Santos, A., Kapp, S. K., Hunter, M., Joyce, A., & Nicolaidis, C. (2020). "Having all of your internal resources exhausted

beyond measure and being left with no clean-up crew": Defining autistic burnout. *Autism in Adulthood*, 2(2), 132–143. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0079>

Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp. 99–166). John Wiley & Sons, Inc.

Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & van Berckelaer-Onnes, I. A. (2004). Autism and attachment: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1123–1134. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00305.x>

Sameroff, A. J. (1975). Transactional models in early social relations. *Human Development*, 18(1–2), 65–79. <https://doi.org/10.1159/000271476>

Sameroff, A. J. (Ed.). (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. American Psychological Association.

Schacter, D. L., Benoit, R. G., & Szpunar, K. K. (2017). Episodic future thinking: Mechanisms and functions. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 17, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.06.002>

Shakespeare, T. (2018). *Disability: The basics* (2nd ed.). Routledge.

Singer, J. (1999). *Why can't you be normal for once in your life? From a "problem with no name" to the emergence of a new category of difference*. In M. Corker & S. French (Eds.), *Disability discourse* (pp. 59–67). Open University Press.

Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349–367. <https://doi.org/10.1080/14616730500365928>

Stanghellini, G. (2004). *Disembodied spirits and deanimated bodies: The psychopathology of common sense*. Oxford University Press.

Tatossian, A. (1979). *Phénoménologie des psychoses*. Masson.

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

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization.

Wright, B., Spikins, P., & Pearson, H. (2020). Should autism spectrum conditions be characterised in a more positive way in our modern world? *Medicina*, 56(5), 233. <https://doi.org/10.3390/medicina56050233>