



Les trois petits cochons

Giuliana Galli Carminati¹, Federico Carminati², Gregory Zecca³, Carmen Zecca-Tagan⁴

N° 35, 16 avril 2022

Pratique clinique et problèmes diagnostiques

Dans notre pratique clinique de 242 patients, file active au 1^{er} janvier 2022 nous avons 28 patients suivi dans notre cabinet (11.6%) présentant un syndrome d'Asperger et nous avons évalué dès 2016 une cinquantaine de patients.

Nous avons noté que ces patients présentent souvent des symptômes d'un Trouble Obsessif Compulsif (TOC) importants et d'un Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH). La présence de cette triade symptomatologique Asperger, TDAH et TOC auprès de plusieurs patients qui nous sont arrivés en consultation était frappante.

Pour rendre notre discours facilement compréhensible à l'aide d'une image bien connue, nous parlons des « trois petits cochons » : les trois petits cochons étant le syndrome d'Asperger, le TDAH et le TOC qui, selon notre expérience, avec une priorité différente selon les cas, sont néanmoins toujours présents en même temps. Pour éviter des formulations trop longues, nous allons définir la personne Porteuse du Triple Diagnostic comme personne PTD.

L'expression « les trois petits cochons » vient du fait que les trois petits cochons sont toujours ensemble. Il devient donc d'une compréhension facile pour les patients ainsi que pour les collègues de nommer comme le trois petits cochons le Syndrome d'Asperger le TDAH et le TOC qui, force est de constater, sont présents toujours ensemble.

Nous allons utiliser indifféremment le masculin ou le féminin sans faire de distinction sauf quand cela a une raison clinique spécifique.

Plus spécifiquement, les motifs de consultations de ces patients concernaient majoritairement un épuisement et des problèmes dans la vie professionnelle et dans les études, par exemple burnout, mobbing, ou échec scolaire, ainsi que des troubles au niveau de l'interaction sociale. Majoritairement, ces patients nous arrivaient avec des plaintes dans le domaine de la dépression, de l'anxiété et des troubles du sommeil, ainsi que des diagnostics d'état dépressif et même de troubles de personnalité borderline.

La persistance des symptômes de type dépressif, sur un mode chronique, la fatigue et une élation des affects nous a souvent conduits vers une étude plus fine de l'anamnèse ancienne et

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

2 Physicien, membre de l'Institut de Psychanalyse Charles Baudouin, didacticien de la Société Internationale de Psychanalyse Multidisciplinaire.

3 Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP ; hypnothérapeute SHYPS ; chargé de cours vacataire, Haute École de Travail et de la Santé de Lausanne (HETSL); membre du Centre de Recherche en Psychologie du Conseil et de l'Orientation (CePCO) et membre associé du Cognitive and Affective Regulation Laboratory (CARLA), Institut de Psychologie, Université de Lausanne.

4 Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP



récente. Ces analyses ont permis de mettre en évidence des périodes de retraits et d'épuisement, tout comme une difficulté à gérer les liens sociaux (McDougle et al., 1995; Russell et al., 2005; Ruta et al., 2010; Turner-Brown et al., 2011, p.; Wu et al., 2014).

Au regard de ces éléments, nous avons commencé à considérer sous un angle différent auprès des personnes PTD des troubles du comportement comme les troubles de l'alimentation, les comportements d'automutilation, des épisodes d'agressivité avec surtout destruction de matériel, troubles qui avaient évoqué auparavant des diagnostics comme la dépression, l'anxiété et des troubles de personnalité borderline.

Ce qui est parfois surprenant c'est que ces patients « débarquent » dans notre cabinet souvent après un périple infortuné dans l'« archipel psy » en ayant accumulé un petit tas de diagnostics et une longue carrière en année de thérapies. Dans une bonne partie des cas, le dernier thérapeute n'en pouvant plus de tourner en rond et en connaissant notre présence « sur le marché », nous en adresse quelques-uns, plus en désespoir de cause que sur une réelle suspicion de diagnostic d'autisme.

Ce que nous disent nos psychologues évaluateurs

Les syndromes de TDAH et d'Asperger tels que précédemment décrits dans la CIM-10 (OMS, 1994) sont pris en compte dans les diagnostics différentiels de la CIM-11 (OMS, 2018). En réalité, le trouble du spectre de l'autisme avec trouble du développement intellectuel et l'absence de langage fonctionnel (6A02.5) et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (6A05) sont tous deux inclus dans la famille des troubles neurodéveloppementaux. Les symptômes du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ne doivent pas être expliqués par un autre trouble mental, comportemental et ne doivent pas être non plus liés à l'effet d'une substance psychoactive ou d'un médicament. Le TSA et le TDAH sont essentiellement héréditaires et ils partagent avec le TOC une vulnérabilité handicapante en lien avec l'anxiété (American Psychiatric Association, 2013; McDougle et al., 1995; Russell et al., 2005; Ruta et al., 2010).

Les évaluations neuropsychologiques nous amènent – dans une large partie des cas – à diagnostiquer, parfois très tardivement (entre 35 - 50 ans) un syndrome d'Asperger associé à un TDAH, ainsi qu'à mettre en évidence des symptômes de type compulsif et obsessionnel. Nous parlons des « 3 petits cochons » surtout quand il faut donner une image parlante de leurs difficultés aux patients.

Nous nous sommes demandé si les personnes porteuses d'un syndrome d'Asperger et d'un TDAH ne seraient pas plus à risque de développer des pathologies autour de la fatigue chronique en raison de leur neurobiologie.

Nous trouvons dans cette population très souvent aussi des troubles obsessionnels avec la possibilité d'un diagnostic complet de TOC. Nous rappelons que les TOC ont une forte composante traumatique (au sens large) et nous allons en reparler plus en détails plus tard.

On pourrait émettre l'hypothèse qu'un emballement se produit entre fonctionnement psychique Asperger/TDAH/TOC (liés en partie à la génétique) et phénomènes environnementaux qui impactent le psychisme et l'épigénétique.

Comme le souligne Oades (Oades, 2010), « dans le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDAH), une innervation généralisée à travers le SNC par des fibres contenant de la sérotonine (5-HT) signifie que, comme cause ou effet, il est probable que la 5-HT soit impliquée



là où la fonction dans ces domaines est altérée ; en ce qui concerne le TDAH la génétique de ce trouble aurait une influence sur le fonctionnement de certains systèmes de neurotransmetteurs comme celui de la sérotonine. »⁵ En effet, il semblerait que la présence de ce neuromédiateur serait perturbée soit au niveau des processus de recapture ou de rupture dans sa disponibilité. De même, les études menées dans le champs des neurosciences et de la neurobiologie au sujet des troubles du spectre de l'autisme suggèrent la présence d'anomalies au niveau du système sérotoninergique et, plus spécifiquement, dans les circuits des zone frontos-lobiques (Cadman et al., 2015; Derksen et al., 2020; Girgis et al., 2011; Zandt et al., 2007).

Le développement des TOC, ou en tous les cas, de certains aspects obsessionnels seraient dus à une plus grande vulnérabilité aux conséquences des traumatismes sous toutes leurs formes possibles. En d'autres mots, il se pourrait que les personnes porteuses d'un syndrome d'Asperger et de TDAH « impriment » davantage en eux les traces des traumatismes ou ce qui est vécu comme traumatique. Le monde étant perçu comme très chaotique, il en deviendrait davantage traumatogène. Cet aspect pourrait également être en lien avec l'hypersensibilité que présentent ces personnes et qui les rendraient plus réceptives à leur environnement et à ses variations. De plus, cette forme de sensibilité implique un risque de saturation des canaux sensoriels, ne permettant plus dès lors un traitement optimal des stimulations, ce qui peut devenir stressogène, ainsi qu'un facteur supplémentaire à une facilité à entrer dans des processus traumatogènes de mémorisation. Les troubles obsessionnels étant les résultats de cette situation pathogène et une tentative inadéquate d'y remédier. Les patients porteurs du syndrome d'Asperger qui développent un TOC pourraient avoir vécu des traumatismes précoces en lien avec leur fonctionnement. En effet, un enfant avec un trouble du spectre autistique et TDAH, en plus du vécu chaotique de la réalité, peut susciter parfois des réactions agressives de la part des personnes ayant un rôle éducatif ou encore les pairs au vu de l'inadéquation des réactions et des grands besoins en encadrement. Ce type de vécu traumatique, surtout s'il est répétitif, peut devenir source d'une grande angoisse qui est par ailleurs difficile à mettre en mots pour une personne avec un trouble du développement et qui a de grandes difficultés à nommer ses affects.

Au vu de l'hypersensibilité caractéristique du tableau clinique, nous pouvons envisager qu'un emballement se produit entre les vulnérabilités neurobiologiques, le fonctionnement psychique et l'environnement avec comme conséquence souvent le développement de somatisations graves. À force de vivre des situations traumatiques répétées et chaotiques, cela accroît la vulnérabilité aux troubles anxio-dépressifs et à d'autres maladies dans une forme de cercle vicieux.

Par exemple, les troubles digestifs fonctionnels peuvent être une conséquence liée au fait d'avoir vécu dans un milieu anxigène avec un parent peu ou pas à l'écoute des besoins de l'enfants et présentant beaucoup d'angoisses mal comprises par l'enfant même et par ses parents. Un père très peu présent qui travaille beaucoup et qui présente lui aussi des symptômes obsessionnels avec une mère effacée peuvent être vécus comme une source d'anxiété constante et pousser l'enfant d'abord et l'adulte ensuite à se réfugier dans des TOC ayant une fonction d'écran malheureusement à leur tour pathogène.

Dans l'anamnèse, on retrouve l'appréciation de la part du patient d'une maltraitance ou d'une violence éducative autour desquelles s'ancre une souffrance particulière chez ces patients qui

⁵ Page 565, traduction des auteurs.



finissent par développer des symptômes psychosomatiques, des maladies inflammatoires, des troubles fonctionnels non-identifiables et, toujours, une fatigue très importante. (Fisher et al., 2013; Hebron et al., 2015; Pebole et al., 2021; Schechter, 2022; Sofronoff et al., 2011; Wan et al., 2022; Wikipedia, 2018).

Sur le plan neurobiologique, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est souvent signalé chez les personnes atteintes de TSA, mais des comportements répétitifs et des pensées intrusives et récurrentes sont présents dans les deux conditions et difficiles à différencier (Postorino et al., 2017). Déterminer si certaines personnes atteintes de TSA présentent un tableau clinique qui justifie un diagnostic séparé du TOC est un défi pour les cliniciens, et un débat est en cours sur la nature des comportements répétitifs dans les TSA par rapport à ceux observés dans les TOC (Scahill et al., 2014; Scahill & Challa, 2016).

Le harcèlement à l'école ou par les amis ou encore de véritables abus (physiques, psychologiques et sexuels) peuvent aussi entrer en ligne de compte. Et au vu du côté « naïf » des personnes avec troubles du développement et de leur envie de rester en lien « coûte que coûte », elles peuvent accepter n'importe quoi. Associé à ces aspects, ces personnes ont tendance à ne pas réussir à se rebeller dans les relations mais au travers des troubles du comportement comme l'agitation et l'impulsivité liées au TDAH ou les obsessions-compulsions du TOC.

Concernant l'évaluation du syndrome d'Asperger nous utilisons une batterie de tests élaborés par Baron-Cohen et ses collègues afin d'évaluer la présence du syndrome d'Asperger. En effet, une personne présentant un syndrome d'Asperger a plusieurs difficultés explicitées dans le DSM-IV (Bell, 1994). Les principales sont :

- A. une altération qualitative des relations sociales ;
- B. un caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités;
- C. la perturbation entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- D. il n'existe pas un retard général du langage significatif sur le plan clinique (p. ex., le sujet a utilisé des mots isolés vers l'âge de deux ans et des phrases à valeur de communication vers l'âge de 3 ans).
- E. au cours de l'enfance, il n'y a pas eu de retard significatif sur le plan clinique dans le développement cognitif ni dans le développement en fonction de l'âge, des capacités d'autonomie, du comportement adaptatif (sauf dans le domaine de l'interaction sociale) et de la curiosité pour l'environnement.
- F. le trouble ne répond pas aux critères d'un autre trouble envahissant du développement spécifique ni à ceux d'une schizophrénie.

Afin d'évaluer ces différents aspects spécifiques, nous avons procédé par une passation de questionnaires en deux temps. Tout d'abord, la personne a rempli seule, avec l'aide du psychologue les questionnaires suivants :

- 1) AQ : le quotient du spectre autistique
- 2) EQ : le quotient d'empathie
- 3) FQ : le quotient d'amitié et relation
- 4) SQ : le quotient méthodique
- 5) RAADS-14 : l'échelle diagnostique de l'autisme et de l'Asperger de Ritvo en version abrégée



6) Eyes test : la tâche d'interprétation du regard.

Si les résultats aux tests supposent que la personne pourrait être porteuse d'un Syndrome d'Asperger, dans un deuxième temps, un entretien clinique avec comme instrument le AAA (Adult Asperger Assessment de Baron-Cohen et coll. (Baron-Cohen et al., 2005)) est effectué. Cet outil reprend les résultats obtenus aux questionnaires AQ et EQ et évalue différents domaines similaires au DSM-IV (Segal, 2010), mais avec une sévérité supérieure. Différents domaines sont investigués : Social, Obsessions, Communication, Imagination, et la dernière partie correspond aux critères d'exclusion du diagnostique.

Le TDAH, quant lui, est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement quotidien ou le développement (DSM-V). Les symptômes sont structurés autour de deux pôles : (1) l'inattention et (2) l'hyperactivité-impulsivité. De plus, les critères suivants doivent être remplis pour poser le diagnostic :

- 1) plusieurs symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans;
- 2) les symptômes doivent interférer de manière significative ou réduire la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel;
- 3) les symptômes n'apparaissent pas seulement durant une schizophrénie ou un autre trouble psychotique;
- 4) les symptômes ne sont pas mieux expliqués par la présence d'un autre trouble mental (par exemple, un trouble de l'humeur, un trouble anxieux, un trouble dissociatifs ou un trouble de la personnalité).

Sur la base de ces symptômes, trois formes de TDAH peuvent être diagnostiquées :

- 1) présentation combinée: s'il y a suffisamment de symptômes de l'ordre de l'inattention et de l'hyperactivité-impulsivité présents durant les 6 derniers mois;
- 2) présentation avec inattention prédominante: s'il y a suffisamment de symptômes d'inattention, mais pas de symptômes d'hyperactivité-impulsivité, présents durant les 6 derniers mois;
- 3) présentation avec hyperactivité-impulsivité prédominante: s'il y a suffisamment de symptômes d'hyperactivité-impulsivité, mais pas de symptômes d'inattention, présents depuis les 6 derniers mois.

Pour cet examen, les symptômes du TDAH et les problèmes associés ont été évalués au travers d'un protocole développé par le Canadian ADHD Ressource Alliance (CADDRA, 2017) et composé des questionnaires suivants :

- 1) l'ASRS-v1.1 : qui mesure les symptômes de manière globale du TDAH (et leur intensité) pendant l'adolescence et l'âge adulte;
- 2) le SNAP-IV 26 : qui mesure les symptômes du TDAH (et leur intensité) pendant l'enfance avant l'âge de 12 ans;
- 3) le WFIRS-S : qui mesure les conséquences fonctionnelles en lien avec les symptômes du TDAH ;
- 4) la WSR-II : qui mesure les troubles psychologiques présents sur la durée de la vie.

L'ASRS-v1.1, le WFIRS-S et le WSR-II doivent être remplis par la personne. Les parents ou des proches connaissant la personne depuis l'enfance peuvent remplir la SNAP-IV 26.



Associé à ce protocole, nous faisons passer un entretien semi-structuré, le DIVA-5, qui mesure la symptomatologie du TDAH durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, ainsi que les conséquences fonctionnelles du trouble. Le patient y est amené à donner des exemples concrets pour étayer l'hypothèse de la présence d'un TDAH de manière singulière.

Il est également possible de demander les carnets scolaires du patient afin d'étudier les éventuelles remarques en lien avec des difficultés de comportements à l'école comme des bavardages répétés (qui peuvent perturber les camarades de classe), la distractibilité (ou le fait d'être « tête en l'air » ou « rêveur » pendant les cours), les éventuels troubles du comportements (opposition, conflits répétés, ...), des difficultés de persévérance dans le travail, ...

Nous initiions également l'évaluation par un bref entretien anamnestique sur les difficultés qui poussent à demander une évaluation des symptômes TDAH, ainsi que sur l'évolution de la trajectoire scolaire (branches dans lesquelles le patient était fort ou faible et pour quels motifs, présence de décrochages ou de doublement(s) dans le parcours scolaire, difficultés à finir une formation ou à obtenir un diplôme, ...) et professionnelle (évaluation de la stabilité ou de l'instabilité de la trajectoire professionnelle, changement fréquents de métier, licenciement répétés, problèmes d'insertion, ...). En effet, ces aspects psycho-sociaux peuvent être informatif dans la mesure où ils permettent d'évaluer les conséquences d'un éventuel TDAH.

Concernant l'évaluation du TOC nous utilisons l'Échelle de Yale-Brown qui consiste en une échelle de 10 items cotés de 0 à 4 : 5 pour les obsessions, 5 pour les compulsions. D'autres échelles peuvent être utilisée (Cadman et al., 2015).

Comme décrit dans la version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown : « Ces 10 items permettent de calculer un score global qui va de 0 à 40. Ils mesurent aussi bien pour les obsessions (idées) que pour les compulsions (actes rituels) cinq dimensions.

A savoir : le temps occupé par les comportements ou les pensées pathologiques, l'interférence avec la vie quotidienne, la détresse, la résistance aux phénomènes pathologiques, et le degré de contrôle exercé sur ceux-ci.

Elle comprend, en outre, neuf autres échelles indépendantes mesurant respectivement la prise de conscience des symptômes, l'évitement, l'indécision, la responsabilisation pathologique, la lenteur, le doute pathologique (ces 5 échelles sont cotées de 0 à 4), la sévérité globale des troubles et l'amélioration globale et l'amélioration globale (tous deux cotés de 0 à 6), et enfin la fiabilité de l'échelle, cotée de 0 à 3. Ces 9 items additionnels sont considérés pour l'instant comme heuristiques et ne sont pas pris en compte dans les études psychométriques.

De plus une "checklist" de symptômes a été ajoutée, ainsi qu'une liste ouverte de 4 symptômes cibles aussi bien pour les obsessions que les compulsions, et un item ouvert d'évitement. Malgré cette apparente complexité, l'instrument de mesure se résume en fait aux dix premiers items qui ont seuls été l'objet d'investigations psychologiques » (Mollard et al., 1989).

Histoires de vie et clinique

La présence des trois petits cochons complique terriblement la vie des personnes concernées. De manière globale, la personne PTD est convaincue d'être « normale » ou, pour mieux dire, elle est convaincue de devoir l'être. Au fur et à mesure que le contact avec la réalité sociale devient, par la force des choses, plus important ou plus inévitable ou plus quotidien, la difficulté à comprendre les non-dits, le langage du corps, les sous-entendus devient insurmontable.



Si dans le monde de la famille plus ou moins (on dit bien plus ou moins) « ça joue », déjà à l'école, les échanges avec les semblables deviennent problématiques.

En faisant un pas en arrière, le jeune futur patient de notre cabinet, dans l'enfance, était en effet parfaitement inconscient des inquiétudes que son comportement, déjà au jardin d'enfant, causait aux parents et à la jardinière d'enfant.

Grand rêveur, il jouait seul, peu sociable, il devenait agressif si sollicité ou bousculé, il était ou trop calme ou trop turbulent, il était mis à l'écart rapidement, parfois victime de moquerie à cause d'une maladresse patente ou d'un manque de réactivité. Cette situation, on le remarque, est plus visible chez les garçons mais non moins présente chez les fillettes.

Le mimétisme social, dans lequel le genre féminin est plus habile n'arrivait pas à gommer pour autant une insurmontable gaucherie dans l'interaction sociale. On pourrait arriver à dire que chez les fillettes l'effort de se conformer aux autres était certes mieux réussi mais au prix d'une fatigue de sur-adaptation très précoce et d'un épuisement plus grave.

Quand l'âge de l'école arrive, vers les 5 ou 6 ans, pour la personne avec syndrome d'Asperger commence une phase de la vie qui ne peut plus être autre que dans la socialisation : les résultats scolaires sont importants et parfois rassurants, on pourrait même dire « faussement » rassurant, mais tout ce qui est lié à l'apprentissage dans les interactions humaines pose problème ou vire à la catastrophe.

Souvent, les parents focalisent leurs efforts – ce sont des efforts considérables de leur part – sur les bonnes notes. L'organisation actuelle de l'école avec l'importance donnée au soutien scolaire des parents est un piège terrible et une source d'anxiété phénoménale. Les enfants ne sont plus tranquilles nulle part : après l'école qui reste un lieu de haute lutte, il y a les devoirs et cela n'est pas une partie de plaisir ni pour les enfants ni pour les mères (ou les pères) (Larsson et al., 2014; Mazefsky et al., 2013).

Le narcissisme des parents est rudement exposé, car souvent les parents se rendent compte que quelque chose cloche, et les enfants doivent réussir coûte que coûte. Les jeunes avec syndrome d'Asperger qui présentent souvent un TDAH sont mis à rude épreuve. La vulnérabilité au stress les amène à une souffrance chronique dans la tentative d'arriver à de bons résultats.

Même en présentant de bonnes capacités cognitives relevant de la surdouance, l'enfant porteur du syndrome d'Asperger doit faire face à des manières d'apprendre qui lui sont étrangères. En plus des apprentissages cognitifs, il se trouve confronté aux apprentissages sociaux qui lui compliquent encore plus le quotidien. La vie devient alors un enchaînement de moments de stress à vivre, avec peu de place pour le ressourcement et le plaisir. Le temps libre passé seul sert éventuellement à se reposer (souvent partiellement).

Sur le plan cognitif, la personne PTD veut et croit devoir « tout savoir » avant de pouvoir réussir un test. La mémoire a tendance à être peu sélective et peu hiérarchisante. Le temps nécessaire à se préparer à une évaluation semble toujours manquer. La panique arrive et avec elle une procrastination paralysante dans la tentative de repousser loin l'échéance « d'ouvrir le livre et s'y mettre ». L'énergie mise dans l'apprentissage est telle qu'il n'en reste pas pour l'apprentissage social, perdre du temps avec les copains, flâner et se laisser vivre.

Certes les résultats des examens peuvent parfois surprendre avec d'excellentes notes, ce qui donne grande satisfaction aux parents, mais le nœud du problème est que l'élève n'arrive pas à « apprendre à apprendre » et sature.



Au fur et à mesure que l'école avance et se complexifie, elle devient une source de stress de plus en plus toxique. L'écran (de téléphone, de télévision, du jeux vidéo) devient – pour les jeunes de ces 20 dernières années au moins, mais aussi pour les plus âgés – un de leurs intérêts restreints, voire le seul intérêt restreint.

L'intérêt restreint peut être assez bien accepté socialement : la photo, la lecture de texte de stratégie militaire, les petits trains, les chiens, les chevaux, le ski, etc. etc. Et en soi, il n'y a aucun souci à s'y adonner. Le problème est qu'il prend tout l'espace, au point où les conversations et les échanges avec les copains, quand il est possible d'en avoir, sont complètement envahies par cet intérêt restreint.

Plusieurs enjeux apparaissent au niveau relationnel pour la personne PTD. En effet, cette dernière a tendance soit à « soûler » l'interlocuteur et à ne lui laisser aucun espace de parole, ainsi qu'à remplir de ses mots tout l'échange, soit, au contraire, elle ne parle tout simplement pas. En ayant vécu quelques situations d'embarras général après 40 minutes de monologue, elle aura pris l'habitude de ne plus oser rien dire ayant senti une certaine gêne. Par ailleurs, la personne PTD est très précise, doit vraiment bien - voire très bien - expliquer (de manière parfois obsessionnelle) les réponses aux questions qu'on lui pose. Tous les détails y passent et l'interlocuteur - qui a eu la naïveté de poser la question assez bateau « comment ça va ? » - se trouve à chercher la manière d'arrêter ce flux d'explications non requise dans un contexte neurotypique. Il en découle un questionnement de type existentiel que la personne Asperger posera en toute franchise à son thérapeute : pourquoi pose-t-on une question si on ne veut pas connaître la réponse ? Il est difficile de faire passer le concept de bavardage, de parler pour ne rien dire, qui est si naturel chez les neurotypiques et qui relève d'une folie conceptuelle chez les neuroatypiques. La petite causerie est incompréhensible pour un patient PTD : elle est, d'une part vécue comme barbante et, d'autre part, comme stressante car la personne ne sait pas comment l'alimenter.

Pour une personne Asperger, les bavardages sont pénibles car ils manquent de profondeur et ne sont pas intéressants. Ceux qui les pratiquent le font car on leur a expliqué qu'il s'agissait d'une manière de créer et de maintenir du lien social. Par ailleurs, la personne PTD donnera le sentiment à un thérapeute neurotypique que les personnes comme lui, disons « normales », paraissent profondément bêtes. Parfois, la personne PTD communiquera avec ferveur - voire même satisfaction - cette découverte au thérapeute. En outre, elle semble, avec sa franchise cristalline, s'évertuer à vexer les personnes de son entourage en leur sortant leurs « quatre vérités », et en disant sans détours et sans filtres ce qui lui passe par la tête, ne sachant pas mentir. Tout cela, sans se rendre compte que les neurotypiques, certes, montrent de toute façon beaucoup plus de retenue et gardent ce qu'ils pensent pour eux-mêmes. Ces derniers, loin d'être gentils, n'en pensent pas moins et s'écartent rapidement de la présence importune de l'indélicat ou le critiquent dans son dos. Ce type de réactions de la part des neurotypiques se produisant dans l'ombre et s'opérant de manière sournoise, il en résulte une issue douloureuse pour la personne PTD, à savoir qu'elle se retrouve isolée sans avoir compris ce qu'elle a fait pour mériter cela. Même pour les thérapeutes avisés, l'accompagnement d'une personne PTD nécessite une dose très importante de patience. Certains entêtements, que rien n'arrive à flexibiliser, mettent le thérapeute face à l'inéluctabilité de l'épuisement, le sien, mais surtout celui du patient : par exemple, quand la personne se complique la vie dans des démarches administratives qu'elle pourrait soit déléguer, soit régler de manière plus expéditive, voire y renoncer ; quand elle prépare les repas avec un souci du détail exagéré, doit gérer les tâches domestiques comme si elle partait pour un voyage sur la lune, ou encore quand elle doit exécuter



une tâche au travail absolument sans faute (en donnant le fameux « bon exemple » et en énervant tout le monde).

Associée à cette rigidité mentale, une personne PTD présente certaines particularités au niveau de la cognition. Elle peut présenter de manière quasi systématique des difficultés d'attention, notamment au niveau de la flexibilité cognitive. Il lui est, en effet, pénible et difficile de passer d'un sujet à un autre ou encore d'une tâche à une autre dans un relatif court laps de temps. La personne PTD est absorbée – ou embourbée dans certains cas quand il y a du stress et de l'anxiété – par la tâche qu'elle fait et peine à en sortir en raison des difficultés de flexibilité cognitive.

Le trouble de l'attention se décline d'une part avec la tête en l'air qui est la pointe de l'iceberg de la difficulté à rester attentif à une tâche (d'où l'éternelle rengaine du « je m'ennuie », « c'est trop facile », « pas intéressant ») et de l'autre avec l'hyperfocusing. L'hyperfocusing pourrait vouloir dire que quand enfin on a trouvé la manière d'utiliser son cerveau, on n'arrive plus à se détacher de la tâche, d'où l'intérêt restreint des Asperger, l'hyperfocusing proprement dit des THADA et du TOC. Ce n'est pas que quelque chose intéresse la personne avec PTD, mais plutôt qu'elle s'y est encastrée avec le « vélo dans la tête » typique du TOC. Pour élargir la métaphore, les trois petits cochons, toujours ensemble, sont confrontés au danger du loup, ou, pour mieux dire avec un jeu de mots, avec le loop (boucle infinie) de l'idée obsessionnelle.

A ce fonctionnement rigide, il en découle également une forme de perfectionnisme qui frise le pathologique. Dans ce cadre de fonctionnement, la personne PTD est convaincue que sa manière de faire, non seulement est bonne et juste, mais également et surtout la seule manière de faire. Elle prétend d'ailleurs que tout le monde fait comme elle. Cela étant, cette manière de faire peut prendre des allures problématiques dans la mesure où elle est énergivore, chronophage et anxiogène : tout devient très compliqué, lourd, fatiguant. Si les autres assument le travail, la préparation des repas, la gestion de la vie domestique ou les tâches administratives avec nonchalance et un tantinet de « m'enfoutisme », c'est la frustration, la rage, la déprime... et la colère.

Le fonctionnement de la personne PTD implique une oscillation douloureuse entre le « narcissisme de dieu » et le « narcissisme de merde » (Freléchoz, Carminati, & Carminati, 2021; Freléchoz, Carminati, & Galli Carminati, 2021; Galli Carminati et al., 2020). Freléchoz donne une intéressante vision des déboires du narcissisme et dit : « Il y a ici la comparaison avec l'autre : mesure de ma force et de mes compétences en rapport avec les capacités des autres. Étapes difficiles, on s'en doute, pour l'estime de soi. Suis-je aussi fort que l'autre ? ...Voilà la question qui hante cette étape du développement. On s'en doute, les réponses apportées à ces questions vont déterminer une partie de la personnalité du sujet et son mode : d'« être au monde ». Il y aurait deux sortes de réponses à cette question du narcissisme, que j'ai résumées dans les deux formules suivantes : Il y aurait ce que j'appelle le narcissisme de merde : « Je ne vauds Rien, je suis le plus Nul, je suis un raté, faites de moi ce que vous voulez, tant que vous m'employez j'existe... », et à son opposé le narcissisme de dieu : « Je suis le meilleur, je suis un génie, vous avez de la chance de me connaître et de pouvoir me servir... » » (*Ibid.*, p. 7)

Le patient PTD sait qu'il a un potentiel qui est entravé par toute une série d'exigences irréalistes. Il se rend compte de ne pas comprendre la granularité du besoin réel, la limite dont on a besoin pour réaliser une tâche spécifique dans une situation spécifique : il doit tout savoir, tout comprendre et parfaitement tout exécuter, même si cela ne sert pas réellement. Il en résulte un sentiment de panique face à l'impossible et, en conséquence, le développement de conduites



d'évitement et de procrastination face à la tâche surhumaine et écrasante. Cela peut même mener le patient à en développer des idées noires, voire suicidaires, par sentiment de ne pas réussir à être loyal à l'atteinte des objectifs et/ou aux personnes par rapport auxquelles elles se sont engagées à réaliser ce qui est programmé.

A cela, un PTD pourrait rétorquer : « En effet, la non-flexibilité et le perfectionnisme pourraient être des réponses à un monde chaotique. On pourrait partir du principe que les difficultés de flexibilité n'en sont pas dans un monde neurodivergent. En effet, le monde des neurotypiques est chaotique et illogique dans la mesure où on y crée des règles qui ne sont pas respectées. Les neurotypiques répondent à ce chaos qui peut être pathogène et pathologique par du déni et du "m'enfoutisme" pour gérer du chaos. En d'autres termes, ils créent un monde potentiellement malade et, pour s'en sortir, ils s'en fichent, ce qui leur permet de garder la santé psychique. Quand les personnes PTD sont dans un environnement structuré et stable, ils peuvent justement être dans l'ouverture, la tolérance voire la créativité pour certains, notamment quand ils se sont éloignés d'un monde neurotypique dont le chaos est pathologique et pathogène en soi. Et donc l'inflexibilité cognitive est probablement une réponse saine face au pathologique du chaos neurotypique. »

Sauf que les règles données sont simplement une construction pour vivre socialement et la réalité est si complexe de devenir chaotique car on ne la comprend pas ou on ne la comprend que partiellement et elle est perçue comme « malade ». Pour emprunter une métaphore à la mathématique, la réalité est hautement non-linéaire, c'est-à-dire des petites causes ont de grandes conséquences, et de grands événements – personnels ou sociétaux – peuvent laisser peu de traces. Cela peut être perçu comme illogique, et donc anxiogène. Ou encore, quand on doit conduire dans le brouillard, les panneaux de signalisation sont indispensables pour ne pas sortir de route ou se perdre, avec une visibilité meilleure on peut se débrouiller sans. Pour la personne PTD le système d'input-output, le filtre des stimuli, et la hiérarchisation de l'information sont brouillés, un peu comme si la personne devait conduire dans le brouillard et les panneaux de signalisation de la vie devenaient un appui indispensable dont les neurotypique ont nettement moins besoin.

Le nœud de ces situations sur le plan individuel est la souffrance et, comme on l'a dit, l'épuisement. Sur le plan social, le nœud est la perte de compétence et de force de travail, ainsi qu'un coût social important sous forme de perte d'emploi, chômage, assurance invalidité, précarité.

Impact social et prévention

Comme nous l'avons dit plus haut, le coût social est élevé, d'autant plus que les diagnostics (syndrome d'Asperger, TDAH et TOC) sont posés dans une majorité des cas tardivement quand l'épuisement a fait des dégâts considérables. Même avec un traitement psychothérapeutique et pharmacologique adéquat (notamment avec un traitement antidépresseur, le choix peut être assez large et/ou un traitement avec Ritaline) on n'arrive plus à remettre complètement à flot la personne.

Pour reprendre un concept précédemment exprimé : On pourrait supposer qu'il y a un emballement entre fonctionnement psychique Asperger/TDAH/TOC (liés en partie à la génétique et en tout cas en représentant un trouble du développement) et phénomènes environnementaux qui impactent le psychisme et l'épigénétique.



Le style actuel des études – aussi bien secondaires que universitaires – avec une compétitivité importante et un système éliminatoire à cadenas multiples ou course à obstacles joue un rôle néfaste déjà pour les neurotypiques et encore plus pour les personnes PTD. Les neurotypiques, tant bien que mal, savent prendre la distance nécessaire, relativiser d'une part les exigences académiques, de l'autre ses propres priorités, trouver des échappatoires et des stratégies d'auto-protection. En revanche, pour la personne PTD les études deviennent non seulement le centre de leur existence, mais aussi un tunnel pathogène duquel, compte tenu aussi de l'anosognosie de la personne et de l'entourage, elle aura beaucoup de peine à sortir indemne.

Le parcours scolaire est, on l'a vu, parsemé d'embûches car il y a en effet chez la personne PTD non seulement des troubles de l'attention et un perfectionnisme pathologique, voir pathogène, mais aussi parce que la tendance des personnes PTD est d'essayer de réussir le parcours scolaire, à n'importe quel prix, et cette réussite devient un intérêt restreint, en laissant au bord de la route le reste : les amitiés, l'amour, l'intimité et la sexualité.

L'un de nos patients nous a raconté à plusieurs reprises que l'essentiel était qu'il obtienne son baccalauréat peu importe s'il avait dû mourir le lendemain. Il avait donc abandonné toute forme de loisir, d'activité sportive, de relation sociale pour se consacrer à ses études 7 jours sur 7. Une tentative de suicide fort heureusement ratée avait couronné ce bel effort.

Même si la personne réussit ses études, l'adaptation à la logique du travail et l'autonomisation restent difficiles. Surtout quand, comme déjà mentionné, la personne PTD ne se rend pas compte que son fonctionnement n'est pas « normal », et qu'elle essaie coûte que coûte de le paraître.

Nous trouvons des personnes PTD sortant d'universités de grande renommée avec des diplômes prestigieux mais épuisés et souvent incapables de trouver du travail. Si par chance le travail est trouvé, incapables de le garder sur le moyen terme. A 40-45 ans, burnout sur burnout, victimes naturelles du mobbing, car incapables de le détecter et de s'en défendre, elles prennent la voie de l'assurance invalidité.

L'intoxication au stress n'est pas transitoire et le dérèglement des synapses, pour prendre un raccourci logique, devient chronique et irréversible. Si on veut voir cette situation sous un angle simplement économique, le coût social serait moins élevé si l'autonomie et la productivité étaient préservées en renonçant à une réussite à un taux de 100% dans le système économique occidental actuel avec tout ce qu'il implique en termes d'organisation du monde de la formation et du travail.

Au vu des périples thérapeutiques auxquels sont confrontés les patients (et leurs familles) nous nous demandons s'ils ne serait pas nécessaires de proposer des formations qui considèrent les troubles autistiques non seulement sous l'angle pédagogique et éducatif mais aussi plus thérapeutiquement sous l'angle de soins cliniques sans imaginer que la « pédagogie » puisse donner seule des réponses pour cette population mal connue et mal diagnostiquée.

Pourquoi un diagnostic « précoce » est si utile ? Parce que la prise de conscience de ce désordre peut permettre d'abord de l'accepter, ensuite de faire avec et surtout de s'organiser au mieux pour éviter la surcharge de stress en négociant des études avec un rythme plus calme et possiblement un travail à temps partiel.

Certes tout ceci a l'air bête mais ne l'est pas : les personnes PTD peuvent en témoigner !



Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- 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>
- Bell, C. C. (1994). DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 272(10), 828. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520100096046>
- CADDRA. (2017). *Canadian ADHD Resource Alliance*. <https://www.caddra.ca>
- Cadman, T., Spain, D., Johnston, P., Russell, A., Mataix-Cols, D., Craig, M., Deeley, Q., Robertson, D., Murphy, C., Gillan, N., Wilson, C. E., Mendez, M., Ecker, C., Daly, E., Findon, J., Glaser, K., MRC AIMS Consortium, Happé, F., & Murphy, D. (2015). Obsessive-Compulsive Disorder in Adults with High-Functioning Autism Spectrum Disorder : What Does Self-Report with the OCI-R Tell Us?: OCD in adults with ASD. *Autism Research*, 8(5), 477-485. <https://doi.org/10.1002/aur.1461>
- Derksen, M., Feenstra, M., Willuhn, I., & Denys, D. (2020). The serotonergic system in obsessive-compulsive disorder. In *Handbook of Behavioral Neuroscience* (Vol. 31, p. 865-891). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64125-0.00044-X>
- Fisher, M. H., Moskowitz, A. L., & Hodapp, R. M. (2013). Differences in social vulnerability among individuals with autism spectrum disorder, Williams syndrome, and Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(8), 931-937. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.04.009>
- Freléchoz, T., Carminati, F., & Carminati, G. G. (2021). Oedipus's Depths. *Psychology*, 12(10), 1490-1505. <https://doi.org/10.4236/psych.2021.1210094>
- Freléchoz, T., Carminati, F., & Galli Carminati, G. (2021). *Addenda aux « Tréfonds de l'Œdipe »*. Cahiers de la SIPsyM N. 32`. <http://www.sipsym.com/images/CahiersSIPsyM/N32-AddendaAuxTrefonds.pdf>
- Galli Carminati, G., Freléchoz, T., & Carminati, F. (2020). *Aux tréfonds de l'Œdipe*. Cahiers de la SIPsyM N. 31. <http://www.sipsym.com/images/CahiersSIPsyM/N31-LesTrefonds.pdf>
- Girgis, R. R., Slifstein, M., Xu, X., Frankle, W. G., Anagnostou, E., Wasserman, S., Pepa, L., Kolevzon, A., Abi-Dargham, A., Laruelle, M., & Hollander, E. (2011). The 5-HT 2A receptor and serotonin transporter in Asperger's Disorder : A PET study with [11 C]MDL 100907 and [11 C]DASB. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 194(3), 230-234. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2011.04.007>
- Hebron, J., Humphrey, N., & Oldfield, J. (2015). Vulnerability to bullying of children with autism spectrum conditions in mainstream education : A multi-informant qualitative exploration. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 15(3), 185-193. <https://doi.org/10.1111/1471-3802.12108>



- Larsson, H., Chang, Z., D'Onofrio, B. M., & Lichtenstein, P. (2014). The heritability of clinically diagnosed attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan. *Psychological Medicine*, 44(10), 2223-2229. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002493>
- Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L., & White, S. W. (2013). The Role of Emotion Regulation in Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(7), 679-688. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.006>
- McDougle, C. J., Kresch, L. E., Goodman, W. K., Naylor, S. T., Volkmar, F. R., Cohen, D. J., & Price, L. H. (1995). A case-controlled study of repetitive thoughts and behavior in adults with autistic disorder and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(5), 772-777. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.5.772>
- Mollard, E., Cottraux, J., & Bouvard, M. (1989). Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 15(3), 335-341.
- Oades, R. D. (2010). The Role of Serotonin in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). In *Handbook of Behavioral Neuroscience* (Vol. 21, p. 565-584). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1569-7339\(10\)70101-6](https://doi.org/10.1016/S1569-7339(10)70101-6)
- OMS (Éd.). (1994). *Classification internationale des maladies ; dixième révision, chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche (CIM-10)*. Masson.
- OMS (Éd.). (2018). *Classification internationale des maladies ; onzième révision, chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement : Critères diagnostiques pour la recherche (CIM-11)*. Organisation Mondiale de la Santé.
- Pebole, M. M., Greco, C. E., Gobin, R. L., Phillips, B. N., & Strauser, D. R. (2021). Impact of childhood maltreatment on psychosomatic outcomes among men and women with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1998666>
- Postorino, V., Kerns, C. M., Vivanti, G., Bradshaw, J., Siracusano, M., & Mazzone, L. (2017). Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder in Individuals with Autism Spectrum Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 19(12), 92. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0846-y>
- Russell, A. J., Mataix-Cols, D., Anson, M., & Murphy, D. G. M. (2005). Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism. *British Journal of Psychiatry*, 186(6), 525-528. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.6.525>
- Ruta, L., Mugno, D., D'Arrigo, V. G., Vitiello, B., & Mazzone, L. (2010). Obsessive-compulsive traits in children and adolescents with Asperger syndrome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(1), 17-24. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0035-6>
- Scahill, L., & Challa, S. A. (2016). Repetitive Behavior in Children with Autism Spectrum Disorder : Similarities and Differences with Obsessive-Compulsive Disorder. In L. Mazzone & B. Vitiello (Éds.), *Psychiatric Symptoms and Comorbidities in Autism Spectrum Disorder* (p. 39-50). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29695-1_3



- Scahill, L., Dimitropoulos, A., McDougle, C. J., Aman, M. G., Feurer, I. D., McCracken, J. T., Tierney, E., Pu, J., White, S., Lecavalier, L., Hallett, V., Bearss, K., King, B., Arnold, L. E., & Vitiello, B. (2014). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale in Autism Spectrum Disorder : Component Structure and Correlates of Symptom Checklist. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 97-107. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.018>
- Schechter, D. (2022, mars 29). *Post-traumatic pain expressed physically from generation to generation*. <https://nccr-synapsy.ch/news/14244/>
- Segal, D. L. (2010). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). In I. B. Weiner & W. E. Craighead (Éds.), *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (p. corpsy0271). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0271>
- Sofronoff, K., Dark, E., & Stone, V. (2011). Social vulnerability and bullying in children with Asperger syndrome. *Autism*, 15(3), 355-372. <https://doi.org/10.1177/1362361310365070>
- Turner-Brown, L. M., Lam, K. S. L., Holtzclaw, T. N., Dichter, G. S., & Bodfish, J. W. (2011). Phenomenology and measurement of circumscribed interests in autism spectrum disorders. *Autism*, 15(4), 437-456. <https://doi.org/10.1177/1362361310386507>
- Wan, A., Bernstein, C. N., Graff, L. A., Patten, S. B., Sareen, J., Fisk, J. D., Bolton, J. M., Hitchon, C., Marriott, J. J., Marrie, R. A., & for the CIHR Team in Defining the Burden and Managing the Effects of Immune-mediated Inflammatory Disease. (2022). Childhood Maltreatment and Psychiatric Comorbidity in Immune-Mediated Inflammatory Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 84(1), 10-19. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001025>
- Wikipedia. (2018). *Étude ACE (Adverse Childhood Experiences)* [Wikipedia]. Étude ACE (Adverse Childhood Experiences). [https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Étude_ACE_\(Adverse_Childhood_Experiences\)](https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Étude_ACE_(Adverse_Childhood_Experiences))
- Wu, M. S., Rudy, B. M., & Storch, E. A. (2014). Obsessions, Compulsions, and Repetitive Behavior : Autism and/or OCD. In T. E. Davis III, S. W. White, & T. H. Ollendick (Éds.), *Handbook of Autism and Anxiety* (p. 107-120). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-06796-4_8
- Zandt, F., Prior, M., & Kyrios, M. (2007). Repetitive Behaviour in Children with High Functioning Autism and Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(2), 251-259. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0158-2>