Au carrefour des spectres : problèmes de diagnostic différentiel entre autisme et schizotypie, autour du cas d'un jeune adulte

Antoine Frigaux, Renaud Evrard, Nadine Demogeot

▶ **To cite this version:**

Antoine Frigaux, Renaud Evrard, Nadine Demogeot. Au carrefour des spectres : problèmes de diagnostic différentiel entre autisme et schizotypie, autour du cas d'un jeune adulte. L'Évolution Psychiatrique, 2018, 83 (1), pp.161-181. 10.1016/j.evopsy.2017.08.004 . hal-02159996

HAL Id: hal-02159996
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02159996

Submitted on 27 Aug 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Au carrefour des spectres : problèmes de diagnostic différentiel entre autisme et schizotypie, autour du cas d'un jeune adulte

Where spectra meet: Problems of differential diagnosis between autism and schizotypy — the case of a young adult

Antoine Frigaux [a*]
Psychologue clinicien, doctorant contractuel

Renaud Evrard [a]
Psychologue clinicien, maître de conférences en psychologie

Nadine Demogeot [a]
Psychologue clinicienne, maître de conférences en psychologie

[a] Laboratoire INTERPSY EA 4432, Université de Lorraine, 23, boulevard Albert-1er, BP 13397, 54015 Nancy cedex, France

[*] Auteur correspondant : Antoine Frigaux, antoine.frigaux@univ-lorraine.fr

Résumé

Introduction. – Plusieurs débats scientifiques et politiques contemporains insistent sur l'importance de ne plus concevoir l'autisme comme une forme de psychose. Toutefois, de nombreux cliniciens et chercheurs identifient des chevauchements symptomatiques entre le spectre de la schizophrénie et le spectre de l'autisme. C'est particulièrement le cas pour l'autisme Asperger chez l'adulte et des formes dites atténuées de schizophrénie.
Méthode. – Nous exposons ces difficultés diagnostiques à partir de l'étude qualitative, projective et psychométrique d'Etienne, un jeune homme ayant des troubles de la communication sociale et certaines conduites excentriques.
Résultats. – La passation du Questionnaire de la personnalité schizotypique et de *l'Adult Asperger Assessment* montre qu'Etienne se qualifie pour les deux diagnostics de schizotypie et d'autisme Asperger. Une analyse clinique, associée à la passation de l'épreuve projective du test de Rorschach, nous amène à faire l'hypothèse d'une « structure autistique » sous-jacente. L'analyse porte notamment sur le rapport au langage et au double entretenus par Etienne, qui viennent éclairer les difficultés dont il a pris conscience.
Discussion. – La clinique structurale semble une alternative pertinente lorsque la clinique spectrale, centrée sur les manifestations comportementales, ne parvient pas à discerner suffisamment les fonctions des symptômes. L'articulation entre approches psychométrique, projective et clinique reste néanmoins à parfaire auprès d'une cohorte plus importante.
Conclusion.– La confusion diagnostique entre autisme et psychose a été renforcée par les approches quasi-dimensionnelles adoptées récemment dans les grandes nosographies internationales. Une clinique différentielle plus fine semble possible, en s'intéressant aux difficultés et aux solutions associées à un fonctionnement autistique.

Mots clés : Autisme ; Psychose ; Trouble de personnalité schizotypique ; Syndrome d'Asperger ; Test de Rorschach ; Diagnostic différentiel ; Cas clinique

Abstract

Introduction. – Several contemporary scientific and political debates stress the importance of no longer conceiving autism as a form of psychosis. However, many clinicians and researchers identify symptom overlaps between the schizophrenia and autism spectra, because these new nosographic conceptualizations have blurred boundaries. This is especially the case for adult Asperger autism, a still under-diagnosed form of autism, and so-called attenuated forms of schizophrenia such as the schizotypal personality disorder.
Method. – We explore these diagnostic difficulties through a qualitative, projective and psychometric study of the case of Etienne, a young man with social communication disorders and some eccentric behaviors.
Results. – Etienne's scores on the Schizotypical Personality Questionnaire and the Adult Asperger Assessment qualify him for both schizotypy and Asperger autism diagnoses. A clinical analysis coupled with Rorschach's projective test leads us to hypothesize an underlying "autistic structure," based on Maleval's psychoanalytic conceptualization. This analysis especially concerns Etienne's relationships with language and the double, which cast light on difficulties of which he is aware. *Discussion*.– The structural clinical approach seems a relevant alternative when the spectral clinical approach, focusing on behavioral manifestations, fails to adequately discern the functions of the symptoms. Nevertheless, the articulation between psychometric, projective, and clinical methodologies still needs to be applied to a larger cohort.
Conclusion. – The diagnostic confusion between autism and psychosis has been reinforced by the quasidimensional approaches recently endorsed in major international classifications of mental disorders, whereas Lacanian psychoanalysis seems to have developed a finer differential clinical practice, with an interest in both the difficulties and the solutions associated with autistic functioning.

Keywords: Autism; Psychosis; Schizotypal personality disorder; Asperger syndrome; Rorschach test; Differential diagnosis; Clinical case

1. Introduction

Peut-on encore s'appuyer sur la psychanalyse pour établir un diagnostic différentiel entre autisme et psychose ? Cette question est au cœur d'une controverse scientifique et politique. Ainsi, par exemple, un débat a eu lieu en décembre 2016 à l'Assemblée nationale autour de la proposition de résolution de Daniel Fasquelle et al. [1] invitant à interdire les prises en charge de l'autisme sur des bases psychanalytiques. En faisant appel à ce qui est présenté comme un consensus scientifique, l'autisme y est défini comme un handicap du type « neuro-développemental » qui ne serait pas une psychose et, plus généralement, pas une maladie psychiatrique. En outre, les psychanalystes y sont présentés, à tort, comme les derniers défenseurs de cette position dépassée d'une assimilation de l'autisme à la psychose.

Loin de ces débats clivés et simplificateurs, les cliniciens sont confrontés sur le terrain à un problème important de diagnostic différentiel. Les évolutions des grandes nosographies internationales vers des approches quasi-dimensionnelles (avec des pathologies décrites selon un continuum de sévérité) ont étalé les entités de « schizophrénie » et d'« autisme » en dimensions psychopathologiques appelées « spectres ». Or, ces modifications entraînent des redéfinitions et des redécoupages, avec certaines frontières communes plus floues qu'on ne l'affirme. À partir du cas d'un jeune homme qui se qualifie à la fois pour le spectre schizophrénique et pour le spectre autistique, ainsi que le montrent des questionnaires normés, nous interrogeons les nouveaux enjeux de ce diagnostic différentiel. Nous nous appuyons à la fois sur le référentiel théorique du professeur de psychologie Jean-Claude Maleval [2, 3], basé sur la psychanalyse lacanienne, qui propose des éléments d'identification de la structure psychotique et d'une nouvelle structure dite « autistique » ; et sur une méthodologie clinique et projective, afin de générer de nouvelles hypothèses différentielles.

En 2011, la Haute Autorité de Santé avait publié des « recommandations de bonne pratique » concernant le diagnostic d'autisme et de TED (Troubles Envahissants du Développement) chez l'adulte [4]. Cet écrit faisait suite à la mesure 11 du plan Autisme de 2008–2010 qui souligne le retard significatif dans le repérage de ce que le DSM-5 définit comme les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) chez l'adulte par rapport aux connaissances et aux pratiques de diagnostic dans le champ infantile précoce [5]. Autisme France révèle que 90 % des adultes autistes n'ont pas reçu de diagnostic et ne bénéficient pas d'un suivi adapté. Gaillard et Martinez [6] reconnaissent cette difficulté diagnostique : si l'accompagnement des enfants diagnostiqués autistes qui deviennent adultes pose question du fait de la carence des structures pour les accueillir et des programmes d'inclusion au travail et dans la société, il existe aussi une part non négligeable d'adultes n'ayant pas fait l'objet d'un diagnostic au moment de l'enfance. Ceux-ci ont réussi à compenser leurs déficits par des stratégies adaptées aux situations qu'ils rencontrent. Ces patients voient leur capacité de communication s'améliorer au cours de leur vie, alors que parallèlement les comportements répétitifs et stéréotypés s'atténuent légèrement. Néanmoins, les efforts constants de ces adultes ont des limites et ils peuvent être amenés à solliciter de l'aide, notamment devant le constat renouvelé de leurs difficultés à nouer de nouveaux liens [7]. Dans ce contexte, poser un diagnostic de TSA à l'âge adulte n'est pas aisé du fait de la méconnaissance générale des troubles autistiques mais aussi des difficultés techniques pour le poser que ce soit en cas de retard mental important, ou au contraire quand le développement cognitif est peu ou même non altéré à cause du partage des signes cliniques présentés avec d'autres entités nosographiques. Précisément, la distinction entre trouble du spectre autistique et certaines formes de la schizophrénie peut s'avérer compliquée à faire chez ces adultes, et peut conduire à des erreurs diagnostiques et à

des stratégies thérapeutiques peu adaptées. En effet, ces deux troubles ont en commun des symptômes liés aux interactions sociales et des difficultés à interpréter les intentions, émotions et pensées d'autrui, ainsi que des dysfonctionnements cognitifs dans le domaine des fonctions exécutives, de l'abstraction, de la régulation de comportements dirigés vers un but précis, de la mémoire ou du langage. Il est donc important, en population adulte, d'améliorer le diagnostic et l'accompagnement des personnes présentant un trouble du spectre autistique.

2. Revue de littérature

Les concepts d'autisme et de schizophrénie partagent une genèse commune mais leurs évolutions se sont faites suite à des distinctions puis des comparaisons et des mises en confrontation, pour finalement bénéficier de théorisations distinctes, progressivement intégrées dans les différentes classifications internationales [8, 9].

La nouveauté du DSM-5 [10] est d'avoir fait disparaître les précédentes catégories de trouble autistique, de syndrome d'Asperger et de troubles envahissants du développement non spécifiés, au profit d'une seule catégorie : les Troubles du Spectre Autistique (TSA). C'est un nouveau diagnostic large et commun évoluant suivant une échelle de sévérité (sévère, moyen ou modéré) dont l'évaluation se conclut par la mise en place d'un accompagnement spécifique. De la même manière, les formes traditionnelles de la schizophrénie y ont été éliminées au profit d'une évaluation quasi-dimensionnelle des symptômes parmi les Troubles du Spectre Schizophrénique (TSS).

Ainsi, le spectre schizophrénique désigne une famille de troubles psychiatriques dont l'autisme se distinguerait, notamment par l'absence de symptômes positifs de la psychose. Cependant, du fait des extensions prises par les spectres schizophrénique et autistique, les critères diagnostiques finissent par se chevaucher, réactualisant le diagnostic différentiel entre autisme et schizophrénie [11]. Afin de renforcer l'hétérogénéité de ces deux spectres, des recherches sont entreprises pour identifier leurs causes supposées distinctes. Frith ([12], p. 65) souligne la difficulté pour distinguer l'autisme de la schizophrénie dans la clinique des patients adultes qui n'ont pas été diagnostiqués autistes lors de leur enfance et que les preuves scientifiques sont certes prometteuses, mais que « des analogies cachées continuent de se faire jour ». Effectivement, les recherches biomédicale et génétique sur l'autisme et la schizophrénie viennent d'autant plus réinterroger leurs rapports : en plus des proximités comportementales cliniques, les deux troubles partagent un lien génétique [13], mais aussi des altérations communes dans la substance blanche de la connectivité anatomique longue distance fronto-occipitale, impliquée dans la cognition sociale, et des modifications en termes de volume dans le cortex préfrontal [14]. Martinez [15] confirme ses travaux en génétique, et rapporte des études montrant des similitudes au niveau de la cognition sociale et de la neuroimagerie, ce qui laisse supposer un continuum entre le spectre schizophrénique et autistique. De plus, des études actuelles montrent que les origines génétiques de l'autisme [16, 17] comme de la schizophrénie [18] renvoient à la complexité de ce problème, pour lequel les chercheurs ne parient plus sur la découverte d'un gène, mais sur une multitude de mutations spontanées, qui elles-mêmes conduisent à prendre en compte l'épigenèse, c'est-à-dire l'influence de l'environnement [19]. De sorte que plus la recherche concernant la biologie de l'autisme s'approfondit, plus la solution semble s'éloigner [20].

En l'absence d'un témoin biologique fiable, le diagnostic différentiel s'établit toujours à partir d'éléments cliniques. Dès lors, les retards d'acquisitions, les troubles du langage, l'isolement

et les difficultés d'interaction sociale, voire certains comportements bizarres ou stéréotypés sont autant de facteurs confondants [15]. C'est en cela, par le passé et encore aujourd'hui, que certains jeunes adultes Asperger font l'objet d'un diagnostic psychiatrique de schizophrénie comme le note Attwood [21]. C'est ce que l'on retrouve dans l'étude de Raja et Azzoni [22] qui établit, dans l'après-coup, cinq diagnostics de syndrome d'Asperger chez des patients adultes hospitalisés aux urgences psychiatriques qui avaient reçu divers diagnostics allant de la schizophrénie à un trouble de la personnalité schizotypique.

On trouve dans la littérature plusieurs articles qui proposent des critères permettant de différencier autisme et schizophrénie. Par exemple, Murad et al. [23] listent certains critères simples mais insuffisants : début dans la petite enfance (TSA) ou plus tardif (TSS) ; absence (TSA) ou présence (TSS) d'hallucinations ou de délires ; altération importante (TSA) ou secondaire (TSS) de la pragmatique du langage ; antécédents familiaux de TSA ou de TSS ; effets non spécifiques (TSA) ou spécifiques (TSS) des neuroleptiques. Maleval et Grollier [24] soulignent que la distinction généralement opérée à partir de l'âge d'apparition des troubles est en fait peu discriminante puisqu'il existe des schizophrénies insidieuses qui mettent du temps à se déclencher, tandis que l'autisme peut n'être décelé que très tardivement, notamment dans les formes proches du syndrome d'Asperger. D'un autre côté encore, l'isolement et l'inadaptation sociale qui permettent de poser le diagnostic de TSA lors de l'enfance peuvent aussi faire partie des signes prodromiques de la schizophrénie comme le montrent Muratori et al. [25] qui ont observé chez des adolescents schizophrènes des interactions sociales significativement altérées entre 4 et 11 ans. Bursztejn [5] souligne que, bien que la schizophrénie soit un diagnostic rarement posé au cours de l'enfance, on retrouve dans l'anamnèse des schizophrènes de nombreux signes non spécifiques, comme une tendance au repli, des comportements agressifs, des troubles sociaux, des troubles de l'attention, ainsi qu'une restriction des affects, qui constituent un tableau comportemental commun aux jeunes patients autistes. Cette différence peut paraître encore plus discutable selon de récentes études, rapportées par Dalery, et al. [26] qui montrent qu'il n'est pas rare dans l'histoire développementale des patients diagnostiqués schizophrènes à l'âge adulte de retrouver que ces patients avaient pu répondre ou répondent encore au diagnostic de TED (études pré-DSM-5) ou d'autisme infantile. Sporn et al. [27] indiquent que 25 % des patients atteints de schizophrénie à début précoce ont également des signes de TED. En somme, TSA et TSS ne sont pas des diagnostics exclusifs.

Au niveau des symptômes positifs, le diagnostic différentiel n'est pas toujours aisé non plus puisque, si on n'identifie pas d'hallucinations ou d'idées délirantes à proprement parler dans les TSA, certains patients porteurs d'un TSA sans retard mental ont des symptômes qui ressemblent aux symptômes positifs de la schizophrénie, par exemple l'adhésion rigide à des rituels ou à certaines idées, ou des expériences hyperesthésiques [28]. De plus, toutes les formes présentes sur le spectre de la schizophrénie ne délirent pas et pour certaines le diagnostic ne peut être posé qu'à l'observation de la vie entière du sujet [29].

De l'autre côté, au niveau des symptômes négatifs de la schizophrénie, la proximité avec l'autisme est depuis longtemps identifiée, puisque Bleuler [30] utilise le mot d'autisme pour parler du retrait social de la schizophrénie, le terme étant repris plus tard par Kanner [31] pour parler des enfants qui entrent dans la psychose. De plus, il n'est pas rare que les adultes autistes puissent présenter des signes comme : une anhédonie, un émoussement des affects, un manque de spontanéité pour partager leur joie, une hypomimie, une diminution de l'utilisation des gestes et du contact oculaire, une pauvreté du discours et la présence de maniérismes et de comportements stéréotypés [23].

Pour ce qui est des antécédents familiaux qui soulèvent la question de la génétique, le repérage s'avère tout aussi compliqué. L'étude internationale de Sullivan et al. [13] menée en Suède, rapporte que ces troubles partageraient une même base étiologique (et avec les troubles bipolaires) puisque, par exemple, la présence de schizophrénie chez le père ou la mère multiplie environ par trois le risque d'autisme chez l'enfant. Les auteurs en concluent que les TSA et la schizophrénie comptent des facteurs étiologiques communs. Sullivan et al. [13], suivant cette idée, ont mené une étude sur une large base de données de patients et rapportent que les phénomènes de la schizophrénie et de l'autisme sont en fait très similaires et partagent certainement une base génétique.

Au niveau de la médication, les traitements médicamenteux n'ont pas les mêmes effets sur les deux troubles. Cependant certaines schizophrénies sont résistantes et ne répondent pas (comme l'autisme) ou peu aux traitements médicamenteux [32], ces formes correspondant souvent aux schizophrénies à dominance de symptômes négatifs.

Nous constatons donc que la réalité clinique vient souvent mettre à mal les critères censés être exclusifs des entités nosographiques. Le diagnostic différentiel se révèle extrêmement complexe avec ces cliniques aux symptomatologies atténuées et évolutives telles que celles dont tentent de rendre compte les spectres autistique et schizophrénique. À de nombreuses reprises, autisme et schizophrénie ont été considérés comme étroitement liés ou bien comme incompatibles [33]. Toutefois si les phénotypes des deux spectres peuvent se chevaucher, alors qu'en est-il de la souspopulation située à leur intersection ? Et quelle est véritablement la taille de cette intersection ?

Le trouble de la personnalité schizotypique est considéré comme une des formes de personnalité qui pourrait se trouver à l'intersection des spectres [33, 34]. Les études de Barneveld et al. [35] aux Pays-Bas, de Mealey et al. [36] en Australie, de Dinsdale et al. [37] au Canada et au Japon rapportent toutes les mêmes chevauchements considérables entre les adolescents ou jeunes adultes schizotypiques et autistes. De ce fait, la clarification de la relation entre schizotypie et autisme devrait permettre d'affiner le diagnostic différentiel. En ce sens, notre hypothèse est la suivante : bien que l'autisme et la schizophrénie soient définis dans le DSM-5 comme des spectres recouvrant des réalités cliniques exclusives, les phénotypes associés – ou, dit autrement, ces manières d'être au monde – pourraient se chevaucher et se retrouver sous la bannière du trouble de la personnalité schizotypique. Le cas sur lequel nous nous appuyons pour illustrer cette problématique différentielle se situe justement au carrefour entre ces deux spectres, parmi les TSS stabilisés qui évoquent une forme « latente » de schizophrénie, ou au « pôle invisible » ([24], p. 766) constitué d'autistes devenus indépendants, pour lesquels le diagnostic est parfois posé très tardivement, voire jamais [38].

3. Étude de cas

3.1. Méthodologie

Nous avons choisi une méthodologie basée sur l'étude d'un cas singulier [39] en combinant les éléments qualitatifs recueillis lors des entretiens, les données quantitatives issues de deux questionnaires à visée diagnostique et les informations dégagées par la passation classique et associative de l'épreuve de Rorschach [40]. L'étude d'un cas unique est ici utilisée dans l'idée de mettre à jour « l'existence d'un état mental ou d'un mécanisme jusqu'alors inconnu ou insuffisamment pris en considération » ([39], p. 288). Toute généralisation est à proscrire, même s'il

est souhaité qu'une telle illustration puisse contribuer au développement de la connaissance clinique en psychopathologie.

Le premier auteur a été chargé de rencontrer le patient pour lui faire passer des épreuves diagnostiques afin d'apporter des informations sur sa structure de personnalité qui pourront servir pour la prise en charge thérapeutique[1].

Les deux questionnaires sélectionnés sont le Questionnaire de la personnalité schizotypique de Raine [41], dans sa version française validée [42], afin d'évaluer la présence d'un trouble de la personnalité schizotypique ; et l'*Adult Asperger Assessment* (AAA) [43], avec la traduction française de Besche-Richard et al. [44], afin d'évaluer la possibilité d'un syndrome d'Asperger. Cet outil se compose d'un guide pour un entretien semi-structuré complété par deux questionnaires complémentaires. Ces deux outils nous permettront de mettre à l'épreuve l'hypothèse d'un chevauchement phénotypique entre schizotypie et autisme.

Les éléments qualitatifs et les données projectives vont nous aider à éclairer la question de la structure psychique sous-jacente, soit psychotique, soit autistique, en adaptant les repères structuraux décrits par Maleval [2], à partir des rares travaux projectifs sur l'autisme [29, 45–48].

3.2. Présentation du cas

Dans le cadre d'une consultation d'un psychologue en Centre médico-psychologique, se présente Etienne, un grand jeune homme de vingt-trois ans qui exprime une difficulté « à se faire des amis ». Il souffre de l'impression « d'être condamné à être moralement seul ». D'emblée, sa présentation détonne. Son vocabulaire soutenu et précieux a de quoi surprendre. Il est étudiant en première année dans une filière en rapport avec l'Histoire après une licence en Langues et un Diplôme universitaire de technologie spécialisé en littérature. Il est issu d'une famille aisée et a deux frères cadets. Actuellement, il vit seul dans une chambre de cité universitaire et rentre chez ses parents en fin de semaine. Etienne mène une existence plutôt solitaire, avec des centres d'intérêt inhabituels, puisqu'il occupe son temps à la lecture, au tricot qu'il apprend depuis peu, et à la poterie. Il dessine toute la journée, y compris en cours, et amène en séance des carnets recouverts de « motifs décoratifs organiques architecturaux de Venise », principalement des piques (l'enseigne des cartes à jouer) de différentes tailles, coloriés ou non.

Invité à exprimer sa demande, il dit avoir « la tête pleine de choses à dire à un psychologue ». Il revendique précisément être « atteint d'anxiété sociale, de phobie sur un fond de personnalité évitante ». Il extrait ce vocabulaire d'un savoir livresque sur la psychologie acquis en fréquentant la bibliothèque universitaire du campus lettres. Toutefois, il reconnaît les limites de ses investigations personnelles et l'échec de « résolutions » qu'il élabore et auxquelles il s'astreint au quotidien. Si bien que, d'après ses termes, il consulte un psychologue « en dernier recours ». De façon indirecte, il formule la souffrance issue de ses relations sociales, de la solitude et de la difficulté qu'il a pour communiquer, ne fréquentant ponctuellement qu'une seule personne avec qui il mange de temps en temps.

Au cours des entretiens, il détaille la « logique » principale de son fonctionnement social : s'il n'est pas directement interpellé, il est incapable de solliciter spontanément l'attention d'autrui,

[1] La prise en charge était assurée par une psychologue, (Pascale Sterdyniak), qui a conduit les entretiens à visée thérapeutique et a co-supervisé l'exploration diagnostique du patient.

sauf par l'entremise d'un objet de médiation. Il affirme ne pas pouvoir « avoir l'attention pour la personne elle-même » puisqu'il considère le fait d'entrer en communication avec les autres comme une « intrusion » de sa part. Seule une raison tangible, incarnée fréquemment par un objet physique, lui permet d'aborder quelqu'un. Ainsi, il est en difficulté pour entamer une conversation avec un étudiant qu'il croise tous les jours, mais est tout à fait capable d'arrêter une personne dans la rue sous prétexte de lui faire essayer ses créations en tricot.

À partir de cet axiome logique, et à grands renforts d'intellectualisations, Etienne élabore des stratégies scénarisées de prise de contact, ce qu'il appelle ses « résolutions ». Il donne pour exemple cette camarade qui lui demanda de le renseigner sur la salle dans laquelle avait lieu leur prochain cours. Après un week-end de réflexion sur la meilleure manière de ré-engager une interaction avec cette étudiante, il avait prévu une « résolution » consistant à arriver en retard au cours, afin de repérer où l'étudiante était assise, puis de venir lui parler du cours en question en lui montrant ses écrits. Mais l'étudiante était déjà assise et accompagnée, et Etienne, qui n'a donc pas pu réaliser son projet, nous dit avoir encore une fois « failli à sa résolution », ce qui a précipité sa demande de rendez-vous. Cette situation d'échec a créé chez lui un sentiment qu'il définit comme « un malaise avec de l'amertume » et il se dit « navré » de la situation. Il emploie un vocabulaire marqué par la culpabilité et le fatalisme, tout en affirmant ne pas souffrir de ses troubles. Il explique néanmoins que la gêne occasionnée par ce contact est encore plus grande avec les femmes qui ont, pour lui, une valeur de « supériorité » qu'il pense « dégrader » lorsqu'il « demande leur attention ». Il a néanmoins une « meilleure » amie en Belgique qu'il tente d'aider en trouvant des solutions aux troubles anorexiques que présente la jeune femme. Il s'imagine souvent communiquer « en pensée » avec elle.

Au niveau des antécédents, Etienne mentionne des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, pratique de la course à jeun) à l'adolescence dans le but, dit-il, de s'approcher de la corpulence de ses petits frères. Ses difficultés de contact ont toujours été présentes, dans son souvenir. Se rendant compte qu'il ne détenait pas les « codes sociaux » nécessaires à l'interaction commune, il affirme avoir essayé d'y remédier en se forgeant un savoir sur la chose. La participation à la psychothérapie et à la recherche est envisagée dans ce sens, comme un gain de connaissances qui prolonge son programme d' « auto-guérison par la réflexion et l'expérience ».

Les bizarreries de contact, l'excentricité de la communication et les idées de relations télépathiques nous ont conduit, dans un premier temps, à penser à une forme atténuée ou non décompensée de psychose, correspondant peut-être à un trouble de la personnalité schizotypique [49]. Mais la perspective d'un trouble autistique non diagnostiqué, de type Asperger, nous a également interpellé. Nous avons donc approfondi l'exploration diagnostique en parallèle de la prise en charge psychothérapique pour mieux saisir sa manière d'être au monde. Cette enquête s'est basée à la fois sur une clinique syndromique et sur une clinique structurale, à partir de questionnaires normés, d'entretiens cliniques et d'une épreuve projective. Nous allons livrer d'abord les résultats des questionnaires, avant d'élaborer une analyse à partir des éléments cliniques et projectifs.

4. Résultats

4.1. Scores au questionnaire de personnalité schizotypique de Raine

Etienne obtient un score total de 41 au questionnaire de personnalité schizotypique de Raine.

Nous rappelons que cette note est une valeur indicative qui permet de poser un diagnostic de trouble de la personnalité schizotypique dans plus de la moitié des cas lorsqu'elle dépasse la note seuil de 44/74 établie par l'auteur [41] selon les validations américaines du test. Cependant, nous notons que dans la version française de Dumas et al. (1999), les notes talons supérieures sont de 40/74, ce qui figure également dans l'étude de Gaha et al. [50] tandis que Manoudi et al. [51] trouvent une note seuil de 42/74. Nous pouvons donc affirmer qu'Etienne a une note haute à ce questionnaire, *proche ou supérieure* à la note qui correspond au seuil en dessous duquel se trouve 90 % de la population test.

Au niveau qualitatif, il est intéressant de considérer dans quelles sous-échelles Etienne a eu les scores les plus élevés. Les items des échelles relatives à l'absence d'amis proches (7/9) et à la présence d'un comportement bizarre ou excentrique (6/7) ont presque tous été validés par Etienne. En revanche, les sous-échelles qui se rapportent aux perceptions (4/9) et cognitions inhabituelles (2/7), indicatrices des symptômes positifs de la psychose sont moins investies.

Sur le plan clinique, les croyances et pensées bizarres ou magiques d'Etienne nous semblent être moins sur un versant psychopathologique que du côté de sa construction subjective, ayant valeur de stratégies de compensation. Ce sont des théories personnelles qu'il élabore en toute conscience, des modèles de compréhension qu'il manipule intellectuellement pour tenter de saisir le monde social et émotionnel.

4.2. Scores à l'Adult Asperger Assessment

Dans notre méthodologie, nous avons intégré l'AAA de Baron-Cohen et al. [43] qui comprend une partie basée sur un entretien semi-structuré et deux questionnaires qui vont nous permettre de préciser le diagnostic (Tableau 1).

Section Nombre d'items	**Domaine**	**Nombre de symptômes**	**Nombre de symptômes**
A (max = 5)	Social	3	4
B (max = 5)	Obsessions	3	3
C (max = 5)	Communication	3	5
D (max = 3)	Imagination	1	2
Total (max = 18)		10	14
E-I (max = 5)	Pré-requis	5	5

Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'AAA.
Afin de recevoir un diagnostic de syndrome d'Asperger, les patients doivent présenter trois symptômes ou plus dans chacune des sections A–C, au moins un symptôme de la section D et répondre à toutes les cinq conditions préalables dans les sections E à 1.

Etienne répond à la plupart des critères nécessaires pour poser le diagnostic de syndrome d'Asperger. À la partie interview de l'AAA, il confirme 14 des 18 symptômes possibles et semble répondre positivement aux cinq prérequis.

Cette évaluation qualitative a été complétée par des indicateurs quantitatifs issus des items des questionnaires AQ (*Autism Spectrum Quotient*) et EQ (*Empathy Quotient*). Etienne présente un

score élevé à l'AQ (35), dans la moyenne des scores attendus pour des patients diagnostiqués autistes d'Asperger (34,6) [43] Les sous-scores sont aussi élevés. On remarque qu'effectivement, les difficultés sociales se confirment à ce questionnaire avec des scores élevés à l'échelle des altérations de la communication (8) et de l'altération des interactions sociales (7). Son score pour l'EQ (18) est largement en dessous des seuils attendus pour la population contrôle (32) et proche des scores des personnes Asperger (21, 2). Les sous-échelles de ce questionnaire ont pu mettre à jour que le déficit social est en lien avec des troubles de la communication associés à un défaut d'empathie et à une appréhension perceptive et cognitive particulière, avec une focalisation de l'attention sur les détails, ce qui constitue un ensemble d'éléments qui donnent lieu à voir des manifestations comportementales excentriques.

En somme, au niveau quantitatif, Etienne peut prétendre au diagnostic de syndrome d'Asperger puisque ses scores sont très proches de la moyenne des scores attendus pour les patients autistes d'Asperger dans les trois sous-parties de l'AAA.

5. Analyses

Si les données quantitatives nous permettent de concevoir les manifestations comportementales d'Etienne comme appartenant à un référentiel de trouble de la personnalité schizotypique, elles trouvent aussi une lecture acceptable en tant que symptômes appartenant au syndrome d'Asperger.

Dès lors, l'intersection entre ces deux spectres nosographiques n'est pas sans interroger sur le plan clinique.

L'analyse clinique, incorporant les données obtenues à l'épreuve du Rorschach, va nous permettre de nous extraire de cette indécision diagnostique. Dans cette perspective, nous allons reprendre en partie le plan d'analyse développé dans la thèse de Marielle Frayssinet [52], consacrée à l'approche différentielle de la schizophrénie et de l'autisme. Dans le présent article, nous restituerons uniquement ce qui concerne le rapport du sujet au langage et au double, dans une analyse plus fine des troubles de communication et des troubles relationnels manifestés par Etienne, en nous appuyant alternativement sur le cas d'Etienne et sur la théorie de la structure autistique à laquelle nous nous référons. Si le cas d'Etienne semble corroborer en partie les hypothèses concernant la structure autistique, le fruit d'une telle articulation théorico-pratique est une meilleure intelligibilité (du cas comme de la théorie) et non une validation scientifique de ces hypothèses (voir la partie « Discussion », infra).

5.1. Rapport au langage et à la communication

Comme nous l'avons noté d'emblée, Etienne emploie un langage riche, pointilleux voire précieux parfois. Sa prosodie est plutôt lente et il n'apparaît pas fréquemment de saillance émotionnelle qui module son intonation. Ce que nous avons aussi rapidement relevé, c'est une forme d'inflexibilité à l'utilisation de certains mots. En effet, Etienne peut répéter d'un entretien à l'autre exactement les mêmes phrases, mot pour mot, pour expliquer ses idées et les logiques qui articulent sa vision du monde. Avant d'intégrer un mot à son discours, il doit en approuver la définition.

Ce langage intellectualisé accentue la déconnexion avec la sphère émotionnelle. Son discours devient flou et peu compréhensible lorsqu'il évoque ses émotions. Le mot « malaise »

revient régulièrement quand l'idée de « tristesse » est entendue. Etienne dit qu'il s'efforce de « synthétiser ses émotions » pour les ressentir, et fait de même pour appréhender les émotions d'autrui (« non comprises intuitivement », dit-il). Cela s'étend à la sphère sexuelle : il parle des « modalités » sexuelles qu'il parvient à concevoir mais pas à ressentir. Ces lacunes sont généralement contournées par des efforts intellectuels, basés sur la logique et la maîtrise, comme il le formule au test de Rorschach à travers des réponses qui se font toujours sous couvert de procédés défensifs de nature rigide en lien avec l'intellectualisation, les précautions verbales et dans une recherche de rationalisation de ses projections.

Au moment du choix des planches les moins aimées, Etienne fournit par exemple la justification suivante pour expliquer son rejet de la planche IV : « *le peu que ça m'évoque ne me plait pas. . . ce n'est pas agréable à concevoir* ». Ainsi, la représentation projetée est « conçue » par Etienne, les planches lui « évoquent » quelque chose, elles sont traitées de manière intellectualisée, dans un rappel à la mémoire plus que par une appréhension émotionnelle. La réponse à la planche III laisse transparaître une dynamique qui va dans ce sens : Etienne a d'abord du mal à entrer dans l'incitation à la relation de la planche, et c'est non sans hésitations et précautions verbales qu'il peut projeter le contenu humain « deux femmes » et les mettre en relation, bien que, cela ne se fait qu'après un travail intellectuel de recherche d'un habillage spatiotemporel pour héberger sa réponse, un univers auquel il peut se raccrocher pour penser la réponse. Ainsi, les femmes de la planche III, sont d'abord issues « *des représentations. . . euh je vais hasarder le terme, tribales, euh d'Afrique, donc un peu stylisé, d'un graphisme simplifié* », c'est-à-dire de représentations artistiques dont il peut se souvenir, un « *cadre en terre séché couleur rouge* », qu'il a déjà vu, avant d'être ramenées « *au film Kirikou et la Sorcière de Michel Ocelot* » dans lequel il se rappelle avoir vu cette scène. Cela se retrouve aussi au niveau qualitatif et dans les indicateurs du psychogramme, puisque Etienne ne se laisse pas envahir par les modalités sensorielles du matériel et nous notons que les réponses couleurs, bien que nombreuses, sont toujours dominées par la forme FC ou FC' et rationalisées. Par exemple, à la planche X, les contenus géographiques « Corse » et « Italie » de mauvaises formes, – cotés FC –, sont produits parce que « *la couleur imite les couleurs des cartes géographiques avec des pays en couleur* » et du fait de leur emplacement.

Du fait de ce qu'il appelle son manque d' « *instinct lucide spontané* », Etienne pense nécessaire de préparer « *les mots* » qu'il va employer dans une interaction (y compris psychothérapique) et « *surtout la façon de les exprimer* » pour faire le lien avec les émotions attendues de lui. Il conçoit ces situations d'interaction selon les mêmes « *paramètres* » : elles sont basées sur des attentes réciproques d'informations factuelles, avec un gain mutuel de savoir. Il ressent d'ailleurs du « *malaise* » et évite les conversations qui ne répondent pas à ce schéma (« *papoter* »). Sans ces paramètres, portés souvent par un objet médiateur, Etienne se révèle incapable d'entretenir la conversation. Son discours ne s'adresse pas à son destinataire, mais s'arrête à mi-chemin sur l'objet ou le thème qui sert de prétexte à cette intrusion. Réciproquement, Etienne ne parle pas de lui, depuis lui, mais par l'objet qu'il a introduit. Cet effacement de la position d'énonciation est très visible lors de la passation associative du test de Rorschach où il en reste à une description formelle en employant une forme passive ou un pronom impersonnel. Etienne perçoit « *un lapin en train de bondir avec les pattes arrières déployées* » à la planche V, ce qui lui évoque un film d'animation. Lors de la passation associative, il se remémore la scène, la décrit pour pouvoir associer sur sa réponse. L'univers du film est ici son objet médiateur pour parler de cette scène sans parler ni de lui ni depuis lui, et même, lorsqu'on lui demande s'il apprécie les films d'animation, il ne peut pas répondre en son nom et dit : « *Oui les films d'Hayao Miyazaki sont biens* ».

Nous avons l'impression qu'Etienne regroupe ses expériences ou ses perceptions du monde sous des « images-étiquettes » qu'il peut déplier, sous une forme identique, chaque fois que cela lui semble nécessaire. Il s'agit souvent d'objets culturels ou artistiques qui condensent quelque chose de son expérience personnelle. La multiplication de ces références lui permet de créer des points d'appui manipulables, de la même manière qu'un ordinateur peut être programmé à une panoplie limitée de réponses préfabriquées en fonction d'interactions anticipées.

Ces éléments sur la façon dont Etienne se saisit du langage nous paraissent pouvoir être mis en lien avec les conceptions sur le rapport à l'Autre et l'objet voix dans la structure autistique [2]. Le mutisme est souvent une solution adoptée par les sujets autistes, mais elle est loin d'être la seule : on observe parfois une absence de langage, parfois l'acquisition du langage écholalique, ou bien l'oscillation entre un mutisme et un parler verbeux (verbiage) jusqu'à la possibilité d'un parler précis, concret et passionné dans le cas de l'autisme d'Asperger, dont Etienne se rapproche. L'autiste a un rapport au langage qui peut être extrême et varié mais la parole est sans énonciation témoignant de la situation de l'autiste dans « sa sortie de l'Autre » ([53], p. 10), et qui constitue le point déterminant de cette structure. Mais alors comment envisager la communication sans engager la voix ? Maleval [54] répond à la question en posant que c'est la difficulté à laquelle se confronte l'autiste lorsque la solitude devient douloureuse : le sujet autiste qui cherche à communiquer, le fait autant que possible d'une manière qui ne met en jeu ni sa jouissance vocale, ni ses affects suivant cette constante discernable à tous les niveaux du spectre de l'autisme : *ne pas se dire*. En fait, si l'autiste ne refuse pas le langage, il ne se résout pas à la loi du signifiant. Le refus d'assumer l'aliénation est toujours présent et conduit les autistes à utiliser des éléments linguistiques épurés de la jouissance vocale. Leur intonation en témoigne : souvent monocorde, plate, dépourvue d'affects ; mais plus important encore : l'usage du signifiant se trouve gommé au profit du signe.

Ces éléments théoriques permettent de rendre compte à la fois de la prosodie particulière d'Etienne et de son inflexibilité dans l'utilisation de son vocabulaire. Il n'intègre des mots suggérés qu'après avoir recherché leur définition précise, ne laissant pas de place à l'imprévu et à l'équivoque. Il cherche à s'appuyer sur un ensemble de règles et de structures plutôt que sur son intuition et sur le contexte. L'idéal étant alors « un sens/un mot », c'est-à-dire une réduction de la langue à un code construit entièrement avec des signes. La langue d'Etienne présente une organisation en réseau qui suit une logique précise, à l'instar des logiques dont il se dote pour la vie sociale. Les mots utilisés ont une valeur de signes coupés de l'énonciation pour transmettre des informations rigides et dépourvues d'affect. Selon Maleval [54], c'est le prix que paye l'autiste pour entrer en communication. Les mots sont alors « émis plutôt que parlés » ; ils proviennent d'un « répertoire mental mémorisé » et rien n'est plus difficile à ces sujets qu'une « expression personnelle » ([55], p. 73 ; cité in : [56]). À la passation associative du Rorschach, certaines séquences « journalistiques » illustrent ces récits dépersonnalisés qui restituent une accumulation de faits, d'événements, de noms et de dates.

Le savoir de l'autiste, d'après Maleval [2], est une construction semblable à une bibliothèque d'expériences à partir des signes assimilés (ce que nous appelons « images-étiquettes »), des enregistrements mentaux des comportements des humains dans diverses situations, dont le maniement serait toujours rigide. Ce savoir livresque serait difficilement applicable à d'autres situations car manquant toujours de la flexibilité nécessaire pour intégrer les nuances contextuelles. La plainte d'Etienne à propos des « codes sociaux » qui lui manquent pour être à l'aise en société découlerait logiquement de sa structure autistique. Asperger ([57], p. 86) remarque d'ailleurs que ses patients sont des « automates de l'intelligence », ils suivent des schémas de pensée basés sur

leurs expériences du monde qu'ils exécutent systématiquement, notamment dans les situations sociales, « c'est par l'intellect que se fait l'adaptation sociale chez eux ». C'est ce qu'Etienne vient développer dans la thérapie, il expose ses schémas logiques de pensée et leurs limites, dans une recherche de construction de solutions pour y palier.

5.2. Rapport au double

Comment comprendre l'une des rares relations entretenues par Etienne, celle avec sa « meilleure » amie anorexique belge, qu'il tente d'aider et avec qui il s'imagine souvent communiquer « en pensée » ?

La dimension du double est très présente dans la clinique de l'autisme et de la schizophrénie, mais de façon différente. Chez le schizophrène, elle se repère dans ce que Bleuler [30] a appelé la *Spaltung*, et le double y est souvent malveillant et indépendant ; alors que dans l'autisme, le double a la particularité d'être du côté du même, de la division du sujet dans le réel, comme l'a montré Lefort [58] : l'aliénation est remplacée, dans l'autisme, par le réel du double. Frayssinet [52] note qu'il arrive aussi que le schizophrène nomme un double réel face à la jouissance de l'Autre, mais le double dans ce cas participe plus d'une projection du clivage du moi que d'un bord à la jouissance comme dans l'autisme et alors, ce double ouvre ou cadre l'accès du sujet au délire avec des thématiques telles que persécution, vol, imposition de la pensée, pouvoir magique. . . Dès lors, dans quelle mesure ces différents usages du double peuvent-ils avoir une valeur différentielle dans le cas d'Etienne ?

Selon Maleval [2], le double chez l'autiste est un objet, un animal, une photo, un personnage, une personne ou l'image d'une personne humaine par exemple, familier, toujours maîtrisé, considéré comme « un ami » inhérent au monde sécurisé et dont le sujet se sert pour gérer la jouissance pulsionnelle et donc en support à l'énonciation. Le double s'identifie alors comme un support imaginaire au corps, à la parole et à l'identité du sujet.

Ce recours à l'objet double semble pouvoir être observé dans le protocole Rorschach d'Etienne. En effet, Etienne produit exclusivement des kinesthésies statiques (le plus souvent des kinesthésies de posture), ce qui traduit, selon Richelle et al. [59], une recherche anxieuse du contact humain ou une difficulté relationnelle. Si la mise en relation est recherchée, elle ne peut se faire que par l'objet double : au niveau des contenus, toutes les kinesthésies que propose Etienne supposent la présence d'un contenu double bilatéral invoqué nécessairement pour porter, supporter le mouvement. Aussi, ce double ne paraît pas avoir la valeur d'une défense narcissique comme ce que l'on observe dans les protocoles de patients limites, mais ce recours au double constitue une manière pour Etienne de cadrer ses pulsions, afin de pouvoir sortir du retrait autistique et créer le mouvement, potentiellement l'interaction, dans un niveau de relation d'objet évolué, autrement dit, post-Asperger. Donc, contrairement à ce qui s'observe dans les protocoles de sujets narcissiques, le double sert non pas à figer la relation, mais ici, anime et crée le mouvement. Cela est repérable à travers l'évolution dynamique des réponses, les verbes d'action sont toujours précédés par une précision itérative invoquant le dédoublement « chaque côté » ou « en double ». C'est une précision *sine qua none* médiatisant non seulement la pulsion mais permettant la constitution de contenus unitaires de bonnes formes synthétisés dans une représentation kinesthésique équilibrée et socialement adaptée : par exemple à la planche IX, le double permet de pouvoir construire la représentation du cavalier « *de chaque côté encore une fois, en double, un cavalier debout et son bouclier* » tandis qu'à la planche V, le lapin seul se désagrège, le mouvement n'est pas contrôlé et

médiatisé par le support d'un double et amène à une désorganisation identitaire et spatiale et une perte de distance d'Etienne face au matériel « *un lapin en train de bondir avec les pattes arrières déployées. . . qui a des très grandes ailes nébuleuses. . . donc euh sur le dos, enfin l'image d'un oiseau. . . un lapin avec des ailes vu du dessus. . . du dessus et de derrière. . . pas de face, on ne voit rien. Ça vole.* »

Ainsi, Frayssinet [52] note que pour appréhender le monde et l'interaction dans les différentes situations, l'autiste se crée un double imaginaire en lien avec l'idée d'un moi-idéal, mais pour pallier un défaut de l'image du corps et en solution à son évitement de la position d'énonciateur. Il nous semble que certains éléments cliniques, issus des rencontres avec Etienne, paraissent recouvrir la construction d'un double qui stabilise, ordonne et anime sa vie.

Il y a d'abord celle qu'il présente comme sa « meilleure » amie belge, avec qui il pense entretenir une relation télépathique en parallèle de leur relation réelle. Lors des entretiens, il expliquera entendre par-là des dialogues simulés dans sa tête où il imagine comment elle se positionnerait dans telle ou telle situation dialectique. Il est motivé par l'idée de chercher des solutions thérapeutiques pour elle, tout en alimentant au passage son programme d'autoguérison. Il semble donc que cette relation fonctionne en partie comme un double imaginaire autistique, support pour guider son cheminement intellectuel.

Le double et ses fonctions semblent d'autant plus s'observer dans les réponses à la passation associative, puisque les contenus sont associés à des « mots-étiquettes » supports à son expression et au développement de son associativité. Ainsi, nous notons la place qu'occupe l'architecture, et en particulier les motifs décoratifs floraux vénitiens, notamment par l'intermédiaire de John Ruskin.

Etienne se réfère à cet auteur et critique d'art du XIX^{e} siècle lors des entretiens et dans sa réponse associative à la planche X du Rorschach, où il voit « *la représentation graphique de l'Italie* ». Sa longue réponse, ressemblant à un exposé scolaire, paraissait davantage incarnée émotionnellement et surtout subjectivement que les autres. De manière générale, dans l'association, Etienne a fait de nombreuses références à l'art en parlant surtout des contrastes, du graphisme, des formes et des couleurs. L' « *esthétisme* » est une de ses préoccupations récurrentes, et il se sert de ses connaissances sur le sujet pour pouvoir engager certaines interactions. Le point charnière de tous ces éléments réside en la personne de John Ruskin et de sa fonction discrète mais très structurante de double. Effectivement, en retranscrivant des éléments sur la passation associative, nous avons recherché des informations sur cet écrivain et il semble que le discours d'Etienne soit pleinement basé sur ce qu'il a lu. Par exemple, lorsqu'Etienne décrit ce que lui évoque Venise et les motifs architecturaux qui s'y trouvent, il parle d'un « *art sincère du paysage fondé sur une observation contemplative de la nature* » et c'est une formulation que l'on retrouve mot pour mot dans une des citations attribuées à Ruskin. Au-delà de l'emprunt discursif, Etienne semble s'inspirer plus largement de Ruskin. Etienne rapporte que Venise a été une « *révélation* » pour lui, il a changé de regard sur le monde. . . un parcours initiatique correspondant à la trajectoire biographique de Ruskin. On retrouve aussi dans les écrits de Ruskin une certaine sensibilité à l'ambiance des villes, à l'atmosphère qui se dégage de l'organisation topologique des structures architecturales et une obsession des détails [60]. Etienne fait montre de la même sensibilité dans ses autres associations. Il nous semble donc que, dans un fonctionnement autistique, notre patient se soit doté non seulement d'une possibilité d'énonciation en appui sur ses lectures de Ruskin, mais plus encore d'une philosophie de vie, en somme d'un ensemble d'éléments qui, à cause de leur similitude avec sa sensibilité propre, ont pu être adoptés pour venir le doter d'une structure qui ordonne son monde.

Il semble qu'Etienne puisse trouver dans les écrits et la parole de Ruskin un canal qui lui permette une énonciation artificielle, qui ne met pas en jeu sa voix propre. Dans la théorie de Maleval [2], il s'agit d'une fonction partagée avec l'objet autistique, le double s'impose à l'autiste comme structure privilégiée pour sortir de la solitude, rassurante par sa conformité à soi-même et apte à recevoir une jouissance cadrée sur laquelle il peut prendre appui. Le double est le support d'une parole désubjectivée qui sert de passerelle vers les êtres vivants. Un gain est néanmoins obtenu par rapport aux propos verbeux : grâce au double, le sujet parvient parfois à exprimer ce qu'il pense par procuration. Même si Etienne ne parvient pas à exprimer exactement son ressenti, en empruntant le discours de Ruskin, il évite certaines conséquences de la position d'énonciateur, tout en avançant une formalisation suffisamment proche et sur laquelle il peut s'appuyer pour dire quelque chose de lui par l'intermédiaire des mots d'un autre. D'une certaine façon, Etienne s'appuie sur un discours « à la manière de Ruskin », ce qui n'est pas sans faire écho à la dimension du « semblant » à laquelle Jean Oury [61] fait référence, en s'appuyant sur les travaux de Lacan, lorsqu'il souligne que « le semblant c'est l'agent du discours, c'est ce qui va déclencher tout le processus non pas de compréhension, mais d'articulation, le processus d'une part du sens, le *Sinn*, et d'autre part du lien, du lien social » ([61], p. 144). L'auteur rappelle notamment que, dans les troubles schizophréniques, on assiste à une quasi-destruction du semblant.

Le double est également une suppléance aux carences narcissiques. Frayssinet [52] décrit le rôle du double autistique dans le cadrage de la jouissance : il vient border son corps, l'animer, mais aussi lui permettre de trouver son image et de concevoir quelque chose de son identité. C'est une façon de restaurer un fonctionnement libidinal et de faire face au monde. Maleval [19] note que le double de l'autiste n'est pas un rival, mais un appui que Bettelheim ([62], p. 390) nommait « un moi auxiliaire », en tant que « structure extériorisée pour une personnalité intérieure ». Celui-ci peut supporter différents statuts : celui d'une « structure de soutien », d'un « contenant », d'un « aidant », voire d'un « mentor ».

Cette dernière fonction se lit en filigrane de ce que dit Etienne : Ruskin est « *un auteur admirable* » et que nous pensons donc « admiré » par lui. Etienne en arrive à incarner son double qui oriente sa vision du monde mais aussi qui lui fait avoir de quoi se projeter et habiter sa vie : il lit beaucoup sur l'architecture et s'entraîne au travail des motifs, en reproduisant à la chaîne les cours de Ruskin ou les gravures des *Sept lampes de l'architecture* [63], dans un but de formation. Il en arrive à élaborer un projet professionnel et se lance dans des démarches administratives pour le concrétiser. Il va se dire « *esthéticien* » (« *ma recherche d'esthéticien* ») – formule qui évoque une biographie de Ruskin intitulée « Ruskin ; esthéticien et socialiste » [64] – ce qui s'incarne de façon plus pragmatique dans son projet final de devenir potier. Son érudition sur ce domaine précis de l'architecture constitue, à notre avis, un îlot de compétence qui lui permet de réguler sa jouissance et d'orienter son énergie vitale vers un but. En investissant certaines parties de son corps, ici la dextérité manuelle et la coordination mains–pieds, il développe son schéma corporel et l'intégration de ses limites. Il a trouvé par son double une identité, une quête qu'il peut s'approprier pour trouver une place dans la société. Au regard de ces éléments, tout se passe comme si cette série d'identifications à Ruskin, constituait pour Etienne une « suppléance ». Cette notion conceptualisée par Lacan à partir des années 1972, désigne des solutions trouvées par un sujet pour suppléer une absence de structuration œdipienne [65].

Nous avons tenté d'illustrer par les éléments cliniques et projectifs recueillis lors des rencontres avec Etienne que l'objet double n'est pas considéré comme persécuteur, mais plutôt comme un protecteur dont Etienne garde l'entière maîtrise, un bord dynamisant qui permet

l'investissement dans les relations sociales en offrant des possibilités énonciatives et une identité, voire même la projection dans le monde professionnel et social. À la lumière de ces éléments, il nous semble que nous pouvons nous orienter vers le repérage d'une structure autistique.

6. Discussion

Le cas d'Etienne vient illustrer un problème de diagnostic différentiel entre trouble de la personnalité schizotypique et syndrome d'Asperger, puisque ce patient se qualifie pour les deux diagnostics sur une base psychométrique. L'analyse clinique nous indique que ce qui peut être compris, d'un certain point de vue, comme symptômes positifs et comme désorganisations associés à la psychose, peut également être lu, selon les travaux de Maleval [2], comme des manifestations purement autistiques. Barneveld et al. [35] affirmaient déjà que le chevauchement nosographique entre schizotypie et autisme ne se limitait pas aux troubles du langage et de l'interaction sociale, c'est-à-dire aux symptômes négatifs, mais pouvait s'étendre aux symptômes positifs et à l'organisation générale. Hurst et al. [34] proposent même que syndrome d'Asperger et trouble de la personnalité schizotypique correspondraient à un même phénotype comportemental, se modifiant quelque peu à l'apparition de symptômes positifs dans certains cas et, ajoutons-nous, également à l'apparition de symptômes autistiques plus bruyants. Ces auteurs en arrivent à considérer que ces deux troubles sont à la fois distincts et, à certains moments, indiscernables. Plus précisément, dans le modèle quasi-dimensionnel du TSS, le déficit dans la communication sociale est une expression commune à la schizotypie et à l'autisme.

D'autres recherches visent à mettre en évidence une logique qui fonctionne au-delà des comportements observables. Face aux difficultés de cette « clinique spectrale » basée sur l'objectivation de symptômes, faut-il revenir à une clinique structurale intégrant ces objectivations dans le cadre d'un fonctionnement psychodynamique global ? Maleval [2] appelle à prendre en considération les remarques d'Asperger ([57], p. 69) : même lorsque l'autiste parvient à se défaire de ses troubles les plus handicapants, « l'essentiel reste invariable ». Meltzer et al. ont également décrit des formes de « post-autisme » en tant que « la personnalité post-autistique est celle qui existe en dehors de l'état autistique proprement dit et qui comprend les séquelles de l'autisme infantile précoce » ([66], p. 36). Ces séquelles, ces traces de noyau autistique, cet invariable, va s'organiser avec ce qui, par ailleurs, ouvre vers les articulations de l'image du corps, l'intégration des différenciations d'espaces [47]. En d'autres termes, l'invariable demeure et sert de base au développement d'une manière d'être au monde spécifique et plus adaptée (moins mutique et mieux intégrée socialement) que l'autisme de Kanner. Aussi, le constat de la permanence structurale de l'autisme amène la psychanalyse à appréhender l'autisme en tant qu'une structure différente de celles associées au champ des psychoses et même des prépsychoses, et à développer les travaux de recherche dans ce sens. Maleval [67] en vient à considérer l'autisme comme « non plus la psychose précocissime, ni la plus grave des psychoses, mais une forme originale, toujours associée à des difficultés cognitives, et à des difficultés d'expression des affects, dont la spécificité et les modes les plus appropriés de traitement sont encore à préciser ».

Pour en rendre compte, Maleval [2, 3] promeut une approche psychanalytique qui poursuit l'enseignement structural de Lacan dans une vision du sujet et de la structure qui peut rester au plus près de la nouvelle clinique spectrale. Nous en avons abordé uniquement deux aspects, relatifs au rapport au langage et à la figure du double, mais il y aurait plus à dire. Cette théorie rend bien compte de la façon dont Etienne est pris dans un rapport au langage conçu surtout comme un système d'échanges de connaissances, du côté du savoir encyclopédique ou du factuel, mais qui se

révèle impropre à une communication sociale qui obligerait le sujet à supporter une position d'énonciation. Il n'y a pas de place pour « papoter » et justement, lorsqu'Etienne sort de son cadre de communication strictement médiatisé, il est mis en échec et éprouve une forme d'angoisse, qu'il formule comme le sentiment de sa propre « intrusion ».

Toutefois, notre étude rencontre plusieurs limites. Nous avons écrit que nous privilégions un outil diagnostique en lien avec le syndrome d'Asperger, donc en ciblant une partie du spectre autistique de manière plus discriminative que nous l'aurions fait en sélectionnant un outil diagnostique basé sur les critères des TSA du DSM-5 [10]. Nous avons sélectionné l'outil diagnostique de Baron-Cohen et al. [43] qui repose sur un principe de check-list des critères pour le syndrome d'Asperger selon le DSM-IV [68] et dès lors l'évaluation diagnostique se fait au niveau du nombre de signes minimum pour poser le diagnostic et non sur l'intensité des manifestations comme c'est le cas dans l'évaluation des TSA actuellement. Il faudrait donc vérifier que les nouvelles critériologies quasi-dimensionnelles sont à même d'éviter les problèmes de diagnostic différentiel soulevés par notre étude. Toutefois, il y a encore peu d'outils synthétiques pour dépister l'autisme, en particulier chez l'adulte [69].

Par ailleurs, certains auteurs postulent que l'autisme d'Asperger est un spectre à lui tout seul [70], nous pouvons alors penser qu'au-delà des critères arrêtés pour poser le diagnostic, certaines formes y échappent.

D'autres pistes diagnostiques auraient également mérité d'être davantage explorées : les ruminations, le contrôle émotionnel et corporel (notamment alimentaire), les rituels, les accrochages aux détails, la peur de nuire aux autres, ainsi que le travail de la terre qui renvoie à l'analité, auraient également pu conduire vers la piste d'un trouble obsessionnel. En situation clinique, le diagnostic différentiel nécessite la discussion d'un éventail plus important d'hypothèses que celles que nous avons évaluées dans notre étude.

L'utilisation de questionnaires est traversée par la limite propre à ces outils. Certains items auxquels Etienne a répondu positivement dissimulent une complexité qui ne peut se saisir que qualitativement. Par exemple, à l'item 28 du SPQ sur les idées de référence, Etienne répond qu'effectivement certains objets ont un sens pour lui et comportent un message qu'il arrive à décrypter en parlant, notamment, des motifs architecturaux dont il connaît l'origine qui est ignorée par la plupart des gens. Il ne s'agit donc pas ici d'une idée délirante au sens du délire psychotique en lien avec la perte du sens de la réalité, mais plus de la trace d'une manifestation que l'on peut qualifier d'autistique en lien avec l'intérêt restreint d'Etienne et sa focalisation sur les détails concernant les motifs. La formulation des items ne tient pas compte du rapport singulier au langage des autistes. . . et des autres.

Enfin, aucune conclusion générale ne peut être extraite de l'analyse d'un cas unique. Notre recherche ne fait qu'indiquer les directions que pourrait prendre une recherche établissant les convergences et les divergences entre la clinique spectrale et la clinique structurale. Il serait évidemment intéressant de conduire la même étude avec une cohorte plus importante, pour évaluer la prévalence de ce chevauchement des spectres et l'efficacité des critères différentiels dégagés d'une articulation entre approches psychométrique, projective et clinique. Une première étude japonaise, récemment publiée, a employé le Rorschach en méthode Exner pour contribuer à différentier 20 jeunes adultes diagnostiqués schizophrènes et 20 jeunes adultes avec un TSA [71]. Toutefois, pour répondre vraiment aux difficultés soulevées, il nous semble important de comparer

non seulement la schizophrénie mais aussi les formes apparentées appartenant au spectre de la schizophrénie.

7. Conclusion

Les concepts de schizophrénie et d'autisme ont d'abord été élaborés au sein d'une même entité clinique [30] avant d'être séparés. L'évolution des nosographies a produit des acceptions de plus en plus distinctes des tableaux cliniques associés à ces notions. Cependant, la place prépondérante des approches quasi-dimensionnelles et des conceptions « spectrales » de la schizophrénie et de l'autisme dans les grandes nosographies internationales viennent remettre en cause les distinctions précédemment établies. Ces troubles sont envisagés dans une plus grande diversité, avec des possibilités d'évolution plus importantes d'un bout à l'autre d'un même continuum symptomatique. Ces élargissements sont accompagnés de simplifications de certains critères diagnostiques, devenus plus larges ou plus flexibles, ce qui se répercute sur les délimitations de ces troubles. Dès lors, certains chevauchements sont observés par des cliniciens, en particulier aux frontières entre les formes d'autisme de Kanner et les schizophrénies infantiles et, à l'opposé, entre le pôle invisible des autistes Asperger et des phénotypes atténués de schizophrénie [24]. C'est au niveau de cette seconde extrémité des pôles que nous avons focalisé notre travail, même si notre étude de cas est loin de résoudre tous les problèmes rencontrés. De leur côté, les avancées en psychiatrie génétique et en imagerie cérébrale renforcent la convergence entre spectre schizophrénique et spectre autistique [13, 14]. Il semble donc nécessaire de réviser les outils pratiques et théoriques nous permettant d'établir un diagnostic différentiel au carrefour de ces spectres.

À l'appui de ces éléments, nous considérons que pour certaines formes cliniques dites « atténuées », le diagnostic différentiel entre autisme et schizophrénie est compliqué à faire notamment lorsqu'il se fonde sur la seule observation des manifestations comportementales. Un repérage structural, qui intégrerait l'alternative d'une structure autistique distincte de la structure psychotique, permettrait de dépasser ce flou diagnostique. Il y aurait donc une certaine pertinence à intégrer les apports psychanalytiques dans le diagnostic différentiel entre autisme et psychose. Notre analyse nous incite à conclure que la manière qu'a Etienne d'être au monde, c'est-à-dire la solution dont il se dote pour structurer son expérience d'être vivant, paraît pouvoir être mise en lien avec l'expression de la solution que constitue l'autisme postAsperger dans la conceptualisation lacanienne de Maleval [2]. Par conséquent, nous trouvons là une cohérence théorique pertinente qui nous permet d'articuler les difficultés de communication d'Etienne et son fonctionnement global. Plus encore, nous repérons l'idée principale de Maleval ([54], p. 130) selon laquelle « refuser la représentation de son être dans le champ du signifiant et dès lors ne pas se situer en position d'énonciateur, tel paraît être l'une des caractéristiques structurales qui détermine la solitude autistique » à travers les stratégies complexes que met en place Etienne pour pouvoir concevoir une interaction. Par un travail tortueux sollicitant d'importantes ressources psychiques, Etienne a pu construire sa solution, se doter d'une « machinerie thérapeutique », se construisant une identité personnelle et sociale en s'appuyant sur un double et un îlot de compétence lui permettant de s'insérer dans le monde social.

Si les concepts psychanalytiques peuvent être soutenus sur un versant diagnostique, qu'en est-il de la prise en charge de l'autisme selon une approche psychanalytique ? Le scepticisme des autorités scientifiques quant aux possibilités thérapeutiques que la psychanalyse peut offrir au sujet autiste ont amené la HAS à formuler son désaveu « des interventions psychanalytiques » [4], sur

lequel s'est appuyée la proposition débattue en décembre 2016 à l'Assemblée nationale [1]. Or, Maleval note que : « quand le sujet autiste est placé dans des conditions où ses îlots de compétence sont valorisés, et non tenus pour des obstacles à son développement, quand le choix de ses doubles et de ses objets est respecté, il s'avère possible pour lui, de sortir non pas de l'autisme, mais de son monde immuable et sécurisé, ce qui lui ouvre accès à la vie sociale. Alors seulement peut advenir une mutation faisant de l'autiste un sujet responsable et assumant son devenir » ([2], p. 328).

Les objets autistiques, au sens large, c'est-à-dire ce que l'autiste met en place entre lui et le monde, sont à respecter et à valoriser du fait de leurs fonctions adaptatives. Dans le cas de l'autisme post-Asperger, Maleval [2] recommande d'aider le sujet dans sa prise de conscience de sa différence et de le soutenir dans les démarches subjectives qu'il met en place face à cette insatisfaction dynamique pour s'insérer dans le monde social. Les travaux intégrant l'idée d'une structure autistique développent une nouvelle vision prometteuse de l'autisme, qui incite à en affiner la définition et la classification, mais aussi, et surtout, ouvre à des prises en charge respectueuses et adaptées à chaque individu.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Jean-Claude Maleval, Barbara Houbre, Salomé Garnier, Pascale Sterdyniak.

Références

[1] Fasquelle D, et al. Proposition de résolution invitant le Gouvernement à promouvoir une prise en charge de l'autisme basée sur les recommandations de la Haute Autorité de santé; 2016 [Disponible sur : URL : http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/propositions/pion4134/(index)/resolutions-art34-1, consulté le 22/08/2017].

[2] Maleval JC. L'autiste et sa voix. Paris: Seuil; 2009.

[3] Maleval JC, editor. L'autiste, son double et ses objets. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2009.

[4] Haute Autorité de santé. Autisme et autres troubles envahissants du développement : diagnostic et évaluation chez l'adulte. Service des bonnes pratiques professionnelles; 2011 [Disponible sur : URL : http://social-sante. gouv.fr/IMG/pdf/autisme diagnostic et evaluation chez ladulte argumentairehas.pdf, consulté le 22/08/2017].

[5] Bursztejn C. La schizophrénie au cours de l'enfance. Psychiatr Enf 2003;2(46):359–80.

[6] Gaillard R, Martinez G. L'autisme à l'âge adulte. Les cahiers de l'Université Paris Descartes;2012.p.12–3 [Available from: http://fondation.parisdescartes.fr/wp-content/uploads/sites/14/2015 /09/FAB Les-cahiers austisme-WEBV3-1.pdf, consulté le 21/08/2017].

[7] Rutter M, Schopler E. L'Autisme. Une réévaluation du concept et des traitements (1978). Paris: PUF; 1991.

[8] Hochmann J. Histoire de l'autisme. Paris: Odile Jacob; 2009.

[9] Sauvage D. Autisme, une brève histoire de la nosographie avec une archive de E. Seguin. Ann Med Psychol 2012;170(7):510–6.

[10] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5 . Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.

[11] Da Fonseca D, Viellard M, Fakra E, Bastard-Rosset D, Deruelle C, Poinso F. Schizophrénie ou syndrome d'Asperger ? Press Med 2008;37(9):1268–70.

[12] Frith U. Autism: explaining the Enigma (1989). Paris: Odile Jacob; 1992.

[13] Sullivan PF, Magnusson C, Reichenberg A, Boman M, Dalman C, Davidson M, et al. Family history of schizophrenia and bipolar disorder as risk factors for autism. Arch Gen Psychiatry J 2012;69(11):1099–100.

[14] Katz J, d'Albis MA, Boisgontier J, Poupon C, Mangin JF, Guevara P, et al. Similar white matter but opposite grey matter changes in schizophrenia and high-functioning autism. Acta Psychiatr Scand 2016;134(1):31–9.

[15] Martinez G. Continuum autisme schizophrénie ? Repérage des symptômes autistiques dans la trajectoire précoce des patients souffrant de schizophrénie. Paris: Université Paris V Descartes; 2012 [Thèse de psychiatrie].

[16] Hallmayer J, Cleveland S, Torres A, Phillips J, Cohen B, Torigoe T, et al. Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. Arch Gen Psychiatry 2011;68(11):1095–100.

[17] Tordjman S. Évolution du concept d'autisme : nouvelles perspectives à partir des données génétiques. Inf Psychiatr 2011;5(87):393–402.

[18] Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Biological insights from 108 schizophrenia associated genetic loci. Nature 2014;511:421–7.

[19] Maleval JC. Pourquoi l'autisme n'est-il plus une psychose ?; 2013 [Disponible sur : URL : http://autistes-etcliniciens.org/Pourquoi-l-autisme-n-est-il-plus, consulté le 22/08/2017].

[20] Maleval JC. Extension du spectre de l'autisme; 2014 [Disponible sur : URL : http://autistes-et-cliniciens.org/ Extension-du-spectre-de-l-autisme-60, consulté le 22/08/2017].

[21] Attwood T. Le syndrome d'Asperger. Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2010.

[22] Raja M, Azzoni A. Asperger's disorder in the emergency psychiatric setting. Gen Hosp Psychiatr 2001;23:285–93.

[23] Murad A, Fritsch A, Bizet E, Schaal C. L'autisme à l'âge adulte : aspects cliniques. Ann

Med Psychol 2014;172:577–86.

[24] Maleval JC, Grollier M. Extension du spectre de l'autisme. Evol Psychiatr 2015;80:764–81.

[25] Muratori F, Salvador F, D'Arcangelo G, Picchi L. Childhood psychopathological antecedents in early onset schizophrenia. Eur Psychiatr 2005;20(4):309–14.

[26] Dalery J, D'Amato T, Saoud M. Pathologies schizophréniques. Paris: Lavoisier; 2012.

[27] Sporn A, Addington A, Gogtay N, Ordónez A, Gornick M, Clasen L. Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? Biol Psychiatr 2004;55(10):989–94.

[28] Coulon N. Spectre autistique et schizophrénies précoces dans la nosographie actuelle : un lien ? Neuropsychiatr Enf Adolesc 2016;64(1):46–51.

[29] Allan C. L'autisme à l'épreuve du Rorschach. J Psychol 2015;331:72–5 .

[30] Bleuler E. Dementia precox ou groupe des schizophrénies [1911]. Paris: Epel-Grec; 1993.

[31] Kanner L. In defense of mothers. Springfield, IL: C.C. Thomas Publishing; 1941.

[32] Nguimfack P. Évaluation de la notion de « schizophrénie résistante ». Aspects pharmacologiques et incidences des nouveaux antipsychotiques. Ann Med Psychol 2004;162(6): 441–52.

[33] King B, Lord C. Is schizophrenia on the autism spectrum? Brain Res 2011;1380:34–41.

[34] Hurst R, Nelson-Gray RO, Mitchell J, Kwapil TR. The relationship of Asperger's characteristics and schizotypal personality traits in a non-clinical adult sample. J Autism Dev Disord 2006;37:1711–20.

[35] Barneveld PS, Pieterse J, de Sonneville L, van Rijn S, Lahuis B, van Engeland H, et al. Overlap of autistic and schizotypal traits in adolescents with Autism Spectrum Disorders. Schizophr Res 2011;126:231–6.

[36] Mealey A, Abbott G, Byrne L, McGillivray J. Overlap between autistic and schizotypal personality traits is not accounted for by anxiety and depression. Psychiatry Res 2014;219:380–5.

[37] Dinsdale NN, Hurd PL, Wakabayashi A, Elliot M, Crespi BJ. How are autism and schizotypy related? Evidence from a non-clinical population. Plos One 2013;8(5), http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0063316 [consulté le 22/08/2017].

[38] Roy M , Prox-Vagedes V, Ohlmeier MD, Dillo W. Beyond childhood: psychiatric comorbidities and social background of adults with Asperger syndrome. Psychiatr Danubina 2015;27(1):5 0–9.

[39] Widlöcher D. Le cas au singulier. Nouv Rev Psychanal 1990;42:285–302.

[40] De Tychey C, Lighezzolo J. À propos de la dépression « limite » : contribution du test de Rorschach en passation « classique » et « psychanalytique ». Psychol Fr 1983;28(2):141–55.

[41] Raine A, The SPQ:. A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. Schizophr Bull 1991;17:55 6–64.

[42] Dumas P, Rosenfeld F, Saoud M, Dalery J, d'Amato T. Traduction et adaptation française du questionnaire de personnalité schizotypique de Raine. Encephale 1999;25(4):315 –22.

[43] Baron-Cohen S, Wheelwright S, Robinson J, Woodbury-Smith M. The Adult Asperger Assessment (AAA): a diagnostic method. J Autism Dev Disord 2005 ;35(6):807–19.

[44] Besche-Richard C, Olivier M, Albert B. Le Quotient Empathique (EQ); 2006 [Disponible sur : URL : http://pages.infinit.net/frelyne/aspi/EmpathyQuotient.html, consulté le 22/08/2017].

[45] Suarez-Labat H. Les apports des épreuves projectives dans les évaluations de l'autisme. Perspect Psy 2006;3(45):221–5 .

[46] Suarez-Labat H. Les paysages intérieurs dans l'autisme et le post-autisme : des projections inattendues. Carnet PSY 2013;3(170):36–8.

[47] Suarez-Labat H. Les autismes et leurs évolutions : apports des méthodes projectives. Paris: Dunod; 2015.

[48] Frédérick-Libon C. Phénomènes autistiques en clinique infantile : apport du Rorschach. Psychol Clin Proj 2007;1(13):197–209.

[49] Prudent C, Evrard R, Claude N, Laurent M, De Tychey C. DSM-5, trouble de la personnalité schizotypique et nosographie psychanalytique structurale française. Evol Psychiatr 2016;81:176–90.

[50] Gaha L, Dalery J, Gassab L. Vulnérabilité à la schizophrénie : validation d'un questionnaire de schizotypie et étude d'un marqueur électrophysiologique (PEE). Monastir: Université du centre, faculté de médecine de Monastir; 2001 [Thèse de médecine].

[51] Manoudi F, Asri F, Boutabia S, Haida I, Tazi I. Personnalité schizotypique en milieu universitaire à Marrakech (Maroc). Encephale 2010;36:478–83.

[52] Frayssinet M. Autisme et schizophrénie. Rennes: Université de Rennes 2; 2012 [Thèse de doctorat en psychologie].

[53] Soler C. Hors-discours : autisme et paranoïa. Feuill Coutil 1990;2:9–24.

[54] Maleval JC. Plutôt verbeux les autistes. Cause Freud 2007;66:127–40.

[55] Williams D. Quelqu'un, quelque part. Paris: J'ai Lu; 1996.

[56] Maleval JC. Qui sont les autistes ?; 2010 [Disponible sur : URL : http://pontfreudien.org/content/jean-claudemaleval-qui-sont-les-autistes, consulté le 22/08/2017].

[57] Asperger H. Les psychopathes autistiques pendant l'enfance [1944]. Paris: Institut Synthélabo; 1998.

[58] Lefort R. La distinction de l'autisme. Paris: Seuil; 2003.

[59] Richelle J, Debroux P, De Noose L, Dejonghe M, Malempré M, Dejonghe M, et al. Manuel du Test de Rorschach : approche formelle et psychodynamique. Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2009.

[60] Labussière O. Eléments pour une symptomatologie des ambiances urbaines. L'exemple de Venise, à la lumière de Ruskin et de Proust. Articulo 2009:2 [Disponible sur : URL : http://articulo.revues.org/index1153.html, consulté le 22/08/2017].

[61] Oury J, Faugeras P. Préalables à toute clinique des psychoses. Paris: Erès; 2013.

[62] Bettelheim B. La forteresse vide (1967). Paris: Gallimard; 1969.

[63] Ruskin J. Les Sept Lampes de l'Architecture [1849]. Montpellier: Michel Houdiard; 2011.

[64] De Gourmont R. Ruskin ; esthéticien & socialiste. Paris: La Breche; 2012.

[65] Galiana-Mingot É. Quelques préalables théorico-cliniques à la conceptualisation lacanienne des suppléances. Du « comme si » d'Helene Deutsch à la « prépsychose » de Moritz Katan ». Rech Psychanal 2010;9(1):132–56.

[66] Meltzer D. Explorations dans le monde de l'autisme (1975). Paris: Payot; 1980.

[67] Maleval JC. De la psychose précocissisme au spectre de l'autisme. In: Bonnat JL, editor. Actes des journées des 8-9-10-11 avril 2003. Université de Nantes; 2003 [Disponible sur : URL : http://www.wapol.org/ornicar/ articles/240mal.htm, consulté le 22/08/2017].

[68] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSMIV-TR. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.

[69] Tordjman S. Les instruments d'évaluation de l'autisme : intérêts et limites. Psychiatr Enf 2002;2(45):533–58.

[70] Rhode M, Klauber T. The many faces of Asperger's syndrome. Londres: Karnac Books; 2004.

[71] Kishimoto N, Yamamuro K, Lida J, Ota T, Tanaka S, Kyo M, et al. Distinctive Rorschach profiles of young adults with schizophrenia and autism spectrum disorder. Neuropsychiatr Dis Treat 2016;12:2403–10.