

« Éléments de diagnostic différentiel clinique entre le syndrome d'Asperger et la personnalité Schizoïde/Paranoïaque »

Laurent Mottron, Isabelle Soulières et Edith Ménard
Santé mentale au Québec, vol. 32, n° 1, 2007, p. 367-375.

Pour citer ce document, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/016526ar>

DOI: 10.7202/016526ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Éléments de diagnostic différentiel clinique entre le syndrome d'Asperger et la personnalité Schizoïde/Paranoïaque

Laurent Mottron*

Isabelle Soulières**

Edith Ménard***

Les personnes avec syndrome d'Asperger soumise à une hostilité objective développent des états de méfiance généralisée pouvant conduire à des actes hétéro-agressifs. Ceux-ci peuvent être confondus avec des syndromes de persécution entrant dans le cadre d'une personnalité schizoïde ou schizothymique. Ces deux entités posées sur l'axe 2 sont en effet des diagnostics différentiels du syndrome d'Asperger, du fait de leur caractère commun de permanence et de la présence d'atypie de la socialisation. À partir de deux cas cliniques, cet article propose une série de critères cognitifs (profile Wechsler), développementaux (chronologie des actes de violences), discursif (aspect qualitatif du discours rapportant les événements) permettant de faire le diagnostic différentiel d'une situation d'hostilité vis-à-vis de l'entourage. Les conséquences dans le support à apporter à ces personnes sont également exposées.

Il n'y a plus de grande difficulté à distinguer le syndrome d'Asperger dans ses formes les plus marquées et les plus typiques, de la schizophrénie sous sa forme productive ou sa forme déficitaire. Toutefois, les deux phénotypes comportent chacun sur leur bord des tableaux difficiles à distinguer l'un de l'autre et qui se recouvrent partiellement, au moins au niveau de la sémiologie clinique. C'est le cas des diagnostics de « personnalité schizoïde » et de « personnalité paranoïaque » posés sur l'axe 2. Tous deux sont des diagnostics différentiels du syndrome d'Asperger, du fait qu'ils durent également toute la vie de la personne. De plus, lorsqu'on pose un diagnostic de schizophrénie, il est fréquent de ne pas faire d'anamnèse développementale poussée, augmentant

* Clinique spécialisée de l'autisme, hôpital Rivières des Prairies, et département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

** Clinique spécialisée de l'autisme, hôpital Rivières des Prairies, et département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

*** Clinique spécialisée de l'autisme, hôpital Rivières des Prairies, et département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

d'autant le risque de brouiller les différences entre les deux conditions, à cause d'informations rétrospectives incomplètes.

Cet article propose des critères distinctifs entre les formes de schizophrénie sans troubles du cours de la pensée (ou paranoïa dans la nosographie européenne) et leur expression amoindrie, la personnalité schizoïde et paranoïaque, et des *épisodes de méfiance généralisée* survenant dans le syndrome d'Asperger. Ces derniers peuvent conduire à des tableaux d'allure persécutifs et à des gestes hétéro-agressifs. Au cours de notre expérience clinique, nous avons souvent constaté à quel point il était difficile de convaincre les cliniciens que les tableaux d'acte agressifs dans ce contexte présentés faisaient partie de la sémiologie de l'Asperger. Pourtant, les enjeux cliniques, judiciaires, et de support à la personne investiguée du choix diagnostic, entre ces deux entités, sont importants. Ainsi, la façon dont le clinicien prendra position à l'égard des justifications de l'épisode violent et de son récit par la personne sera bien différente selon qu'on conclut que la personne appartient au spectre autistique ou à celui de la schizophrénie.

Faiblesse des critères distinctifs actuels entre Asperger et la personnalité paranoïaque/schizoïde

Il existe des lignes de démarcation évidentes entre les deux séries de conditions. Au niveau génétique, l'agrégation familiale est contrastée. Les syndromes d'Asperger s'agrègent (à des niveaux de consensus variés) avec d'autres TED, des troubles du langage, des troubles anxio-dépressifs, et probablement à certains pics d'habiletés (musique, mathématique et traitement d'image par exemple). À cela répond, pour le spectre de la schizophrénie, l'agrégation à d'autres cas de la famille schizophrénique. Toutefois, il est difficile d'utiliser à des fins d'exclusion diagnostique ces éléments lors d'un diagnostic particulier. Ils ne valent que lorsqu'ils existent, et de plus, pas de façon absolue. Au niveau développemental, le contraste apparent entre une condition clairement présente à 5 ans pour l'Asperger, et une schizophrénie débutant à l'adolescence, et *a fortiori* une paranoïa débutant dans la quarantaine, est amoindri par l'existence d'une déstabilisation aiguë et fréquente de l'Asperger à l'Adolescence. La confusion sémiologique propre à l'adolescence peut faire oublier les particularités pré-cliniques de l'enfant, et en imposer pour une schizophrénie. Symétriquement, l'absence d'un consensus sur la notion de personnalité pré-morbide dans la schizophrénie, la notion que la personnalité schizoïde (ou paranoïaque) pourrait ou non servir de lit au développement ultérieur de la schizophrénie ou de la paranoïa, la difficulté pratique de différencier *a posteriori*

personnalité schizoïde/paranoïaque et Asperger (les multiples imprécisions conceptuelles de chacun de ces concepts se multipliant) viennent estomper la netteté de cette distinction.

Deux cas cliniques de « persécution » dans un syndrome d'Asperger ayant donné lieu à un diagnostic de schizophrénie

A., 30 ans, est un homme qui a présenté à l'adolescence des comportements de lavage à répétition. D'intelligence dans la normale élevée, il se démarque par un langage d'une extrême précision, incluant des phrases très longues, qualifiées de maniérisme verbal. Il choisit avec un soin particulier ses termes, et il décrit d'une façon atypiquement détaillée une démarche administrative par exemple, une association de médicaments, ou un symptôme physique. Nous avons posé un diagnostic de syndrome d'Asperger, en se basant sur une restriction de la socialisation, sur des comportements répétitifs, et sur la conservation de ses capacités cognitives. Un examen standardisé, l'*Autism Diagnostic Interview*, a fourni un cadre de référence pour cette anamnèse dirigée. JYG a présenté à deux reprises une accélération du cours de la pensée pendant plusieurs semaines, associée à un relâchement associatif et à un discours devenu franchement difficile à suivre. Ces traits ont ajouté à son diagnostic une comorbidité de trouble bipolaire. Cet homme a été hospitalisé dans un état anxieux lié à la perte (effective) de son portefeuille, et à une visite (réelle) d'intrus dans son appartement. Dans son discours à l'hôpital, il évoque la police qu'il a appelée à plusieurs reprises peu avant son hospitalisation pour se plaindre de la disparition de son portefeuille. Lorsque nous le rencontrons au cours de son hospitalisation, il est couché par terre dans sa chambre, recouvert de couvertures pour se protéger des microbes liés, dit-il, aux autres patients. Il demande avec insistance d'aller à son domicile vérifier si des affaires ont disparu de chez lui, craignant qu'on soit rentré chez lui pendant son absence et qu'on lui ait à nouveau dérobé des affaires. L'état anxieux et la crainte des microbes diminueront rapidement grâce à des mesures tenant compte de ses craintes (aspect réel), comme mettre à sa disposition une chambre à l'écart des intrusions des autres patients. Au cours de nos rencontres avec lui, à de multiples reprises, il a mis notre mémoire en défaut, en critiquant de minimes imperfections du système hospitalier, toujours sur une base factuelle vérifiable. Pourtant, un diagnostic d'état psychotique avait été porté à répétition par d'autres cliniciens pour A.

B. est un homme dans la trentaine. Il étudie dans une discipline reliée aux sciences dures. Nous avons posé un diagnostic de syndrome d'Asperger en se basant sur une restriction majeure de la réciprocité

sociale au cours de son développement, et d'intérêts particuliers pour l'informatique qui se sont développés très tôt. Lorsque nous le rencontrons, il a son propre site Web dans lequel il explique ses particularités et son parcours. Son discours est infiltré par une tonalité « dure » et une thématique de préjudice généralisé, accompagné par des demandes de réparation d'injustice commis par des colocataires, mais aussi par des professeurs et sa famille. Sa scolarité a été interrompue à la suite d'une croisade qu'il a menée contre les vendeurs de « pot » de son école à l'adolescence. Il revient fréquemment sur la notion de « dommages collatéraux » subis, du fait qu'il est Asperger, et sur le fait qu'on abuse de sa naïveté sociale. Sa pensée est claire, remarquablement exprimée, mais il ne donne à autrui aucun bénéfice du doute lorsqu'il s'estime lésé. En d'autres termes, il favorise une interprétation de type préjudice lors des différents incidents qui émaillent sa vie personnelle et professionnelle. Dans un contexte de crainte qu'aucun employeur ne l'accepte en stage, et qu'il ne valide donc pas son année universitaire, il manifestera plus tard un état aigu anxieux et insomniaque. Au décours de cet épisode, il pose un geste hétéro-agressif grave à l'égard d'un voisin, heureusement sans conséquences majeures pour la santé de ce dernier. L'acte survient peu après une *menace effective* d'un autre voisin. B a paru se méprendre et penser, sur l'instant, à une collusion possible entre les deux. Il est incarcéré, et finalement rapidement libéré, à cause de son diagnostic. Au cours du suivi postérieur à l'incarcération, nous avons eu à défendre le diagnostic posé contre celui de personnalité paranoïaque. B. a une pensée hyper-rationnelle, non émotive, et très égocentrique, puisqu'il estime que l'entourage lui doit réparation pour les dommages subis du fait de l'ignorance de sa condition

Critères de distinction cliniques

Pourquoi, selon nous, ces deux situations ne s'inscrivent pas dans un contexte de paranoïa, hypothèse à laquelle adhèrent les cliniciens intervenant auprès de ces deux personnes ? La thématique de préjudice, de méfiance à l'égard d'autrui, est explicitement présente dans les deux cas. La pensée est rigide, formelle, et le dialogue est fréquemment interrompu dans les deux cas par des reprises sur l'acceptation d'un terme. Elle est suivie chez le premier d'actes sans gravité (appels répétés à la police) mais dans le deuxième d'un acte grave, ayant atteint une personne qui n'était pas directement impliquée dans les difficultés que B. avait avec son voisinage.

Dans les deux cas, l'histoire développementale montre une réduction marquée de la réciprocité sociale avec un envahissement par des

intérêts particuliers nets. Depuis le début du développement, A s'intéresse à la diététique, aux plans de maisons, et à l'hygiène. Pour sa part, B. a un intérêt particulier pour l'informatique et l'électronique, pour lesquelles il montre une précocité et un talent remarquable. Surtout, l'examen du récit des incidents qui ont amené aux états anxieux avec thèmes de préjudice met en évidence des particularités communes : le ou les incidents, après étude de plusieurs sources, sont rigoureusement exacts, décrits avec minutie, et *d'une manière absolument identique lors de plusieurs demandes de narration répétée*. Il n'y a pas de « lissage » des événements par l'intention supposée du persécuteur, comme dans un discours de persécution schizophrénique. La conviction d'être lésé est appuyée sur des faits vérifiables, que nous jugerions surévalués, mais non irrationnels. Il n'y a pas — et ce point est pour nous essentiel dans la distinction avec la schizophrénie — cristallisation secondaire d'une certitude que l'autre est hostile. Cette certitude s'étendra par le biais d'inférences verbales liées à la promiscuité spatio-temporelle ou sémantique avec le persécuteur initial et/ou avec le vécu hallucinatoire, noyau de l'épisode schizophrénique. Dans la schizophrénie, la personne paraît cerner verbalement une certitude d'hostilité qui précède ou est indépendante de sa verbalisation. La persécution s'appuie sur des phénomènes hallucinatoires, de transformation corporelle ou de sentiment de modification de la cénesthésie de la pensée en présence d'autrui. Dans le versant schizoïde, la distance entre les phénomènes élémentaires et la cristallisation délirante se manifeste par la variété des mécanismes — et, souvent leur imprécision — que le patient met pour convaincre autrui que sa certitude persécutive est fondée. La question de l'existence de ces phénomènes élémentaires dans la paranoïa reste ouverte, mais il nous semble que la certitude de l'hostilité d'autrui est première dans la paranoïa, alors qu'elle est secondaire, étayée sur des faits, et réversible dans le cas de l'Asperger.

Rôle différentiel des profils cognitifs

Au niveau cognitif, nous avons développé des profils qui opposent assez clairement le syndrome d'Asperger à d'autres conditions, à l'intérieur des troubles envahissants du développement. Le profil de l'Asperger au test d'intelligence Wechsler comporte un creux relatif en compréhension, comme l'autisme, mais aussi au code, et un pic en information, vocabulaire et surtout, *similitude*. Goldstein et al, (2002) indiquent un recouvrement entre un (sur 4) des clusters de patients schizotypiques, (Pic au Bloc à dessin et information, creux en compréhension) et l'autisme de haut niveau. Enfin une dernière étude (Bolte et al., 2002) trouve que le sous-test compréhension est mieux réalisé dans la

schizophrénie, tandis que le sous-test Similitude est plus élevé dans l'autisme. C'est surtout le pic en similitude qui paraît le plus discriminant dans les trois séries de données à notre disposition. Les critères cognitifs sont toutefois encore peu utilisables cliniquement, d'autant que dans l'Asperger les pics sont moins clairs que dans l'autisme, que l'Asperger comporte régulièrement un déficit attentionnel qui peut être confondu avec celui de la schizophrénie, et qu'on ignore si les sous-types paranoïaque vs. schizoïde ont des différences de profil au Wechsler. Il n'est donc pas inutile de chercher des repères cliniques pour différencier les deux conditions.

Proposition de critères cumulatifs

Lors d'une hésitation diagnostique entre ces deux situations cliniques, nous proposons la recherche des critères suivants en attribuant 1 point pour chaque signe :

Critère intrinsèque au discours de préjudice	Personnalité schizoïde ou paranoïaque	Syndrome d'Asperger
Particularités du discours décrivant l'événement initial	Le discours varie au cours de différentes répétitions	Le discours est constant au cours des différentes répétitions
Arguments justifiant l'hostilité ou le thème de préjudice	L'hostilité est fondée sur des intentions prêtées, ou/et sur des interprétations de faits jugés <i>neutres</i> par l'examinateur	L'hostilité est fondée sur des faits vérifiables jugés <i>surévalués</i> par l'examinateur
Extension du persécuteur à l'entourage	Extension constante et indéfinie (réseau, complot)	Aucune extension, ou limitée à une collusion effective entre « persécuteur » et son entourage
Extension des mesures de protection contre le persécuteur	Extension constante et indéfinie	Extension limitée à la présence de la personne hostile
Temporalité de l'événement déclenchant par rapport à la cristallisation du sentiment de préjudice	Illumination de la « compréhension » délirante. Peut s'appuyer sur un événement réel possible, mais le réinscrit a posteriori dans une interprétation délirante	L'hostilité survient au moment même de l'acte
Lien temporel entre le sentiment d'hostilité et un acte de défense	Signe non distinctif : peut être postérieur à la déclaration d'hostilité (acte prémédité)	idem
Rôle des mesures d'aide	Effet pervers possible : le paranoïaque ne s'entend qu'avec les gens qu'il ne connaît pas	Peut annuler la susceptibilité : importance de la confiance fondée sur une fiabilité du clinicien

Critères cognitifs		
Profil Wechsler	Creux en compréhension Pas de pic au Block-design.	Force en similitude, information, vocabulaire ; BD > 3 scores pondérés au dessus de Compréhension
Critères généraux		
Domaines d'intérêt	Intérêts irrationnels (personnalité schizoïde)	« Intérêts particuliers » de type rationnels
Âge de début	La personnalité schizoïde ou paranoïaque est de diagnostic rétrospectif et/ou plus tardif	Marginalité repérée par la famille après 5 ans
Estime de soi	Mégalomanie (personnalité paranoïaque)	Égocentrisme, mais sans mégalomanie
Émotions	Animées par le <i>conflit</i> (personnalité paranoïaque) ou indifférence affective	(personnalité schizoïde) Animées par les <i>intérêts</i> <i>particuliers</i>

Conclusion

En conclusion, l'application des critères développementaux, des critères liés à l'événement mentionné par la personne à l'origine de son hostilité, et enfin le profil cognitif constituent des affinements utiles à l'évaluation diagnostique d'une situation d'hostilité vis-à-vis de l'entourage. Le supplément d'investissement clinique requis pour étayer de manière valide cette démarche différentielle mérite d'être effectué, avant tout pour les besoins de la personne. Une personne atteinte de schizophrénie a besoin qu'on mette en suspens la « vérité » de ce dont elle accuse son persécuteur, au moins dans des périodes inter-critiques. Pour sa part, la personne Asperger voit sa confiance vis-à-vis de sa propre raison ébranlée par le jugement du clinicien qu'il a « tort », ou qu'il délire. À la place d'une relativisation des événements en disant qu'ils sont délirants, on mettra en place un discours qui insiste sur l'équivalence de droit des humains entre eux, et que les besoins de la personne évaluée sont égaux en droit à ceux de son « persécuteur ». L'appel aux bases morales de la justice des hommes est d'une grande portée dans l'Asperger, alors qu'ils sont sans valeur dans la schizophrénie, face à des phénomènes élémentaires qui imposent au patient sa certitude persécutoire. Soulignons que pour une personne Asperger, le dialogue avec le monde des gens neurotypiques n'a lieu que si nous leur manifestons qu'on les croit sains (non aliénés) (Mottron, 2004).

RÉFÉRENCES

BOLTE, S., RUDOLF, L., POUSTKA, F., 2002, The cognitive structure of higher functioning autism and schizophrenia: a comparative study. *Compre-*

hensive Psychiatry, 43, n° 4, 325-30. Erratum in: *Comprehensive Psychiatry*, 43, 5, 411.

GOLDSTEIN, G., MINSHEW, N. J., ALLEN, D. N., SEATON, B. E., 2002, High-functioning autism and schizophrenia: a comparison of an early and late onset neurodevelopmental disorder, *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 5, 461-75.

MOTTRON, L., MÉNARD, E., SOULIÈRES, I., DAWSON, M., L'évaluation cognitive dans les troubles envahissants du développement, *Revue québécoise de psychologie*, 26, 3, 219-238.

MOTTRON, L., 2004, *L'autisme, une autre intelligence*, Mardaga, Bruxelles.

ABSTRACT

Elements of a clinical differential diagnosis between Asperger syndrome and the Schizoid/Paranoid personality

Individuals with Asperger syndrome may, when exposed to hostility (e.g. bullying at school or at work), develop hostile ideas against their social environment, sometimes leading to aggression. These ideas and acts may be confounded with those arising from a persecutory state in schizoid or schizotypal personality, or even schizophrenia. These entities can be confounded with Asperger syndrome due to their permanent nature, and the presence of atypical social and emotional behaviours. This paper proposes cognitive (Wechsler profile), developmental (course of hostile behaviours), discursive (qualitative features of discourse reporting hostile thoughts), which may contribute to differential diagnosis in the presence of hostile thoughts and behaviours. Consequences for case management are also reported.

RESUMEN

Elementos de diagnóstico diferencial clínico entre el síndrome de Asperger y la personalidad esquizoide / paranoica

Las personas con síndrome de Asperger sometidas a una hostilidad objetiva desarrollan los estados de desconfianza generalizada pudiendo conducir a actos hetero-agresivos. Éstos pueden ser confundidos con síndromes de persecución que entran en el marco de una personalidad esquizoide o esquizotímica. Estas dos entidades posadas en el axis 2 son en efecto los diagnósticos diferenciales del síndrome de Asperger, del hecho de su carácter común de permanencia y de la presencia de atipia de la socialización. A partir de 2 casos clínicos, este

artículo propone una serie de criterios cognitivos (perfil Wechsler), de desarrollo (cronología de actos de violencia), discursivo (aspecto cualitativo del discurso que reporta los eventos) que permite realizar el diagnóstico diferencial de una situación de hostilidad frente al entorno. También se exponen las consecuencias del apoyo a aportar y a estas personas.

RESUMO

Elementos de diagnóstico diferencial clínico entre a síndrome de Asperger e a personalidade esquizóide/paranoíca

As pessoas com síndrome de Asperger, submetidas a uma hostilidade objetiva, desenvolvem estados de desconfiança generalizada podendo levar a atos heteroagressivos. Estes estados podem ser confundidos com síndromes de perseguição entrando no quadro de uma personalidade esquizóide ou esquizotímica. Estas duas entidades colocadas no eixo 2 são, de fato, diagnósticos diferenciais da síndrome de Asperger, por causa de seu caráter comum de permanência e da presença de atipia da socialização. A partir de dois casos clínicos, este artigo propõe uma série de critérios cognitivos (perfil Wechsler), de desenvolvimento (cronologia dos atos de violência), discursivos (aspecto qualitativo do discurso sobre os acontecimentos) que permitem fazer o diagnóstico diferencial de uma situação de hostilidade em relação ao seu meio. São igualmente expostas as consequências do apoio a estas pessoas.