

Stratification¹

Giuliana Galli Carminati², Alexandre Buttex³, Gregory Zecca⁴, Federico Carminati⁵

Abstract

In our clinical practice, we frequently encounter patients with conditions such as autistic spectrum disorder (ASD), obsessive-compulsive disorder (OCD), and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The developmental disorders, alongside the presence of OCD symptoms, could be explained by the concomitant presence of epileptic-like disorders. This fact led us to theorize that epileptic-like disorders might not just be comorbidities but potential underlying causes of these three conditions. We present two clinical cases of patients with varying severity of ASD, OCD, and ADHD, yet both showed signs suggesting a shared epileptic-like root.

Treatment adjustments, including anti-epileptic medication and Pregabalin, notably improved both cases' symptoms and quality of life. Our experience suggests that tailoring anti-epileptic treatment can benefit individuals with ASD, OCD, and ADHD across different clinical profiles and intellectual levels, supporting our hypothesis.

Further research is needed to evaluate this hypothesis quantitatively. Studying a larger sample size could provide more robust evidence and potentially refine treatment approaches for these complex conditions.

Résumé

Dans notre pratique clinique, nous rencontrons fréquemment des patients présentant des troubles tels que le trouble du spectre autistique (TSA), le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Les troubles du développement, associés à la présence de symptômes de TOC, pourraient être expliqués par la présence concomitante de troubles épileptiques de type épileptique. Ce fait nous a amenés à théoriser que les troubles épileptiques de type épileptique pourraient non seulement être des comorbidités mais aussi des causes sous-jacentes potentielles de ces trois conditions. Nous présentons deux cas cliniques de patients présentant une sévérité variable de TSA, de TOC et de TDAH, mais qui ont tous deux montré des signes suggérant une origine épileptique commune.

¹ Cet article est basé sur la publication suivante :

Galli Carminati, G., Buttex, A., Zecca, G., & Carminati, F. (2023). Stratification. *Les Cahiers de la SIPsyM* <http://www.sipsym.com/index.php/les-cahiers-de-la-sipsym#ca046>

² MD, PhD, psychiatre psychothérapeute FMH, Professeur adjoint à l'Université de Séoul (Hôpital de Bundang), membre de l'Institut de Psychanalyse Charles Baudouin, fondatrice et didacticienne de la Société Internationale de Psychanalyse Multidisciplinaire, ancienne Privat-Docteur et chargée de cours à l'Université de Genève.

³ Master Sciences de l'Éducation ; Formation des Adultes Université de Genève, Membre fondateur de la Société Internationale de Psychanalyse Multidisciplinaire.

⁴ Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP ; hypnothérapeute SHYPS ; chargé de cours vacataire, Haute École de Travail et de la Santé de Lausanne (HETSL); membre du Centre de Recherche en Psychologie du Conseil et de l'Orientation (CePCO) et membre associé du Cognitive and Affective Regulation Laboratory (CARLA), Institut de Psychologie, Université de Lausanne.

⁵ Physicien, membre de l'Institut de Psychanalyse Charles Baudouin, fondateur et didacticien de la Société Internationale de Psychanalyse Multidisciplinaire

Des ajustements thérapeutiques, comprenant des médicaments antiépileptiques et du Pregabalin, ont notablement amélioré les symptômes et la qualité de vie dans les deux cas. Notre expérience suggère que l'adaptation du traitement antiépileptique peut bénéficier aux personnes atteintes de TSA, de TOC et de TDAH, quel que soit leur profil clinique et leur niveau intellectuel, ce qui soutient notre hypothèse.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer quantitativement cette hypothèse. L'étude d'un plus grand nombre de sujets pourrait fournir des preuves plus solides et potentiellement affiner les approches thérapeutiques pour ces conditions complexes.

1. Introduction

Les troubles du Spectre Autistique (TSA), sont caractérisés par un désordre de gravité très variable dans plusieurs domaines du développement, comprenant les interactions sociales réciproques et les compétences de communication, et la présence de comportements inadaptés, d'intérêts restreints et d'activités stéréotypés. Les déficiences quantitatives qui définissent cette condition sont déviantes, de manière très variable par rapport au niveau de développement ou à l'âge mental de la personne (American Psychiatric Association, 1996). Les TSA constituent une affection invalidante à vie et, à l'exception du trouble de Rett, n'ont pas de définition étiologique et neurobiologique exacte. La déficience intellectuelle (DI) est grave dans le syndrome de Rett et dans le syndrome de Kanner et varie en gravité, peut ne pas être présente dans le syndrome d'Asperger où on trouve aussi des surdouances importantes voir très importantes.

La population avec TSA couvre donc un spectre très large donc à partir d'une importante présence de déshabilité intellectuelle jusqu'à la présence de surdouance parfois extrême (plus de 150 de QI).

En considérant la population avec le syndrome de Rett et syndrome de Kanner, des crises d'épilepsie et/ou une épilepsie franche ont souvent été rapportées, avec une incidence d'épisodes de troubles du comportement agressif (agressivité envers les autres ou les biens) liés à l'épilepsie, ce qui est à considérer parce qu'elles représentent un problème social et clinique important (Marsh et Krauss, 2000 ; Schachter, 2001). Trois types différents de comportements agressifs ont été distingués sur la base de leur relation avec l'événement épileptique : (i) l'agression interictale, (ii) l'agression ictale ou (iii) l'agression postictale (Božić & Mišić Pavkov, 2013; DelgadoEscueta et al., 1981; Delgado-Escueta et al., 2002; Gyimesi, 2022). Les données anatomiques et électrophysiologiques suggèrent qu'un dysfonctionnement temporel et frontal se produit dans le comportement de morsure ictal / post-ictal et que toutes ces agressions se produisent dans un contexte d'excitation émotionnelle élevée, de colère ou de peur (Marsh et Krauss, 2000) (Abd Wahab et al., 2019; Alberto Tassinari et al., 2005; Grant et al., 2013; Ito et al., 2007; Stanzani Maserati et al., 2007) Des études ont rapportés un comportement d'automutilation (SIB), y compris des ecchymoses des membres et des morsures de la langue et des lèvres (Edelson et al., 2016; Oliva et al., 2008; Peguero et al., 1995; Rathi et al., 2020) associé à une crise psychogène. Aucune étude n'a rapporté de morsure des mains et des bras chez les patients atteints de TSA et de DI sévère associée à l'épilepsie ou à l'épilepsie psychogène »

Dans la population avec TSA et Déshabilité Intellectuelle (DI) importante Nous remarquons des comportements stéréotypés, qu'on pourrait définir comme un Trouble obsessionnel compulsif (TOC) extrême, une hyperactivité importante qu'on pourrait inclure dans des Troubles Hyperactif Déficit de l'Attention (THAD) où le déficit de l'Attention est noyé dans les

limitations dues à la déshabilité intellectuelle, Aussi dans cette population les troubles du comportement agressifs mais aussi avec replis invalidant mettent en arrière-plan les désordres concernant les conduites répétitives et l'hyperactivité qui sont bien présentes mais relativement plus gérables au quotidien, en famille ou en Institution.

Au fur et à mesure que la DI est moins importante, et cela va souvent au pair avec des troubles épileptiques moins « classiques » et donc moins cliniquement visibles, les désordres TOC et THAD remontent au-devant de la scène car sont très problématiques dans la socialisation et entravent le développement normal de la personne qui en est porteuse.

Comme nous l'avons dit dans des récentes publications (Carminati et al., 2023), les troubles neurodéveloppementaux, tels que le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH), le trouble du spectre autistique (TSA) et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), sont très répandus dans la population et coexistent fréquemment. Les taux de prévalence varient selon les études, mais on estime que le TOC touche environ entre 2 et 3 % de la population générale (Gasnier et al., 2014).

Quant au TDAH, il est estimé à environ 2,2 % (Sasson et al., 1997) chez les enfants et adolescents et à 2,8 % chez les adultes (18-44 ans, intervalle 0,6-7,3 %) (Faraone et al., 2021; Fayyad et al., 2017). Pour le syndrome d'Asperger, les taux de prévalence oscillent entre 0,03 et 4,84 pour 1000 personnes et, en 2014, de 1.68 % pour les enfants de 8 ans (Baio et al., 2018; « Erratum », 2018; Fombonne & Tidmarsh, 2003). Il est également important de noter qu'une comorbidité psychiatrique significative a été observée chez les personnes atteintes du syndrome d'Asperger (Mazzone et al., 2012).

2. Jeanine : vignette clinique d'une patiente porteuse de TSA avec DI importante et épilepsie

Nous discutons ici l'expérience d'accompagnement de Jeanine (nom d'emprunt), jeune femme de 40 ans, vivant en Institution depuis l'adolescence et porteuse d'un TSA.

Pouvoir restituer des signes cliniques, qui se sont avérés de nature épileptique à partir de l'observation de l'éducateur et intégrer ces observations dans l'évaluation clinique est d'une importance centrale pour pouvoir poser un diagnostic adéquat et adapter en conséquence le traitement.

L'activité d'observation reste amoindrie et noyée dans le quotidien éducatif, les signes annonciateurs d'une étrangeté sont enfouis dans le discours du sens commun, ils sont discrets. Ce que nous voyons ou que nous pensons voir dans ce brouillard reste silencieux à notre esprit et à nos sens. De temps à autre, il y a effraction à ce qui ne se laisse pas voir par les distractions et le brouhaha journalier. Une étrangeté se dessine, les prémices d'une « enquête » s'ouvrent sans garantir la remontée à la surface de ces traces potentiellement significatives.

À ce moment, l'attention s'oriente sur ce qui semble sortir du déterminé, à une situation troublante qui s'instaure. Un effort de résistance de l'éducateur s'impose pour essayer de s'échapper à la fascination première de ce qui est vu devant soi en cherchant à donner une réponse immédiate à ces manifestations comportementales étranges. Face à ces signes, rapportés ou vus, un décalage s'impose pour ne pas être happé par l'attrait du direct que l'on arrive mal à comprendre. Au fond, le champ de lisibilité ne peut se laisser appréhender sans reconstruction de la scène du « crime » par un acte de remise en scène.

Ce qui suit est un condensé rétrospectif de signes atypiques observés de Jeanine sur la période de deux ans. Ces signes récapitulés sont des manifestations de symptômes épileptiques que

nous ne pouvions dans cette période objectiver. Une crise tonico-clonique avec l'examen d'un EEG aux urgences médicales mettra un terme à ces tergiversations et établira le diagnostic : foyer épileptique de type focal (épilepsie partielle). La crise qui a amené cet usager aux urgences hospitalières est une crise focale qui s'est généralisée. Durant l'année précédente dans une tripartite médicale une séquence filmée de ce que nous nommions comme étant une « bizarrerie » a été présentée. Le corps médical présent nous avait rassurés, à l'époque, car Jeanine avait déjà une couverture médicamenteuse contre l'épilepsie avec du valproate.

Revenons en arrière, Jeanine commence son périple institutionnel dans une Résidence de la région voisine à inspiration humaniste, juste après l'adolescence. Depuis l'enfance elle avait eu un diagnostic de trouble du développement et elle avait suivi une trajectoire scolaire spécialisée qui avait abouti à un travail protégé dans des Ateliers de type artisanal.

Tout en étant une personne désireuse de bien intégrer la vie du groupe, Jeanine présentait des comportements impulsifs violents en réponse aux frustrations qu'il supportait mal.

Jeanine avait bénéficié depuis son intégration dans la Résidence où elle vit actuellement de l'introduction des programmes structurés TEACCH (Carminati et al., 2017; Gerber et al., 2008).

Ce programme avait été renforcé par la suite en assumant un caractère plutôt strict : son cadre journalier était serré surtout en raison des comportements difficiles très présents. Un tableau de communication structuré élaboré est au centre de son accompagnement pour planifier le déroulement de sa vie au quotidien. Une autre partie du tableau est mensuelle. Cela lui donnait une clarté dans ses prévisibilités. Pour amoindrir la complexité relationnelle de Jeanine avec son entourage, elle suivait un badge jaune détenu par un éducateur pendant la période de la journée. Son armoire à habit est fermée. Tout acte de la vie quotidienne est programmé et accompagné. Le soir il y a un accompagnant gradué avec un certain nombre de rituels progressifs, un scénario social conclut sa journée. À trois moments dans la journée un rituel de contrôle évalue des critères de comportement. À chacun de ces critères, Jeanine reçoit ou non un renforçateur sous forme de pictogramme ; en différé en début de soirée, elle les empoche ou pas en espèce si la journée s'est déroulée dans le respect de ces critères.

Il y a environ 5 ans, une rénovation de son appartement déplace son adresse dans une autre institution au dernier étage sous les toits en plein centre urbain. Ce lieu n'est pas adapté par rapport au standard ; rien ne se ferme à clef ; ni même la porte d'entrée. L'équipe éducative perd également de sa solidité pour deux raisons : premièrement, ses points de repère sont mis à mal, deuxièmement, la moitié de l'équipe éducative est en phase de renouvellement. Dans ce contexte, à la limite chaotique un « miracle presque furtif » (Gaillard, 2008) de cet usager se révèle sous nos yeux. Elle prend des initiatives qui nous surprennent. Nous le découvrons.

Des indicateurs significatifs montraient un état étonnement plutôt positif : (i) une diminution des réserves médicamenteuses (depuis plus d'une centaine de réserves anxiolytiques par année à moins de 10 réserves par an) ; (ii) un retour progressif à ses camps de vacances ; (iii) sortie du matin seule ; (iiii) une plus grande autonomie et initiative dans sa vie quotidienne.

La diminution des accès de colère avait permis une observation nettement plus fine d'autres types de comportement que nous allons appeler « bizarreries ».

Jeanine tournait sa tête sur la droite, fixait ses yeux sur le réfrigérateur derrière elle ; son corps était rigide. Ensuite, elle fixait le plafond ; la tête en arrière, se levait en suivant une sorte de ligne fixe imaginaire avec ses yeux ; elle marchait en direction de sa chambre, s'arrêtait en face

de la porte des toilettes à quelques centimètres de celle-ci pendant presque 15 à 20 secondes. Elle revenait à nous et se dirigeait vers sa chambre et ressortant

Quand Jeanine se trouvait debout ou assise à un moment donné elle commençait à marmonner des sons inaudibles ; des onomatopées ; la tête un peu en arrière ensuite en avant ; les yeux légèrement fermés ; le bras droit battant d'une manière « dysrythmique » ; finissait par passer sa main droite sur le visage et sa main opposée soutient ce bras en mouvement.

En sortie en extérieur, d'un coup, au lieu de rester sur sa trajectoire Jeanine déviait en fléchissement sa jambe gauche provoquée par une très brève absence à la limite de tomber.

Il y avait aussi des comportements en lien avec des situations particulières, Jeanine étant, par exemple, dans un laboratoire d'analyse médical pour une prise de sang : Jeanine avait appuyé la tête sur l'épaule de son accompagnant, ce qui était surprenant car Jeanine cherche peu le contact. Nous constatons qu'il s'agissait d'une brève absence.

Une éducatrice nous avait rapporté que pendant la marche sportive Jeanine à un moment donné sort de sa trajectoire et part de biais sur la route et elle ne répond plus à l'éducatrice pendant un peu moins d'une minute. Le danger est présent parce qu'elle se dirige sur la route sans conscience. La même éducatrice avait référé une autre expérience similaire, pendant l'hiver à partir de la même activité de ladite « marche sportive ». Elle longe une petite rivière. Jeanine, comme elle le décrit, perd le contact. Elle tombe ou glisse dans ce cours d'eau et a beaucoup de peine à reprendre ses esprits. Elle revient à elle tout en étant confuse. Le danger est aussi présent, elle est lourde et peut se noyer. Autre témoignage, une éducatrice étant en face de Jeanine sur une terrasse en train de prendre une boisson ensemble. En un bref instant, elle a les yeux révulsés vers l'arrière. Ce constat des yeux qui se révulsent va se produire avec une brève absence.

Certaines des manifestations observées pouvaient se produire plusieurs fois dans la journée : quand Jeanine exprimait du stress. Ces bizarreries ne duraient pas plus de 15 à 20 secondes. Cette perte de contact apparaît aussi vite qu'elle disparaît et Jeanine souvent paraissait désorientée. Nous repérons souvent un effacement de sa mémoire concernant son activité immédiate.

C'est au cours d'un champ de vacances que Jeanine était tombée pendant la nuit sans que les veilleurs s'en rendent compte tout de suite. Elle avait une dent cassée, une blessure au nez, quelques contusions et une blessure au visage. Elle avait été amenée aux urgences, les investigations avaient soulevé le doute d'un problème épileptique ce qui avait été confirmé quand une crise épileptique majeure type « grand mal », tonico-cloniques, s'était déclenchée, À ce moment, Jeanine était dans une sorte d'euphorie, dans une joie démesurée que nous connaissons souvent au début d'un moment d'accompagnement et de soin.

Cette crise épileptique majeure et très classique dans sa manifestation va clore nos tergiversations sur les divers comportements nommés « bizarreries » que nous avons peu à peu appris à en repérer.

Aux urgences médicales après un EEG et différentes observations la présence d'un foyer épileptique ne faisait plus de doute.

De la Lamotrigine avait été rajouté à son traitement avec Valproate avec un effet positif sur ses « bizarreries » en intensité et en fréquence.

Les foyers de crise dans le lobe fronto-temporal produisent des troubles de comportements difficiles à définir en tant que phénomènes épileptiques classiques, car prennent une allure plutôt psychotique ou sur le mode obsessionnel compulsif (Kaplan, 2010; Leveau, 2003; Monaco et al., 2005). Dans le cas de Jeanine il avait été fait l'hypothèse d'une localisation de ce type, la difficulté dans les évaluations ECG ou Pet-Scan compte tenu de l'anxiété qu'elle aurait déclenchée a conseillé un traitement « ex adjuvantibus » et en effet l'ajout de la Lamotrigine avait été très aidant.

Il nous faut constater que le sujet de l'épilepsie, jusqu'à cette crise majeure tonico-clonique, n'a été que peu abordé par l'équipe éducative.

Dans l'ensemble, nous pouvons émettre l'hypothèse que les comportements difficiles (SIB)⁶ (Casanova & Casanova, 2016) de Jeanine existaient depuis longtemps.

Pour illustrer et spécifier cette aventure des bizarreries en recherche de sens, nous laissons le mot de la fin à Gilles Deleuze : « apprendre concerne essentiellement les *signes*. Les signes sont l'objet d'un apprentissage temporel, non pas dans un savoir abstrait. Apprendre, c'est d'abord considérer une matière, un objet, un être comme s'ils émettaient des signes à déchiffrer, à interpréter. Il n'y a pas d'apprenti qui ne soit « l'égyptologue » de quelque chose. On ne devient menuisier qu'en se faisant sensible au signe du bois, au médecin, sensible aux signes de la maladie. [...] tout ce qui nous apprend quelque chose émet des signes, tout acte d'apprendre est une interprétation de signes et de hiéroglyphes [...] » (Deleuze, 2014).

3. Gilbert : vignette clinique d'un patient avec syndrome d'Asperger, surdouance, TOC et THAD

Gilbert (nom d'emprunt) est un homme sur la cinquantaine, ancien juriste dans une grande Fiduciaire, il est actuellement à l'Assurance Invalidité.

Après un début de carrière extrêmement prometteur où il avait grimpé vite les échelons, il avait vécu une expérience traumatique à la suite d'un audit, qui ne le visait pas et avait plongé dans un état dépressif gravissime duquel il avait pu sortir seulement avec une réduction massive de ses activités et une fatigabilité chronique.

Gilbert était arrivé en consultation après un chemin tortueux avec des longs suivis auprès de collègues psychiatres. Il n'était pas non plus un nomade des soins, il avait eu au moins 10 ans de suivi avec le psychiatre précédent, et il me parlait d'au moins deux autres longs suivis précédents. En effet il avait commencé à avoir eu de l'aide psychologique dès l'âge scolaire quand sa famille s'était inquiétée à cause d'anxiété massive et de comportements de replis avec les copains à l'école. Très brillant intellectuellement, meilleur élève au lycée il avait passé le 1^{er} examen d'admission à la faculté d'ingénierie et échoué sur le deuxième, plus facile du premier, car incapable de suivre les cours dans les amphithéâtres bondés, qu'il décrit encore comme des lieux terrifiants.

Il avait décidé donc de changer d'orientation pour se dédier à une discipline qui, lui permettant d'étudier quasiment seul, lui aurait posé moins de problèmes. Et en fait le choix semblait bien réussir, il obtint son diplôme sans problème et entreprenait sa carrière. Il dit d'avoir été aussi

⁶ Ibid

très passionnée de sport se levant à des heures antélucane pour aller courir, se tenir en forme et « se défouler ».

Ce patient qui a une grande capacité d'insight, s'était rendu compte, néanmoins, que la tension, sport ou pas, augmentait et avec elle l'anxiété. Il glissait vers des conduites à risque en fréquentant des boîtes des nuits particulièrement turbulentes. Il n'aimait pas l'alcool mais la consommation de cigarette devenait faramineuse.

Il avait consulté un psychologue qui l'avait dirigé vers un psychiatre et les deux continueront avec lui un travail de soutien à long terme. Aidé par un traitement antidépresseur il aura raison de son tabagisme et essaiera de faire face à la pression au travail qu'il va ressentir de plus en plus lourde.

Le monde des finances n'étant pas un lieu de paix solitaire, comme il l'avait imaginé, mais une arène où la capacité à l'échange personnel voire à la confrontation agressive est encore plus importante des connaissances techniques, armé comme il l'était d'un grand savoir mais pénalisé d'un perfectionnisme préjudiciable et d'une certaine naïveté sur le plan humain, il sera complètement anéanti par un audit qui durera quelques mois, dont il n'était pas forcément la cible, mais qu'il vécut comme un cataclysme.

Son médecin traitant l'avait mis en arrêt de travail car Gilbert commençait à ressentir une sensation de vide qu'il réfère comme sidéral et avait avoué des envies suicidaires, son psychiatre avait confirmé l'incapacité à reprendre une activité lucrative au moins à moyen terme. Gilbert n'arrivera plus à remettre ses pieds dans sa boîte.

Suivra une longue période de déshérence, avec des difficultés énormes à sortir du lit, à prendre une douche, à se nourrir. Le traitement antidépresseur sera modifié, augmenté, accompagné d'une lourde anxiolyse. Une tentative de reprise de travail avec chômage échouera et de fil en aiguille Gilbert acceptera, malgré lui, l'Assurance Invalidité en se rendant compte que se remettre dans le monde du travail était devenu impossible.

Les raisons qui l'avaient amené à notre cabinet n'étaient pas évidentes. Gilbert qui s'intéressait de plus en plus à la psychanalyse, aurait voulu se former, sans forcément avoir des ambitions de thérapeute, pour comprendre mieux ce qui se passe dans sa tête et dans son esprit.

Il avait la sensation désagréable de tourner en rond et avait avoué, après quelques séances, de se sentir depuis toujours incapable de sortir des fantasmes de sa famille d'origine dont il continuait à en ressentir l'influence comme néfaste. Certes il se rendait compte que ses parents avaient fait ce qu'ils avaient pu, mais il s'était senti et il se sent depuis toujours le mal aimé, le bizarre et le malade qui embarrassait tout le monde avec ses peurs et ses comportements décalés et qui dérange encore avec ses discours sages et trop directs.

Au bout de quelque mois de consultations il semble assez clair qu'il est nécessaire d'évaluer la présence d'un syndrome d'Asperger (Baron-Cohen et al., 2005). Le diagnostic sera confirmé sans aucun doute, nous ne sommes pas dans la zone grise mais face à un profil classique ce qui confirme aussi l'incroyable capacité de mimétisme social avec l'épuisement typique qui accompagne cet énorme effort de sur adaptation.

Comme dans le cas de syndrome d'Asperger avéré, nous faisons passer les évaluations pour confirmer la présence de THAD (CADDRA, 2017) questionnaire DIVA-5 (Kooij et al., 2019), et de TOC (Mollard et al., 1970, 1989).

La présence de TOC est claire, l'évaluation du THAD confirmera le trouble.

La symptomatologie de Gilbert peut-être résumée dans une sensation de douloureuse incompréhension de la réalité, surtout des interactions sociales avec une incapacité à s'ajuster aux attentes si non aux besoins des autres. Gilbert se dit incapable de retrouver son compte dans l'échange avec autrui en passant, malgré lui, d'une attitude « grosse tête » à une attitude « carpette » sans solution de continuité.

Il a un éternel besoin de perfection, de rapidité et de réussite tout en ayant la sensation paralysante de courir sur place avec un vélo dans la tête, de n'arriver nulle part en s'épuisant sans cesse.

Le travail psychothérapeutique sera donc réadapté aux percées diagnostiques de manière à aider dans l'acceptation de la situation, c'est-à-dire du trouble du développement, plutôt qu'à chercher à tout prix une évolution sur le plan du dépassement de la prétendue névrose.

Gilbert recommence à s'intéresser à son ancien domaine de travail mais seulement pour gérer sa propre situation économique et légale face à quelques tracasseries qui viennent d'un ancien héritage. Il se donne le droit de s'en occuper selon son rythme, avec des pauses qu'il aime remplir avec des promenades et du repos. Il commence à considérer avec plus de calme les incohérences de sa famille et à prendre une distance salutaire des conflits décennaux entre cousins et anciens locataires d'un immeuble de propriété. Il retrouve le plaisir de la lecture des textes d'économie, s'achète et lit avec sérénité quelques romans historiques.

Le traitement psychotrope restera celui prescrit précédemment, avec une relative bonne réussite, avec Venlafaxine 75mg/j. L'ajout de Prégabaline 25mg/j, donc à très bas dosage, permettra de faire l'économie de l'anxiolyse et amènera une nette amélioration sur le plan de l'anxiété. Ce patient habitué à avoir des pensées rapides dont il était fier car selon son vécu preuve de vive intelligence, avait dû s'habituer à un fonctionnement apparemment plus lent mais, avec sa grande surprise, nettement plus efficace, moins anancastique, avec moins de procrastination, moins de besoins d'hyper focus. Avoir un cerveau calme sans l'éternel vélo lui avait causé un sens presque de panique et en tout cas de vide.

Nous avons donc découvert en mettant aussi en lien avec d'autres situations semblables, que les désordres réunissant THAD, TOC et Syndrome d'Asperger avec un désordre epileptic-like, surtout si présents depuis l'enfance produisaient une adaptation de la production de la pensée qui amenait à considérer le fonctionnement pathologique comme normal.

Il fallait donc préparer les patients à un fonctionnement moins anxiogène et énergivore mais tellement différent de le rendre étranger.

4. Conclusions

D'après notre expérience clinique auprès de patients atteints de TDAH, TOC et du syndrome d'Asperger, nous avons remarqué une forte comorbidité, ce qui est aussi mentionné dans la littérature. Plutôt que de considérer ces diagnostics de manière distincte, nous les avons envisagés comme des degrés d'un spectre, supposant qu'un seul facteur étiologique sous-jacent peut être à l'origine de ces maladies. Nous émettons l'hypothèse d'un trouble neurodéveloppemental de type épileptique, provoquant une boucle mentale obsessionnelle commune à ces trois syndromes. Des facteurs étiologiques secondaires et des différences

individuelles influenceraient ensuite leur manifestation distincte. Nos observations indiquent que le stress peut aggraver ces troubles, tandis que le traitement avec des antiépileptiques à faible dose montre des améliorations. Nous reconnaissons les limites de cette hypothèse basée sur notre expérience clinique restreinte et des preuves pharmacologiques, mais souhaitons encourager un débat sur ces pathologies graves ayant un impact social important. Nous espérons que des recherches épidémiologiques et neurologiques plus approfondies pourront confirmer ou infirmer nos suppositions.

Il est cliniquement et pharmacologiquement important de considérer le trouble épileptique ou épileptic-like comme une composante constante du TSA. Il est vrai qu'il y a des épilepsies psychogènes qui semblent peu ou pas sensibles aux antiépileptiques (Anzellotti et al., 2020; de Toffol, 2010) et que le diagnostic différentiel entre une épilepsie atypique et une épilepsie psychogène est extrêmement difficile, mais l'utilisation de traitement comme la pregabaline ou la gabapentine sont intéressantes aussi pour l'anxiolyse, pratiquement centrale dans tout le spectre TSA et pourraient avoir une place importante dans la stratégie curative.

5. Références

- Abd Wahab, W., Collinson, K., & Gross, D. W. (2019). Successful management of postictal violence with pindolol in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior Reports, 12*, 100346. <https://doi.org/10.1016/j.ebr.2019.100346>
- Alberto Tassinari, C., Tassi, L., Calandra-Buonaura, G., Stanzani-Maserati, M., Fini, N., Pizza, F., Sartori, I., Michelucci, R., Lo Russo, G., & Meletti, S. (2005). Biting Behavior, Aggression, and Seizures. *Epilepsia, 46*(5), 654-663. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2005.58404.x>
- Anzellotti, F., Dono, F., Evangelista, G., Di Pietro, M., Carrarini, C., Russo, M., Ferrante, C., Sensi, S. L., & Onofri, M. (2020). Psychogenic Non-epileptic Seizures and Pseudo-Refractory Epilepsy, a Management Challenge. *Frontiers in Neurology, 11*, 461. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00461>
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., Kurzius-Spencer, M., Zahorodny, W., Robinson, C., Rosenberg, White, T., Durkin, M. S., Imm, P., Nikolaou, L., Yeargin-Allsopp, M., Lee, L.-C., Harrington, R., Lopez, M., Fitzgerald, R. T., ... Dowling, N. F. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR. Surveillance Summaries, 67*(6), 1-23. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1>
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Robinson, J., & Woodbury-Smith, M. (2005). The Adult Asperger Assessment (AAA) : A Diagnostic Method. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 35*(6), 807-819. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0026-5>
- Božić, K., & Mišić Pavkov, G. (2013). *Epilepsy and aggression : Prejudice and facts. LXVI*(3-4), 117-119.
- CADDRA. (2017). *Canadian ADHD Resource Alliance*. <https://www.caddra.ca>
- Carminati, G. G., Carminati, F., Lehotkay, R., Lorincz, E. N., Subirade-Jacopit, V., Rondini, E., & Bertelli, M. O. (2017). Residential placement and quality of life for adults with severe autism spectrum disorders and severe-to-profound intellectual disabilities. *Advances in Autism*.

- Carminati, G. G., Carminati, F., & Zecca, G. (2023). Strangled by the Loop : Psychodynamic Perspective in ADHD, OCD and Asperger's Syndrome (TDP Triple Diagnosis Problem). *Psychology, 14*(05), 829-843. <https://doi.org/10.4236/psych.2023.145044>
- Deleuze, G. (2014). *Proust et les signes* (Nouvelle éd.). PUF.
- DelgadoEscueta, A. V., Mattson, R. H., King, L., Goldensohn, E. S., Spiegel, H., Madsen, J., Crandall, P., Dreifuss, F., & Porter, R. J. (1981). The Nature of Aggression during Epileptic Seizures. *New England Journal of Medicine, 305*(12), 711-716. <https://doi.org/10.1056/NEJM198109173051231>
- Delgado-Escueta, A. V., Mattson, R. H., King, L., Goldensohn, E. S., Spiegel, H., Madsen, J., Crandall, P., Dreifuss, F., & Porter, R. J. (2002). The nature of aggression during epileptic seizures. *Epilepsy & Behavior, 3*(6), 550-556. [https://doi.org/10.1016/S1525-5050\(02\)00529-2](https://doi.org/10.1016/S1525-5050(02)00529-2)
- de Toffol, B. (2010). Comment reconnaître une pseud-crise épileptique? *Neurologie Pratique*. <https://www.neurologie-pratique.com/journal/article/comment-reconnaitre-une-pseudo-crise-epileptique>
- Edelson, S. M., Johnson, J., & Van Rensselaer, A. (Éds.). (2016). *Understanding and treating self-injurious behavior in autism : A multi-disciplinary perspective*. Jessica Kingsley Publishers.
- Erratum* : Vol. 67, No. SS-6. (2018). *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 67*(19), 564. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6719a8>
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement : 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 128*, 789-818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H. S. G., Borges, G., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Lee, S., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Pennell, B.-E., Piazza, M., ... Kessler, R. C. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 9*(1), 47-65. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>
- Fombonne, E., & Tidmarsh, L. (2003). Epidemiologic data on Asperger disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12*(1), 15-21. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(02\)00050-0](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(02)00050-0)
- Gaillard, J.-P. (2008). *L'éducateur spécialisé, l'enfant handicapé et sa famille : Une lecture systémique des fonctionnements institution-familles en éducation spéciale*. ESF éd.
- Gasnier, M., Gaudeau, C., Clair, A.-H., Pelissolo, A., Mallet, L., & N'Diaye, K. (2014). Connectivité fonctionnelle des réseaux cortico-striataux chez des patients atteints de trouble obsessionnel compulsif de vérification : Étude du « resting state » en IRM fonctionnelle. *European Psychiatry, 29*(S3), 545-546. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.330>

- Gerber, F., Baud, M. A., Giroud, M., & Galli Carminati, G. (2008). Quality of Life of Adults with Pervasive Developmental Disorders and Intellectual Disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1654-1665. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0547-9>
- Grant, A. C., Koziorynska, E., Lushbough, C., Maus, D., & Mortati, K. (2013). Acute postictal confusion and violence : Two cases with unfortunate outcomes. *Epilepsy & Behavior Case Reports*, 1, 71-73. <https://doi.org/10.1016/j.ebcr.2013.04.001>
- Gyimesi, J. (2022). Epilepsy, violence, and crime. A historical analysis. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 58(1), 42-58. <https://doi.org/10.1002/jhbs.22117>
- Ito, M., Okazaki, M., Takahashi, S., Muramatsu, R., Kato, M., & Onuma, T. (2007). Subacute postictal aggression in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 10(4), 611-614. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.02.016>
- Kaplan, P. W. (2010). Epilepsy and obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 241-248. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/pkaplan>
- Kooij, J. J. S., Francken, M. H., & Bron, T. I. (2019). *Diagnostic Interview for ADHD in adults* (3rd, DIVA-5^e éd.). DIVA Foundation.
- Leveau. (2003). Entretien de J.F. avec le Dr Leveau. *Le Journal de l'AFTOC, Bulletin n°40*. <http://aftoc.org/images/stories/AFTOC/epilepsie%20et%20TOC.pdf>
- Mazzone, L., Ruta, L., & Reale, L. (2012). Psychiatric comorbidities in Asperger syndrome and high functioning autism : Diagnostic challenges. *Annals of General Psychiatry*, 11(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-11-16>
- Mollard, E., Cottraux, J., & Bouvard, M. (1989). Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 15(3), 335-341.
- Mollard, E., Cottraux, J., & Bouvard, M. P. (1970). Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown. / Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale : A French version. *L'Encéphale*, XV, 335-341.
- Monaco, F., Cavanna, A., Magli, E., Barbagli, D., Collimedaglia, L., Cantello, R., & Mula, M. (2005). Obsessionality, obsessive-compulsive disorder, and temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 7(3), 491-496. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2005.07.003>
- Oliva, M., Pattison, C., Carino, J., Roten, A., Matkovic, Z., & O'Brien, T. J. (2008). The diagnostic value of oral lacerations and incontinence during convulsive "seizures". *Epilepsia*, 49(6), 962-967. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2008.01554.x>
- Peguero, E., Abou-Khalil, B., Fakhoury, T., & Mathews, G. (1995). Self-Injury and Incontinence in Psychogenic Seizures. *Epilepsia*, 36(6), 586-591. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1995.tb02572.x>
- Rathi, N., Saldanha, D., Chaudhury, S., & Mujawar, S. (2020). Self-injurious behavior in epilepsy. *Industrial Psychiatry Journal*, 29(2), 352. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_94_19
- Sasson, Y., Zohar, J., Chopra, M., Lustig, M., Iancu, I., & Hendler, T. (1997). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder : A world view. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58 Suppl 12, 7-10.

Stanzani Maserati, M., Meletti, S., Cantalupo, G., Pinardi, F., Rubboli, G., Delgado-Escueta, A., & Tassinari, C. (2007). *Biting Behavior as a Model of Aggression Associated with Seizures* (p. 227-234).