

Le Retrait Sans Plainte : traits schizoïdes, traits autistiques et seuil diagnostique — ce que la nosographie fait d'une structure qui ne demande rien

Salgueiro I.¹, Amorim R.², Vasconcelos H.^{1,3}

¹ Universidade de Braga-Meridional, Unité de psychopathologie structurale

² Universidade de Aveiro-Interior, Laboratoire de psychométrie clinique

³ Universidade de Évora-Atlântica, Département de nosographie comparée

DOI : 10.9999/icf.2026.retrait.sans.plainte · icf.news/article-retrait-sans-plainte

Résumé

Contexte. Deux configurations cliniques distinctes produisent un retrait comparable de la vie relationnelle et sexuelle : les traits schizoïdes et les traits du spectre autistique. Elles sont régulièrement confondues, y compris en formation initiale. La présente étude cherche à établir que le retrait observable est le même et que ses déterminants ne le sont pas — puis à examiner ce que l'appareil diagnostique fait d'une structure dont le trait constitutif est de ne pas se plaindre.

Méthode. Deux volets. Le premier compare quatre groupes (N = 340) sur deux instruments développés pour l'étude : l'Échelle d'Évitement de l'Intrusion Érotique (EEIE-12) et l'Échelle de Surcharge Sensorielle de Proximité (ESSP-8), complétées par un relevé de plainte subjective et un relevé d'antécédents développementaux. Le second soumet trois vignettes cliniques à 140 praticiens et mesure la dispersion de leurs verdicts.

Résultats. La double dissociation attendue est obtenue : les personnes à traits schizoïdes obtiennent un score élevé à l'EEIE et bas à l'ESSP, les personnes à traits autistiques l'inverse. Le groupe en épisode dépressif, lui, ne se distingue du groupe schizoïde ni sur l'une ni sur l'autre échelle de façon substantielle — mais s'en sépare massivement sur la plainte. Au volet clinicien, une vignette cochant exactement quatre critères sur sept reçoit le verdict « trouble » chez 61 % des praticiens et « traits » chez 39 %. L'ajout d'une seule phrase de plainte à cette vignette porte le verdict « trouble » à 92 %.

Conclusion. Le retrait schizoïde et le retrait autistique se ressemblent et ne procèdent pas du même mécanisme. Le retrait schizoïde et le retrait dépressif se ressemblent davantage encore, et c'est la plainte qui les sépare. L'Institut observe que l'appareil diagnostique exige de son objet précisément ce que cet objet ne produit pas.

Mots-clés : traits schizoïdes — traits autistiques — diagnostic différentiel — seuil nosographique — plainte subjective — approche catégorielle et dimensionnelle

1. Introduction

Une personne consulte peu. Elle vit seule, travaille correctement, n'entretient pas de relation intime et ne s'en déclare pas affectée. Interrogée, elle décrit son existence sans amertume et sans enthousiasme particulier. Elle ne demande rien.

Cette présentation appartient à deux tableaux cliniques différents, et à un troisième qui les imite. Elle correspond aux traits schizoïdes ; elle correspond aussi, pour un observateur pressé, aux traits du spectre autistique sans déficience intellectuelle ; et elle est indiscernable, à l'œil nu, d'un épisode dépressif installé chez une personne discrète.

La littérature reconnaît le chevauchement et propose des critères de départage. Ceux-ci reposent sur des éléments que l'entretien standard recueille mal : l'histoire développementale, la nature du désir de lien, et la présence ou l'absence d'une souffrance rapportée. L'ICF a souhaité mesurer ce que ces trois éléments discriminent effectivement.

L'étude poursuit un second objectif, apparu en cours de protocole et devenu la moitié de l'article. Les traits schizoïdes posent à la nosographie un problème d'une nature particulière : la catégorie diagnostique requiert, pour être appliquée, une souffrance ou une gêne fonctionnelle rapportée par le sujet. Or l'absence de demande fait partie du tableau. La personne n'entre donc dans la catégorie qu'en cessant, sur ce point, de correspondre à sa description.

Encart différentiel — ce que les traits schizoïdes ne sont pas

La proximité lexicale entre « schizoïde » et « schizophrénie » entretient une confusion qui n'est pas seulement profane. Les deux termes partagent un préfixe et une histoire ; ils ne partagent pas un tableau.

Il n'y a pas de symptômes psychotiques. Pas d'hallucinations, pas d'idées délirantes, pas de désorganisation du discours ni de la pensée. Le rapport à la réalité est intact et le demeure. Une personne à traits schizoïdes qui décrit son retrait le décrit avec exactitude ; elle ne l'explique pas par des motifs invérifiables.

Il n'y a pas d'évolution déficitaire. Les traits schizoïdes ne progressent pas vers une détérioration cognitive ou fonctionnelle. Ils constituent une organisation stable de la personnalité, pas une maladie évolutive.

Les fonctions exécutives sont préservées, et souvent performantes. Planification, mémoire de travail, flexibilité, contrôle inhibiteur : rien n'indique d'atteinte. Les stratégies d'ajustement sont fréquemment efficaces — c'est même l'une des raisons pour lesquelles ces personnes consultent peu. Un fonctionnement qui tient n'appelle pas de recours.

Le lien entre les deux notions est historique, et il est daté. Le terme « schizoïde » est forgé par **Eugen Bleuler** en 1908, dans le cadre même où il propose le mot « schizophrénie » : il désigne alors la réclusion et le repli observés chez certains patients avant l'installation du tableau psychotique. **Ernst Kretschmer** en élargit l'usage en 1921 en décrivant le tempérament schizothymique comme une variante non pathologique de la personnalité — une distinction que la nosographie ultérieure a partiellement perdue.

Le terme a ensuite été conservé par le DSM-I en 1952, puis par toutes les éditions suivantes, alors même que l'entité qu'il désignait à l'origine s'en était détachée. Le mot a survécu à la raison qui l'avait produit. L'Institut relève que ce type de survivance est fréquent en nosographie et rarement documenté.

2. Cadre théorique

2.1 Deux retraits, deux motifs

La distinction entre traits autistiques et traits schizoïdes ne se joue pas sur ce qui est observé — dans les deux cas, une vie relationnelle réduite et une activité sexuelle partenariale rare ou absente. Elle se joue sur le motif.

Chez la personne à traits autistiques, ce n'est pas le lien qui pose problème, c'est son **exécution**. L'intimité physique concentre en quelques minutes tout ce que le fonctionnement autistique gère difficilement : des textures imprévisibles, des odeurs et des températures inhabituelles, des gestes non annoncés, et l'obligation d'interpréter en temps réel des signaux non verbaux ambigus. Le désir de lien peut être entier ; c'est l'interface qui sature. Beaucoup de ces personnes recherchent activement une relation et souffrent de ne pas y parvenir.

Chez la personne à traits schizoïdes, l'exécution n'est pas en cause. Aucune difficulté sensorielle, aucune surcharge. Ce qui est décliné, c'est l'**obligation d'exister pour quelqu'un d'autre** — de devenir un objet de préoccupation, de rendre compte de ses états, d'accepter qu'une part de sa vie intérieure devienne un sujet de conversation. Le retrait n'est pas un échec du lien, c'est une préservation de l'autonomie psychique.

L'un voudrait entrer et n'y arrive pas. L'autre y arriverait et n'entre pas. Étude n°46 — Institut du Constat Fondamental

2.2 Capacité et motivation

La littérature formule cette différence en termes de capacité contre motivation, et y ajoute un discriminant chronologique de première importance : les traits autistiques sont présents dès l'enfance et laissent des traces développementales repérables, tandis que les traits schizoïdes se constituent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Une histoire développementale correctement recueillie tranche souvent ce que les échelles laissent ambigu. Le DSM-5 en tire d'ailleurs une consigne explicite : un trouble du spectre autistique doit être écarté *avant* qu'un diagnostic de personnalité schizoïde soit porté. L'ICF observe que cette antériorité procédurale suppose une histoire développementale disponible, ce que l'entretien d'adulte ne fournit pas toujours.

L'Institut souligne que cette recommandation est ancienne, largement diffusée, et que le présent article n'y ajoute rien. Il mesure seulement à quel point elle est suivie.

2.3 Le troisième terme : la dépression

Un tableau supplémentaire complique le départage, et il est plus fréquent que les deux autres. Une personne à traits schizoïdes peut traverser un épisode dépressif — les données disponibles suggèrent une comorbidité substantielle. Réciproquement, une personne sans traits schizoïdes en épisode dépressif présente un retrait relationnel et une baisse du désir sexuel qui, décrits par un tiers, sont indiscernables du tableau schizoïde.

La différence est ailleurs, et elle est décisive : la personne en épisode dépressif *rapporte une perte*. Elle décrit un état antérieur meilleur, une capacité qu'elle avait et qu'elle n'a plus. La personne à traits schizoïdes ne rapporte aucune perte, parce qu'il n'y en a pas eu. Son fonctionnement actuel est son fonctionnement habituel.

Cette distinction fonde l'hypothèse du volet clinique : le retrait schizoïde n'est repéré que lorsqu'un épisode dépressif le rend visible — et il est alors attribué à l'épisode. On traite l'accès, on ne voit pas la structure.

3. Méthode — Volet 1

3.1 Quatre groupes

Groupe	n	Composition
Traits schizoïdes	61	Quatre critères ou plus au SCID-II, sans épisode dépressif en cours
Traits autistiques	88	Spectre autistique sans déficience intellectuelle, diagnostic antérieur documenté
Épisode dépressif	94	Épisode en cours, sans traits schizoïdes au dépistage
Témoins	97	Tout-venant apparié en âge et en sexe

Tableau 1. Composition de l'échantillon (N = 340). Le groupe à traits schizoïdes est le plus petit de l'étude, pour des raisons développées à la section 6.

Note de recrutement — sur la taille du premier groupe

Le recrutement du groupe à traits schizoïdes a demandé onze mois et a mobilisé quatre réseaux de soins. Sur 380 personnes sollicitées par voie institutionnelle, 61 ont accepté de participer, soit un taux de seize pour cent — le plus bas jamais enregistré par l'Institut, tous protocoles confondus.

Les auteurs ont d'abord traité cette difficulté comme une limite. Ils ont ensuite observé qu'un dispositif de recherche est une sollicitation relationnelle assortie d'une demande de dévoilement, adressée à des personnes dont le trait constitutif est de décliner ce type de sollicitation. Le faible rendement du recrutement mesure donc, involontairement, l'objet même de l'étude.

L'Institut renonce à en tirer une statistique, la démarche consistant à quantifier des personnes en raison de leur refus d'être quantifiées ayant paru circulaire au Comité de lecture, lequel a néanmoins autorisé la mention.

3.2 Instruments

Quatre mesures ont été administrées. Les deux premières sont des échelles construites pour la présente étude et reproduites intégralement en annexe.

L'**Échelle d'Évitement de l'Intrusion Érotique (EEIE-12)** mesure le degré auquel la proximité intime est déclinée pour des motifs relevant de l'intrusion psychique. Douze items en format Likert à cinq points, dont trois inversés, score de 12 à 60. Trois sous-dimensions : intimité psychique, suite relationnelle, autosuffisance. $\alpha = 0,88$.

L'**Échelle de Surcharge Sensorielle de Proximité (ESSP-8)** mesure la charge sensorielle et l'inconfort d'imprévisibilité associés au contact rapproché. Huit items, un inversé, score de 8 à 40. Deux sous-dimensions : charge sensorielle, imprévisibilité. $\alpha = 0,84$.

Le **relevé de plainte subjective** (0 à 10) enregistre l'existence et l'intensité d'une souffrance rapportée à propos de la situation relationnelle. Le **relevé d'antécédents développementaux** (0 à 12) recense les éléments repérables avant l'âge de dix ans.

La corrélation entre les deux échelles principales est faible : $r = 0,11$; $p = 0,04$. Elles ne mesurent pas la même chose, ce qui était la condition de l'analyse.

4. Résultats — Volet 1

4.1 La double dissociation

Groupe	n	EEIE-12 (/60)	ESSP-8 (/40)	Plainte (/10)	Antéc. dév. (/12)
Traits schizoïdes	61	44,9 (8,9)	16,3 (5,4)	2,5	1,5
Traits autistiques	88	33,8 (8,0)	28,5 (6,3)	4,9	8,3
Épisode dépressif	94	40,2 (7,5)	18,4 (5,8)	7,8	2,1
Témoins	97	30,0 (8,0)	16,5 (5,5)	2,3	2,1

Tableau 2. Moyennes et écarts-types par groupe. Les deux premières lignes réalisent la double dissociation ; la troisième constitue le piège diagnostique.

Le résultat attendu est obtenu, et il est net. Sur l'EEIE, le groupe à traits schizoïdes dépasse le groupe autistique de onze points ($t = 7,82$; $d = 1,33$). Sur l'ESSP, le rapport s'inverse : le groupe autistique dépasse le groupe schizoïde de douze points ($t = 12,68$; $d = 2,05$).

Chaque groupe obtient un score élevé sur l'instrument correspondant à son mécanisme et un score bas sur l'autre. Cette figure — la double dissociation — est ce qui permet d'affirmer que deux tableaux superficiellement semblables reposent sur des déterminants distincts. Les personnes à traits schizoïdes ne présentent aucune particularité sensorielle : leur score ESSP est celui des témoins, à deux dixièmes près.

4.2 Le piège : ce qui ne distingue pas

Le groupe en épisode dépressif produit le résultat le plus instructif de l'étude, et il n'était pas au protocole initial.

Sur l'EEIE, l'écart avec le groupe schizoïde est de 4,7 points — statistiquement détectable ($t = 3,37$), cliniquement mince ($d = 0,57$). Sur l'ESSP, l'écart est de deux points en sens inverse ($d = 0,37$). Les deux groupes se ressemblent sur les instruments conçus pour mesurer le retrait.

Autrement dit : les échelles ne départagent pas le retrait structurel du retrait dépressif. Un praticien qui s'appuierait sur elles seules confondrait les deux tableaux dans une proportion importante des cas.

4.3 Ce qui distingue réellement

Deux mesures séparent nettement les groupes, et aucune n'est une échelle de retrait.

La **plainte subjective** oppose massivement le groupe dépressif (7,8) au groupe schizoïde (2,5) : $t = 16,64$; $d = 2,74$. C'est l'écart le plus important de l'ensemble de l'étude. Les personnes à traits schizoïdes déclarent un niveau de plainte comparable à celui des témoins (2,3), c'est-à-dire quasi nul.

Les **antécédents développementaux** opposent tout aussi massivement le groupe autistique (8,3) aux trois autres (1,5 à 2,1) : $t = 19,74$; $d = 3,12$.

Le retrait se ressemble. C'est la plainte qui diffère — et c'est elle que l'appareil diagnostique exige. Étude n°46 — Institut du Constat Fondamental

Le tableau se recompose ainsi. Ce qui distingue les traits autistiques des traits schizoïdes, ce n'est pas l'intensité du retrait mais son motif — sensoriel d'un côté, psychique de l'autre — et son ancienneté développementale. Ce qui distingue les traits schizoïdes d'un épisode dépressif, ce n'est pas non plus le retrait, c'est l'existence d'une souffrance rapportée.

Les deux discriminants qui fonctionnent sont donc des éléments d'anamnèse, non des scores. L'Institut note que ses propres instruments, développés avec soin et présentant des cohérences internes satisfaisantes, sont moins informatifs que deux questions bien posées.

4.4 L'activité autosexuelle

Un relevé complémentaire portait sur l'activité sexuelle solitaire, dont la fréquence déclarée ne diffère pas significativement entre le groupe à traits schizoïdes et les témoins ($F = 0,74$; $p = 0,39$). Elle est en revanche nettement réduite dans le groupe en épisode dépressif, conformément à ce que la clinique de la dépression prévoit.

Ce résultat a une portée démonstrative précise et une seule : il établit que le retrait schizoïde ne procède pas d'une extinction du fonctionnement sexuel. Le circuit est intact. Ce qui est décliné, c'est l'altérité — pas la sexualité.

L'Institut souligne que cette observation ne constitue ni un jugement ni une recommandation. Elle sépare deux questions que la clinique gagne à ne pas confondre : ce dont une personne est capable, et ce qu'elle souhaite.

5. Le volet clinicien

Le second volet porte sur l'instrument diagnostique lui-même. Cent quarante praticiens exerçant en psychiatrie ou en psychologie clinique ont examiné trois vignettes et rendu, pour chacune, un verdict binaire : « traits » ou « trouble ».

5.1 Le seuil des quatre critères

Le DSM-5 retient, pour la personnalité schizoïde, sept critères descriptifs et fixe à quatre le nombre requis pour porter un diagnostic de trouble. En deçà, on parle de traits. L'entretien structuré correspondant, le SCID-II, opère sur le même seuil.

Ce seuil n'est pas dérivé d'un résultat empirique. Il procède d'un arbitrage de commission, reconduit du DSM-III à aujourd'hui. Rien n'établit qu'une personne cochant quatre critères diffère qualitativement d'une personne en cochant trois.

Encart méthodologique — Dr. K. Osei-Mensah, Responsable Statistiques & Analyses

Je souhaite exposer ce qu'implique un seuil placé à quatre critères sur sept. Un seuil valide se démontre : on établit qu'au-delà d'une valeur donnée, la population se comporte différemment sur des variables externes — évolution, réponse au traitement, retentissement fonctionnel. On appelle cela un point de rupture, et il se cherche dans les données.

Je n'ai pas trouvé l'étude qui établit ce point de rupture pour les critères schizoïdes du DSM. J'ai trouvé, en revanche, que les prévalences publiées pour cette même catégorie s'échelonnent de zéro à près de cinq pour cent selon les travaux — l'ouvrage de référence de l'American Psychiatric Association sur les troubles de la personnalité donne lui-même cette fourchette, en précisant que les études multi-populationnelles de qualité font défaut. Lorsqu'un même objet donne des estimations allant de l'absence totale à une personne sur vingt, la variation ne se situe pas dans la population. Elle se situe dans l'instrument.

Je précise, pour éviter tout malentendu, que ce constat ne disqualifie pas la catégorie. Il indique qu'elle est appliquée avec une variabilité que ses utilisateurs sous-estiment. Ce n'est pas la même chose, et la différence a des conséquences pratiques.

5.2 Trois vignettes

La **vignette A** décrit une personne cochant exactement quatre critères sur sept — le seuil, atteint sans marge. La **vignette B** est identique à A, un critère en moins : trois sur sept, donc sous le seuil. La **vignette C** est rigoureusement identique à A, à une phrase près, ajoutée à la fin : la personne y déclare que sa situation lui pèse par moments.

Vignette	Critères cochés	Verdict « trouble »	Verdict « traits »
A — au seuil	4 / 7	61 %	39 %
B — sous le seuil	3 / 7	26 %	74 %
C — identique à A + une phrase de plainte	4 / 7	92 %	8 %

Tableau 3. Verdicts des 140 praticiens. Les vignettes A et C décrivent le même cas et cochent le même nombre de critères ; elles diffèrent d'une phrase.

La vignette A produit un désaccord franc : au seuil exact, six praticiens sur dix concluent au trouble, quatre aux traits. Le même dossier reçoit deux qualifications opposées selon l'évaluateur qui le lit.

La vignette C est le résultat central de ce volet. Elle ne coche pas un critère de plus que A. Elle décrit la même personne, le même retrait, la même histoire. Une seule phrase a été ajoutée, et le verdict « trouble » gagne trente et un points.

Ce n'est donc pas le nombre de critères qui décide. C'est la plainte.

5.3 L'effet de l'année de formation

Les praticiens ont été répartis selon la période de leur formation initiale, avant ou après mai 2013 — date de parution du DSM-5. Cette édition a introduit un modèle dimensionnel des troubles de la personnalité, mais le conseil d'administration de l'American Psychiatric Association a refusé de l'intégrer au corps du manuel : il figure en Section III, parmi les « mesures et modèles émergents », tandis que la Section II conserve les dix catégories du DSM-IV et son approche catégorielle.

Sur la vignette A, les praticiens formés avant 2013 concluent au trouble dans 69 % des cas, ceux formés après dans 50 % ($\chi^2 = 5,36$; ddl = 1 ; $p < 0,05$). L'écart se retrouve sur la vignette B (32 % contre 19 %).

Les auteurs proposent l'interprétation suivante, qu'ils ne peuvent pas établir avec ce protocole. Le DSM-5 n'a pas remplacé l'approche catégorielle du DSM-IV : il a juxtaposé les deux, en laissant la dimensionnelle en Section III. Les praticiens formés sous le DSM-IV ont appris la première et n'ont pas eu de raison contraignante d'adopter la seconde. Ceux formés après 2013 l'ont été, pour l'essentiel, par les premiers. Une approche placée en annexe d'un manuel est enseignée comme une annexe.

L'Institut relève que la question de savoir si une personne relève de « traits » ou d'un « trouble » dépend donc, pour partie mesurable, de l'année où son évaluateur a passé ses examens.

Note clinique — le biais du praticien relationnel

Un dernier relevé portait sur la conduite proposée. Parmi les praticiens ayant conclu au trouble sur la vignette A, 71 % ont indiqué comme objectif thérapeutique une reprise ou une amélioration de la vie relationnelle du sujet. Parmi ceux ayant conclu aux traits, la proportion tombe à 24 %.

La vignette ne mentionnait aucune demande en ce sens. La personne décrite ne sollicitait rien, ne rapportait pas de souffrance, et présentait un fonctionnement professionnel et matériel intact.

Les auteurs observent que la lecture d'une autonomie relationnelle comme un déficit à corriger constitue, en soi, une hypothèse clinique — et qu'elle est ici formulée sans être reconnue comme telle. Ils s'abstiennent de qualifier cette tendance, notant qu'une réserve prudente sur ce point les prémunit contre le reproche qu'ils viennent d'adresser.

6. Discussion

L'étude établit deux choses distinctes, l'une clinique et l'autre nosographique.

Sur le plan clinique, elle documente une double dissociation : le retrait autistique et le retrait schizoïde produisent des présentations voisines et reposent sur des mécanismes différents — surcharge d'interface d'un côté, préservation de l'autonomie psychique de l'autre. La conséquence pratique est directe : les deux configurations n'appellent pas le même accompagnement, et la confusion entre elles conduit à proposer à l'une ce qui convient à l'autre.

Sur le plan nosographique, elle documente une circularité. La catégorie « trouble » requiert une plainte ; l'absence de plainte fait partie du tableau qu'elle prétend décrire ; la personne n'est donc reconnue par la catégorie qu'au moment où elle cesse de lui correspondre — le plus souvent à la faveur d'un épisode dépressif, auquel le retrait sera ensuite attribué.

C'est pourquoi le présent article emploie « traits schizoïdes » et réserve « trouble » aux passages qui citent le DSM ou le verdict d'un praticien. Ce choix n'est pas un adoucissement. Il enregistre le fait qu'une organisation de la personnalité qui n'occasionne ni souffrance ni altération du fonctionnement n'a pas les propriétés d'un trouble, quel que soit le nombre de critères qu'elle coche.

6.1 Ce que l'étude ne dit pas

Elle ne dit pas que les traits schizoïdes n'occasionnent jamais de souffrance. Ils en occasionnent, et le taux de comorbidité dépressive suffirait à l'établir. Elle dit que la souffrance, lorsqu'elle survient, ne procède pas mécaniquement du retrait.

Elle ne dit pas que toute absence d'intérêt pour la sexualité partenariale relève d'une configuration clinique. La grande majorité des personnes déclarant peu d'appétence sexuelle ne présentent ni traits schizoïdes ni traits autistiques. L'asexualité n'est pas un trouble, et l'Institut n'a pas étudié cette question.

Elle ne dit pas que la catégorie diagnostique devrait être supprimée. Elle dit qu'elle est appliquée avec une variabilité inter-évaluateurs que ses utilisateurs sous-estiment, et qu'une part de cette variabilité s'explique par des facteurs sans rapport avec le sujet évalué.

7. Limites

La première limite tient à la taille du premier groupe. Soixante et une personnes constituent un effectif faible pour des comparaisons multiples, et les intervalles de confiance sur les moyennes du groupe schizoïde sont larges. Les auteurs ont préféré un petit groupe correctement caractérisé à un grand groupe obtenu par assouplissement des critères d'inclusion.

La deuxième limite est un biais de sélection dont la direction est connue et l'ampleur non. Les personnes à traits schizoïdes ayant accepté de participer sont, par définition, celles qui ont accepté une sollicitation. Il est vraisemblable qu'elles diffèrent, sur la dimension même que l'étude mesure, de celles qui ont refusé. Les scores EEIE rapportés ici sous-estiment probablement ceux de la population concernée.

La troisième limite est déclarative. Plainte, antécédents et pratiques sont rapportés par les participants. Le relevé développemental repose sur des souvenirs anciens, et la littérature indique que ces reconstructions sont sensibles au diagnostic déjà connu du répondant : une personne informée de son diagnostic autistique se souvient différemment de son enfance.

La quatrième limite porte sur le volet clinicien. Une vignette écrite n'est pas un patient. Elle supprime l'entretien, la durée, le contre-transfert et la possibilité de poser une question. Les verdicts recueillis renseignent sur le traitement d'un dossier standardisé, non sur la pratique diagnostique réelle. Cette limite affecte le niveau absolu des pourcentages ; elle n'affecte pas la comparaison entre les vignettes A et C, qui ne diffèrent que d'une phrase.

La cinquième limite est la plus lourde, et elle tient à la construction même des groupes. Le protocole les a constitués comme mutuellement exclusifs, alors que les configurations ne le sont pas. La littérature documente un recouvrement substantiel entre spectre autistique et configurations de personnalité du groupe A, et le DSM-5 lui-même y ajoute une contrainte procédurale singulière : si les manifestations schizoïdes peuvent s'expliquer par un trouble du spectre autistique, le double diagnostic ne doit pas être porté. La règle interdit ainsi de constater une co-occurrence dont la recherche établit par ailleurs l'existence.

Une même personne peut donc présenter les deux configurations : une structure cognitive neurodéveloppementale, avec ce qu'elle implique de charge sensorielle, *et* une organisation de la personnalité qui décline l'intrusion psychique. Les scores obtenus par une telle personne seraient élevés aux deux échelles, et le présent dispositif l'aurait exclue du recrutement plutôt que décrite.

Une conséquence en découle, que les auteurs signalent sans l'avoir mesurée. L'ESSP traite l'inconfort sensoriel comme une propriété stable de la personne. Des observations cliniques suggèrent qu'il est modulé par le contexte relationnel : la familiarité prolongée et l'attachement en atténuent l'intensité, parfois jusqu'à la faire disparaître, tandis qu'il réparaît intact hors de ces conditions. Si cette modulation est réelle, une mesure transversale ne saisit pas une caractéristique du répondant mais l'état de ses relations au moment où il répond. L'Institut relève que l'objection vaut pour la plupart des échelles qu'il a publiées, et qu'il n'en a tiré aucune conséquence à ce jour.

8. Conclusion

Deux personnes se retirent de la vie relationnelle. L'une le voudrait autrement et n'y parvient pas ; l'autre y parviendrait et ne le veut pas. Les échelles les distinguent. Une troisième s'est retirée récemment et en souffre ; les échelles ne la distinguent pas de la seconde, mais une question suffit.

L'appareil diagnostique, lui, attend cette question. Il attend qu'on lui rapporte une gêne. Face à une personne qui n'en rapporte pas, il produit un verdict dont l'étude montre qu'il dépend à 39 % de qui le rend, et à trente et un points près de la présence d'une seule phrase.

L'Institut inscrit ce résultat au titre des évidences requalifiées. Il note que la nosographie fonctionne correctement pour les personnes qui demandent quelque chose, et qu'elle n'a pas été conçue pour les autres — ce qui est cohérent, puisque les autres ne demandent rien.

Annexe A — Échelle d'Évitement de l'Intrusion Érotique (EEIE-12)

Format Likert à cinq points : 1 = ne me correspond pas du tout, 5 = me correspond tout à fait. Items 3, 7 et 11 cotés en sens inverse. Score total de 12 à 60.

N°	Item	Sous-dimension
1	Une relation physique suppose une proximité que je ne recherche pas.	Intimité psychique
2	L'idée qu'une rencontre engage la suite de mes journées me retient plus que la rencontre elle-même.	Suite relationnelle
3 (R)	Il m'arrive de souhaiter qu'une personne connaisse mes pensées sans que j'aie à les formuler.	Autosuffisance
4	Je préfère que ce que je ressens reste une information qui m'appartient.	Intimité psychique

N°	Item	Sous-dimension
5	Ma vie intérieure se suffit à elle-même la plupart du temps.	Autosuffisance
6	Ce qui suit un rapprochement — les questions, les projets, la place à faire — pèse davantage que le rapprochement.	Suite relationnelle
7 (R)	L'absence de relation intime me manque à certains moments.	Autosuffisance
8	Être désiré m'oblige à me montrer d'une façon que je n'ai pas choisie.	Intimité psychique
9	Je conduis mes affaires personnelles sans avoir besoin d'en parler à quiconque.	Autosuffisance
10	Une relation installée réduirait la part de mon temps dont je dispose librement.	Suite relationnelle
11 (R)	Je recherche parfois la compagnie de quelqu'un sans motif particulier.	Autosuffisance
12	Ce que l'on attend de moi dans l'intimité m'est plus étranger que difficile.	Intimité psychique

Tableau A1. Items de l'EEIE-12. Cohérence interne : α total = 0,88 ; intimité psychique α = 0,86 ; suite relationnelle α = 0,81 ; autosuffisance α = 0,79.

L'item 12 mérite un commentaire. Sa formulation oppose « étranger » à « difficile », et cette opposition porte l'ensemble de la distinction établie par l'étude : la difficulté renvoie à l'exécution, l'étrangeté au motif. Les personnes à traits autistiques cotent haut sur « difficile » ; celles à traits schizoïdes, sur « étranger ».

Annexe B — Échelle de Surcharge Sensorielle de Proximité (ESSP-8)

Format Likert à cinq points, même convention. Item 6 coté en sens inverse. Score total de 8 à 40.

N°	Item	Sous-dimension
1	Certaines textures de peau ou de tissu me deviennent difficiles à supporter au bout d'un moment.	Charge sensorielle
2	Ne pas savoir ce qui va se produire dans les minutes qui suivent m'empêche d'être présent.	Imprévisibilité
3	Le contact physique prolongé devient inconfortable même lorsque la personne m'est agréable.	Charge sensorielle
4	Les gestes non annoncés me font perdre le fil de ce que je vivais.	Imprévisibilité
5	Les odeurs, la chaleur ou le bruit d'une situation de proximité occupent mon attention entière.	Charge sensorielle
6 (R)	Je m'adapte facilement à un rythme que je n'ai pas fixé.	Imprévisibilité
7	Devoir interpréter en temps réel ce que l'autre attend me demande un effort considérable.	Imprévisibilité
8	Après un moment de grande proximité, j'ai besoin d'un temps seul pour que les sensations retombent.	Charge sensorielle

Tableau B1. Items de l'ESSP-8. Cohérence interne : α total = 0,84 ; charge sensorielle α = 0,83 ; imprévisibilité α = 0,78. Corrélation avec l'EEIE-12 : r = 0,11 ; p = 0,04.

L'item 8 est le seul des vingt à recevoir des scores élevés dans les deux groupes cliniques, pour des raisons opposées : besoin de récupération sensorielle chez les uns, besoin de restauration de l'espace privé chez les autres. Les auteurs l'ont conservé en signalant cette ambiguïté, une échelle qui ne comporterait que des items parfaitement discriminants décrivant une réalité qui ne l'est pas.

Déclarations

Financement. Aucun. Les onze mois de recrutement ont été assumés sur le temps ordinaire des trois auteurs, dont l'un a fait observer que la durée du protocole excédait celle de plusieurs relations décrites par les participants.

Conflits d'intérêts. Aucun déclaré. Deux membres de l'équipe ont indiqué se reconnaître partiellement dans certains items de l'EEIE-12, information qu'ils ont communiquée par écrit en précisant ne pas souhaiter en discuter.

Approbation éthique. Le Comité d'Éthique de l'Institut a été saisi en raison du caractère sensible du protocole. Il n'a pas répondu, ce qui vaut approbation selon les statuts. Les auteurs relèvent que le Comité applique ainsi, à son propre fonctionnement, le principe que l'article critique : l'absence de manifestation y est traitée comme une donnée positive.

Note de la rédaction. Le Prof. Parmentier a pris connaissance de l'étude par son kinésithérapeute, lequel tenait l'information d'un patient ayant participé au volet clinique. Il a demandé sur quelle vignette ce praticien s'était prononcé, puis, la réponse lui ayant été communiquée, a déclaré que le cas relevait manifestement des traits et non du trouble. Informé qu'il rejoignait ainsi 39 % de la profession, il a répondu que la proportion l'intéressait moins que l'exactitude.

Remerciements. Aux soixante et une personnes du premier groupe, dont trente-huit ont demandé à recevoir les résultats de l'étude par écrit plutôt qu'en entretien de restitution. Cette demande a été satisfaite.

Références

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd. (DSM-IV). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5^e éd. (DSM-5). Washington, DC. — Section II, troubles de la personnalité, et Section III, modèle alternatif dimensionnel.
- Amorim, R. et Salgueiro, I. (2025). Construction et validation de l'Échelle d'Évitement de l'Intrusion Érotique (EEIE-12). *Revista de Psicopatologia Estrutural e Nosografia Aplicada*, 5(3), 188–207.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig : Deuticke.
- Figueiredo, M. (2024). Seuils diagnostiques et arbitrages de commission : une histoire des critères de personnalité. *Annales d'Épistémologie Clinique*, 41(2), 95–118.
- Institut du Constat Fondamental (2026). Le Frein Antérieur : inhibition de l'adresse et neutralisation du circuit relationnel. Étude n°36.
- Institut du Constat Fondamental (2026). Le Coût de Régulation du Lien : solitude, axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et charge allostatique. *Revue de Psychobiologie du Lien et des Marqueurs de l'Isolement*, Étude n°39.
- Institut du Constat Fondamental (2026). La Cartographie Résidentielle : le lieu de vie comme angle mort de l'anamnèse. *Revue de Psychologie Clinique et d'Évaluation*, Étude n°42.
- Kretschmer, E. (1921). *Körperbau und Charakter*. Berlin : Springer.
- Nogueira, A. et Trindade, P. (2023). Recouvrement symptomatique entre spectre autistique et configurations de personnalité du groupe A : revue systématique. *Cadernos de Psiquiatria Comparada*, 29(4), 401–428.
- Vasconcelos, H. (2025). Ce que la plainte fait au diagnostic : étude de vignettes en psychopathologie de l'adulte. *Revue de Méthodologie Clinique Appliquée*, 17(1), 33–52.