

# La pratique psychanalytique avec les enfants autistes : aménagements techniques, processus possibles.

**Geneviève Haag, pédopsychiatre, psychanalyste (SPP), secrétaire générale de la Cippa.**

*Cet article est la reprise d'une partie d'un exposé présenté le 28 Novembre 1998 lors du colloque ouvert de la société psychanalytique de Paris et publié dans « Pratiques de la psychanalyse » sous la direction de Jean Cournut et Jacqueline Schaeffer, 2000, Puf.*

Rappelons que l'autisme est le plus précoce des troubles graves du développement, qu'il se caractérise par son apparition avant trois ans, souvent dans la première année de la vie, par un retrait de la communication, notamment de la communication par le regard, par la recherche d'immuabilité (Sameness de Kanner) à travers des stéréotypies et des rituels, des troubles spécifiques du langage : non apparition ou régression du langage, troubles spécifiques s'il se développe partiellement (écholalie - voix haut perchée), une grande dysharmonie du développement intellectuel avec parfois un développement anormal "en secteur", mais bien souvent un déficit assez global, une absence ou une très grande pauvreté des activités symboliques et notamment l'absence de jeu théâtralisé avec le matériel mis classiquement à la disposition des enfants (figurines humaines et animales, poupée, dinette, petite maison, voiture, matériel pour dessiner, découper, attacher).

## **1. AMÉNAGEMENTS TECHNIQUES (HAAG, 1988)**

Nous sommes donc avec des enfants le plus souvent sans langage qui ne jouent pas, déployant sous nos yeux des activités stéréotypées variées, parfois renforcées par les tentatives d'approche. Cependant l'expérience montre que les enfants ne sont jamais continûment ni complètement en état autistique : ce serait une sorte d'état de mal de pétrification pulsionnelle et émotionnelle incompatible avec la survie. Une partie plus ou moins grande de la personnalité s'est mystérieusement développée, observe, comprend le langage particulièrement lorsqu'on parle de ce que l'on peut deviner de leur expérience corporelle et spatiale, et l'on voit parfois des enfants qui ne sont jamais sortis de leur activité stéréotypée, se mettre soudain à manipuler des figurines avec un morceau de jeu symbolique d'un niveau déjà complexe incluant des éléments du conflit œdipien.

Il est donc important d'installer le cadre avec la boîte de jouets habituelle, même si certains n'y toucheront pas pendant longtemps et ne serait-ce que pour nous permettre à nous d'accompagner nos interprétations ou hypothèses interprétatives de petites théâtralisations, ce qui fait partie de la technique générale avec les jeunes enfants ; mais il faut aussi ajouter quelques objets plus primitifs du niveau des premières manipulations : emboîtages, cerceaux, ballon, car les jeux constructifs et d'échanges des étapes primitives, d'une valeur symbolique beaucoup plus importante qu'on ne le pensait, se sont arrêtés là. Par exemple, les grosses perles emboîtables avec un bout/téton et un orifice à l'autre extrémité sont parmi les premiers objets manipulés pour démontrer la retrouvaille de la communication du regard, la jonction réussie interpénétrante, dans la condensation retrouvée bouche/regard ou au contraire pour démontrer l'évitement nécessaire, ce qui permet d'interpréter les peurs de cette interpénétration : ainsi cette fillette qui palpitait méticuleusement le pourtour de ces perles, rondes ou à facettes, sans jamais s'occuper ni du bout, ni du trou ; de même ces enfants, avec un crayon dans chaque main, pointe en avant, ou les perles à bout très phallique, qui savent tourner autour de nous, leur regard frôlant le nôtre, attendant l'interprétation de leur désir/peur de plonger

dans nos yeux. Les crayons seront souvent utilisés dans cette représentation avant d'être utilisés pour le dessin.

La stabilité du cadre spatial et temporel est essentielle si l'on veut vraiment travailler efficacement avec les niveaux archaïques. N'oublions pas que les éléments architecturaux et mobiliers sont des équivalents symboliques précieux du moi corporel, et qu'il vaut mieux travailler déjà avec ce déplacement qu'avec le corps propre du thérapeute où cela devient impossible à partir d'un certain âge et pour les phantasmes les plus archaïques. Il est donc fondamental de développer les capacités d'observation et de donner de l'importance aux détails de la déambulation des enfants frôlant certains aspects architecturaux (murs ou fenêtres ou encoignures, charnières de portes etc...), ou parfois seulement les parcourant d'un regard. Même avec cette considération, on est amené à être plus tolérants et plus permissifs par rapport, surtout dans les premières phases du traitement, à certaines approches corporelles, notamment les collages de dos ou de l'hémicorps, moins pour favoriser une régression supposée thérapeutique que le temps de comprendre ce que l'enfant joue, même dans un phantasme primitif, ayant trait en général à la constitution du moi corporel, qui doit être alors interprété, mis en mots. Voici une brève illustration de l'importance du cadre architectural pour ces enfants : Baptiste, à une étape pourtant déjà avancée du processus thérapeutique, rentra de grandes vacances en trouvant la tapisserie de la salle de traitement changée, sans que j'aie pu l'en prévenir ; il "tomba raide" par terre, puis se releva sans un mot et commença sa séance sans réagir apparemment à mon interprétation concernant sa perception du changement avec sa crainte d'une catastrophe. Il dit à sa psychomotricienne que tous les meubles avaient changé chez moi : on voit donc que le changement inattendu du représentant mural est inassumable, provoque un déplacement perceptif : annulation de la transformation murale et report sur le mobilier du phénomène « changement »<sup>1</sup>.

On sera également plus actif en allant parfois chercher physiquement l'enfant dans un retrait stéréotypé ou une position dangereuse, ou en essayant de proposer diverses aires de jeux d'échanges (un pont transitionnel), en contenant une automutilation, ou en se dégageant d'un contact corporel nous utilisant comme un objet d'autosensualité. Avec l'autisme, je suis de plus en plus persuadée qu'il ne faut pas avoir peur, même en situation analytique, de tenir et de retenir, bien sûr avant tout psychologiquement, mais parfois physiquement. C'est ce qu'expose aussi très bien Frances Tustin dans Les états autistiques (Tustin, 1981).

Dans le matériel commun, un cerceau, un contenant de type corbeille, un endroit pour se cacher derrière un rideau sont particulièrement précieux pour servir de support représentatif aux émergences de l'idée de contenant. De même, une couverture ou un tissu pour s'envelopper - ce que recommande fortement Frances Tustin - sur un petit divan avec des coussins. L'eau est utile, à condition d'avoir la maîtrise d'un robinet de commande pour doser le jet (en mesurant et modulant les effets excitants) ou, au besoin, arrêter l'eau tout en expliquant à l'enfant pourquoi on le fait. En effet, l'important est de prévoir de ne pas se mettre dans des conditions d'être débordé (ceci d'ailleurs est aussi valable pour les éducateurs) tout en fournissant aux enfants un minimum de support aux premières émergences de capacité de représentation. Il faut ensuite surveiller si les objets ont bien cette fonction de représentation avec un véritable déplacement sur eux des images mentales en formation (équivalents symboliques) ou bien si les choses manipulées sont l'objet (équation) ou même si l'objet n'est manipulé qu'aux fins de se procurer des sensations, sans représentation de formes. Mais si l'on ne fournit pas ces supports que l'expérience clinique et l'observation des jeunes enfants et des nourrissons nous ont appris à mieux considérer, nous ne verrons rien et nous ne pourrons pas aider l'enfant. (F. Tustin, 1981, 1986).

Au contraire, en s'installant ainsi, nous avons de meilleures chances de nous sentir plus libres d'observer minutieusement et d'interpréter les associations libres agies et jouées par l'enfant (c'est

ainsi que nous devons les prendre) à l'intérieur d'un cadre ferme, repère de constance, sécurité de base progressivement introjectée.

## 2. PROCESSUS POSSIBLES

Tout d'abord, je soutiens l'authenticité du travail psychanalytique avec les enfants porteurs de troubles autistiques, travail toujours défini comme l'analyse des phénomènes de transfert et de contre-transfert répétant dans la relation thérapeutique des relations d'objet d'amour<sup>2</sup> de niveau varié et les conflits pulsionnels et émotionnels qui leur sont liés, à condition que l'on étende ces notions à la possibilité, d'une part de transférer (et Dieu sait s'il s'agit alors là de répétition !) les modes d'identification précoce dans le cadre des relations dites d'objet partiel, et d'autre part, d'élargir la notion de contre-transfert au jeu des projections identificatoires et des diffusions ou contaminations adhésives. Cela nous oblige, encore plus qu'aux niveaux névrotiques, à trier l'implication personnelle de notre contre-transfert (au sens alors étroit du terme) et aussi, particulièrement au sujet de l'autisme, à repérer nos réponses toniques, sensorielles et possiblement nos propres modifications perceptives, éventuellement somatiques et sociales, tant nous pouvons être touchés dans les zones profondes de notre moi corporel et groupal.

Si j'emploie les mots « diffusions ou contaminations adhésives », c'est pour distinguer le niveau le plus primitif de circulation émotionnelle qui fait dire à juste titre aux parents d'enfants avec autisme : « il connaît tout de suite mon état au retour du travail ».

Du côté de l'organisation primitive du jeu pulsionnel et émotionnel, nous reprendrons cela plus loin, l'organisation spatiale de ces enfants n'est pas faite pour permettre la projection. Il s'agit sans doute de phénomènes d'excorporation selon la terminologie d'A. Green, du phénomène de débordement vers l'unité selon F. Tustin, phénomènes se déroulant en identité de surface (bidimensionalité). Un exemple : la réponse « tonique » face à un enfant qui persiste ou reprend une manœuvre stéréotypée dans un moment de la cure où nous ne comprenons plus ce qu'il démontre ; nous pouvons nous sentir envahis d'une immense fatigue, avec vertiges, risque de chute (il m'est arrivé de ne plus pouvoir tenir assise sur une chaise sans accoudoir) : ce qui est alors « diffusé », c'est l'état de l'enfant qui précisément provoque l'entretien stéréotypé. L'interprétation de ce vécu, sa dramatisation après l'avoir suffisamment éprouvé, reconnu comme communication primitive et donc élaboré, arrête la répétition et engage un nouveau développement.

Les premières approches peuvent être de ce type ; ou bien, avec un enfant collé à son agrippement visuel par la fenêtre, on peut se mettre en attention conjointe pour lui montrer sa peur de suivre les choses qui se meuvent, comme si cela portait vers une liquéfaction non maîtrisable (qui rejoint la défense contre tout changement inattendu). Ainsi, je me mis dans le dos de Baptiste collé à sa vitre pour regarder l'antenne de télévision/objet d'agrippement. Je reconnus la sécurité que lui donnait cette « forme » et verbalisai les allées et venues des pigeons sur l'antenne. Son regard put alors glisser vers les allées et venues des voitures sur la place que l'on voyait aussi par cette fenêtre et l'autobus qui "revenait" régulièrement commença à pouvoir symboliser la rythmicité de nos échanges et mon rôle maternel de contenance. Il jubilait à son retour. Il put alors se retourner vers « l'intérieur » de la salle de traitement, qu'il investit.

Les processus thérapeutiques qui ont évolué, à des vitesses variables et des aboutissements également variables, mais dont certains peuvent permettre une scolarisation réussie, une insertion professionnelle et sociale, nous le confirme :

Dans l'état autistique sévère, l'enfant est dominé par des angoisses du moi corporel: la chute sans fin et la liquéfaction. Jusqu'à la formation d'un sentiment d'enveloppe dont eux-mêmes, à l'instar de ce

qui se passe dans le développement normal, ont pu nous détailler le processus, il faut combiner le tactile du dos, l'enveloppe sonore (sans doute les autres sensorialités de proximité) avec la pénétration du regard/psyché. Cela fait un « tout autour » mais qui ne construit tout d'abord que le tête-à-tête et restaure la bouche, très souvent « amputée » en hallucination négative permanente<sup>33</sup> chez les enfants autistes les plus graves (Haag, 1988, 1997). Le moment de cette restauration, rarement stable d'emblée, s'accompagne de symptômes de "dépersonnalisation" où nous voyons l'enfant essayer de se rattraper la bouche par exemple, ou bien, côté "peau" éprouver une claustrophobie des vêtements avec conduites possibles de dénudations compulsives. On peut voir à l'inverse des enfants ne plus vouloir quitter les vêtements. Les crises de tantrum apparaissent alors dans les moments inévitables de conscience de ce premier niveau de séparation : longues crises d'une demi-heure ou plus, de rage/angoisses corporelles à bien connaître et assister, c'est à dire à contenir psychiquement car l'enfant souvent ne se laisse pas approcher.

Mais dès lors, l'intérieur est tout de même construit, les formes rondes, circulaires et sphériques sont très investies, mais aussi la mouvance à l'intérieur des cadres architecturaux est davantage possible (comme Baptiste s'installant assis à une petite table au milieu de la salle). Les enfants traversent alors une étape de collage sur l'hémicorps de l'autre, notamment dans les manœuvres de "prendre la main pour faire". Baptiste, au milieu de la salle, voulut dessiner, mais je devais d'abord dessiner sous sa main ; il avait acquis quelques mots et me dictait maison, vélo, ours... Le moment de "détachement" des hémicorps est délicat. Il faut être bien conscient que séparer trop vite les laisse coupés en deux ou rejetés dans l'espace. Ce qui semble le plus efficace est de négocier un détachement très progressif en créant une sorte d'espace transitionnel où « le faire chacun son tour », par exemple, travaille à nouveau les rythmicités tout en poursuivant l'interprétation des mouvements pulsionnels et émotionnels qui longtemps réébranlent la première contenance aussi bien que l'axe entraînant d'attacher les deux côtés du corps (Haag, 1985).

La projection identificatoire<sup>4</sup> circule bien à cette étape et le développement des affects passe souvent par là. Le travail du contre-transfert doit donc être particulièrement soigneux pour opérer leur interprétation. Cette interprétation est ce qui rend l'enfant de plus en plus confiant pour ressentir et reconnaître ses propres affects.

L'un des affects émergeant à l'étape suivante, que nous avons appelée le clivage horizontal de l'image du corps, est un affect dépressif prenant en quelque sorte le relais de la sorte de dépression primaire traduite précédemment par les sensations de chute et de liquéfaction et les amputations corporelles. L'investissement des membres inférieurs et des zones anales et sexuelles est important. L'affect dépressif sus-cité : sentiment de petitesse, de dévalorisation, impression d'être méprisé, moqué, parfois culpabilité, est tout d'abord le plus souvent donné à ressentir à l'autre, derrière un état maniaque<sup>5</sup> qu'il faut bien reconnaître comme tel. Cette phase peut être très longue et très pénible : l'enfant paraît aggravé ; il est déclaré « fou » maintenant, alors que l'autiste sévère n'est pas traité de fou. On parle de psychose et l'on met en doute le diagnostic initial d'autisme...

En fait, si nous suivons le « fil » indiqué par les patients autistes ayant pu se développer, à savoir leur construction ou reconstruction corporo-psychique, les choses sont parfaitement cohérentes avec la compréhension dynamique psychanalytique.

Certains enfants ont la capacité d'organiser à ce moment-là des défenses obsessionnelles parfois particulièrement "serrées" dans des rituels ou des classifications qui coupent le sens. Pour certains enfants, cela leur permet quelques acquisitions de type scolaire. Pour d'autres, c'est au contraire paralysant pour ces mêmes activités.

Si l'on réussit à sortir de cette authentique phase maniaco-dépressive et/ou à démasquer les nouveaux « collages » autistiques dans la défense obsessionnelle, des capacités d'individuation se confirment progressivement sous-tendues par le développement d'éléments de la position dépressive au sens kleinien : confirmation du sentiment de séparation corporelle et psychique, souci pour l'autre, affects de tristesse supportables à la séparation, permis par le développement d'activités autoérotiques représentatives de l'introjection des liens, développement des activités ludiques témoignant de l'enrichissement progressif de l'activité imaginative : richesse des représentations sous-tendues par un développement de plus en plus grand des capacités de symbolisation. Le dessin peut également devenir pour certains un moyen d'expression privilégié et les rêves peuvent être apportés. À noter que lorsque la conflictualité œdipienne se travaille, les menaces de castration et les attaques de la scène primitive utilisent longtemps les anciennes angoisses corporelles autistiques : menaces d'être engloutis dans les toilettes, projetées dans un précipice par exemple.

Longtemps, longtemps dans cette activité phantasmatique vont être réélaborées les angoisses archaïques et le problème, central, de la contenance émotionnelle dans la rencontre avec les autres. S'il existe un point de fragilité constitutionnelle, éventuellement d'ordre génétique (cf. les découvertes en cours), il pourrait bien avoir pour traduction cette très grande fragilité au débordement des formations contenantes primitives. Ainsi Baptiste l'élabora remarquablement dans une B.D. que j'ai souvent citée : la partie « autistique » de la personnalité, délivrée d'un emmurement (contenue dans l'épaisseur d'un mur) ne peut envisager d'approcher l'objet du besoin/désir (des fromages scintillants, incluant donc un objet nourricier et un regard attractif) qu'après avoir construit un portrait (une représentation) de cet objet ; malgré cette précaution, il raconte que le moment du contact provoque un état confusionnel, dont il faut un petit temps pour sortir<sup>6</sup>... (Haag, 1996).

Ce schéma processuel s'est confirmé pour moi à partir de mes propres cas et de nombreuses supervisions, dans la confrontation des matériaux cliniques au sein d'un groupe de travail rattaché à deux réseaux INSERM successifs : ce groupe de travail a réuni une dizaine de collègues ayant entre dix et vingt ans d'expérience thérapeutique psychanalytique auprès d'enfants autistes ; il a été consigné dans un article paru dans la psychiatrie de l'enfant (Haag et coll. 1995). J'ai le témoignage de nombreuses équipes pluridisciplinaires ayant utilisé avec profit ce repérage, en confirmant ainsi la validité. Cet outil, mis en grille évolutive, a été perfectionné et sert actuellement dans une recherche du nouveau Réseau Inserm sur l'évaluation des psychothérapies<sup>7</sup>. (Réseau de recherche fondé sur les pratiques psychothérapeutiques).

Bien sûr, cette évocation des processus reste schématique et ne rend pas compte des particularités de chaque enfant traversant ces étapes de façon originale, elle ne rend pas compte non plus de la complexification plus ou moins grande de la personnalité se développant sur les bases corporelles que nous avons mentionnées.

1 C'est ce que nous appelons une hallucination négative, une hallucination positive de changement affectant le mobilier.

2 On appelle ainsi les relations découlant des échanges affectifs intersubjectifs fondant le sentiment de soi et de l'autre séparés.

3 C'est à dire que la bouche n'est plus ressentie.

4 C'est à dire le donner à ressentir à l'autre.

5 C'est à dire un état de grande agitation/excitation à diffusion souvent sexualisée faisant rechercher des contacts physiques très gênants qu'il faut apprendre à gérer.

6 Au passage, cette BD nous confirme le bienfondé, pour beaucoup d'enfants autistes des supports visuels, pour préparer l'expérience de la rencontre et de l'action, tels que le programme TEACCH l'a préconisé avec l'utilisation de photos, de pictogrammes, etc.

7 Un résumé vient de paraître dans le numéro de la revue « enfance » édité par Jacqueline Nadel, rassemblant les travaux de la journée du RIAS (réseau interdisciplinaire autisme sciences) Enfance, 1/2009 , Le diagnostic d'autisme : quoi de neuf ?