Autisme, un autre regard

-=-=-==-==-=-=-=-=-=-=-=-=-

La recherche d'une définition me parait importante en ce sens qu'elle permet d'appréhender une contenance, une enveloppe contenante suffisamment explicites bien que complexes.

En effet, il serait trop restrictif, et erroné, de définir l'Autisme dans une unicité nosographique, construite essentiellement à partir de symptômes listés. (Un « étiquetage bien rassurant d'ailleurs –cf le DSM 4-.)

Une définition se doit de rester ouverte aux interrogations que pose la clinique, et permettre l'engagement vers des formes thérapeutiques dont la complémentarité peut donner sens au désir de soin(s) et à l'évolution du sujet.

L'utilisation de différents « modèles » cliniques et thérapeutiques peut être mise en actes auprès (et avec) les sujets autistes.

(« Avec », nous le verrons ultérieurement, implique, convoque le concept de transfert, essentiel dans toute forme de thérapie).

Pour la construction d'une définition de l'autisme, nous nous réfè--reront à Elisabeth ROUDINESCO et Michel PLON in « Dictionnaire de la Psychanalyse ; Fayard ; Avril 1997 ».

« Autisme : Terme créé en 1907 par Eugen BLEULER, et dérivé du Grec autos(soi-même) pour désigner le repli autistique du sujet sur son monde Intérieur, et une absence de tout contact avec l'extérieur pouvant aller jusqu'au mutisme. On désigne par l'adjectif autiste une personne atteinte d'autisme, et par l'adjectif autistique tout ce qui caractérise l'autisme. »

Les signes cliniques tels que « repli autistique », « absence de contact avec l'extérieur » peuvent être complétés par d'autres signes que nous avons rencontrés tels que « regard périphérique », balancements incessants », « mutisme », « cris sans raisons apparentes », « auto-agressivité », « angoisses paroxystiques », « absence de signifiant »… la liste peut être longue.

E.R. fait aussi un rappel historique décrivant comment s'est forgé le terme d'autisme : « dans une lettre à FREUD, C.G. JUNG l'informe comment

BLEULER, refusant le terme d' « auto-érotisme » introduit par Havelock ELLIS, et repris par FREUD, adopta le mot « autisme », par contraction de « auto » et « érotisme ». Freud conserva le terme d'auto-érotisme, et Jung celui d'introversion.

En 1911, Bleuler désigna par autisme, un trouble propre à la schizophrénie chez l'adulte.

C'est en 1943 que le Psychiâtre Léo KANNER (1894-1981), émigré Juif et originaire de l'ancien Empire Austro-Hongrois, transforma l'approche de l'autisme en donnant la première description , à partir de onze observations, de ce qu'il appela « l'autisme infantile précoce ».

Dans un tableau clinique différent de la schizophrénie, il présenta l'autisme comme une affection psychogène, caractérisée par une incapacité du petit enfant , dès sa naissance, à établir un contact avec l'environnement.

Cinq grands signes cliniques permettraient, selon Kanner, de reconnaître une psychose autistique :

-le début précoce des signes : au cours des deux premières années de la vie.
-l'isolement extrême.
-le besoin d'immuabilité (ou sameness).
-les stéréotypies gestuelles.
-troubles du langage tels que mutisme, ou jargon dénué de signification.

Après avoir postulé une origine psychogène, puis les troubles précoces, Kanner évolua vers un organicisme qui l'amena à polémiquer avec le plus grand spécialiste de l'époque, du traitement de l'autisme infantile : Bruno BETTELHEIM.

Avec Bettelheim, nous citerons aussi Anna Freud, Margaret Mahler (psychose symbiotique), Mélanie Klein….

Ils et elles ont étudié l'autisme, souvent avec succès, en utilisant les instruments que fournit la Psychanalyse.

En 1970, Frances Tustin porte un regard nouveau en présentant une Classification en trois groupes :

-autisme primaire anormal, résultant d'une carence affective primordiale et caractérisé par une indifférenciation du corps de l'enfant et celui de la mère (forme d'autisme fusionnel que nous avons pu observer).

-autisme secondaire à carapace, correspondant, en gros, à la définition de Kanner.

-autisme secondaire régressif : forme de schizophrénie sous-tendue par une « identification projective »

Identification Projective : terme introduit par Mélanie Klein pour désigner un mécanisme qui se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre

personne(his self) en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler.(Vocabulaire de Psychanalyse ; Laplanche et Pontalis ;).

A partir de 1980, et malgré l'évolution de la Psychiâtrie vers le biologisme,

le cognitivisme et la génétique, aucun travail de recherche ne serait parvenu à

apporter la preuve (pas plus que pour la schizophrénie et laPMD) lorsqu'il n'éxiste aucune lésion neurologique, que l'autisme est d'étiologie purement organique.

En ce sens, la doctrine psychanalytique, toutes doctrines confondues, peut, en ce domaine, sans exclure l'éventualité de causes multiples, expliquer la dimension psychique de cette maladie et surtout, rompre avec le nihilisme théra--peutique des adeptes de l'organicisme, permettant de prendre en charge les enfants autistes dans des écoles, des cliniques, des centres spécialisés.

Cette ouverture vers l'environnement social élargi (école, ateliers de musique, peinture, espaces ludiques ou de découvertes), étayée par des professionnels de différentes spécialités (inf., psychomot., psycho., orthophonistes, psychiâtres, éducateurs) représente aussi un réconfort pour les familles d'autistes en déculpabilisant des parents, en exerçant ce travail de soutien narcissique à leur égard.

Après cette présentation inspirée des recherches de E.R., nous tenterons d'aborder différentes questions portant sur :

-les enveloppes psychiques partielles.

-la clinique.

-la (ou les) thérapeutique(s) des autismes, et par là-même, la question du transfert dans les thérapies (par le média de séances issues des pratiques de chacun(nes) et/ou d'ouvrages de Mac Dougal, Dolto, Geneviève Haag)

-la recherche et le questionnement dans la Société.

Les enveloppes psychiques partielles sont, à notre sens, ces liaisons et déliaisons, incorporations et projections, mouvements répétitifs et autres stéréo--typies pouvant conduire à des excitations –parfois auto-agressives- mais qui, dans les moments d'angoisse paroxystique, peuvent jouer un rôle défensif, protecteur contre les fantasmes de dislocation, d'anéantissement, de liquéfaction (comme dirait G.Haag).

Dans ces enveloppes partielles, des perceptions visuelles, kinesthésiques, d'imprégnations plus ou moins violentes, ou orales sont mises en « boucle », reviennent « indéfiniment »sur le sujet dans une quête auto-érotique(forme de

régression primitive) mais permettant d'échapper à cette angoisse de néantisation (je présenterai l'exemple particulièrement significatif d'une enfant suivie en Hl de Jour.

Le sujet autiste n'a pu construire les défenses du Moi permettant une

Représentation dans le monde extérieur face –et avec- des objets d'investissements différenciés de ses objets internes.

Les instances psychiques décrites par Freud dans les 1ére et 2ème topiques ne sont pas repérables dans les « mouvements psychiques » des sujets autistes.

Libération des pulsions, absence de pare-excitations, angoisses non liées aux représentations (à l'état libre), repli par rapport au monde extérieur, fantasmes à « l'état brut « … Le sujet peut témoigner d'une angoisse majeure, avec cris, auto-agressivité, ou d'hallucinations visuelles et/ou auditives où le réel s'indifférencie de l'imaginaire.

Exemple : Eric, enfant de 8 ans à l'époque, au cours d'une séance de psychothérapie (2 thérapeutes auprès de lui)

« Papa méchant. Taper.Peur. « . Il gesticule. Monte sur une table et, avec une violence surprenante, se met à invectiver son « père », comme si ce dernier était présent, dans une débauche de cris, d'insultes.

Les paroles de réassurance ne semblent pas être entendues. Il a été nécessaire de le prendre dans mes bras, dans une contenance des fantasmes et du corps, une forme de sécurisation.

Dans des périodes de « sérénité », cet enfant pouvait parler, sans état de crise, de ses relations avec ses parents, de son attachement érotique à la mère.

Ces moments privilégiés, mon co-thérapeute et moi les avions appelés « Les ilots de pensées construites » et rédigé un article dans une revue de Psychiâtrie.

Les moments de crise qu'il manifestait étaient comme une forme de Projection, à « l'extérieur de son corps », des morceaux de papa méchant, dangereux, vers un père réélisé.

Ces états de crise paroxystique, formes de Rupture dans un processus de pensée construite –comme si une effraction venait dé-lier une pensée en appa--rence organisée, mais aussi des productions fantasmatiques, des réalisations graphiques, des activités ludiques- conduisent le thérapeute à une fonction réparante sur les enveloppes psychiques.

C'est là une des difficultés majeures pour le clinicien et le thérapeute, que cette forme de raptus (impulsions violentes et soudaines), de désynchronisation conduisant aux ruptures d'une relation avec le sujet en soin

qui semblait établie, aux ruptures dans un processus de pensée chez le sujet, entrainant une double dissociation :

-dans le régistre intra-psychique du sujet.

-dans la dynamique relationnelle thérapeute-sujet.(la thérapie n'est jamais inscrite dans un cursus linéaire)

(cf ; « Question de Rupture » ; colloque du 5/10/2001).

Pour Didier Anzieu (in « les Contenants de Pensées » ; Dunod; 1994), les « pensées ne naissent pas sans que d'autres pensées, d'autres états, d'autres processus psychiques ne les précèdent, ne les produisent. »

« La pensée, toujours selon D. Anzieu, a d'abord une fonction d'entretien des pensées aux deux sens de leur conservation par enveloppement et de leur mise en rapport, en « dialogue », en inter-action les unes aux autres. ».

Roger Perron, in « Fantasmes et processus de Pensée dans les autismes et psychoses infantiles » avance l'hypothèse que tout processus de pensée, en quelque sens qu'on prenne le terme « pensée », suppose la mise en relation d'éléments de pensée entre lesquels soient maintenues, si peu que ce soit, des distinctions sans lesquelles ce serait impossible.

Ainsi, les ruptures de pensée, les « déchirures d'enveloppes contenantes » où peuvent s'organiser des éléments distincts mais en liaison, donnent tout leur sens à la fonction contenante, réparante du thérapeute qui en reçoit l'impact sans en être détruit.

Les observations cliniques seront étudiées lors des prochaines rencontres. (si possible, apporter un écrit ; nous en recueillerons les commentaires).

Joseph APARICIO