n° 68 - 69
Mars-Juin 2011

POUR LA RECHERCHE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Editorial

- Jean-Michel Thurin -

Sommaire

Compte-rendu de la conférence internationale de Rome

30 avril et 1er Mai 2011



Directeur de la Publication :
Dr O. Lehembre
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié,
Dr N. Garret-Gloanec,
Dr D. Roche-Rabreau
M. Thurin, M. Villamaux

PLR électronique,
Comité Technique
J.M. et M. Thurin,
D. Vélea, M. Villamaux

● Ce *PLR* présente le compte-rendu de la conférence internationale organisée par le pôle autisme du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques le 30 avril 2011. Elle s'est tenue à Rome sur le thème « Troubles du spectre autistique. La psychothérapie psychanalytique et la recherche internationale Inserm ».

Son objectif était de présenter les nouvelles possibilités de la recherche empirique en psychanalyse et la façon dont elles étaient mises en œuvre en France et en Italie à partir de la méthodologie du réseau. Nos collègues italiens d'orientation psychanalytique, stimulés par les travaux de G Haag dans le domaine, de la CIPPA et par le développement important du pôle autisme en France se sont engagés de façon dynamique dans ce projet.

Avec l'appui de deux associations, l'AIPPI et l'AMHPPIA, et celui du Département de Pédiatrie et de Neuropsychiatrie Infantile de l'Université « Sapienza » de Rome, ils ont traduit les instruments, constitué 10 groupes de pairs distribués de la Lombardie à la région Napolitaine, et envoyé deux de leurs membres en émissaires pour participer à des réunions régulières avec G Haag, M et JM Thurin de façon à discuter des problèmes rencontrés et de la mise en oeuvre de la méthodologie, puis de la préparation de cette conférence.

Rome a été ainsi l'occasion d'une rencontre pleinière avec les 30 cliniciens et cliniciennes de la « Branche Italienne du RRFPP ».

Présidée par Vincenzo Bonaminio, la séance du matin a été consacrée à la présentation de 2 conférences, celle de Geneviève Haag « *Contribution de la clinique psychanalytique de l'autisme à la connaissance de la structuration du moi corporel. Création de l'instrument EPCA* », discutée par Suzanne Maiello et celle de Jean-Michel Thurin « *Les nouvelles voies de la recherche en psychanalyse* », discutée par Sonia Guerri.

Sous la présidence de Marco Mastella, l'après-midi a d'abord été consacrée à la « *Présentation générale du réseau* » par Monique Thurin, à celle du « *Groupe italien de la recherche Inserm, son histoire et ses perspectives* », par Margherita Amenta et Susanna Messeca. Elle s'est poursuivie par « *L'étude d'un cas italien* » présentée par Cinzia Morselli et son équipe puis complétée de son évaluation quantitative par JM et M Thurin à partir des données qui leur avaient été transmises.

Toutes les interventions ont fait l'objet de discussions avec la salle (Plus de 150 participants).

Cette journée déjà très active et dense a été suivie le lendemain d'un séminaire réservé aux 30 cliniciens engagés dans la recherche qui ont pu poser toutes leurs questions, exprimer leurs difficultés mais aussi leur grande satisfaction de participer à cette étude.

Une nouvelle conférence est prévue à partir des données des 20 premiers cas, dès qu'elles nous seront parvenues. ●

Les interventions en italien seront publiées sur le site du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques, dans l'espace dédié à la recherche italienne du pôle autisme.

www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau_It/

Contribution de la clinique psychanalytique de l'autisme à la connaissance de la structuration du moi corporel. Création de l'instrument EPCA

Geneviève Haag

● Je soutiens l'authenticité du travail psychanalytique avec les pathologies précoces et graves, et notamment l'autisme, travail toujours défini comme l'analyse des phénomènes de *transfert* et de *contre-transfert* répétant dans la relation thérapeutique des relations d'objet de niveaux variés et les conflits *pulsionnels* et *émotionnels* qui leur sont liés. Ce travail nécessite que l'on étende les notions précédentes à la possibilité, d'une part de transférer (et l'on sait combien 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.

Si j'emploie les mots « diffusions ou contaminations adhésives », c'est que l'organisation spatiale de ces enfants n'est pas faite au départ, dans les états sévères, 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). Par exemple, 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. Ce qui est alors « diffusé », c'est l'état de liquéfaction de l'enfant qui précisément provoque l'entretien stéréotypé. L'interprétation de ce vécu, sa dramatisation après l'avoir suffisamment souffert, reconnu comme communication primitive et donc élaborée (ceci est commun avec le travail du contre-transfert dans l'identification projective), arrête la répétition et engage un nouveau développement.

Pour le contenu des séances du côté de l'expression des enfants, les psychothérapeutes, surtout avec les enfants sans langage, doivent déployer des qualités d'observation très minutieuse vers le langage corporel, ce qui justifie, particulièrement pour l'abord de cette pathologie, d'avoir fait une observation de nourrisson selon la méthode d'Esther Bick, ce qui était fortement conseillé par Francès Tustin. Les enfants, invités à l'association libre avec le matériel de jeu et le dessin vont en fait tout d'abord nous « parler » en langage préverbal, directement dans l'expression corporelle et - ou avec les éléments du cadre architectural et mobilier. Ils nous « parlent » de leurs angoisses corporelles et spatiales, des peurs du regard et des principaux éléments de la construction du Moi corporel qu'ils nous ont appris progressivement à connaître. Ils nous précisent ainsi des repères développementaux dans une étonnante conscience processuelle. Je les résumerai ici avec quelques illustrations cliniques.

Le *moi corporel* commence par un premier sentiment d'enveloppe qui se construit plus particulièrement avec l'intégration d'un tactile et surtout d'un tactile profond du contact du dos allié à la pénétrance du regard. Plusieurs enfants ont indiqué que ce tactile du dos, que nous savons être en pont avec la vie intra utérine, était tissé de rythmicités sonores. Je renvoie ici aux travaux de Suzanne Maiello. D'autres insistent sur la présence également des sensorialités de proximité (olfactive et gustative), ce qui complète la « grappe de sensations » sur laquelle Tustin insistait. Nous savons aussi que s'intègrent dans cette grappe des kinesthésies rythmiques, à commencer par la rythmicité du tètement, et d'autres issues du dialogue tonique.

La perception de la première relation, celle qui fonde le sentiment d'enveloppe post-natale du bébé, semble être ceci : il faut que quelque chose soit envoyé et entre par les yeux au fond de la tête de l'autre, porté par l'image motrice d'une certaine spatialisation du regard, fasse empreinte, puis revienne, faisant rebond vers le noyau émetteur du self, effectuant ainsi une sorte de boucle. Les points de rebond de ces boucles, que j'ai proposé d'appeler « rythmicités relationnelles », finissent par faire une première sorte de tissage autour d'un noyau d'attache central situé dans la zone érogène orale (axe langue-mamelon/œil-à-œil). Ce premier sentiment d'enveloppe, qui n'est pas collé à la peau, semble être un sentiment de circularité ou plutôt de sphéricité « autour » qui n'englobe pas tout le corps et peut être d'abord perçu, au moment relationnel, dans l'illusion d'une peau commune autour du tête à tête, étape à laquelle le fond de la tête de l'autre et de soi sont en miroir. Les émergences de sentiment de séparation seraient très vite entre les deux têtes, et sans doute entre les mains, s'exerçant dans les jeux intenses d'imitation précoce visage à visage et mains à mains qui entrent pleinement dans la constitution des boucles relationnelles en dehors du moment de nourrissage proprement dit et se mêlent aux rythmicités d'échange dans le sonore. Evidemment ces boucles portent aussi les émotions primitives de peurs et d'extases cherchant transformations et désignées dans les termes bioniens par les éléments béta renvoyés en éléments alpha. Bion fait aussi mention des sensations brutes, c'est-à-dire d'excitations en termes quantitatifs. Pouvons-nous introduire ici, ce qui est très important en regard de l'autisme, l'émotionalité de type esthétique en tant qu'agent transformateur de la quantité d'excitation en qualité, de telle sorte que les différentes sensorialités seraient émotionalisées d'emblée, ou resteraient sinon dans un système quantitatif répétitif avec des composantes addictives aboutissant à l'automutilation par nécessité d'augmenter sans cesse la dose d'excitation. C'est ce qui semble arriver dans le retrait autistique.

Voici dans quelle sorte de langage préverbal des enfants traduisent leur perception et leur représentation du processus développemental qui est en train de se restaurer pour eux, et de certains de ses avatars en rapport avec l'autisme. Ces « narrations préverbales » ont fortement contribué à la construction de la grille EPCA : *Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme*, que nous utilisons dans la recherche INSERM. C'est l'accumulation et la comparaison de ces narrations dans un groupe de travail régulier qui a permis de dégager progressivement ce que je viens de résumer succinctement.

J'ai choisi aujourd'hui de nous pencher sur quelques fragments de séances détaillées dont certaines sont déjà publiées et ont bien servi pour la grille en ouvrant certaines questions sur les rapports de l'expérience analytique et de la recherche en psychanalyse, et notamment de la recherche sur les processus de changement qui est le projet de ce réseau (seul, le cas de Bruno est rapporté ici).

Bruno est un enfant de vingt mois, qui commence à élaborer et à « parler » de l'expérience qu'il vient de faire. Après une phase de retrait autistique dans les premiers mois de sa vie, il commence à « raconter » en langage préverbal ce qui est en train de lui arriver dans la retrouvaille du regard alliée au contact du dos. Alors que précédemment il était tout raide, agrippé à ses propres vêtements, il commence à manipuler quelques objets, cherchant surtout à coller-décoller des objets plats ; ce jour-là il prend deux petits blocs s'encastrant et tente de les joindre, en me regardant très intensément. Puis il les sépare, me tourne le dos ou peut-être se tourne vers un espace derrière, et ensuite se retourne vers moi. Il fait alors passer

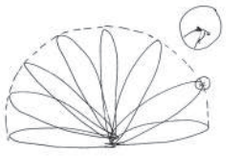
derrière lui quelques objets qui étaient devant, puis prend un petit cube, me regarde bien droit dans les yeux, le pose un instant entre ses deux yeux, puis le fait monter doucement au milieu du front puis le long de la ligne médiane du crâne jusque derrière la tête, et ensuite le pose doucement contre sa nuque, et le laisse glisser contre son dos. Après une courte pause, il se retourne, mime une sorte de colère en dispersant les jouets qui se trouvent derrière lui, les jetant de chaque côté avec de grands mouvements de balayage et des onomatopées de mécontentement. Il répète deux fois cette séquence. A la fin, ayant donc à nouveau dispersé de chaque côté les jouets remis derrière lui, il se retourne vers moi, ramène vivement ses cheveux à partir du milieu du derrière de la tête sur le front, avec ses deux mains, symétriquement, son regard devient vide, sa bouche reste ouverte et laisse couler de la salive. J'ai alors l'impression qu'il devient une façade.

C'est comme s'il démontrait que quelque chose d'initialement bon qui passait du regard au contact du dos et dans l'espace derrière, était ensuite devenu quelque chose de mauvais et de tout explosé peut-être dans un vécu intrusif, débordant, de cette pénétration, ou dans une sorte d'ébauche de conflit interne, ou d'attaque même de ce premier objet-fond. Il fallait vite ramener devant, comme sur un espace plan, ce qui était resté attaché à ce fond, les cheveux en l'occurrence, et se remettre en surface dans une relation de parfaite symétrie. Ici donc, avec un certain recul dû au fait que c'était un récit qu'il donnait à voir – c'est pourquoi je parle de langage - il exprimait que l'espace intérieur, assimilé à l'espace-derrière, avait disparu, en même temps, semble-t-il, que l'intérieur de la bouche et sa sphinctérisation. Il n'y avait plus qu'une seule paroi, dos et devant probablement confondus, en quelque sorte collabés. Belle démonstration d'une expérience de bidimensionnalité.

Se souvenait-il du temps où quelque mois plus tôt, autour d'un an, je l'avais trouvé dans l'institution tout raide, allongé sur le dos, les deux bras cramponnés symétriquement sur son vêtement ? Il n'avait alors aucun contact main-bouche, gardait un certain contact du regard latéral, mais fuyait le regard de face si l'on se penchait vers lui, sur la table de change par exemple. Comme si, dans son collé-tactile adhésif cramponné, il ne pouvait pas accepter le regard de face obligeant à la distanciation, car la distance créait un précipice devant ou un écartèlement antéro-postérieur. A noter que la position sur le ventre lui avait été intolérable, ce que j'ai pu comprendre comme lié à la nécessité vitale qu'il avait d'entretenir la sensation du contact du dos[1] .

Deux ans plus tard, à l'âge de 4 ans, Bruno me livra la traduction graphique d'une représentation spatialisée géométrique de cette formation de contenance à partir des interpénétrations du regard, image que je publie partout et que je crois être un spécimen d'un tout premier niveau de représentation du moi corporel, de la catégorie des idéogrammes de Bion, ou des « formes plastiques » en tant que premiers fantasmes, évoquées par Suzann Isaacs dans son article fondamental « Nature et fonction du fantasme »[2].





Sous le dessin spontané des boucles dont j'ai tiré le Schéma, l'enfant s'était installé dans l'encerclement tout arrondi d'un petit fauteuil d'osier après avoir théatralisé plusieurs fois de suite la plongée dans le regard suivie à chaque fois d'une déambulation « en boucle » jusqu'au bout de la pièce. L'amas de pointillage mis sous le moyeu de l'éventail des boucles représente manifestement l'accumulation des contacts du regard.

Mais nous restons avec l'interrogation : d'où vient cette émotion déflagrante de l'œil à œil confirmée dans les substrats neurophysiologiques à l'IRMF et bloquant tout le processus développemental, puisque chez le voyant, c'est au contraire au cours du voyage dans le regard que se font les transformations en même temps que l'affermissement du sentiment existentiel ?

En tous cas, ce problème du regard nous apparaissait nodal, ce que nous partageons avec d'autres courants de pensée, notamment cognitiviste-développementaliste avec l'appui de la neurophysiologie, étudiant la question à partir d'autres points de vue qui méritent d'être entrecroisés avec nos interrogations. Les nuances variées de l'expression du regard que nous proposons de noter dans la grille peuvent aider à avancer.

J'ai eu plaisir à me repencher sur ces matériaux cliniques qui ont contribué à la construction de la Grille, avec tous ceux rassemblés par les collègues qui constituaient pendant 4 ans un groupe de travail d'un premier réseau INSERM. Nous avons pu ainsi nous confirmer dans ces repérages de la construction du moi corporel, processus évolutif permettant de décrire des étapes développementales provisoires pouvant aider à constituer des groupes cliniques au temps ***t*** d'une recherche. Mais cette Grille s'est avérée aussi utile pour beaucoup d'équipes dans les repérages processuels et leur compréhension profonde.

Je voudrais insister aujourd'hui, en donnant ces matériaux de séances pychanalytiques très détaillées, sur l'enracinement très profond de cet outil dans notre pratique de psychanalystes. Même si une mise en tableaux peut en paraître à distance, elle nous sert, dans le travail d'échanges en trio, à perfectionner nos observations et notre compréhension. J'espère que c'est aussi l'expérience de ceux et celles qui se sont déjà engagés dans cette recherche. Le problème est que le perfectionnement lui-même que nous tirons de l'utilisation de l'outil nous en fait rapidement remarquer les limites, les insuffisances, et fait penser à une révision. Il y a déjà eu des perfectionnements depuis la première utilisation de la grille dont la validation statistique vient d'être publiée en anglais dans le *Journal of physiology*[3]. Notez que le titre anglais de l'EPCA est APEC *(Autism Psychodynamic Evaluation of Changes)* ; l'outil ayant pour le moment inclus très peu de nouveaux items et surtout des modifications très utiles des tableaux réalisés par Jean-Michel et Monique Thurin à qui nous devons son inclusion dans la recherche actuelle au prix d'un énorme travail, est donc validé. Une nouvelle validation pourra certainement ressortir de notre travail avec profit.

Nous avons commencé à penser à un complément de cette grille dont le groupe italien nous a déjà signalé la limitation actuelle de son utilisation aux très jeunes enfants ou aux enfants plus âgés reçus tardivement ou restant dans un état autistique grave. Bien que nous ayons signalé dans l'introduction que l'évolution n'était pas linéaire mais plutôt hélicoïdale - les enfants et ados revenant sur les thématiques des angoisses précoces et des représentations primitives de l'image du corps pendant longtemps dans des reprises élaboratives de niveaux symboliques de plus en plus évolués - la présentation actuelle de la grille, sauf ce qui est noté dans la dimension graphisme et dans certaines anomalies du développement du langage, ne permet pas suffisamment de cerner cette évolution. De même les troubles dits « post-autistiques» du côté de l'obsessionalité (Meltzer) ou des fluctuations maniacodépressives, ou de particularités du fonctionnement cognitif mériteraient d'être rattachées aux difficultés des constructions primitives dans la complexification du développement pulsionnel et identificatoire. Nous ne pouvons nous satisfaire des étiquettes « troubles psychiatriques associés , ou « comorbidité psychiatrique» , ou bien « une autre intelligence». ●

1. **Haag G.** (1988). Fragment clinique déjà publié.

2. **Isaacs S.** (1952), The nature and fonction of phantasy, in Développments in psychanalysis, trad. fr. W. Baranger, Nature et fonction du phantasme, in *Les Développements de la Psychanalyse*, Paris, PUF, 1966.

3. **Haag G, Botbol M, Graignic R, Perez-Diaz F, Bronsard G, Kermarrec S, Clement MC, Cukierman A, Druon C, Duprat A, Jardin F, du Chatellier AM, Tricaud J, Urwand S, Guilé JM, Cohen D, Tordjman S.** (2010). The Autism Psychodynamic Evaluation of Changes (APEC) scale : a reliability and validity study, *Journal of Physiology*, Vol. 104- N° 6, p. 323-336.

Discussion de l'exposé de Geneviève Haag

Suzanne Maiello

● Geneviève Haag a un don particulier, celui de communiquer à ceux qui l'écoutent l'essence de sa pensée à travers des parcours aussi clairs que complexes. Dans son exposé, s'entrelacent une capacité d'observation d'une rare précision, le don de traduire l'expérience dans un langage minutieusement descriptif, tout en étant fortement évocatif, et la capacité d'extraire du matériel de ses petits patients autistes la trame significative qui lui permet de proposer un modèle métapsychologique de grande profondeur. En même temps, sa présentation est d'une utilité immédiate pour le travail thérapeutique quotidien avec ces enfants.

Geneviève Haag écrit « *Le moi corporel commence par un premier sentiment d'enveloppe qui se construit plus particulièrement avec l'intégration d'un tactile et surtout d'un tactile profond au contact du dos allié à la pénétrance du regard* » (Haag, 2011). Ces quelques mots nous communiquent l'image d'un contenant avec une entrée et une sortie, une des formes primordiales de l'existence.

La formulation évoque la notion du moi-peau de Didier Anzieu (1985), et en même temps la conception spatiale de la vie psychique proposée par Donald Meltzer (1975, 1990). Dans la notion-même de l'enveloppe, du « tactile profond » et de la « pénétration du regard » s'annonce le potentiel émotionnel de la tridimensionnalité psychique.

Nous savons que la perception de l'enveloppe, de la contenance, a ses origines dans la vie prénatale, vers la fin de laquelle le dos de l'enfant est solidement appuyé à la paroi de l'utérus qui se serre de plus en plus autour de lui.

Grotstein (1981) a formulé la notion de l'objet d'arrière-plan d'identification primaire. C'est l'objet-appui, l'objet-soutien, mais également l'objet-limite, qui délimite.

Je pense à une fillette, née à la 30e semaine de vie prénatale. Lorsqu'elle courait à la rencontre d'un adulte qu'elle était contente de revoir, elle ne l'embrassait pas frontalement, mais se retournait au dernier moment, en appuyant son dos contre les jambes de l'adulte et se faisant contourner de derrière par ses bras. Il semblait qu'elle avait besoin de reproduire l'expérience de cet appui du dos qu'elle avait perdu prématurément, afin de renforcer l'objet d'arrière-plan d'identification primaire resté instable par l'interruption prématurée de sa vie prénatale.

Dans la théorisation de Geneviève Haag (2000), la notion d'arrière-plan occupe une position centrale. L'internalisation du fond ressenti par le dos au niveau tactile et renforcé par l'appui des bras maternels après la naissance, semble devenir le prototype de la limite. Dans un premier temps, il n'est probablement pas vécu comme limitation (signification qu'il acquerra au cours du développement du sur-moi), mais comme soutien, comme garantie contre le danger de liquéfaction dans un état psycho-physique, dans lequel manque encore une structure interne en mesure de protéger l'individu de la terreur de la chute sans fin.

C'est à ce moment-ci que naît, dans la formulation de Geneviève Haag, le tissage entre la sensorialité de contact (le touché, mais également l'odorat et le goût), et la sensorialité à distance du regard (et dans d'autres exemples, de l'ouïe). Le caractère pénétratif du regard (dans les deux sens, à savoir de celui qui regarde et de celui qui est regardé), implique la rencontre de cette limite, de ce fond qui fait retourner en arrière le regard et le protège de la perdition. C'est là que se fait l'intégration entre la sensorialité matérielle et immatérielle dans le jeu psycho-physique réciproque entre le soi qui cherche et trouve l'autre, et le soi qui fait l'expérience d'être vu et soutenu par l'autre. C'est là que se déploie le jeu dynamique de l'aller et du retour, de la rythmicité de toute expérience interpersonnelle et intrapsychique. C'est là que naît l'arrière-plan de sécurité (Sandler, 1960), et le rythme de sécurité (Tustin, 1986) et que se crée l'espace expérientiel indispensable pour la capacité croissante de moduler les émotions.

Pour décrire ce double mouvement d'aller et retour, Geneviève Haag a proposé la notion de boucle de retour, si difficile à traduire en italien. Dans les textes publiés en Italie, le terme a été traduit par *circuito.* C'est la ligne elliptique que le petit Bruno parcourt avec sa déambulation, un mouvement qui part d'un centre (la place où se trouve la thérapeute), arrive à la paroi, retourne en arrière et se lance à nouveau, visant un autre point de la paroi, et dessinant ainsi, en éventail, une « forme plastique » dans l'espace. Cet enfant peut désormais oser, dans la troisième année de sa psychothérapie, explorer l'espace, aller, se retourner et revenir, en alternant ses déambulations au regard qui plonge dans les yeux de l'autre et retourne en arrière à son tour sans plus se perdre. Le mouvement centrifuge ne porte plus à la dispersion, mais est le prélude pour un contre mouvement centripète. L'enfant est capable désormais de moduler la distance, tant physique qu'émotionnelle. Mais ce n'est pas tout. Il est aussi capable de transposer de façon transmodale l'idéogramme elliptique de la modalité kinesthésique à la modalité visuelle. Le démantèlement sensoriel (Meltzer, 1975), la « dispersion » autistique des sens, est contrecarrée par une expérience active de consensualisation.

C'est ainsi que se forme graduellement, à travers des formes sensorielles et kinesthésiques, l'expérience de l'enfant d'être son corps (le moi corporel), d'avoir un corps (pouvoir l'utiliser pour faire des expériences) et d'habiter son corps (expérience de contenance) (Maiello, 2008).

Tout ceci est inaccessible à l'enfant dans son état d'absence autistique profonde. Bruno découvrira peu à peu dans sa thérapie qu'il existe en tant que corps dans l'espace et dans le temps, et conquerra en doses minuscules les expériences qui lui permettront d'effectuer les intégrations que la carapace autistique lui a empêché de faire.

Nous avons assisté, dans la période initiale de la psychothérapie de ce petit garçon, à l'intolérabilité de l'expérience de l'espace tridimensionnel et au retour à un état de « façade » bidimensionnelle après une tentative d'échange, et aussi de perte de visibilité des objets jetés derrière lui.

Le concept de sphinctérisation utilisé par Geneviève Haag est particulièrement pertinent. Cette notion représente un moment crucial, le moment de transition, où l'enfant découvre avoir un pouvoir sur la réalité, celui de pouvoir choisir entre une ouverture et une fermeture, ce qui implique l'expérience d'un intérieur distinct d'un extérieur et celle du mouvement distinct de la staticité. Le prix toutefois est élevé: la renonciation à l'état psycho-physique « liquide » ou « congelé » grâce auquel l'enfant pouvait auparavant oblitérer tout ressenti de séparation. C'est un processus inévitablement long, celui de l'acquisition graduelle de la confiance que le dégel n'a pas nécessairement pour conséquence la liquéfaction et la dispersion et que, grâce à la répétition de microexpériences de solidification du moi corporel et psychique, les séparations n'évoquent plus inévitablement le fantasme d'une lacération ou d'une séparation catastrophique.

Avec la petite Paula, Geneviève Haag nous offre un autre exemple d'une enfant autiste qui réussit à faire, au cours de sa thérapie, des expériences de consensualisation. Dans ce cas également, nous assistons à une inversion du mouvement psychique défensivement centrifuge en faveur d'un mouvement centripète. Le voile du rideau, perçu dans sa qualité tactile, mais aussi traité comme enveloppe dynamique, suscite des vocalisations, un « tissage du sonore », dit Geneviève Haag. En même temps, l'enfant explore la possibilité de moduler, à travers la toile du rideau, la présence et l'absence des thérapeutes, et enfin elle alterne l'expérience du regard-dans-le-regard avec la découverte d'une attention conjointe vers un objet tiers. Il se forme de nouvelles « géométries » à peine esquissées et fugaces, mais qui témoignent du dégel de l'immobilisme, ou respectivement de la « liquidité » de l'état autistique, et font émerger des tentatives passagères de connexions et d'intégrations sensorielles simultanément au niveau interpersonnel et intrapsychique.

Avec l'histoire d'Arielle, Geneviève Haag nous fait encore parcourir l'itinéraire d'une fillette qui, au début, a besoin de prévenir tout danger d'émergence d'angoisses de séparation et d'anéantissement en se dissolvant dans ses interminables transvasements d'eau. Geneviève Haag souligne la récrudescence des autoprotections autistiques précisément au moment où les séparations commencent à être perçues, avec les angoisses qui les accompagnent.

Le passage de l'eau (fuyante) aux reflets de lumière éphémères (là-haut), puis à la solide carte bleue qui assume entre autre la forme d'un cône (tridimenionnel) et a plusieurs fonctions (tétine à mordiller), témoigne de la « solidification » de ses objets, du passage de l'objet autistique choisi pour ses caractéristiques exclusivement sensorielles, et de ce fait interchangeable à volonté, à un objet apprécié pour son unicité et accepté dans son impermanence (l'enfant trouve la carte à son arrivée et la laisse à la fin de la séance).

Par ses réflexions autour de la région buccale, Geneviève Haag nous montre quelle partie importante de l'histoire de ces enfants se joue, au niveau d'objet partiel, dans le théâtre de la « cavité primitive » (Spitz, 1955). L'orifice « trou noir » ou puits sans fond nous parle de l'angoisse de précipiter à l'infini, le sucement de la langue évoque l'objet autistique qui bouche le trou et crée l'illusion de se protéger du vide, et l'« amputation des lèvres » nous rappelle la puissante résistance contre le danger représenté par la sphinctérisation. Il est extraordniaire de voir comment cette enfant, contenue dans le regard et l'attention de la thérapeute, découvre ses lèvres et l'usage exploratif qu'elle peut en faire, renonce à la langue-bouchon et porte à la bouche le cône-tétine de la thérapeute, avec une intention nette d'incorporation. Laplanche et Pontalis (1967) nous enseignent que l'identification primaire est accompagnée d'un fantasme d'incorporation. Toutefois, j'ajoute que l'identification primaire ne peut se réaliser que s'il y a une perception, même fugace, de la séparation. Et c'est précisément dans cet état mental que peut commencer à fonctionner l'identification projective. Arielle nous montre comment la découverte et la « construction » de son visage va en parallèle avec la découverte du visage de l'autre, dans la circularité et la réciprocité des regards.

Pour conclure, me reliant au début de l'exposé, je souhaite faire une brève réflexion sur l'approche psychanalytique et son efficacité dans la thérapie des patients autistes.

L'expérience pluri-décennale de Geneviève Haag de psychothérapies avec les enfants autistes a montré l'efficacité de la méthode, à condition d'étendre la conceptualisation psychanalytique classique tant du transfert que du contre-transfert. L'enfant autiste ne « transfère » rien dans le sens traditionnel du terme, surtout, précisément, parce qu'il n'a pas accès à l'identification projective qui représente le principal moyen de communication inconsciente tant du bébé dès sa naissance que du patient en analyse. Dans le travail avec les enfants autistes, c'est la capacité de réceptivité contre-transférentielle du psychothérapeute qui doit être étendue et approfondie, et doit combler le manque ou la faiblesse du transfert. Sa capacité d'observer les plus menus détails des expressions corporelles et sensorielles de l'enfant, ainsi que sa façon d'exister, ou plutôt de ne pas exister, dans les dimensions de l'espace et du temps devient essentielle.

Geneviève Haag décrit comment l'exposition aux états psycho-physiques de ces enfants provoque chez le psychothérapeute la sensation d'être envahi par l'ennui, la fatigue, des vertiges, le sentiment d'isolement, des états non-pensables qui semblent passer directement dans le corps à travers une forme de « diffusion ou de contamination adhésive » avec un effet souvent paralysant. C'est précisément ce dont veut se garantir l'état autistique : le maintien d'un état toujours identique, afin de prévenir tout changement, qui est craint comme inévitablement catastrophique.

Comment accueillir ce besoin de l'enfant de congeler le monde dans des activités stéréotypées répétées à l'infini et rester malgré tout vivant, réceptif et pensant ? Quand intervenir ? Quand devenir le compagnon vivant (Alvarez, 1992) qui introduit un élément minimal de changement et d'« émotionnalisation », tout juste ce que l'enfant peut supporter à ce moment donné sans se retirer à nouveau dans sa coquille ? C'est là un des défis du travail thérapeutique avec ces enfants profondément barricadés dans l'absence.

Geneviève Haag nous a apporté son riche matériel clinique, elle nous a apporté sa réflexion sur la technique psychanalytique et ses extensions indispensables lorsque nous travaillons avec des enfants autistes.

Un des grands mérites de Geneviève Haag, au delà de sa capacité de communiquer sa pensée originale, est celui d'avoir partagé avec des collègues français, au cours des dernières années, l'élaboration d'un projet de vérification systématique de l'efficacité de la psychothérapie psychanalytique avec les enfants autistes. Un grand travail préliminaire a porté à l'élaboration de la grille EPCA qui a été utilisée comme un des instruments d'évaluation dans la recherche INSERM qui sera présentée pendant cette conférence.

Merci, Geneviève Haag, de nous avoir apporté cette contribution précieuse pour un approfondissement ultérieur de notre compréhension des états autistiques. ●

Bibliographie

• **Alvarez A.** (1992) *Live Company*. London: Routledge.

• **Anzieu D.** (1985) *Le Moi-peau*. Paris: Bordas.

• **Grotstein J. S.** (1981) Who is the dreamer who dreams the dream and who is the dreamer who understands it? In: (Grotstein, J.S. ed.) *Do I dare disturb the Universe?* London: Maresfield Library.

• **Haag G.** (2000) Le moi corporel. In: Geissmann C. et Houzel D., *L'enfant, ses parents et le psychanalyste*. Paris: Bayard.

• **Laplanche J., Pontalis J.-B.** (1967) Identification primaire. In: *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF.

• **Maiello S.** (2008) *Le corps inhabité de l'enfant autiste*. Publication en préparation, Paris: PUF.

• **Meltzer D. et al.** (1975) *Esplorazioni sull'autismo*. Torino: Boringhieri, 1977.

• **Meltzer D.** (1992) *Claustrum. An Investigation of Claustrophobic Phenomena*. London: Clunie Press.

• **Sandler J.** (1960) The background of safety. *Int.J. Psycho-Anal.,* 41, 352-356.

• **Spitz R. A.** (1959) La cavité primitive. *Revue française de psychanalyse*, XXIII, 2, 205-234.

• **Tustin F.** (1986) *Autistic Barriers in Neurotic Patients*. London: Karnac.

Les nouvelles voies de la recherche en psychanalyse

Jean-Michel Thurin

Introduction

Vous avez peut-être le souvenir qu'en 2004, une expertise collective INSERM portant sur l'évaluation des psychothérapies, réalisée à partir d'une analyse systématique de la littérature internationale sur ce thème (plus de 1000 études en anglais), a produit une très grande émotion dans le milieu psy, jusqu'à son retrait du site du ministère de la santé par son ministre, Mr Douste-Blazy, sous la pression d'une partie des psychanalystes.

Cette expertise collective faisait apparaître en effet l'efficacité des techniques cognitivo-comportementales sur la majorité des troubles psychiatriques alors que les résultats étaient significativement moins étendus en ce qui concernait la psychanalyse et les psychothérapies psychanalytiques. Quant à la troisième approche évaluée, l'approche systémique, elle se distinguait en deux parties : une partie d'orientation cognitivo-comportementale qui présentait des résultats et une autre, plutôt psychodynamique, qui n'en présentait que peu.

La publication a constitué le détonateur d'un débat beaucoup plus large sur les bases conceptuelles, théoriques et éthiques des différentes approches. Débat qui n'est pas terminé puisque, récemment, vous avez pu entendre, dans la continuité d'attaques permanentes contre la psychanalyse, celle qui a eu lieu à l'occasion de la publication du livre de Michel Onfray « l'affabulation freudienne » prétendant que la psychanalyse ne repose sur rien et qu'elle n'est pas efficace.

D'abord, quelques définitions

Psychothérapie et psychothérapies psychanalytiques (incluant la cure type)

La psychothérapie peut être définie comme un travail psychique partagé, reposant sur un processus interpersonnel conçu et construit pour réduire les troubles psychologiques d'une personne qui a cherché une aide auprès d'un professionnel qualifié (Thurin 2011, d'après Strupp 1985).

Les psychothérapies psychodynamiques (ou psychanalytiques) se réfèrent suivant Shedler (2010) à une gamme de traitements basés sur les concepts et les méthodes psychanalytiques qui impliquent des séances moins fréquentes. Ces psychothérapies peuvent être considérablement plus brèves que la psychanalyse proprement dite.

Les psychothérapies d'enfants ont depuis longtemps conduit les psychanalystes à considérer que le travail psychothérapique avec eux ne peut pas être simplement d'analyser les conflits, de réduire les refoulements ou de reconstruire le passé. Plus souvent, il implique le développement de processus et de structures qui permettent la pensée, la réflexion et l'expérience émotionnelle (Urwin 2000, in Kennedy 2004).

Aujourd'hui, les psychothérapies psychanalytiques (incluant la cure type) se caractérisent par un pluralisme de modèles et d'approches issus de l'élaboration phénoménologique, théorique et clinique de la grande variété de troubles qui constituent le champ thérapeutique actuel de la psychanalyse. Ces approches partagent les principes éthiques de la psychanalyse et sa méthode d'écoute associative et interprétative, la référence à l'inconscient, à l'histoire individuelle et au passé infantile. Le transfert et son interprétation sont à la fois communs et différents dans la résolution des complexes névrotiques et dans les processus développementaux qui caractérisent les psychothérapies des états limites, psychotiques et autistiques (Thurin 2010).

Approches en recherche empirique psychanalytique

Elles reposent sur un besoin de porter les découvertes psychanalytiques au delà du cabinet vers une communauté plus large. Dans le registre des psychothérapies d'enfants, Fonagy et Rustin en présentent deux approches.

La première (Kazdin) intégre la recherche psychanalytique dans les méthodes de la psychologie, avec l'objectif de réduire la faille entre psychologie expérimentale et psychanalyse et de développer un modèle unifié de l'esprit.

La seconde (Rustin) repose sur un processus de recherche clinique issue de cas individuels et d'ateliers de cas, jusqu'aux concepts et aux théories, pour comprendre les situations complexes et les affronter dans la pratique clinique.

Un peu d'histoire pour comprendre la situation actuelle

Quatre générations de recherche se sont succédées depuis les premières évaluations de résultats dans les années 1920 : les années 30, les années 50-75, les années 75-2000 et les années post 2000.

Nous rappellerons rapidement les éléments les plus marquants des trois premières en remarquant l'implication progressive de la complexité dans les facteurs explicatifs des résultats. La quatrième sera abordée à la fin de cette présentation.

Les années 30 sont marquées par la publication, par les instituts de Berlin, Chicago, Londres et par la Fondation Menninger des premiers rapports de résultats chez des patients traités par des thérapies psychanalytiques pour des pathologies psychiatriques et psychosomatiques. Knight en fait la synthèse dans un article publié en 1941 par l'*Am J Psychiatry.* Il en ressort à partir de 952 patients que les résultats sont favorables dans 20 à 80 % des cas suivant les pathologies. Leur cotation a été réalisée par consensus suivant quatre choix (apparemment guéri, très amélioré, amélioré, sans changement ou aggravé).

Les années 50-75 commencent avec l'introduction des *méthodes expérimentales* par les psychologues comportementalistes. Elles deviennent la référence pour tester l'efficacité *d'interventions*, tandis que parallèlement les psychanalystes se centrent sur les études de *processus et les facteurs de changement.* C'est au cours de cette période que se déroule le programme de recherche de la clinique Menninger sur la psychothérapie de patients borderline – psychotiques (Kernberg, Wallerstein...). Il s'agit d'une étude prospective de cas portant sur quarante-deux patients. C'est un travail considérable qui fait apparaître notamment la nécessité d'un ajustement de la technique au cours du processus psychothérapique. Ce constat modifie radicalement la façon d'aborder la distinction entre psychothérapies psychanalytiques et cures types en les situant comme des modalités spécifiques d'approche relatives à des états et des aptitudes différentes suivant l'évolution des troubles. Plusieurs universités américaines (notamment, celles de Columbia, Boston et New York) développent également des programmes de recherche portant sur les critères d'analysabilité des patients et l'impact de la formation du praticien, de la durée du traitement, etc. sur les résultats des psychanalyses ou des psychothérapies psychanalytiques. Ces programmes portent sur un nombre important de cas, mais ils se heurtent à des problèmes méthodologiques : les termes et les concepts fondamentaux (comme le bénéfice thérapeutique, le processus analytique) ne sont pas standardisés ou opérationnalisés, les chercheurs ne réussissent pas vraiment à partager un langage commun avec les analystes qui remplissent les questionnaires, ce qui pose des questions sur la fiabilité et sur la possibilité de

comparaison des observations, plusieurs études sont rétrospectives, etc.

Au cours des années 1975-2000, les essais contrôlés randomisés deviennent le « *gold standard* ». Parallèlement, les résultats des études sont regroupés par Luborsky, puis par Smith, Glass et Miller qui réalisent la première méta-analyse à partir de 475 études. Celle-ci démontre l'efficacité importante de la psychothérapie (taille d'effet de 0,85, ce qui signifie que de façon moyenne une personne en psychothérapie a 85% de chances de plus d'avoir des résultats qu'une personne qui n'y a pas eu accès). Dans les années 1980-1996 se déroule le *programme collaboratif multicentrique NIMH sur le traitement de la dépression* qui compare l'action des psychothérapies cognitivo-comportementales et interpersonnelles aux antidépresseurs et à l'absence de traitement (Elkin et al.). Ici encore, la psychothérapie démontre son efficacité. Cependant, l'analyse précise de ses résultats (1989) confirme les constatations étonnantes issues des regroupements antérieurs : des résultats analogues peuvent être obtenus avec des psychothérapies « différentes » et des psychothérapies « identiques » peuvent conduire à des résultats différents.

La recherche en psychothérapie s'oriente alors sur l'implication des facteurs communs contenus dans la relation entre le thérapeute et son patient comme facteur central de changement tout en procédant à un réexamen de la méthodologie des essais cliniques. Six aspects particulièrement problématiques en sont relevés : 1) l'insuffisance du protocole avant-après pour situer l'origine des changements et leurs mécanismes ; 2) l'écart entre les populations sur lesquelles ont porté les essais cliniques et les patients réels, avec une quasi absence d'études portant sur les troubles sévères et complexes ; 3) l'inadéquation du DSM pour définir les patients, leurs problèmes, la sévérité de leurs troubles, leur organisation psychopathologique et les objectifs de la psychothérapie ; 4) l'absence de prise en compte des facteurs individuels concernant le patient (personnalité, signification des événements, développement, contexte psychosocial), le thérapeute et leurs interactions dans les résultats ; 5) le caractère irréductible et bénéfique de l'ajustement chez les thérapeutes qualifiés alors qu'une des conditions de ces études est la standardisation des techniques ; 6) le fossé qui s'est établi entre chercheurs et cliniciens.

Les années 1975-2000 voient aussi le développement de méthodologies appliquées aux cas isolés (*single case studies*).

La méthodologie expérimentale portant sur le cas isolé est développée par Kazdin (1982), Barlow et Hersen (1984). Hilliard (1993) insiste sur la nécessité de prendre en compte les changements manifestes (symptômes et comportements) et intrapsychiques. Fishman (2000) décrit en détail comment dépasser l'opposition entre efficacité potentielle et efficacité réelle, recentrer la recherche sur le patient et développer des bases de données d'études systématiques de cas, rigoureuses et centrées sur les solutions. Messer insiste sur l'objectif de donner aux études de cas une véritable dimension scientifique tout en respectant leur dimension qualitative.

Dans les années 90, l'implantation de *l'Evidence based medicine* puis de *l'Evidence based practice* dans le champ de la santé marque un tournant dans le positionnement de la recherche évaluative car ses résultats peuvent être utilisés pour déterminer le remboursement des soins. En 1995, l'Association Américaine de Psychologie réalise un premier rapport dans lequel un certain nombre d'interventions psychologiques sont identifiées comme « traitements validés/soutenus empiriquement » *(Empirically Supported Treatments).* Ce « label » peut être obtenu dans deux cas. Le premier est qu'au moins 2 études avec comparaison de groupes aient démontré une efficacité statistiquement supérieure à celle d'un traitement placebo ou équivalente à celle d'un traitement ayant déjà démontré son efficacité. Ces études comprenant un nombre de patients adéquat (25-30 cas). Le second est qu'un nombre important d'études de cas isolés (N = 9 ou +) aient démontré l'efficacité du traitement en ayant utilisé un bon protocole expérimental ou en ayant comparé l'intervention à une autre intervention. Les premiers traitements validés sont tous des thérapies cognitivo-comportementales.

La psychanalyse dans la tourmente de l'EBM. Entre retrait et initiatives

Les institutions psychanalytiques restent longtemps hésitantes sur la démarche à adopter. Par exemple, l'Association Psychanalytique Américaine refuse en 1985 de participer à l'étude multicentrique du NIMH.

Mais quelques mois plus tard l'Association Psychanalytique Internationale (IPA) engage une importante réflexion sur la recherche en psychanalyse (Bachrach H.M., Galatzer-Levy R., Skolnikoff A. Waldron S J.R.). Son rapport publié en 1991 comprend quatre propositions principales : 1) Évaluer la thérapie dans les conditions naturelles où elle est appliquée ; 2) Spécifier, opérationnaliser, étudier systématiquement les variables pertinentes chez le patient et le thérapeute ; 3) Définir de façon claire, consensuelle et opérationnelle l'amélioration, le bénéfice thérapeutique, le processus analytique et les conditions de terminaison ; 4) Utiliser de façon complémentaire les études de cas et les études de population.

En 2000, sous la direction de P Fonagy et avec la participation de H Kächele, R Krause, E Jones, R Perron, l'IPA publie en ligne sur Internet une revue détaillée des études de résultats réalisées en psychanalyse : « *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* » (traduction française de JM Thurin et *al.* sur www.techniques-psychotherapiques.org).

En 2002, Waldron publie un nouveau rapport « Comment pouvons-nous étudier l'efficacité de la psychanalyse ? » qui apporte des débuts de réponses aux différentes questions méthodologiques posées par les études précédentes. Des propositions sont faites à propos des mesures de résultats et de processus, de la place des études de cas, de l'analyse du processus, de la combinaison des variables de processus et des variables de qualité de vie, des sujets contrôles, des études de suivi et des moyens organisationnels et financiers qu'il est nécessaire d'engager pour qu'une recherche, dont on commence à apprécier la maturité, se développe véritablement sur une large échelle.

La même année, Holmes publie dans le *BMJ* un article qui pose directement la question de l'avenir de la psychanalyse dans le contexte anglais *« All you need is TCC ? ».*

Les années post 2000 et les nouvelles voies de développement de la recherche en psychanalyse

Un nouveau paradigme, de nouvelles orientations générales

Au cours du début des années 2000, un véritable tournant se produit dans la recherche en psychothérapie dont la psychanalyse peut véritablement bénéficier. Les objectifs de la recherche se déplacent des études de résultats aux études processus-résultats. L'origine des résultats d'une psychothérapie n'est plus démontrée par l'effet sur un groupe d'une intervention ou d'une technique déterminés à l'avance sur le modèle du médicament. Il s'agit plutôt de saisir, parmi la variété des attitudes et des interventions potentiellement actives dans « une » approche, celles qui ont le plus de probabilité d'être la cause d'un effet chez des patients mieux caractérisés, voire chez un patient particulier à un moment particulier. Autrement dit, ce n'est plus une approche générale appliquée à un patient identifié par un diagnostic général que l'on tente d'appréhender, mais la dynamique des interactions, des attitudes et des actions thérapeutiques du thérapeute et des mouvements internes et relationnels du patient qui participent à son évolution.

Cette approche ne néglige pas la question des résultats, mais en étant aussi résolument orientée par une approche plus précise de leur origine, en cherchant à répondre à deux questions centrales « Pourquoi et comment une psychothérapie marche ? », elle réintroduit la complexité. À partir du moment où la réduction des symptômes n'est plus le critère final de jugement, les dysfonctionnements sous-jacents à leur

manifestation retrouvent toute leur importance. De façon cohérente, avec cette réouverture de la causalité, les indicateurs de changement sont étendus aux fonctionnements psychiques et psychosociaux et à leur retentissement sur les possibilités de réalisation que permet la santé mentale. Ils doivent aussi pouvoir décrire ce qui change à l'intérieur même du processus psychothérapique car on ne peut imaginer qu'elle se réduise à l'application fixe d'un seul principe. Les études en conditions naturelles sont préconisées, la diversité des méthodologies qui peuvent permettre de saisir le processus de transformation à différents niveaux et sous différents angles, la collaboration entre chercheurs et cliniciens pour saisir cette complexité font partie des principales recommandations. Des instruments sont développés. Ils permettent une évaluation quantitative dynamique des fonctionnements, de la personnalité et des facteurs de processus qui participent et contribuent à l'action thérapeutique.

Un cahier des charges exigeant

Au niveau méthodologique, tout n'est cependant pas simple lorsque l'on s'éloigne des études expérimentales d'efficacité d'une intervention ou d'une technique spécifiée dans un manuel sur un trouble supposé identique dans ses manifestations et son origine.

Le cahier des charges des nouvelles approches implique de préciser les termes d'une équation à plusieurs inconnues. Quels sont les différents ingrédients et facteurs susceptibles d'intervenir dans les effets constatés ? Chaque théorie a « son » explication de l'origine des résultats qu'elle obtient. Mais ce n'est plus suffisant. Par ailleurs, un résultat peut avoir plusieurs origines et une même action peut avoir plusieurs effets. Comment résoudre ce problème ? Enfin, les éléments contextuels préliminaires à la psychothérapie, jusque là globalement négligés ne peuvent plus l'être. Finalement, l'objectif est de pouvoir établir des inférences causales cohérentes impliquant 1) les effets constatés, 2) les mécanismes supposés par la théorie, 3) l'observation des actions psychothérapiques réellement mises en œuvre, et 4) la relation entre l'action thérapeutique et la temporalité des changements (l'effet peut suivre l'intervention, mais se produire également avant ou en dehors d'elle).

Approches expérimentale et observationnelle du changement

Kennedy & Midgley (2007) rappellent qu'il existe 3 méthodes pour décrire et expliquer les mécanismes de changement.

La méthode classique repose sur la prescription et le test d'une technique déterminée et la prévision de ce qui devrait se passer. Dans cette perspective, on peut citer les travaux et les manuels de Muratori (2003), Kernberg et Chazan (1991), Miller (1993). Nous avons vu précédemment qu'elle porte le risque d'ignorer des facteurs concomitants qui participent ou sont les véritables ingrédients du changement.

L'observation découverte repose sur la description de ce qui se passe. Par exemple, cela peut être l'analyse des thèmes dans un trouble donné comme la dépression ou le TOC, des interventions associées et de leur effet. C'est une analyse qualitative de très haut niveau exigeante et coûteuse en temps.

L'observation structurée repose sur l'instrument qui définit les règles d'observation par une extraction des éléments caractéristiques issus d'un inventaire des possibles. Plusieurs instruments de processus ont été conçus dans cette perspective : le *Psychotherapy Process Inventory de Baer* et *al.* (1980), la *Child Psychotherapy Process Scale* (CPPS) d'Estrada and Russell (1999), l'*Anna Freud Center Session Rating Scale for Children and Adolescents* de Fonagy, Philips, Buchan, Target, & Weise, 1993), le *Child Psychotherapy Q-Sort* (CPQ) de Schneider et Jones 2004, Schneider, Pruetzel-Thomas & Midgley, le *Psychotherapy process Q-Sort* (PQS) de Jones, Cumming & Pulos, 1993 qui est le plus utilisé, et enfin le *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* (VPPS de Suh, Strupp & O'Malley, 1986.

C'est cette troisième méthode qui nous paraît réaliser le meilleur compromis de finesse et de définition. Elle permet de réaliser une double approche, quantitative et qualitative à partir de cas dont la psychothérapie est étudiée de façon intensive. C'est celle que nous avons sélectionnée dans le réseau. Elle permet d'apprécier les éléments de la première (le processus observé est-il conforme à une approche spécifiée particulière ?) et elle peut être complétée par la seconde, par exemple par une analyse comparée du discours d'un entretien de début, de milieu et de fin.

Le choix des instruments est évidemment fondamental, notamment concernant la description du processus. Ils doivent à la fois « parler » au clinicien et respecter le processus psychothérapique naturel, en plus de leurs qualités propres.

Discussion et conclusion

Pouvoir décrire pourquoi et comment une psychothérapie fonctionne dans les troubles complexes représente un grand enjeu pour la psychanalyse, les cliniciens, les patients et les chercheurs.

Voilà plus de 80 années que différents psychanalystes ont commencé à évaluer les résultats des psychanalyses et des psychothérapies psychanalytiques qu'ils menaient. Sous l'influence de la psychologie expérimentale, la méthodologie de référence est devenue à partir des années 50 celle des tests d'efficacité, en comparant les effets de l'application d'une intervention ou d'une technique standardisée sur un groupe de patients souffrant de troubles limités, traités en laboratoire durant une durée brève ou très brève, avec celle d'un groupe qui n'en bénéficiait pas. Cette situation, associée au fait qu'une majorité de psychanalystes étaient hostiles à toute évaluation a rendu très difficile, voire impossible, l'évaluation scientifique de l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques.

Des travaux ont toutefois été développés dans ce domaine par la clinique Menninger et différents chercheurs tels que Kernberg, Gabbard, Wallerstein, Fonagy qui ont tenté de s'adapter aux critères de preuve exigés. Cela a permis à la psychanalyse de surnager dans des conditions difficiles, d'examiner de façon très rigoureuse les biais potentiels de la méthodologie recommandée et de développer des outils cohérents avec l'approche psychanalytique.

Les limites importantes des essais cliniques étant clairement apparues, des changements profonds des méthodologies d'évaluation se sont imposés à partir des années 2000. Ils sont marqués par l'introduction des méthodologies d'études intensives de cas et celle de l'analyse du processus pour répondre à la question des mécanismes de changement, question qui avait été largement ignorée dans les études précédentes. D'autre part, ces nouvelles approches permettent d'accéder à la complexité des prises en charge des troubles majeurs auxquels sont souvent confrontés les psychanalystes.

Nous sommes ainsi aujourd'hui à un moment charnière où les psychothérapies psychanalytiques peuvent participer de plein pied à la recherche scientifique.

L'article de Fonagy dans le PDM (2006) illustre bien cette situation puisqu'il présente à la fois les résultats obtenus à partir des essais contrôlés et en même temps se réfère à Kazdin et situe la nouvelle méthodologie que je viens de vous présenter pour décrire ce qu'il appelle « Le programme idéal de recherche ». Il ajoute que la recherche future devrait peut-être regarder les outils avec lesquels les cliniciens construisent les traitements particuliers qu'ils pratiquent et la relation qui les associe aux changements du patient (p 772).

Les arguments pour que les psychanalystes s'engagent véritablement dans la recherche empirique en psychothérapie sont de trois ordres :

• Dans le contexte actuel, l'implication des psychanalystes cliniciens dans la recherche est indispensable pour défendre leur pratique et l'accès aux soins des patients dont ils ont la responsabilité. La recherche permet de s'appuyer sur des données solides et une méthodologie reconnue pour pouvoir être entendue.

• Il n'est plus possible de considérer qu'il existe un antagonisme entre recherche et pratique, voire entre recherche et psychanalyse. Les méthodologies actuelles de la recherche centrées sur les études de cas sont tout à fait appropriées à la psychanalyse. Il est possible de nouer des relations solides et fructueuses entre cliniciens et chercheurs, ce qui est indispensable. L'expérience que nous menons actuellement dans le réseau montre également, à partir d'un nombre de cas déjà très significatif, l'impact favorable que peut avoir, sur la pratique et sur la réflexion autour de questions cliniques, le suivi systématique en groupes de pairs de l'évolution d'un cas, de ses résultats et de ce qui les conditionne. Une compréhension plus précise des mécanismes qui interviennent dans les résultats de la psychothérapie qu'ils pratiquent renforcera assurément la confiance individuelle des cliniciens dans ce qu'ils font, stimulera une dynamique collective d'élaboration et participera à l'élaboration de la connaissance dans ce champ.

• L'apport potentiel de la clinique psychanalytique au développement actuel des connaissances sur le développement de l'esprit et son fonctionnement paraît aujourd'hui très important dans un contexte de pratiques matures, d'existence de modèles déjà très accomplis des fonctionnements psychiques et leurs manifestations, et de recherches intensives sur l'esprit et le cerveau. Cette perspective s'inscrit dans des recherches interdisciplinaires, telles qu'elles se développent actuellement.

C'est dans cet esprit que travaille le réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques dont la méthodologie et les premiers résultats vous seront présentés cet après-midi. ●

Références bibliographiques

• **Alvarez, A., Lee A**. (2004) Early forms of relatedness in autism: a longitudinal clinical and quantitative single-case study. Clinical Child Psychology and Psychiatry; 9 (4): 499-518.

• **Bachrach H.M., Galatzer-Levy R., Skolnikoff A, Walldron S.J.R.** (1991). « On the efficacy of psychoanalysis », *J. Am. Psychoanal. Assoc.,* 39, 871-916.

• **Barber S & Lane RC.** (1995) Efficacy research in psychodynamic therapy : a critical review of the literature. Psychotherapy in private practice, 14(3), 43-69.

• **Barlow DH & Hersen M.** (1984) Single case experimental designs. Strategies for studying behavior change. Pergamon Press.

• **Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V,** et al. (1996). An update on empirically validated therapies. *Clin. Psychol.* 49(2):5-18.

• **Chambless D L, Ollendick T H.** (2001) Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology* ; 52 : 685–716.

• **Elkin I., Parloff M.B., Hadley SW, Autry J.H.**. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and research plan. *Arch Gen Psychiatry.* Mar;42(3):305-16.

• **Elkin I.** (1989), « The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. » *Arch. Gen. Psychiatry,* 46 : 971- 982.

• **Elkin I., Gibbons R.D., Shea M.T., Shaw B.F.** (1996). « Science is not a trial (but it can be a tribulation) », *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 64, 92- 103.

• **Fonagy, H Kächele, R Krause, E Jones, R Perron.** An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis.

• **Fishman D.B.** (2000). « Transcending the Efficacy Versus Effectiveness Research Debate : Proposal for a New, Electronic Journal of Pragmatic Case Studies ». Prevention and Treatment.

• **Hilliard R.B.** (1993). « Single-Case Methodology in psychotherapy process and outcome research », *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 61(3), 373-380.

• **Kazdin A.E.** (1982). Single Case Research Designs, Methods for clinical and applied settings New York/Oxford, Oxford University Press.

• **Kazdin AE, Kendall PC.** (1998) Current progress and future plans for developing effective treatments : Comments and perspectives. *Journal of clinical child psychology* ; 27(2) : 217-226.

• **Kazdin AE.** (2000). Understanding change : from description to explanation in child and adolescent psychotherapy research. *Journal of school psychology.*

• **Kazdin AE, Nock MK.** (2003) Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* ; 44(8):1116–1129.

• **Kennedy E**. *Child and Adolescent Psychotherapy: A systematic review of psychoanalytic approaches*. North Central London NHS.

• **Kennedy E & Migdley N.** (2007) *Process and outcome Research In Child, Adolescent and Parent-Infant Psychotherapy. A thematic Review*. NCL NHS.

• **Kernberg OF.** (1973) Summary and conclusions of "Psychotherapy and Psychoanalysis, final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project". *Int J Psychiatry* ;11 : 62-77.

• **Knight R.** (1941). « Evaluation of the results od psychoanalytic therapy », *Amer. J. Psychiatry,* 98, 434-436.

• **Levy R, Ablon JS**. (2000) Psychoanalytic research: progress and process. *Psychoanalyst Psychologist* ; 23-5.

• **Luborsky L, Singer B & Luborsky L** (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes ?' *Archives of General Psychiatry ;* 32:995-1008.

• **Luborsky, Rosenthal, SIguer, Andrusyna, Berman, Levitt, Seligman, Krause, L**. (2002). «The Dodo bird verdict is alive and well - mostly». *Clinical Psychology: Science and Practice* ; 9: 2–12.

• **Messer S.B. (**2007). Psychoanalytic Case Studies and the Pragmatic Case Study Method. Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 3(1) : 55-58 http://pcsp.libraries.rutgers.edu.

• **Schneider C, Midgley N, Duncan A.** (2010) A "Motion Portrait" of a Psychodynamic Treatment of an 11-Year-Old Girl: Exploring Interrelations of Psychotherapy Process and Outcome Using the Child Psychotherapy Q-Set. Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 9:98–111.

• **Shedler J.** (2010) The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist* ; 65(2):98-109.

• **Strupp HH.** (1978) Psychotherapy research and practice : an overview. In *Handbook of psychotherapy and behavior change : an empirical analysis*. second edition (Garfield et Bergin Eds). New York, John Wiley & Sons.

• **Thurin JM. (**2004) Approche psychodynamique (psychanalytique) (ch 4). Aspects méthodologiques spécifiques (ch 5). Bilan des études d'évaluation (ch 6). In INSERM. *Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise Collective* (Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM). Paris : INSERM, pp 49-169.

• **Thurin JM.** (2009) Évaluation des effets des psychothérapies. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), *Psychiatrie*, 37-802-A-10.

• **Thurin JM et Thurin M.** (2007) *Évaluer les psychothérapies : méthodes et pratiques*. Paris, Dunod.

• **Wallerstein RS.** (1986) *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*. Guilford, New York.

Références bibliographiques de l'article de Sonia Guerri (page 10)

• **Fonagy P.,Target M., Cottrel D., Phillips J., Kurtz Z.** (2003) *What Works for Whom? A Critical Review of Treatment for Children and Adolescents.* The Guifort Press 2002. Trad. it. *Psicoterapie per il bambino e l'adolescente.* Roma: Pensiero Scientifico.

• **Muratori F., Narzisi A., Tancredi R.** (2010) Interventi precoci nll'Autismo: una review. *Gior Neuropsich Età Evol*; 30: 136-148.

• **Jones E.E.** (2000) *Therapeutic Action : a Guide to Psychoanalytic Therapy*. Northvale,NJ: Jason Aronson (trad. it : *L'azione terapeutica.* Milano: Raffaello Cortina, 2008).

• **Target M, Fonagy P** (1994), The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 361-71.

Discussion de l'exposé de Jean-Michel Thurin

Sonia Guerri

● Jean-Michel Thurin nous a dressé un panorama des études conduites en psychothérapie psychanalytique et de l'évolution des méthodologies, depuis les premières jusqu'à celles qui peuvent à la fois répondre à des critères de faisabilité, de respect des conditions et du cadre psychothérapique, de cohérence et de preuve exigés aujourd'hui à la fois par les cliniciens et les chercheurs.

Nous sommes arrivés ainsi à la proposition d'une nouvelle méthodologie de recherche qui réponde à différents critères fondamentaux, permette de travailler à partir des données dont nous disposons naturellement et réponde aux questions : « Est-ce que ça marche ? Pourquoi et comment ça marche ? ».

La psychothérapie psychanalytique a été mise en discussion pour différentes raisons. L'aspect économique, « la concurrence » d'autres interventions plus faciles à étudier telles que l'intervention pharmacologique ou les traitements cognitivo-comportementaux ont joué un rôle important, mais il faut peut-être aussi prendre en compte certaines erreurs telles que l'isolement, la fermeture défensive et l'autoréférence. Comme Fonagy l'a écrit (2002), le débat à propos de l'efficacité n'est pas une question de principe mais de nécessité. Le risque est que les thérapies privées de « preuves substantielles » soient considérées sans « valeur substantielle » et ne soient pas introduites dans les recommandations et dans les protocoles thérapeutiques.

En conséquence, la nécessité d'une collaboration entre les psychothérapeutes cliniciens et les chercheurs, notre engagement comme cliniciens de suivre ce domaine d'études, même s'il nous parait parfois si lointain et difficile à comprendre, apparaissent indispensables. Comme cliniciens, nous avons à répondre à la demande de nos patients et des agences de soin, en apportant des données à propos de l'efficacité des traitements que nous mettons en œuvre.

Le rapport de JM Thurin a donné une place importante aux recherches chez l'adulte et je voudrais le compléter par des éléments concernant plus spécifiquement le champ de l'enfance et de l'adolescence.

Les études dans l'enfance et l'adolescence sont rares.

Celles de Target et Fonagy (1994, 1996) sont bien connues. Ce sont des études portant sur les résultats, rétrospectives et non randomisées, réalisées à partir des dossiers médicaux de 763 enfants traités à l'*Hampstead Clinic* de Londres. Une amélioration a été trouvée chez 62% des enfants traités pendant un an, mais l'absence de groupe de contrôle ne permet pas de différencier l'effet thérapeutique de l'évolution naturelle. Ces études montrent aussi que plus le patient est jeune, meilleurs sont l'évolution et les résultats.

En 2002, Fonagy et *al.*, proposent un vaste examen critique de la littérature sur le traitement des troubles mentaux dans l'enfance et l'adolescence « Ce qui fonctionne et pour qui ».

La même année, Target décrit l'architecture d'une étude prospective d'efficacité qui prenne en compte les résultats manifestes (concernant les symptômes), mais aussi différents paramètres intra psychiques. La technique de traitement utilisée est spécifiée par un manuel et l'intégrité de sa mise en œuvre vérifiée. Une étude de suivi compare les enfants traités avec des enfants non traités, présentant des troubles similaires.

La conception d'une méthodologie ajustée à l'enfance pose différents problèmes tels que l'évaluation des symptômes et des changements structurels chez des sujets d'âge différent. Il est également important d'identifier des indicateurs de résultats appropriés. La dimension du développement est évidemment centrale et rend nécessaire une étroite imbrication de l'évaluation des résultats avec celle du fonctionnement de l'enfant, de son adaptation et de la perception de la famille (Fonagy, 2002).

La recherche en psychopathologie du développement exige le respect de plusieurs critères : sélection d'un échantillon homogène par type de trouble, description du modèle auquel se réfère la psychothérapie ; instruments pour évaluer les résultats à la fin de la thérapie et ultérieurement, notamment la réduction des symptômes et leur implication dans les relations sociales, familiales et scolaires.

Nous n'avons encore que très peu de preuves des changements qui se produisent dans la psyché de l'enfant au cours du travail psychothérapeutique. Des études longitudinales prospectives et de suivi, utilisant des méthodes qualitatives et quantitatives sont nécessaires.

Psychothérapie dans l'autisme

Pour l'autisme, nous avons encore besoin de répondre à une première question : la psychothérapie agit-elle ?

Les études rétrospectives de Target sur les cas traités à l'*Hampstead Clinic* de Londres sont terriblement négatives : les enfants atteints d'autisme ne s'améliorent pas, même avec un traitement prolongé et intensif.

Pour Fonagy (2002), il y a peu de certitudes sur la validité de tous les traitements utilisés dans l'autisme. Les Muratori ont réalisé dans le *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva* une intéressante revue à ce sujet en 2010.

A propos des interventions précoces dans l'autisme, ne sont concernés que les traitements psycho-éducatifs : la méthode comportementale ABA, un traitement basé sur le développement (DIR). L'étude évaluée par S. Rogers, Vismara (2008) a montré que 50% des enfants traités avec la thérapie comportementale ne montraient aucune amélioration significative.

Les causes de l'autisme, l'existence d'un ou plusieurs autismes sont des questions qui ne sont pas résolues. L'insuffisance du DSM-IV et de la CIM-10 pour identifier les patients, leurs problèmes, leur organisation psychopathologique, et par là même leur traitement, est largement soulignée.

Il y a donc une difficulté importante pour 1) identifier un groupe homogène de patients (diagnostic, âge, comorbidités) ; 2) évaluer l'efficacité du traitement lorsque certains symptômes ont tendance à persister, comme le noyau dur d'une maladie, ou qui s'expriment différemment suivant l'âge ; 3) prendre en compte l'effet d'autres facteurs tels que la participation des parents ; et 4) évaluer le traitement dans des conditions qui nécessitent une modification de la technique ou l'introduction d'un traitement de la dyade mère- enfant.

En liaison avec les études de cas cliniques des auteurs anciens, qui nous ont apporté une compréhension de l'enfant autiste, et l'étude aujourd'hui du Docteur Haag, il y a nécessité d'études de cas en milieu naturel, avec des outils pour évaluer le résultat, le processus thérapeutique et plusieurs autres facteurs impliqués. La méthodologie de la recherche qui nous est proposée semble tenir compte de ces exigences.

Il subsiste beaucoup de préoccupations quant au respect d'une méthodologie rigoureuse, mais elles doivent être surmontées. La recherche qui nous est proposée et à laquelle j'ai personnellement participé peut nous aider à répondre à une série de questions. Elle nous aide aussi à partager avec d'autres et à penser différemment la façon dont nous exerçons notre métier de psychothérapeute. ●

Bibliographie p 9

Extraits de la discussion par JMT

Groupe italien dans le Réseau de Recherches

Margherita Amenta et Sussana Messeca

● *Martherita Amenta et Sussana Messeca sont venues régulièrement à Paris pour se former à la méthodologie du réseau et à la passation des instruments. Elles sont devenues formatrices pour les groupes de pairs en Italie en restant bien sûr en étroite relation avec l'équipe française.*

Le pôle italien leur doit beaucoup. Margherita a ensuite pris en charge de collecter les données cliniques avant de nous les faire parvenir.

L'histoire

Il est important de parcourir les phases qui nous ont amenées à la constitution du groupe italien de la recherche.

La Coordination Internationale des Psychothérapeutes et Psychanalystes qui s'occupent de personnes avec Autisme (CIPPA), située à Paris, a été fondée au 2005 par Geneviève Haag et ses collègues, pour favoriser :

• le partage entre ses membres des recherches et évaluations de leurs expériences cliniques ;
• la coordination entre psychothérapeutes/psychanalystes et autres professionnels de l'enfance ;
• la réflexion à propos des meilleures façons d'aider les familles à établir une meilleure collaboration avec eux ;
• les liens avec les disciplines analogues.

Pour vérifier l'efficacité de la psychothérapie psychanalytique avec les patients atteints de troubles du spectre autistique, la CIPPA a participé, en 2008, au projet de l'INSERM (Institut National de Santé et de Recherche Médicale).

L'INSERM a sélectionné le projet de « Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques » coordonné par le Dr Thurin et le Pr Falissard dont le double objectif est 1) d'assurer une meilleure connaissance des pratiques psychothérapiques dans les différentes conditions et contextes de leur exercice et 2) de développer l'évaluation des psychothérapies en conditions naturelles et d'approfondir les connaissances sur les configurations et les mécanismes de changement au cours du processus psychothérapique.

Les membres italiens de la CIPPA, avec l'aide du centre parisien, ont commencé début 2009 une enquête parmi les psychothérapeutes et psychanalystes italiens pour vérifier l'existence d'un intérêt à participer à la recherche INSERM à propos de l'efficacité de la psychothérapie psychanalytique avec les enfants autistes.

Plusieurs collègues ont exprimé le besoin d'une validation objective de l'approche psychanalytique et en fait les adhésions ont été nombreuses, provenant de toute l'Italie.

À l'automne 2009, s'est tenue la réunion pour la constitution du groupe italien de la recherche. Trente-trois collègues étaient présents (psychothérapeutes et psychanalystes), membres des associations suivantes :

• AIPPI (Association Italienne de Psychothérapie Psychanalytique avec enfants, adolescents et familles)
• AMHPPIA (Association Martha Harris de Psychothérapie Psychanalytique de l'enfance et de l'adolescence)
• ASNE-SIPsIA (Société Italienne de Psychothérapie Psychanalytique de l'enfance, de l'adolescence et pour les couples)
• ASP (Association Études Psychanalytiques)
• CISPP (Centre Études Psychothérapie Psychanalytique)
• CSA (Centre Études Ariosto)
• SPI (Société Psychanalytique Italienne).

Ils travaillent soit dans les services pour l'enfance des *Institutions de soins*, soit dans les centres de réhabilitation, soit en libéral. Tous ont une expérience de plusieurs années concernant les troubles du spectre autistique.

Les inclusions ont été évaluées de façon à ce qu'elles correspondent aux critères de la recherche : patients jusqu'à 16 ans avec diagnostic d'autisme infantile vérifié selon la classification internationale des syndromes et des troubles psychiques et comportementaux ICD10. Beaucoup de patients étaient déjà en thérapie depuis longtemps. 10 Groupes de pairs locaux de 3 ou 4 membres chacun ont été constitués.

Le groupe italien a commencé la recherche en novembre 2009 avec 33 patients, dont 6 filles et 27 garçons entre 3 ans et demi et 15 ans. Le groupe a complété l'évaluation d'un an de thérapie en novembre 2010. Des groupes n'ont pas fini le travail d'évaluation.

Au cours de la période de la recherche, certains thérapeutes ont été confrontés à une interruption de la thérapie par le patient, mais ils ont quand même continué à travailler dans leur groupe, en s'assurant que le groupe pouvait poursuivre selon la méthodologie proposée.

Chaque groupe a organisé plusieurs rencontres pour chacune des 4 phases de la recherche, pour discuter ensemble les évaluations des séances. Quatre instruments ont été utilisés :

• La formulation du cas.

• La fiche d'évaluation des symptômes et comportements autistiques ECAR (*Évaluation des Comportements Autistiques version révisée*) de Catherine Barthélémy.

• Les Échelles d'*Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme* EPCA de Geneviève Haag et coll.

• Le Questionnaire de Caractérisation du Processus Psychothérapique de l'Enfant (*Child Psychotherapy Q-set* (CPQ) (Schneider & Jones, 2006) qui s'occupe de l'analyse et de l'évaluation du processus psychothérapique.

Les séances de chaque patient du groupe ont été évaluées par 2 collègues, quelquefois 3, plus le thérapeute lui-même, en cherchant à adopter une position intérieure très différente de la supervision à laquelle nous sommes habitués, mais plutôt en cherchant à réaliser une « intervision » du patient.

Le travail prévoit une première évaluation que chaque membre du groupe produit individuellement sur la base des séances de la phase correspondante (début, 2 mois, 6 mois et 12 mois) et une seconde phase dans laquelle les évaluations individuelles se discutent dans le groupe pour obtenir une évaluation partagée et définitive. À la vision individuelle succède donc la vision du groupe. Les différences sont discutées jusqu'à l'évaluation définitive des données.

La description du patient à ces différents moments prend en considération :

Au début et à 12 mois

- le diagnostic des troubles de l'enfant, son histoire, celle de sa famille et l'environnement dans lequel il vit, les événements significatifs de sa vie, les contributions et l'utilisation d'autres traitements, ses activités de jeu sportives, la thérapie et de tout ce qui se passe de significatif dans la vie du patient. L'ensemble est organisé dans la compilation de la formulation du cas ;

Au début, à 2, 6 et 12 mois

- les comportements et les symptômes, mesurés avec

l'échelle ECAR pour traduire le niveau global de l'état de l'enfant, celui de ses problèmes relationnels et de sa capacité de moduler les émotions (tolérance/intolérance à la frustration, agitation et turbulence, agressivité) ;

- le développement de l'enfant autistique exprimé dans les 8 dimensions des 5 étapes évolutives de la grille Haag : de l'état autistique grave à la récupération de la première peau, à la phase symbiotique de la scission verticale, à la phase symbiotique de la scission horizontale, à l'identification à travers l'évaluation des émotions actives dans la relation, la qualité du regard, l'image du Moi corporel, le langage, l'activité graphique, le rapport avec l'espace et les objets et leur exploration, l'évolution de la perception de la dimension du temps, les manifestations agressives ;

- ce qui se passe pendant le processus thérapeutique, dans la relation entre le thérapeute et l'enfant : description des attitudes, sentiments, comportements et expérience de l'enfant, description des actions et attitudes du thérapeute et description de la nature des interactions entre l'enfant et le thérapeute, le climat et l'atmosphère pendant la séance en utilisant le CPQ *(Child Psychotherapy Q-set)*.

Le groupe italien a traduit le matériel et a organisé des rencontres entre les coordinateurs italiens de la recherche et Jean-Michel Thurin, Monique Thurin et Geneviève Haag, pour surmonter les difficultés de la langue (beaucoup de personnes ne connaissaient pas le français) et pour dépasser l'absence de la période d'apprentissage de la méthode (pour les collègues français l'apprentissage avait commencé de 6 mois à 1 an avant le début de la recherche). Les coordinateurs italiens ont successivement organisé des rencontres avec le groupe des chercheurs italiens à Rome, Florence et Bologne pour discuter et transmettre les indications, les éclaircissements et les règles de la méthode.

Les coordinateurs sont devenus aussi le point de recueil des données des collègues et le véhicule de leur transmission aux responsables français de la recherche.

Les perspectives

Le groupe est en train de compléter son travail. Cependant, plusieurs considérations peuvent déjà être faites.

- La première concerne les motivations qui ont guidé les thérapeutes à participer à la recherche. Elles dérivent du désir de mettre en évidence de façon concrète ce qui se passe dans nos cabinets de thérapie pendant le processus psychothérapeutique. Il faut y ajouter celle d'apprendre une méthode pour quantifier tous les passages que l'on sait décrire en mots en parlant des patients. Il y a cependant des aspects du travail avec ces enfants qui ne sont pas suffisamment visibles et donc pas mesurables. Nous évoquons ici tous ces vécus, sensations corporelles, rêves, imaginations, atmosphères, que le thérapeute éprouve et qui donnent l'intuition de l'état mental et de la condition dans laquelle se trouve le patient. Je pense à ces vécus contre-transférentiels qui sont difficiles à traduire en mots du fait de l'incohérence et de la fragmentation des sentiments évoqués ou parce que la signification se manifeste dans le corps plutôt que comme mentalisation. Dans nos réflexions, nous avons pensé que l'instrument utilisé (CPQ) ne peut pas mettre en relief tout ce qui concerne une relation thérapeutique.

- La seconde est qu'au cours de ce parcours, est apparue avec évidence, à côté de la motivation initiale qui nous a fait participer au projet, une demande, un besoin de partage et de confrontation avec les collègues, surtout quand on travaille avec les troubles autistiques. La structure organisationnelle a eu le mérite de permettre le partage de ces expériences à travers l'uniformité du langage, qui a rendu plus efficaces les communications, les échanges et la validation des résultats obtenus. Et en prospective, nous avons vu comment un réseau de contacts a été créé. Ce réseau améliore la communication à travers les expériences cliniques, en favorisant les échanges et les initiatives.

- La troisième est que le groupe de recherche qui est en train de finir le travail trouve que le travail effectué est une première étape à partir de laquelle d'autres projets dans le futur pourront voir le jour, en augmentant également la participation des thérapeutes.

- Le désir de continuer le travail pour les cas engagés dans la recherche a émergé, pour en suivre les évolutions. Beaucoup d'entre nous voudraient continuer la discussion des cas pendant une période prolongée, parce qu'un an n'est pas suffisant si on pense aux temps d'évolution de ces enfants. En fait, la croissance intérieure se vérifie d'une façon cachée pendant longtemps et soudain elle se manifeste, en surprenant tout le monde (parents, professeurs, thérapeute).

Un des projets que le groupe voudrait faire commencer est la constitution de Groupes d'Étude selon des zones thématiques.

Pendant le travail de recherche, nous avons trouvé des thématiques que nous voudrions approfondir, comme :

- Le problème qui concerne nos patients traités depuis longtemps et qui sont en train de devenir adolescents. Ce sont généralement des garçons qui étaient très graves au début de la thérapie et qui ont eu ensuite une évolution positive en dépassant leurs difficultés relationnelles et en récupérant beaucoup au niveau cognitif. Parallèlement, ils expriment leurs incertitudes et leurs faiblesses avec de hauts niveaux de souffrance, comme conséquences des demandes physiologiques de la puberté et des crises de l'adolescence.

- La thématique du développement du langage. Par exemple (comme pour le cas du groupe de Cinzia Morselli, Chiara Nanni et Rosa Mattioli), le patient a élaboré un langage écrit très profond et articulé mais il a de grandes difficultés au niveau verbal, et ça devient la cause d'une forte souffrance.

- La thématique du rapport avec le *Soi Corporel* et son évolution, déjà approfondie dans l'expérience et la pensée de G.Haag.

Pour conclure, nous pensons transmettre la pensée de tous en remerciant Geneviève Haag, Monique et Jean Michel Thurin pour être ici avec nous, pour leur contribution et la façon dont il nous ont guidés, de façon experte et patiente, durant la recherche. ●

● Références des auteurs italiens de ce numéro de *PLR* et une partie de l'équipe en photo



● Margherita Amenta, Psicologa, Psicoterapeuta, Membro ordinario CSMH-AMHPPIA, Coordinatore Ricerca INSERM centro-nord Italia.

● Vincenzo Bonaminio, Psicoanalista con funzioni di training SPI-IPA, Ricercatore e Professore Aggregato, Dipartimento di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile, "Sapienza» Università di Roma, Direttore iW – Istituto Winnicott (Corso ASNE-SIPsIA), Membro INSPIRA (International Symposium for Psychoanalytic Interregional Research on Autistic States).

● Sonia Guerri, Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta, Membro ordinario CSMH-AMHPPIA, Direttrice servizi terapeutici e riabilitativi AIABA (Associazione Italiana Assistenza Bambini Autistici), Firenze. Gruppo italiano Ricerca INSERM.

● Suzanne Maiello, Psicoterapeuta, Membro didatta AIPPI, Docente MA in Psychoanalytical Observational Studies, University of East London. Membro CIPPA. Membro INSPIRA (International Symposium for Psychoanalytic Interregional Research on Autistic States).

● Marco Mastella, Neuropsichiatra, Psicoanalista SPI-IPA. Gruppo italiano Ricerca INSERM.

● Susanna Messeca, Psicologa, Psicoterapeuta, Membro ordinario AIPPI, Vice-Presidente CIPPA. Coordinatore Ricerca INSERM centro-sud Italia.

● Cinzia Morselli, Psicologa, Psicoterapeuta, Membro ordinario CSMH-AMHPPIA, Gruppo italiano Ricerca INSERM.

Évaluation du parcours thérapeutique de Piero

Cinzia Morselli
(Groupe de pairs Cinzia Morselli, Chiara Nanni, Rosa Mattioli)

● Quel sens a eu pour nous, thérapeutes psychanalytiques, de participer à la recherche INSERM, que nous a-t-il été demandé ? Tout d'abord cela a signifié de former des groupes de travail, des équipes qui pouvaient travailler ensemble, a posteriori, sur les séances qui ont eu lieu à l'intérieur d'un processus thérapeutique qui était souvent en cours depuis longtemps.

Pour notre équipe, il n'a pas été difficile de nous mettre au travail : nous nous connaissions toutes depuis longtemps, tant personnellement que professionnellement ; il n'y a donc eu aucune difficulté a être « groupe ». De même qu'écrire les séances n'a constitué un problème pour personne : nous l'avons tous fait depuis toujours et nous continuons à le faire, pour nous-même, afin de pouvoir réfléchir sur ce qui s'est passé pendant la séance, sur ce que nous arrivons à comprendre et sur ce qui nous paraît obscur et difficile à comprendre.

Cependant, participer à la recherche nous demandait quelque chose de plus : c'était un défi. Il nous était requis de partir de tout ce qui était pour nous connu, de notre façon de travailler et de regarder le matériel recueilli avec un regard différent, pour pouvoir le traduire en un langage pour nous inhabituel : l'enfant fait-il une chose ou ne la fait-il pas ? A-t-il ou non cet autre comportement ? Et si oui, quand est-il présent ? Avec quelle intensité ? Étant psychothérapeutes d'enfants nous ne vivons pas sur la lune. Pour nous aussi, les comportements sont importants, ainsi que les actions que notre patient accomplit ou n'accomplit pas dans la séance ou dans le contexte social et familial. Mais notre attention s'adresse à la nuance émotionnelle de ce qui se manifeste, ou au contact que, soit le patient soit nous-mêmes sommes capables d'établir, ou à la signification qu'un certain comportement ou action peuvent assumer à un moment donné pour ce patient, ou encore de quelle manière nous arrivons à régler la syntonisation avec ce patient en un moment particulier, étant donné les émotions, les fantasmes qui circulent dans la pièce… Et ainsi de suite, avec tous les aspects que nous connaissons et que nous savons être la spécificité de notre travail et de la relation thérapeutique psychanalytique.

Le défi était donc de traduire notre travail en termes de quantité. Personnellement, cela faisait des années que je ne prenais pas en main un formulaire de test, alors que pendant quelques années j'ai été *tutor* pour l'enseignement de théories et techniques des tests à l'université de Bologna-Cesena. Mais la nécessité de trouver, de disposer de données comparables pour soutenir la validité et l'efficacité thérapeutique de la psychothérapie psychanalytique nous imposait de ne pas nous soustraire. Je me souviens des mots de A. Alvarez lors d'un séminaire tenu à Florence il y quelques années où elle débuta en disant : « Je crois à la psychanalyse parce que j'ai vu que ça marche ». Ici, nous devions le démontrer avec les instruments, les chiffres. Et nous nous sommes mises au travail. Aujourd'hui nous sommes ici pour vérifier, quantifier si nous y avons réussi.

Nous avons pensé organiser cette intervention en suivant les critères adoptés par la recherche : je présenterai donc d'abord une description clinique d'une année de psychothérapie avec Piero, le patient avec lequel j'ai participé à la recherche et ensuite les résultats des évaluations se référant à la même période…

Cas clinique : Piero

Piero est un enfant qui, en novembre 2009 (date du début de la recherche) a 8 ans et quelques mois. La psychothérapie a commencé à 2 ans et demi quand Piero a eu un diagnostic d'autisme (F84 de l'ICD-10 de l'OMS), tant de la part du service sanitaire de base de compétence territoriale que par la suite du service du niveau de spécialisation supérieur régional. Trois ans plus tard, une évaluation du Centre pour l'autisme de Verone, auquel la famille s'était adressée, confirme le diagnostic.

Troisième enfant d'un couple qui n'était plus très jeune, il a été très désiré par la mère, à la suite d'un deuil important qui avait précédé de peu la grossesse : « une vie qui s'en va et une vie qui vient » avait été, je me souviens, un commentaire de la mère au moment de l'évaluation initiale. Piero a été allaité au sein jusqu'à l'âge de 2 ans et demi : le sein avait été utilisé aussi à tous les moments où l'enfant manifestait des signes d'inquiétude et de malaise.

La famille raconte que les premières difficultés sont apparues, selon eux, à l'âge de 18 mois à la suite de la vaccination trivalente. Piero a commencé à tomber souvent malade et les premiers moments de retrait sont apparus, devenus toujours plus fréquents et profonds et la conviction que la vaccination ait été la véritable source de la maladie de Piero a poussé la famille à suivre pendant un certain temps le protocole DAN, qui fait remonter la cause de l'autisme à la présence de métaux. C'est peut-être aussi à la suite de cela que Piero est devenu très sélectif avec la nourriture. La mère toutefois ne lâche pas et elle ne se laisse pas décourager par les refus.

Piero a fréquenté l'école maternelle, suivi par un enseignant de soutien pendant les heures de la matinée, jusqu'à l'âge de 7 ans, en y restant donc une année de plus. En septembre 2008, il commence l'école primaire. En janvier 2009, les maîtresses s'aperçoivent qu'il n'est capable d'écrire que si quelqu'un lui soutient la main. C'est ainsi que s'instaure un canal de communication : lentement, Piero écrit ses pensées, ce qu'il veut mais aussi ce qu'il pense, en montrant une certaine profondeur. Par exemple à la question : « Pourquoi aimes-tu bien aller chez Madame Cinzia ? », il répond : « Parce qu'elle m'apprend à vivre et à jouer ».

Cette capacité s'insère dans un contexte de silence : Piero ne parle pas, il ne l'a jamais fait. Depuis des années, il y a des sons et de la prosodie qui ne sont cependant pas, jusqu'à présent, parvenus à la formation d'un langage partagé. Récemment, et très rarement, semblent apparaître des mots, ou des morceaux de mots, mélangés avec des sons qui masquent le tout.

Durant la séance, les activités et les jeux sont très répétitifs.

Je sens que le lien avec moi est profond. Piero est émotionnellement présent, c'est un enfant bien élevé, doux et souriant. Son regard, quand il est là, apparaît vif et communicatif. Et il est là très souvent. Il sait désormais indiquer ce qu'il veut.

Piero a une soeur et un frère aînés. Avec ce dernier, il a une relation spéciale et privilégiée, de grand frère précisément. Les parents sont un couple très uni, mais ils sont très différents. La mère est anxieuse : pour elle rien n'est jamais suffisant, à peine un objectif a-t-il été atteint qu'elle pense tout de suite au suivant. Elle force continuellement. Le père est plus calme et délicat, mais il n'arrive pas à arrêter sa femme. Cependant ce sont deux personnes qui arrivent à s'en remettre aux autres : ils ont de bonnes relations avec les nombreuses personnes qui entourent leur enfant.

Les activités auxquelles Piero participe, à part l'école et la psychothérapie, sont la logothérapie, la natation, puis le

volleyball et l'équitation en alternance. Les activités de Piero pendant les séances semblent tourner autour de la question de la capacité ou de l'incapacité de contenir plutôt que de perdre. Il perd les boîtes de crayons de couleur, après les avoir vidées, en les laissant tomber comme si elles n'existaient plus ; il joue avec l'eau en utilisant deux contenants/verres, dont l'un est entier et l'autre troué. Il utilise de préférence le premier, celui qui est intact. Il s'interroge sur la possibilité que sa tête puisse contenir et ne pas perdre ses contenus. Est-il sensé faire de telles hypothèses alors qu'il y a si peu de preuves ? Pourtant j'ai toujours la sensation qu'il me comprenne et me suive. Sur le même sujet, il y a aussi le jeu avec les crayons de couleur : il les met dans le trou qui se forme entre l'angle du mur et le dos arrondi du fauteuil. C'est facile d'y faire tomber les objets et voir du haut où ils sont allés. C'est comme un contenant profond où les objets restent visibles en se penchant. Et il le fait. Quel jeu pourrait mieux représenter l'exploration de la continuité même dans l'absence ?

Chez Piero on retrouve d'une part un sens d'impuissance et d'incapacité, par exemple, quand il vient me chercher pour l'aider à déplacer le divan pour repérer les crayons, alors qu'il serait bien capable de le faire lui même (des enfants bien plus maigrichons arrivent à déplacer le divan de mon cabinet), et d'autre part un désir de grandir et de devenir grand, d'être un homme : quelquefois le geste de jeter les crayons ressemble à celui d'un paysan qui sème. Il habite à la campagne, ce sont des gestes qui appartiennent à son contexte. Mais je crois qu'il s'agit aussi d'une recherche d'identité.

Piero porte en lui un désir de communiquer. Son « Uhh, uhh » saccadé, accompagné parfois d'un mouvement des bras comme si c'étaient des ailes *(Flapi),* a le but d'exprimer une émotion vécue intensément, surtout de la joie. Mais les mots restent rares. Durant les trois séances du début de la recherche il dit au total : « Tata giù » (Tata en-bas) quand il m'invite à m'asseoir pour jouer avec lui dans la première séance ; dans la seconde « tut tut » (répète-t-il mon tutti – tous ?) et « Butt…la…buttla » que je traduis avec « butta là » (jette là). Durant la troisième rencontre aucun mot ou morceau de mot significatif ou évocatoire n'apparaît. A la même époque, à l'école Piero écrivait…

Au cours de la deuxième phase de la recherche, les activités et les jeux de Piero semblent modifiés. Durant la première séance de cette seconde phase, Piero choisit. Il choisit activement et souligne son choix en me regardant pour être sûr que je remarque la chose qu'il veut me montrer, et seulement celle-ci. Pendant cette période, il me semble que Piero veut montrer son besoin d'introjecter, de contenir, de penser et de ressentir ses émotions. Peut-être, les émotions liées à la séparation.

À la veille de la séance que j'aurais dû enregistrer pour la troisième période de la recherche, je dois annuler une séance à cause d'un deuil familial imprévu. Cela a eu un peu d'influence sur les deux séances : dans la première Piero est triste et fâché avec moi, il ne me regarde presque pas, il ne me dit pas bonjour, à peine un geste… ; dans la seconde je décris qu'il arrive et il y a urgence de jouer, de travailler, et il ne s'intéresse presque pas à moi.

À 12 mois de la recherche, deux petits événements sont à signaler : le premier est que pendant l'été Piero a commencé à manger de tout ; le second concerne le fait que cette fois aussi j'ai été absente avant l'enregistrement de la séance, mais c'était une absence programmée.

La caractéristique de ces deux séances est que les jeux ne sont pas interminables, il y a la possibilité de passer de l'un à l'autre et, de plus, un nouveau jeu apparaît : la balle.

Regardons-les brièvement l'un après l'autre.

Jeu des crayons de couleur. Il continue à les poser sur le front pour ensuite les faire tomber dans l'espace délimité par ses jambes qui forment un cercle. Il utilise les crayons et non plus les feutres comme auparavant. Est-il en train de me montrer que ses émotions-couleurs ne sont pas simplement contenues dans un espace propre mais qu'elles sont devenues plus délicates et modulées ? Ou qu'il est en train de travailler dans ce sens ?

Jeu du rideau. C'est toujours le jeu avec lequel il cherche à élaborer l'idée de la séparation dans une position active et non passive (le jeu du roquet de mémoire freudienne…) et c'est le moment où apparaît le plus de langage. La contiguïté avec le jeu des crayons semble indiquer l'idée d'une exploration des émotions liées à la séparation. Il est donc en train de construire des relations. Le jeu de la balle, qu'il commence à faire durant ces séances, peut être pensé comme une évolution du jeu du rideau et marque le début d'un échange relationnel moins centré sur lui-même et plus joué à deux, dans lequel l'autre est reconnu comme séparé et indépendant de lui.

Jeu avec le bouchon. Le bouchon indique le besoin de boucher, de ne pas avoir de trous, et la chaînette peut représenter la séquence de nos rencontres, comme il apparaît clairement dans une séance. Le jeu d'enrouler la petite chaîne et le bouchon autour du doigt souligne l'importance d'être et de se sentir actif.

Jeu du calendrier. C'est un jeu qui m'interroge, mais qui a confirmé ma sensation que Piero a désormais une idée du temps.

Jeu avec l'eau. C'est le vieux jeu de remplir et de vider, du robinet toujours ouvert, de l'indifférencié pourrait-on dire, mais aussi de la possibilité qu'il a désormais d'ouvrir et fermer le robinet. Il arrive un petit incident : sans le vouloir il mouille par terre. Il se préoccupe d'essuyer, je me préoccupe qu'il ne tombe pas sur le sol glissant : l'idée que des choses peuvent tomber et échapper à notre contrôle commence à apparaître, mais aussi la possibilité d'une réparation.

Le langage s'enrichit ultérieurement. C'est encore un langage entre nous, peu social pourrait-on dire, où cependant émergent des demi-phrases ou des demi-mots plus nets, moins mélangés aux autres sons. La mère m'informe peu après que Piero « sort » avec une fillette. Il a écrit que, étant son fiancé, il lui donne la main pour monter en classe et il doit lui faire des cadeaux et écrire des poèmes.

Voyons à présent comment la clinique se traduit au niveau quantitatif et voyons ensemble les résultats issus des instruments d'évaluation. ●

● Sur vos agendas

● **23 septembre 2011 (14h à 17h)** : Séminaire du pôle Alzheimer du Réseau.

Au programme :

- Point sur le pôle et les études

- Perspectives à partir des nouvelles demandes de participation

● **30 septembre 2011 (10h à 17h)** : Journée du Réseau

Cette journée se tiendra à l'Hôpital Sainte Anne (Pavillon de l'horloge dans la salle F du 1er étage)

Au programme :

- Présentation des 20 premiers cas d'autisme terminés et des trois méthodologies complémentaires pour en faire l'analyse.

- La formulation de cas des patients borderline

- Discussion approfondie avec les participants aux études.

Inscrivez-vous par mail : mthurin@internet-medical.com

Évaluation du cas de Piero

Monique Thurin et Jean-Michel Thurin

● *À partir des trois premières séances transcrites par le clinicien, les appréciations cliniques de chacun des membres du groupe de pairs concernant les éléments diagnostiques, les objectifs et les stratégies pour les atteindre ont été mises en discussion. Après validation, le clinicien du patient a élaboré une formulation de cas qui a fait l'objet d'une validation en groupe. Il s'est agi de faire ici une description du cas et d'élaborer à ce moment précis comment le thérapeute peut envisager la prise en charge à partir de la plainte, de son contexte et de la demande du patient.*

Lorsque commence l'évaluation, Piero a 8 ans. Sa prise en charge psychothérapique est engagée depuis l'âge de 2 ans et demi. Cet élément a évidemment une grande importance sur l'évolution du cas pendant une année de thérapie. Pour commencer, nous présentons les principaux modérateurs pouvant avoir un effet sur les résultats de la psychothérapie. Après la formulation de cas établie par le groupe de pairs qui est ici synthétisée, nous présentons les résultats principaux issus des différents instruments d'évaluation, l'ECAR (éléments diagnostiques et comportementaux), l'EPCA (éléments liés au développement et à la pathologie), et le CPQ (éléments du processus interne de la psychothérapie). Pour terminer, nous présentons une nouvelle formulation de cas à un an de psychothérapie et discutons les éléments réunis en relation aux données de 20 autres cas.

❍ *Principaux modérateurs*

Piero est un garçon de 8 ans. Il n'a pas de traitement psychotrope, pas de comorbidité somatique. Il est diagnostiqué d'autisme modéré (CIM 10 : F 84-0). Il est en psychothérapie psychanalytique depuis l'âge de 2 ans et demi. Il va à l'école avec un soutien. Il est engagé dans des activités de natation, d'équitation et de logothérapie. Son contexte familial est soutenant. Les parents mettent en cause un vaccin fait à 18 mois qui aurait causé le retrait de leur enfant. Sa mère l'a allaité jusqu'à 2 ans et demi.

❍ *Formulation de cas initiale*

1. Problèmes et leur place dans le contexte de vie, l'histoire personnelle et les traits psychopathologiques manifestes

◦ Absence de langage partagé : écholalie avec prosodie qui rappelle le rythme du discours. Peu de mots baignés dans les sons. Alimentation sélective. Grande répétitivité et ritualité dans les relations avec les objets.
◦ Eléments stressants : mère très anxieuse, toujours pressante, rien n'est jamais assez pour elle. Tendance du père à être un peu absent.

2. Facteurs non dynamiques

◦ Deuil important dans la famille, le frère de la mère, juste avant la grossesse.
◦ Réaction de retrait de l'enfant à la suite d'un vaccin à 18 mois. Allaitement prolongé jusqu'à l'âge de deux ans et demi.

3. Niveau de développement, qualité des rapports interpersonnels, autonomie et handicap

◦ Dysharmonie du développement. Capable d'établir des relations émotionnelles avec les autres et son regard est plutôt vif. Rarement, se fâche ou se montre obstiné.
◦ La mère cherche à le rendre autonome dans ses habilités. Mange de manière autonome, mais avec avidité. Peu habile dans sa coordination motrice. Indique ce qu'il désire. Autonomie du contrôle sphinctérien vers 3 ans. Très prudent, se met rarement en danger.

4.Capacité et expression des émotions : mécanismes de défense

◦ L'aspect émotionnel est parfois encore peu modulé.
◦ Ritualisation et répétitivité des activités dans le rapport avec les objets. A une perception du temps qui s'écoule. Est généralement serein, mais devient raide et sérieux s'il ne se passe pas ce qu'il attend.

5. Objectif et stratégie

◦ *Objectifs :* Construction et identification d'un espace intérieur reconnu comme espace mental. Séparation : permanence de l'objet et du sujet comme individus séparés. Développement de la relation et des aspects émotionnels liés.
◦ *Stratégie :* Reconnaître et soutenir les habilités et les capacités de l'enfant. Reconnaître et décrire les aspects relationnels et émotionnels présents dans la relation. Interpréter le vécu, les émotions et les pensées qui apparaissent durant la séance. Amorcer un langage partagé.

❍ **L'ECAR**. Cette échelle permet d'explorer l'enfant autiste dans différents domaines de son comportement : retrait social, troubles de la communication verbale et non verbale, adaptation aux situations environnementales, troubles du tonus, motricité perturbée, réactions affectives, troubles des grandes fonctions instinctives, troubles de l'attention, des perceptions et des fonctions intellectuelles. Elle donne un score global et à deux dimensions. Chez Piero, une courbe décroissante s'observe au score global (34 -> 14), au score de la déficience relationnelle (38 -> 19) et de l'insuffisance modulatrice (17 -> 0) (chiffres rapportés à100).

❍ **L'EPCA**. Cette échelle permet de suivre le développement de l'enfant autiste dans huit dimensions au cours de cinq étapes évolutives : expressions émotionnelles dans la relation, regard, image du corps, langage verbal, graphisme, exploration de l'espace et des objets, repérage temporel, manifestations agressives. La courbe pathologie décroit (24 -> 14), alors que celle du développement croit (32 -> 46) (chiffres rapportés à100).

❍ **Le CPQ**. Cet instrument caractérise le processus de la psychothérapie à partir de 100 items décrivant les attitudes, les sentiments, le comportement ou l'expérience de l'enfant, les actions et les attitudes du thérapeute et les éléments portant sur la nature des interactions au sein de la dyade, le climat et l'atmosphère de la séance. Différents facteurs peuvent être isolés. Nous notons dans la psychothérapie de Piero, une forte alliance (25) impliquant l'enfant, le thérapeute et leur interaction. Particulièrement, l'engagement de Piero dans sa thérapie augmente fortement au fil du temps (10 -> 40) ; son transfert avec sa thérapeute, déjà important, s'accroît durant l'année de thérapie (37 - > 47) et un très fort engagement du thérapeute qui malgré un décroissement reste important (70 -> 37). C'est d'ailleurs significatif de voir l'engagement du thérapeute décroitre alors que celui du patient croit, l'un expliquant certainement l'autre pour partie.

❍ *Autres médiateurs et indicateurs de changement au CPQ*

Deux facteurs ont un score très significatif : l'ECA (expression et conscience des affects), déjà très fort au début de l'année d'évaluation, augmente à 12 mois (29 -> 42) ; le CVL (action centrée sur la communication, la verbalisation et le langage) qui part d'un score faible, devient très fort à 12 mois (4->36).

Par ailleurs, le thérapeute a utilisé de façon très significative *l'interprétation/signification* dans ses actions psychothérapeutiques, avec un score élevé dans les évaluations à 2 et 6 mois (31), plus faible à 12 mois (15). Le score *conseils et interventions sur les comportements* suit une évolution analogue (20 -> -12,5).

Trois indicateurs de changement sont également significatifs dans le parcours psychothérapique de Piero. Le premier concerne son état émotionnel et son expression. Il reste élevé durant l'année (31 -> 28). Le second concerne la relation à la réalité de l'enfant (stressé et défendu ou ouvert sur le monde et les autres). Il traverse un creux à 6 mois puis remonte (38, 15, 23). Le troisième, l'Insight, reste très déficitaire (0 -> -15).

❍ *Premières conclusions*

Nous constatons donc chez Piero une évolution constante sur une année de psychothérapie de 15 points aux échelles de

comportement et de développement. Il est en psychothérapie depuis l'âge de 2 ans et demi, il a 8 ans. Il avait déjà beaucoup évolué et il continue. L'*Insight* est un médiateur qui n'est pas encore construit chez cet enfant.

❍ *Formulation de cas à un an*

1. Symptômes et problèmes actuels de l'enfant

◦ Le langage durant la séance commence à être partagé, alors que le langage social reste encore très problématique. L'alimentation n'est plus sélective. Reste un besoin de répétition et de ritualité dans la relation avec les objets, mais de façon moins isolée.

◦ *Eléments stressants.* La mère reste très anxieuse. Les grands frères s'éloignent de la famille.

◦ *Eléments positifs :* la présence du père est stable et constante. Les parents gardent de bons rapports, ils font confiance à ceux qui s'occupent de l'enfant.

2. Facteurs dynamiques et non dynamiques qui peuvent contribuer à son problème

◦ Grande dysharmonie entre les niveaux de développement. Angoisses profondes qui empêchent l'enfant de manifester directement ses pensées et ses émotions.

3. Niveau de développement, qualité des relations interpersonnelles, autonomie et handicap

◦ A atteint le niveau d'individuation et continue à travailler pour accepter une séparation non omnipotente. Gère mieux la frustration. Exprime sa déception en pleurnichant et gémissant, son bonheur et sa joie avec des petits cris et des rires. Ses rédactions à l'école sont devenues presque poétiques. La production linguistique est devenue plus communicative. Semble avoir davantage confiance dans ses possibilités.

4. Capacité et expression des émotions : mécanismes de défense

◦ A manifesté son chagrin lors des absences du thérapeute, mais aussi sa capacité de le dépasser. Possibilité de dire bonjour à distance. Besoin de rester longtemps sur des activités et de manière répétitive. Toujours très poli. Exprime sa lutte entre le besoin de maîtriser le temps, d'être l'agent de la situation et la nécessité d'accepter la réalité.

5. Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué aux changements apparus (événements de la vie, soutien de la famille, amis…)

◦ Le soutien de l'entourage est stable : enseignants, éducateurs, logothérapie et activités sportives.

6. Première analyse des éléments de la psychothérapie qui peuvent avoir contribué à cette évolution

◦ L'effort du thérapeute de chercher à comprendre le monde de l'enfant, avec ses peurs et les angoisses profondes qui l'habitent, sa reconnaissance et son soutien de l'enfant ; les capacités que possède Piero ou qu'il cherche à atteindre ; la stabilité de la relation et du cadre que les parents ont contribué à garantir avec la régularité des séances sont des médiateurs importants.

7. Analyse des identités et des différences entre les objectifs proposés et atteints

Identités. Construction et individuation d'un espace reconnu comme mental : maintenant P. est occupé à remplir cet espace avec des contenus, des objets, des souvenirs. Séparation et permanence de l'objet. Amélioration du contact et de la relation avec le thérapeute.

Différences. Le développement de la relation et des aspects émotionnels qui lui sont propres est encore en voie de développement. Le langage n'est pas encore tout à fait partagé : il y a une possibilité de compréhension dans la thérapie, très liée au contexte. Quelques rares mots apparaîssent dans le contexte social.

❍ *Mise en relation avec les autres cas et discussion*

Avec Piero, 21 études concernant l'évaluation de la psychothérapie d'enfants autistes sur une période d'un an sont achevées. Trois modalités d'évolution peuvent être distinguées : M1 (élevée, 5 enfants), M2 (moyenne, 11 enfants) et M3 (modérée, 5 enfants). Cette différence a été analysée à partir de la difficulté contextuelle initiale des *modérateurs contextuels* (somatisation, problèmes familiaux, retard de prise en charge antérieure), de la sévérité de l'autisme, et des *médiateurs* du processus de la psychothérapie : l'alliance entre l'enfant et le thérapeute (incluant leur engagement, participation et ajustement et leurs interactions) et les actions thérapeutiques spécifiques concernant l'émotionnel (ECA), la communication et le langage (CVL), l'ajustement des comportements (CC) et l'interprétation de leurs significations (IS).

Dans la modalité 2, à laquelle appartient Piero, les enfants se caractérisent par un score d'engagement moyen (17) et fort de transfert (37). En revanche, leur participation aux activités est (en moyenne) négative (-1). L'engagement du thérapeute est très fort (48), son ajustement est élevé (31). Les scores concernant les actions spécifiques « communication, verbalisation, langage (CVL) » et « expression et conscience des affects (ECA) » se situent dans la moyenne générale (21 et 27) et ceux portant sur « interprétation, signification (IS) » et « conseils, comportements (CC) » sont nettement différenciés suivant les approches psychothérapiques.

Dans la modalité 1, les scores des modérateurs contextuels sont un peu moins élevés que pour M2 (1,8 *vs* 2,2), l'engagement des enfants est similaire (14), mais leur participation est plus positive (6), les scores de CVL et d'ECA sont un peu plus élevés que ceux de M2, et ceux d'IS et de CC sont du même ordre.

Dans la modalité 3, les scores de difficulté contextuelle initiale (modérateurs) sont nettement plus élevés (2,8 *vs* 2,2 et 1,8) que pour M2 et M1, l'engagement des enfants est beaucoup plus faible (-2 *vs* 17 et 14) et leur participation plus négative (-4 *vs* -1 et 6). En revanche, le score CVL est beaucoup plus fort (47 *vs* 27 et 31) et celui d'ECA identique ; les scores d'IS et de CC sont inversés par rapport à ceux de M1.

Au total, et c'est encore plus net en comparant l'évolution de Piero à celle de deux enfants dont les évolutions ont été particulièrement favorable et défavorable, les facteurs déterminants semblent être d'une part la *difficulté contextuelle initiale* et d'autre part *l'engagement de l'enfant* qui ne peut être simplement identifié à un trait de la pathologie. Par ailleurs, il est important de tenir compte du fait que les enfants ayant les scores initiaux de fonctionnement bas sont ceux qui évoluent le plus. Ce trait peut constituer une ouverture particulière à la réduction des symtômes et au développement de nouvelles aptitudes, mais aussi traduire les limites des instruments pour des enfants ayant déjà beaucoup évolué.

Ces observations sont préliminaires et posent beaucoup de questions qui restent à approfondir. ●

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

POUR LA RECHERCHE

ffp@internet-medical.com
tel : 01 48 04 73 41 - fax : 01 48 04 73 15

Remerciements

■ A la *Direction Générale de la Santé* dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

■ *A* la *S.I.P. et la S.F.P.E.A.D.A.* pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7695

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2012)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Bâtiment B - Hôpital Sainte Anne
1, rue Cabanis - 75014 PARIS

Secrétaire de rédaction et maquette : ***Monique Thurin***

Impression : ARTHEO