n° 73 - 74
Juin-Sept. 2012

POUR LA RECHERCHE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

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

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Editorial

- Monique Thurin -



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,
Alexandre Har
Dr D. Roche-Rabreau
M. Thurin

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

● Cela fait maintenant un an et demi que la première Convention Internationale, organisée par les collègues italiens engagés dans le *Réseau de Recherche Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques,* a eu lieu à Rome *(cf PLR 68-69)*.

Cette fois, c'est l'*Ordre des psychologues* de la Liguria qui accueillait la recherche à Gènes en partenariat avec l'AIPPI et l'AMHPPIA. Le public est venu très nombreux, intéressé par les premiers résultats des 20 premiers cas terminés évalués par les groupes de pairs italiens.

C'est la synthèse des interventions que nous présentons dans les pages suivantes.

D'abord, Geneviève Haag est revenue sur sa présentation de Rome pour affiner son observation des enfants autistes et redire l'importance de la psychothérapie dans leur prise en charge.

Ensuite, Margherita Amenta et Suzanna Messeca ont décrit leur implication dans le réseau, leurs difficultés mais également les avantages que ce travail leur a apportés dans leur pratique. Elles ont annoncé lors de ces journées l'entrée dans la recherche de deux nouveaux groupes de pairs.

Puis Monique Thurin a présenté le cas de Dario, de son inclusion dans l'étude à la formulation de cas finale. Les échanges avec la psychothérapeute, présente lors de cette journée, ont été très riches. Elle a pu répondre à plusieurs questions du public et exprimer également l'intérêt qu'elle a trouvé dans l'évaluation de ce petit garçon.

À la suite de cette intervention, Jean-Michel Thurin a présenté les premiers résultats des 20 cas italiens. Cette présentation aborde, notamment, l'efficience de la psychothérapie psychanalytique dans l'autisme.

Pour finir, Paolo Vassallo, clinicien engagé dans les études avec deux autres pairs pour le suivi de trois cas d'enfants, a présenté Antonio, un jeune garçon autiste de 15 ans. Il retrace sa psychothérapie et son évaluation avec la méthodologie du réseau. Plusieurs extraits de séances sont présentés et permettent de suivre avec le thérapeute l'évolution commentée de son patient.

L'intervention de Francisco Palacio Espasa consacrée à *La psychothérapie psychanalytique dans le traitement des troubles envahissants du développement,* n'est pas disponible à la publication.

Nous vous souhaitons à tous une très bonne lecture et restons à votre disposition pour répondre à vos questions. ●

De l'observation clinique à la recherche dans la psychothérapie des enfants autistes

Geneviève Haag

Dans mon exposé à Rome en 2011, j'ai soutenu l'authenticité du travail analytique avec les pathologies précoces et graves, y compris avec des enfants sans langage verbal. Ce travail suppose un élargissement des notions de transfert et de contre-transfert aux modes d'identifications précoces *adhésifs* (« coller à » en surface) et *projectifs* (« pénétrer dans », « mettre dans l'autre » des affects, des craintes, des sentiments positifs), dans leurs versions développementales et pathologiques. C'est aussi décrypter un langage préverbal dans lequel les enfants autistes, même les plus déficitaires, se montrent capables d'une associativité, base du travail analytique, et de petites narrations.

D'abord, l'observation

Ce sont surtout les travaux d'Esther Bick, à partir d'une observation des nourrissons mettant l'accent sur la notation de toutes les expressions corporelles, qui nous ont aidés à décrypter ce langage. Quand j'ai rencontré pour la première fois E. Bick à Londres, en 1971, c'est en entendant une observation qui portait attention à la gestualité du nourrisson dans toute son étendue corporelle que j'ai reconnu des éléments que l'on trouvait déviés et comme fixés dans les stéréotypies de l'autisme. Je fus persuadée que nous avions là une clef pour comprendre quelque chose à la gestualité des enfants autistes ! J'ai traduit immédiatement son article sur « Le vécu de la peau » (1968) que j'ai rapporté en France. Ces repérages ont intéressé, mais ont mis très longtemps à être vraiment intégrés. Evidemment nous nous sommes aidés des travaux de F. Tustin (1986) sur les angoisses corporelles de tomber, de se répandre, et de ceux de Don Meltzer (1975) sur le démantèlement des sensorialités qui est l'un des grands signes de l'autisme. Ce sont leurs repérages déjà très avancés et leur enseignement qui nous ont permis de poursuivre ce décryptage et d'approfondir continuellement notre compréhension des perturbations des autistes. Soulignons tout de suite que les accusations violentes contre la psychanalyse s'appuyant sur les hypothèses causalistes de certains courants psychanalytiques situant la psychogénèse du trouble autistique dans l'inconscient des parents ne devraient pas nous concerner. Je suis pourtant obligée de les évoquer car la France est actuellement traversée par un clivage passionnel où tout ce qui porte le nom de psychanalyse serait exclu, à priori, de toute scientificité et de tout intérêt pour les recherches neurophysiologiques et génétiques, ce qui est faux pour beaucoup d'entre nous.

La valeur « scientifique » de l'observation

Je reviens ici sur une certaine valeur « scientifique » de l'observation détaillée des matériaux cliniques se situant déjà dans un esprit de recherche. C'est celle de la psychanalyse en tant que, primordialement, « méthode d'investigation » selon les mots de Freud lui-même. C'est la démarche que nous avions suivie pour le décryptage du langage préverbal dans un premier réseau Inserm, au cours des années 1980-1990, en réunissant une dizaine de collègues et en repérant des séquences de comportement qui se retrouvaient d'un cas à l'autre, comme la séquence que j'ai beaucoup décrite : « appui dos, interpénétration des regards, voilà ce qui fait un vécu d'entourance ». Nous étions un peu des ethnologues à la recherche de la traduction d'une langue inconnue. L'exemple que je donne souvent est celui de la fillette qui m'a indiqué à l'aide d'une petite maison ouvrante autour de sa charnière *versus* boîtes identiques collées et décollées, comment on pouvait se sentir être les deux côtés du corps mal attachés par l'axe vertical. Elle a mis 3 mois à me faire comprendre sa présentation, pourtant très parlante, parce que nous n'avions alors aucune idée de ce niveau de représentation et de vécu. D'autres enfants se servent des reliures de livres, des angles de murs et des charnières de portes. Progressivement, certains comportements en relation avec le corps propre ont pris pour nous une signification très précise, tels que : l'exploration du cadre architectural (palpation des murs, exploration des ouvertures) recevant les projections de constructions corporo-psychiques (limites de la peau-entourance, orifices du corps) ; celle du mobilier représentant plus particulièrement l'organisation des espaces internes du corps, espaces représentés eux-mêmes par les étages des placards et les tiroirs ; la manipulation et l'exploration des objets non figuratifs de type contenant/contenu travaillant de manière passionnée en même temps des bases logico-mathématiques et des représentants de relations d'échanges. Ce sont toutes les manipulations de la deuxième année de la vie qui ont fait l'objet d'études piagétiennes très passionnantes (Sinclair, Stambak et coll., 1982). En France, on les a longtemps appelées « explorations fonctionnelles » sans y voir cette *symbolisation primaire des formes* représentant la relation et recevant les projections d'une construction corporelle.

L'observation permet ainsi d'approcher les liens cognitivo-émotionnels profonds qui s'établissent pour tous les apprentissages précoces spontanés (Haag, 2000). Dans notre travail de psychothérapie, nous pouvons repérer ces liens dans le continuum des associations incluant les échanges relationnels. Nous sommes de ce double fait véritablement désolés des définitions actuellement attribuées en France au handicap autistique qui le placent dans la catégorie d'un « handicap cognitif pur » nécessitant des protocoles rééducatifs qui excluent toute approche psychodynamique. Heureusement, les travaux cognitivistes du courant que l'on appelle aussi développementaliste (imitation de type précoce, attention conjointe), qui soulignent l'importance du jeu et du regard viennent restaurer la place des échanges affectifs dans le développement cognitif et peuvent très bien s'articuler avec nos approches. Le dialogue est établi avec plusieurs chercheurs en France, comme J. Nadel (2005), en particulier sur l'imitation précoce, C. Barthélémy (1995) qui s'intéresse beaucoup à l'attention conjointe en liaison avec les travaux américains de Peter Mundy (2008). Les travaux d'A. Berthoz (2005) sur le regard et la construction spatiale se rapprochent également beaucoup de nos préoccupations et l'on peut rêver à des recherches communes, au fond déjà un peu à l'œuvre dans notre réseau où participent des thérapeutes du courant cognitiviste et dont l'outil CPQ, cernant les différents aspects de la relation et de l'action thérapeutique, a été forgé avec les apports des deux courants. J'exclus le comportementalisme dur qui ne croit qu'au conditionnement opérant, qui existe bien sûr pour une part dans les apprentissages, mais en excluant la part de l'affect relationnel. Ce courant cherche par ailleurs l'extinction des « comportements-problèmes » dans une visée purement adaptative, sans en chercher le sens, sans les analyser, les interpréter, les élaborer dans une perspective de crise développementale. Gare aux explosions ultérieures de violence, notamment à la puberté, comme cela commence à être dénoncé actuellement aux USA. Heureusement, il y a beaucoup de psychologues qui, se servant des repères de l'ABA, utilisent leur affectivité et mettent un peu de ludique dans leurs exercices. Cela minimise les dégâts.

L'observation des processus de changement permet aussi de situer des manifestations autistiques qui paraissent aberrantes comme des reprises développementales. Décalées dans leur expression, elles peuvent paraître incompréhensibles – et par extension non adaptées – avec le risque d'être réprimées plutôt que d'être comprises. Les items correspondants de la grille EPCA ont été classés dans une catégorie « émergence développementale temporaire » (EDT), ce qui les différencie ainsi des éléments pathologiques (P) et des éléments acquis du développement (D).

La construction du moi corporel

Je vais maintenant résumer les principaux éléments de la construction du Moi corporel, en m'appuyant sur le langage courant et sur la clinique de l'autisme. Des expressions de langue portent déjà ce que veut dire « être dans sa peau » ou ne pas y être ; ce que veut dire « être bien ou être mal dans sa peau » ; mais qu'est donc cette « peau » qui n'est pas collée à la peau anatomique ? C'est un fondement du Moi corporel. C'est ce sentiment d'unité séparée autour d'un noyau d'attache interne et limitée par un vécu d'entourance qui n'est pas matérialisé. Ainsi, ce n'est pas uniquement la peau anatomique dont il est question, c'est d'une représentation psychique abstraite et devenue inconsciente dont les enfants autistes sont en train de nous révéler le substrat d'un niveau de figuration géométrique qui a à faire avec le territoire. Freud (1923) avait déjà déclaré : « Le Moi est avant tout une entité corporelle », mais il n'avait pu détailler la formation profonde de cette entité, car il n'avait pas accès à cette clinique des autistes et à ce qu'elle nous apprend.

En récapitulant ce que nous avons appris des autistes, le Moi corporel commencerait par un premier sentiment d'enveloppe qui se construit plus particulièrement dans l'intégration d'un tactile, surtout celui du contact du dos qui est en pont avec la vie intra-utérine, avec la pénétrance du regard (Haag, 2012). Plusieurs enfants ont manifesté que ce tactile du dos était tissé de rythmicités sonores, et je renvoie ici aux travaux tout à fait importants de Suzanne Maïello (1991) sur la naissance d'un sentiment identitaire dans le sonore prénatal. D'autres insistent sur la présence également des sensorialités de proximité, olfactive et gustative, ce qui complète la « grappe des sensations » sur laquelle Tustin insistait. Nous savons aussi que des kinesthésies rythmiques s'intègrent dans cette grappe, à commencer par la rythmicité du tètement et d'autres rythmicités issues du dialogue tonique. C'est dans cette sorte de langage préverbal que les enfants traduisent leur perception et leur représentation du processus développemental qui est en train de se construire en eux, et certains de ses avatars en rapport avec l'autisme. Ces « narrations préverbales » ont fortement contribué à la construction de la grille EPCA : Evaluation 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.

De la séance d'analyse à la recherche

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.

Je reprends les démonstrations de Bruno déjà exposées à Rome. C'est un enfant de vingt mois, qui commence à élaborer et à « parler » de l'expérience qu'il vient de vivre. 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 allié 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 qui s'encastrent et tente de les joindre, en me regardant très intensément. Mon interprétation de son « jeu » est que Bruno relie l'encastrement à l'interpénétration des regards. Puis il les sépare, me tourne le dos ou peut-être se tourne vers un espace derrière lui, 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, le pose doucement contre sa nuque, et le laisse glisser contre son dos. Après une courte pause, il se retourne vers l'arrière, mime une sorte de colère en dispersant les jouets qui se trouvent là, 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 vers le front et le visage, 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. Il n'y a plus d'intérieur, ni d'espace derrière. À 20 mois, il était donc capable de mimer l'état autistique sévère qu'il avait traversé !

Le regard, contenance ou intrusion dépersonnalisante ?

C'est comme s'il me montrait 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. Une interrogation demeure pour moi jusqu'à ce jour sur la détermination de cette explosion : était-ce la communication d'un vécu intrusif, débordant, rejoignant les récits bien connus de certains adultes autistes (Donna Williams (1992)), qui après avoir tenté une expérience de contact œil-à-œil, se décrivait en état de dépersonnalisation avec perte de ses acquis cognitifs pendant plusieurs jours à la suite de cette pénétration ? Ou bien, s'agissait-il d'une ébauche de conflit interne, ou d'une 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.

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 beaucoup (*cf. PLR* 68-69) 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 (1952) dans son article fondamental « Nature et fonction du fantasme ».

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 théâtralisé 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 à 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 s'organisent les images motrices représentatives des échanges relationnels en même temps que l'affermissement du sentiment existentiel ?

L'oeil à oeil, une manifestation autistique aberrante ?

Le problème du regard nous est ainsi apparu nodal (Haag, 2009), comme pour d'autres courants de pensée, notamment cognitiviste-développementaliste, qui avec l'appui de la neurophysiologie, étudient la question à partir d'autres points de vue. Les nuances variées de l'expression du regard que nous proposons de noter dans la grille peuvent aider à avancer. Sur la voie de la confiance retrouvée à l'œil à œil, nous trouvons un symptôme temporaire et je fais là un petit commentaire sur la conduite à tenir en cas de recherche par les enfants de ce contact face à face réalisant « l'effet cyclope » qui paraît tellement bizarre et tellement inadapté. Cette recherche de contact fait partie de ces comportements que, malheureusement, le courant comportementaliste va traiter de « comportement-problème ». Qu'est-ce qui nous incline à penser que ce n'est pas, le plus souvent le cas ? D'abord, quand l'enfant s'y engage, il est très joyeux. Il vient vers nous comme pour montrer une découverte, quelque chose qu'il est en train de découvrir dans la relation, avec plaisir.

L'enfant s'approche face à face, se colle souvent front à front, et quelquefois les yeux contre les yeux. Cela produit la perception d'un œil au milieu, ou de trois yeux : un au milieu et un de chaque côté. Certains enfants font suivre cette rentrée dans les yeux par devant d'un mouvement où ils viennent se coller derrière la tête, indiquant bien que la rentrée dans le regard, cela colle quelque chose « au fond de ».

J'ai pris pour ma part la position de prendre positivement cette démonstration et je préconise de faire la chose suivante : bien que, lorsque l'enfant se comporte ainsi, nous puissions avoir comme premier mouvement de le repousser parce cela paraît trop fusionnel - et beaucoup d'éducateurs et de psychothérapeutes ont repoussé les enfants - j'ai au contraire expérimenté que ce qui fait arrêter le plus vite ce comportement, c'est de confirmer la découverte que l'on est confiant de rentrer dans les yeux. Je conseille donc de mettre gentiment la main derrière la tête de l'enfant « Oh, alors maintenant, tu n'as plus peur de rentrer tout au fond des yeux ? ». Il est important de bien repérer l'atmosphère dans laquelle cela se produit, car ce qui confirme mon hypothèse c'est que souvent cela s'accomplit dans un élan jubilatoire. Cependant, il peut arriver qu'au début de cette démonstration, ce soit un peu d'inquiétude et de curiosité qui s'expriment. Dans ce cas on peut faire des commentaires du type «Tu te demandes ce que je pense dans ma tête ? Ce que j'ai dans ma tête ? ». Notons que cette représentation du fond de la tête et de l'espace derrière la tête rejoint l'expression de langue « Qu'est-ce que vous avez derrière la tête ? ».

La principale découverte que les autistes nous ont amenés à faire, c'est le niveau de représentation qui s'exprime dans l'investissement perceptif des formes. Dans beaucoup d'écrits théoriques, on se pose la question de la nature des toutes premières représentations internes. Nous pouvons penser que des perceptions de formes rythmiques et géométriques sont un premier niveau de représentation qui n'est pas inconscient au moment de sa formation. Lorsque Susann Isaacs évoque les impressions corporelles et les formes plastiques comme premières formes de fantasmes, elle les dit inconscients. Ce qui devient inconscient à une étape très précoce de refoulement, ou plutôt « relégation » selon les termes de Bion, c'est la conscience de la formation de ces représentations que nous exposent donc ces enfants qui reprennent un certain développement, et leur projection sur les éléments architecturaux, les mobiliers et les objets non figuratifs. L'investissement ultérieur de l'architecture, des formes musicales et chorégraphiques ainsi que celles des arts plastiques en est peut-être une forme de mémoire chez chacun de nous. Nous pouvons ainsi mieux comprendre le pouvoir de ces formes pour nous ressourcer narcissiquement et l'on peut dire parfois corporellement.

Conclusion

J'ai eu plaisir à me repencher avec vous sur ces matériaux cliniques qui ont contribué à la construction de la Grille EPCA, avec tous ceux rassemblés par les collègues qui ont constitué pendant 4 ans, à la fin des années 1980, un groupe de travail d'un premier réseau INSERM. Nous avons pu ainsi poser les bases d'un repérage de la construction du Moi corporel, processus évolutif dont on peut décrire des étapes développementales provisoires pouvant participer à la constitution de groupes cliniques homogènes au temps *t* d'une recherche. Ce travail s'est situé dans le cadre d'une recherche clinico-biologique engagée par Sylvie Tordjman, dont la validation statistique a été publiée en 2010 dans l'état avec un lexique dont la mise en forme n'était pas aussi perfectionnée que les tableaux de cotation actuels réalisés par Jean-Michel et Monique Thurin. Cette Grille s'est avérée utile pour beaucoup d'équipes dans les repérages processuels et leur compréhension profonde. J'ai voulu insister aujourd'hui, en donnant un aperçu de séances psychanalytiques 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 groupe de pairs, 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 perfectionnement que nous tirons de l'utilisation de l'outil nous en fait aussi remarquer les limites, les insuffisances, et fait penser à une révision. Il est important de nous signaler toutes vos suggestions dans ce sens. L'un des perfectionnements que nous devons faire, et qui aurait pu être réalisé si nous avions été moins accaparés par la lutte politico-professionnelle du moment, c'est l'adaptation de cette Grille pour des enfants plus évolués et des adolescents. L'EPCA est actuellement valable pour les jeunes enfants et les enfants autistes qui émergent et qui refont le début de leur développement, mais nous constatons que très peu d'items concernent la clinique du « post-autisme ». Ces items à développer concernent les particularités du développement de la pensée et des investissements et, du coté émotionnel et pulsionnel, la traversée d'épisodes dépressifs qui sont assez fréquents. Ces épisodes contiennent des éléments de type mélancolique, c'est-à-dire d'auto-dévalorisation, désespoir et des conduites maniaques de défense contre ces éléments dépressifs. Ces faits sont un peu mentionnés dans la dernière étape de construction de la partie inférieure du corps avec l'investissement de l'érotisme anal mais, du côté de la pensée, il y a des choses passionnantes. Je pense par exemple, aux investissements en secteurs de la géographie, de la météorologie. Il y a aussi (surtout ?) beaucoup d'investissements de l'espace et des parcours de l'espace, comme les trajets en chemin de fer, en métro, en autobus, etc.

Nous avons à détailler un peu plus tout cela pour mieux apprécier la suite des évolutions. Les propositions des cliniciens seront les bienvenues. ●

Bibliographie

Barthélémy C. (1995). L'autisme de l'enfant, la thérapie d'échange et de développement, *Expansion Scientifique Française.*

Berthoz A., Andres, C., Barthélémy C., Massion J., Roge B. (2005). *L'Autisme,* Paris, Odile Jacob.

Bick E. (1968). The experience of the Skin in Early Object-Relations, *Int. J. Psychoanal.,* 49:484-6. Trad. fr. G. et M. Haag, L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces in Meltzer D. et *al., Explorations dans le monde de l'autisme,* Paris, Payot, 1980, p. 240-244.

Freud S. (1923). The ego and the Id, in SE 19, trad. fr. Le moi et le ça in *Les Essais de psychanalyse,* Paris, Payot, 1965, p. 193.

Haag G. (2000). Les apprentissages spontanés dans les premières étapes de maturation : préalables aux apprentissages préscolaires et scolaires in *L'enfant entre liens et séparations,* l'Erre, n° spécial congrès de Nanterre, p. 95-106.

Haag G. (2009), De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme, in *Enfances & Psy* n° 41, p. 14-22.

Haag G. (2012), Le dos, le regard et la peau, mise à jour du texte 1988 : Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie, *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 36, (1), 1-8. Voir site : genevievehaagpublications.fr

Issaacs 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.

Maiello S. (1991). L'Oracolo, Un 'esplorazione alle radici della memoria auditiva, *Analysis, Rivista Internazionale di psicoterapia clinica,* 2 (3) : p. 245-268 ; trad. fr. L'objet sonore. L'origine prénatale de la mémoire auditive ; une hypothèse, *Journal de la psychanalyse de l'Enfant*, n° 20, p. 40-66.

Meltzer D., Bremner J., Hoxter S., Weddel D., Wittenberg I. (1975). *Explorations in Autism,* Roland Harris Trust, Clunie Press ; trad. fr. *Explorations dans le monde de l'Autisme*, Paris, Payot, 1980. Préfacé par G. Haag.

Mundy P. (2008). Our Sharing Minds: Attention, Joint Attention and Social Cognition, in *Development and Autism*, New-York, Guildford Publications.

Nadel J. (2011). *Imiter pour grandir,* Paris, Dunod.

Sinclair H. et al. (1982). *Les Bébés et les Choses*, Paris, PUF.

Tustin F. (1986). *Autistic Barriers in Neurotic Patients*, Karnac Books, London ; trad. fr. (1989) P. Chemla, *Le trou noir de la psyché,* Paris, Seuil.

Williams D. (1992), *Nobody Nowhere*, Londres, Random House ; trad. fr. F. Gérard, (1992), *Si on me touche, je n'existe plus*, Paris, Robert Laffont.

Le groupe de recherche Italien

Margherita Amenta et Susanna Messeca

● Quelques mots pour présenter le groupe de travail qui s'est adjoint au groupe INSERM pour la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie psychanalytique chez les enfants présentant un diagnostic de trouble envahissant du développement de type autistique.

Depuis 2005, Geneviève Haag et d'autres collègues psychanalystes ont fondé la Coordination Internationale des Psychothérapeutes et Psychanalystes qui s'occupent des patients Autistes (CIPPA), avec son centre à Paris, dans le but de permettre :

- le partage de recherches et d'évaluations des expériences cliniques parmi ses membres ;

- la coordination entre les psychothérapeutes/psychanalystes et les autres professionnels de l'enfance ;

- la réflexion concernant la meilleure façon d'aider les familles à collaborer ;

- les liens avec les disciplines apparentées qui s'occupent du problème de l'autisme.

Dans le but de vérifier l'efficacité de la psychothérapie psychanalytique avec des patients avec autisme, la CIPPA dès 2008 engage ses membres à participer aux activités du *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques,* coordonné par JM Thurin et B Falissard.

C'est à partir de l'initiative des membres italiens de la CIPPA, et avec l'appui du siège parisien, que l'on a proposé l'idée d'adjoindre au groupe français un groupe italien de recherche clinique. Une collaboration semblable a été lancée avec un groupe anglais.

En 2009, l'appel de Suzanne Maiello à toutes les associations psychanalytiques de participer à la recherche INSERM a été entendu. Il a permis de réunir 33 psychothérapeutes avec formation spécifique et expérience dans la prise en charge des troubles de type autistique, ceux-ci provenant des associations suivantes: AIPPI, AMHPPIA, ASNE-SIPSIA, ASP, CISPP, CSA, et SPI. Les membres du groupe italien exercent leur activité à l'intérieur des services de santé publique pour l'enfance, auprès de centres de réhabilitation ou en tant que professionnels libéraux. Tous ont une expérience clinique de plusieurs années dans la prise en charge de l'autisme. Pendant le parcours, certains membres ont du abandonner l'étude, du fait de motivations personnelles ou suite à l'interruption de la thérapie par le patient.

À l'heure actuelle, le groupe se compose de 20 enfants et adolescents âgés de 3 et 16 ans, qui ont conclu l'année d'évaluation dans toute ses phases et de 4 cas qui doivent compléter certaines parties du travail.

La recherche étant toujours en cours, deux nouveaux groupes de pairs ont été inclus récemment. L'un à Modena et l'autre à Bologna, avec trois nouveaux patients et quatre thérapeutes, qui vont donc se joindre aux précédents. Dans la région Veneto un autre groupe va démarrer probablement avec l'analyse d'un ou deux cas.

Le groupe de travail italien, par rapport au français, a dû faire face à une série de difficultés supplémentaires, concernant avant tout la barrière linguistique (tout le matériel était en français et a dû être entièrement traduit), ainsi que l'apprentissage de la méthode et du protocole de recherche. Le groupe français a bénéficié de plusieurs séances de formation et de révision avec les responsables de la recherche, alors que pour le groupe italien l'apprentissage est passé par la médiation des deux coordinatrices, qui ont maintenu avec Jean-Michel, Monique Thurin et Geneviéve Haag un contact continu, tant directement par des réunions à Paris, que par des échanges assidus par email.

Nous tenons à remercier JM., M. Thurin et G. Haag, pour leur patience, pour l'aide et le soutien qu'ils nous ont toujours apportés, même dans les moments les plus difficiles ; surtout lorsque les difficultés nous sont parues insurmontables, ils nous ont épaulé avec compétence et ténacité.

Un autre point critique, notamment au début, a concerné la résistance qui nous caractérise face à la traduction en chiffres et scores de tout ce que nous sommes habitués à exprimer avec le langage de la narration. Au départ nous avions l'impression de faire une traduction contraignante et réductrice, de rendre notre matériel plus pauvre, de ne pas respecter la richesse et la complexité de nos jeunes patients, avec lesquels nous étions en train de vivre des expériences émotives si articulées et compliquées. Pour aucun d'entre nous, il n'a été facile de se mesurer avec des paradigmes de pensée si éloignés de notre setting thérapeutique.

D'un autre coté, l'objectif commun nous a soutenu, et nous a soudé dans le travail, conscients qu'il était temps d'essayer de rendre accessible, à ceux qui utilisent d'autres méthodes et schémas d'interprétation, ce qui se passe lors du parcours psychanalytique, et comment on peut mettre en évidence les changements qui s'y déroulent.

Les instruments qui nous ont été proposés nous sont parus moins contraignants au fur et à mesure que nous avons appris à les utiliser, nous laissant au contraire découvrir les potentialités, la possibilité de mettre l'accent sur des nuances et des passages autrement inaperçus.

Il nous reste bien évidemment l'impression de perdre une partie du matériel, ou du moins de l'applatir, alors que nous travaillons tant pour amener nos patients à la conquête de la tridimensionnalité de l'esprit, comme Donald Meltzer nous l'a enseigné. Toutefois, « toucher du doigt » la possibilité de rendre évidentes de manière si sophistiquée, avec la grille de G. Haag, toutes les sous étapes et les micro mouvements qui sous tendent l'évolution vers l'acquisition de l'identité corporelle, la possibilité aussi de chiffrer avec le CPQ l'évolution de la relation thérapeutique, tout en en montrant les changements, nous a permis de traduire dans un langage accessible à tous les merveilles concrètes du travail psychanalytique. Des événements profonds ont lieu, qui entrainent des effets indélébiles et permanents, des conquêtes qui ouvrent l'esprit de nos enfants autistes vers une compréhension et des évolutions inattendues.

Une année d'évaluation est vraiment un espace très limité pour des processus si lents. Pourtant, chacun de nous a pu vérifier des mouvements significatifs.

Quels ont été les points forts du travail de recherche ?

Avant tout la méthodologie. L'évaluation, faite d'abord au niveau individuel, puis dans le groupe des 3 collègues afin d'obtenir un bilan partagé, a permis non seulement d'augmenter la crédibilité des scores attribués, mais aussi d'exprimer des pensées et des réflexions et avoir des discussions à propos des patients analysés. La recherche n'a donc pas été seulement utile aux chercheurs qui ont recueilli les données et les scores. Elle a aussi permis d'enrichir et de stimuler la réflexion des cliniciens impliqués. Au cours des discussions faites dans le groupe, nous avons beaucoup réfléchi sur le bénéfice de continuer à travailler en groupe comme méthode de prise en charge

des patients les plus sévères. Certains collègues ont exprimé le désir de continuer les évaluations sur les cas cliniques, avec des révisions successives après une autre année sur les patients impliqués dans la recherche.

Il a ainsi été possible de mettre en évidence les aspects communs que l'on retrouve chez les patients de même âge, comme les adolescents ou selon l'âge de début de la maladie. Un consensus a émergé sur l'importance d'un diagnostic précoce, qui puisse permettre à ces enfants d'accéder à une prise en charge le plus tôt possible, afin d'aboutir à une évolution positive.

Nous avons mis en évidence de façon nette :

1. l'importance du soutien aux familles : leur collaboration est un élément essentiel de la prise en charge ;

2. la nécessité d'aider toutes les figures professionnelles qui travaillent autour du patient, les impliquant dans la compréhension des anomalies qu'il présente, et les valorisant pour leur apport à l'évolution de la situation clinique ;

3. tout au long de son évolution dans la thérapie, le patient nécessite d'autre apports, capables de l'aider dans l'acquisition de compétences diverses et dans l'épanouissement de ses potentialités ;

4. le patient doit être aidé, tout en respectant ses angoisses et ses peurs, à développer des interactions avec ses pairs, ce qui représente une stimulation irremplaçable.

Ce travail nous a permis de partager des expériences de grande valeur avec les enseignants, qui ont montré une grande motivation à comprendre ces élèves si différents. De nombreux thérapeutes parmi nous ont partagé avec les professionnels de l'école des espoirs et des déceptions, des chutes et des reprises ; ils ont mis au point des programme personnalisés pour les patients, sans avoir peur d'expérimenter. Une grande affectivité est ressortie chez des enfants totalement isolés, muets, entièrement dominés par des stéréotypies ; de véritables tempêtes émotionnelles sont devenues la base de la connaissance et du développement.

Cette recherche nous a permis aussi de mettre l'accent sur le modèle de normalité que nous proposons à l'enfant (problème universel, qui nous concerne tous, mais très difficile à focaliser). Nous avons le sentiment qu'il découle, non seulement du désir de le rendre moins « différent » dans la société, mais aussi de lui permettre de s'épanouir selon ses authentiques potentialités, en relation avec autrui.

L'autisme est une condition dure, difficile pour celui qui en souffre, mais aussi pour la famille et les soignants. Elle nécessite un réseau d'interventions spécialisées bien coordonnées, prenant en charge le sujet avec modestie et respect. ●

Remerciements aux cliniciens qui ont fait le travail autour de ces cas :

Ajmone Marsan Susanna , Amabili Barbara, Amenta Margherita, Ancona Anna, Badiali Anna Rosa, Bertan Ermenegilda, Cattelan Chiara, Cetti Elena, Ferri Barbara, Gatti Dana, Ghedin Vanda, Guerri Sonia, Jezzi Margherita, Jommi Rossana, Lanteri Attilia, Maione Susanna, Mastella Federica, Mastella Marco, Mattioli Rosa, Messeca Susanna, Morselli Cinzia ,Nanni Chiara, Pasero Laura, Peroni Sylvia, Priori Mario, Rossi Angela, Vassallo Paolo, Zancanella Luisa.

Médiateurs et mécanismes de changement en recherche sur la psychothérapie

La médiation comme étape de la démonstration d'une relation causale et de la compréhension concrète des mécanismes d'action à partir desquels les effets se produisent.

Dans son article publié en 2007 dans l'*Annual Review of Clinical Psychology,* Alan E. Kazdin fait un point important sur les médiateurs et mécanismes de changement dans la recherche psychothérapique. Il part du fait que la recherche en psychothérapie a connu un progrès considérable. Ce progrès a culminé dans la reconnaissance de plusieurs traitements qui ont fait la preuve de leur efficacité pour leur propre compte. Mais même ainsi, après des décades de recherche en psychothérapie, il n'est toujours pas possible de fournir une explication démontrée du *comment* ou du *pourquoi*, nos interventions - y compris les mieux étudiées - produisent un changement, à savoir le ou les mécanisme(s) à partir desquels les traitements opèrent.

Son article présente les conditions centrales requises pour déterminer les médiateurs et les mécanismes de changement. Il présente également une revue des approches analytiques de données et des constructions méthodologiques et explique pour quelles raisons elles ne parviennent que partiellement à répondre à ces conditions. Sur ces bases, il propose des directions de travail prometteuses pour identifier les médiateurs et les mécanismes de changement, les façons d'appliquer les multiples types de preuves, des recommandations pour progresser dans la compréhension de la façon dont la thérapie marche, et les enjeux conceptuels et de recherche de l'évaluation des médiateurs et des mécanismes.

La méthodologie du réseau prend en compte les recommandations qui étaient déjà présentes dans son article de 2003, article qui faisait lui-même suite au séminaire du NIMH de 2002 « Psychotherapeutic Interventions : How and Why They Work » et aux articles généraux de Kraemer et *al.* sur la définition et l'approche des médiateurs et des modérateurs en relation avec celle des facteurs de risque en recherche.

Alors que nous en sommes à la mise en pratique de l'analyse de la causalité des changements sur les bases recommandées (*cf* article de JM et M Thurin p 7-11), nous sommes souvent interrogés sur les définitions conceptuelles des termes que Kazdin présente dans les articles et sur les critères de preuve auxquels ils sont associés. Nous les rappelons donc ici.

Termes et concepts clés

Cause : une variable ou une intervention qui conduit à et est responsable des résultats ou du changement.

Mediateur : une variable intermédiaire qui peut expliquer (statistiquement) la relation entre les variables indépendantes et dépendantes. Quelque chose qui médiatise le changement peut ne pas nécessairement expliquer le processus suivant lequel le changement s'est produit. En outre, le médiateur peut être le représentant d'une ou plusieurs autres variables ou être un concept général qui n'est pas nécessairement destiné à expliquer les mécanismes du changement. Un médiateur peut être un guide qui indique les mécanismes possibles, mais n'est pas nécessairement un mécanisme.

Mécanisme : la base de l'effet, à savoir, les processus ou les événements qui sont responsables du changement; les raisons pour lesquelles le changement s'est produit ou la façon dont le changement est arrivé.

Modérateur : une caractéristique qui influence la direction ou l'intensité de la relation entre variables indépendantes et dépendantes. Si la relation suivant laquelle les variables x et y varient est différente pour les hommes et les femmes, le sexe est un modérateur de la relation. Les modérateurs sont liés à des médiateurs et des mécanismes car ils suggèrent que des processus différents peuvent être impliqués (par exemple, pour les hommes ou les femmes).

Jean-Michel Thurin

Kazdin A E. 2007. Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* ; 3:1-27

Kazdin AE, Nock MK. 2003. Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *J. Child Psychol. Psychiatry ;* 44:1116–29.

Kraemer HC, Stice E, Kazdin AE, Offord DR, Kupfer DJ. 2001. How do risk factors work together ? Mediators, moderators, independent, overlapping, and proxy-risk factors. *Am. J. Psychiatry ;* 158:848–56.

Autres articles de Kazdin et leurs traductions sur :
www.techniques-psychotherapiques.org

Qu'avons-nous appris du processus de changement durant une année de psychothérapie psychanalytique de 20 enfants souffrant d'autisme ? (pôle italien du Réseau)

Monique Thurin et Jean-Michel Thurin

Introduction

Nous sommes heureux aujourd'hui de présenter une partie du travail engagé par l'équipe italienne sous l'oeil attentif de Margherita Amenta et Sussana Messeca.

Pour situer ce travail, rappelons que le *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques* a maintenant 4 ans d'existence. Il est issu d'une réponse à un appel d'offres de l'Institut National de la Santé et de la recherche médicale (INSERM) de 2008. Il est soutenu par la *Direction Générale de la Santé* et la *Fondation de France*. Il est coordonné par Jean-Michel Thurin et Bruno Falissard à partir d'une organisation mixte Unité Inserm 669 et Fédération Française de Psychiatrie.

Trois pôles constituent le réseau : le pôle autisme, le pôle borderline (adultes et adolescents) et le pôle alzheimer.

Dans le pôle autisme, 50 études de cas sont aujourd'hui terminées, dont 20 italiennes. Les enfants ont entre 3 et 15 ans, leur gravité, tant au niveau des symptômes, de leur comportement et de leur développement, n'est pas homogène comme vous pouvez vous en douter. L'analyse des données nous a conduit à regrouper les enfants dans des classes d'âge.

Qu'avons-nous appris du processus de changement durant une année de psychothérapie psychanalytique des 20 enfants italiens souffrant d'autisme ? Beaucoup de choses comme vous allez le voir à partir de deux axes d'analyse : une étude de cas avec Dario et une étude de groupe.

Mais d'abord, un peu de Méthodologie

L'évaluation de chaque cas est réalisée par trois cliniciens (dont le thérapeute de l'enfant) formant un « groupe de pairs ». Les données cliniques évaluées sont transmises par le thérapeute à partir de transcriptions de séances aussi complètes que possible. Les évaluations sont réalisées 4 fois au cours de l'année : au temps 0 à partir de trois séances consécutives, à 2, 6 et 12 mois à partir de deux séances consécutives.

Les instruments auxquels sont soumises ces données évaluent différents éléments :

L'ECAr (BSE) évalue les principaux symptômes et comportements présentés par l'enfant. Cet instrument est constitué de 29 items à coter à partir d'une estimation clinique suivant 5 modalités (0, 1, 2, 3, 4) 0 (symptôme absent) à 4 (gravité du symptôme). L'ECAr permet de construire un score global, mais également celui de deux dimensions importantes dans le comportement de l'enfant autiste : l'insuffisance modulatrice, qui témoigne de la faible capacité de régulation des émotions et du comportement psychomoteur ; la déficience relationnelle qui décrit l'incapacité de l'enfant à être dans une relation adaptée avec autrui.

L'EPCA (APEC) évalue le développement de l'enfant à partir de 5 étapes, de la plus régressée à la plus développée, dans 8 dimensions : expression émotionnelle dans la relation, regard, image du corps, langage verbal, graphisme, exploration de l'espace et des objets, repérage temporel, manifestations agressives.

Le CPQ (*Child Psychotherapy Q-set*) évalue le processus interne de la psychothérapie. Cet instrument comprend trois types d'items : 1. Les éléments décrivant les attitudes, les sentiments, le comportement ou l'expérience de l'enfant. 2. Les éléments décrivant les actions et les attitudes du thérapeute. 3. Les éléments portant sur la nature des interactions au sein de la dyade, le climat ou l'atmosphère de la séance. Il caractérise la psychothérapie à un temps donné et permet de concevoir son évolution dans l'influence de différents facteurs (alliance et médiateurs « pivots ») et à partir des indicateurs de changement (l'Insight, l'expression et la Réduction des Affects négatifs et des Défenses (EAD), la Relation au monde et aux autres (RMA)).

Une formulation de cas organise les données cliniques suivant 3 axes : les données initiales, la compréhension psychopathologique du cas, les objectifs de la thérapie et la stratégie de départ pour les atteindre. Nous y reviendrons avec la présentation de Dario.

Ce travail est engagé à partir de l'analyse intensive de cas sur une année de psychothérapie. L'analyse tient compte des modérateurs comme l'âge, la sévérité des troubles, le support social, etc. Un indice décrivant le caractère plus ou moins favorable de la situation initiale a été construit à partir de 10 éléments.

Les études menées dans le RRFPP sont analysées à partir de trois niveaux : celui de chaque cas, celui des cas réunis et celui de cas similaires. La méthode d'analyse est mixte, quantitative et qualitative.

Nous abordons maintenant le premier niveau d'analyse, celui du cas. Nous partirons du cas de Dario, de son inclusion (temps 0) jusqu'à la formulation de cas finale après une année de psychothérapie. Pas à pas, nous suivrons les étapes d'évaluation renseignées par les différents outils et les résultats observés.

Étude de cas de Dario

Vignette clinique de Dario

Dario est un garçon de 2 ans et 11 mois lorsqu'il commence sa psychothérapie psychanalytique à trois séances par semaine en présence de sa mère. L'enfant a été adressé par le médecin de famille après une consultation quand l'enfant avait 2 ans et 9 mois. Le diagnostic d'autisme a été confirmé par l'Institut Stella Maris.

La famille est composée des deux parents et d'un frère plus âgé de deux ans qui a mal accepté la naissance de son petit frère vis à vis duquel les parents révèlent une jalousie importante. Le travail du père l'oblige à des horaires décalés par rapport à la vie familiale. La mère travaille occasionnellement avec lui.

La grossesse s'est bien déroulée jusqu'à son terme. La mère note toutefois qu'elle a très peu senti les mouvements fœtaux.

Les parents rapportent un développement normal jusqu'à un an avec cependant un trouble du sommeil qui s'est aggravé ensuite. Le sevrage qui a été réalisé à 6 mois a été compliqué. La nourriture est sélective. Le développement moteur a été régulier.

L'évaluation de l'enfant commence en même temps que sa prise en charge psychothérapique avec le consentement obtenu des parents pour son inclusion dans la recherche.

Formulation de cas initiale

Il est noté que Dario présente :

- une absence de langage, simplement des sons et des vocalisations
- une alimentation très sélective
- un regard évitant, des contacts rares et fugaces
- une absence de mimique

- un isolement. Dario devient agressif lorsque l'on vient rompre son isolement
- une absence de relation avec les objets
- un sourire absent
- un grincement des dents
- quelques stéréotypies
- une absence de contrôle sphinctérien

Son développement est dysharmonique, il a une bonne autonomie motrice mais il n'est pas capable d'établir une relation émotionnelle avec les autres. L'expression des émotions est très peu modulée.

Les éléments de contexte pré existant au début de la psychothérapie et susceptibles d'en influencer le cours et les résultats (les modérateurs) permettent de prendre en compte les forces (indice favorable) sur lesquelles peut s'appuyer le psychothérapeute, mais aussi bien entendu des faiblesses dont il faut absolument tenir compte. Les dix éléments modérateurs pris en compte pour donner un indice favorable *versus* défavorable sont les suivants : 1. prise en charge précoce ; 2. absence de comorbidité somatique ; 3. contexte développemental précoce facile ; 4. absence d'antécédent de traumatisme ; 5. soutien familial fort ; 6. relation avec des pairs ; 7. soutien parental à la psychothérapie ; 8. bon plateau technique ; 9. scolarisation ; 10. absence de comorbidité psychique.

Pour Dario l'indice favorable est évalué à 7/10 : prise en charge précoce, contexte de développement normal, soutien familial, relations psychosociales, soutien des parents à la psychothérapie, bon plateau technique, scolarité, absence de comorbidité psychique.

Que disent les instruments ?

Les scores **ECAr** sont rapportés à 100.

Au *score initial* global Dario a 62, ce qui révèle une gravité importante des symptômes. Le score moyen des 50 enfants autistes dont l'évaluation est terminée se situe à 36.

Concernant *l'insuffisance modulatrice*, Dario a un score initial de 58 comparé au score moyen du groupe qui est de 36. La *déficience relationnelle* atteint pour Dario un score de 75 comparé au score moyen du groupe qui est de 43.

Quels sont les items cotés particulièrement fort ?

Ce sont les items 11 et 13 de l'insuffisance modulatrice qui sont cotés fort (3) au départ et qui correspondent respectivement à « Intolérance au changement et à la frustration » et « Agitation, turbulence ».

9 items de la dimension « Déficience relationnelle » sont cotés fort à très fort (3 ou 4). Ce sont les suivants : recherche l'isolement, interaction sociale insuffisante, regard inadéquat, ne s'efforce pas de communiquer par la voix et la parole, difficulté à communiquer par les gestes et la mimique, manque d'initiative, attention difficile à fixer, n'imite pas les gestes ou la voix d'autrui, ne partage pas l'émotion.

ECAr	T0	2 m	6 m	12 m	△*	TE
Score Global	62	50	40	29	**33**	4
Def. Relationnelle	75	61	54	38	**37**	3
Insuf. modulatrice	58	42	33	42	**16**	1,20

* Différence entre les scores de Dario à T0 et 12 mois

** TE= Taille d'effet

En un an, le score général de Dario à l'ECAr se réduit nettement, passant de 62 au départ, à 50 à 2 mois, 40 à 6 mois puis 29 à un an. Le score du groupe à un an se situe à 19.

- Sur la dimension « Déficience relationnelle », Dario évolue beaucoup également puisque d'un score inquiétant à 75, il est réduit à un an à 38, passant par un score à 2 mois à 61 où les items cotés fort le restent, passant pour certains de 4 à 3. À 6 mois le score passe à 54. On note une amélioration sur les items « recherche d'isolement », « regard inadéquat », « manque d'initiative ». À 12 mois les items problématiques restés cotés fort sur cette dimension sont les suivants : interaction sociale insuffisante, difficultés à communiquer par gestes et mimique, attention difficile à fixer, ne partage pas l'émotion. Le score du groupe à un an se situe à 23.

- Sur la dimension « Insuffisance modulatrice ». Avec un score initial à 58, il y a une amélioration, mais reste élevé à un an puisqu'il est encore de 42. L'intolérance au changement est restée très forte jusqu'à 6 mois et s'est légèrement améliorée à 12 mois. Il reste une difficulté importante. L'agitation s'est améliorée dès 2 mois. Le score du groupe se situe à 20.

Les scores de l'**EPCA** sont également rapportés à 100. La lecture de cet instrument se fait suivant deux modalités. Pour Pathologie, plus le score est haut plus la gravité est importante. Pour Développement temporaire et Développement plus le score est haut, mieux l'enfant se développe.

Concernant la pathologie, Dario se situe initialement dans la moyenne du groupe à 19. Au niveau des expressions du développement temporaire, il est coté à 0 alors que le groupe est à 16. Au niveau du développement, il est clairement en difficulté avec un score à 5, comparé au groupe qui est de 17.

EPCA	T0	2 m	6 m	12 m	△*	TE**
Pathologie	19	18	12	11	**-8**	0,97
Dev. Temporaire	0	3	8	9	**9**	1,11
Développement	5	13	18	30	**25**	2,40

* Différence entre les scores de Dario à T0 et 12 mois

À un an : À l'EPCA, au niveau de la pathologie, Dario se situe dans la moyenne du groupe également avec un score de 11. Au niveau des étapes de développement temporaire, il est coté à 8 à un an alors que le groupe reste à 16. Au niveau du développement, il a clairement évolué avec un score à un an à 30. Le groupe à un an est à 49.

Les aptitudes dont bénéficie l'enfant au départ constituent un autre aspect très important. Pour répondre à cette question, nous avons observé les scores obtenus à 14 aptitudes décrites dans la grille de développement EPCA (*cf.* tableau ci-dessous). Suivant les critères retenus de la grille EPCA, Dario ne possède aucune aptitude au début de l'évaluation.

14 Aptitudes évaluées à l'EPCA	T0	T12
1. La mutualité s'améliore avec recherche plus assurée de vrais échanges relationnels.	0	2
2. Regard pétillant, avec une bonne tonalité d'échange.	0	2
3. Recherche du regard de l'autre pour l'attention conjointe.	0	2
4. Développement du pointage protodéclaratif.	0	0
5. Propreté sphinctérienne acquise ou mieux intégrée	0	2
6. Le stade du miroir se confirme.	0	1
7. Langage inexistant (coter 0) - Langage existant (coter 1-3)	0	1
8. L'apparition du NON signe une bonne organisation.	0	0
9. Perfectionnement de la prosodie (mélodie de la phrase, avec intonation et accents)	0	0
10. Apparition d'un langage gestuel socialisé (bravo, au revoir…).	0	1
11. Graphisme inexistant (coter 0) - existant (coter 1-3)	1	3
12. Fermeture du cercle.	0	1
13. Quasi disparition des stéréotypies et apparition des jeux symboliques	0	1
14. Temps linéaire avec notion d'écoulement du temps. Meilleures tolérance à la séparation.	0	0

À un an, Dario a acquis 5 aptitudes qui sont : La mutualité s'améliore avec recherche plus assurée de vrais échanges relationnels. Regard pétillant, avec une bonne tonalité d'échange. Recherche du regard de l'autre pour l'attention conjointe. Propreté sphinctérienne acquise ou mieux intégrée. Graphisme. Intérêt pour les jeux de cache-cache (notion de permanence de l'objet).

Nous notons que plusieurs acquisitions sont passées de 0 à 1, ce qui signale un mouvement positif vers l'acquisition : acquisition du langage, stade du miroir, langage gestuel, fermeture du cercle, disparition des stéréotypies.

Dario s'est amélioré, voyons si nous pouvons observer des éléments du processus de la psychothérapie permettant de situer comment cette amélioration s'est produite ? L'évaluation avec l'instrument du processus (CPQ) commence après 2 mois de psychothérapie.

Plusieurs **médiateurs de changement** sont analysés à partir du CPQ : L'alliance qui se compose de l'engagement et de la participation du patient, l'engagement et l'ajustement du thérapeute, et leur interaction ; Les médiateurs techniques dont l'analyse porte sur l'expression et la contenance affective, la communication, verbalisation et langage, l'interprétation, signification et le conseil et les comportements.

Au niveau de l'alliance, nous notons une évolution relativement stable de Dario. Il reste peu engagé mais le score est toujours positif, cependant il n'est pas dans une participation active. Le thérapeute est très engagé mais avec peu d'ajustement. L'interaction est positive dans des scores plutôt moyens.

Concernant les médiateurs techniques, le thérapeute mobilise au cours des six premiers mois « l'expression et la contenance affective ». Nous avons vu plus haut que la régulation émotionnelle est particulièrement difficile pour Dario et il est logique que ce facteur soit initialement très mobilisé. Cette mobilisation sera réduite à 12 mois. Parallèlement, nous observons une mobilisation du médiateur « Communication, verbalisation, langage » qui va s'accroitre de 25 à 2 mois à 46 à 6 mois avec un score très fort de 54 à 12 mois.

L'interprétation signification ne commencera à être significative qu'à 12 mois. Le conseil et comportement restera fortement négatif tout au long du processus.

Concernant les approches générales, l'approche générale est clairement psychodynamique tout au long du processus avec un score fort stable. Quelques éléments de la TCC sont intervenus sans qu'ils soient significatifs. Rappelons que les scores sont sur 100.

Nous ne pourrons pas ici d'écrire la richesse de ce qu'apporte le CPQ. Regardons simplement les 15 items les plus caractéristiques du groupe comparés à ceux de Dario.

Items	Items du groupe les plus caractéristiques	groupe	Dario
9	Le thérapeute est réceptif, impliqué affectivement	3,07	4
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant.	3,03	3,67
77	L'interaction du thérapeute avec l'enfant est adaptée au niveau du développement de l'enfant.	2,90	4
88	Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant	2,72	1
65	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant	2,35	1,67
24	Les conflits émotionnels du thérapeute n'interfèrent pas dans la thérapie, il se retient de répondre personnellement à la provocation…	2,23	3,67
46	Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant.	2,20	3
86	Le thérapeute est confiant, assuré (Vs incertain ou peu sûr).	2,13	2
41	L'enfant se sent compris par le thérapeute	2,05	2
72	L'enfant est actif	2,02	1,67
85	L'agression de l'enfant n'est pas dirigée contre lui	2,02	3,67
38	Le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagé en se rapportant à des événements ou à des sentiments.	1,97	1,33
37	Le thérapeute ne se comporte pas de façon didactique, il a recourt à des formulations exploratoires ou métaphoriques	1,90	3
3	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant.	1,85	3,33
47	Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, le thérapeute s'adapte à l'enfant.	1,80	3,33

Communauté et différences de Dario avec le groupe, concernant les 15 premiers items les plus caractéristiques

En noir les scores de Dario sont relativement équivalent avec ceux du groupe. Ils concernent l'implication affective et la sensibilité du thérapeute aux sentiments de l'enfant, sa confiance, le fait que l'enfant se sente compris par son thérapeute.

En rouge, nous observons des scores du processus interne plus forts que ceux de la moyenne du groupe : l'interaction du thérapeute est adaptée au niveau du développement de l'enfant, il se retient de répondre personnellement à la provocation et il s'adapte à l'enfant quand l'interaction est difficile, il interprète la signification du jeu de l'enfant, il a plutôt recourt à des formulations exploratoires ou métaphoriques, ses remarques ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant.

En vert, nous trouvons au contraire des scores de Dario plus faibles que ceux de la moyenne du groupe : il a paru moins pertinent de noter que le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant, que le thérapeute reformule les propos de l'enfant, que l'enfant est actif et que le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagée en se rapportant à des événements ou à des sentiments.

Formulation de cas à un an

- Dario est plus présent dans la relation. Il peut même sourire et être expressif. Il est devenu affectueux, surtout avec sa mère.

- Il est noté que la présence de la maman pendant la thérapie lui a permis de changer d'attitude à l'égard de son enfant, de mieux le comprendre. Le climat familial est bien meilleur avec un père affectivement plus présent. Le frère est moins jaloux. Les parents collaborent beaucoup avec le thérapeute et les autres intervenants. Dario va à l'école avec un accompagnant.

- D commence à dire quelques mots. Le sommeil s'est régularisé. L'alimentation n'est plus sélective, seules les boissons le sont. Les mimiques faciales commencent à être présentes. Il est intéressé par les objets, en particulier les personnages des dessins animés.

- L'expression des émotions est plus articulée même si elle reste peu modulée. Il est généralement serein. D est plus communicatif et réceptif même s'il tente d'imposer ce qu'il veut.

- Il n'a pas encore acquis complètement le contrôle sphinctérien.

Discussion

Pendant cette première année de psychothérapie, Dario s'est bien amélioré au niveau de sa capacité de régulation émotionnelle et de son incapacité à être dans une relation adaptée avec autrui.

Les actions du thérapeute se sont focalisées sur ces deux principales dimensions mais aussi sur la verbalisation.

Cette amélioration a permis à Dario une socialisation suffisante pour qu'il puisse aller à l'école, être plus serein…

Parallèlement, l'association de la maman à la thérapie a permis qu'elle comprenne mieux son enfant et qu'un travail puisse se faire au sein de la famille qui a pu développer des liens plus affectueux avec Dario.

Dario a plusieurs aptitudes importantes et en a initié d'autres, telle que le langage (gestuel et parlé).

Les instruments font ressortir un engagement très fort de la thérapeute et des actions d'ajustement très importantes. Une approche psychodynamique constante à un rythme régulier important (3 séances par semaine).

Beaucoup d'autres choses seraient à dire sur ce cas particulier mais avant tout que la psychothérapie qui est engagée a déjà marqué sa pertinence !

Dario est encore un enfant dont la gravité des symptômes est importante mais son évolution sur une année permet d'être optimiste sur son devenir…

Cette observation montre les effets démultipliés de la thérapie à travers le renforcement de l'implication familiale dans les progrès de l'enfant, l'amélioration des relations entre Dario, ses parents et son frère, son entrée à l'école soutenue par un AVS.

Résultats à partir du groupe des 20 enfants italiens

Données démographiques et modérateurs

Répartition des âges	7 enfants ont de 3 à 6 ans ; 6 ont de 7 à 10 ans ; 7 ont de 11 à 15 ans
Répartition des sexes	17 enfants sont des garçons, 3 sont des filles
Nombre d'années de psychothérapie précédant l'entrée dans l'étude	3 enfants ont commencé leur psychothérapie au moment de leur entrée dans l'étude ; 5 enfants étaient en psychothérapie depuis 1 à 2 ans ; 4 enfants depuis 3 à 4 ans ; 6 enfants depuis 6 à 7 ans ; 2 enfants depuis 10 ans.
Âge des enfants au moment du repérage de l'autisme	12 enfants sont repérés avant ou à 3 ans ; 8 enfants le sont après 3 ans.
Âge de début de la psychothérapie	14 enfants ont commencé leur psychothérapie à 3-4 ans ; 6 enfants ont commencé leur psychothérapie à 5 ans ou plus.

Peu d'enfants ont des comorbidités somatique et psychique (3/20). Tous les enfants sont scolarisés et ont un bon plateau technique (psychothérapie, orthophonie…). Un seul enfant a peu de relations avec ses pairs. Les parents soutiennent en général la psychothérapie. Cette situation n'est pas retrouvée chez 3 enfants dont les parents ne sont pas d'accord entre eux ou qui rencontrent une difficulté à amener régulièrement leur enfant à ses séances.

Onze enfants sur 20 ont un soutien familial relativement faible. L'origine peut en être un débordement par le travail, des souffrances propres, une difficulté de compréhension de leur enfant autiste…

Il est noté que 8 enfants ont des antécédents traumatiques. Cela peut être un deuil dans la famille durant la petite enfance ou une urgence médicale concernant l'enfant ou sa mère ayant occasionné une séparation…

Quatorze enfants sur 20 ont eu un contexte développemental précoce difficile (toutes premières années). Il peut s'agir d'une dépression de la maman, de séparations, de difficultés propres à l'enfant (problème de sommeil, d'alimentation), etc.

Résultats préliminaires

Nous disposons aujourd'hui des résultats de la psychothérapie menée pendant un an avec 50 enfants. Parmi eux, 20 sont inclus dans le pôle italien dont leurs thérapeutes sont de référence psychanalytique.

Les résultats présentés concernent les changements manifestes (symptômes et comportements, développement et acquisitions d'aptitudes qui lui sont associées). Ils décrivent aussi les principales caractéristiques des psychothérapies mises en œuvre et les médiateurs de changement susceptibles de les sous-tendre.

Changements manifestes à partir de différents indicateurs :

- *Symptômes et comportements* **(ECAr).**

En 1 an, le niveau de gravité s'est réduit de 17 points (p-value < 2.2 e-16), soit une taille d'effet = 3,1.

- *Pathologie et développement* **(EPCA)**

En 1 an, le niveau de développement s'est accru de 14 points (p-value = 1,65 e-10), soit une taille d'effet = 1,54.

- *Acquisitions de nouvelles aptitudes*

Ces acquisitions sont issues de la grille EPCA au sein de laquelle nous avons extrait dans chaque dimension 1 ou 2 aptitudes dont la constatation n'est pas réservée aux spécialistes et qui ont un rôle pivot dans l'évolution de l'enfant en lui ouvrant quasi directement de nouvelles perspectives individuelles et sociales. De façon générale, les 7 enfants de 3-6 ans acquièrent en moyenne plus de 5 aptitudes/an.

Plus précisément, le nombre d'enfants ayant acquis la mutualité avec recherche de vrais échanges passe de 13 à 20, celui des enfants ayant acquis le langage passe de 10 à 17, l'apparition du non de 11 à 16, le perfectionnement de la prosodie de 8 à 16. Un seul a acquis durant l'année la fermeture du cercle. Le nombre d'enfants chez lesquels les stéréotypies disparaissent et les jeux symboliques apparaissent passe de 9 à 13.

Médiateurs du processus interne de la psychothérapie

Les résultats précédents démontrent que les psychothérapies réalisées par des thérapeutes expérimentés dont la référence principale est la psychanalyse ont eu des résultats significatifs avec des enfants autistes.

Cependant, nous n'avons pas pour autant démontré ce qui est à l'origine des effets constatés. Nous pouvons éliminer le simple effet du temps qui passe car des enfants âgés n'avaient au départ que peu d'aptitudes acquises. Nous pouvons donc nous tourner vers l'effet propre de la psychothérapie, ce qui suppose de définir précisément ce qui la caractérise.

Quelles sont les principales caractéristiques des psychothérapies mises en œuvre ?

La nécessité d'une définition précise de l'intervention ou du traitement dont on teste l'efficacité est une question classique de la recherche évaluative. On y a longtemps répondu par la référence à un manuel dont on s'assurait que le thérapeute respectait les principes. Plus récemment, l'observation du processus psychothérapique réellement mis en œuvre dans des conditions naturelles (non expérimentales) est devenue possible en utilisant un instrument *ad hoc*. Les ingrédients peuvent être alors extraits à différents temps à partir d'une grille de lecture en visionnant les séances ou les notes extensives qui les concernent. Le CPQ et le PQS, son aîné, qui est déjà largement utilisé sur ce mode pour les psychothérapies d'adultes, font partie de ces instruments.

Dans notre cas, les caractéristiques peuvent être décrites à partir des 21 items du CPQ qui ont été évalués par les 60 cliniciens cotateurs comme étant ceux qui caractérisaient le mieux la psychothérapie des 20 enfants inclus dans l'étude.

Ils sont présentés dans le tableau 1 ci-dessous.

Item	Les 21 formulations les plus caractéristiques pour l'ensemble des 20 cas
9	R. Le thérapeute est impliqué affectivement
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant.
77	L'interaction du thérapeute avec l'enfant est adaptée au niveau de son développement
88	Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant.
65	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant.
24	Le thérapeute évite de répondre personnellement à la provocation et aux perturbations
46	Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant.
86	Le thérapeute est confiant, assuré
41	R L'enfant manifeste que le T comprend son expérience ou ses sentiments
72	L'enfant est actif
85	L'enfant extériorise sa colère ou ses sentiments agressifs
38	Le T et l'enfant font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagé.
37	R. Le T n'est pas didactique. Il a recours à l'exploratoire ou au métaphorique
3	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant
47	Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, le thérapeute s'adapte à l'enfant.
5	R. l'enfant fait preuve d'une compréhension aisée des commentaires du T
55	R. le thérapeute ne souligne ni récompense les changements de comportement
28	Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique
17	R. le thérapeute accompagne l'enfant, lui permet de présenter les thèmes principaux, ou de structurer son propre jeu.
40	R. la communication de l'enfant est chargée d'affect
81	Le T souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément.

Parmi ces 21 items, 15 concernent l'approche du thérapeute, 5 concernent l'attitude de l'enfant et 1 concerne leur interaction.

Les caractéristiques de la psychothérapie permettent-elles de saisir la causalité des changements constatés ?

Peut-on considérer que les éléments que nous venons d'extraire par cette méthode sont impliqués dans les résultats et les mécanismes qui les sous-tendent ? C'est le point majeur que

soulève Kazdin dans la série d'articles qu'il a consacrés à la question de la démonstration de la causalité qui sous-tend l'efficacité d'un traitement psychothérapique à partir de l'examen de 7 critères (voir p. 6).

Nous allons examiner le second qui concerne *le caractère spécifique et plausible de l'effet des médiateurs présents*. Pour les constituer, nous avons regroupé les items les plus caractéristiques du processus, concernant l'approche du thérapeute, en 4 médiateurs : 1. Cadre, 2. Construction du Soi, 3. Verbalisation, 4. Ajustement du thérapeute. Le tableau ci-dessous décrit leur composition et la relation entre chaque médiateur, le mécanisme de changement inféré (dont on fait l'hypothèse) et le résultat attendu.

Nous disposons maintenant d'un cadre descriptif et explicatif cohérent de ce qui caractérise l'action thérapeutique mise en œuvre avec les 20 enfants par des thérapeutes d'orientation psychanalytique. Ce modèle structurel général se retrouve, à des nuances près, dans les 20 études italiennes. Il ouvre à des analyses complémentaires sur la chronologie du changement et son gradient en fonction de l'ajustement du thérapeute et de la situation de son patient.

	Interventions psychothérapiques (médiateurs niveau 1)	Mécanismes de changement (médiateurs niveau 2)	Résultats attentdus
Cadre	Le thérapeute est impliqué affectivement (9), sensible aux sentiments de l'enfant (6). Confiant et assuré (86), il s'abstient de répondre personnellement à ses provocations (24). Il suit l'enfant là où il le mène, en lui permettant de présenter les thèmes principaux ou de structurer son propre jeu (17), sans chercher à souligner ni à récompenser ses changements de comportement (55).	L'implication du thérapeute et sa sensibilité aux sentiments de l'enfant traduisent l'importance qu'il lui porte. Sa confiance, son assurance, le fait qu'il ne réponde pas à ses provocations et qu'il ne soit pas centré sur ses comportements constituent un cadre contenant et ouvert qui favorise l'expression de l'enfant.	L'enfant peut s'engager dans la relation thérapeutique, s'y exprimer «en sécurité». Il est actif (72). Sa communication est chargée d'affect (40). Il extériorise sa colère ou ses sentiments agressifs (85). L'amélioration de son expression et de sa contenance affective favorisent une évolution favorable relationnelle et cognitive.
Construction du soi	Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les vivre plus profondément (81). Il interprète la signification du jeu de l'enfant (46).	L'enfant prend conscience de ses sentiments et intègre leur signification aux représentations de ses expériences du monde et des autres. L'expérience du rapport aux autres et au monde peut se projeter et se médiatiser dans le jeu.	La connaissance de ses sentiments et de leur signification participe à la construction du soi et des rapports avec les autres et le monde. La compréhension qui accompagne l'interprétation permet de dépasser des expériences difficiles
Verbalisation	Les remarques du thérapeute visent à faciliter la parole de l'enfant (3). Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant (65). Le thérapeute et l'enfant se comprennent et partagent un vocabulaire commun quand ils parlent d'événements et de sentiments (38) L'enfant comprend facilement les commentaires du thérapeute (5).	La communication et la verbalisation sont facilitées. Le thérapeute aide à la construction du langage parlé et à la symbolisation des expériences. L'enfant et le thérapeute se comprennent. L'enfant le ressent et introjecte les mots correspondant à une expérience partagée. Le langage s'inscrit dans un contexte affectif d'empathie et de création.	Apparition, amélioration du langage et des échanges partagés L'enfant donne le sentiment de se sentir compris par le thérapeute (41). Il entre dans le langage partagé et une interaction forte à partir de son vécu.
Ajustement du thérapeute	Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique (28). Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, le thérapeute s'adapte à l'enfant (47). Les formulations du thérapeute sont exploratoires (37 R). L'interaction du thérapeute avec l'enfant est adaptée au niveau de son développement (77). Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant (88).	Tout en percevant précisément le processus, le thérapeute laisse à l'enfant l'initiative et s'adapte à lui. Ses interventions sont exploratoires, Les rapports de domination et d'influence sur l'enfant sont évités. L'enfant a la possibilité de s'exprimer, d'interagir avec le thérapeute et d'utiliser la séance suivant son propre niveau de développement	L'enfant s'exprime, est actif (72) Progrès général de l'enfant et réduction des symptômes liés aux conflits. Sa relation au monde et aux autres s'améliore.

Nous avons précisé l'approche des cliniciens du pôle italien en relation avec certaines caractéristiques des enfants et les mécanismes qui peuvent être à l'origine des effets constatés.

S'agit-il d'une approche psychanalytique ?

Le CPQ a également été construit pour permettre d'établir une correspondance entre les séances étudiées et différents « prototypes » élaborés par des experts de chaque approche à qui l'on a demandé de sélectionner et de trier les items du CPQ en référence à ce que serait une séance très représentative de leur approche.

De fait, si nous nous référons au tableau 1, 9 items sur les 20 du prototype sont « typiquement » psychanalytiques. Deux points sont à préciser ici : les prototypes n'ont pas été réalisés spécifiquement en relation à des enfants autistes ; 3 items sont communs et partagent le même signe avec l'approche cognitivo-comportementale (09, 24, 41).

Par ailleurs, si l'on examine les 11 autres items, 3 concernent l'ajustement du thérapeute (77, 88, 47), 2 la verbalisation (81 et 3), 1 l'interprétation du jeu de l'enfant ! (46), et 2 concernent la posture du thérapeute dans la thérapie (confiant et assuré, percevant précisément le processus). Ces critères ne contredisent pas une approche psychanalytique et même semblent constituer une forme d'ajustement aux spécificités du trouble autistique. Les 3 autres concernent l'enfant.

Sur ces bases, on peut dire qu'il s'agit bien de psychothérapies d'orientation psychanalytique.

Pour conclure

Notre question de départ était de savoir si les psychothérapies psychanalytiques de l'enfant autiste pouvaient être évaluées, si elles étaient efficaces et si elles l'étaient, *Pourquoi* et *Comment* ?.

Ces questions ont pu commencer à être traitées à partir des 20 premiers cas dont vous avez conduit les psychothérapies.

L'analyse de l'évolution de Dario nous a montré que l'étude intensive de cas est indispensable si l'on veut véritablement saisir la situation de départ et le processus de changement, à la fois dans sa chronologie et la mise à jour des facteurs qui y sont directement impliqués. Les formulations de cas apportent des informations précises et fines sur ce qui a été gagné et reste à l'être et des facteurs de contexte, qui autrement seraient méconnus. On comprend que la recherche puisse avoir, comme cela a été souligné, un effet positif sur les pratiques.

Nous avons également présenté les résultats généraux qui en sont issus, résultats qui font apparaître les mêmes tendances que ceux des 50 cas terminés, mais avec quelques spécificités intéressantes. Sur cette base nous pouvons dire que les effets de la psychothérapie sont importants.

Les médiateurs qui viennent d'être présentés apportent individuellement et en interaction une vision cohérente et solide de ce que peut être un processus efficace. Leur association avec les résultats est forte et récurrente (critères 1 et 6). Si une version alternative est proposée, elle devra présenter les mêmes qualités.

Nous avons vu que l'approche est globalement psychanalytique. On peut, en outre, souligner que dans cette approche, l'ajustement du thérapeute au niveau du développement de l'enfant *et* à ses initiatives, son implication et sa sensibilité, sa capacité de contenance, son attention, l'attitude exploratoire de ses interventions, son accompagnement et son encouragement à la verbalisation ont une importance essentielle.

D'autres critères ont été proposés pour renforcer encore la dimension de causalité entre l'action propre de certains médiateurs et les résultats : ceux de gradient et de temporalité (l'action précédant l'effet). Ils ont été et sont en cours d'analyse à partir de la mise en relation de cas isolés et de leur étude comparative. Ces analyses ne sont pas terminées, mais nous pouvons dire que les résultats préliminaires se situent dans la continuité de ce qui est déjà démontré et qu'ils éclairent certains aspects et conséquences de la diversité des cas.

Le travail est loin d'être terminé et nous comptons sur vous pour y participer, mais ces premiers résultats illustrent déjà tout le parti que l'on peut tirer de l'association de données qualitatives et quantitatives, tant au niveau des pratiques que d'une recherche plus fondamentale.

Psychothérapie psychanalytique et recherche : Évaluation du parcours psychothérapeutique d'un cas clinique

Paolo Vassallo, Attilia Lanteri, Laura Pasero

La connaissance d'un nouveau matériel clinique a toujours soutenu notre formation, nos lectures ainsi que le rapport que nous entretenons avec nos collègues. C'est de la clinique que la découverte freudienne est partie et c'est toujours de la clinique que continuent à venir les approfondissements et les théorisations qui ont rendu vive et actuelle l'aventure psychanalytique depuis plus d'un siècle.

Cependant, le matériel clinique qui est soumis à la recherche de façon systématique reste limité. Les expériences de Luborsky, de Thoma et Kachele sont très significatives dans ce sens. Aujourd'hui à Genova nous avons eu l'honneur d'accueillir, entre autres, le professeur Palacio Espasa, qui a été promoteur de plusieurs études de cas à long terme sur l'efficacité de la psychothérapie.

La recherche INSERM a permis de rendre objectif le travail psychothérapique, ses effets, mais aussi les processus sous-jacents. L'étude systématique d'un cas, évalué dans une perspective longitudinale, permet en fait d'observer les progrès (ou les régressions) du patient, et parallèlement de le mettre en rapport avec celui d'autres sujets.

Le cas clinique présenté ici offre un exemple du passage possible du récit d'une histoire clinique ou d'une vignette clinique, dont la littérature psychanalytique abonde, à l'étude systématique d'un cas qui puisse satisfaire les conditions essentielles pour devenir une donnée.

Évaluation pré thérapie

Le diagnostic a été posé en mai 2006, auprès de l'hôpital universitaire de Neuropsychiatrie : CIM 10 = F84.9. L'enfant a alors 11 ans : Trouble envahissant du développement.

Diagnostic et description clinique en 2006

Antonio est le premier-né d'une fratrie de trois enfants. La grossesse est normale et l'accouchement naturel a lieu à terme. La période néo-natale se déroule régulièrement. L'allaitement est mixte pendant trois mois. A. commence à marcher à 13 mois. Les premiers phonèmes surviennent autour de la première année. Le contrôle de la propreté est acquis à 3 ans.

Au moment de l'entrée à l'école maternelle, des difficultés verbales sont remarquées ainsi qu'une hyperactivité et des troubles de l'attention pour lesquels une prise en charge au niveau orthophoniste et psychomoteur est conseillée. A. a une maitresse spécialisée (de soutien dans la classe) dès la première année. On signale la présence de difficultés d'apprentissage, une instabilité attentionnelle, un isolement dans un monde onirique lors du jeu. Les parents ont remarqué autour de 4 ans des troubles du langage. L'enfant parlait très rapidement, avec de nombreuses dyslalies. Pour cette raison, il a suivi une rééducation, apparemment sans bénéfice. Au mois de mai 2006, il passe une visite neuropsychiatrique pour trouble relationnel, isolement dans le jeu, moments au cours desquels il parle tout seul (souvent avec un ami imaginaire), anomalies dans le langage (pauvreté lexicale, absence de prosodie adéquate avec voix monocorde, écholalie différée), auto agressivité et éclats de colère s'il est contrarié. Le score obtenu à la C.A.R.S. *(Childhood Autism Rating Scale)* est à 34. L'examen neurologique est dans la norme. L'EEG est dans les limites de la norme. Les examens biologiques ne révèlent pas d'anomalie.

Début de la psychothérapie : Antonio a 13 ans

1. Des difficultés significatives dans l'organisation de la pensée par le langage apparaissent évidentes dès le début. Dans ses narrations A. passe très rapidement de la description de luttes imaginaires à des événements réels. Il raconte des fragments de rêves mélangés avec les faits de sa vie personnelle. Dans certains moments de plus grande lucidité, il précise qu'autrefois les histoires de ces « monstres de l'espace » lui faisaient très peur, tandis que maintenant il arrive à comprendre la différence avec la réalité.

2. La psychothérapie débute avec une séance hebdomadaire jusqu'en septembre 2008, période au cours de laquelle la fréquence passe à deux fois par semaine. La plus grande partie des symptômes décrits dans le diagnostic de la clinique universitaire sont présents.

3. La fréquence de la thérapie a toujours été régulière. La relation thérapeutique avec Antonio est positive. De temps en temps il exprime qu'il aurait préféré rester à la maison pour jouer avec la play station, mais habituellement il est content de venir à la séance. Les parents soutiennent la thérapie d'Antonio, ils règlent les séances et l'amènent régulièrement aux rendez-vous. Le père paraît plus disponible à comprendre les dynamiques de fonctionnement de son fils.

4. La condition sociale de la famille se situe dans la moyenne.

5. Considérations cliniques

a) Ce qui est marquant dans la psychothérapie avec ce garçon c'est son extrême productivité, l'expulsion de contenus qui étaient comprimés et qui semblent finalement trouver dans l'espace thérapeutique la possibilité de s'exprimer librement.

b) Déjà au début de la thérapie l'enfant disait au thérapeute : « il y a 9 ans, le démon a fait un pari avec moi. Si je gagnais il me ramenait à la lumière. Pour l'instant personne n'a gagné, mais on continue à lutter parce que combattre nous donne la vie ».

Réflexions

L'histoire du travail avec ce garçon est le développement d'une bataille qui se poursuit de séance en séance, avec des épisodes alternés, des gagnants et des perdants. Ce n'est qu'au travers de cette lutte que l'on reste vivant et que l'on arrive à construire le dedans et le dehors et que l'on construit des alliés pour devenir plus fort dans le parcours de la vie. La difficulté de rester à coté d'un patient si confus se situe dans le fait de chercher à privilégier l'écoute et en même temps de donner un sens à ce matériel si peu organisé qui coule rapide et morcelé.

Le sens de notre modalité d'intervention se situe dans ces éléments d'accueil, de partage et de proximité émotionnelle, ce qui permet l'émergence et l'expression de ce matériel, au lieu de renverser dans le patient quelque chose de préconstitué. Comme le dit G. Haag, la méthode psychanalytique se caractérise spécifiquement dans l'accueil des projections d'identification et dans les diffusions ou contaminations adhésives. La dynamique du travail avec ces patients s'appuie sur une relation de transfert qui se joue sur les associations à un niveau très primaire, très archaïque. Il faut donc que ce travail prenne en compte les difficultés de ces enfants à associer et leur besoin de renverser dans l'autre des parties d'eux-mêmes.

Une chose que nous avons apprise est la nécessité de se mettre au niveau du fonctionnement relationnel du patient, c'est à dire à un niveau de fonctionnement modifié par la rigidité et la force des défenses autistiques. Partager avec le patient son niveau de fonctionnement mental, peut aussi signifier lui offrir une écoute réceptive, demandant de temps en temps des simples clarifications sur le sens du contenu.

Tout en reprenant les mots d'Antonio dans une de ces dernières séances : « Tu sais quelle est la caractéristique essentielle des histoires ? Savoir les écouter… ? ».

La salle de thérapie est devenue le champ de cette longue et dure bataille…

Formulation de cas initiale

Symptomatologie et problèmes actuels de l'enfant :

Langage répétitif au niveau du contenu et désorganisé du point de vue des liens logiques et temporels ; tendance à l'isolement et à l'inhibition dans la relation.

Éléments stressants : la mère, qui parait peu impliquée du point de vue émotionnel quand elle parle de son fils, avec peu de confiance dans ses capacités de récupération par le biais du travail thérapeutique. Le père, plus accessible du point de vue émotionnel. Il parle de son fils avec plus de confiance, avec l'espoir d'une amélioration.

Éléments positifs : Antonio fréquente le collège, avec des résultats discrets (il a le soutien d'un enseignant spécialisé) ; les parents l'amènent régulièrement aux séances de psychothérapie et ils participent activement aux rencontres avec le thérapeute.

Facteurs dynamiques et non dynamiques qui peuvent avoir joué un rôle dans l'apparition des troubles :

Avortement spontané de la mère un an avant la naissance d'A. L'évènement a été très mal vécu par la mère.

Niveau de développement, qualité des rapports interpersonnels, autonomie et handicap :

Le développement cognitif ainsi que l'investissement sur les apprentissages se situent dans la norme. Les fonctionnements émotif et affectif paraissent par contre assez primitifs, caractérisés par une désorganisation de la pensée, avec confusion entre thèmes de la vie présente et événements du passé ou substituts d'une vie fantasmatique. Les relations avec les pairs sont rares et pauvres. A. a tendance à parler de ses fantasmes, ce qui n'intéresse pas ses copains. Il a atteint un bon niveau d'autonomie dans l'hygiène personnelle et dans ses déplacements à l'intérieur de sa ville. Il cherche difficilement les situations de danger, tout en gardant une attitude prudente et méfiante, préférant plutôt l'isolement dans ses activités de jeu imaginaire, centré sur luttes de monstres et de personnages vus dans les dessins animés.

L'aspect émotionnel est rigide et difficile à moduler. A. cherche à répéter et à imposer à ses copains ses jeux et ses intérêts. Les mécanismes de défense sont rigides, les rituels et la réitération caractérisent ses rapports avec autrui.

Objectifs :

1. construction et élaboration d'un espace intérieur « mentalisé » ;

2. développement de la relation et de ses aspects émotionnels ;

3. amélioration du langage commun, de l'organisation de la pensée et de l'expression de ses liens logiques.

Stratégies :

1. reconnaitre et investir les capacités relationnelles et les habiletés linguistiques d'A. ;
2. reconnaitre, décrire et améliorer les aspects relationnels et émotionnels qui émergent dans la relation thérapeutique ;

3. interpréter et élaborer le vécu, les émotions et les pensées qui émergent au cours des séances.

Début de la recherche

Première séance

Antonio entre dans la salle de façon décidée et il prend la boite des jeux, pour en extraire deux armées de petits soldats, qu'il dispose soigneusement l'une en face de l'autre, comme s'il devait suivre le fil intérieur de l'histoire qu'il est en train de développer.

Je lui demande ce qui se passe.

Antonio répond : « C'est toujours la même histoire, l'armée combat et elle a fait un peu de massacre… mon armée est en train de se battre contre les démons… les extra-terrestres sont encore ici ».

J'essaye de comprendre la suite des actions, les différents personnages de cette histoire. Une figure de femme entre en jeu, un personnage humain qui paraît vouloir l'aider.

À un certain moment, Antonio dessine un bonhomme dans un cercueil. Il dit que c'est lui. Il se définit comme étant le « Suprême » et ajoute qu'il est là car il n'arrivait plus à respirer. L'esprit était éveillé mais le cœur… et le thorax étaient entièrement vides. J'ai perdu complètement le pouls… je suis là pour chercher de récupérer le pouls après j'irai attaquer totalement… ».

Je cherche à intervenir avec quelques questions, afin d'éclaircir ou de décrire ce qui est en train de bouger sur le champ de la bataille. Antonio ne paraît pas dérangé, mais la narration l'isole de tout le reste, et il oublie presque ma présence.

Le flux ininterrompu de son monologue semble constituer une barrière de mots, comme disait Tustin dans *« Autisme et psychose chez l'enfant »,* dans laquelle il faut pénétrer avec prudence, pour qu'il ne se sente pas envahi et obligé de renforcer ses défenses.

Il continue : « Il y a une armée de soldats. Après, j'arrive, les extra-terrestres arrivent et nous nous battons. Nous nous battons moi et la fille un moment, puis j'enlève ma cuirasse et je lance la bombe. Les ennemis nous poursuivent et la bombe explose, on cherche à aller le plus vite possible. Elle est devant et moi je suis derrière… je la tiens. Quand je me réveille, le capitaine du bateau va combattre… moi, j'aurai un bouclier énergétique ».

J'essaye de m'insérer, en lui demandant à quoi sert ce bouclier. Il me répond qu'il sert à se protéger des coups, parce que son énergie s'épuise et qu'il doit attendre qu'elle se régénère.

Je pense dans ma tête à la représentation du cercueil, de la capsule, du bouclier comme des tentatives de défense en lutte contre les extra-terrestres qui le menacent (cette capsule est à la fois objet qui protège et qui contient, elle protège des extra-terrestres qui peuvent représenter des stimulations psychiques excessives, des intrusions émotionnelles difficiles à tolérer, mais contient des parties psychiques dissociées, confuses et en conflit entre elles).

Antonio entre temps est entièrement dans son jeu. Il mime la bataille, fait des gestes de façon agitée. Je lui demande de me décrire ces extra-terrestres. Il m'explique, sans jamais interrompre la lutte, que ces monstres sont des possédés, des « space marins » du chaos, mais certains parmi les élus lui ont demandé d'être soignés, afin de se transformer en êtres humains. Lui il l'a soigné et il est devenu humain.

Je lui demande comment se déroulent ses soins.

Antonio répond : « Avec un remède… j'ai pris un possédé… j'ai dit qu'il faudra du temps… et après j'ai vu qu'il a guérit… de démon à humain ».

(Même si ce matériel s'alimente de la vision de films, de jeux vidéo réellement existants, la façon dont Antonio le choisit et l'assemble est très intéressante et personnelle. Ce n'est pas, comme on pourrait le penser à la première lecture, un assemblage aléatoire d'images, mais une production riche et articulée, chargée de symboles en attente d'une clé de lecture).

Deuxième séance

Dans la deuxième séance, A. reprend la scène de la capsule, tout en introduisant un thème nouveau, celui de la culpabilité. Il raconte que son personnage, « le Suprême », s'est évanoui, car ses poumons ne recevaient plus assez d'air, et ses soldats l'avaient renfermé dans la capsule.

« Mes soldats n'étaient pas avec moi et se sentaient coupables ».

Mon commentaire est que ses soldats ne l'ont pas protégé.

(Il semble faire allusion à une structure défensive manquante, qui l'a laissé vulnérable).

Il me répond que personne n'est coupable. C'est le maudit cycle de la guerre, dans lequel il y a quelqu'un qui meurt, mais le pire doit encore arriver. Puis, comme s'il continuait le même discours, il raconte que tout petit il avait la passion de voler, et personne ne pouvait le battre. Mais après ça l'a ennuyé, et il a décidé de rester un peu sur la terre, bien que s'il se présente une bonne occasion pour voler il en profite toujours : « Autrefois, moi et une équipe on est rentrés dans une base d'extraterrestres, nous avons rencontré des êtres bizarres, des zombis… ».

Le réel et le fantasme pénètrent l'un dans l'autre jusqu'à se mélanger de façon confuse, à l'intérieur d'un monde tout puissant et mytho maniaque.

Les repères personnels se croisent avec le matériel habituel.

Il paraît se décrire plus avec ses goûts, ses passions, ses peurs. Quelquechose est peut être en train de bouger et c'est pour ça qu'à la fin de la séance et de façon inattendue, il demande s'il peut poursuivre la séance suivante dans la salle des adultes.

Troisième séance

Ce passage en avant est accompagné dans la troisième séance d'un mouvement vers le retrait, car Antonio exprime son

désir de rester à la maison jouer avec sa play station et son ordinateur.

(Je pense qu'il a dû se sentir trop proche, trop à découvert, et il doit me faire comprendre qu'il veut rétablir la juste distance).

Face à mes tentatives d'explorer les motivations de ce retrait, A. me dit « ils m'ont donné un clone qui me remplace… ».

Je reste frappé par cette image de dédoublement et je demande ce que fait son clone quand il va dans le monde pour le remplacer.

Antonio répond « je ne peux rien faire, je suis là, paralysé… je suis dans la capsule… et j'attends que mon cousin rentre du service militaire et me donne le code ». Puis il rentre à nouveau dans le vif de la bataille, racontée avec des morceaux d'histoires souvent sans aucun lien entre elles.

Je cherche à rester très attentif à ses mots et aux différents mouvements de son combat. Je demande sa position, pourquoi il est nécessaire de finir dans la capsule. Mon intention est que cette narration ne se bloque pas, parce qu'elle paraît être une représentation importante de ce qui se passe dans son monde intérieur, et qu'il puisse finalement trouver une façon pour s'exprimer. Il y a une grande confusion entre dedans et dehors, entre réalité et fantasme, et mes interventions cherchent à laisser s'exprimer la narration tout en essayant de la canaliser, sans forcer.

Antonio m'explique avoir fini dans la capsule lorsqu'il a aidé la fille, parce qu'il a pris un gros coup au dos et dans la capsule il a pu soigner le cœur et les nerfs.

À ma question sur comment il se sent dans la capsule, il me répond : « on est à l'aise ; un ennui mortel ».

Quand il essaye d'explorer qu'elle est ma position dans la lutte, Antonio me dit : « sans te blesser… mais le rapport d'alliance avec toi est un peu faible… les victoires de l'Armée sont courtes et rares… ». Comme pour souligner que le parcours de rapprochement entre nous est encore long et rentrer dans son monde est encore difficile pour moi.

2ème étape de la recherche : 2 mois

Première séance

Dans la bataille Antonio a introduit les « Eldars » qui sont des extra-terrestres, mais d'une race différente. Ils sont « paracriant ». Il est complètement absorbé par sa bataille : il imite avec des sifflements les bruits des ces extra-terrestres, les sons, les explosions.

J'essaye discrètement de faire des interventions pour signaler ma présence. Son attitude est celle de me rejeter toujours un peu, comme s'il était absorbé et isolé du contexte par son jeu. C'est pour ça qu'il est parfois difficile de maintenir l'intérêt et l'attention sur son activité frénétique et chaotique, sur ses narrations si décousues et désorganisées.

Dans la confusion du flux de ces paroles, j'essaye de poser des questions sur la motivation qui a déclenché le combat. Antonio paraît m'accorder de l'attention et il m'explique que la guerre a commencé avant l'année du temps, car les ennemis voulaient conquérir le monde de Fantaisie. J'interviens : « ils voulaient conquérir le monde de Fantaisie, voilà pourquoi tu es en train de te battre… pour défendre ton monde ». Antonio me répond tout suite : « Exactement », puis il reprend le fil de sa lutte et vers la fin de la séance il me dira : « Je dois tuer car je suis obligé de me défendre moi-même, ma ville et mes hommes, tu sais, la ville de Fantaisie. Les soldats du chaos sont des milliers, nous ne sommes qu'un petit groupe… ».

Deuxième séance

Dans la séance suivante, comme toujours, il reprend son histoire et la développe. J'interviens avec des demandes de clarification, de petits commentaires pour tenir le fil de la narration et ne pas en perdre le sens. Activité très complexe car, si je m'arrête à réfléchir sur le sens du jeu je perds immédiatement l'attention : Antonio a déjà avancé et le rattraper n'est pas évident.

Antonio (malgré cela…) paraît aujourd'hui plus présent dans la relation. Il me laisse deviner le nombre de ses soldats, qui sont partagés en équipes avec un nombre différent d'hommes. Son armée paraît s'organiser en groupes et ce n'est plus une masse confuse de personnages. Le contexte reste néanmoins confus et stratifié sur différentes époques historiques qui sont assemblées et contaminées afin de construire une nouvelle scène. Les ennemis sont une fois les nazis, mais le champ de bataille c'est Fort Knox. Les équipes impériales de L'Empire Tau et des marins spatiaux s'y font face.

Aujourd'hui, il a l'air de regretter de devoir abandonner son discours, et je lui fais partager cette idée, tout en lui disant qu'avec ses histoires il me parle un peu de lui-même, chose qui m'intéresse beaucoup. Antonio reste concentré sur le jeu, mais il réagit à mes phrases avec une autre question : « tu sais quelle est la propriété fondamentale des histoires ? Savoir les écouter ? ».

Je reste stupéfait et tout de suite je réponds en lui posant une nouvelle question : « Qu'est ce qui est si intéressant à écouter dans les histoires ? », Antonio répond : « les paroles qui sortent de la bouche… ».

Ensuite, il se met en retrait et il me raconte la fin de la bataille.

Je cherche à revenir à la question qu'il m'a posée, tout en disant qu'il se peut qu'il désire de l'attention de ma part sur ses histoires car elles dévoilent quelques choses de lui, de ses pensées, de ses peurs.

Il termine la séance en disant que ce qui l'effraye le plus, c'est la mort de ses amis, et les araignées.

(Cette perpétuelle fluctuation entre retrait et rapprochement, qui est typique chez ce type de patients, me laisse souvent en difficulté, car je dois sans cesse remoduler mon fonctionnement entre des modalités plus évoluées et d'autres, plus archaïques).

3ème étape de la recherche : 6 mois

Observations

Lors de cette phase, la maman d'Antonio a eu un problème de santé notable. Pour la famille, le financement de la psychothérapie, ainsi que le fait d'amener A. aux séances, est devenu très difficile. C'est la raison pour laquelle la famille a demandé à réduire la fréquence à une fois par semaine.

La fatigue des parents et la situation de difficulté objective m'ont amené à accepter leur demande.

Première séance

Antonio rentre avec décision et il prend les armées dans ses boites. À chaque séance le même rituel de placement des soldats se répète, toujours identique, presque comme dans un rituel.

Lui, il est toujours le chef « Suprême » de la garde impériale. Il se trouve dans la forteresse et il parle avec les soldats. Avec quelques questions, j'essaye de comprendre la scène. Antonio introduit la présence d'un espion nazi, un traitre parmi ses soldats à lui, qui essaye de le tuer.

Entre temps, il a enlevé la cuirasse, ce qui l'a rendu un peu plus vulnérable et donc plus facile à agresser. Antonio réagit immédiatement et il reprend son ton solennel, me disant qu'il a réussi à se libérer rapidement, et ensuite à libérer ses soldats.

Mais quelque chose est arrivé, et le jeu devient vraiment très fragmenté et chaotique, avec une confusion entre intérieur et extérieur, entre ses soldats et ses ennemis. Je cherche à l'aider à canaliser ce flux de narration et j'arrive à comprendre que les soldats tués par ses ennemis sont ses soldats, devenus donc prisonniers.

Aujourd'hui ce sont les nazis qui gagnent la bataille, mais il propose de reprendre dans la prochaine séance « parce que j'aime me confronter aux autres… dans mon jeu, je suis décidé à reconquérir le château qui faisait partie de mon empire… car celui qui a dans ses mains ce château va avoir le pouvoir, le droit de commander Fantaisie, qui est mon monde, mes pensées et le sauvetage pour l'humanité entière ».

J'interviens « Donc tu veux reprendre ta forteresse, car c'est ainsi que tu pourras retrouver ta fantaisie ». Antonio répond : « oui, et toute la fantaisie qu'il y a dans le monde entier, donc la mienne, la tienne, la sienne, la leur, la notre et la votre… ».

Deuxième séance

Lors de la séance suivante, les prisonniers se rebellent contre les nazis-racistes qui veulent la race pure et qui contrôlent Fantaisie.

Je commente : « Donc, le monde des pensées, de l'imagination, peut être aussi ton monde imaginaire et tes pensées sont contrôlées… ».

Il est concentré dans la bataille, mais il semble suivre mon discours qui essaye de décrire la scène. Je lui dis : « ces soldats sont pratiquement ceux qui empêchent la pensée… comme il se peut que tu le ressentes en toi… ».

Antonio répond : « oui… c'est exact… ». Il reprend le jeu et il parle pour la première fois d'une armée à nous, ce qui m'implique dans le jeu comme son allié. Il s'agit d'un passage significatif, et encore davantage si on le considère dans son lien avec la lutte entre le monde de la pensée et les nazis qui le contrôlent. On se pose la question si, au moment de réduire les séances, Antonio essaye de renforcer l'alliance par le biais de ce matériel.

Antonio paraît aussi accueillir mes liens entre le jeu et son monde intérieur, et il répond à mes questions, laissant de coté momentanément le bruit des armes.

« Lorsque j'ai découvert le monde de Fantaisie, j'ai promis de le défendre, et c'est ce que je suis en train de faire… mais à part ça, je ne m'active pas trop… tu le vois. Je l'ai découvert quand j'avais 5 ans ». Je lui demande qu'est-ce qu'il s'est passé à l'époque de ses 5 ans. Il répond : « le diable m'a aspiré et lorsqu'il m'a laissé, j'ai créé Fantaisie ».

Il retourne combattre, tout en parlant toujours d'une armée à nous, mais après il me demande si je veux une armée entièrement à moi, pour me faire sentir fort.

Je lui dis que je préfère me battre avec lui, que je suis très content d'être allié avec lui dans cette armée que j'appelle « Notre armée pour sauver les pensées de Fantaisie ».

(Enlever la cuirasse, devenir vulnérable, la menace des traitres, ce sont des mouvements importants, mais la perception du danger est encore grande. Antonio paraît capable de commencer à me faire confiance, à croire dans une relation à deux, mais il est encore très effrayé. On ne sait pas ce qu'il cache dans ce rappel de l'enfance, ce qui s'est passé de si douloureux au point de l'amener dans le dedans et le dehors de l'enfer. Antonio vit dans un climat intérieur où demeure la menace et, dans cette phase, je m'aperçois que son besoin le plus important est celui de commencer à sentir un allié, un copain de voyage avec lequel apprendre, avec prudence, à (re)faire confiance aux autres).

4ème étape : 12 mois

Première séance

Antonio prépare, toujours avec le même rituel identique, ses armées sur le champ de la bataille, et il dit que l'histoire d'aujourd'hui s'appelle « La dernière frontière ». Elle représente l'histoire de Bandits et Squelettes rouges. Les Bandits veulent se réunir aux Nazis.

« Le Nazisme était partagé entre fantaisie blanche et fantaisie noire, la fantaisie blanche était un endroit pacifique… les soldats y étaient mais ils ne faisaient jamais rien… si cela n'était pas nécessaire. Ils aidaient les blessés, les personnes malades, tandis que la partie noire était toujours celle du massacre, des assassinats, ils allaient tuer avec une massue en fer… un carnage terrifiant… comme une guerre civile entre démons ».

Il m'explique que Hitler, un démon, est rentré dans la fantaisie blanche et il a fondé le Nazisme, ainsi que l'Empire Tao, dont il était le chef suprême, et il a du combattre des années pour le libérer.

Progressivement, j'arrive à explorer des morceaux d'histoires dont il ne m'avait jamais parlé, comme l'existence de ce monde en paix, où les personnes s'entraidaient et se soignaient, et où Hitler est arrivé et a amené guerres et carnages.

À un certain moment, il remarque sur mon bras la cicatrice d'une petite blessure, il me regarde soucieux et il l'indique pour me demander ce qui s'est passé. Je le rassure, mais je profite de l'occasion d'apercevoir pour la première fois une inquiétude pour moi de sa part. Après, tout en se détachant de la bataille, il me dit que lui aussi à 6 ans a du subir trois points de suture dans la zone inguinale. C'est un de très rares moments dans lesquels il parle de sa propre histoire. Je le ressens comme un important partage de soucis, mais aussi une souffrance profonde, ancienne.

Antonio reprend immédiatement le jeu, où se poursuivent des massacres, où Satan domine, le prince des Démons. Il me dit « Un jour, peut être, si j'y arrive, je t'amènerai la vidéo du prince des démons… ».

On est en train de commencer à parler de notre séparation et Antonio paraît indifférent à la question. Il passe rapidement sur le sujet dès que j'essaye d'explorer ses sentiments. Par exemple, dans une séance précédente, il m'avait dit que les autres docteurs étaient mieux que moi et que moi, je n'étais plus sur le marché.

Il est très intéressé à partager la vision de film avec moi. Il me demande par exemple si j'ai vu Avatar, il me conseille de le regarder. Je lui demande qu'est-ce qu'il l'a touché ?

« Dans ce film les indigènes se battent pour défendre leur maison, la nature, les autres combattent pour l'argent, et ce qui m'a frappé c'est que ces indigènes luttent pour défendre leur maison… ». Après, en parlant du son jeu, il me dit : « Nous nous battons pour le bien être et la vie… ».

Je demande : « Qu'est-ce que la vie pour nous ? ». Antonio répond : « La vie est comme un droit. Le droit de savoir, d'étudier et beaucoup d'autres droits… Or, le nazisme est monté au pouvoir, demain, si j'arrive, je vais dans leur base et j'en détruis le chef… qui est Hitler… ».

Deuxième séance

Aujourd'hui, il n'est pas comme d'habitude, il ne prépare pas les armées. Il reste assis, en attente de quelque chose. J'en profite pour lui parler de notre avenir, en lui demandant ce qu'il en pense.

Il répond : « Moi j'ai pensé ça… je me suis dit que c'est peut être le cas de donner encore un peu de temps à Vassallo, car il n'a pas encore donné le fruit du discours… il se peut que nous ayons fait le fruit du jeu… ».

Je demande : « Mais d'après toi, ce fruit du discours qu'est-ce que c'est ? Ici on parle, on dessine, tu me racontes beaucoup de choses de toi, qui sont très importants… pour ta croissance, ton développement, pour parler de tes pensées… C'est pour ça que je pense qu'il est important que tu viennes… pourquoi parler de tes pensées ? ». Antonio répond : « Je ne parle pas qu'ici… aussi chez les autres psychologues… ». « Alors pourquoi tu as décidé de venir encore un peu de temps ? ». Antonio dit « Pour voir les fruits que ça donne… ». Je commente qu'il sera peut être attristé de ne plus venir.

Antonio semble perdre le détachement qu'il montrait et me répond sèchement : « De toute façon je suis habitué aux déceptions !!! ».

Il est très rare qu'Antonio parle si ouvertement d'un sentiment et je l'invite à me décrire ce qu'il sent.

« Je ne sais pas… parce que, si je ne viens pas ici, quelquefois, j'y pense… des fois je joue avec les vidéo games… je fais les batailles… je suis en train de chercher à travailler beaucoup afin de gagner des points… jusqu'à 3 000 je dois arriver… ». (Le contact émotionnel, la modulation des affects, la capacité de le communiquer aux autres sont le fruit d'une relation thérapeutique positive qui a laissé émerger des oasis de reconstruction et de paix dans un scénario de mort et désolation).

Il passe après à décrire un autre jeu, capté par un vidéo game et il s'étale sur la description des différents personnages. Son attitude aujourd'hui est plus modeste. De temps en temps, il s'arrête, soucieux. Je lui demande à quoi il pense. Il me dit être dans ses pensées. Je reviens au discours de la perspective de l'interruption des nos séances. Il me dit que là (se référant au Service Sanitaire) il y a un autre docteur qui l'aide, et qui est en train de donner des fruits excellents.

Je ressens un peu de peine devant cette mise à distance, et cette façon de me quitter avant que nos rencontres soient terminées.

Il ajoute : « On va voir ce qu'il dit le jury », faisant appel probablement à ses parents, tout en disant qu'il ne sait pas quand ce jury s'exprimera.

Je commente qu'il doit se sentir un peu en colère pour cette situation. Antonio réagit tout de suite : « Il suffit de ne pas y penser ! » Je dis qu'il n'est pas toujours si simple de ne pas y penser. Il conclut « Il suffit d'éteindre le cerveau… ».

Révision de l'étude du cas après un an

Symptomatologie et problèmes actuels de l'enfant :

Lors des séances on commence à partager un langage commun. A. arrive à parler de lui-même et de ses émotions, ainsi que

du *hic et nunc* de la relation avec moi. Néanmoins, dès qu'il perçoit une difficulté émotionnelle, il a toujours tendance à s'isoler dans ses batailles imaginaires.

Événements stressants, traumatiques dans le contexte de vie actuel ; éléments positifs :

Les deux parents, mais surtout le père, reconnaissent les progrès d'Antonio et le soutiennent dans son autonomie sociale.

Niveau de développement, qualité des rapports interpersonnels, autonomie et handicap :

A. est en mesure de faire face à la frustration et de la gérer ; dans le rapport avec les pairs, par exemple, il est plus disponible vers de nouvelles connaissances.

Il est totalement autonome dans les déplacements, il est capable de s'orienter au niveau spatial et topographique dans sa ville.

A. arrive à mieux utiliser le langage pour véhiculer ses sentiments et ses idées, malgré la permanence d'une discrète désorganisation de la pensée.

Capacité d'expression émotionnelle ; mécanismes de défense :

La capacité d'expression émotionnelle est améliorée et elle lui permet de mieux véhiculer des pensées et des sentiments personnels. Une certaine rigidité de la pensée est encore présente, ainsi que la tendance à persévérer au niveau des contenus.

Variables non dynamiques qui peuvent être impliquées dans les changements apparus (événements de la vie, soutien de la famille, amis…) :

Le début de l'activité sportive (Karaté) a facilité la canalisation, l'expression et la maitrise des perpétuels fantasmes de lutte et de combat.

L'hospitalisation, l'intervention chirurgicale et les soins de la mère ont engendré des préoccupations et des éléments dépressifs chez A.

Analyse préliminaire des éléments de la psychothérapie qui peuvent avoir contribué à l'évolution décrite :

Le thérapeute a constamment cherché à comprendre le sujet à partir de la confusion de son monde imaginaire, en essayant ainsi de l'aider à réorganiser sa pensée, pour arriver à mieux exprimer ses sentiments et ses émotions.

La reconnaissance et le soutien lors de la thérapie des habilités que le garçon montrait ou essayait d'exprimer.

La stabilité de la relation et du « setting », à laquelle les parents ont contribué avec la régularité des séances.

Objectifs proposés et résultats atteints :

Élaboration d'un espace mental reconnu en tant qu'« esprit », et qui actuellement est en train d'être rempli avec contenus, pensées, projets.

Amélioration du contact émotionnel et de la résonance affective dans la relation au thérapeute.

Quelques éléments complémentaires issus des instruments

À l'ECAr, Antonio se situe dans la moyenne du groupe au début de son évaluation globale (35/100). À 12 mois ce score se réduit significativement (22), très proche de la moyenne du groupe. Les scores de la déficience relationnelle sont très proches de ces premiers résultats. Cependant l'insuffisance modulatrice est très élevée chez Antonio au départ de l'évaluation (50). Comparé au groupe, le score est très au dessus puisque la moyenne se situe à 36. À 12 mois le score se réduira nettement (33) mais il restera bien au dessus de celui du groupe qui se situe à 20.

Ces résultats confortent l'appréciation clinique que nous trouvons dans la formulation de cas initiale « l'aspect émotif est rigide et difficile à moduler… », à la formulation de cas à un an, le groupe de pairs a noté « Antonio arrive à parler de lui et même de ses émotions… mais dès qu'il perçoit une difficulté émotionnelle, il a toujours tendance à s'isoler dans ses batailles imaginaires… ».

À l'EPCA : au niveau de la *pathologie* Antonio se situe nettement au dessous de la moyenne à la première évaluation (10) mais n'obtient pas d'amélioration à 12 mois (9,5). Le groupe passe d'un score de 19 à 11. Au niveau du *développement,* Antonio se situe dans la moyenne du groupe au départ (38 *vs* 34). Son développement est un peu en deçà de celui du groupe à 12 mois (41 *vs* 48). Au niveau des *aptitudes acquises* évaluées à l'EPCA, Antonio avait acquis 7 aptitudes au temps 0 de l'évaluation et en a acquis 3 autres pendant l'année : La mutualité s'améliore avec recherche plus assurée de vrais échanges relationnels, Recherche du regard de l'autre pour l'attention conjointe, Développement du pointage protodéclaratif.

C'est donc dans le rapport à l'autre qu'Antonio a fait beaucoup de progrès pendant l'année. Il est d'ailleurs noté dans la formulation de cas à un an que « par rapport à ses pairs, il est plus disponible, qu'il commence à partager un langage commun… ».

Dans les indicateurs de changement du **CPQ**, la « relation à la réalité extérieure », Antonio se situe d'ailleurs très nettement au dessus du groupe. Cet indicateur renforce l'observation de l'ouverture d'Antonio au monde.

Concernant les facteurs de changement du CPQ évaluant le processus de la psychothérapie, on note un score très fort au « transfert du patient » durant l'année, un engagement et un ajustement du thérapeute élevés. Au niveau des actions thérapeutiques, les scores les plus significatifs concernent « la communication, verbalisation et langage ». Au niveau de l'approche générale, la psychothérapie est clairement psychodynamique durant l'année avec des scores très forts. L'approche TCC reste négative durant l'année.

Les items du CPQ cotés les plus forts durant l'année témoignent de ces résultats : « Le thérapeute est impliqué affectivement, il est sensible aux sentiments de l'enfant, son interaction avec l'enfant est adaptée à son niveau de développement, il s'adapte à l'enfant, le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant, le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'entant, il est assuré, ses remarques ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant, il interprète la signification du jeu de l'enfant. L'enfant est actif dans sa thérapie »… ●

POUR LA RECHERCHE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

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 à la S.F.P.E.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 2013)
à

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

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

Impression : ARTHEO